

# COLLEGIO DELLE OSTETRICHE DELLA PROVINCIA REGGIO CALABRIA

ENTE DI DIRITTO PUBBLICO (D.L.C.P.S.13/9/1946 N.233

(ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI 4.8.1965 N°103 E 31.1.1983 N°25

VIA S ANNA II TRONCO SPIRITO SANTO -89128 R.C. Tel. Fax 0965 899701



**Prot.N°187/2017**

**OGGETTO :REPORT INDAGINE PERCORSO NASCITA**

**Introduzione:** Le disposizioni normative recenti riguardo la riorganizzazione delle attività assistenziali del percorso nascita, anche alla luce delle recenti linee guida sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo, impongono una riflessione approfondita sull'attuale situazione del percorso nascita, caratterizzata da livelli di inappropriatazza quanto mai ingiustificata in un contesto di prevalente dinamica fisiologica.

La persistenza di tale andamento, nonostante le raccomandazioni dell'OMS e le indicazioni programmatiche del Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI), indica la necessità di un aggiornamento professionale e di una riorganizzazione dei servizi dei vari livelli, per aumentare l'efficienza operativa e ridurre sprechi oggi quanto mai inaccettabili non solo per la limitazioni delle risorse disponibili, quanto soprattutto per i danni di salute che comportano, con effetti negativi a breve, medio e lungo termine. Il percorso nascita è l'ambito in cui occorre introdurre cambiamenti importanti per contrastare l'eccesso di medicalizzazione che non solo non garantisce più efficacia, più sicurezza e più soddisfazione (vedi le recenti indagini dell'ISS sulla mortalità materna e i risultati del programma nazionale coordinato dall'ISS riportati nel Rapporto ISTISAN 12/39). La Conferenza Stato Regioni ha indicato la priorità della riqualificazione del percorso nascita e a livello nazionale, regionale e di ASL/ASP sono stati costituiti Comitati sul percorso nascita tenendo conto del POMI, delle linee guida della gravidanza fisiologica, delle linee guida sul taglio cesareo e delle revisioni sistematiche della letteratura scientifica alla base delle raccomandazioni dell'OMS e del NICE.

Dalle indagini Nazionali dell'ISS condotte negli ultimi anni (vedi rapporti ISTISAN11/12), si sono evidenziate nel dettaglio: i livelli di inappropriatazza e i danni

prodotti, ma anche i positivi effetti sulla salute, determinati dall'applicazione di quanto raccomandato, e le carenze organizzative caratterizzate da scarsa integrazione tra servizi territoriali (in primis i consultori) e quelli ospedalieri. A queste ultime indagini però mancavano i dati della provincia di Reggio Calabria.

Pertanto le ostetriche del collegio di codesta provincia, hanno deciso di realizzare una indagine conoscitiva dello stato dell'arte riguardo il percorso nascita secondo il modello adottato nel programma nazionale, adattato alla situazione locale dal dr. Grandolfo, già dirigente di ricerca dell'ISS ed ex responsabile scientifico del programma stesso. Per ogni Centro nascita della ASP sono state considerate eleggibili tutte le donne che hanno partorito nell'arco di 45 giorni che non avessero seri problemi di salute o non comprendessero l'italiano. Le intervistatrici, giovani ostetriche o studentesse del corso di laurea in ostetricia, sono state addestrate alla somministrazione dei questionari vis a vis e alle interviste telefoniche a tre e sei mesi dal parto.

Le disposizioni normative recenti riguardo la riorganizzazione delle attività assistenziali del percorso nascita, anche alla luce delle recenti linee guida sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo, impongono una riflessione approfondita sull'attuale situazione del percorso nascita, caratterizzata da livelli di inappropriata quanto mai ingiustificata in un contesto di prevalente dinamica fisiologica.

**Obiettivo:** Gli obiettivi dello studio sono stati, da una parte, valutare l'assistenza al percorso nascita, promuovere le pratiche assistenziali raccomandate e ridurre l'esposizione delle donne a pratiche assistenziali inappropriate, e dall'altra valutare l'efficacia delle attività implementate in termini di indicatori di processo, di risultato e di esito.

**Materiali e metodi:** Premettendo che secondo il Censimento 2011 la Provincia di Reggio Calabria ha una popolazione di 550.967

Il progetto è stato proposto ai cinque punti nascita presenti nella provincia di Reggio Calabria che tutti hanno aderito allo studio.

Il protocollo dell'indagine prevedeva l'arruolamento di tutte le donne partorienti in un arco temporale stabilito dal 18/05/2015 al 03/07/2015. Le donne sono state intervistate in ospedale, dopo 24 h ore dal parto da un gruppo di ostetriche che hanno aderito al progetto, e successivamente per via telefonica dopo 3 e 6 mesi dal parto.

Alla fine di ciascuna intervista alle donne è stato chiesto quindi il consenso ad essere ricontattate per l'intervista successiva. Lo strumento utilizzato per condurre questa indagine è stato un questionario strutturato in 4 sezioni: la gravidanza, il parto, il post-parto e le caratteristiche socio-demografiche delle donne.

In totale sono state arruolate 606 donne così suddivise:

<b>Punto Nascita</b>	<b>Donne arruolate</b>	<b>Parti totale anno 2015</b>
<b>Ospedale di Polistena</b>	94	678
<b>Ospedale Civili di Locri</b>	84	708

<b>Azienda Ospedaliera "B.M.M" di RC</b>	242	1957
<b>Casa di Cura Villa Aurora</b>	91	693
<b>Casa di Cura Villa Elisa</b>	95	678

Nelle interviste di follow-up sono stati affrontati temi quali: assistenza in gravidanza travaglio e parto, l'assistenza post-ospedaliera e problemi insorti dopo il parto, il tipo di allattamento e il sostegno ricevuto, le abitudini al fumo, la contraccezione, le informazioni ricevute e, infine, una serie di domande volte a dare un'indicazione sullo stato generale di insoddisfazione psico-fisica della donna.

### **Risultati:**

Ha accettato l'intervista il 91% (513/566) delle elegibili, con range di accettazione 85-100.0%. AL terzo mese ha accettato l'intervista telefonica il 78%(440/566) e al sesto il 66% (371/566).

Le intervistate si distribuiscono nelle tre classi di età <30, 30-34 e >34, in tutti i centri nascita circa un quarto nella classe di età superiore e il resto equamente nelle prime due, con l'eccezione di Villa Aurora dove un quinto sta nella classe di età inferiore e il resto è ripartito in parti uguali in quelle superiori. Il 74% ha titolo di studio maggiore o uguale alla media superiore e il 23% con laurea, risultano più istruite chi ha partorito al RTiuniti e a Villa Aurora. Prima della gravidanza risultavano occupate il 57%. L'1% risultava non coniugata (91%) o non convivente (8%). Avevano già figli il 53%. il 9% era di cittadinanza straniera.

### **Gravidanza.**

L'assistenza in gravidanza è stata assicurata dal ginecologo (non consultoriale) per il 94.%. Un terzo delle straniere è stata seguita dal consultorio familiare.

Il 90% ha effettuato la prima visita entro la decima settimana gestazionale. Solo il 9% ha effettuato la prima visita dopo 12 settimane di gestazione (il 29% delle straniere). Hanno effettuato più di 4 ecografie l'89% delle intervistate, il 50% 7 o più, un pò di meno se assistite dal consultorio. Ai corsi di accompagnamento alla nascita ha partecipato il 24% delle intervistate (il 43% delle primipare, il 38% con livello di istruzione media superiore o meno e il 56% delle laureate). Il 4% ha partecipato presso un centro nascita, il 47% presso consultori familiari e il 49% presso privati. Il giudizio di adeguatezza è simile.

Il 13% ha assunto acido folico in periodo periconcezionale, le primipare il 16% e le pluripare il 13%.

Fumava prima della gravidanza il 16%, le pluripare con esperienza di allattamento dell'ultimo figlio per almeno 3 mesi il 13%. In gravidanza ha smesso il 68% delle fumatrici. Complessivamente fumava durante la gravidanza il 6% delle intervistate.

Nell'83% la gravidanza ha avuto un decorso fisiologico e il 10% ha avuto problemi con necessità di ricovero ospedaliero o costrizione a letto per almeno una settimana.

### **Parto.**

Il 6% ha partorito pretermine (<37 settimane). Il 54% ha partorito per via vaginale e il 40% con taglio cesareo con range 27% di Locri e 55% di Cinquefrondi.

L'induzione in travaglio è stata praticata nel 35%, il 21% entro la 40esima settimana gestazionale.

La posizione libera al parto è stata possibile solo nell'11% dei casi. In caso di epidurale in travaglio nell'82% l'esito è stato il parto vaginale non operativo, nel 4% operativo e nel 14% in cesareo (le percentuali corrispondenti di esiti senza epidurale in travaglio sono rispettivamente: 84%, 2% e 14%).

La manovra di kristeller è stata subito dal 41% delle donne che hanno travagliato con range 19% e 55%, nel 20% registrata in cartella clinica.

In caso di epidurale la manovra è stata praticata nel 52% dei casi ,

ha subito l'episiotomia il 46% delle donne che hanno partorito vaginalmente con range 37% e 53% (il 70% delle primipare, range 39% - 82%).

Lacerazioni superiori al secondo grado si sono verificate nel 4% dei casi.

Complessivamente hanno subito trauma perineale (escludendo le lacerazioni di I e II tipo) il 44%, molto meno se si è partorito con posizione libera (27% vs 45%).

Il 32% ha dichiarato che è andata peggio dell'aspettato. L'aver partorito con cesareo, l'aver subito un trauma perineale o aver partorito con epidurale è associato a una peggiore esperienza rispetto all'atteso (rispettivamente 36% vs 29%, 36% vs 24%, 47% vs 31%) .

Tra le pluripare ha partorito con taglio cesareo l'11% di quelle che nella precedente gravidanza aveva partorito per via vaginale, mentre il vaginale dopo cesareo è stato possibile solo nel 3% .

La degenza maggiore o uguale a 4 giorni ha riguardato il 6% delle donne che hanno partorito vaginalmente e il 36% di chi ha partorito con cesareo.

Al parto ha potuto avere una persona vicina il 78% (range 38% – 96%) e l'82% lo ha giudicato di grande aiuto.

Le ostetriche hanno ricevuto maggior gradimento rispetto alle altre figure professionali presenti sulla scena del parto.

La percezione di dolore terribile/atroce a 24 ore dal parto è stata riportata dal 35% di chi ha partorito vaginamente senza traumi perineali, dal 28% in caso di traumi perineali, dal 32% in caso di epidurale, da nessuna (0 su 6) in caso di parto operativo, dal 23% in caso di cesareo d'urgenza e dal 19% se elettivo.

Il giudizio di ottimo è stato dato dal 45% di chi ha partorito vaginamente senza traumi perineali, dal 32% con traumi, dal 48% con epidurale, da 4 su sei se operativo e dal 24% in caso di cesareo d'urgenza e dal 54% se elettivo.

Il contatto pelle pelle c'è stato nel 62% dei casi, di più in caso di parto vaginale, di meno in caso di cesareo. Anche l'attacco al seno entro la mezz'ora ha riguardato il 41% dei casi, di più in caso di parto vaginale, di meno in caso di cesareo.

L'intenzione ad allattare al seno è stata dichiarata dall'88% delle intervistate, indipendentemente dall'abitudine al fumo. Il rooming in ha riguardato oltre il 77% delle partorienti.

Alla dimissione allattava al seno in modo esclusivo solo il 54%.

L'81% ha dichiarato di gradire una visita domiciliare dopo il parto.

Molto scarsa è risultata l'informazione ricevuta in gravidanza e al parto sulle cure del bambino (28% e 38%, rispettivamente), sulla ripresa dei rapporti sessuali (5%) e sui metodi per la procreazione consapevole. L'87% ritiene che la nascita arricchirà il rapporto di coppia.

L'85% conosce il consultorio familiare e il 25% lo ha utilizzato-

L'attacco al seno entro la mezz'ora, il contatto pelle pelle e l'aver allattato al seno per almeno tre mesi nel puerperio precedente sono tutti fattori associati all'allattamento esclusivo.

L'attacco al seno entro la mezz'ora è determinato in modo significativo

### **A tre mesi.**

Nei rarissimi casi in cui viene offerta, la visita in puerperio viene accettata (7/9).

A tre mesi circa due terzi riferisce problemi nell'allattamento, l'80% alla ferita, il 66% nella gestione della casa e nelle relazioni familiari (85%).

Allatta in modo esclusivo il 47% e il 5% usa solo il latte artificiale. La partecipazione ai gruppi di sostegno all'allattamento è quasi assente.

Il 96% ha iscritto al pediatra entro 15giorni e il 97% ha avuto la prima visita dal pediatra entro il mese.

A tre mesi ha ripreso i rapporti sessuali 17% delle intervistate. Solo il 6% ha ricevuto informazione sulla contraccezione (di più le più istruite), che quando c'è stata ha influito notevolmente. L'83% si deve informare. Il metodo più frequentemente usato è quello di barriera.

Il partner aiuta in modo significativo nelle cure del bambino solo nel 30% dei casi e nella prima settimana dopo il parto sempre il partner e i genitori hanno dato un aiuto importante in casa. In generale il supporto del marito è stato definito significativo dal 53% delle intervistate.

Il 93% delle intervistate dichiara di poter riposare meno di quanto ritenuto necessario e, costruendo un punteggio di disagio (se la vita è cambiata in peggio, se si sente meno serena, se più stanca, se con meno tempo per sé, se percepisce meno attenzione nei suoi confronti, se meno compresa, se con minore aiuto), il 61% segnala più di due condizioni di disagio e il 3% più di tre.

Tra quelle che lo facevano prima della gravidanza il 19% ha ripreso a fumare, ma solo l'11% se aveva smesso durante la gravidanza.

## **A 6 mesi**

Nessuna allatta in modo completo, il 36% con la supplementazione di latte artificiale. L'allattamento al seno è associato, anche se in modo non significativo, all'aver potuto attaccare al seno entro la mezz'ora e con contatto pelle-pelle e con l'aver frequentato gli incontri di accompagnamento alla nascita.

**Conclusioni:** I risultati dell'indagine confermano il quadro già conosciuto di medicalizzazione spinta del percorso nascita: troppe procedure non appropriate fatte e troppe procedure raccomandate non fatte. Sono evidenti i guasti delle prime e i benefici delle seconde quando applicate. Di particolare rilievo è la catena viziosa degli eventi: si parte con un intervento non appropriato che interferisce con il processo e si è costretti a operare con altri interventi normalmente non raccomandati. Il che non deve meravigliare se si tiene conto delle dinamiche ormonali che entrano in gioco e come interventi o fattori stressori interferiscano l'evoluzione. Procedure, necessarie nei pochi casi di emergenza ostetrica, applicate nella generalità dei casi producono danni. Ed è opportuno sottolineare che se la fisiologia è espressione di competenza, le interferenze paradossalmente inducono in chi le subisce il senso di incompetenza, anche per la persona che nasce, ma è proprio il senso di competenza necessario per affrontare l'avventura della nuova situazione.

C'è ancora strada da fare con il potenziamento dei consultori familiari e della figura dell'ostetrica, fondamentale figura vitale, nel gioco di squadra, in tutto il percorso nascita, anche al fine di migliorare e aumentare l'offerta degli incontri di accompagnamento alla nascita e le visite domiciliari in puerperio. Sarebbe

auspicabile favorire la trasformazione di centri nascita piccoli destinati alla chiusura in case di maternità a conduzione autonoma da parte di ostetriche con un buon rapporto di continuità a valle con i centri nascita per l'emergenza ostetrica e a monte e a valle con i consultori familiari che dovrebbero essere i pilastri dell'assistenza in gravidanza e in puerperio. Come sarebbe altamente auspicabile sperimentare nei centri nascita reparti a gestione autonoma da parte delle ostetriche dei travagli, parti e puerperi fisiologici: le prove scientifiche consolidate a livello internazionale e incorporate nelle linee guida più accreditate garantiscono maggiore soddisfazione delle donne, migliori esiti di salute e notevole riduzione di sprechi di risorse per pratiche inappropriate. Un percorso normativo per favorire l'evoluzione verso la demedicalizzazione potrebbe vedere come prima tappa il ricettario ostetrico e il rimborso del parto a casa. La sperimentazione delle cosiddette "free standing unit" (case di maternità a conduzione autonoma da parte delle ostetriche) potrebbe essere una tappa intermedia importante. In tale percorso è necessario l'aggiornamento professionale nella assistenza della gravidanza fisiologica e nel puerperio e sull'emergenza ostetrica.

Perché è opportuno muoversi in tale direzione? Perché oggi il tema dell'appropriatezza è la sfida centrale per la valorizzazione delle professionalità; perché il contenimento delle risorse lo impone; perché nel percorso nascita si può promuovere competenza e consapevolezza nella capacità di controllo sulla propria salute e quella della comunità con l'effetto di mantenere la condizione di benessere e ridurre i rischi di malattia aumentando la capacità di interagire validamente con le professionalità e i servizi verso le misure e gli interventi appropriati. Il tutto in un contesto di evoluzione della società: le donne sono sempre più istruite (anche di più dei loro partner) e hanno maggiore capacità di accesso, con senso critico, visto l'alto livello di istruzione, ai nuovi strumenti della conoscenza, a partire da Internet. Il modello storico, con innegabili meriti, del paternalismo direttivo deve lasciare il posto al modello della partecipazione e dell'empowerment ben rappresentato dal POMI. Le donne sono oggi più esigenti!



La Presidente

Dott.ssa Ost. Paola Infortuna

**Email:** [info@ostetriche.rc.it](mailto:info@ostetriche.rc.it) **PEC** [ostetriche.reggiocalabria@legalmail.it](mailto:ostetriche.reggiocalabria@legalmail.it)  
**SITO WEB** [ostetriche.rc](http://ostetriche.rc)