

**DIRETTORE SCIENTIFICO**

D.ssa Valeria Dubini

**DIRETTORE RESPONSABILE**

D.ssa Annamaria Guerrieri

**COMITATO EDITORIALE AOGOI**

Dott. M. Campogrande,

Prof. A. Chiàntera,

Dott. N.A. Giulini,

Dott. A. Melani, Dott. G. Monni

**COMITATO EDITORIALE FNCO**

Maria Antonietta Bianco,

Maria Vicario, Angelo Morese,

Irene Marzetti, Maria Santo,

Antonella Cinotti, Marcella Oggerino

**COORDINAMENTO REDAZIONALE**

D.ssa Laura Caracciolo

**EDITORE**



CRITICAL MEDICINE  
PUBLISHING

Critical Medicine Publishing s.r.l.

Via Giovanni Squarcina, 3

00143 Roma (Italy)

Tel. +39-06-5043441

www.criticalmedicinepublishing.com

**PUBBLICITÀ**

Publiem srl

Centro Direzionale Colleoni

Palazzo Perseo, 10 - 20041 Agrate (MI)

**REALIZZAZIONE GRAFICA E STAMPA**

Istituto Arti Grafiche Mengarelli

Via Cicerone, 28 - 00193 Roma

## Sommario

ANNO 1 • N. 3/4 • 2004

Auscultazione intermittente della frequenza  
cardiaca fetale intrapartum . . . . . 3  
L. DANTI, M.GUANA

Perchè si raccoglie il sangue del cordone ombelicale? . . . . . 15  
P. CHIANTERA, M.RIVELLINI, S. CARUSO, I. D'AMBRA,  
P. IACOBELLI

Gravidanze in cittadini extracomunitari: esperienza  
di un punto-nascita in provincia di Caserta . . . . . 21  
P.L. SALZILLO, A.D'ANGIOLELLA, N. RUSSO RAUCCI,  
R. LIGUORI

Gravidanza e parto nelle donne immigrate:  
l'esperienza in Toscana e Lombardia . . . . . 25  
M. BUSCAGLIA, P. CURIEL, V. DUBINI, G. SACCHETTI,  
F. SANTINI

I corsi di accompagnamento alla nascita  
per le donne immigrate . . . . . 33  
S. DAL VERME, G. SACCHETTI

Patologia oculistica: Un'indicazione appropriata  
al taglio cesareo? . . . . . 38  
A.MELANI, C. FERRETTI, M. CIOFFI, F. MINCIONE,  
I. INGRASSIA, R. FIRMIANI, B. MELANI

Sindromi depressive della gravidanza . . . . . 45  
P.L. SALZILLO, A. D'ANGIOLELLA

La promozione della salute durante il puerperio:  
L'esperienza dell'ospedale "F. Del Ponte" di Varese . . . . . 52  
A. TRIARICO, P.F. BOLIS

Il Risk Management in ostetricia . . . . . 68  
A. MORESE

Trattamento integrato delle disfunzioni  
del pavimento pelvico . . . . . 77  
S.MIELE, V. CHIANTERA, C.RAPPA, P. IACOBELLI

L'AOGOI sta conducendo un'indagine relativa alle opinioni dei ginecologi italiani sull'uso della cloramina T nell'igiene intima femminile e nel trattamento delle infezioni vaginali e sul suo uso in ambito ospedaliero. La partecipazione a questa indagine è importante per avere una "fotografia" delle opinioni dei ginecologi, compilare il questionario allegato sarà un contributo alla riuscita dell'indagine.

**Indagine sulle opinioni dei ginecologi italiani sull'uso della cloramina T nell'igiene intima femminile e nel trattamento delle infezioni vaginali e sul suo uso in ambito ospedaliero**

**1. Obiettivo della indagine.**

Obiettivo della indagine è valutare le opinioni dei ginecologi italiani sull'uso della cloramina T nell'igiene intima femminile e nel trattamento delle infezioni vaginali e sul suo uso in ambito ospedaliero.

**2. Disegno della indagine.**

Il questionario verrà inviato a tutti i ginecologi aderenti all'AOGOI in attività presso strutture complesse ostetrico-ginecologiche e consultori familiari. Il questionario è presentato al punto 4 del presente protocollo. Tale questionario verrà inviato a cura della Segreteria Nazionale AOGOI.

**3. Risultati attesi.**

Definire le opinioni dei ginecologi italiani sull'uso della cloramina T nell'igiene intima femminile e nel trattamento delle infezioni vaginali e sul suo uso in ambito ospedaliero. I risultati dell'indagine verranno divulgati nelle sedi opportune.

**4. Questionario**

**Indagine conoscitiva sulle opinioni dei ginecologi italiani sull'uso della cloramina T nell'igiene intima femminile e nel trattamento delle infezioni vaginali e sul suo uso in ambito ospedaliero.**

Cognome _____	Nome _____
Ospedale _____	Regione _____
Età: [ ] [ ]	Anno di specializzazione [ ] [ ] [ ] [ ] Sesso: maschio <input type="checkbox"/> femmina <input type="checkbox"/>
Ospedale ove svolge l'attività: _____	
Attività prevalente: Ospedaliera <input type="checkbox"/> Territoriale <input type="checkbox"/>	
Il luogo dove svolgi la tua attività quanti abitanti ha:	
fino a 10.000 <input type="checkbox"/> 10.001-150.000 <input type="checkbox"/> 150.001-1.000.000 <input type="checkbox"/> oltre 1.000.000 <input type="checkbox"/>	
Mediamente, nel corso di una settimana, quante pazienti ambulatoriali visite/vedi? n [ ] [ ]	
Quante si presentano in gravidanza? n [ ] [ ] % [ ] [ ] Quante si presentano con infezioni vulvo vaginali? n [ ] [ ] % [ ] [ ]	

**1. Conosci la cloramina T (Euclorina)?**

Sì  No

**2. Nella tua pratica clinica ambulatoriale consigli l'utilizzo di cloramina T?**

Sì  No  Se sì, in quale/quali indicazioni? (anche più di una risposta)

Disinfettante in gravidanza  Disinfettante sia nella donna fertile sia in menopausa

Come coadiuvante nel trattamento delle vulvovaginiti  Altro  (specificare) \_\_\_\_\_

**3. Secondo la tua opinione su quale segno/sintomo la cloramina può offrire un beneficio? (anche più di una risposta)**

Eritema  Prurito  Bruciore  Odore  Secrezioni vaginali  Altro  (specificare) \_\_\_\_\_

**4. Nel trattamento delle infezioni vaginali ritieni importante disinfettare i genitali esterni?**

Sì  No  Se sì ritieni la cloramina un trattamento utile? Sì  No

**5. Ritieni che vi siano controindicazioni all'uso di cloramina T?**

Sì  No  Se sì, quali: \_\_\_\_\_

**6. Presso la Struttura ove tu operi è disponibile la cloramina T?**

Sì  No  Se sì, viene utilizzata con regolarità? Sì  No

Con quale/quali indicazioni? (anche più di una risposta)

Disinfettante nel post partum  Disinfettante nel decorso post operatorio  Come coadiuvante nel trattamento delle vulvovaginiti

Altro  (specificare) \_\_\_\_\_

**Invia il questionario compilato a:**

**AOGOI - Via G. Abamonti 1 - 20129 Milano, tel. 02.29525380 fax 02.29525521**

# Auscultazione intermittente della frequenza cardiaca fetale interpartum

Luana Danti<sup>1</sup>, Miriam Guana<sup>2</sup>

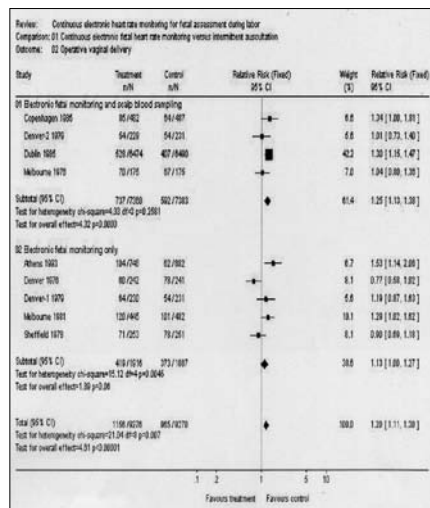
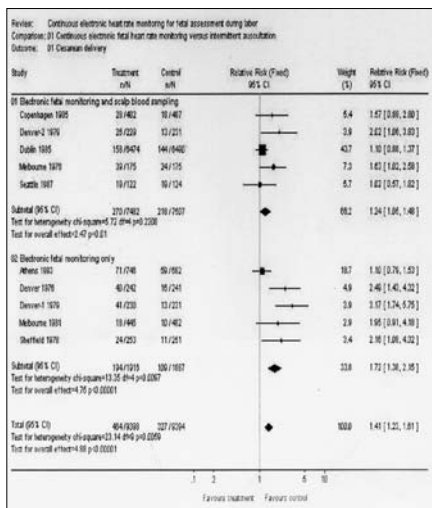
<sup>1</sup> Dirigente Medico 1° livello, Clinica Ostetrico-Ginecologica, Università di Brescia

<sup>2</sup> Coordinatore Corso di Laurea in Ostetricia, Università degli Studi di Brescia

## Introduzione

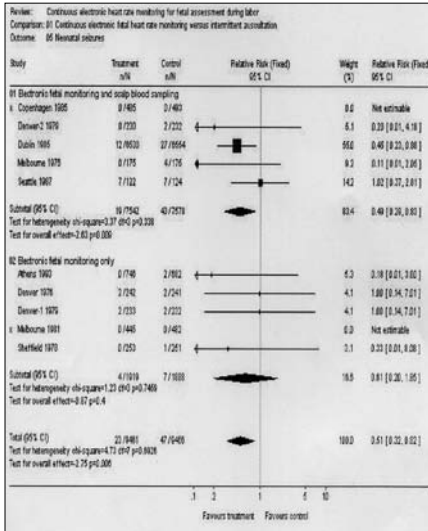
La polemica sull'utilizzo della cardiocotografia in Sala parto ha monopolizzato l'attenzione degli esperti per oltre 20 anni: numerosi lavori sono stati pubblicati sul confronto fra CTG in continuum e auscultazione intermittente, nelle gravidanze a basso e ad alto rischio (9-21), e l'ultima revisione pubblicata nel 2004 da Thacker nella Cochrane Library (4) conferma i dati già precedentemente segnalati: con il monitoraggio in continuum vi è un aumento significativo sia dei TC che dei parti strumentali (tab 1-2), senza alcun beneficio per quanto riguarda l'Apgar alla nascita, i trasferimenti in Unità di Terapia Intensiva Neonatale e l'incidenza di mortalità perinatale:

È segnalata peraltro una riduzione significativa delle convulsioni neonatali,



senza tuttavia alcuna differenza negli esiti neurologici permanenti a 4 anni. (tab 3)

In questa ultima revisione Cochrane sono stati inclusi 9 dei 13 RCT pubblicati (9-17), per un totale di 18.561 gravide, sia ad alto che a basso rischio, e 18.695 neonati. Gli studi sono stati condotti negli Stati Uniti, in Europa e in Australia.



Alla luce di questi dati pertanto, tutte le più autorevoli Linee Guida, sia Internazionali che Nazionali, consigliano di monitorare il benessere fetale durante il travaglio nelle gravidanze a basso rischio con l'auscultazione intermittente.

Danno questa indicazione le Linee Guida del Royal College Inglese (RCOG)(5), quelle dell'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)(1), nonché gli Ostetrici e Ginecologi Canadesi (SOGC)(6) e Australiani/NeoZelandesi (RANZCOG)(7).

Molto recentemente sono state pubblicate in Italia le linee Guida della Regione Emilia Romagna sulla sorveglianza del benessere fetale in travaglio di parto, basate su prove di efficacia (8). Alla luce della Medicina dell'Evidenza, anche questo testo conferma fra le Raccomandazioni di grado A, (supportate da prove di efficacia di livello superiore), che in donne sane con gravidanza a basso rischio dovrebbe essere proposta e raccomandata, per la valutazione del benessere fetale in travaglio di parto, la rilevazione intermittente del BCF.

**Competenze e responsabilità professionali dell'ostetrica/o**

La sorveglianza intrapartum nella gravida sana a basso rischio è una competenza che fa parte della tradizione dell'ostetrica/o e la sua autonomia gestionale è

chiaramente enunciata in due recenti leggi dello Stato Italiano: la legge N° 42 del 1999 e la legge 251 del 2000.

Nell'art. 1 comma 1 della legge 42 la denominazione "*professione sanitaria ausiliaria*" è sostituita della denominazione "*professione sanitaria*".

Nel comma 2 si dice che "il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali, dagli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi universitari e di formazione post-base, nonché dagli specifici codici deontologici".

Nell'art. 1 comma 1 della legge 251 si ribadisce che "*gli operatori della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme del profilo professionale e del codice deontologico*".

Le nuove normative hanno pertanto riaffermato come per l'ostetrica/o ci sia un campo di attività e responsabilità proprio, differenziato da quello del medico "*nel rispetto reciproco delle specifiche competenze, fatte salve le competenze specifiche del medico*".

L'art 1 del decreto ministeriale 740/1994, relativo al profilo professionale dell'ostetrica/o, recita infatti quanto segue: "*l'ostetrica è l'operatore sanitario che ... conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità ...*"

Tale posizione di autonomia, se valorizza l'indipendenza professionale, mette però in evidenza la responsabilità diretta e cioè il fatto che l'ostetrica/o risponde in prima persona dei propri comportamenti.

Poiché nella pratica clinica le metodiche relative alla sorveglianza e alla interpretazione del benessere fetale sono spesso oggetto di contenziosi medico-legali, urge la necessità non solo per i medici ma anche per le ostetriche di avvalersi di strumenti operativi basati su prove di efficacia e codificati come comportamenti appropriati nelle Linee Guida più autorevoli.

### **Modalità di rilevazione ad intermittenza del BCF**

L'auscultazione intermittente consiste nella rilevazione ad intervalli regolari e predeterminati del BCF in travaglio di parto: in particolare si rileva la frequenza cardiaca fetale, che deve oscillare nella fisiologia tra 110 e 160 battiti al minuto, nonché le variazioni periodiche della frequenza, definite accelerazioni e decelerazioni.

Lo scopo è quello di individuare lo stato di vitalità e di benessere del feto o eventuali condizioni anomale e di confermare attraverso la palpazione i dati relativi all'atteggiamento, la presentazione e la posizione del feto.

Gli strumenti clinici per la rilevazione possono essere lo stetoscopio di Pinard, un apparecchio doppler portatile (doptone) o il cardiocografo.

Alcune Linee Guida, suggeriscono di preferire l'utilizzo del doptone o del cardiocografo perché l'auscultazione con stetoscopio di Pinard risulta spesso difficoltosa. Questo strumento, entrato ormai a buon diritto nella storia dell'ostetricia, a fronte dei suoi innegabili vantaggi (costo molto contenuto, nessuna manutenzione, utile per la didattica e l'apprendimento della semeiotica ostetrica), presenta numerosi limiti: costringe infatti la donna ad una postura obbligata ed è molto difficoltosa e fastidiosa l'auscultazione prolungata durante la contrazione uterina. Inoltre la valutazione è necessariamente soggettiva, non condivisibile con altri operatori sanitari né con la gravida. È una metodica che non si "improvvisa" ma che prevede una adeguata esperienza e abilità, sia nella tecnica di rilevazione che nell'interpretazione dei suoni percepiti.

Il Doptone, pur avendo un costo superiore e la necessità di provvedere alla sua alimentazione e manutenzione, non limita la postura della donna, non è uno strumento fastidioso e facilita l'auscultazione anche durante la contrazione uterina. È possibile pertanto l'auscultazione prolungata e la valutazione può coinvolgere anche altri operatori o la stessa paziente.

Inoltre è uno strumento di facile utilizzo anche da parte di personale sanitario meno esperto, in quanto non necessita del possesso di particolari abilità tecniche.

### Stetoscopio di Pinard

VANTAGGI	SVANTAGGI
<ul style="list-style-type: none"><li>• Costo contenuto</li><li>• Scarsa manutenzione</li><li>• Favorisce la semeiotica ostetrica non invasiva</li><li>• Valorizza la competenza ostetrica</li><li>• Favorisce il contatto ostetrica/donna</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La postura della donna è obbligata</li><li>• Molto difficoltosa e fastidiosa la auscultazione durante la contrazione uterina</li><li>• Consente auscultazioni limitate nel tempo</li><li>• Valutazione soggettiva non condivisibile con altri professionisti e con la donna</li><li>• Richiede un'adeguata abilità sia nella tecnica di rilevazione che nell'interpretazione dei suoni</li></ul>

**Rilevatore elettronico portatile**

VANTAGGI	SVANTAGGI
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non limita la postura della donna</li> <li>• Non è fastidiosa per la gravida</li> <li>• Facilità di auscultazione durante la contrazione uterina</li> <li>• Possibilità di auscultazioni prolungate</li> <li>• Valutazione soggettiva ma anche partecipata (con altri professionisti e con la donna)</li> <li>• Non necessario il possesso di particolare abilità tecnica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costo superiore</li> <li>• Richiede manutenzione e alimentazione</li> <li>• Promuove meno la semeiotica ostetrica per l'individuazione del focolaio di massima intensità</li> </ul>

Il cardiocrografo non presenta alcun vantaggio rispetto al doptone, salvo la possibilità di registrare su supporto cartaceo la frequenza cardiaca fetale, registrazione che può in qualche caso a rischio intermedio essere utile per valutare, oltre alla frequenza cardiaca, anche l'ampiezza, elemento importante per identificare una adeguata reattività.

Per quanto riguarda la modalità di rilevazione del BCF, non c'è nei lavori pubblicati una uniformità di comportamento e nei 9 RCT selezionati nell'ultima revisione Cochrane sono dissimili i tempi di auscultazione ( fra le contrazioni, durante la contrazione, dopo la contrazione) e anche la durata della stessa (30 o 60secondi o anche di più).

**Metodiche utilizzate dai vari autori per l'auscultazione intermittente**

STUDIO	METODO
Haverkamp 1978	per 30 sec. dopo la contrazione
<b>Kelso 1978</b>	<b>per 1 min. durante o dopo la contrazione</b>
Haverkamp 1979	per 30 sec. dopo la contrazione
Mc Donald 1985	per 60 sec.
Luthy 1987	fra le contrazioni e almeno per 30 sec. dopo
Shy 1987	fra le contrazioni e almeno per 30 sec. dopo
Vintzileros 1993	fra le contrazioni
<b>Morrison 1993</b>	<b>durante e per 30 sec. dopo la contrazione</b>
Mahomed 1994	prima e dopo la contrazione

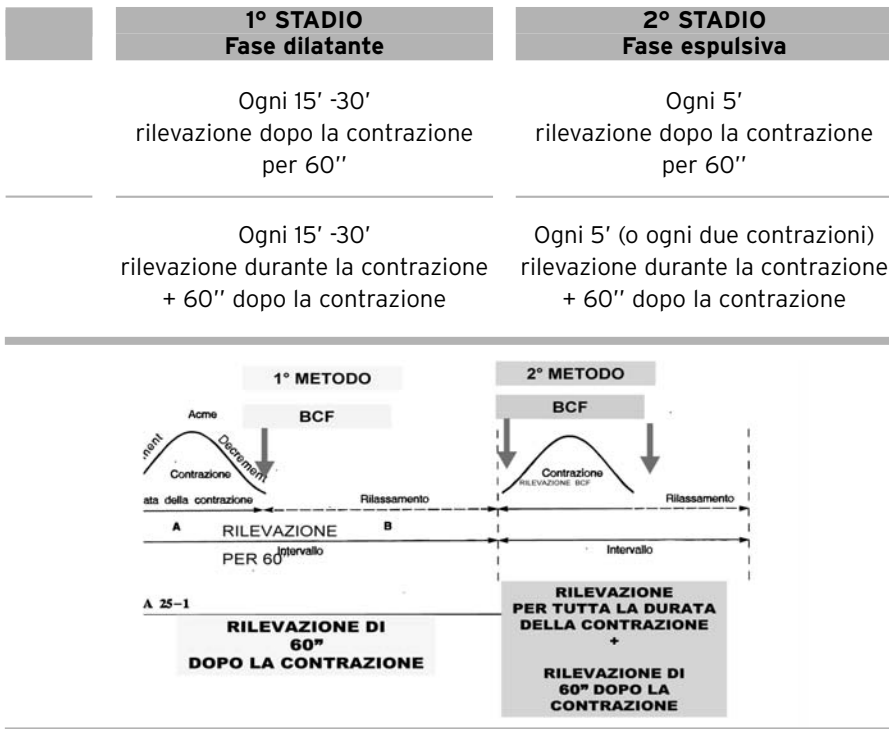
Per quanto riguarda le modalità con cui effettuare l'auscultazione intermittente, le Linee Guida della Regione Emilia Romagna, di recentissima pubblicazione, forniscono le seguenti indicazioni :

- Nel primo stadio auscultazione del BCF ogni 15' per 60" immediatamente dopo la contrazione
- Nel 2° stadio auscultazione del BCF ogni 5' per 60" immediatamente dopo la contrazione

Va però sottolineato che se l'auscultazione viene effettuata solo dopo la contrazione, possono non essere rilevabili quasi tutte le decelerazioni variabili, che, per lo più, si verificano in concomitanza con la contrazione.

Pertanto ci sembrano più adeguate quelle modalità di auscultazione che prevedono la rilevazione del BCF anche durante la contrazione, così come è avvenuto per gli studi di Kelso nel 1978 e di Morison nel 1993

**Modalità di rilevazione ad intermittenza del BCF**  
**Stadi attivi del travaglio di parto**  
**(protocolli sostenuti da evidenze di robusta efficacia)**





La SOGC inoltre fornisce altre importanti raccomandazioni:

- Questa tecnica deve essere effettuata da professionisti adeguatamente formati ed abilitati: le competenze si riferiscono alla rilevazione del BCF, alla valutazione delle contrazioni attraverso la palpazione ed alla formulazione di una diagnosi (benessere, rischio, patologia)
- Devono essere garantiti piani di assistenza pre-definiti in caso di rilievi non rassicuranti
- Deve essere garantito un rapporto ostetrica-donna one to one
- Deve sempre essere rilevato il polso materno per distinguerlo da quello fetale

Si deve annotare sul tracciato ogni evento intrapartum in grado di influenzare il BCF (come ad esempio la febbre materna, la rottura del sacco amniotico, i MAF, la postura della partoriente, l'ipotensione, la visita vaginale, il vomito ecc). I fenomeni osservati devono essere annotati anche sul partogramma o sull'apposita scheda di rilevazione.

È indispensabile per la correttezza clinica e medico-legale, segnalare ogni volta le caratteristiche della frequenza auscultata, unitamente alla data, ora e firma del professionista.

L'ostetrica ha una responsabilità diretta degli eventi e di fronte ad anomalie di rilevazione deve comunicare tempestivamente al medico specialista la situazione clinica.

### **Quando non è raccomandata l'ascoltazione ad intermittenza**

Se questa è una metodica adeguata alle situazioni di fisiologia della gravidanza e del travaglio, è invece raccomandabile il monitoraggio in continuum nelle gravidanze complicate da patologie materne e/o fetali. Ci sono indicazioni al CTG in continuum anche legate al tipo di travaglio (indotto, prolungato, in analgesia, con attività uterina anomala o durante l'utilizzo dell'ossitocina ecc). Ovviamente è consigliabile passare al CTG in continuum tutte le volte che si individuano delle anomalie durante la auscultazione intermittente

### **Stetoscopio di Pinard**

Lo stetoscopio ostetrico o di Pinard (1876) si differenzia dal comune stetoscopio clinico per il maggior diametro alla base (5 -6 cm) e per la sua conformazione ad imbuto (o a campana), che permette di raccogliere i toni ed i rumori da un'area più estesa.

### **Auscultazione ad intermittenza del BCF intrapartum: Quando non consigliata**

<b>Indicazioni fetali</b>	<b>Indicazioni materne</b>	<b>Indicazioni legate al travaglio</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Graw gemellare</li><li>•</li><li>•</li><li>•</li><li>•</li><li>•</li><li>•</li><li>•</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ipertensione</li><li>• Diabete</li><li>• Malattie cardiache</li><li>• Anemia severa</li><li>• Emoglobinopatie</li><li>• Ipertiroidismo</li><li>• Malattie immunologiche</li><li>• Malattie renali</li><li>• Prec. TC</li><li>• Febbre &gt; 38°</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Travaglio indotto</li><li>• Travaglio prolungato &gt;12h</li><li>• Analgesia epidurale</li><li>• Attività uterina anomala</li><li>• Liquido tinto e/o oligoamnios</li><li>• PROM &gt; 24h</li><li>• CTG anomale al ricovero</li><li>• Sanguinamento in travaglio</li><li>• Anomalie all'auscultazione intermitt.</li></ul>

Lo stetoscopio di Pinard fa parte degli strumenti del ginecologo e dell'ostetrica/o del passato e del presente e, benchè la tecnologia fornisca oggi strumenti di più facile utilizzo e di grande precisione, è auspicabile che un operatore sanitario apprenda nella sua formazione tutte le corrette informazioni sul suo utilizzo: al di là dei vantaggi didattici per il miglior apprendimento della semeiotica, potrebbe configurarsi la necessità di seguire un travaglio in situazione di emergenza, senza la disponibilità della tecnologia e delle strumentazioni più sofisticate .

#### **La Tecnica**

L'auscultazione del BCF deve essere eseguita in ambiente silenzioso e nella posizione più comoda per la gestante e per il professionista (ostetrica/o o medico specialista). Di norma quella prescelta è il decubito supino.

Il professionista si deve porre a lato della donna ed appoggiare la propria testa sullo strumento, dalla parte della base piatta, mentre la campana viene appoggiata sull'addome. La donna deve rilassare completamente la muscolatura addominale. Durante l'auscultazione l'asse dello stetoscopio deve essere perpendicolare al piano cutaneo su cui è appoggiato, così che la base dello strumento si trova a contatto con la cute in tutti i punti della sua circonferenza. Nel momento in cui si appoggia l'orecchio sul padiglione auricolare, la mano che sorregge lo stetoscopio sarà tolta, mentre l'altra mano sarà applicata a piatto contro il lato opposto dell'addome; si eserciterà quindi una compressione, che ha lo scopo di avvicinare all'orecchio e di

mantenere ferma la parte del corpo fetale su cui si esercita l'auscultazione. Infine è fondamentale controllare durante l'auscultazione, il polso materno, allo scopo di accertare il sincronismo o la differente frequenza rispetto al battito che si rileva con lo stetoscopio.

**Mai ascoltare il BCF senza rilevare contemporaneamente il polso materno**

Solo rispettando questa regola si differenzia con sicurezza il polso fetale da quello materno, che ha una frequenza inferiore, quasi della metà. Questo vale ad eccezione del caso in cui il polso materno e fetale abbiano la stessa frequenza o per tachicardia materna ( febbre, farmaci) o per bradicardia fetale oppure per entrambi.

L'auscultazione è da effettuarsi sistematicamente, su tutto l'ambito addominale, senza trascurare alcuna zona: solo dopo aver esplorato tutto l'addome si potrà formulare la diagnosi.

Il BCF diviene evidente all'ascoltazione con stetoscopio verso la 20 - 22 settimana di sviluppo; da tale epoca fino al settimo mese si apprezza meglio al punto medio della linea ombelico-pubica. L'abilità nel percepire il BCF dipende molto anche dall'esperienza.

**È importante prima di tutto abituarsi alla frequenza normale del battito fetale**

Nell'ultimo bimestre (8°-9° mese) di gravidanza *il focolaio di massima intensità*, ossia dove meglio si percepisce il BCF, è in rapporto alla situazione, alla presentazione e alla posizione del feto.

Per focolaio di massima intensità si intende il punto dove il cuore del feto è più vicino alla parete addominale; è situato in genere dove vi è il maggior sollevamento della parete addominale da parte dell'utero gravido.

La mancata percezione del BCF con il solo stetoscopio non può autorizzare a porre subito una diagnosi di morte endouterina del feto. Dovrà essere avvalorata da indagini più approfondite ed appropriate (Cardiotocografia ed Ecografia).

La trasmissione del BCF può essere ostacolata e quindi non giungere all'orecchio del professionista per la notevole quantità di liquido amniotico, per una sfavorevole posizione del feto ( ad esempio quando il dorso è posteriore), nonché per un pannicolo adiposo addominale materno eccessivo, come nel caso di una donna obesa.

**I suoni percepiti attraverso l'auscultazione addominale**

L'auscultazione con stetoscopio dell'addome della gestante permette di percepire una varietà di manifestazioni sonore da attribuire al feto e alla madre, oltre ad alcuni

rumori supplementari, definiti soffi, provenienti dal funicolo o dall'arteria uterina.

Il termine soffio significa murmure soffiante, o suono sibilante, la cui natura sonora è simile, ma il ritmo e l'origine sono assai diverse.

Il soffio del funicolo si riferisce ad un lieve murmure causato dal flusso del sangue attraverso il cordone ombelicale. Poiché il sangue è spinto dal cuore fetale, il ritmo del soffio è sincrono con quello fetale. Si può rilevare casualmente, in una gravida su sei.

Il soffio uterino è secondario al flusso del sangue attraverso le arterie uterine. Poiché il sangue è di origine materna, il soffio è sincrono al ritmo cardiaco della gestante (frequenza 80 battiti/min.)

Altri suoni sono:

<b>Suoni prodotti dal feto</b>	<b>Suoni prodotti dalla madre</b>
Battito cardiaco fetale - F./min. 110-160 <i>Può essere paragonato al tic-tac dell'orologio (Seitz)..."posto sotto un cuscino" (R.E. Bailey).</i>	Polso aortico o materno - F./min. 70
Soffio funicolare - F. 110-160 <i>È sincrono al BCF Da attribuire a compressione, nodi veri o d giri di funicolo o trazione. Si possono pertanto individuare in aree diverse dell'addome</i>	Soffio uterino - F./min. 70 <i>(in concomitanza alle parte laterali dell'addome sotto la linea ombelicale trasversa. - Si percepisce dal 5° mese come un rumore dolce simile ad una live fuga di vapore)</i>
Movimenti fetali <i>Sono rumori graffianti, udibili in prossimità delle piccole parti fetali. Sono percepiti come leggeri colpi di tamburo</i>	Rumori intestinali <i>(borborigmi o gorgoglii)</i>

### Conclusioni

Nella storia dell'ostetricia/o il monitoraggio elettronico fetale è forse la tecnologia che ha suscitato più entusiasmi: le aspettative erano enormi e probabilmente l'implementazione a macchia d'olio che c'è stata fra gli anni 80 e 90 in tutto il mondo, in parte dipendeva dall'aver sovrastimato la sua utilità e sottostimato la difficoltà di apprendimento della sua corretta lettura.

A distanza di più di 30 anni dall'inizio del suo utilizzo clinico è necessario invece una importante correzione culturale: il monitoraggio elettronico intrapartum ha fornito innegabili vantaggi ma ha anche contribuito pesantemente all'inarrestabile incremento dei tagli cesarei in tutto il mondo. Buona parte della responsabilità è legata anche al fatto che una corretta lettura del tracciato cardiocografico non può prescindere da una adeguata formazione dei professionisti deputati al suo utilizzo. Non è una metodica di facile apprendimento e se è abbastanza ben riconoscibile un tracciato pessimo o uno perfettamente normale, molti sono invece quelli di dubbia interpretazione.

Questo spiega il tentativo di mettere a punto in questi ultimi 15 anni metodiche "ancillari", in grado di dirimere i dubbi, quando la cardiocografia non è di univoca interpretazione, come l'ossimetria o l'utilizzo dell'ECG fetale.

Peraltro la polemica sulla dubbia utilità della cardiocografia è iniziata dalla fine degli anni 70 e da allora molti sono stati gli studi pubblicati per confrontare il vecchio col nuovo, ovvero l'auscultazione intermittente con la CTG in continuum.

Indubbio è il risultato di tutti questi numerosi RCT: se il monitoraggio cardiocografico in continuum ha la sua utilità nelle gravidanze a rischio ipossico, nelle situazioni di fisiologia è assolutamente inadeguato: non solo non porta vantaggi al feto, ma crea danno soprattutto per le gravide, poiché condiziona un aumento indiscriminato dei parti laparotomici, con tutte le conseguenze che questo comporta.

Le aspettative erano legate alla convinzione che la metodica potesse far diminuire non solo la mortalità perinatale ma anche la morbilità neurologica grave. Invece questo non è avvenuto e l'incidenza di paralisi cerebrale è rimasta pressoché invariata o è addirittura modicamente aumentata. In compenso la percentuale di tagli cesarei è arrivata in alcune parti del mondo, e purtroppo anche in certa aree italiane, oltre il 50-60% di tutti i parti.

Di fronte a questa realtà, è quanto mai auspicabile che vengano messe in opera tutte le modalità più adeguate a far diminuire l'incidenza di parti laparotomici e l'auscultazione intermittente nelle donne sane a basso rischio rappresenta la metodica ideale, così come è stato ampiamente dimostrato dalla medicina dell'evidenza. Pertanto le linee guida elaborate dall'equipe ostetrica di ogni sala parto dovrebbero tenerne conto.

### **Bibliografia**

1. American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG) Fetal heart rate patterns: monitoring, interpretation and management. ACOG Technical Bulletin. No 207, July 1995. Int J Gynaecol Obstet 1995; 51: 65-74
2. Moracci "Manuale di ostetricia - con elementi di ginecologia" - Idelson, Napoli 1981

3. W. Pschyrimbel "Ostetricia pratica ed operazioni ostetriche", Piccin, 1981, Padova
4. Thacker Sb, Stroup D, Chang M. Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor. In: The Cochran Library, Issue 1. Chichester, UK: John Wiley e Sons, Ltd; 2004.
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist (RCOG) The use of electronic fetal monitoring. Evidence - based clinical guide line number 8. London: 2001 [www.nice.org.uk/pdf/efmguide-linercog.pdf](http://www.nice.org.uk/pdf/efmguide-linercog.pdf)
6. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Fetal health surveillance in labour. SOGC Clinical Practice Guide Line 2002
7. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG). Intrapartum fetal surveillance 2002. [www.ranzcog.edu.au](http://www.ranzcog.edu.au)
8. Regione Emilia Romagna. La sorveglianza del benessere fetale in travaglio di parto. - Linea guida basata su prove di efficacia. Febbraio 2004. [www.saperidoc.it](http://www.saperidoc.it)
9. ATHENS 1993 Vintzileos AM et al "A randomised trial of intrapartum electronic fetal heart rate monitoring vs intermittent auscultation" *Obstet Gynecol* 1993;81:899-907
10. COPENHAGEN 1985 Hansen PK et al "Maternal attitudes to fetal monitoring" *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1985;20:43-51
11. DENVER 1976 Haverkamp AD et al "The evaluation of continuous fetal heart rate monitoring in high-risk pregnancy" *Am J Obstet Gynecol* 1976;125:310-317
12. DENVER 1/2 1979 Haverkamp AD et al "A controlled trial of the differential effects of intrapartum fetal monitoring" *Am J Obstet Gynecol* 1979;134:399-412
13. DUBLIN 1985 Macdonald D et al "The Dublin randomised controlled trial of intrapartum fetal heart rate monitoring" *Am J Obstet Gynecol* 1985;152:524-539
14. MELBOURNE 1976 Renou P et al "Controlled trial of fetal intensive care" *Am J Obstet Gynecol* 1976;126:470-476
15. MELBOURNE 1981 Wood C et al "A controlled trial of fetal heart rate monitoring in a low-risk obstetric population" *Am J Obstet Gynecol* 1981;141:527-534
16. SEATTLE 1987 Killien MG et al "A randomised trial of electronic fetal monitoring in preterm labor: mother's views" *Birth* 1989;16:7-12
17. SHEFFIELD 1978 Kelso IM et al "An assessment of continuous fetal heart rate monitoring in labor: a randomised trial" *Am J Obstet Gynecol* 1978;131:526-531
18. DALLAS 1986 Leveno KJ et al "A prospective comparison of selective and universal electronic fetal monitoring in 34.995 pregnancies" *N Engl J Med* 1986;315:615-619
19. GARITE 2000 Garite TJ et al "A multicenter controlled trial of fetal pulse oximetry in the intrapartum management of non reassuring fetal heart rate patterns" *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:1049-1058
20. HARARE 1994 Mahomed K et al "Randomized controlled trial of intrapartum fetal heart rate monitoring" *BMJ* 1994; 308: 497-500
21. LUND 1994 Herbs A et al "Intermittent versus continuous electronic fetal monitoring in labour: a randomised study" *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101: 663-668

# Perchè si raccoglie il sangue del cordone ombelicale?

**Vito Chiantera, Manuela Rivellini, Stefania Caruso\*\*,  
Imma D'Ambra\*, Piero Iacobelli**

---

**Dipartimento Materno-Infantile (Direttore: Prof A. Chiàntera)  
Ospedale Buon Consiglio-Fatebenefratelli, Napoli**

**\*\* BaSCO Campania (Resp: Dott. Anna Canazio)**

**A.O.R.N. Santobono-Pausilipon, Napoli**

**\* Patologia Neonatale (Direttore: Dott. Lucio Giordano)**

**A.O.R.N. Santobono-Pausilipon, Napoli**

La sopravvivenza di molti pazienti affetti da numerose patologie oncologiche, ematologiche, immunologiche e dismetaboliche dell'infanzia e dell'età adulta, dipende dalla possibilità di effettuare un trapianto di cellule staminali da midollo osseo, per eseguire il quale è necessario che tra il donatore ed il ricevente vi sia istocompatibilità accertata mediante tipizzazione HLA. Purtroppo le barriere di istocompatibilità sono tali da costituire un grosso limite all'applicazione della tecnica e solo il 20% dei pazienti trova un donatore compatibile nell'ambito familiare, meno di 1/3 lo trova tra i donatori volontari iscritti nei registri internazionali dei donatori di midollo, mentre la restante parte dei pazienti, circa il 45%, non può accedere al trapianto per mancanza di donatori.

Il termine cellula staminale identifica una cellula capace di automantenersi, rigenerando se stessa (divisione espansiva), di generare le cellule mature e differenziate di un determinato tessuto (divisione differenziativa). La capacità delle cellule staminali di differenziarsi nei diversi tessuti cambia secondo l'origine delle cellule e dello stadio di sviluppo dell'organismo al quale appartengono. Sono state identificate diverse sorgenti di cellule staminali umane; esse differiscono per la minor o maggior facilità con cui possono essere isolate, moltiplicate e coltivate in laboratorio. A tutt'oggi sono state isolate cellule staminali negli embrioni ai primi stadi di sviluppo, nei tessuti fetali, nel sangue placentare (o sangue di cordone ombelicale). In ambito ematologico il midollo osseo ha storicamente rappresentato la sorgente di cellule staminali emopoietiche. Più recentemente è stato dimostrato che anche dal sangue periferico di soggetti sani trattati con fattori di crescita emopoietici, quali granulocyte colony stimulating factor (G-CSF) è possibile ottenere progenitori emo-

poietici in grado di ricostruire il sistema emopoietico e immunitario di pazienti sottoposti a terapia mieloablattiva.

Alla fine degli anni '80 si è affacciata una nuova prospettiva, rappresentata dall'utilizzo del sangue del cordone ombelicale quale fonte di cellule da trapiantare. Il sangue placentare, infatti, è ricco di cellule staminali emopoietiche che, pur riconoscendo una organizzazione simile a quella delle cellule del midollo osseo, hanno tuttavia caratteristiche peculiari. Il sangue placentare contiene una rilevante quota di progenitori emopoietici immaturi (quali le long-term culture CFC), e la loro capacità clonogenica sembra essere superiore a quella delle corrispettive cellule midollari.

Allo stesso modo, i progenitori orientati (CFU-GM e BFU-E) sono meno rappresentati rispetto al midollo, mentre cellule meno differenziate come CFU-GEMM e HPP-CFC sono più frequenti nel cordone.

Grazie alla ridotta risposta immunitaria dei linfociti del sangue cordonale, il trapianto di sangue del cordone ombelicale è possibile anche in caso di comparibilità parziale tra donatore e ricevente. I linfociti contenuti nelle unità di sangue placentare sono infatti dotati di un fenotipo *naïve*. Tra le principali caratteristiche ricordiamo che a differenza dei linfociti adulti, quelli del sangue placentare sono rappresentati in maggior percentuale da cellule CD45RA+ incapaci di produrre IL2; che i linfociti T dopo stimolazione con agenti mitogeni non proliferano e producono bassi livelli di IFN $\gamma$ , TNF $\alpha$  ed IL10; le cellule T hanno la capacità di maturare in cloni ad alta produzione di IL10; le cellule Nk non esprimono il CD57 e presentano ridotta capacità di killing; la citotossicità di tipo NK e LAK risulta conservata dopo stimolazione con IL2. Tutto questo si traduce, nell'applicazione clinica pratica in una ridotta incidenza della "malattia del trapianto verso l'ospite" (GVHD) ma con un conservato effetto di "graft versus leukemia" (GVL). In particolare, la ridotta incidenza di graft versus host disease (GVHD), che è la maggiore causa di mortalità correlata al trapianto, permette di ampliare la scelta del donatore anche ad unità non totalmente compatibili.

Un'altra preziosa caratteristica delle cellule staminali da sangue cordonale è la possibilità di crioconservazione, che unita alla teoricamente pressochè illimitata disponibilità di sangue placentare, renderebbe possibile ottenere campioni HLA compatibili per tutti.

Il primo trapianto di cellule staminali emopoietiche da SCO, fu effettuato da Eliane Glickman nel 1989 in un bambino affetto da anemia aplastica costituzionale di Fanconi, utilizzando le cellule provenienti dal sangue del cordone del fratellino del paziente, compatibile per gli antigeni del sistema HLA e aprendo la strada al possibile utilizzo terapeutico.

L'insieme delle caratteristiche del sangue placentare/cordonale ed i vantaggi che il trapianto di cellule staminali cordonali offre rispetto al trapianto da midollo osseo (per il ricevente: disponibilità immediata, ridotto rischio di malattie da trapianto, necessità di minor grado di compatibilità con il donatore; per il donatore:



assenza di rischi legati all'anestesia ed alle procedure chirurgiche necessarie per l'e-spianto del midollo osseo) hanno portato ad un uso sempre più diffuso di questa preziosa risorsa. La ricchezza in cellule emopoietiche ha trasformato in pochi anni il cordone ombelicale da semplice scoria biologica a potenziale fonte di risorse terapeutiche. Sino ad oggi sono stati eseguiti nel mondo alcune migliaia di trapianti di cellule staminali cordonali con elevata percentuale di successo in pazienti altrimenti condannati a morte certa.

Uno dei maggiori problemi connessi con la raccolta del sangue placentare e del cordone ombelicale è che si tratta di una procedura non ripetibile e che la quantità di sangue ottenibile da un singolo donatore è limitata. Il volume raccolto varia ampiamente passando da 40 a 200 ml, ma non sono infrequenti raccolte di soli 20-40 ml, del tutto insufficienti allo scopo trapiantologico di cellule staminali emopoietiche. Fattori ostetrici relativi alla madre ed al neonato e modalità e tecnica della raccolta possono influenzare il volume del campione finale.

Il limite principale per un più ampio ricorso al trapianto di cellule staminali da cordone ombelicale, è quindi rappresentato dal ridotto volume di ciascuna raccolta. La conta delle cellule nucleate e delle cellule CD34+ (la proteina CD34 definisce la gran parte delle cellule progenitrici attive nell'emopoiesi) è il parametro maggiormente utilizzati per l'utilizzo clinico del SCO. All'interno della popolazione che esprime la proteina CD34 esiste inoltre una ulteriore suddivisione, rendendo possibile l'individuazione di sottopopolazioni cellulari più primitive e non ancora indirizzate verso una specifica linea di differenziazione (CD38-). E' recente inoltre l'identificazione di cellule staminali emopoietiche non esprimenti la proteina CD34 capaci di differenziarsi anche in tessuti non emopoietici (transdifferenziamento).

In letteratura il numero medio di cellule staminali emopoietiche CD34+/Kg utilizzato nei trapianti è di  $2 \times 10^5$  CD34+/Kg (range 0.4- $5 \times 10^5$ ); un numero inferiore a  $2 \times 10^6$  cellule staminali emopoietiche CD34+ risulta quindi del tutto inaccettabile per il banking per l'uso clinico. Una sacca di sangue cordonale dalle caratteristiche ottimali, contiene circa 1 miliardo di cellule nucleate: un trapianto si può eseguire con successo trasferendo nel ricevente almeno 30 - 40 milioni di cellule nucleate per Kg di peso corporeo e quindi ciò comporta la possibilità di trapiantare solo pazienti di peso inferiore a 35 - 40 kg ed in pratica solo bambini.

Attualmente si pratica la raccolta di sangue del cordone ombelicale per:

raccolta dedicata (related) di SCO per trapiando di cellule staminali emopoietiche in pazienti con patologie ematologiche sicuramente o probabilmente compatibili con il neonato "donatore" (fratello e sorella);

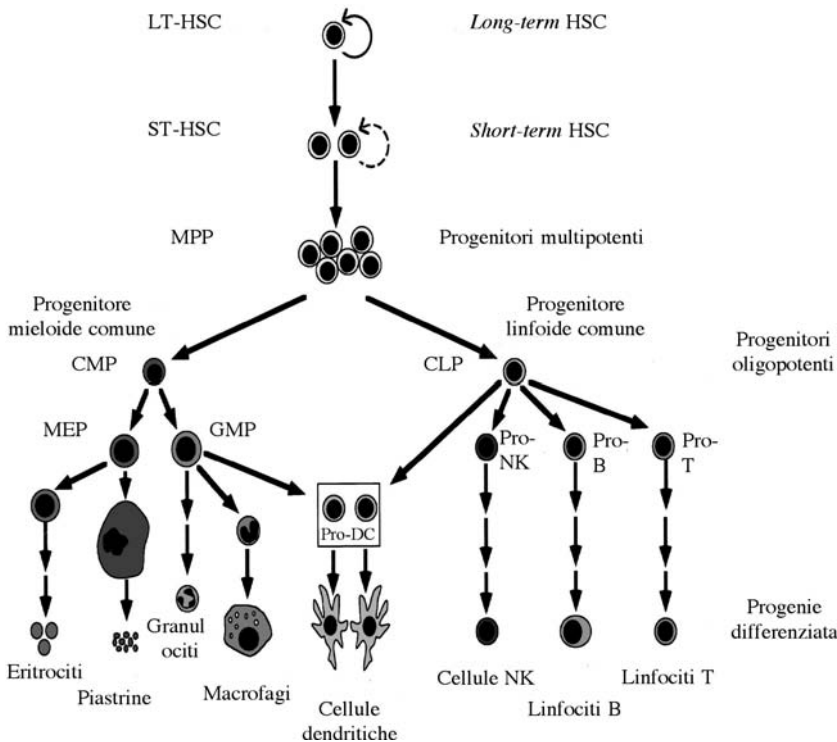
raccolta di SCO per donazione (unrelated), a scopo trapiantologico, che viene bancato presso la Banca del Sangue del Cordone Ombelicale

Abbiamo deciso di non prevedere il bancaggio di SCO ad uso esclusivo del donatore sia perché abbiamo deciso di privilegiare lo spirito della "donazione" sia per-

ché la nostra BaSCO non potrebbe conservare un numero elevato di campioni per un ipotetico e ridottissimo utilizzo.

La raccolta per donazione (unrelated) effettuata nei reparti di ostetricia ha lo scopo di ottenere unità di sangue cordonale da criopreservare nelle BaSCO, a disposizione di un potenziale ricevente. Fatti salvo i casi di raccolta dedicata (related), per i quali vengono raccolte e sfruttate anche quantità minime di sangue, la raccolta per "donazione" tende ad ottenere campioni ottimali. La propaganda attraverso i media ha fortemente aumentato la richiesta delle puerpere di "donare" il sangue del cordone ombelicale ma, per la necessità di ottenere raccolte adeguate in termini di numerosità di cellule nucleate (e cellule CD34+), non tutte le pazienti possono essere candidate come "donatrici". Allo scopo di ridurre inutili sprechi di risorse economiche (costo delle sacche, della valutazione dell'idoneità del campione, tempi di raccolta e di laboratorio) è opportuno evitare di praticare la raccolta in tutte quei casi in cui è già ipotizzabile in partenza un basso volume di sangue cordonale. Rientrano tra questi i casi di IUGR, di parto prima della 37a settimana, di gemellarità.

**Cellule staminali emopoietiche**



**Bibliografia**

1. Bertolini F, De Vincentiis A, Lanata L et al. Allogenic hematopoietic stem cells from sources other bone marrow : biological and technical aspects. *Haematologica* 1997 ;82 :220-238.
2. Glukaman E. Current status of umbilical cord blood hematopoietic stem cell transplantation [Review]. *Exp Hematol* 2000; 28: 1197-1205
3. Wagner JE. Umbilical cord blood transplantation. *Transfusion* 1995;35:619-621.
4. Knapp JA, Dorken B , Rieber P , et al. Update of CD antigens after the 4th International Workshop International Journal of Cancer, 44:190-191,1989.
5. Mc Cullough et al, *Blood Cells*, 20, pp 609, 1994.
6. Eurocord, Parigi 20 febbraio 1997, Protocol for unrelated cord blood transplant.
7. Almilci C, Carlo -Stella C,Wagner JE et al. umbilical cord blood as a source of hematopoietic stem cells: from research to clinical application. *Haematologica* 1995;7:47-55
8. Rubinstein P, Dobrila L, Rosenfield RE et al.Processing and cryopreservation of placental / Umbilical cord blood for unrelated marrow reconstitution .*Proc Natl Accad Sc USA* 1995;92: 10119-10122.
9. Rebullia P,De Bernardi N,Villa A,et al.Evaluation of new device for volume reduction of placental blood units by filtration through polyurethane .*Vox Sang* ,74,36,1998
10. Harris DT ,Schumaker MJ Richlick S et al.collection separation and cryopreservation of umbilical cord blood for use in transplantation .*Bone Marrow Transplant*,13,135,1994.
11. Donaldson C,Armitage WJ Denig - Kendall PA et al. Optimal cryopreservation of human umbilical cord blood.*Bone Marrow transplant* 1996;18 725 731.
12. L.Perugini, L Fazio, E In et al Congelamento, conservazione e rintracciabilità dell'unità del sangue placentare. *La trasfusione del sangue* Vol.45,n.6 nov-dic 2000(338-343)
13. Lovelock JE,Bishop MWH. Prevention of freezing damage to living cells *Nature*,183,1394,1959.
14. Broxmeyer HE Coopel S High efficiency recovery of immature hematopoietic progenitor cells with extensive proliferative capacity from human cord blood cryopreserved for 10 years. *Clin Exp Immunol* 107, 45, 1997.
15. Kobylka P, Ivanyi P, Breur-Vriesendirp BS et al. Preservation of immunological and colony forming capacities of long term (15 years) cryopreserved cord blood cells. *Transplantation*, 65, 1275, 1998.
16. Cairo M, wagner JE, Placental and/or umbilical cord blood:an alternative source of hematopoietic stem cells for transplantation. *Blood*, 90, 4665,1997.
17. Locatelli F, Maccario R, Comoli P et al. Hematopoietic and immune recovery after transplantation of cord blood progenitor cells in children. *Bone Marrow*

Transplant 1996;18:1095-1101

18. P Rebutta, L.Lazzari M P Blundell et al :Expansion ex vivo del sangue placentare. La trasfusione del sangue ,vol. 45 n6 nov-dic 2000(334-337).
19. Rubinstein P, Rosenfield RE,Adamson JW et al .Stored placental blood for unrelated Bone Marrow reconstitution.Blood 1993;81:1679-1690.
20. Rubinstein P, Taylor PE , unrelated placental blood for bone marrow reconstitution :organization of placental blood program Blood cells 1994;20:587-600.
21. Gluckman E .Hows J, Scardavou Aet al. et al cord blood banking for Hemopoietic stem cell transplantation ;an international cord blood transplant registry. Bone Marrow Transplant 1993;11:199-200.
22. Gluckman E.European organization for cord blood banking. Blood Cells 1994;20:601-608.
23. Sirchia G. GRACE:Il network italiano delle banche di sangue placentare. Progressi in ematologia clinica 1997;16:165-182.

# Gravidanze in cittadini extracomunitari: esperienza di un punto-nascita in provincia di Caserta

Pier Luigi Salzillo, Angelantonio D'Angiolella,  
N. Russo Raucci\*, Roberto Liguori\*

---

U.O. di Ostetricia e Ginecologia P.O. Marcianise - ASL CE/1

\* U.O. di Pediatria e Nido P.O. Marcianise - ASL CE/1

## Riassunto

Lo scopo di questo studio è quello di valutare la discrepanza tra le gravidanze dei cittadini extracomunitari e quelle della popolazione residente, così come osservato in 2 anni di attività dell'unità ostetrico-neonatale del presidio ospedaliero di Marcianise (Ce). Differenze relative ad età media delle partorienti, parità, peso alla nascita, complicanze gravidiche ed a carico del neonato con aumento considerevole di morti perinatali, sembrano infatti essere direttamente collegate alle problematiche psico-sociali e finanziarie proprie della condizione di emigrazione. Gli AA riportano la loro esperienza.

## Introduzione

Non è sufficientemente conosciuto il ruolo dell'emigrazione, se non per particolari situazioni di rifugiati per cause belliche e/o politiche, sull'evoluzione, lo sviluppo e la prognosi della gravidanza e del suo prodotto.

Si ritiene tradizionalmente che le avversità psico-sociali ed i problemi finanziari, propri di queste condizioni, incidano considerevolmente in senso negativo.

Un lavoro del 2000, condotto su donne transfughe dal Burundi e rifugiate in Tanzania<sup>1</sup>, ha osservato come, in generale, le gravidanze condotte durante queste condizioni presentino una maggiore incidenza di complicazioni e che non indifferente è il tributo, in termini di mortalità e disabilità sia per le madri che per il prodotto del concepimento, da pagare per il disagio dovuto a tale stato sociale.

## Popolazione e metodo

Nel corso degli anni 2002-2003, nel nostro Ospedale - Presidio Ospedaliero

(P.O.) di Marcianise (A.S.L. Caserta 1) - sono state assistite 110 donne in stato di gravidanza appartenenti a differenti etnie immigratorie (slave, albanesi, arabe medio-orientali) che hanno partorito 112 neonati (con 2 gravidanze gemellari).

Le pazienti sono state sempre ricevute come urgenze di Pronto Soccorso in imminenza di parto.

Nei confronti delle gestanti residenti (1505 parti per 1515 neonati), regolarmente seguite privatamente o in regime ambulatoriale-consultoriale convenzionato, sono state rilevate considerevoli differenze.

A partire dalla fine del 2003, grazie all'opera di sensibilizzazione effettuata dalle istituzioni sociali e sanitarie locali, si è riusciti a divulgare i principali concetti di prevenzione e di cure prenatali anche in alcuni strati di queste popolazioni, almeno per quelle temporaneamente residenti (ROM) nel nostro territorio di competenza. L'intervento è consistito nell'approccio capillare, su ogni paziente extracomunitario visitato per qualunque motivo presso la nostra struttura ospedaliera e presso ogni ambulatorio del distretto, mirato alla diffusione dei concetti di sanità e di prevenzione. In particolare, sugli individui più giovani, si è effettuata un'opera di inserimento nelle attività di screening per ad es. le principali malattie infettive diffusibili con impegno, da parte di questi, a coinvolgere quanti più soggetti possibili appartenenti ai propri nuclei familiari.

### Risultati

Tabella n.° 1: Differenze rilevate tra le gravidanze dei cittadini extracomunitari e quelle della popolazione residente, così come osservato in 2 anni di attività dell'U.O. ostetrico-neonatale dell'Ospedale di Marcianise.

	<b>Residenti (n=1515)</b>	<b>Extracomunitari (n=112)</b>	<b>p</b>
Età materna (media)	26.2	22.1	< 0.05
Parità (n)	1.8	2.4	< 0.05
Età gestazionale (settimane)	39	38	N.S.
Peso alla nascita (kg)	2,950	2,630	< 0.5
Complicanze gravidiche (%)	11.0	14.0	< 0.5
Complicanze perinatali (%)	4.0	8.0	< 0.05
Ricovero in TIN (%)	0.8	2.0	< 0.5
Morti perinatali (%)	0.2	2.0	< 0.05

Da questi dati appaiono particolarmente significative le differenze relative a: età media delle partorienti, parità, complicanze gravi a carico del neonato con percentuale considerevole di morti perinatali.

Non di minore importanza possono venire considerate le differenze relative anche al basso peso alla nascita dei nuovi nati e le complicanze ostetriche.

Con le nuove modalità d'approccio sociale esteso, negli ultimi sei mesi, è stato possibile veder affluire presso i nostri ambulatori ostetrici 26 gravide non ancora a termine, per le quali è stato possibile iniziare il comune iter diagnostico-terapeutico per la gestione controllata dello stato gravidico.

La raccolta di una completa ed approfondita anamnesi familiare e personale, un attento esame obiettivo e controlli seriati durante tutta la gravidanza sono dei presupposti fondamentali di un corretto iter diagnostico-terapeutico. Conoscere la familiarità per diabete mellito, ipertensione e gemellarità, valutare la presenza di malattie sessualmente trasmesse, l'eventuale suscettibilità alla rosolia ed alla toxoplasmosi, e la presenza di uno stato di malnutrizione o obesità, nonché di abitudini voluttuose quali alcool e fumo, ci ha permesso di avere un normale approccio nella gestione anche di queste pazienti.

Le 26 gestanti, infatti, che hanno partorito tra Gennaio e Maggio 2004, hanno dato alla luce 26 neonati in assolute buone condizioni di salute, con peso medio alla nascita di kg 2,850, e che non hanno sofferto di alcun tipo di complicanza perinatale.

### **Discussione e conclusioni**

Già nel 1989 era stato sottolineato come la situazione di immigrato anche in Paesi ad elevato standard socio-sanitario, nel caso specifico gli USA<sup>2</sup>, dimostrasse nei confronti della popolazione residente un notevole divario per modalità di conduzione della gravidanza (maggior numero di anemie materne, di infezioni connatali, inadeguato utilizzo dei presidi di cure prenatali, etc.) come anche di parto difficoltoso nonché di danni fetali.

Ciò è stato ribadito nel 2001 con rilevazione, inoltre, di un'alta incidenza anche di morti perinatali - 14.8% contro il 5.6% dei residenti<sup>3</sup>.

Le motivazioni di questo comportamento anomalo di gestione e di esiti gravidici, pur se potrebbero sembrare ovvi, sono invece di difficile identificazione.

Nel 1994 su un considerevole numero di rifugiate in Grecia non risultò possibile correlare significativamente il parto pretermine e il basso peso alla nascita quali conseguenze dello stato di rifugiato<sup>4</sup>.

Relativamente alle nostre osservazioni, ci sembra possibile dire che, per quanto riguarda la minore età delle partorienti extracomunitarie, nonché il maggior nume-

ro di figli e di gravidanze sostenute, i dati sono allineati a quelli relativi alle etnie di origine, essendo opinione comune che, soprattutto per le popolazioni di origine araba, vi è per tradizione la condizione di sposa in età adolescenziale e la conseguente minore età nelle gravidanze. Lo stesso dato non viene riportato per le popolazioni di origine slava che si attestano, al riguardo, su valori solo lievemente al di sopra della media delle donne di etnia mediterranea e del meridione d'Italia.

Particolarmente grave risulta, invece, l'evidenza delle varie complicanze ostetrico-neonatali per le quali i nostri servizi sanitari devono venire considerati direttamente interessati.

E' su questo aspetto che ci è sembrato possibile intervenire con opportuni mirati interventi di politica sanitaria e di maggiore impegno professionale.

Il piccolo numero di pazienti esaminate non ci permette di trarre delle conclusioni definitive al riguardo. Crediamo di aver comunque contribuito all'approfondimento delle problematiche relative a queste fasce di popolazione che vanno sempre più estendendosi nella nostra realtà come, in generale, un po' in tutti i Paesi occidentali.

L'adeguata assistenza socio-sanitaria, i controlli periodici della care prenatale, ci sono sembrati dei fattori determinanti nell'evoluzione di queste gravidanze seguite e condotte a buon esito.

Nel corso dell'anno ci proponiamo di estendere il servizio presentandolo come progetto istituzionale in collaborazione con il Distretto sanitario e l'ASL CE/1.

Il nostro impegno è quello di proseguire sulla strada appena iniziata per consentire, per quanto ci è possibile, di limitare le sofferenze di una cattiva assistenza socio-sanitaria a cittadini già sfortunati per altre motivazioni.

### **Bibliografia**

1. Jamieson DJ, Meikle SF, Hillis SD, et al. : An evaluation of poor pregnancy outcomes among Burundian refugees in Tanzania. *JAMA*, 2000 Jan 19; 283 (3): 397-402.
2. Gann P, Nghiem L, Warner S. : Pregnancy characteristics and outcomes of Cambodian refugees. *Am J Public Health*, 1989 Sep; 79 (9): 1251-7.
3. Lalchandani S, Mac Quillan K, Sheil O. : Obstetric profiles and pregnancy outcomes of immigrant women with refugees status. *Ir Med J*, 2001 Mar; 94 (3): 79-80.
4. Herrel N, Olevitch L, DuBois DK, Terry P, Thorp D, Kind E, Said A. : Somali refugee women speak out about their needs for care during pregnancy and delivery. *J Midwifery Womens Health*. 2004 Jul-Aug;49(4):345-9.
5. Lipson JG, Weinstein HM, Gladstone EA, Sarnoff RH. : Bosnian and Soviet refugees' experiences with health care. *West J Nurs Res*. 2003 Nov;25(7):854-71.



# Gravidanza e parto nelle donne immigrate: l'esperienza in Toscana e Lombardia

Mauro Buscaglia; Piero Curiel<sup>o</sup>; Valeria Dubini<sup>o</sup>;

Graziella Sacchetti<sup>oo</sup>; Fiammetta Santini\*

- 
- \* U.O. Ostetricia e Ginecologia, Azienda Ospedaliera Ospedale San Carlo Borromeo - Milano
  - <sup>o</sup> U.O. Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Misericordia e Dolce ASL 4 - Prato
  - <sup>oo</sup> Clinica Ostetrico Ginecologica, Azienda Ospedaliera Ospedale San Paolo - Milano

## Presenza femminile e immigrazione

Secondo i dati del Ministero dell'Interno, le donne immigrate in Italia al 31/12/91 erano 361.000.

Dieci anni dopo sono diventate 636.000. A livello nazionale, nell'arco di 10 anni, la presenza femminile tra gli immigrati ha registrato un incremento percentuale di quasi 4 punti, passando dal 42,% del 1991 al 46 % del 2001.

Nel Centro, la Toscana l'Umbria si attestano rispettivamente al 48% e al 50 %.

Esistono differenze enormi, a seconda del paese di provenienza, riguardo alla presenza femminile: in alcune comunità straniere infatti raggiunge valori del 74% e più, mentre in altre si attesta su valori estremamente bassi (7% per il Senegal ad esempio).

I Paesi che ormai da diversi anni si caratterizzano per un' immigrazione con prevalenza femminile in Italia sono l'Ucraina, la Russia, la Repubblica Ceca, la Moldavia.

Si tratta soprattutto di donne sole con un progetto migratorio a breve o medio termine, finalizzato all'inserimento come collaboratrici domestiche.

Le donne provenienti dall'Asia, che soggiornano regolarmente nel nostro paese, sono il 43,3% del totale continentale con oscillazioni molto ampie a seconda della provenienza nazionale.

Nel gruppo cinese la presenza femminile è del 45,6%, in quello filippino quasi dell'80%. Tra le aree del continente africano, l'unica che presenta una percentuale

femminile superiore al 60% è l'Africa Orientale; in tutti gli altri casi, invece, le percentuali non superano il 40%, con un minimo per il Nord Africa dove si arriva appena al 29%: nella maggioranza dei casi, le donne che giungono da questi Paesi inoltrano di richieste di ingresso per "ricongiungimento familiare".

L'America del Centro-Sud è il continente maggiormente caratterizzato dalla presenza femminile (Ecuador, Perù) con una percentuale media del 69,8%, e un picco dell'83,5 % delle Cubane.

### **Minori Stranieri**

Nel 1993, primo anno per il quale sono disponibili i dati ufficiali a livello nazionale, i nati stranieri erano pari al 1,1% del totale (nel Nord appena al 1,2%).

Le nascite tra le coppie di cittadini immigrati hanno conosciuto un ritmo di crescita accelerato dal 1997 in poi passando da 13.569 nel 1997 a 45.000 nel 2002.

Tra gli stranieri in Italia, il tasso di natalità ha raggiunto punte superiori al 2% (2 nascite ogni 100 residenti) nelle regioni del Nord, e comunque il tasso di natalità, preso complessivamente, risulta circa il doppio nella popolazione immigrata rispetto al dato medio della popolazione italiana.

Il valore più alto si registra nel Nord Est, quello più basso nel Meridione.

Ogni 20 nati in Italia, uno è un bambino straniero (5% del totale); l'incidenza sale al 7,3% al Nord (1 ogni 14 nati), con punte del 25% (1 ogni 4 nati) negli ospedali delle maggiori città industriali (Milano, Brescia, Treviso, Roma). L'incidenza è del 6,4% al Centro (1 ogni 16 nati), mentre è molto più contenuta nel Sud e nelle Isole (1,5%).

### **La gravidanza**

La gravidanza è un periodo di grande vulnerabilità nella vita di ogni donna; è un momento sicuramente intenso, che obbliga ad un ripensamento sul proprio passato e sul proprio futuro. Mettere al mondo un bambino, affrontare la maternità, sono eventi che fanno rivivere i legami con la generazione precedente e riaprono in modo acuto la problematica della filiazione e dell'identità. Inoltre per una donna durante la gravidanza diventa più che mai necessaria la vicinanza della propria famiglia e l'aiuto pratico che deriva dall'esperienza della madre, per superare piccoli problemi e ansie.

Il vissuto della migrazione è in qualche modo simile. Ogni persona migrante vive un momento di forte crisi interiore che nasce dalla perdita improvvisa del proprio involucro culturale, dei familiari e degli amici, ma nella maggior parte dei casi, il desiderio di migliorare le condizioni economiche e sociali di vita fornisce la forza

adeguata ad affrontare tale passo. Comunque ogni immigrato vive una fase di inadeguatezza e di estraneità rispetto alla cultura del paese ospite e ha bisogno di tempo per imparare a valorizzare gli aspetti positivi del nuovo paese.

Affrontare il periodo della gravidanza insieme all'esperienza della migrazione può creare evidentemente una situazione di grande insicurezza e ansia.

Nella maggior parte delle società tradizionali la gravidanza non è considerata una malattia, ma una situazione totalmente fisiologica tanto da non prevedere controlli medici, mentre la nostra cultura predilige un'attenta osservazione di tutte le gravidanze per individuare quelle a rischio. L'incontro tra queste due concezioni può portare a vivere la gravidanza in modo meno sereno da parte delle donne immigrate e creare difficoltà nel far loro accettare la nostra modalità di cura in gravidanza (una visita al mese, controlli ematochimici, una ecografia per ogni trimestre).

Secondo le donne arabe effettuare visite ed ecografie precoci può essere nocivo per il feto e infatti raramente si presentano dal ginecologo prima della fine del primo trimestre. Per le pragmatiche donne cinesi è inutile effettuare esami ematochimici periodicamente, tanto più che per loro eseguire prelievi ematici significa alterare l'equilibrio energetico. Al contrario le donne sudamericane e filippine sembrano avere maggior confidenza con la gestione occidentale; sono assidue nell'eseguire gli esami prescritti e nel presentarsi alle visite fissate.

Un altro punto critico è rappresentato dalla diagnosi prenatale. È intuibile come durante la consulenza per diagnosi prenatale emergano le differenze soprattutto fra il mondo occidentale e gli altri universi culturali e religiosi. Mentre nella cultura occidentale la malattia e la diversità sono difficilmente accettabili, quindi la nascita di un bambino malformato o handicappato viene generalmente rifiutata, nelle società tradizionali pare esserci una maggiore capacità di accettare, accogliere e spiegare in modo simbolico la malattia e la diversità.

Dall'analisi di lavori epidemiologici sull'incidenza di patologie della gravidanza nelle pazienti straniere emergono alcune differenze rispetto alla popolazione italiana. Nelle pazienti immigrate è stata documentata una maggiore frequenza di iperemesi e abortività spontanea del primo trimestre e di minacce di parto prematuro del terzo trimestre.

Dalle considerazioni precedenti risulta chiaro quanto sia importante facilitare l'accesso alle strutture sanitarie soprattutto alle donne di recente immigrazione, in modo tale che possano essere assistite nel modo più adeguato ai loro bisogni; d'altro canto gli operatori devono essere preparati all'incontro con culture diverse e ad un approccio multidisciplinare che superi una visione "superspecialistica" e che riporti la centralità del singolo paziente nel rapporto terapeutico.

### **Il parto nelle donne immigrate**

Nel 2000 in Italia sono nati 543.039 bambini di cui 25.916 stranieri (4.7%): in Toscana e Lombardia, regioni per le quali sono disponibili dati ricavati dalle SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera), i ricoveri per parto rappresentano il 10% del totale dei ricoveri negli immigrati, contro il 2.5% dei ricoveri per lo stesso motivo negli Italiani.

Il parto rappresenta per tanto la maggiore causa di ricovero nei gruppi etnici a forte pressione migratoria.

È indubbio che partorire lontano dal paese di origine, dalla famiglia, in una situazione spesso precaria da un punto di vista abitativo e lavorativo, carente di supporti psicologici e affettivi, dove clima e alimentazione sono diversi, dove molte cose non si capiscono e molte non si conoscono, costituisce obiettivamente una condizione svantaggiata. In effetti l'ambito materno-infantile viene segnalato come terreno di sofferenza sanitaria per gli immigrati.

I dati ISTAT per il 1995, riferiscono una mortalità neonatale nella popolazione immigrata dello 0.66% contro lo 0.41% degli Italiani. Uno studio nazionale, coordinato dalla Società di Perineonatalogia, che coinvolgeva 28 punti nascita in 24 diverse città italiane, e ha analizzato i dati relativi a nati da almeno un genitore straniero, tenendo conto di alcuni indici di "sofferenza", quali mortalità neonatale e grave prematurità, riporta una situazione altrettanto "a rischio" per i bambini stranieri.

In letteratura, pur in presenza di dati contrastanti, il partorire in un paese straniero viene generalmente segnalato come condizione di svantaggio: nel 2001 un articolo pubblicato su *Am J of Preventive Medicine* (Delvaux et al.), dal titolo "Barriers to Prenatal Care in Europe" riferiva che le donne straniere avevano una difficoltà quasi quattro volte maggiore (OR 3.8) ad accedere ai servizi di assistenza in gravidanza e ricevere quindi cure adeguate in questo delicato periodo.

Di diverso segno sono invece le esperienze più recenti riportate da alcune regioni Italiane a forte pressione migratoria: Lombardia e Toscana riportano dati sostanzialmente omogenei, e rilevano che le donne immigrate sono in effetti meno medicalizzate in gravidanza, ma, per quanto riguarda l'outcome neonatale, non presentano differenze statisticamente significative rispetto alle nostre connazionali. In particolare mortalità e grave immaturità presentano un'incidenza del tutto sovrapponibile nei due gruppi, mentre, contrariamente a quanto potremmo aspettarci, esiste una differenza significativa ( $p < 0.01$ ) a sfavore dei neonati italiani, per quanto riguarda la prematurità con complicanze e IUGR (Intra Uterine Growth Retard)

Attualmente non superano il 2% le donne che arrivano nei nostri reparti senza avere effettuato alcun accertamento. Quando l'immigrazione è recente dobbiamo

però essere preparati a donne che giungono nel nostro Paese attraverso viaggi estenuanti, e quindi spesso senza avere eseguito nessun controllo in gravidanza. Generalmente gli esami effettuati da queste donne, sono comunque molto pochi, e non sono del tutto infrequenti alcune patologie infettive (TBC, Lue) alle quali ci eravamo da tempo disabituated. Quasi sempre è però presente almeno un'ecografia eseguita spesso soprattutto per conoscere in anticipo il sesso del nascituro.

Un altro aspetto riguarda le modalità del parto e l'incidenza di TC (Tagli Cesarei): i dati in letteratura, provenienti in particolare dal Nordamerica, su questo argomento sono in realtà molto discordanti.

In mancanza di statistiche nazionali ci riferiamo ancora una volta a quanto disponibile: i dati della Toscana, regione tra quelle nelle quali l'incidenza di neonati figli di genitori immigrati supera di gran lunga la media nazionale (12.8%), ci mostrano una percentuale di TC sostanzialmente stabile negli ultimi anni (22.3 % nel 1998, 22.8% nel 2001), ma con una incidenza costantemente minore nel gruppo delle donne provenienti da Paesi in Via di Sviluppo (16% vs 22.8% nel 1998, 16.6% vs 23.5%).

Analizzando in maniera più dettagliata i dati, ci accorgiamo che i vari gruppi etnici presentano una incidenza di TC del tutto variabile: si va da popolazioni con dati del tutto sovrapponibili alla media italiana (albanesi, marocchine), ad altre che si discostano dalla media in maniera considerevole, per eccesso o per difetto. Una particolarità di questa regione è quella di accogliere la comunità cinese più numerosa di Italia: è proprio nelle donne cinesi che si osserva una percentuale di TC particolarmente bassa, costantemente inferiore al 10%, che poco si modifica nel tempo (7.6% nel 1998, 6.3% nel 1999, 8.4% nel 2000, 8.3% nel 2001). Questo dato è anche confermato dall'esperienza di Milano.

Sul versante opposto troviamo etnie nelle quali la percentuale di TC è costantemente superiore alla media regionale, quali Cubane (36.3% nel 2001), Somale (34.7%), Nigeriane (42.5%), e donne provenienti dallo Sri Lanka (45.7%).

Non è facile interpretare questi dati: possiamo dire però che tra le straniere e le italiane non ci sono differenze significative riguardo la parità (primipare: 71% vs 70%), mentre esiste una differenza significativa per quanto riguarda l'età (età media 31 vs 26). In particolare si osserva che nelle donne straniere il parto avviene al di sotto dei 30 anni nel 73% dei casi, nelle donne italiane solo nel 34.9%. È evidente che l'età rappresenta un fattore fortemente condizionante: infatti, se valutiamo la percentuale di TC per fasce di età, vediamo che le percentuali sono sostanzialmente sovrapponibili tra i due gruppi, e crescono comunque man mano che cresce l'età. Possiamo concludere dunque che la differenza di incidenza complessiva è

in realtà data dalla differente composizione della popolazione. Un altro aspetto ricavabile dai nostri dati è che mentre per le donne Italiane prevalgono i TC d'elezione rispetto ai TC in travaglio (59.5% vs 40.5%), nelle donne immigrate il rapporto si inverte (34% vs 66%).

Dunque, nonostante le difficoltà comunicative e linguistiche, e nonostante una maggior frequenza di disagio sociale in queste popolazioni, il parto non risulta, da questi dati, essere un terreno di "sofferenza" sanitaria.

Si deve probabilmente considerare che su questo può influire il fatto che la Regione Lombardia e la Regione Toscana presentano una rete territoriale capillare, dove già dal 1992 sono presenti "consultori famigliari" in cui è prevista l'accoglienza per le donne immigrate, con mediatori culturali delle etnie maggiormente rappresentate, e donne ginecologhe per venire incontro alle esigenze delle pazienti mussulmane. Più recente è invece l'introduzione di mediatrici culturali anche in ambito ospedaliero.

La funzione di questa figura professionale è determinante, perché il suo compito non si limita a quello di una semplice traduttrice, ma si occupa anche e specialmente di facilitare la comunicazione fra diversi codici culturali e di trasmettere e spiegare le motivazioni e le problematiche delle parti in gioco.

È indubbio che ogni parto è un evento unico, irripetibile, e per tanto diverso dagli altri, come una diversa dalle altre sono le donne che incontriamo: in quella terra di confine che è la nascita ogni donna ripercorre tappe della sua vita, della sua storia, della sua condizione attuale; dunque è evidente che la sua età, la sua condizione sociale, il desiderio o meno del bambino che sta per nascere, la sua relazione col partner, il suo grado di istruzione, le aspettative sue e dei suoi familiari rispetto a questo evento, saranno tutti elementi determinanti rispetto al parto.

Dobbiamo sapere che, se ogni nascita è diversa, ce ne sono alcune che sono ancora "più diverse": fattori etnici di diversità, non solo linguistici ma anche culturali, religiosi, antropomorfici, ci fanno talvolta sentire arresi non solo per la difficoltà a comunicare, ma soprattutto per il fatto che troppo poco conosciamo di realtà tanto diverse dalla nostra.

È comprensibile dunque come, assistere in maniera adeguata le donne immigrate, presupponga un difficile lavoro da parte degli operatori che devono cercare di comprendere, adattarsi, assecondare tante situazioni diverse, così lontane dalla quotidiana esperienza.

Il recupero "dell'arte ostetrica" intesa come comunicazione non verbale, la rivalutazione della semeiotica in mancanza di altri riferimenti, la curiosità e la voglia di chiedere, di raccogliere informazioni sulle differenze e le abitudini, devono costituir-

re la guida che consente di acquisire tutta una serie di conoscenze e le rende poi patrimonio comune.

### **Conclusioni**

Sebbene partorire in terra straniera, in carenza di supporti affettivi e psicologici, in precarie condizioni abitative e lavorative, con scarsa conoscenza della lingua e dei servizi, costituisca un obiettivo svantaggio, le donne immigrate del nostro campione non sembrano mostrare maggiori problemi riguardo alla gravidanza e al parto, rispetto alle nostre connazionali. Inaspettatamente potremmo anzi dire l'esatto contrario, sottolineando come essere straniera sembra nel complesso costituire un fattore protettivo nei confronti del rischio di avere un TC. La considerazione che possiamo fare a proposito, è che una gravidanza fisiologica non trae sostanziali vantaggi da una medicalizzazione intensiva.

L'età è l'elemento che maggiormente differenzia le due popolazioni: questo ci dimostra che la biologia, nonostante l'evoluzione dei costumi, ha i suoi tempi e che rispettarli significa migliore garanzia di risultato. Comunque, oltre all'età materna, i fattori che determinano il risultato del parto sono anche altri: la minore ansietà materna, la maggiore capacità di tollerare e assecondare il dolore, una cultura più fatalista può spiegare il minor ricorso al TC in certe etnie. Si deve sottolineare l'importanza del ruolo che i consultori hanno svolto in questi anni e continuano a svolgere. In effetti è proprio grazie a questa rete territoriale che, nel tempo, sono andate a diminuire le gravidanze nelle quali non è stato effettuato alcun tipo di accertamento (attualmente 2-3% contro il 10% di 10 anni fa), con un'importante ricaduta positiva anche sulle nostre strutture ospedaliere che non lavorano più in emergenza. Probabilmente anche noi abbiamo imparato ad accogliere e a comprendere meglio queste donne: non c'è dubbio che l'incontro con culture diverse dalla nostra ci ha insegnato a "uscire dalle regole", a essere più flessibili, a inventare soluzioni, anche a lavorare con maggiore creatività. Certo è necessario andare avanti su questa strada, e per questo abbiamo bisogno di maggiori informazioni nei nostri ospedali, nelle università e nelle nostre scuole: corsi di formazione e presenza di mediatori culturali sono elementi critici per sostenere chi lavora a contatto con queste nuove realtà, in particolare nei nostri reparti che sono quelli "in prima linea".

Bisogna anche considerare che l'immigrazione rappresenta un fenomeno in evoluzione continua, ed è quindi da aspettarsi che sempre nuovi soggetti si presentino alla nostra osservazione, ponendo nuove problematiche. Un osservatorio epidemiologico, in grado di cogliere in tempo reale i cambiamenti, rappresenta uno strumento di fondamentale importanza per attrezzarci verso nuove esigenze.

### **Bibliografia**

1. Caritas Migrantes - Immigrazione - Dossier Stastico 2001 - XI Rapporto sull'immigrazione Edizioni Anterem
2. Caritas Migrantes - Dossier Statistico 2002 - XII Rapporto sull'immigrazione Edizioni Anterem
3. Caritas Migrantes - Dossier Statistico 2003 - XIII Rapporto sull'immigrazione Edizioni Anterem
4. Ospedale San Carlo Borromeo Milano - Atti del Convegno "Nuove Povertà' - Vecchie Malattie "- Aspetti Sanitari dell'Immigrazione - Febbraio 2002 Milano
5. Bona et al. Stato di salute dei neonati figli di immigrati. Studio Nazionale multicentrico del gruppo di lavoro per il bambino immigrato della Società Italiana di Pediatria. Rivista Italiana di Pediatria (IJP) N. 24, 1998
6. Gregori C.et.al. I ricoveri ostetrici delle donne straniere negli Ospedali della Lombardia GynecoAOGOI, anno III, N.4, 2002
7. Tuveri et.al. I ricoveri ostetrici negli Ospedali della Lombardia nel triennio 1996 - 1998 Regione Lombardia Direzione Generale Sanità. Servizio Informativo e Controllo di Qualità.
8. Giusti E. et al. I ricoveri ostetrici nella Regione Toscana (dati SDO 1998 - 2001). Regione Toscana. Area pianificazione strategica.
9. Ministero della Salute - Relazione del Ministro G.Sirchia sullo stato di attuazione della Legge 194/78 - 2 Agosto 2002
10. ASP - Agenzia di Sanità Pubblica - Regione Lazio - Rapporto sull'assistenza Ospedaliera ai cittadini stranieri nel Lazio - Anno 2002
11. Associazione Crinali - Azienda Ospedaliera San Carlo Borromeo e Azienda Ospedaliera San Paolo, ASL Città di Milano - Donne e Famiglie Immigrate Integrazione e nuovi modelli di assistenza - Atti del Convegno Milano 30 Maggio 2001



# I corsi di accompagnamento alla nascita per le donne immigrate

**Sabina dal Verme\*, Graziella Sacchetti\*\***

---

\* **Ostetrica Ospedale San Paolo, Cooperativa CRINALI**

\*\* **Dirigente Medico Clinica ostetrico Ginecologica A.O. Ospedale S. Paolo, Milano**

Gli studi di M. Rose Moro (Moro, 1998) dimostrano che esiste una vulnerabilità specifica dei bambini delle famiglie migranti. La gravidanza, la nascita e i primi mesi di vita del bambino sono uno dei periodi in cui tale vulnerabilità è aumentata. La vulnerabilità del bambino, secondo le ricerche della Moro, deriva in molti casi dalle difficoltà con cui la mamma vive l'esperienza migratoria, che è potenzialmente traumatica a livello psicologico. Vediamo attraverso quali meccanismi il trauma della mamma può essere trasmesso al bambino.

Nei paesi d'origine le madri, le sorelle e le altre donne della famiglia accompagnano la donna durante la gravidanza, trasmettendole il proprio sapere, circondandola di cure e attenzioni, preparandole i cibi più indicati e offrendole ascolto e supporto. Nella migrazione invece la donna si ritrova sola in un ambiente estraneo, le viene a mancare il gruppo delle donne della propria famiglia, prova una profonda nostalgia per tutte quelle attenzioni, da cui sarebbe stata circondata se si fosse trovata al suo paese.

Al paese inoltre tutte le rappresentazioni e le interpretazioni delle sue sensazioni fisiche sono elaborate nel gruppo familiare, mentre nella migrazione le donne perdono questo sistema di riferimento e perdono fiducia nella propria capacità di capire che cosa stanno vivendo. La visione del mondo in cui erano cresciute non corrisponde più al mondo esterno e questo determina una condizione di insicurezza e confusione. Alcune vivono una vera e propria difficoltà a pensare, una solitudine elaborativa come la chiama M. R. Moro (Moro 2001): "solitudine elaborativa -per pensare noi abbiamo bisogno di co-costruire insieme, di scambiare, di confrontare le nostre percezioni con quelle dell'altro, se questo non è possibile, il pensiero non si appoggia che su se stesso e sulle proprie sensazioni. Questo non-confronto con

l'altro può anche condurre ad una rigidificazione. E' lo scambio con l'altro che mi modifica. " (trad.d.a.p.120)

La gravidanza è per tutte le donne un momento critico di passaggio e trasformazione che genera insicurezza, ma se viene vissuta in un paese straniero l'insicurezza è accentuata.

Dopo la nascita la mamma trasmette al bambino una visione insicura e frammentaria del mondo: lo fa attraverso l'accudimento quotidiano, il modo di portarlo, di nutrirlo, di parlargli, il contatto fisico, ma lo fa con incertezza.

Le mancano le donne della famiglia che sanno come si allevano i bambini e che permettono di evitare una relazione duale mamma bambino troppo stretta.

Il marito è spesso a disagio perché non è abituato ad essere coinvolto nelle cure del neonato e la coppia non è abituata a gestire le difficoltà nella famiglia nucleare.

A volte il bambino risente della difficoltà della mamma ed esprime la sua sofferenza ammalandosi, crescendo poco, ripiegandosi su se stesso.

Sulla base di queste considerazioni, benchè i corsi di accompagnamento alla nascita non siano una consuetudine in altri paesi, abbiamo ritenuto utile proporli per cercare di ridurre, almeno in parte, la condizione di vulnerabilità che abbiamo descritto. Per la maggior parte delle donne che si rivolgono al nostro ospedale inoltre la migrazione è un'esperienza recente (circa la metà di loro è arrivata in Italia da meno di un anno, il 20% da meno di due anni) e la maternità si sovrappone alla difficoltà di adattamento alla nuova realtà. A questo si aggiungono la difficoltà a comunicare in una lingua sconosciuta e la preoccupazione di non sapere prevedere che cosa succederà al momento del parto.

Il corso diventa quindi non solo un'occasione per uscire dalla solitudine, incontrare altre donne, parlare e forse costruire delle amicizie, ma anche uno spazio che rappresenti un possibile contenitore culturale.

La strategia per raggiungere questo obiettivo comprende i seguenti punti:

- la partecipazione attiva della mediatrice, che acquista una funzione di "iniziatrice" alla cultura del paese di accoglienza, in quanto esperta nell'arte di passare da una cultura all'altra;
- la caratteristica multiculturale del gruppo, in cui si parla di usi e tradizioni dei diversi paesi;
- il passare da una lingua all'altra, si può parlare nella lingua d'origine, ma si è sollecitate ad imparare l'italiano, si discute sul significato di alcune parole, che vengono scritte su grandi fogli nelle diverse lingue: questo lavoro sulle parole rinvia alle rappresentazioni che esse evocano nelle diverse culture;

- il sapere delle donne sulla maternità viene valorizzato: nel mondo occidentale tendiamo a interpretare per esempio i disturbi della gravidanza in termini medici, a rispondere con prescrizioni e terapie, mentre in altre culture vengono proposti altri rimedi ed altre interpretazioni, che nel gruppo vengono espresse e ascoltate;

- il rafforzamento della fiducia nelle competenze materne apprese nella propria comunità di origine, valorizzando le pratiche abituali di accudimento dei bambini delle rispettive culture;

- l'offerta di informazioni pratiche rispetto ai giorni di ricovero (percorsi, orari visite ecc. assistenza abituale, regole, cose da portare, pasti) in modo che le donne possano aumentare la loro capacità di previsione e di orientarsi in ospedale;

- la continuità tra la gravidanza, il parto e il dopo parto: proponiamo alle donne di venire durante la gravidanza e di continuare a venire anche dopo il parto con i neonati, in modo che l'esperienza di una sia utile alle altre e il gruppo a sua volta sostenga la puerpera dopo il parto;

- un rito di benvenuto ai neonati in cui si sottolinea che sono nati qui ma la loro storia non comincia qui, bensì comincia dai loro nonni al paese: durante questo rito si incoraggiano le mamme a raccontare ai bambini le storie della famiglia e anche la storia della migrazione.

Il gruppo di accompagnamento alla nascita si configura quindi come uno spazio di confronto delle proprie percezioni e rappresentazioni con quelle di donne della propria e di altre culture ; uno spazio in cui poter costruire, insieme alle altre, un pensiero sui diversi modi di essere donna e madre al paese e qui, su come conservare le tradizioni e rafforzare la propria identità e al contempo trovare delle strategie di adattamento e integrazione.

Le compagne del corso, l'ostetrica e la mediatrice culturale costituiscono un gruppo di sostegno che può in qualche modo ricordare il gruppo delle donne vicine alla famiglia del paese.

Infine l'incoraggiamento alle mamme perchè raccontino ai bambini la storia dei nonni e la grande avventura della migrazione intende favorire il processo di una solida iscrizione del bambino nella storia familiare, iscrizione che facilita il passaggio tra la cultura interna e quella esterna alla famiglia.

Rispetto alla modalità di conduzione del gruppo, ogni incontro di due ore comprende un momento di presentazione, una parte di lavoro corporeo (movimento, massaggi, uso della voce, giochi, musica), una parte dedicata alla conversazione aperta su temi portati dal gruppo, un'altra parte per le informazioni date dall'ostetrica (quando venire in ospedale, che cosa portare....). La scrittura collettiva di alcu-

ne parole in italiano e nella lingua d'origine viene effettuata quando una parola risulta importante da imparare ; alcune parole permettono di accedere alle rappresentazioni culturali che sono in essa contenute.

Le informazioni di tipo medico vengono ridotte a quelle più essenziali, le indicazioni pratiche devono essere molto chiare. Le abitudini e gli usi dei paesi d'origine rispetto alla gravidanza, al parto e all'allevamento dei bambini sono un elemento centrale nel corso, perché favoriscono il passaggio da una cultura all'altra e permettono di valorizzare il "sapere" sulla maternità della propria cultura. L'esperienza della migrazione e le difficoltà di vivere la gravidanza in un paese straniero sono temi che ritornano di frequente, come pure la nostalgia della propria famiglia.

Dal punto di vista organizzativo i gruppi sono costituiti da donne di diversa provenienza ma che parlino la stessa lingua, in modo da mantenere la ricchezza della pluralità culturale, collaborando con una sola mediatrice. Questa proposta dipende dal fatto che non abbiamo a disposizione del corso più di una mediatrice culturale.

Al gruppo partecipano anche donne immigrate di altre culture, ma che parlino italiano. Questo permette di lavorare con due lingue, ma con la presenza di diverse culture.

I gruppi procedono a ciclo continuo, con cadenza regolare (stesso giorno della settimana, stesso orario) secondo un calendario che copre circa sei mesi.

La valutazione a quattro anni dall'inizio dell'esperienza ci sembra positiva. Le donne hanno partecipato volentieri, alcune hanno colto subito l'occasione di poter parlare con altre donne, ridere e star bene insieme, altre hanno invece avuto una presenza passiva per un certo periodo, e si sono poi gradualmente aperte. Penso a alcune adolescenti e ad una donna ricoverata nel reparto di psichiatria, che durante le visite o i colloqui individuali erano chiuse a qualsiasi interazione.

Dopo i primi incontri si è creato un clima di fiducia e simpatia reciproca, che ha permesso molteplici scambi di elementi culturali. Fra le donne si sono creati legami di amicizia che si sono mantenuti nel tempo. La partecipazione delle puerpere con i neonati ha favorito il racconto dell'esperienza del ricovero, del travaglio e del parto nel gruppo.

La partecipazione delle donne al gruppo è stata molto variabile : alcune dopo pochi incontri non sono più venute, altre sono venute saltuariamente per diversi mesi, altre ancora non hanno perso nemmeno un incontro. Ogni donna comincia a venire quando lo desidera e può continuare a venire anche dopo il parto.

Per verificare l'andamento di ogni incontro, commentare le dinamiche del gruppo, prevedere gli incontri successivi, dopo ogni incontro eseguiamo una breve valu-

tazione con la mediatrice culturale. La scrittura di un diario di ogni incontro ci permette di riflettere in gruppo sugli aspetti culturali emersi, sulle modalità di conduzione, sui problemi legati alla lingua e sulle proposte per gli incontri successivi.

Il corso si configura quindi come un ambito con funzione di contenimento emotivo, di consolidamento di una rete di legami, di rafforzamento delle competenze materne culturalmente codificate e di incoraggiamento all'integrazione a livello sociale.

### **Bibliografia**

1. CRINALI (2000) Bestetti G (ed) *Sguardi a confronto. Mediatrici culturali, operatrici del settore materno infantile, donne immigrate*. Milano, Franco Angeli.
2. CRINALI (2001) *Professione mediatrice culturale - Un'esperienza di formazione nel settore materno infantile*, Milano, Franco Angeli.
3. MORO M.R. (1998), *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*, Paris, Dunod / trad. Italiana (2001) *Bambini immigrati in cerca d'aiuto - I consultori di psicoterapia transculturale*, Torino, UTET.
4. MORO M.R.(1994), *Parents en exil - Psychopatologie et migrations*, Paris, PUF/ trad italiana 2002 *Genitori in esilio*, Milano, Raffaello Cortina.
5. CRINALI *Atti del SEMINARIO INTRODUTTIVO ALLA CLINICA TRANSCULTURALE rivolto agli operatori /trici dei consultori familiari della ASL città di Milano e dell'azienda ospedaliera San Paolo, settembre 2000 - marzo 2001* CRINALI luglio 2002, condotto da M.R.Moro e dai suoi collaboratori.

# Patologia oculistica: Un'indicazione appropriata al taglio cesareo?

**Alessandro Melani\***, **Chiara Ferretti<sup>o</sup>**, **Maurizio Cioffi<sup>oo</sup>**,  
**Francesco Mincione<sup>ooo</sup>**, **Ignazio Ingrassia\*\***, **Raffaele Fimiani\*\***,  
**Benedetta Melani\*\*\***

---

\* **Primario U.O. Ginecologia ed Ostetricia Ospedale civile di Lucca,**

<sup>o</sup> **Clinica Oculistica Università degli Studi di Pisa**

<sup>oo</sup> **Dipartimento di Oculistica Casa di Cura Villa Maria Campobasso,**

<sup>ooo</sup> **U.O. Oculistica Ospedale di Pescia,**

**\*\* U.O. Ginecologia ed Ostetricia Ospedale di Pescia**

**\*\*\*Scuola di Specializzazione in Ginecologia ed Ostetricia, Università degli Studi di Firenze**

La patologia di interesse oculistico in gravidanza ha rappresentato per molti anni una piccola parte delle indicazioni non ostetriche al taglio cesareo e/o al parto operativo con forcipe. Ciò accadeva nella convinzione che l'aumento della pressione intraoculare indotta dalla spinta materna durante la fase attiva del travaglio potesse aggravare la malattia in atto con un peggioramento in ultima analisi del *visus*. Queste indicazioni, pur trovando in larga parte un'origine concettuale e, talora, aneddotica, sono state per anni eccessivamente enfatizzate. Recentemente <sup>(1)</sup>, a seguito di una revisione critica delle ragioni che hanno portato ad un aumento così corposo del numero dei tagli cesarei, ci si è posti con piglio maggiormente critico nei confronti di tali problematiche.

E' ampiamente dimostrato in Letteratura che il parto, soprattutto quando complicato da gestosi preeclampatica o da severe emorragie postpartum, possa comportare danni anche molto gravi della funzione visiva. Anche nei travagli fisiologici, specialmente nei casi in cui il periodo espulsivo risulti particolarmente prolungato, possono verificarsi danni retinici con recupero funzionale pressoché completo nelle prime settimane di puerperio. Nonostante siano ben documentati i meccanismi fisiopatologici di danno oculare da aumento della pressione intraaddominale materna, molte delle vecchie indicazioni oculistiche al taglio cesareo sono state ridimensionate. I danni retinici, infatti, hanno una bassa incidenza, possono verificarsi anche in soggetti non a rischio, sono generalmente di lieve entità e non gravati da esiti significativi sul *visus*.

## Discussione

Storicamente il ricorso al taglio cesareo avveniva in maniera sistematica nelle patologie retinica in atto o pregressa, nonché nelle condizioni di rischio particolare per la retina. Altre indicazioni classiche comprendevano la miopia severa (10-15 diottrie), lo pseudotumor cerebri e, talora, il melanoma della coroide. Queste due ultime condizioni di raro riscontro in pazienti gravide tanto che i pochi casi descritti in Letteratura venivano quasi tutti pubblicati come *case-reports*.

Il distacco di retina consiste nella separazione della neuroretina dall'epitelio pigmentato sottostante. Esso viene classicamente distinto dagli oculisti in regmatogeno, quando è sostenuto da foro o lacerazione retinica a tutto spessore (miopia, traumi oculari), e non regmatogeno, da trazione vitreoretinica (diabete giovanile) o secondario a trasudazione o essudazione di liquidi nello spazio subretinico (distacco sieroso di retina) come nelle gravi uveiti.

Il distacco retinico sieroso è una rara complicazione della gestosi preeclamptica (1%), dell'eclampsia (10%), della HELLP syndrome e dell'*abruptio placentae* (2, 3, 4, 5, 6). Esso si manifesta con offuscamento della vista, fotopsia, scotomi e diplopia e si verifica in seguito all'ischemia della coroide provocata dall'intenso vasospasmo arteriolare (2). Anche se la prognosi visiva è piuttosto buona, alterazioni residue dell'epitelio pigmentario e una concomitante atrofia del nervo ottico potrebbero ridurre l'acuità visiva (7). Nei rari gravissimi casi di CID da cause ostetriche l'ischemia coroideale (8, 9) non riconosce una causa funzionale ma una causa organica, quale la trombosi microvascolare. L'occlusione trombotica microvascolare a livello coroideale determina una rottura dell'epitelio pigmentato retinico sovrastante con conseguente distacco sieroso della retina. In caso di miglioramento sistemico la regola è una completa *restituito ad integrum* a poche settimane dal parto con, all'esame del fondo oculare, alcune migrazioni pigmentarie sequelari.

Analoga patogenesi presenta l'occlusione dell'arteria centrale della retina, con deficit visivo permanente a seguito dell'infarto della retina foveale.

Effetti catastrofici sulla retina sono descritti come conseguenza di massive emorragie postpartum (9,10), con danni permanenti che arrivano sino alla cecità bilaterale. In questi casi, tuttavia, il danno oculare va inquadrato nell'ambito di gravissimi quadri di *Multiple Organ Failure* con prognosi spesso infausta *quoad vitam*.

Altra gravissima complicazione della preeclampsia severa è la neuropatia ottica ischemica acuta (10, 11) determinata da alterazioni del flusso delle arterie ciliari che vascolarizzano il nervo ottico, che determina permanenti alterazioni del campo visivo e del *visus*.

Fortunatamente, l'incidenza delle anomalie visive e retiniche da ipertensione in-

dotta dalla gravidanza (PIH) si è notevolmente ridotta grazie anche al miglior trattamento farmacologico della condizione e alla possibilità di un rapido espletamento del parto nei casi più severi. La maggior parte delle anomalie oculari causate dalla PIH, infatti, migliora con il trattamento farmacologico o dopo il parto. Non vi è alcuna indicazione oculistica al taglio cesareo in questi casi anche se, nella preeclampsia, esso trova spesso una indicazione ostetrica, ove non sussista la possibilità di un rapido espletamento del parto per le vie naturali.

Oltre al distacco di retina vero e proprio è documentata in Letteratura la possibilità di emorragie intra e preretiche in seguito al perentorio aumento della pressione venosa che consegue all'azione di spinta materna, condizione nota con il nome di retinopatia di Valsalva. La prognosi oculare in questi casi è buona, soprattutto quando il danno è extramaculare. Il caso descritto da Ladjimi e coll. <sup>(12)</sup> esitava in una completa restituito ad integrum dopo trattamento con YAG laser a due settimane dal parto. Tuttavia, non possono essere esclusi casi con danni permanenti, a seconda della gravità dell'emorragia e della sede retinica interessata. Piccoli focolai emorragici possono aversi frequentemente anche a livello sottocongiuntivale ma rappresentano lesioni del tutto secondarie in quanto non gravate da esiti. <sup>(13)</sup>

Attualmente si ritiene che <sup>(1, 14)</sup> che la patologia retinica in atto o pregressa non rappresenti una indicazione perentoria all'esecuzione di un taglio cesareo di elezione. Anche un pregresso intervento per distacco di retina non controindica totalmente il parto vaginale. L'aumento della pressione intraoculare registrato in travaglio di parto avviene in maniera omogenea e non provoca trazione vitreo retinica localizzata.

Analogamente non vengono più considerati indicazioni assolute al taglio cesareo i classici fattori di rischio per distacco retinico regmatogeno <sup>(15)</sup>, tipo degenerazione a palizzata, fori e lacerazioni retiniche, nonché la retinopatia diabetica proliferativa, anche nelle sue forme più impegnative.

La gravidanza è in grado di determinare un significativo peggioramento della retinopatia diabetica <sup>(16, 17)</sup>, con una progressione che dipende in ultima analisi dalla durata del diabete mellito, dal controllo metabolico prima del concepimento e durante la gravidanza, dalla severità della retinopatia stessa al momento del concepimento e dalla eventuale coesistenza di uno stato ipertensivo. Prima dell'utilizzo routinario della fotocoagulazione LASER la progressione della retinopatia diabetica in gravidanza era responsabile di diversi casi di cecità, tanto da consigliare talora alle gravide, nei casi più impegnativi, l'interruzione terapeutica di gravidanza. La possibilità che la retinopatia diabetica evolva in proliferativa, anche se poco significativa nei casi a basso rischio (0.2-5%), comporta la neoformazione di vasi preretiche che espongono al rischio di emorragia intravitrea con conseguente distacco di retina per trazio-



ne <sup>(16)</sup>. Dopo il parto si osserva generalmente un significativo miglioramento della retinopatia. Solo alcuni Autori consigliano il taglio cesareo elettivo nei casi molto gravi.

La miopia è una condizione influenzata dalla gravidanza in quanto, in questa fase della vita della donna, essa peggiora in seguito ad una imbibizione del cristallino. In passato anche la grave miopia era considerata indicazione elettiva al taglio cesareo o al parto con forcipe <sup>(18, 19, 20)</sup>, sia per la possibilità di un peggioramento, sia per la probabilità di danno retinico. Si riteneva infatti che l'aumento della pressione intraoculare registrato durante il periodo espulsivo del parto potesse facilitare l'azione di trazione del vitreo sulla retina danneggiata (lacerazioni o fori retinici) provocandone il distacco. Si è visto successivamente che questo aumento pressorio intraoculare è omogeneo e non esercita forza in specifiche direzioni, non rappresentando pertanto uno specifico fattore di rischio <sup>(21)</sup>. Attualmente numerosi sono i Lavori presenti in Letteratura in cui si raccomanda il parto vaginale in tutti i casi possibili <sup>(18,19,20,21)</sup> senza alcuna controindicazione anche nei confronti dell'analgia peridurale. <sup>(22)</sup>

Lo *pseudotumor cerebri* o ipertensione intracranica benigna è una condizione non di pertinenza strettamente oculistica, caratterizzata da aumentata pressione intracranica e possibile papilledema in assenza di una neoplasia evidente o di una ostruzione delle vie liquorali. Le cause sono spesso sconosciute, altre volte sono diagnosticabili patologie dell'orecchio medio. Talora lo *pseudotumor cerebri* segue un trauma cranico o l'uso di contraccettivi orali. Controverso è il rapporto con la gravidanza <sup>(23,24)</sup>, visto che alcuni Autori ne sostengono <sup>(25)</sup> un'associazione che altri negano <sup>(26)</sup>. Il quadro clinico migliora sensibilmente dopo il parto che risulta possibile per le vie naturali. Alcuni Autori <sup>(1)</sup> hanno in passato considerato l'opportunità di una interruzione di gravidanza o di una anticipazione della data del parto nei casi a decorso più favorevole.

Non rappresenta una indicazione al taglio cesareo il melanoma uveale. Nella più recente e significativa casistica di *Shields e coll.* <sup>(27)</sup> ne veniva descritto il decorso clinico di 16 pazienti gravide. Tanto la prognosi a 5 anni che i reperti istopatologici non differivano significativamente da quelli delle pazienti non gravide.

### Conclusioni

La gravidanza può associarsi ad una varietà di modificazioni e complicanze di interesse oculistico nella madre <sup>(28)</sup>. La maggior parte di queste ultime si risolve però con il parto, anche se occasionalmente esse possono essere causa di un deficit permanente del *visus*. Per anni si è seguito acriticamente a consigliare il taglio cesareo in gran parte delle patologie oculari materne a rischio evolutivo per effetto degli sforzi legati al periodo espulsivo del parto. Solo in epoca più recente, in seguito all'esame dei mo-

tivi che hanno portato ad un incremento così corposo del numero di tagli cesarei, questa sorta di ipoteca culturale si è dissolta, giungendo ad un ridimensionamento delle indicazioni ostetriche e, soprattutto, non ostetriche al parto cesareo.

Al termine della nostra carrellata sulle patologie oculistiche che vengono influenzate dalla gravidanza e sulle conseguenze fisiopatologiche degli sforzi legati al periodo espulsivo del parto, riteniamo di poter affermare che non esistono indicazioni certe ed assolute all'esecuzione di un taglio cesareo elettivo per patologie oculari materne.

E' tuttavia opinione comune che l'aumento della pressione intraaddominale e il difficile ritorno venoso che si verifica nel II stadio del travaglio possano in qualche modo facilitare l'insorgenza di complicanze in situazioni oculari già in partenza più deboli del normale. A tal proposito citiamo le varie forme di degenerazione vitreo-retinica che si accompagnano più frequentemente alla miopia assile e che, costituendo zone di minore resistenza, possono essere più facilmente sede di lesioni da sforzo. Tali lesioni si manifestano più che altro come emorragie intraretiniche e, meno frequentemente, sotto forme di lesioni regmatogene. Non vi è però nessuna prevalenza di tale tipo di eventi in donne con patologie oculari preesistenti rispetto a donne sane, per cui non possono essere considerate indicazioni assolute al parto cesareo. Inoltre, come già ricordato, la prognosi di questi danni retinici da parto è generalmente buona, con completa *restituito ad integrum*.

Possiamo quindi affermare che l'obiettività oculistica che possa far propendere verso un taglio cesareo si costruisce durante i successivi mesi della gravidanza e che la patologia oculare come caso isolato non costituisce mai motivo obbligatorio di ricorso al taglio cesareo. In alcuni casi esso viene consigliato per atteggiamento prudentiale, come nel caso di retinite pigmentosa ingravescente, ma non sempre dettata da chiari riscontri di tipo clinico.

La condotta ostetrica, in conclusione, solo raramente deve essere condizionata da patologie oculari materne, anche se è opportuno che l'esame oculistico venga ripetuto più volte nel corso della gravidanza, allo scopo di formulare la diagnosi più fedele e stabilire la condotta terapeutica più appropriata per ogni singolo caso.

### **Bibliografia**

1. Kuba GB, Kroll P *Are there indications for abortion or cesarean section and contraindications for spontaneous delivery in ophthalmologic diseases? Case report and overview.* Zentralbl Gynakol, 1998, 120(8) : 406-12
2. Prado RS, Figueiredo EL, Magalhaes TV *Retinal detachment in preeclampsia.* Arq Bras Cardiol, 2002 Aug; 79(2) :183-6
3. Tranos PG, Wickremasinghe SS, Hundal KS, Foster PJ, Jagger J *Bilateral serous*

- retinal detachment as a complication of HELLP syndrome.* Eye 2002 Jul;16(4):491-2
4. Bjerknes T, Askvik J, Albrechtsen S, Skulstad SM, Dalaker K *Retinal detachment in association with preeclampsia and abruptio placentae.* Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 1995, 60 (1) : 91-3
  5. Gupta LY *Bilateral bullous retinal detachment as a complication of the HELLP syndrome.* Can J Ophthalmol, 1994 Oct; 29 (5) : 242-5
  6. McEvoy M *Bilateral retinal detachment in association with preeclampsia.* Aust NZ J Obstet Gynaecol 1981 Nov; 21(4) : 246-7
  7. Sayto Y, Tano Y *Retinal pigment epithelial lesions associated with choroidal ischemia in preeclampsia.* Retina 1998; 18 : 103-8
  8. Cogan D *Ocular involvement in disseminated intravascular coagulopathy.* Arch Ophthalmol 1975; 93 : 1-8
  9. Hoines J, Buettner H *Ocular complications of disseminated intravascular coagulopathy (DIC) in abruptio placentae.* Retina, 1989; 9 : 105-9
  10. Sharma R, Desai S *Postpartum haemorrhage producing acute optic ischemic neuropathy.* Asia Oceania J Obstet Gynaecol 1993; 19(3) : 249-51
  11. Reck RW, Gamel JW, Willcourt LJ, Berman G *Acute ischemic optic neuropathy in severe preeclampsia.* Am J Ophthalmol 1980; 90: 342-6
  12. Ladjimi A, Zaouali S, Messaoud R, Ben Yahia S, Attia S, Jenzri S, Khairallah M. *Val-salva retinopathy induced by labour.* Eur J Ophthalmol 2002 Jul-Aug;12(4):336-8
  13. Stolp W, Kamin W, Liedtke M, Borgmann H *Eye diseases and control of labor. Studies of changes in the eye in labor exemplified by subconjunctival hemorrhage (hyposphagmas).* Geburtshilfe Frauenheilkd 1989 Apr; 49(4):357-62
  14. Sunness J *The pregnant woman's eye. Major review.* Surv Ophthalmol 1988; 219-38
  15. Landau D, Seelenfreund MH, Tadmor O, Silverstone BZ, Diamant Y *The effect of normal childbirth on eyes with abnormalities predisposing to rhegmatogenous retinal detachment.* Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol 1995 Sep;233(9):598-600
  16. Temple RC, Aldridge VA, Sampson MJ, Greenwood RH, Heyburn PJ, Glenn A *Impact of pregnancy on the progression of diabetic retinopathy in Type 1 diabetes.* Diabet Med 2001 Jul;18(7):573-7
  17. Klein Br, Moss SE, Klein R *Effect of pregnancy on progression of diabetic retinopathy.* Diabetes Care 1990; 13 : 34-40
  18. Katsulov A, Todorova Ts, Denovska M, Iankov M *Myopia and labor.* Akush Ginekol, 1999;38(3):51-4
  19. Friedmann W *Myopia or retinal detachment in the obstetric clinic.* Z Geburtshilfe Neonatol, Mar-Apr 1998, 202(2) p90

20. Prost M *Severe myopia and delivery*. Klin Oczna 1996 Feb;98(2):129-30
21. Neri A, Grausbord R, Kremer I, Ovadia J, Treister G *The management of labor in high myopic patients*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1985 May;19(5):277-9
22. Babaev VA; Mazurskaia NM; Akhvlediani KN; Logutova LS *Optimization of anesthesiological management of the delivery in women with moderate and high myopia*. Anesteziol Reanimatol 2002 Jul-Aug;(4):58-60
23. Kuba GB, Kroll P *Pseudotumor cerebri and pregnancy—a case report*. Klin Monatsbl Augenheilkd 1999 Nov;207(5):302-10
24. Digre KB, Varner MW, Corbett JJ *Pseudotumor cerebri and pregnancy*. Neurology 1984; 34 : 721-29
25. Ellian M, Ben Tovim M, Bechar M *Recurrent benign intracranial hypertension (pseudotumor cerebri) during pregnancy*. Obstet Gynecol 1968; 31 : 685-88
26. Kuba GB, Kroll P *Labor monitoring and indications for abortion and cesarean section in eye diseases—an overview*. Klin Monatsbl Augenheilkd 1997 Dec;211(6):349-53
27. Shields CL, Shields JA, Eagle RC Jr, De Potter P, Menduke H *Uveal melanoma and pregnancy. A report of 16 cases*. Ophthalmology 1991 Nov;98(11):1667-73
28. Sheth BP; Mieler WF *Ocular complications of pregnancy*. Curr Opin Ophthalmol 2001 Dec;12(6):455-63

Testo presentato al Convegno Nazionale AOGOI "Il punto su: il taglio cesareo oggi in Italia" tenutosi a Lecco dal 3 al 5 aprile 2003

# Sindromi depressive della gravidanza

**Pier Luigi Salzillo, Angelantonio D'Angiolella**

---

**A.S.L. CE1, Presidio Ospedaliero Marcianise (Ce),  
Rep. di Ostetricia e Ginecologia (Primario A. D'Angiolella)**

## **Riassunto:**

Le sindromi depressive hanno una prevalenza doppia nelle donne rispetto agli uomini e la gravidanza sembra essere un periodo in cui nelle donne aumenta la vulnerabilità all'insorgenza di tali disturbi dell'umore.

I dati clinici supportano l'idea che esista un impatto sfavorevole sull'attaccamento madre-neonato e sul carattere del bambino derivante dalla depressione materna, e che i figli di donne depresse hanno maggiori probabilità di soffrire di disturbi dell'adattamento e di depressione infantile rispetto ai figli di madri non depresse.

E' per questo che gli autori ribadiscono l'importanza del riconoscimento precoce delle sindromi depressive in gravidanza al fine di instaurare una più efficace e meno onerosa condotta terapeutica. Questa potrà essere svolta dal ginecologo, soprattutto se reso edotto di certi problemi, anche semplicemente con una certa disponibilità ad ascoltare la paziente, mentre la prescrizione del farmaco ha una parte rilevante soprattutto nei casi più severi e come conclusione del trattamento psico-terapeutico.

## **Parole chiave**

Sindromi depressive, maternity blues, psicosi post-partum, depressione post-partum.

## **Introduzione**

L'evento nascita comporta sicuramente numerose modificazioni ormonali, immunitarie, dell'immagine corporea, del senso di identità e del ruolo sociale. Nella società contemporanea non c'è supporto culturale per accompagnare la transizione verso il ruolo materno. E' stato accertato che il 20% delle donne in questo

momento particolare della propria vita sperimenta un esordio di disturbi ansiosi o depressivi, e più del 50% non vengono diagnosticati e curati. Uno studio ha mostrato che più del 12.5% di tutti i ricoveri psichiatrici di donne si verificano nel periodo del post-partum.

I tre maggiori sottotipi di disturbi dell'umore riconosciuti in gravidanza sono: la malinconia della maternità o maternity blues, la psicosi post-partum e la depressione post-partum. La prima insorge nelle due settimane successive al parto e colpisce dal 50 all'85% delle donne, la seconda é una condizione piuttosto rara che si presenta in una o due puerpere su 1000 nati vivi e compare nei sei mesi successivi al parto e la terza, infine, si manifesta nell'anno successivo alla gravidanza e colpisce più del 10% delle donne.

### **Maternity blues**

La genitorialità deve essere considerata come fase dello sviluppo individuale. In gravidanza il rapporto di coppia cambia molto e può intervenire un periodo di crisi che deve però servire come un momento di evoluzione. I futuri genitori elaborano i cambiamenti e fanno un lavoro di adattamento alla nuova condizione per diventare alla fine dei genitori "sufficientemente buoni". Non sempre si giunge ad una evoluzione del rapporto, e talvolta questo lavoro conduce a manifestazioni psicopatologiche. Alcune esperienze critiche della maternità come il cambiamento di ruolo, la modificazione dell'immagine di sé, il cambiamento della relazione di coppia, la non corrispondenza del bambino reale con il bambino immaginato, e le peculiari situazioni emotive del post-partum come il disagio del parto, il rifiuto e l'ambivalenza verso il bambino, sentimenti di vuoto, disagio fisico, possono condurre ad una condizione parafisiologica chiamata "maternity blues" che segue il parto di qualche giorno.

E' una condizione post-natale d'estrema sensibilità caratterizzata da:

- scoppi improvvisi di pianto
- irritabilità
- sentimenti di tristezza e sfiducia
- ansia
- disforia lieve

Durante la prima settimana dopo il parto circa l'80% delle madri fa esperienza del post-partum blues.

I sintomi, compaiono tra il terzo e il quinto giorno e scompaiono, normalmente, entro il dodicesimo, grazie al sostegno del partner e della famiglia che aiutano la donna ad identificarsi nel ruolo di madre. Se i sintomi persistono oltre due settime-

ne, ciò potrebbe indicare l'inizio di una depressione post-natale.

Infatti, approssimativamente una donna su cinque con post-partum blues, svilupperà una depressione maggiore. Per effettuare la diagnosi può essere utile l'EPDS (*Edimburg Postnatal Depression Scale*) o Scala di Edimburgo, che dà un'indicazione sul ragionevole sospetto di depressione post-partum. Essa può essere applicata da operatori qualificati che si trovano a contatto con la madre durante questo delicato periodo. L' EPDS, non individua le madri con nevrosi d'ansia, fobia e disturbi della personalità, e non può essere considerata come unico strumento diagnostico, ma permette di individuare la popolazione per la quale è indicato un accertamento più accurato. In altri termini, l' EPDS dovrebbe essere offerta a tutte le donne in periodo postnatale come parte di un programma di screening e non deve essere considerata uno strumento diagnostico. La diagnosi di depressione postnatale richiede infatti una accurata valutazione clinica.

La scala comprende dieci affermazioni. Le madri scelgono tra quattro possibili risposte quella che corrisponde meglio allo stato d'animo provato durante gli ultimi sette giorni. Il suo valore predittivo positivo varia dal 44% al 73%.

### **Psicosi post-partum**

E' il disturbo meno frequente, ma più grave. Rappresenta una evenienza che si manifesta con un quadro acuto che insorge dopo 8-10 giorni dal parto. E' una patologia che tende verosimilmente a ripresentarsi con le successive gravidanze, e generalmente ad evoluzione rapida.

I sintomi più frequenti sono:

- depressione
- euforia maniaca
- idee deliranti non strutturate
- confusione mentale
- allucinazioni ed illusioni
- insonnia
- disturbi dell'alimentazione

Si manifesta nelle donne che hanno una storia personale o familiare di schizofrenia o di psicosi maniaco-depressiva (anche nota come disturbo bipolare). Colpisce 1-2 donne su 1000, la comparsa può essere drammatica, con inizio subito dopo il parto o entro 48-72 ore. Per la maggior parte delle donne i sintomi si sviluppano entro due settimane dal parto.

Tutto questo può condurre a disturbi del comportamento, atteggiamenti ambivalenti nei confronti del neonato, fino ad arrivare all'infanticidio-suicidio.

Anche i padri possono andare incontro a psicopatologie della genitorialità come depressione maggiore, psicosi della paternità, depressione ed acting.

### **Depressione post-partum**

Compare entro i dodici mesi successivi al parto, anche se l'insorgenza è datata, più frequentemente, tra le quattro e le sei settimane. Tende a svilupparsi gradualmente, può persistere per diversi mesi ed essere causata anche da un aborto. In una piccola percentuale di casi può tradursi in depressione cronica o ripresentarsi nelle gravidanze successive.

Si manifesta con sintomi depressivi differenti nel numero, nel tipo e nella gravità rispetto a quelli riferiti da donne depresse che non hanno partorito. Non è da confondersi con i disturbi acuti da stress e da stress post-traumatico, che a volte compaiono durante il primo anno di vita del bambino. Interessa il 15% delle madri, percentuale che può salire al 26% tra le adolescenti, con una variabilità compresa tra il 3 ed il 30% secondo il metodo ed i tempi d'accertamento. Un rilevante numero di casi (40-60%) si manifesta entro tre mesi dal parto, e si tratta prevalentemente di depressioni comparse in gravidanza. Una percentuale di donne dal 25 al 60% ha una remissione dei sintomi tra i tre e i sei mesi, mentre una percentuale dal 15 al 25% entro dodici mesi dal parto.

I casi più lievi o moderati possono non essere riconosciuti dalla donna stessa, dal partner, dalla famiglia, dagli amici e neppure dagli operatori socio-sanitari.

La depressione post-natale è caratterizzata da:

- irritabilità
- collera
- sentirsi priva di forze
- anedonia
- attitudine a colpevolizzarsi

Una revisione sistematica distingue i fattori di rischio in certi e probabili.

Il 75% degli studi considerano *fattori di rischio certi*:

- storia personale di depressione
- depressione durante la gravidanza
- difficoltà di rapporto con il partner
- mancanza di sostegno pratico ed emotivo
- accumulo d'eventi stressanti

Tra il 40% e il 60% degli studi includono come *fattori di rischio probabile*:

- psicopatologia nella storia familiare
- essere ragazze madri



- postpartum blues severo
- caratteristiche personali (tendenza alla passività, pessimismo, eccessiva sensibilità relazionale e tendenza al controllo, nevrosi, disturbo ossessivo compulsivo)
  - esperienza della nascita e complicanze ostetriche (mancanza di sostegno ed aiuto da parte dello staff medico-ostetrico, e/o familiare)
  - stile cognitivo negativo (conflitti di ruolo, convinzioni ed attitudini pessimistiche, bassa stima di sé in relazione al ruolo di madre, pensare in termini di *tutto o niente*, visione catastrofica della vita, tendenza a generalizzare in modo esagerato)
  - depressione del partner
  - salute e caratteristiche del bambino
  - fattori genetici e neurotrasmettitoriali (le alterazioni dei recettori serotoninergici giocano un ruolo nella psicopatologia dei disturbi depressivi maggiori)
  - una storia di sterilità, di parti distocici, e di aborti

Il 36% delle donne che abortiscono infatti manifestano gravi sintomi depressivi e tale percentuale è tre volte quella relativa alle donne che portano a termine la gravidanza. I dati ad oggi raccolti indicano che la lunghezza della gestazione prima dell'aborto è proporzionale alla gravità dei sintomi depressivi.

### **Trattamento**

Tappa fondamentale è sicuramente il riconoscimento precoce delle sindromi depressive in tutte le sue forme mentre errore grave sarebbe sottovalutare o peggio misconoscere le forme più lievi. Di qui l'importanza del ruolo del ginecologo, che del resto è lo specialista più spesso chiamato a riconoscere e diagnosticare tali sindromi.

Il ginecologo quindi potrebbe essere molto d'aiuto in questo senso, innanzi tutto perché attraverso l'anamnesi ha la possibilità di indagare se i sintomi sono ripetuti rispetto ad altri periodi del ciclo di vita o se sono insorti ex novo.

Per le forme lievi o medie sono indicati trattamenti psicologici (counselling individuale, psicoterapia individuale o di coppia, terapia di gruppo).

Un trattamento inadeguato espone la donna al rischio di una distimia cronica o una depressione ricorrente ed aumenta la possibilità di ripercussioni negative sulla relazione con il partner e con il bambino. Non esiste una lettura univoca sulle modalità di sviluppo di una depressione post-natale, per cui risulta improbabile che una singola modalità di trattamento sia valida per tutte le donne.

Un trattamento multifattoriale, che combina fattori psicologici e biologici, è verosimilmente il più efficace, in quanto riconosce le eziologie multiple dei casi più gravi. Gli interventi biologici come i trattamenti ormonali e la terapia elettroconvul-

siva sono stati largamente sostenuti senza una adeguata dimostrazione della loro efficacia o applicabilità nella cura della depressione post-natale.

Uno studio clinico controllato randomizzato ha dimostrato l'efficacia della fluoxetina in associazione con almeno una sessione di terapia cognitiva comportamentale in donne con depressione post-natale di media entità, mentre uno studio caso-controllo depone per l'efficacia tanto di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) quanto di antidepressivi triciclici.

La questione del trattamento farmacologico risulta però essere un argomento molto delicato, in special modo se si considerano le modificazioni parafisiologiche tipiche delle gravidanze quali l'incremento del volume plasmatico, l'incremento del flusso utero-placentare, l'aumento degli acidi grassi liberi. Inoltre il trattamento con psicofarmaci durante la gravidanza può provocare teratogenesi, tossicità neonatale e sequele neurocomportamentali.

D'altra parte esistono anche rischi nel non trattare, come la maggior morbilità, o l'influenza che la malattia può avere sul feto.

E' quindi sempre buona regola mostrare disponibilità ad ascoltare la paziente, discutere con la donna o con la coppia le opzioni possibili, incoraggiare ad intraprendere subito una terapia di sostegno, non somministrare farmaci se il disturbo non è severo, se possibile non cominciare i farmaci prima della dodicesima settimana, ridurli o sospenderli due settimane prima del parto, usare la minor dose possibile, ed in monoterapia. Gli obiettivi in questo caso sono: stabilizzare la salute mentale e decidere l'eventuale trattamento con il supporto di una terapia interpersonale. La collaborazione di ginecologi, infermieri, familiari ed eventualmente psicologi o psichiatri è infatti ciò che meglio può aiutare la paziente a vivere un evento tanto meraviglioso quanto fisiologico quale è la nascita.

### **Bibliografia**

1. Smallwood Ferguson S, Jamieson DJ, Lindsay M. Diagnosing postpartum depression: Can we do better? *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:899-902
2. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-6
3. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Postpartum depression. *N Engl J Med* 2002;347:194-99
4. National Health and Medical Research Council. Postnatal depression. A systematic review of published scientific literature to 1999. Canberra: NHMRC; 2000
5. JAMA patient page. Postpartum depression. *JAMA* 2002;287:802

6. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Postnatal depression and puerperal psychosis. Clinical Guidelines 60. Edinburgh: SIGN; 2002.

**Summary:**

Depressive syndromes have a double pressure in women rather than in men and pregnancy seems to be a period in which vulnerability increases in women as such mood disturbs arise.

Clinical data support the idea that an adverse impact over the relationship mother-child and over the child's character which comes from his mother's depression does exist, and children of depressed mothers are more likely to suffer from adaptation disturbs and from infantile depression as regards children of un-depressed mothers.

That's why the authors maintain the importance of the identification in time of the depressive syndromes during pregnancy in order to establish a more effective and less onerous therapeutic behaviour. This one can be led by the gynaecologist, especially if he has been informed of such problems, even with a simple disposability to listen to the patient, while the prescription of a drug has an important role above all in the most complicated cases and as a conclusion of the psycho-therapeutic treatment.

**Key Words**

Depressive syndromes, maternity blues, post-partum psychosis, post-partum depression.

# La promozione della salute durante il puerperio: l'esperienza dell'ospedale "F. Del Ponte" di Varese

**Antonio Triarico (\*), Giorgia Marzaroli (^), Chiara Centomo (°°),  
Marinella Bortolanza (°°), Pier Francesco Bolis (^^)**

---

(\*) Direzione Medica, Azienda Ospedaliera di Varese;

(^) Scuola di Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia, Università degli Studi dell'Insubria;

(°°) Corso di Laurea in Ostetricia, Università degli Studi dell'Insubria;

(^^) Direttore Dipartimento Materno-Infantile, Azienda Ospedaliera di Varese;

## **Introduzione**

Nell'anno 2003, presso l'Ospedale "F. Del Ponte" di Varese, si è costituito un gruppo di lavoro che ha elaborato il progetto sperimentale dal titolo *"La promozione della salute durante il puerperio"*. La definizione di un progetto come questo rientra nell'ambito di quelle iniziative volte ad accrescere sia la qualità dell'organizzazione sia la cultura professionale dei singoli individui e del gruppo.

Tra gli obiettivi generali emerge la promozione non solo di stili di vita "sani" all'interno dell'Ospedale ma anche del benessere fisico, psichico e sociale della puerpera, in base alle indicazioni della "Rete Regionale Lombarda degli Ospedali per la Promozione della Salute - HPH".

Gli obiettivi specifici del progetto consistono nell'informare i genitori in merito alle problematiche del puerperio e alle modalità per affrontarle nonché nel sostenere le competenze materne al fine di tutelare la salute della donna e della sua famiglia. Inoltre il progetto è mirato alla formazione di operatori sanitari sul tema della promozione della salute in ambiente ospedaliero ed alla costituzione di un modello di riferimento per la comunità.

Al fine del raggiungimento di tali obiettivi occorre:

- un'attenta rilevazione dei bisogni delle puerpere;
- la produzione di opuscoli e manifesti informativi ed esplicativi;

- l'istituzione di un apposito momento formativo rivolto ai genitori;
- condividere le tematiche di promozione della salute in ambito ospedaliero e predisporre un sistema di valutazione;
- informare la popolazione di riferimento in merito all'esistenza dell'iniziativa.

I destinatari dell'iniziativa sono le partorienti che si rivolgono all'Ospedale "F. Del Ponte". La struttura ospedaliera, dedicata all'area Materno-Infantile, è un Centro di riferimento di III livello specializzato nell'assistenza ostetrico-ginecologica e nella cura delle patologie dell'età pediatrica.

Il presidio ospedaliero nel 2003 ha fornito assistenza a **2.854** parti.

La rilevazione dei bisogni è stata effettuata tramite un questionario redatto in maniera tale da garantire l'anonimato e quindi la massima riservatezza al fine di comprendere quali siano i disagi che una donna, madre per la prima volta, affronta nei mesi che seguono il parto. Insieme al questionario è stata consegnata una lettera di presentazione dell'iniziativa, nella quale viene illustrato il fine principale e le modalità di compilazione del questionario. La distribuzione del questionario è avvenuta nel corso della degenza ospedaliera. Sono state reclutate le pazienti con le seguenti caratteristiche:

- pluripare (con riferimento all'esperienza della prima gravidanza);
- nazionalità italiana;
- gravidanza normodecorsa;
- espletamento del parto tra la 34<sup>a</sup> e la 42<sup>a</sup> settimana di gestazione;
- neonato unico di peso alla nascita tra i 2.500 e i 4.500 grammi, con decorso neonatale fisiologico.

### **Risultati dell'indagine**

Il campione analizzato consta di un totale di 300 puerpere, di cui il 45,7% di età compresa tra i 25 e i 29 anni mentre l'1% collocato al di sotto dei 18 anni. (*Grafico n. 1*)

Un campione quindi che non si discosta molto da quelle che sono le caratteristiche della popolazione delle partorienti su scala nazionale.

Dall'analisi dei dati rilevati mediante il questionario si evince un aumento della scolarizzazione; ben il 45% delle intervistate possiede un diploma di scuola media superiore e il 19,7% ha conseguito la laurea o il diploma universitario. (*Grafico n. 2*)

La maggior parte delle donne (67% del totale) dichiara di aver partorito in modo spontaneo. Il 18% delle puerpere segnala il ricorso al taglio cesareo, mentre il 14% al parto indotto. (*Grafico n. 3*)

Alla domanda "Lei viveva con?" la quasi totalità delle intervistate (92%) afferma di convivere con il marito o col partner e solo una piccola percentuale (2%) vive

da sola con il figlio. Le restanti puerpere (6%) non si sono ancora costruite una propria famiglia, ma vivono ancora insieme ai genitori o ai suoceri (*Grafico n. 4*).

Nonostante però quasi tutte le donne vivano con il partner, il 23,3% di queste sostiene che al rientro a casa, dopo il parto, non ha potuto fare affidamento su una sua concreta collaborazione nella gestione del neonato.

Questo contraddice, in parte, l'opinione comune che afferma una maggiore condivisione nella coppia dei problemi legati ai cambiamenti introdotti dall'avvento di un nuovo componente della famiglia.

Le donne, dopo la dimissione, sono state coadiuvate soltanto nel 61,3% dei casi dai genitori e appena nel 30,7% dai suoceri. Una minima quota delle intervistate (4,3%) non ha potuto fare affidamento su nessuno (*Grafico n. 5*).

Alla domanda "Quando è tornata a casa quali sono state le difficoltà che ha dovuto affrontare in relazione al suo bambino?," un numero abbastanza rilevante di puerpere (43%) ha individuato nelle coliche il problema più preoccupante, seguito da "sonno" (29,7%) e "pianto" (25%) (*Grafico n. 6*).

Questi risultati sono molto interessanti in quanto mostrano una difficile socializzazione col bambino e una resistenza nell'accettare l'alterazione dei propri ritmi.

Benchè queste condizioni siano del tutto fisiologiche, in realtà per le madri sono difficili da affrontare. Infatti solo il 16% di esse sostiene di non aver avuto nessun problema in relazione al primo figlio.

Altro dato rilevante è quello che riguarda l'allattamento. Una percentuale considerevole di puerpere (42,3%), afferma di avere avuto difficoltà con l'allattamento; dalla nostra indagine però non si può desumere se questo problema sia collegato al momento dell'inizio dell'allattamento o quando questo è già stato intrapreso. L'esperienza lavorativa e il dato fornito dall'ampia letteratura sul tema, suggeriscono di puntare l'attenzione sui momenti iniziali. Il tempo necessario per un buon avvio dell'allattamento al seno corrisponde ai primi dieci giorni di vita del neonato. In questo periodo la mamma e il bambino necessitano di osservazione, sostegno e rassicurazione da parte di operatori sanitari esperti nell'allattamento e capaci di aiutare la donna a risolvere i problemi che possono insorgere in questa delicata fase.

E' emerso che mentre nel caso di parto spontaneo ci si concentra sulle difficoltà legate all'allattamento (43,8%), nel caso di parto con taglio cesareo l'attenzione si focalizza sulle coliche (47,3%), così come nel caso di parto indotto (50,5%). (*Grafico n. 7*)

Mettendo in relazione l'età della madre con i problemi collegati al neonato non si evidenziano significative differenze per ciò che riguarda l'allattamento, anche se quest'ultimo argomento si presenta in una percentuale maggiore (circa il 3,4% in

più) nella fascia d'età tra i 25 e i 29 anni. Le donne più giovani, fascia d'età compresa tra i 18 e i 24 anni, ritengono le coliche del neonato una difficoltà minore (37,1%) rispetto alle altre puerpere (46,5% per la fascia d'età 30-35 anni) (*Grafico n. 8*).

Nella nostra indagine le puerpere intervistate individuano un ostacolo al benessere fisico nella cicatrice conseguente al parto (38%), sia essa episiotomica (35,9%) che da taglio cesareo (47,3%) (*Grafico n. 9*).

Inoltre, il 22,3% delle donne ha riferito la presenza di dolore aspecifico. Nel campione da noi analizzato solo il 4% ha segnalato un problema di incontinenza urinaria; probabilmente perché la popolazione presa in esame, nel rispondere al questionario, ha fatto riferimento al primo parto mentre l'incidenza di questo inconveniente aumenta con la pluriparità.

Oltre ai problemi fisici, le donne hanno avuto difficoltà nella gestione dei lavori domestici (24%) e nel ritornare alla forma pregravidica (25%). Il 25,7% non riesce a trovare del tempo libero da dedicare alla propria persona.

Nel mettere in relazione l'età materna con le difficoltà che le puerpere hanno dovuto affrontare al rientro a casa, si può osservare come la donna più giovane (età tra i 18 e i 24 anni) si lamenti di più per la presenza di dolore (29%) rispetto alle altre. Sono soprattutto le trentenni (30,2%) a ritenere i lavori domestici un impedimento nel perseguire l'obiettivo salute durante il puerperio (*Grafico n. 10*).

Dal confronto tra le variabili "modalità del parto" e "difficoltà affrontate in relazione a se stessa" emerge che le donne per le quali si è fatto ricorso al taglio cesareo accusano disturbi dovuti alla cicatrice laparotomica (47,3%), mentre le donne a cui è stato indotto il travaglio di parto, pur collocando la cicatrice (40,9%) al primo posto, riferiscono come problematica il dolore nel 31,8% dei casi. (*Grafico n. 11*).

Per quanto riguarda i problemi col partner, al rientro a casa dopo la nascita del primo figlio, la metà delle donne sostiene di non averne avuti. E' comunque rilevante il fatto che 1 donna su 4 abbia problemi, durante il puerperio, legati alla ripresa dei rapporti sessuali (24,7%) (*Grafico n. 12*).

Mettendo in relazione l'età al momento del parto con il rapporto col partner, si può evidenziare che le donne più giovani lamentano una scarsa collaborazione di quest'ultimo (14,5%) e sono in difficoltà nella scelta dell'anticoncezionale durante il puerperio (8,1%). La ripresa dei rapporti sessuali è un problema per il 27,9% delle puerpere trentenni (*Grafico n. 13*).

Sono le donne che hanno un parto per via vaginale, indotto o spontaneo, ad aver maggiori problemi a riprendere i rapporti sessuali (*Grafico n. 14*).

Il 78,7% delle puerpere da noi intervistate, al momento del primo parto, svolgeva un'attività lavorativa. Quantunque il 32% del campione riferisca di non aver

dovuto affrontare nessun tipo di problema in relazione al lavoro, il 22% ha riscontrato invece delle difficoltà nella ripresa dell'abituale attività lavorativa, mentre il 20,7% ha delle incertezze nell'affidare il neonato ad altri durante le ore lavorative. Soltanto il 10% delle donne trova difficoltoso conciliare l'allattamento al seno con il lavoro (*Grafico n. 15*).

La disamina dei dati inoltre ci consente di sottolineare che, nonostante il buon grado di istruzione che abbiamo riscontrato nel campione, il 33% delle madri che lavora non è a conoscenza delle leggi sulla tutela della maternità.

Dal grafico n. 16 si può dedurre che circa 1 donna su 2 in possesso di un diploma di scuola media inferiore non è a conoscenza di queste leggi, mentre le laureate sono coloro che più di tutte sono al corrente delle disposizioni legislative che riguardano la tutela della maternità (84,7%).

Alla domanda "*Indichi se dopo il parto, a casa, ha provato una o più di queste sensazioni*", un numero rilevante di puerpere (52,7%) ha risposto di aver sofferto di sbalzi d'umore nel periodo successivo al parto e il 35% ha provato sensazioni di tristezza e depressione, comunque spesso associate a sentimenti quali gioia (46,3%) ed appagamento (27,3%) (*Grafico n. 17*).

Dall'osservazione della relazione tra la modalità del parto e le sensazioni provate nel corso del puerperio si è potuto notare che sono le donne a cui è stato indotto il travaglio a provare più spesso sensazioni quali: sbalzi d'umore (64,3%) e depressione/tristezza (45,2%). Sono invece le donne che hanno partorito in modo spontaneo ad essere meno depresse e ad avere meno sbalzi d'umore. La voglia di piangere è dichiarata dal 54,5% delle donne che hanno partorito ricorrendo al taglio cesareo. Circa il 47% delle puerpere, indipendentemente dalla modalità del parto, ha indicato una sensazione di "gioia" (*Grafico n. 18*).

La presenza di un servizio di consulenza facilmente accessibile a cui rivolgersi per la risoluzione di problemi che si possono presentare dopo la dimissione, nel corso del puerperio, è accolta favorevolmente dalla quasi totalità delle donne (95%).

Il 76,3% di esse preferirebbe avere a disposizione sia un ambulatorio che un numero di telefono dedicato a cui rivolgersi nei momenti di bisogno (*Grafico n. 19*).

Questo dato rimarca l'esigenza delle puerpere di avere un riferimento ospedaliero 24 ore su 24 dopo la dimissione.

### **Il libretto informativo**

In base ai risultati emersi dall'analisi dei dati raccolti si è predisposto un libretto informativo dal titolo "*...per un sereno ritorno a casa*".

Questo opuscolo non vuole essere un manuale ma piuttosto un piccolo aiuto per



rendere più sereno il rientro a casa.

In esso sono contenute informazioni sulle modificazioni del corpo che si verificano dopo il parto e qualche consiglio riguardo l'igiene da effettuarsi durante il puerperio. Sono suggeriti alcuni semplici esercizi per tonificare la muscolatura perineale. E' presente uno spazio dedicato alla sessualità. Sono fornite anche alcune indicazioni rispetto all'alimentazione da seguire durante l'allattamento. Vista l'elevata percentuale di donne che ha riferito di aver provato sensazioni di tristezza, sbalzi d'umore e voglia di piangere anche per motivi banali, vengono riportate alcune riflessioni sul tema.

Per quanto riguarda il neonato gli argomenti trattati sono: il sonno, il pianto e le coliche gassose.

Oltre a questi temi si è pensato di offrire qualche elemento informativo sulle leggi che tutelano la maternità.

### **Una proposta organizzativa ambulatoriale**

Il gruppo di lavoro vuole proporre l'introduzione di un apposito momento formativo rivolto alla puerpera e al suo partner, nell'ambito dell'attività ambulatoriale, che affronti alcuni aspetti del puerperio solitamente posti in secondo piano dagli operatori sanitari.

L'offerta ambulatoriale verrebbe ad essere ampliata con l'introduzione della figura professionale dell'ostetrica al fine di favorire ulteriormente la continuità assistenziale per tutte le donne che partoriscono presso l'Ospedale "F. Del Ponte".

Per dare risposta ai bisogni espressi dalle donne e dalla famiglia, si prevede di ricorrere a degli incontri periodici con suddivisione dei gruppi in base al trimestre di esogestazione.

È importante, dopo il parto, un confronto esterno all'ambito familiare. Vi è la necessità di comunicare e condividere l'esperienza con altre donne in presenza di operatori sanitari che ascoltino, comprendano e possano chiarire eventuali dubbi.

I gruppi verranno condotti da un'ostetrica con la collaborazione di medici per temi specifici.

Nel primo trimestre dell'esogestazione i temi trattati saranno:

- l'allattamento;
- l'accudimento del neonato;
- la cura di se stesse.

Nel secondo trimestre, invece, come nella gravidanza, si vive una fase di benessere generale caratterizzato da empatia tra madre e bambino. I temi sviluppati saranno:

- l'allattamento e accenni al futuro svezzamento;
- le vaccinazioni;
- il gioco col bambino e l'educazione;
- la contraccezione;
- la rielaborazione dell'esperienza del parto.

Nel terzo trimestre si rispecchia l'ultima fase della gravidanza, tutti e due questi momenti sono segnati dalla separazione: la gravidanza si conclude col parto mentre dopo i primi nove mesi di vita, il bambino comincia ad allontanarsi dalla madre per la ripresa dell'attività lavorativa. Saranno discussi i seguenti temi:

- lo svezzamento e la separazione;
- la ripresa del lavoro da parte della madre;
- l'atteggiamento educativo nel favorire l'autonomia del bambino.

### **Conclusioni**

La strategia, che guida il programma degli Ospedali per la Promozione della Salute (Health Promoting Hospitals-HPH) promosso dall'Ufficio Europeo dell'O.M.S., alla quale l'Ospedale "F. Del Ponte" aderisce, è tesa ad inserire stabilmente nell'organizzazione ospedaliera le attività orientate al mantenimento e al potenziamento della condizione di salute della popolazione.

Le iniziative di promozione della salute nell'ambito dell'ostetricia hanno un ruolo delicato e nello stesso tempo di notevole importanza. Infatti possono consentire alla donna di acquisire ed avvalersi di competenze per una gestione ottimale della propria salute e di quella dei figli.

Con la sempre più precoce deospedalizzazione della puerpera, i genitori, specie se alla prima esperienza, si trovano a dover affrontare una situazione del tutto nuova e sconosciuta senza un sostegno da parte di operatori competenti e soprattutto senza aver ricevuto una completa informazione / formazione sulla gestione delle difficoltà che si presenteranno nel puerperio.

Spesso, al giorno d'oggi, si è ancorati all'evento nascita e non sufficientemente presenti nel periodo del puerperio. Esiste la necessità di un'organizzazione più attenta alle esigenze di ogni singola donna e di proseguire un rapporto che non si concluda con l'atto della dimissione dall'Ospedale.

In questo contesto gli operatori sanitari, ma soprattutto l'ostetrica, sono parte integrante del vissuto emotivo della neomamma. Il loro lavoro è mettere in evidenza, innanzitutto, che il puerperio non è solo allattamento ma soprattutto accompagnamento, affinché il "*curare*" possa integrarsi con il "*prendersi cura*", rassicurando e incoraggiando ogni madre a manifestare le proprie risorse endogene.

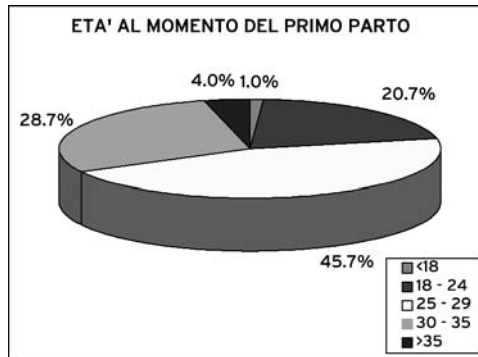


Grafico n. 1 - Distribuzione età

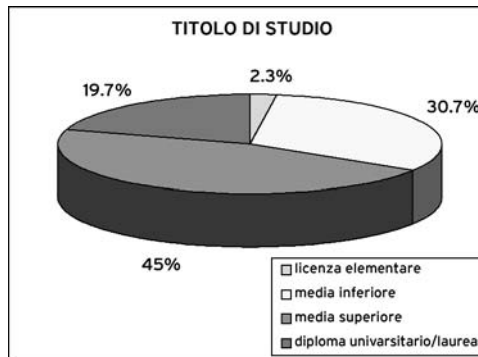


Grafico n. 2 - Livello di istruzione

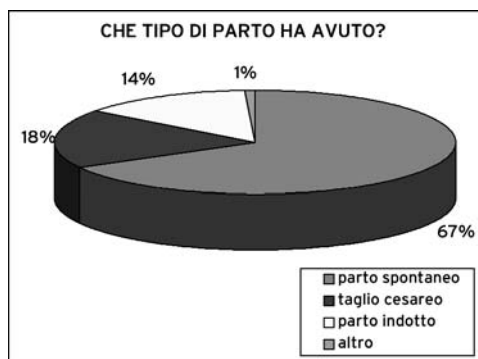


Grafico n. 3 - Modalità del parto

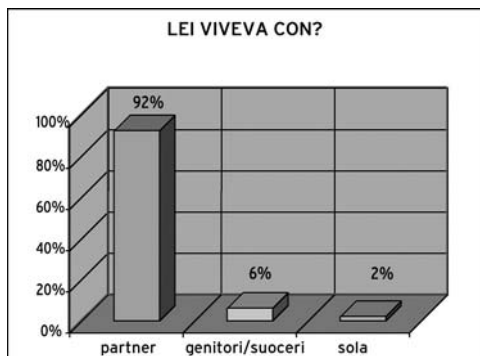


Grafico n. 4 - Convivenza

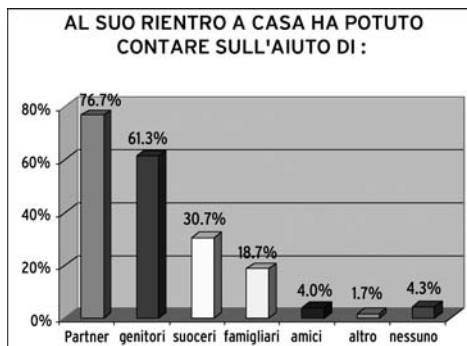


Grafico n. 5 - Al rientro a casa

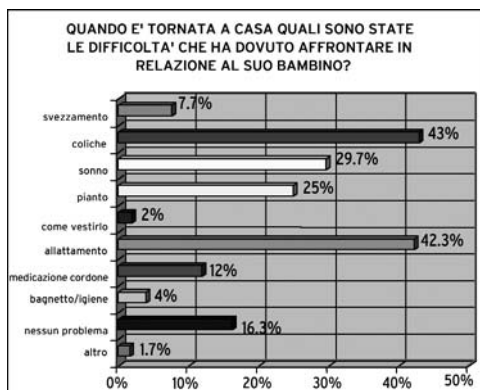


Grafico n. 6 - Difficoltà in relazione al neonato

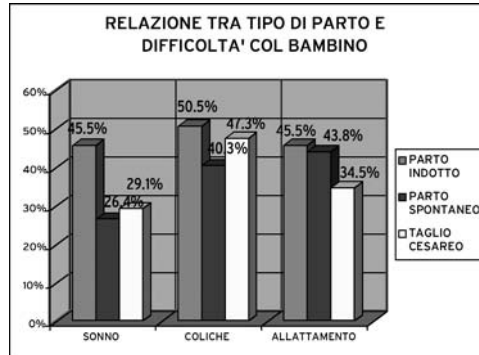


Grafico n. 7 - Modalità del parto e rapporto con il neonato

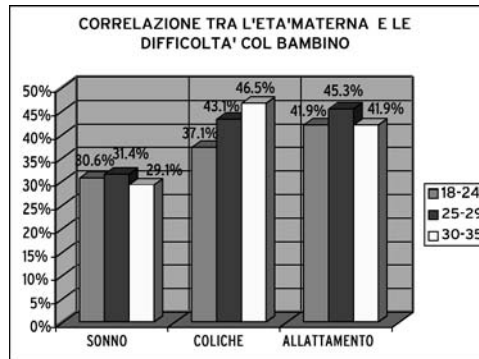


Grafico n. 8. - Et  della madre e rapporti col neonato

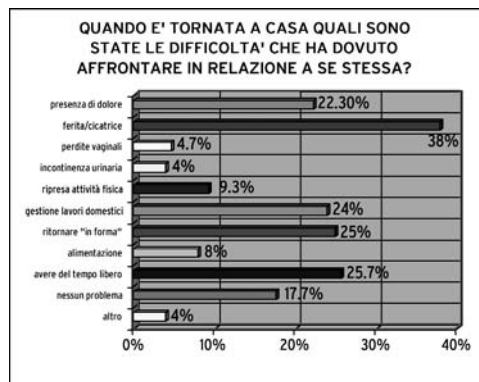


Grafico n. 9 - Difficolt  in relazione a se stessa

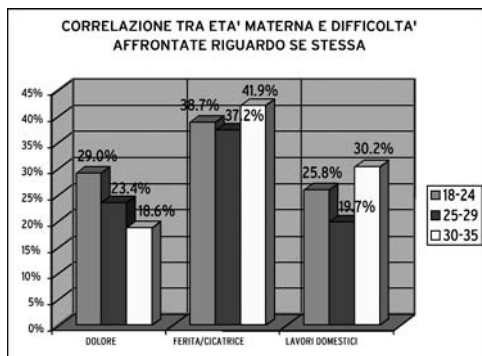


Grafico n. 10 - Età della madre e difficoltà conseguenti al parto



Grafico n. 11 - Modalità del parto e difficoltà conseguenti al parto

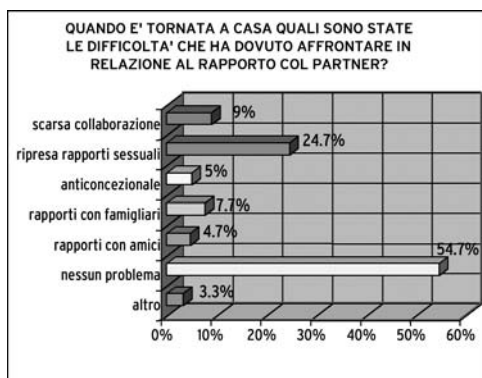


Grafico n. 12 - Rapporto col partner

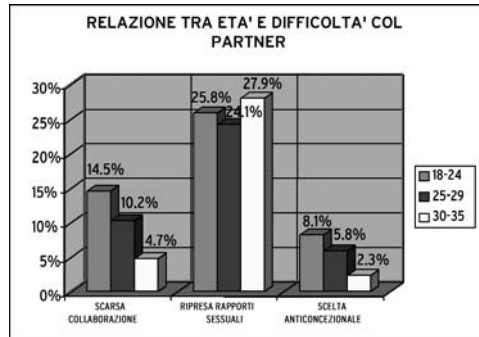


Grafico n. 13 - Età al momento del parto e relazione col partner

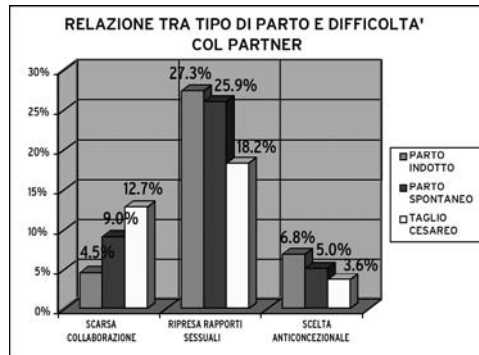


Grafico n. 14 - Modalità del parto e relazione col partner

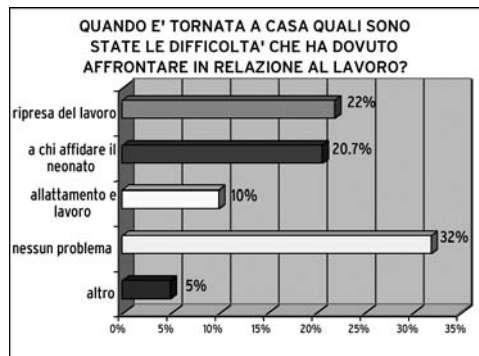


Grafico n. 15 - Attività lavorativa

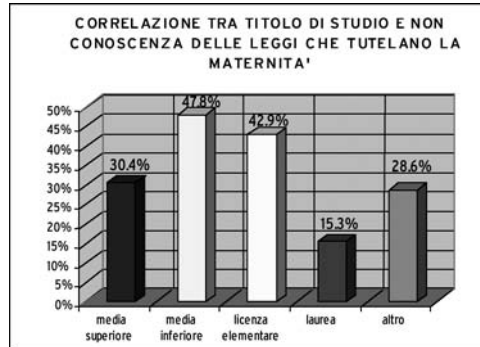


Grafico n. 16 - Tutela legislativa della maternità

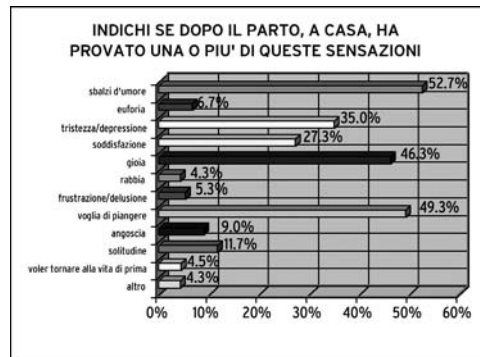


Grafico n. 17 - Sensazioni del puerperio

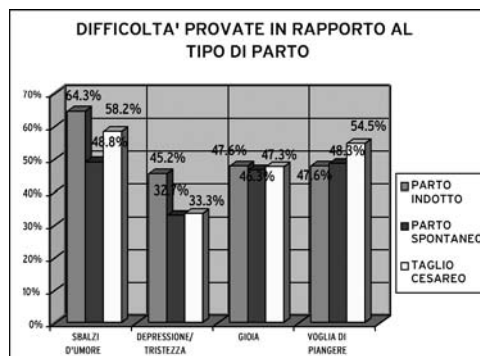


Grafico n. 18 - Sensazioni del puerperio e modalità del parto



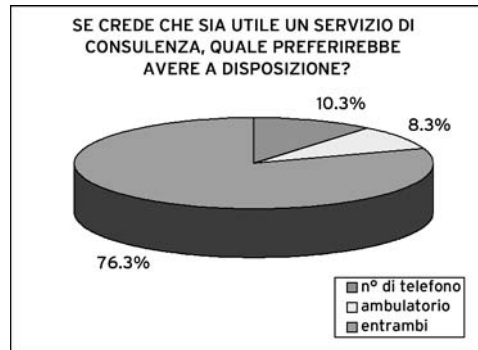


Grafico n. 19 - Utilità di un Servizio di Consulenza

**Riassunto:**

Nell'anno 2003, presso l'Ospedale "F. Del Ponte" di Varese, si è costituito un gruppo di lavoro che ha elaborato il progetto sperimentale dal titolo "*La promozione della salute durante il puerperio*". Gli obiettivi specifici del progetto consistono nell'informare i genitori in merito alle problematiche del puerperio e alle modalità per affrontarle nonché nel sostenere le competenze materne al fine di tutelare la salute della donna e della sua famiglia. La presenza di un servizio di consulenza facilmente accessibile a cui rivolgersi per la risoluzione di problemi che si possono presentare dopo la dimissione, nel corso del puerperio, è accolta favorevolmente dalla quasi totalità delle donne intervistate (95%). In base ai risultati emersi dall'analisi dei dati raccolti si è predisposto un libretto informativo dal titolo "*...per un sereno ritorno a casa*". Il gruppo di lavoro vuole proporre l'introduzione di un apposito momento formativo rivolto alla puerpera e al suo partner, nell'ambito dell'attività ambulatoriale, che affronti alcuni aspetti del puerperio solitamente posti in secondo piano dagli operatori sanitari.

**Parole chiave:**

puerperio, promozione della salute, ostetrica,

**Summary**

THE PROMOTION OF HEALTH DURING THE PUERPERIUM: THE EXPERIENCE OF "F. DEL PONTE" HOSPITAL OF VARESE

In 2003, a workgroup was created in "F. Del Ponte" hospital of Varese to work on

an experimental project named "The promotion of health during the puerperium". The specific aims of this project are to inform the parents regarding the problems of puerperium and the ways to face up to, in order to safeguard the health of the puerpera and her family. Almost all of the interviewed women (95%) well accept the possibility to simply talk to a specific advice service, that helps them to solve any kind of troubles, after the period spent in the hospital. Basing on the collected data, a booklet named "...a quiet going back home" has been arranged. The workgroup would like to plan a formative time within the out-patient activity for the puerpera and her partner, in order to face up to some aspects of the puerperium usually postponed by the health service.

### **Key words:**

puerperium, health promotion, midwife,

### **Bibliografia**

1. Pescetto G., De Cecco L., Pecorari D., Ragni N.: **"Manuale di ginecologia e ostetricia"**. Società Editrice Universo, 1992, cap XXXVIII, 1063-1085;
2. Candiani G.B., Danesino V., Gastaldi A.: **"La clinica ostetrica e ginecologica"**. Ed. Masson, 1992, Gerli M., cap. XVI, 707-727;
3. Checcacci L., Meloni C., Pelissero G.: **"Igiene"**. Casa editrice Ambrosiana Milano, 1990, 561-585;
4. Grotti A., Monti M., Tosarelli D.: **"XXI Secolo: promozione della salute in ospedale e continuità assistenziale"**. Area Qualità News, Gennaio 2000, 12-27;
5. Atti della 6ª Conferenza Nazionale degli Ospedali per la Promozione della Salute: **"Interventi basati sulle prove d'efficacia, programmazione e qualità di un ospedale per la promozione della salute"**. Castelfranco Veneto 25-26 Novembre 2002;
6. Loreti A., Ginobbi F.: **"Quale assistenza al puerperio: un'indagine nei consultori di Roma e del Lazio"** Lucina, organo della federazione nazionale dei collegi delle Ostetriche, N° 2, Aprile 1999;
7. Natale N.: **"Il parto nella donna over 40"**. Atti del Congresso della Società Italiana di Ginecologia e Ostetrica, Napoli Giugno 2000;
8. Bowlby J.: **"Maternal care and mental health"**. Geneva: World Health Organization, 1951;
9. Rapisardi G.: **"Raccomandazioni per l'assistenza alla madre in puerperio e al neonato"**. Medico e bambino, N° 1, Gennaio 2000, 35-40;
10. Bennet V.R., Brown L.K.: **"Manuale dell'ostetrica di Myles"**. Edi - Ermes, 1995;

11. O.M.S., UNICEF: **"Corso di formazione per la promozione dell'allattamento al seno"**. Edizione italiana a cura di Pisacane A., 1993;
12. Atti del Convegno Regionale **"La prevenzione della morte improvvisa del lattante (SIDS)"**. Varese 13 Novembre 2001;
13. Stern D.N., Bruschweiler-Stern N.: **"Nascita di una madre"**. Oscar Mondadori, 2000;
14. Oakley A., Chamberlain G.: **"Medical and social factors in Postpartum depression"**. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1981;
15. Federazione Nazionale Collegi Ostetriche: **"Codice deontologico dell'ostetrica"**. Approvato dal Consiglio Nazionale della Salute 10/11 Marzo 2000;
16. Arcadu M.I., Pozza I.: **"Puerperio - assistenza domiciliare"**. Atti della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia, Perugia, Novembre 2002;
17. Glazener C., Abdalla M., Stroud P., Naji S, Templeton A., Russel I.: **"Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment."** *Br J Obstet Gynaecol*, 1995 Apr; 102 (4): 282-7;
18. Brown S., Lumley J.: **"Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey"**. *Br J Obstet Gynaecol*, 1998 Feb ; 105 (2) : 156-61;
19. Melino C., Messineo A., Rubino S., Allocca A.: **"L'ospedale"**. Società Editoriale Universo, 2001;
20. Menotti Colucci S.: **"L'Ospedale "Ponte" di Varese"**. *Tecnica Ospedaliera*, N° 6, Giugno 2002, 56-66;

# Il Risk Management in ostetricia

**Angelo Morese**

---

La "gestione del rischio", meglio conosciuta come "Risk management", rappresenta per le strutture sanitarie, ed in particolare per quelle unità operative a maggior rischio di errori, una sfida ed un'occasione da non sottovalutare.

Per meglio comprenderne il significato e la necessità di adottare un sistema di prevenzione del rischio anche nelle unità ostetrico-ginecologiche, è utile soffermarsi su alcuni dati e considerazioni.

E' ormai sotto gli occhi di tutti il continuo incremento di cause intentate nei confronti di medici (ed ultimamente anche di altri operatori sanitari, in particolare ostetriche) per danni subiti da pazienti dovuti ad errori sanitari.

Si pensi che in Italia (dati dell'Institute of Medicine, 2000) circa 30-35.000 persone muoiono a causa di errori compiuti da medici e/o da una inadeguata organizzazione: significa che il 6% di tutte le morti avvenute in Italia nel 2000 sono dovute a complicazioni di atti sanitari; su 30.000 schede di eventi avversi analizzate si è evidenziato che i sospetti errori per diagnosi e terapie sono circa il 29%; il 50% delle segnalazioni di errori riguarda le Unità Operative di Ortopedia (17,9%), Oncologia (13,4%), Ginecologia ed Ostetricia (12,6%) e Chirurgia Generale (11,9%).

Ancora, le prime cause di morte evitabili sono: mancanza di prevenzione (143.000 morti), carenze nel servizio sanitario (79.000 morti), ritardi o errori diagnostici e terapeutici (25.000 morti).

Sono numeri allarmanti, da considerare seriamente: in Italia e nel mondo il numero di morti causati da una prestazione sanitaria scorretta è decisamente superiore a quelle causate dagli incidenti stradali, dal cancro al polmone, dall'AIDS.

Oltre al problema degli esiti causati da tale errori, si deve poi tenere anche conto di tutti i costi diretti ed indiretti connessi a tali esiti, sia di tipo sanitario che legale ed assicurativo.

Il costo sanitario legato ad esiti mortali, ad esempio, in Italia (dati dell'Institute of Medicine, 2000) ammonta a circa 2,5 miliardi di €. (pari al 30% della spesa pub-

blica per la sanità); per quanto riguarda gli esiti non mortali, i costi si aggirano invece intorno ai 260 milioni di €.

Per quanto riguarda invece i costi legati alle spese legali ed ai risarcimenti, abbiamo un quadro altrettanto preoccupante: i risarcimenti imposti dai tribunali a carico delle assicurazioni crescono a ritmi vertiginosi, sia nel numero che negli importi; a fronte di una raccolta in premi (pagati degli ospedali verso le assicurazioni) di circa 200 mln. di €, si è arrivati ad avere liquidazioni per danni di circa 450 mln. di €, senza tener conto dei costi delle polizze stipulate dai professionisti sanitari (si è nell'ordine di circa 8-12.000 €.) e dei costi di tutte le sequele medico-legali (dalle spese legali ai costi del danno "d'immagine").

E' stato calcolato (dati del 2002) che siano in corso circa 13.000 cause promosse da pazienti o parenti di pazienti vittime di errori; questo dato, nel momento in cui sarà aggiornato, avrà sicuramente sensibili incrementi.

Le assicurazioni oltretutto non sono più interessate ad avere tra i loro clienti organismi o professionisti sanitari: qualora un sanitario dovesse incorrere nel riconoscimento colposo del danno provocato e nel relativo risarcimento, con buona probabilità si vedrà annullare la sua polizza assicurativa.

E ancora i pazienti che sempre più frequentemente si sentono nel diritto di far riconoscere le loro ragioni e di ottenere risarcimenti adeguati per i danni subiti: politica sicuramente alimentata da scorrette campagne stampa denigratorie, da Tribunali che mal comprendono il delicato operato in ambito sanitario (procedure, tempi, confusione tra urgenza nelle decisioni e decisioni nelle urgenze), ma penso anche ad una inefficace comunicazione tra sanitari e pazienti, nel senso di inadeguata comunicazione e condivisione del rischio.

Ecco perché ad un certo punto, prima negli Stati Uniti e poi a cascata in altri paesi, si è presentata la necessità di intervenire per porre un freno a queste problematiche, di trovare azioni organizzative, professionali ed assicurative correttive o risolutive di tali criticità: il Risk Management, laddove sia stato applicato seriamente, si è dimostrato un valido strumento operativo per la gestione e la prevenzione di errori, causa delle suddette problematiche.

La "gestione del rischio" (Risk Management) è infatti un sistema che permette di riconoscere eventuali errori o eventi indesiderati che si presentano in un processo lavorativo (o come esito di tale processo) che possono generare nell'immediato, o a distanza di tempo, conseguenze significativamente sfavorevoli, indipendentemente dal livello di gravità di tali conseguenze.

Possiamo pertanto definire che il Risk Management in campo clinico è un processo sistematico che permette agli operatori sanitari di identificare, analizzare e

gestire tutti i rischi, reali e potenziali, che l'espletamento delle proprie attività, svolte singolarmente o in forma multidisciplinare e interprofessionale, può causare; si pone l'obiettivo quindi di rimuovere tutti gli errori possibili o di ridurre al minimo gli eventi avversi, al fine di incrementare la sicurezza delle persone assistite, i loro esiti in termini di livello di salute e soddisfazione, nonché di ridurre i contenziosi medico-legali e tutti i costi derivanti da tali errori.

In passato (anche se sono frequenti ancora oggi esempi in tal senso), quando in sanità si parlava di errore ci si riferiva all'errore medico: rispetto anche all'agire di altri operatori sanitari, in termini di responsabilità medico-legale, era sempre il medico ad essere chiamato in causa; preferibilmente oggi si dovrebbe superare questo concetto e parlare di evento avverso, in quanto l'esito indesiderato può essere sì rappresentato da errori individuali (non necessariamente commessi da medici), ma anche da errori legati a problemi o criticità organizzativi.

Quest'ultimo aspetto è spesso ignorato, ma rappresenta (e sempre più lo rappresenterà per la scarsità di risorse destinate alla sanità) un serio problema per tutti gli operatori: quante volte si è di fronte a turni ridotti per carenza di personale, al difficile accesso a presidi sanitari appropriati, alla difficoltà di erogare prestazioni supportate da evidenze scientifiche, all'aggiornamento non garantito, etc.?

La definizione di evento avverso trova in letteratura un significato preciso (Irso-Butera e Partner, 2000): "danno causato ad un paziente dalla gestione sanitaria e non dipendente dalla sua malattia o un incidente di particolare rilevanza per le potenziali conseguenze che avrebbe potuto causare al paziente; un evento avverso attribuibile ad un errore sanitario è un evento prevenibile".

Spesso gli errori indesiderati sono preceduti da alcuni segnali, premonitori di eventi analoghi o di situazioni che, se non analizzate e trattate, possono condurre ad eventi avversi, anche ripetuti.

E' proprio parlando di gestione del rischio che si dovrà cercare di porre particolare attenzione nei confronti del cosiddetto "evento sentinella", cioè "l'evento inatteso, mai presentatosi in precedenza, in grado di causare al paziente lesioni (anche come ipotetico rischio di esse) o addirittura la morte; è sufficiente che il fenomeno si verifichi una sola volta perché si renda necessaria un'indagine" (SIQuAS 2001, Morese 2003).

Per intervenire in maniera efficace sarebbe opportuno che le strutture sanitarie investissero risorse ed energie per attuare programmi ed iniziative per analizzare (utilizzando strumenti d'indagine rigorosi) gli eventi avversi o indesiderati che si presentano nelle proprie unità operative; la validità di un sistema di gestione del rischio clinico dovrebbe basarsi su alcuni elementi di fondo:

a) la concezione dell'errore: non più visto come fallimento o colpa individuali, ma come occasione di miglioramento per l'intera organizzazione (apprendere dagli errori e migliorare);

b) l'assetto organizzativo: l'identificazione di criticità latenti nell'organizzazione permette di intervenire preventivamente in quegli assetti organizzativi che spesso sono alla base di errori da parte di singoli operatori;

c) rilevazione dei rischi: è indispensabile la definizione ed adozione di strumenti, oggettivi e condivisi, idonei per la rilevazione dei rischi; una corretta rilevazione permetterà successivamente di poter analizzare con chiarezza tutti gli elementi su cui adottare interventi preventivi;

d) interventi preventivi/correttivi: creazione di protocolli/linee-guida o di miglioramenti organizzativi utili ad evitare rischi di errori o di eventi avversi; il monitoraggio sistematico dell'adozione dei suddetti protocolli, e della loro corretta applicazione, diventerà elemento strategico per la gestione del rischio;

e) comunicazione con la persona assistita: cosa dire e cosa non dire, attivare comunicazioni efficaci, adozione del consenso/scelta informata nella forma più idonea, sono tutti elementi che ormai non possono più essere ignorati o evitati (è ormai dimostrato che i contenziosi sono inversamente proporzionali al livello e qualità delle informazioni ricevute ed al coinvolgimento nella scelta del trattamento); sarebbe scelta altamente significativa investire in tal senso nei percorsi formativi di base;

f) comunicazione tra operatori: una corretta comunicazione e scambi di informazioni tra operatori ha una fondamentale importanza per la corretta gestione del caso e per le informazioni da comunicare alla persona assistita;

g) gestione della cartella clinica e della documentazione: sulla cartella devono essere riportati cronologicamente tutti i trattamenti richiesti ed eseguiti nonché gli eventi accaduti, scritti con calligrafia leggibile e firmati chiaramente dall'operatore coinvolto; risalire al "percorso" che ha portato ad un evento avverso/indesiderato ha notevole importanza per definire gli errori commessi e poter efficacemente definire le azioni correttive.

Osservando in letteratura i diversi approcci proposti al R.M., si può affermare che sempre più insistentemente sia stata posta attenzione alla definizione del "processo" di gestione del rischio, cioè la determinazione e la stesura delle ipotetiche fasi di questo processo, l'individuazione di strumenti affidabili ed efficaci per individuare e monitorare i rischi.

L'Assessorato Sanità della Regione Emilia Romagna ha creato commissioni ad hoc finalizzate alla stesura di questo processo, favorendo nel contempo le prime iniziative di R.M. in alcune aziende sanitarie; le fasi comunemente ritenute neces-

sarie sono:

- individuazione dei rischi
- analisi dei rischi
- trattamento
- monitoraggio

Per ciascuna fase sono stati individuati alcuni strumenti che verranno brevemente analizzati secondo la proposta della AUSL Modena, U.O. Sistema Qualità

<b>Fasi del processo</b>	<b>Strumenti utili</b>
<b>Individuazione dei rischi</b>	• Segnalazione spontanea degli eventi (incident reporting)
<b>Analisi dei rischi</b>	• Root cause analysis • F.M.E.A.
<b>Trattamento</b>	• Piani di trattamento dei rischi • Azioni di trattamento
<b>Monitoraggio</b>	• Revisione cartelle • Revisione Database

Fig. 1. Schema fasi e strumenti per la gestione del rischio (AUSL Modena, Sistema Qualità).

### **Individuazione dei rischi**

La **segnalazione spontanea degli eventi** (incident reporting)

Nei settori industriali da molto tempo viene utilizzato questo strumento ampiamente collaudato; come questa segnalazione venga rilevata dipende dalle scelte organizzative in un determinato contesto (scheda, questionario, report, ... informatizzati o meno). I vantaggi sono relativi alla facilità di identificare gli incidenti/errori (anche se non hanno causato danni), di coinvolgere gli operatori e nel sensibilizzarli al problema della salute delle persone assistite, di identificare il rischio globale di una unità operativa e la condivisione del voler apprendere dall'errore (condivisione dell'errore). Sarà necessario definire quali incidenti riportare e a quale livello soglia attivare la segnalazione; inoltre, come proposto dall'U.O. Qualità dell'AUSL Modena, tener ancora conto di:

- come sia assicurata la confidenzialità
- come sia articolato lo strumento di rilevazione
- come vengano analizzati gli eventi
- come funzioni il feed-back
- chi sia il responsabile del processo.



### **Analisi dei rischi**

Root Cause Analysis

L'**analisi delle cause profonde** (Root Cause Analysis) è una metodologia applicata allo studio dei fattori causali di un evento avverso o, più in generale, di un incidente che si basa sulla concezione organizzativa dell'errore. L'analisi non si limita, infatti, all'individuazione dell'errore o della mancanza più prossimi all'evento, ma ha l'obiettivo di analizzare l'intero processo che lo ha generato. Lo sforzo è di andare ad individuare la cosiddetta "**causa radice**", cioè il difetto in un processo la cui eliminazione previene l'accadimento di uno specifico evento avverso.

Gli scopi della root cause analysis sono:

- individuare tutte le cause di un evento
- individuare e classificare (usare uno schema di riferimento) le cause radice
- individuare le cause trattabili
- individuare le azioni di miglioramento.

Quindi la Root Cause Analysis si basa su alcuni principi

- focus sulla risoluzione dei problemi, non sulla ricerca dei colpevoli
- basata sul sistema e sui processi, non sugli individui
- basata su metodologie esplicite per evitare bias
- riproducibilità dei risultati
- utilizzo di tecniche correlate
- definire le interfacce tra cause ed effetti
- identificare gli errori attuali e potenziali

F.M.E.A.

La **FMEA** (failure modes & effect analysis) è un **sistema di individuazione dei rischi** che si basa sul fatto che l'osservazione in questo caso non è l'evento avverso ma il processo così come si svolge routinariamente; è quindi un sistema che può essere applicato indipendentemente dal verificarsi di un evento avverso o sentinella.

I sanitari, o gruppi di professionisti, in base alla loro esperienza e conoscenze, nonché alle informazioni e dati relativi ai processi assistenziali e ad eventuali eventi avversi registrati, dovrebbero indicare i punti deboli a rischio di errore o di criticità, analizzarne le cause potenziali, individuarne le azioni correttive e preventive.

Le azioni previste dalla FMEA sono:

- identificare e dare una priorità ai processi ad alto rischio
- annualmente, selezionare almeno 1 processo ad alto rischio
- identificare il potenziale "guasto" (errore/i) del percorso
- per ciascun "guasto", identificare i possibili effetti

- per gli effetti più critici, condurre una root cause analysis
- ri-progettare il processo per minimizzare il rischio che si verifichi quello specifico errore o per prevenirne gli effetti
- testare ed implementare il processo ridisegnato
- identificare ed implementare sistemi di misura dell'efficacia
- implementare una strategia per mantenere nel tempo i risultati ottenuti

L'identificazione e gestione preventiva dei rischi ha dei chiari vantaggi rispetto alla reazione ad eventi avversi già accaduti (esiti negativi risparmiati, sequele medico-legali evitate, etc.).

### **Trattamento**

Piani di trattamento dei rischi

Si tratta di progettare percorsi (linee guida, protocolli, procedure) che definiscano gli interventi correttivi e preventivi rispetto ai rischi mappati o agli eventi avversi rilevati; nel precedente punto, riferito all'analisi del rischio, sono state già identificate tali necessità, nel senso che maggiore precisione viene dedicata all'analisi maggiori saranno i vantaggi nel definire le opportune azioni correttive, meglio se supportate da documentate prove di efficacia.

Sarebbe opportuno creare un gruppo di lavoro specifico, a cui potrebbero partecipare i rappresentanti delle diverse professioni coinvolte nei processi assistenziali nonché un medico legale ed un avvocato (questi ultimi soprattutto di supporto per definire protocolli di comportamento organizzativo e di gestione della cartella clinica).

Azioni di trattamento

Definiti protocolli e linee guida, è necessario tradurre in azioni concrete, con attribuzioni anche di responsabilità ed autonomie, tutti gli atti utili a trattare i casi avversi, gli eventi sentinella, i rischi presenti o ipotetici, a chiarire all'interno del percorso assistenziale i ruoli (chi fa che cosa) e l'adesione ai protocolli stabiliti.

### **Monitoraggio**

Revisione cartelle

L'audit clinico ed organizzativo dell'Unità Operativa interessata, sia sotto forma di report che di riunioni periodiche, offre la possibilità di discutere i casi più emblematici, di creare laboratori virtuali di analisi delle cause e dei migliori interventi correttivi, aiuta a lavorare in gruppo (arricchimento personale e delle "abilità d'equipe") e permette analisi più approfondite, crea coesione e condivisione dei percorsi,

aiuta a far rispettare i protocolli o a modificarli se necessario.

#### Revisione Database

L'aggiornamento costante delle proprie conoscenze e di quelle alla base dei protocolli assistenziali implementati necessitano di supporti informatici e di strumenti dedicati irrinunciabili.

Il "Knowledge Manager" presente sempre più nei sistemi sanitari potrebbe essere un valido esempio di come l'investimento in "conoscenze" non sia un'attività del singolo ricavata nei ritagli di tempo, ma sia un investimento per tutta l'organizzazione sanitaria.

Se non esiste la possibilità di poter rivedere comportamenti e trattamenti alla luce degli ultimi aggiornamenti (anche in senso organizzativo ed amministrativo), non ci si deve poi stupire se ogni tanto si presentano eventi indesiderati o avversi.

Il R.M. deve rappresentare anche per l'ostetricia una seria ed utile attività da essere studiata ed implementata: sarà sempre più opportuno agire al fine di approfondire le conoscenze specifiche sul R.M. e di promuovere ogni iniziativa che possa facilitare l'introduzione ed il suo utilizzo nei dipartimenti materno-infantili e nelle unità operative di ostetricia e ginecologia.

Elementi determinanti saranno l'individuazione di un operatore (ginecologo od ostetrica/o) che assuma il compito di "risk manager", cioè la figura che dovrà implementare e gestire tutte le attività mirate alla prevenzione e gestione del rischio, e la composizione di una Commissione per il R.M. dove potrebbero partecipare rappresentanti delle diverse professioni coinvolte nei processi assistenziali nonché (come riportano alcune esperienze inglesi) un medico legale, un avvocato ed un rappresentante per l'utenza.

A scopo esemplificativo si riportano le attività delle quali è responsabile il Risk Manager (è un'ostetrica) della Maternity Unit del St. Mary Hospital di Londra:

- coordinare le attività quotidiane della Qualità e del R.M. della Maternità;
- incoraggiare relazioni di cooperazione e fiducia con tutto il personale che opera nella Maternità;
- organizzare e scrivere l'agenda della Commissione di R.M.;
- assicurarsi che le raccomandazioni della Commissione siano applicate;
- presentare alla Commissione tutti i casi con un "adverse outcome" e, in dettaglio, quei casi nei quali si può identificare un'assistenza inferiore allo standard normale;
- presentare, a regolari intervalli, a tutti i membri dell'Unità operativa, i dati sugli

"adverse outcome" e i dati comparativi di attività di altri ospedali collegati;

- organizzare i programmi educativi per il personale della Maternità in collaborazione con un medico ostetrico e una ostetrica designati a tale compito.

Sicuramente il Risk Management ha assunto un ruolo determinante nella gestione della complessità dell'assistenza sanitaria, è una parte importante del governo clinico aziendale, un elemento importante per il miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie nonché essere d'aiuto nelle controversie medico legali ed assicurative ... ma necessita di un salto culturale: in realtà lo sforzo non è e non dovrà solo essere rivolto alla gestione dei rischi e degli eventi avversi ma orientare le politiche sanitarie (nel senso più ampio del termine) alla prevenzione degli stessi con attività organizzate di sistema.

### **Bibliografia**

1. Clinical Risk Management Standards, version 01. London: NHSLA, June 2000.
2. Dear P, Rennie J, Newell S, Rosenbloom L, Clinical Risk 2000; London, 6(4): 37-142.
3. Del Vecchio M, Cosmi L. Il risk management nelle aziende sanitarie. Mc Graw-Hill, Milano 2003
4. Department of Health. An organisation with a memory. Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS, chaired by the Chief Medical Officer. London: Stationery Office, 2000.
5. NHS Litigation Authority. Clinical negligence scheme for trusts. Clinical risk management standards for maternity services. London: NHSLA, Aug 2003.
6. Øvretveit J, Health Service Quality. Brunel University, 1998.
7. Reason J, Managing the Risk of Organizational Accident. Ashgate 1997.
8. Smith J. Study into medical errors planned for the UK. London, BMJ 1999; 319-23.
9. Vincent CA, Risk, safety and the dark side of quality. London, BMJ 1997; 314:1775-76
10. Vincent CA, ed. Clinical Risk Management, 2<sup>a</sup> edn. London, BMJ, 2001.
11. Wilson J, In: Clinical Risk Modification: a route to clinical governance. Butterworth-Heinemann, 1999.

# Trattamento integrato delle disfunzioni del pavimento pelvico

S. Miele, V. Chiàntera, C. Rappa, P. Iacobelli

Ospedale Buon Consiglio F.B.F. Napoli, Dipartimento Materno Infantile  
Responsabile: Prof. A. Chiàntera

La valutazione fisiatica clinico strumentale (Tab.1) permette di diagnosticare i deficit funzionali neuro-motori respiratorio-addomino-perineali che, interagendo con i fattori meccanico-metabolico-ormonali, inducono ai difetti di statica pelvica associati, in maniera evidente o meno, a disfunzioni minzionali, sessuali e patologie colon-proctologiche.

## Valutazione perineologica

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| • Anamnesi. Compliance.<br>Diario minzionale                              | • Esplorazione rettale     |
| • Profilo vaginale (H.W.S.)<br>in clino-ortostatismo, durante<br>Valsalva | • Esame neurologico        |
| • Bilancio muscolare  | • Cough test / abdo test   |
| • Q. Tip test (10-15 gradi)   | • Tecniche di imaging      |
|   | • Urodinamica              |
|   | • Manometria. Defecografia |
|   | • Esame elettrofisiologico |

(Tab.1)

La Risonanza Magnetica, l'elettromiografia, la manometria, gli ultrasuoni, hanno messo in evidenza le modifiche spaziali dei rapporti anatomici tra i visceri pelvici, la continua dinamicità dei processi di adattamento alle mutate condizioni pressorie ed in particolare la centralità di idonei sinergismi muscolo-fasciali per il mantenimento della statica pelvica.

L'evoluzione, nel corso dei millenni, ha infatti selezionato efficaci riflessi neuro-muscolari per costituire meccanismi di difesa antigravitazionali ed un'efficace capacità di adattamento alla stazione eretta, alla corsa, al salto, agli aumenti pressori endoadominali improvvisi (sforzi, tosse, starnuto etc.). Alle attività motorie riflesse, si

aggiungano attività motorie automatiche e le attività motorie volontarie. Il Pubo-cocigeo test analizza l'attività motoria volontaria, ma nulla ci dice dell'attività motoria riflessa ed automatica. (Tab. 2)

### **Attività motorie del pavimento pelvico**

#### ATTIVITA' AUTOMATICHE:

Adattamenti posturali (coattivazione tra i glutei, gli erettori spinali, i piriformi)  
Automatismi che precedono e seguono lo svuotamento urinario e fecale

#### ATTIVITA' RIFLESSE:

Tosse, starnuto, salto, sforzo, Valsalva, massimo contenuto viscerale

#### ATTIVITA' VOLONTARIA ( P.C.TEST ):

Rinvio dello svuotamento  
Interruzione della minzione  
Interruzione dello svuotamento  
Mantenimento dell' erezione

Numerosi sono i centri nervosi deputati al controllo della funzione vescicale e delicate interconnessioni coinvolgono i centri dello svuotamento intestinale. (Tab 3 )

### **Centri nervosi della funzione vescico-sfintero-perineale**

- |   |   |
|---|---|
| • Centro sacrale di Onuf (S2-S4)                                    | • Gangli della base   |
| • Simpatico (D10-L2)  | • Lobulo paracentrale<br>(sfintere periuretrale)                |
| • Centro pontino della minzione<br>(nucleo di Barrington).Regione L | • Corteccia laterale prefrontale<br>emisfero destro             |
| • Grigio periacquiduttale   | • Circonvoluzione precentrale-supero<br>laterale-supero mediale |
| • Talamo,ipotalamo, locus caeruleus,<br>amigdala.                   |   |

La rottura, comunque determinatasi di questi straordinari equilibri che permettono una incessante modulazione del tono muscolare perineale che si adatta al riempimento vescicale e rettale, alla posizione supina od eretta, alle attività motorie degli arti, alla stessa attività respiratoria, determinerà danno alle strutture fasciali, specialmente se queste sono distrofiche. Il danno fasciale determina perdita dei normali rapporti tra i visceri, disfunzione, squilibrio dei riflessi.

Non sempre è agevole comprendere se il danno è stato dapprima organico ed in seguito funzionale, o viceversa. È ragionevole pensare che il disturbo sia contemporaneo non potendo esservi, a nostro avviso, una dissinergia che non comporti dan-

no organico. A sua volta il danno organico, sia riguardante la componente connettivale, sia riguardante le unità motorie, è causa di dissinergia e quindi disfunzione. La valutazione della capacità contrattile del pubo coccigeo, la sua resistenza allo sforzo, l'esame neurologico soprattutto inteso come analisi dei riflessi respiratorio-addomino-perineali indirizzerà alle diverse metodiche di Riabilitazione in fase pre e post operatoria.

Il consenso informato all'atto chirurgico prevede che il terapeuta offra una informazione la più completa circa la patologia ed i fattori che l'hanno determinata. La prima tappa di ogni tecnica di Riabilitazione è la Informazione! Con l'informazione la paziente viene a conoscenza dell'importanza dei sinergismi muscolari, della possibilità di poter recuperare con l'esercizio idonei sinergismi, della necessità che il tono e la capacità di resistenza dei muscoli perineali siano adeguati. Sarà chiarito che l'obiettivo della chirurgia è ripristinare le condizioni anatomiche che permettano una normale funzione ma che è altresì necessario un recupero della capacità di controllo del perineo.

Il desiderio di conseguire il massimo beneficio possibile dal trattamento chirurgico motiverà la paziente ad attivare la piena partecipazione al trattamento riabilitativo. Il disagio del post-operatorio legato alle mutate condizioni anatomiche e quindi alle mutate afferenze propriocettive, sarà più ragionevolmente accettato da una paziente che ne abbia compreso le dinamiche.

Il presente lavoro NON intende confrontare specifiche tecniche chirurgiche idonee ai diversi quadri che la quotidianità del nostro lavoro ci offre. Nessuna paziente è uguale ad un'altra tuttavia spesso le soluzioni sono univoche, qualunque sia la patogenesi che abbia indotto il difetto di statica. Ma è nostro umile desiderio voler sottolineare che non è certamente utile a nessuno districarsi in fumose argomentazioni circa la migliore via da utilizzare, sia essa la via vaginale, la via addominale, la via laparoscopica, la via combinata e così via. Piuttosto, padroneggiando più tecniche chirurgiche, il terapeuta dovrà scegliere quelle strategie che meglio realizzino un corretto profilo vaginale. Ma NON BASTA!!

È necessario che con altrettanta attenzione vengano ricercati ed affrontati i disturbi funzionali sessuali, i disturbi colonproctologici, integrando senza reticenze le proprie competenze con il colonproctologo, con il radiologo perchè meglio si comprenda la totalità del quadro clinico. Le tecniche di Riabilitazione sono parte integrante del trattamento terapeutico, e spetta al terapeuta valutare quali strategie utilizzare per migliorare i sinergismi, i riflessi, il tono sia in fase preoperatoria che nel postoperatorio.

È necessaria una particolare attenzione a tutto quanto possa compromettere il buon esito dell'intervento chirurgico. La preparazione del microambiente vaginale deve essere accurata. Il trofismo migliorato. Si preferisca l'uso di fili di sutura di calibro sottile, che non attraversi l'epitelio cutaneo e vaginale e non costituisca terreno di coltura per i germi. Frequenti lavaggi del campo operatorio riducano al minimo il rischio di contaminazione. L'uso di Mesh impone una attenzione ancora maggiore. Inutile sottolineare l'importanza di una corretta emostasi, costituendo ogni piccola raccolta, occasione di infezione e successivo cattivo esito cicatriziale.

Ma è soprattutto necessario stabilire con la paziente un leale dialogo costruttivo che sia gratificante e renda limpido il nostro operare.

La cloaca è il primitivo comune sbocco in cui termina, durante lo sviluppo embrionale, il tratto terminale dell'apparato intestinale ed urinario. Uno sperone cutaneo, il futuro nucleo fibroso centrale del perineo e la sua propaggine che giunge al peritoneo come setto retto vaginale, divide la cloaca nella futura vescica anteriormente e nel tratto retto anale posteriormente. Tra queste strutture si sviluppa l'apparato genitale esterno. La comune innervazione ed irrorazione rende il pavimento pelvico e gli organi viscerali in esso contenuto una Unità Funzionale.

La Perineologia costituisce una nuova Scienza in cui diversi campi di conoscenze, (Ginecologia, Urologia, Colonproctologia, Fisiatria, Posturologia, Sessuologia) si integrano restituendo una visione di insieme che permette un adeguato e completo inquadramento nosologico.

Con la stazione eretta dei primati si sono biologicamente perfezionati meccanismi di adattamento alle forze gravitazionali. La colonna vertebrale ha configurato l'alternarsi cifosi-lordosi per meglio distribuire i vettori di forza e per dirigerne il centro in un punto che ne facilitasse la deambulazione. Il bacino si è conformato per contenere al meglio gli organi pelvici, le articolazioni coxofemorali hanno configurato le più idonee superfici assiali di contatto per distribuire il peso agli arti inferiori. Si sono stabiliti idonei sinergismi muscolari tra erettori spinali, muscolatura anteriore, pavimento pelvico. La muscolatura del pavimento pelvico si è specializzata in molteplici funzioni, ed i sinergismi muscolari si sono integrati alle afferenze sensoriali muscolocutanee, visive, sensoriali coordinati da attività corticali, cerebellari. La capacità di elaborare a livello di coscienza il grado di riempimento viscerale intestinale ed urinario si sono elaborate nel corso di millenni mano a mano che si venivano costituendo aggregati sociali.

Al primordiale controllo periferico spinale autonomico delle funzioni di svuotamento, con lo svilupparsi delle capacità cognitivo-relazionali, si sono così costituiti



centri di controllo pontini, mesencefalici, corticali. L'uomo ha imparato a procrastinare nel tempo lo svuotamento viscerale, preservandosi di utilizzare i luoghi e le circostanze più idonee. Queste funzioni sono estremamente ricche di contenuti emozionali. La paura di perdere questa capacità di controllo è ancestrale riflettendosi in essa l'inconscio terrore di un simbolico ritorno allo stato primitivo, ad una condizione cioè in cui la propria identità è regredita ed ancora indifferenziata. D'altra parte il percorso di apprendimento della capacità di controllo dei visceri ripete nel singolo ciò che è avvenuto nella filogenesi. L'uomo ha contemporaneamente sviluppato le proprie capacità cognitive e quindi l'IO razionale acquisendo la capacità di controllo sulle funzioni di svuotamento viscerale e conquistando la gestione delle pulsioni emozionali.

Un Io che, nella notte dei tempi, conosceva solo il linguaggio emozionale della paura, dell'attacco o fuga. Un Io assolutamente primitivo, incapace di relazionarsi se non con parametri bivalenti sottomissione/comando rispetto al proprio simile. È straordinario come da sempre la presenza dell'"altro" sia stato ed è sempre tuttora determinante per lo sviluppo delle multiformi capacità comportamentali e come il sentimento di vergogna e colpa per le proprie incapacità di controllo viscerale si accompagni a perdita dell'autostima, disinteresse per l'ambiente, distimia, depressione.

L'Io è ancora fragile. Di qui la rimossa eterna paura di perdere urine, feci, allorché un evento mini o metta in difficoltà la nostra identità. Di qui la possibilità di regressione ad un Io infantile proprio degli incontinenti.

Si sono differenziate nel corso dell'evoluzione nella muscolatura del pavimento pelvico fibre a conduzione rapida, capaci cioè di attivarsi rapidamente anticipando un aumento pressorio endoaddominale che sollevano il pavimento pelvico e convergono con la muscolatura striata periuretrale per aumentare le resistenze al flusso urinario. Sono queste fibre che per prime tendono a ridursi in numero ed efficienza con l'avanzare dell'età. Le fibre a contrazione lenta, deputate al mantenimento del tono e capaci di modularsi a seconda della posizione nello spazio del corpo, durante la corsa, nel sonno, col tempo, a loro volta, perdono forza, tendono alla connettivizzazione, alla fibrosi. Sensibili recettori a livello vescicale, trasmettono il grado di riempimento e, in caso di flogosi, segnalano la presenza di stimoli nocicettivi. A livello intestinale distale si sono sviluppati sensori in grado di selezionare i diversi tipi di stimoli legati alla presenza di gas, feci liquide, feci solide, riempimento, svuotamento, stiramento etc. Le diverse condizioni sociali, la diversa valenza culturale ed emozionale tipiche di ogni cultura, rende ragione della diversa frequenza con cui viene registrata in letteratura un disturbo funzionale perineale. Una disfunzione erettile maschile, una dispareunia, un vaginismo, una incontinenza urinaria, un difetto di stati-

ca, saranno diagnosticate in misura variabile a seconda dell'importanza che il singolo e la società daranno all'evento. Un atteggiamento mentale di passiva accettazione dei disturbi che possono accompagnarsi all'avanzare dell'età, contribuisce alla misconoscenza del fenomeno da un punto di vista epidemiologico. È certo che il consumo di psicofarmaci rappresenta un indice indiretto del malessere di una società. Numerosi studi hanno evidenziato una stretta relazione tra disturbi del perineo, comunque realizzatosi, e disturbi d'ansia, distimia, depressione. La qualità di vita sessuale è estremamente compromessa nei casi di incontinenza urinaria, nei difetti di statica, nell'incontinenza anale. Il vaginismo, quando non legato a cause organiche, è legato ad una iperattività della muscolatura del pavimento pelvico dovuta a dissinergia su base emozionale. Un trattamento riabilitativo che tenga conto degli aspetti psichici è mandatario per migliorare non solo la vita sessuale, ma per evitare che si associ una sindrome urgenza-frequenza, ansia, stipsi da outlet obstruction. Viceversa una sindrome urgenza-frequenza in giovane età, può spesso accompagnarsi a vaginismo.

Le interrelazioni sommariamente descritte permettono di individuare pertanto, alcune specifiche funzioni del pavimento pelvico:

- 1) Supporto e sostegno dei visceri addominali pelvici
- 2) Contenimento degli aumenti pressori endoaddominali
- 3) Modulazione della capacità vescicale, intestinale, sessuale.
- 4) Sinergismo sfinteriale
- 5) Meccanismi del parto

L'interdipendenza tra sfera sessuale ed apparato sfinteriale urinario ed intestinale (J. Beco 2001) permette pertanto di distinguere nel pavimento pelvico, da un punto di vista funzionale tre diversi Assi:

- 1) Asse funzionale sessuale
- 2) Asse funzionale urinario
- 3) Asse funzionale intestinale

La Iperattività muscolare perineale, intesa specialmente come mancato rilasciamento durante l'evacuazione determina, sull'Asse Funzionale Intestinale:

Stipsi.

Rettocele.

Prolasso della mucosa rettale.

Proctalgia cronica, coccigodinia, proctalgia fugax.

La Ipoattività determina, al contrario:

Incontinenza anale.

La Iperattività muscolare perineale determina, sull'Asse Funzionale Sessuale:  
Vaginismo.

La Ipoattività muscolare perineale:  
Ipo-anorgasmia.

La Ipoattività muscolare perineale determina sull'Asse Funzionale Urinario:  
Incontinenza urinaria da sforzo.  
Urgenza-Frequenza.

Il trattamento dei difetti di statica pelvica con i disturbi minzionali, sessuali, coloproctologici associati ha subito negli ultimi venti anni una incessante evoluzione. Le conoscenze della fisiopatologia dei processi che sono alla base dei difetti della statica pelvica, la individuazione dei diversi fattori che regolano e modulano le funzioni del tratto terminale del sistema urinario ed intestinale, la sensibilità sempre più crescente verso una chirurgia ricostruttiva del pavimento pelvico compatibile con una ottimale qualità di vita sessuale post-operatoria, hanno modificato la filosofia dell' approccio chirurgico.

Fino agli anni ottanta la chirurgia ha perseguito obiettivi che alla luce degli attuali orientamenti, appaiono inadeguati essendo misconosciute le dinamiche neuro-muscolo-aponeurotiche-fasciali che regolano i rapporti tra visceri pelvici e le complesse dinamiche che coinvolgono le strutture di sospensione e sostegno. Si effettuava infatti sostanzialmente una CHIRURGIA DEMOLITIVA in cui l' obiettivo preminente era l'asportazione dell'utero, cui seguiva la riduzione del cistocele accompagnata da una generosa riduzione delle pareti vaginali esuberanti. Seguiva in genere la medializzazione degli elevatori dell'ano tra residua vagina e retto per ridurre lo iato urogenitale trascurando il particolare che in condizioni normali, non vi sono fasci dell'elevatore dell'ano tra vagina e retto. L'anatomia della regione ne risultava sconvolta, con inevitabile dispareunia, tenesmo, ostacolo all'evacuazione, incontinenza de novo in quanto la rettilineizzazione del profilo vaginale anteriore, annullava l'effetto ostacolo al flusso uretrale.

Altri interventi prevedevano, a seconda delle diverse scuole, l'amputazione del collo uterino ipertrofico, la ventrofissazione dell'utero alla parete addominale, l'utilizzo dei legamenti rotondi per la sospensione della cupola vaginale dopo l'asportazione dell'utero. La tecnica di Le Fort che prevedeva il "mascheramento" dell'utero dietro le pareti vaginali collabite, è forse il simbolo di una chirurgia poco anatomica che rispecchiava le scarse conoscenze del tempo.

È straordinaria però l'efficacia dei risultati che già dal 1961 John Burch ha otte-

nuto, per il trattamento dell'incontinenza urinaria associata ai difetti di statica con la sospensione retropubica ai legamenti ileopettinei del tessuto paracervicale. In seguito Stanton e Cardozo estesero la indicazione dell'intervento di Burch al trattamento della IUS associato al colpocele anteriore. Seguirono nel tempo numerose varianti che tendevano, mediante tecniche miste vaginali-retropubiche al miglioramento dei risultati per il trattamento del cistocele associato. I risultati della tecnica di Burch sono sempre risultati ottimi per quanto riguarda il trattamento della IUS ma costanti e significative le recidive del colpocele anteriore. A ciò si aggiunga la frequente comparsa di colpocele posteriore a breve intervallo di tempo dall'intervento, legato al dirigersi dei vettori di forza degli aumenti pressori endoaddominali posteriormente al nucleo fibroso centrale perineale.

La tecnica di Burch ha rappresentato il gold standard per circa cinquanta anni per il trattamento della IUS.

Nessuna delle successive tecniche, Pereyra, Raz, Bologna, Lahodny, Tanago, ha superato o quantomeno eguagliato i risultati della Burch. L'avvento della tecnica miniinvasiva tension free TVT di Ulmstein del 1996 ha rivoluzionato il concetto base dei meccanismi di continenza verso cui dirigere l'attenzione. Non è più considerato importante che la zona di passaggio vescico-uretrale giaccia o meno al di sopra del piatto degli elevatori dell'ano per la trasmissione degli aumenti pressori endoaddominali. Importante per la continenza sotto sforzo è che l'uretra media sia sostenuta da legamenti pubouretrali medi. A livello di questi legamenti convergono altresì i meccanismi sfinteriali striati dei fasci mediali dei muscoli pubo-coccigei. Meccanismi di notevole importanza che debbono intervenire durante gli aumenti pressori endoaddominali e che solo con la Riabilitazione possono essere reintegrati alla loro efficiente funzione.

La qualità di vita sessuale della donna sottoposta ad intervento demolitivo della sfera genitale risulta spesso compromessa. Prescindendo dall'inevitabile turbamento legato alle modifiche dell'immaginario e del vissuto interiore, è mandatario lasciare sempre una corretta abitabilità della vagina rispettandone la lunghezza, i normali rapporti con vescica e retto, ed un normale asse nella pelvi.

La CHIRURGIA FUNZIONALE infatti prevede, mediante una più meticolosa diagnostica dei difetti fasciali, la ricostruzione accurata dei visceri nei loro naturali rapporti.

Le accurate descrizioni anatomiche, il riconoscimento della funzione dei diversi livelli della fascia endopelvica e dei suoi attacchi alle strutture viscerali muscolo fasciali, la descrizione dei difetti nel segmento anteriore, superiore, posteriore hanno

rappresentato una tappa fondamentale per questa nuova filosofia di intervento.

Per la correzione del prollasso del segmento superiore, l'intervento di colposospensione al legamento sacrospinoso è rivolto alla cupola vaginale prollassata, ancorandola con punti non assorbibili ad una struttura fissa: il legamento sacrospinoso. L'asse vaginale ne risulta in parte deviato risultandone dispareunia profonda. La metodica non è esente da complicanze vascolari e neuromotorie. L'approccio laparotomico per realizzare la colposacropessia, non permette la risoluzione dei difetti fasciali associati anteriori e posteriori. D'altra parte, in caso di conservazione dell'utero, le metodiche intraaddominali non possono certamente essere considerate miniinvasive. La proposta innovativa di una tecnica che utilizzi la sospensione dell'istmo alla benderella della TOT risponde al requisito di miniinvasività.

La Laparoscopia ha rivoluzionato completamente il mondo della chirurgia.

Dopo i primi timidi passi come tecnica di ausilio diagnostico, con la messa a punto di provate metodiche la Laparoscopia operativa trova oggi un vasto campo di applicazione. Nasce con essa il concetto di CHIRURGIA MINIINVASIVA, chirurgia cioè rispettosa non solo della cute e della successiva cicatrice ma strumento per un più pronto recupero post-operatorio.

Per via laparoscopica è possibile realizzare, tutti gli interventi che la chirurgia addominale tradizionale ha selezionato nel tempo. Geniali straordinarie soluzioni per pochi inimitabili operatori con vasta esperienza, comprendono anche quelle tecniche proprie della via vaginale. A nostro avviso però la via vaginale resta l'unico ragionevole accesso per una chirurgia miniinvasiva del pavimento pelvico, ritenendo l'anestesia generale, necessaria per la laparoscopia, certamente più invasiva dell'anestesia periferica.

Non va trascurato infatti che in genere poche sono le pazienti affette da disturbi del pavimento pelvico ancora relativamente giovani, spesso si tratta di anziane, con patologie sistemiche, ad alto rischio anestesilogico.

L'osservazione che il tessuto fasciale da ricostruire risulta estremamente compromesso nelle sue componenti elastiche e nella sua capacità tensile, per le modifiche proprie legate all'età, ed ai processi di carenza ormonale, hanno indotto alla ricerca di materiali protesici sintetici che sostituissero i tessuti fasciali prelevati da altre zone del corpo o da cadavere.

La Chirurgia Conservativa, Ricostruttiva, Miniinvasiva Protesica NON rappresenta ancora il trattamento completo per i disturbi funzionali ed i difetti di statica pelvica!

Il descensus, i disturbi funzionali minzionali ed intestinali, rappresentano il risultato di noxae multifattoriali che interagiscono nel tempo sia a carico delle strutture connettivo-fasciali, sia a carico delle componenti muscolari lisce e striate toniche e

fasiche, sia sui recettori sensoriali, sia sui meccanismi riflessi neuromotori (Tab 4).

### **Fattori Patogenici della Dissinergia Organico-Funzionale del Pavimento Pelvico**

- Gravidanza
- Età
- Costituzione-Familiarità
- Diabete
- Parto, parto distocico, macrosomia fetale, Kristeller, brevità di funicolo, prolungata fase espulsiva, rigidità perineale per inadeguata preparazione al parto
- Carenza estrogenica
- Cicatrici da parto
- Scoliosi, cifosi, lordosi, zoppie
- Broncopatie croniche
- Errate abitudini comportamentali del ciclo minzionale ed intestinale
- Disturbi della personalità
- Colon irritabile. Diverticolosi. Emorroidi
- Attività fisica intensa
- Patologia discale. Artrite. Artrosi
- Sciatalgia
- Fibromatosi uterina. Masse endopelviche
- Cistiti ricorrenti
- Esiti di radioterapia
- Esiti di interventi demolitivi della continuità fasciale endopelvica
- Deficit fasciali addominali
- Sedentarietà
- Connettivopatie
- Malattie autoimmuni
- Somatizzazione dopo abuso sessuale
- Negazione della sessualità
- Disturbo ossessivo-compulsivo
- Disturbi psichiatrici

Si realizza cioè un errore di attivazione e reclutamento di unità motorie nei modi e nel tempo determinandosi la DISSINERGIA. Questa a sua volta può essere organica o funzionale (Tab 5):

#### **DISSINERGIA ORGANICA**

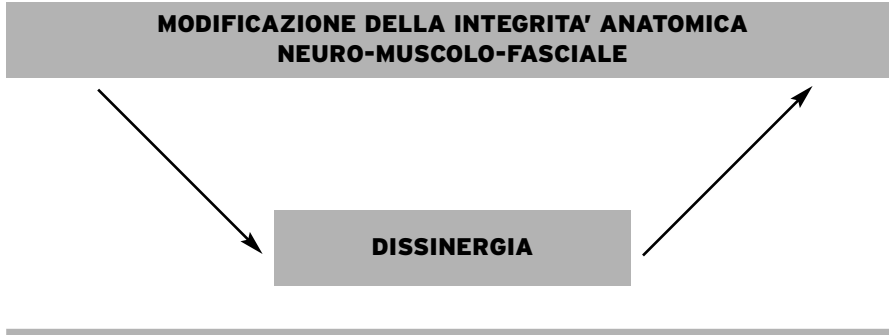
- Lesioni corticali
- Lesioni del cervelletto
- Sindrome extrapiramidale
- Lesioni dell'unità motoria
- Riduzione fibre 1° e 2° tipo

#### **DISSINERGIA FUNZIONALE**

- Aspetti della personalità
- Ansia. Depressione
- Disturbo ossessivo compulsivo
- Somatizzazione
- Traumi sessuali
- Dolore pelvico viscerale (contrazione antalgica dopo episiotomia, perineo plastica, coccigodinia)

Comunque determinatasi la dissinergia si accompagna a disfunzione sui tre assi funzionali descritti (Urinario, Sessuale, Intestinale) e determinerà difetto di statica per

rottura delle resistenze fasciali-connettivali di sospensione. Si crea così un circolo vizioso (Tab.6):



È estremamente importante ricordare che mano a mano che si creano nuove condizioni anatomiche, nuovi circuiti neuronali integrati realizzeranno una diversa risposta di adattamento. Lo schema corporeo mentale ne risulta modificato. Le disfunzioni creano a loro volta la premessa ad ulteriori disturbi circolatori, stasi, deficit ossigenativi, liberazione di radicali liberi tossici con accumulo di metaboliti che destrutturano i connettivi, i fasci muscolari e tra questi in primo luogo, le fibre muscolari striate a contrazione rapida. Si instaurano risposte compensatorie che interessano la postura, la colonna vertebrale, la modalità del respiro, innescandosi comportamenti ed abitudini che permettano una adeguata ma non efficace funzionalità perineale. La NEUROPLASTICITA' NEURONALE esprime la capacità tipica del Sistema Nervoso Centrale di adattare i meccanismi di risposta a differenti stimoli afferenti. Durante la gravidanza, ad esempio, si hanno notevoli variazioni a carico delle diverse funzioni del pavimento pelvico. La modalità di risposta a queste modifiche sarà diversa nei diversi soggetti. Per conservare la continenza di fronte agli aumenti pressori endoaddominali, alcune pazienti utilizzeranno, per esempio, una compensazione che coinvolga la muscolatura spinale e le conseguenti curvature della colonna vertebrale (lordosi). Altre utilizzeranno un aumento del tono del pavimento pelvico realizzando una certa rigidità muscolare, altre abbasseranno la soglia di sensibilità vescicale ottenendo una riduzione della capacità vescicale. La riabilitazione in gravidanza si propone di migliorare i meccanismi riflessi posturali, di aumentare la consapevolezza ed il controllo volontario della muscolatura perineale.

Il difetto di statica, sia esso primitivamente dovuto a fattori organici, sia legato a dissinergia, indurrà in ogni paziente meccanismi di compensazione caratteristici e personali che rifletteranno l'individuale schema corporeo mentale. L'annullamento

dallo schema corporeo mentale della regione perineale, si evidenzia con il P.C. test che evidenzia l'incapacità di contrarre i muscoli sollecitati dal terapeuta. Solo mediante chinesioterapia, elettrostimolazione sarà possibile evocare e ripristinare col tempo reazioni emozionali, sensoriali, ed infine motorie. È pertanto indispensabile una valutazione FISIATRICA che valuti le deficienze muscolari, gli ipertoni, le dissinergie, che si sono nel tempo costituite per una corretta, completa diagnosi un corretto intervento terapeutico.

Va ancora sottolineato che il ripristino di un "corretto" profilo vaginale post-operatorio, determinerà a sua volta l'inizio di una nuova fase di adattamento neuro motorio e sensoriale della paziente.

Sorgono così disturbi non facilmente esprimibili a parole dalla paziente legati alla sensorialità propriocettiva modificata con afferenze legate a tensioni e sensazioni mai provate nel passato.

Di qui il senso di disagio e la delusione per il sostituirsi di nuovi disagi ai vecchi disagi. Le aspettative di una migliore qualità di vita riposte nell'intervento, se questo non è preceduto da una corretta informazione e preparazione, non vengono realizzate.

Nasce pertanto la necessità di una CHIRURGIA INTEGRATA, in cui la Riabilitazione rappresenti una tappa fondamentale nel pre e post-operatorio.

La RIABILITAZIONE con i suoi strumenti (Biofeedback, elettrostimolazione, chinesioterapia, coni vaginali, bladder training etc.) ha lo scopo nel preoperatorio di eliminare quelle dissinergie funzionali respiratorio-addomino-perineali che hanno contribuito alla realizzazione del difetto di statica ed alla disfunzione urinaria ed intestinale (Tab.7):

### **Il trattamento riabilitativo**

- Ripristina i sinergismi muscolari respiratorio-addomino-perineali
- Ristruttura lo schema corporeo
- Migliora la performance perineale
- Facilita il controllo sfinteriale uretrale ed anale
- Migliora la qualità di vita sessuale

L'esame obiettivo fisiatrico valuta quei meccanismi di compenso che la paziente ha realizzato.

Già la raccolta dell'anamnesi permette una valutazione della personalità, le capacità relazionali, le aspettative, la motivazione, il grado di disagio per la condizione,



le caratteristiche delle capacità cognitive ed emozionali. È quanto mai necessario che il dialogo costituisca la base di un rapporto medico-paziente ricco di empatia. Le domande saranno sempre poste in maniera da non suscitare reazioni spiacevoli, intervallate da pause che indichino attenzione a quanto emerge spontaneamente dal dialogo. Saranno date esplicite e chiare spiegazioni sulle funzioni del pavimento pelvico, dei meccanismi che incoscientemente vengono messi in atto in condizioni normali, sulla capacità del nostro sistema nervoso centrale di controllare gli stimoli che nascono dalle condizioni di rilassamento, di contrazione. Si farà notare come il tono del pavimento pelvico può inibire la minzione se non si è in condizioni ambientali favorevoli sottolineando come le condizioni di ansia e tutto quanto appartiene al mondo emozionale interferisce con le funzioni viscerali urinarie ed intestinali.

Se necessario con tavole anatomiche si potrà aiutare a comprendere i rapporti tra i visceri, la capacità che ha il pavimento pelvico di modulare la capacità di riempimento degli stessi, la possibilità di correggere abitudini comportamentali che superano le proprie capacità di compensazione. È questa la cosiddetta INFORMAZIONE, tappa iniziale di ogni metodica di riabilitazione ed in verità, di ogni intervento medico. Da questa dipende il buon andamento del trattamento riabilitativo successivo in quanto in questa fase si gettano le basi della fiducia e la successiva necessaria compliance della paziente.

Conoscere le condizioni anatomiche e funzionali prima di ogni intervento chirurgico è interesse della paziente e del medico. Il consenso informato implica la conoscenza di ciò che la chirurgia può ragionevolmente realizzare, prescindendo dalle complicazioni sempre possibili.

Il "successo" dell'intervento per il chirurgico ha una valenza completamente diversa rispetto alle aspettative della paziente. Questa ha aspettative funzionali, vuole migliorare la sua qualità di vita, e certamente non è in condizioni di apprezzare un buon profilo vaginale ricostruito se questo comunque le comporta disparesunia o tensione pelvica. L'INFORMAZIONE della necessità di un periodo di adattamento alla nuova condizione metterà sicuramente la paziente in condizioni di gestire al meglio il disagio, e ne aumenterà la compliance al trattamento riabilitativo successivo.

Per migliorare la COSCIENTIZZAZIONE, la capacità cioè che ha il soggetto di raffigurare nel proprio schema corporeo mentale parti del proprio corpo, la riabilitazione si serve di numerose metodiche. La Chinesiterapia, il massaggio ne costituiscono esempi. Il BIOFEEDBACK utilizza un SISTEMA ELETTROMEDICALE in grado di fornire informazioni riguardanti processi biologici non sufficientemente coscientizzati. Vengono utilizzati segnali sonori o luminosi di una funzione fisiologica non rilevata a livello di coscienza (retrocontrollo).

Gli elementi sono strumentali, relativi al paziente,relativi al terapeuta (Tab 8):

### **Elementi del biofeedback**

- Capacità di elaborazione cognitiva
- Motivazione
- Sistema di rilevamento modifiche presso rie e/o di potenziale elettrico
- Sistema di elaborazione-ampliamento dati
- Sistema di registrazione luminosa/acustica
- Sostegno

Gli strumenti sono costituiti da un sistema capace di registrare la differenza di potenziale (stimolo elettrico) legata alla contrazione muscolare (elettromiografia) o la variazione pressoria di un sistema a pompa che rifletta il grado di contrazione muscolare. La registrazione ed intensificazione del segnale vengono a loro volta elaborati dal sistema, amplificati e trasformati in stimolo acustico o visivo. Vedere su di uno schermo il risultato di una contrazione o di rilasciamento volontario effettuato, permette un retrocontrollo dell'azione espletata, e quindi facilita l'apprendimento dei sinergismi respiratorio addomino perineali messi in atto per migliorare i risultati. Un processo di estrema significatività nel miglioramento delle prestazioni è dato dal fenomeno del RECLUTAMENTO per cui fibre nervose eccitate,coinvolgono sempre più fibre fibre nervose adiacenti. Dai tessuti muscolari si libera il FATTORE TROFICO NEURONALE, sostanza che stimola i neurociti alla moltiplicazione delle connessioni interneuronali coinvolgendo più aree adiacenti a livello corticale. Di quì un miglioramento a pioggia anche su altre funzioni non direttamente collegate alle stimulate aree sensorio-motorie coinvolte con dinamico miglioramento delle capacità cognitive ed emozionali. Il retrocontrollo è rafforzato dal miglioramento e dalla gratificazione per i risultati ottenuti. Il terapeuta solleciterà in ogni fase le leve emozionali cui è maggiormente sensibile la paziente, rincuorandola nei momenti difficili e non facendole mai venir meno l'autostima.

Il Biofeedback in fase preoperatoria (Tab. 9) tende ad ottenere il sinergismo respiratorio addomino perineale. Tende al miglioramento della performance muscolare.

### **Obiettivi del biofeedback preoperatorio nella correzione dei difetti di statica**

- Ripristino dei sinergismi respiratorio-addomino-perineali
- Coscientizzazione delle afferenze pelviche
- Controllo della motilità perineale
- Miglioramento della prestazione muscolare
- Eliminazione degli antagonismi muscolari
- Automatizzazione riflessi di difesa

Associando la contrazione del pavimento pelvico ai colpi di tosse il biofeedback, permette che si restaurino i primordiali riflessi di difesa. Per Biofeedback Dinamico Rapido intendiamo il retrocontrollo che la paziente effettua, utilizzando un sistema elettromedicale, durante gli aumenti pressori rapidi (tosse) endoaddominali. La manovra di Valsala ad intensità crescente. Associandolo alla manovra di Valsalva si invita al rilassamento del pavimento pelvico (Biofeedback Dinamico Graduale) (Tab. 10-11).

---

**Biofeedback dinamico rapido**

- Difetto di statica associato a I.U.S.
- Difetto di statica associato ad incontinenza anale
- Difetto di statica associato ad incontinenza urinaria di tipo misto

---

Tab. 10

---

**Biofeedback dinamico graduale**

- Difetto di statica associato a stipsi
- Difetto di statica associato a rettocele
- Difetto di statica associato a patologia proctologica
- Difetto di statica associato a mancato rilassamento del pubo coccigeo durante la defecazione

---

Tab. 11

Nei casi di outlet obstruction, nei casi cioè di stipsi da mancato rilassamento dei muscoli del pavimento pelvico durante la defecazione, la tecnica è di primaria importanza. Non sarà certamente una mucosectomia comunque realizzata che eliminerà il problema.

Il trattamento nel post-operatorio è di fondamentale importanza (Tab. 12).

---

**Biofeedback post-operatorio**

- Facilita la coscientizzazione dei nuovi rapporti anatomici
  - Ripristina una ottimale performance perineale
  - Migliora i sinergismi muscolari
  - Interagisce sul trofismo tessutale facilitando l'assemblaggio delle mesh sintetiche
  - Corresponsabilizza al buon esito dell' intervento chirurgico inducendo un atteggiamento partecipativo al processo di guarigione
-

Il trattamento riabilitativo mediante biofeedback permetterà di migliorare la coscienza della nuova condizione che si è venuta a creare con l'intervento chirurgico. Agevolerà il miglioramento della capacità tonico-fasica e la endurance dei fasci muscolari spesso inibiti dal riflesso antalgico coesistente alla cicatrizzazione delle ferite. Necessaria sarà pertanto una attenta scelta dei fili di sutura. Sarà spesso necessaria in questa prima fase del post-operatorio utilizzare la elettroterapia antalgica con correnti interferenziali che hanno la capacità di agire in maggiore profondità rispetto ai tessuti. Ricordiamo che i tipi di corrente utilizzati in elettroterapia sono suddivise in correnti unidirezionali e bidirezionali. Le correnti unidirezionali possono essere continue o variabili e possono essere a treni di impulsi o ad impulsi isolati. Ogni impulso è caratterizzato da intensità, durata e forma. La forma può essere a sua volta a fronte ripido o omofaradico o a fronte lungo (superiore a 10-12-msec.) detto impulso galvanico rettangolare.

Le correnti bidirezionali non determinano flusso di elettroni, ma la loro oscillazione, senza quindi effetti elettropolari (ustioni). Le correnti bidirezionali possono essere simmetriche ed asimmetriche. Gli effetti biologici dipendono dal tipo di corrente utilizzata, dall'intensità di corrente, dalla durata dell'applicazione, dall'impedenza tissutale. Nelle donne giovani l'impedenza è di 460 ohm, nelle donne in menopausa è di 305 ohm.

La stimolazione è di origine nervosa e la stimolazione muscolare viene ottenuta usando stimolatori bidirezionali a bassa frequenza per durata dai 10 ai 20 minuti a seconda delle indicazioni. La stimolazione Elettrica Funzionale inizia con Bors nel 1952 che presentava i suoi risultati sulla stimolazione del nervo pudendo interno a livello del collo vescicale. Nel 1963 Caldwell introdusse la Stimolazione Elettrica Funzionale nel trattamento della IUS. Nel 1976 Suhel realizzò un ministimolatore per il trattamento delle insufficienze sfinteriche. Bourcier, Minaire, Pignè, la scuola norvegese, la scuola di Lubiana e quella inglese propugnarono l'utilizzo di questo trattamento nei deficit funzionali muscolo-sfinterici del pavimento pelvico. Attualmente vengono offerti dalle ditte di elettromedicali attrezzature idonee alla Elettrostimolazione ed al Biofeedback, con programmi predeterminati a seconda delle diverse disfunzioni da trattare. In particolare, utilizzata come AMFES (Acute Maximal Functional Electrical Stimulation) con correnti bifasiche di 5-20 Hertz di frequenza, di 40-160 M.ampere per 0,5-1 msec per 15-20 minuti a seduta, la metodica è indicata nella Urge Incontinence. È ovvia la sua utilizzazione nella fase di coscienza di ogni trattamento riabilitativo. La contrazione del pavimento pelvico indotta dalla SEF, informa il soggetto dei muscoli da attivare nei casi in cui vi è scarsa consapevolezza. Nei casi di urge incontinence il suo uso integra il trattamento farmacologico con gli antimuscarinici e non contrasta l'eventuale effetto eutrofizzante degli estrogeni. L'utilizzo in fase preo-

peratoria (Tab. 13) e post operatoria (Tab. 14) annulla le possibilità di urgenza de novo che spesso insorge dopo l'applicazione di una chirurgia protesica. Si perfeziona così il trattamento dei casi di difetti di statica associati ad incontinenza urinaria di tipo misto. La Stimolazione Elettrica Funzionale intesa come CLIS (Chronic Low-Intensity Stimulation) utilizza correnti bifasiche di 50 Hertz 30-80 M.ampere per 0,2-1 msec e tende a migliorare la forza contrattile e la resistenza alla fatica.

#### **Elettrostimolazione preoperatoria**

- L'AMFES permette la coscientizzazione del pavimento pelvico
- Integra il trattamento farmacologico della sindrome urgenza-frequenza inibendo il detrusore
- Recluta un maggior numero di unità motorie
- Modula le afferenze algiche e tensorie

Tab. 13

#### **Elettrostimolazione post-operatoria**

- Riduce le afferenze algiche
- Modula le afferenze propriocettive
- Stimola, mediante il fattore trofico, le interazioni neuronali
- Inibisce il detrusore
- Favorisce la ripresa funzionale

Tab. 14

Nel corso del VI Congresso nazionale del SIGITE tenutosi a Napoli nell'ottobre 2002, ribadendo quanto già evidenziato nella letteratura più significativa dei maestri che hanno introdotto in Italia la Riabilitazione (Di Benedetto, Spreafico, Basaglia etc) proponevano il trattamento Chirurgico-Riabilitativo Integrato. Siamo convinti che l'uso dei diversi trattamenti per la soluzione delle problematiche da risolvere, non sono da intendersi contrapposti ma complementari per una corretta terapia.

Allo stato attuale il trattamento integrato è certamente il più completo e razionale. Sembra profilarsi all'orizzonte l'uso di tessuti biologici sintetici.

La ricerca sull'utilizzo in vari campi delle cellule staminali, potrà forse sopperire alla perdita irreversibile delle fibre a rapida contrazione che caratterizza la menopausa. Alle attuali mesh sintetiche saranno sostituiti tessuti fasciali prodotti dalle cellule staminali dello stesso paziente. Quando tutto ciò sarà realtà, anche allora, siamo sicuri, il trattamento Riabilitativo resterà parte integrante della terapia.

# Norme per gli autori

I dattiloscritti vanno inviati al Comitato Editoriale AOGOI - presso la Segreteria nazionale, Via Giuseppe Abamonti, 1 20129 Milano - all'attenzione della Direzione scientifica. Non si risponde della reperibilità di materiale inviato o consegnato ad altri indirizzi. L'accettazione dei lavori è subordinata al parere dei referees appositamente incaricati. La lettera di accompagnamento deve indicare un autore come corrispondente, recapito telefonico e postale.

## Si prega di allegare:

1. titolo del lavoro (in italiano e in inglese)
2. nomi e cognomi degli autori per esteso
3. enti o istituti di appartenenza
4. riassunto in italiano
5. parole chiave in italiano
6. summary in inglese
7. key words in inglese
8. bibliografia completa in tutte le voci (vedi sotto)
9. se ci sono tabelle devono essere complete di titolo, eventuale legenda e riferimento nel testo
10. se ci sono illustrazioni devono essere complete di didascalia, eventuale legenda e riferimento nel testo.

La chiarezza e la completezza nella presentazione dei testi, tabelle e figure contribuisce ad accelerare i tempi di pubblicazione. L'autore è responsabile di tutto il contenuto del testo pubblicato.

Si dà per scontato che i testi proposti non siano già stati pubblicati, né simultaneamente inviati ad altri editori.

Testi. Il testo deve essere redatto in italiano e non deve superare il massimo di 15/18 cartelle dattiloscritte.

La cartella (60 battute per 30 righe ciascuna) devono essere scritte su una sola facciata a doppia interlinea, con adeguato margine ai lati per annotazioni redazionali, e senza correzioni a mano.

Le unità di misura devono essere riferite secondo il sistema internazionale.

**Informatizzazione.** I lavori devono essere inviati su supporto informatico accompagnati comunque dalla stampa su carta per la prima verifica.

Non saranno accettati lavori privi di supporto informatizzato.

**Titoli.** Si raccomanda che i titoli siano brevi e specifici; la redazione si riserva il diritto di apportare eventuali modifiche che si rendessero necessarie previa comunicazione all'autore.

**Riassunti.** Ogni lavoro deve essere accompagnato da un riassunto in italiano di lunghezza compresa tra le 10 e le 15 righe dattiloscritte.

**Bibliografia.** La bibliografia deve essere numerata consecutivamente nel testo.

Alla fine del lavoro le citazioni verranno elencate nell'ordine numerico in cui sono state citate e quindi non in ordine alfabetico.

Per ogni citazione di articoli si indicheranno nell'ordine: cognome e iniziale del nome di tutti gli autori, titolo dell'articolo, nome della pubblicazione abbreviata secondo l'Index Medicus, anno di pubblicazione, numero del volume, numero della prima e dell'ultima pagina dell'articolo.

Per ogni citazione di libri, cognomi e iniziali di tutti gli autori, titolo del libro, numero di pagina nel caso di specifico riferimento, edizione oltre alla prima, cognomi e iniziali dei curatori dell'opera, casa editrice, città e anno di pubblicazione.

**Illustrazioni e tabelle.** Le illustrazioni possono essere inviate come foto in bianco e nero o a colori su carta lucida, come diapositive in b/n o a colori, o come disegni originali in inchiostro di china nel formato massimo 18x24 cm.

Sul retro in alto a matita vanno indicati il nome dell'autore e il numero dell'illustrazione (qualora siano più di una). Ogni tabella deve avere un titolo ed essere chiaramente autoesplicativa (se vengono riportate delle sigle deve esserci una legenda esauriente). Il numero delle illustrazioni e delle tabelle deve essere finalizzato alla comprensione del testo; in ogni caso la redazione si riserva il diritto di modificare o eliminare le figure che non soddisfino questa esigenza.

**Bozze.** Solo su specifica richiesta contemporanea all'invio del materiale o per decisione insindacabile della direzione scientifica, le bozze verranno inviate all'autore indicato come corrispondente e dovranno essere restituite entro 10 giorni dal ricevimento. Sono accettate solo correzioni di carattere tipografico.

**Uniformità.** La redazione si riserva il diritto di apportare al testo modifiche di uniformità redazionale.

**Importante.** I lavori inviati, una volta accettati per la pubblicazione, non verranno restituiti agli autori.

I lavori che non rispettano le norme qui indicate saranno rinviati agli autori.

Finito di stampare nel mese di dicembre 2004