

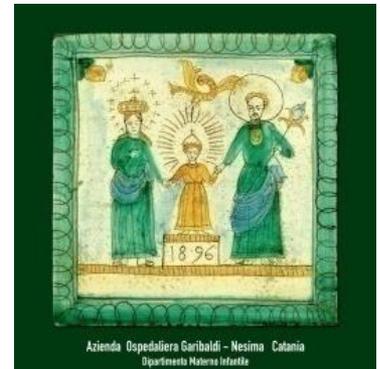
Prendersi cura
della Salute
nel Materno-Infantile:
quesiti, questioni
e procedure
nella pratica integrata

Cambiamenti Sociali e Lavoro integrato in Ostetricia



Dipartimento Materno Infantile
S.C. di Ginecologia ed Ostetricia
Direttore: Prof. Giuseppe Ettore
ginecologia.nesima@gmail.com

Palermo, 1 Dicembre 2017





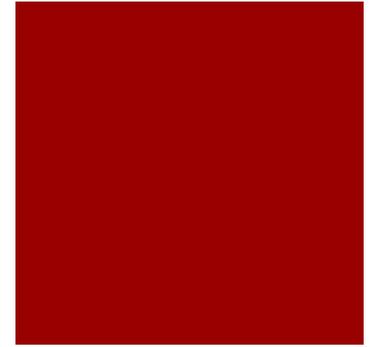
- ... è un processo fisiologico e biologico per la modalità con cui nascono i bambini
- ... è un processo culturale per l'impatto che la tecnologia, la scienza e le politiche hanno sul processo



Come i **Cambiamenti Sociali** impattano sull'esperienza complessiva della nascita?

IL PARTO IN ITALIA

- Negli ultimi decenni nel nostro paese la dinamica demografica, le variazioni socio economiche e i livelli di assistenza alla madre e al bambino hanno determinato **significativi cambiamenti e indotto la necessità di nuovi ed omogenei modelli organizzativi.**





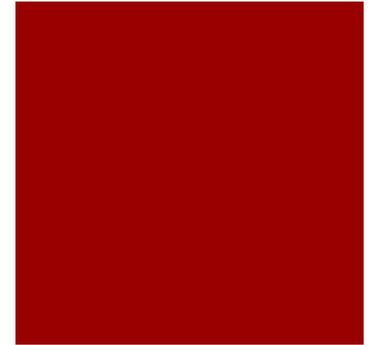
IL CONTESTO NAZIONALE

- a) Eccesso di Medicalizzazione
- b) Variabilità territoriale
- c) Cambiamenti dello stato di salute delle donne
- d) Cambiamenti socio-demografici delle donne

- 
- In Italia l'**eccesso di medicalizzazione** dell'assistenza in gravidanza e al parto, di cui l'elevata proporzione di ecografie ostetriche e di tagli cesarei rappresenta la manifestazione più evidente, compromette l'**appropriatezza clinica**, **causa un aumento ingiustificato dei costi** e promuove un effetto di dipendenza e di perdita di controllo nei processi decisionali da parte delle donne.

IL PARTO IN ITALIA

- I dieci punti dell'Accordo Stato/Regioni hanno individuato azioni prioritarie per **facilitare il cambiamento** reale dei modelli assistenziali e dei comportamenti attraverso standard organizzativi, strutturali e tecnologici.
- La non completa e non omogenea applicazione di quanto previsto dai due documenti sul territorio nazionale ha indotto **un'elevata ed inaccettabile disuguaglianza nella qualità e sicurezza** dell'assistenza alla donna e al neonato nelle varie Regioni.
- Nonostante l'evento nascita sia un evento fisiologico, il volume degli interventi sanitari contiene al suo interno un **eccesso di medicalizzazione ed una significativa quota di inappropriatezza**. E', infatti, in costante incremento il numero di controlli ostetrici ed ecografici durante una gravidanza fisiologica, sovrapponibili a quelli di una gravidanza patologica.
- Anche nell'assistenza al parto a basso rischio, le pratiche di medicalizzazione fanno rilevare un **eccesso di ricorso a rottura artificiale delle membrane, episiotomia e somministrazione di ossitocina**.



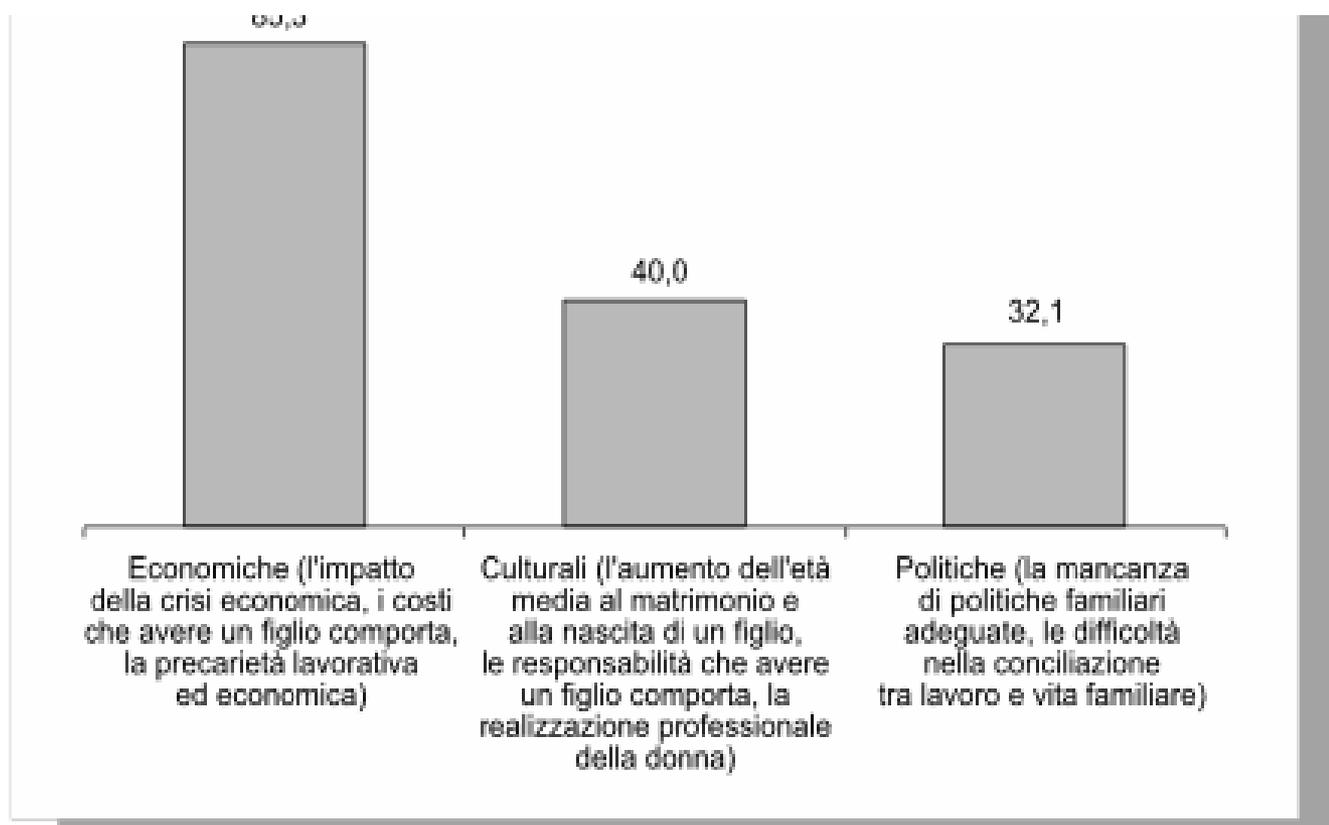
L'Italia non è un Paese per genitori ?



- Che in Italia si facciano pochi figli e sempre più avanti negli anni è una consapevolezza ormai diffusa nell'immaginario collettivo.
- Secondo una indagine del Censis, l'**87,7%** degli italiani pensa che il nostro Paese sia afflitto dalla scarsa natalità.
- Per l'**83,3%** la crisi economica ha avuto un impatto sulla propensione alla natalità rendendo più difficile la scelta di avere figli anche per chi li vorrebbe.
- Il **60,7%** è tuttavia convinto che, se migliorassero gli interventi pubblici su vari fronti (sussidi, asili nido, sgravi fiscali, orari di lavoro più flessibili, permessi per le esigenze dei figli), la scelta di avere un figlio sarebbe più facile.
- Pesa anche la presa di coscienza tardiva circa la presenza di eventuali problemi di infertilità, che allunga inevitabilmente i tempi di accesso alle cure e quindi la loro efficacia.
- Le coppie che si sottopongono alle tecniche di Pma (procreazione medicalmente assistita) sperimentano un percorso articolato, con modalità di accesso e opportunità molto differenziate tra le diverse regioni.
- Il **76%** delle coppie in trattamento pensa che chi ha problemi di questo genere in Italia sia svantaggiato rispetto a chi vive in altri Paesi europei, il **79,5%** pensa che non in tutte le regioni sia assicurato lo stesso livello di qualità nei trattamenti, così come la gratuità dell'accesso alle cure (**74,3%**).



Cause della scarsa propensione ad avere figli in Italia

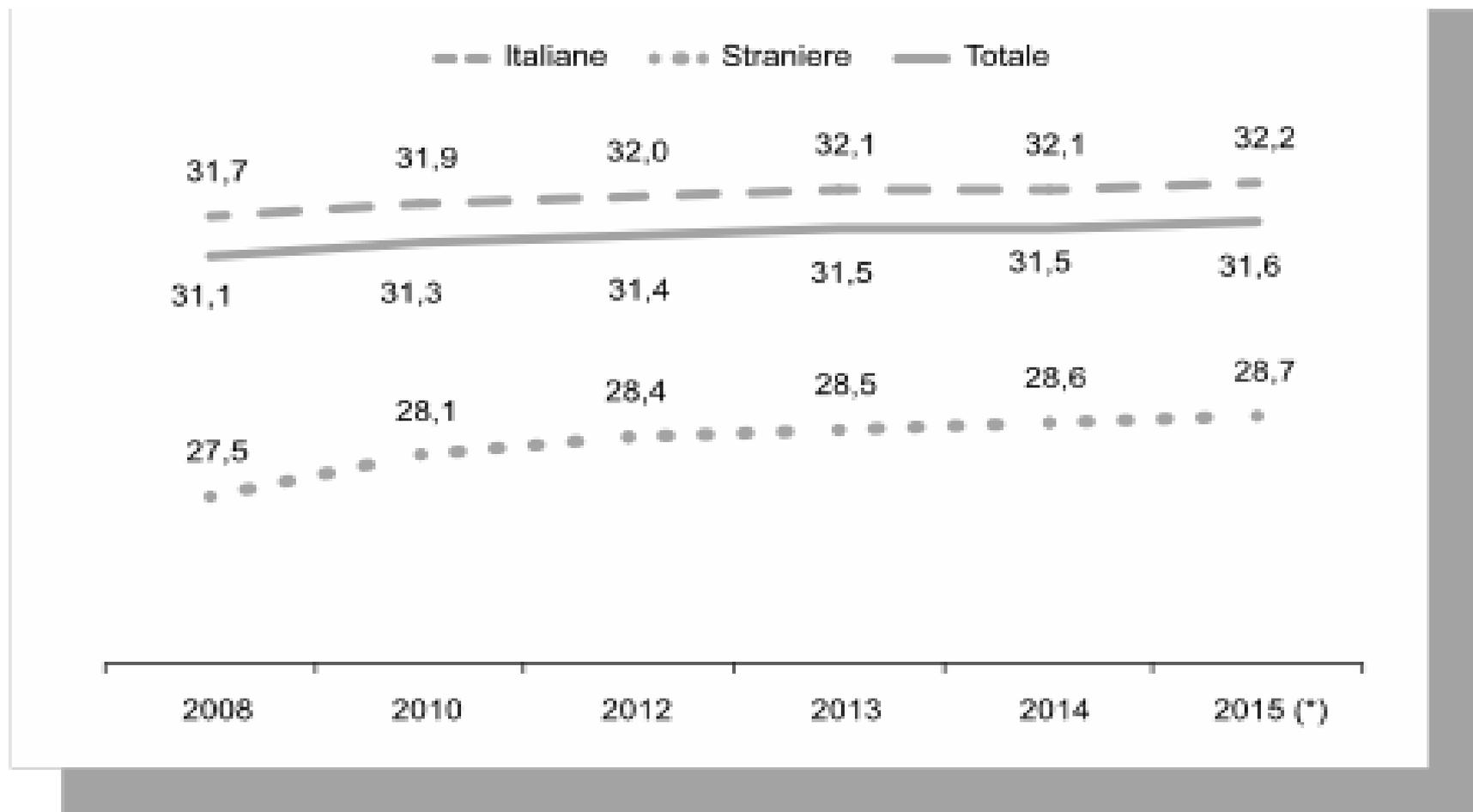


Contesto nazionale

- L'Italia ha un tasso di natalità tra i più bassi d' EUROPA: 9,0 per 1000 abitanti
- Nel 2013 il tasso è sceso a 8,5 per 1000 abitanti
- Nel 2014 prosegue la diminuzione della fecondità: il numero medio di figli per donna scende a 1,37 (rispetto a 1,46 del 2010).



Età media della donna al parto per cittadinanza, 2008-2015



Analisi del contesto

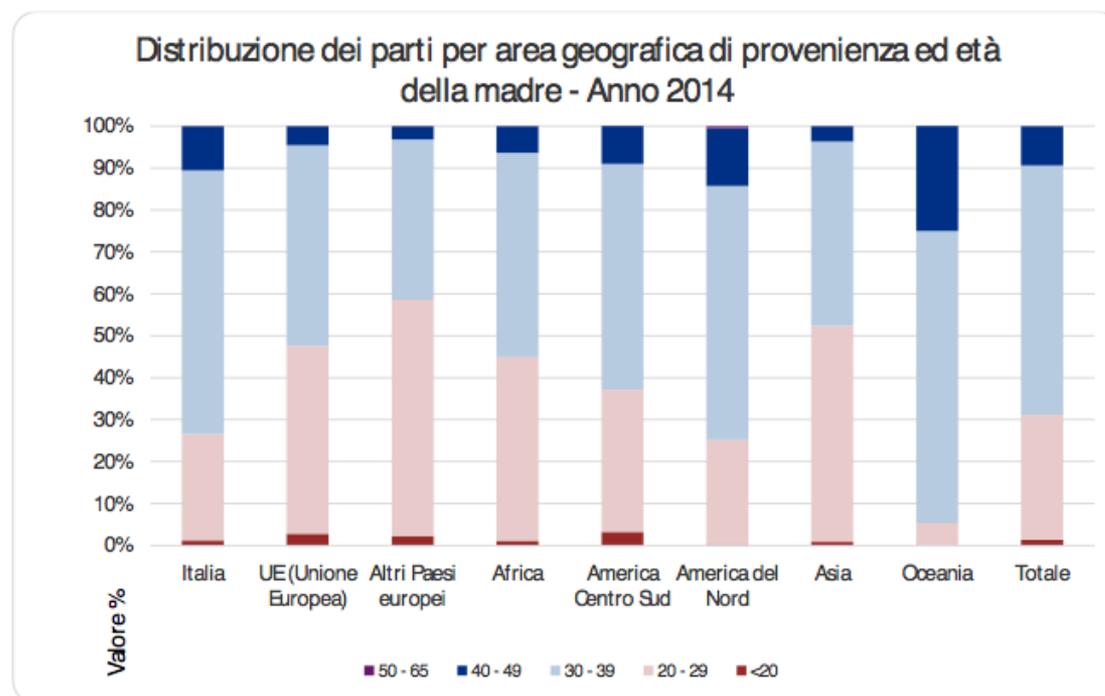
Certificato di assistenza
al parto (CeDAP)

Analisi dell'evento
nascita - Anno 2014



- L'età delle donne italiane nel 63% dei parti è nella classe tra 30-39 anni
- Per le altre aree geografiche la classe di età delle madri è compresa tra 20 e 29 anni

Grafico 6 - Distribuzione dei parti per area geografica di provenienza ed età della madre



Analisi del contesto

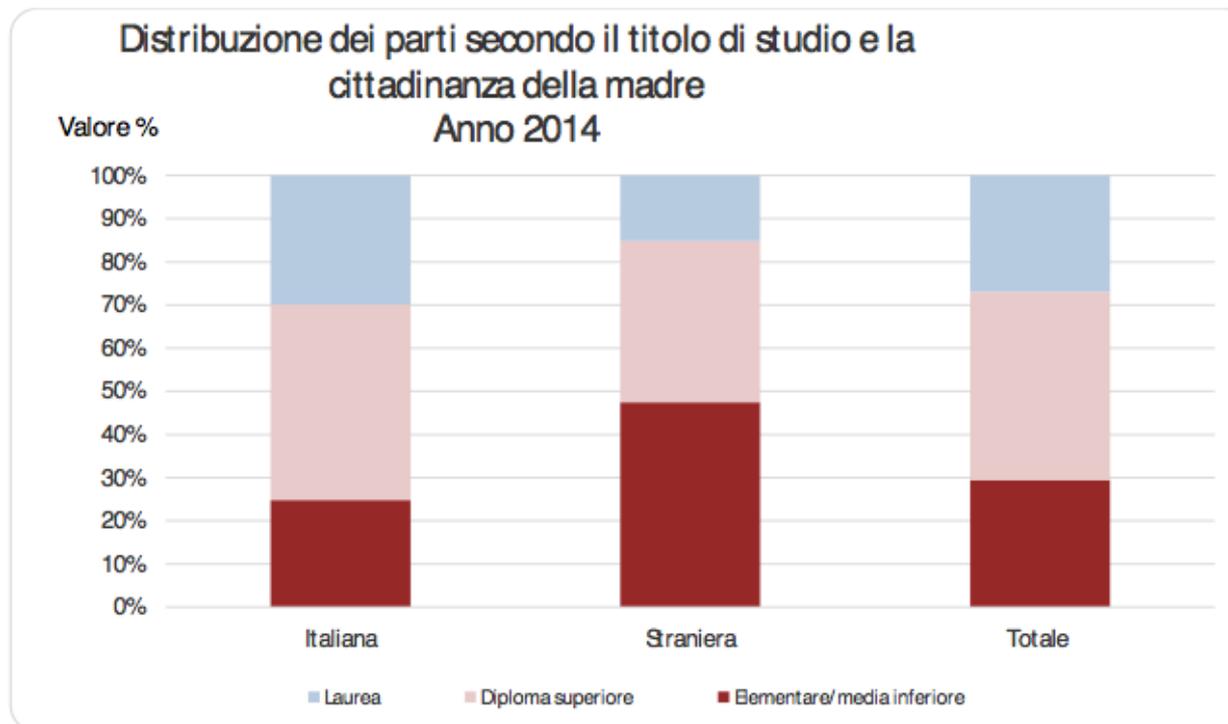
Certificato di assistenza
al parto (CeDAP)

Analisi dell'evento
nascita - Anno 2014



- Delle donne che hanno partorito nell'anno 2014 il 43,7% ha una scolarità medio alta, il 29,4% medio bassa ed il 26,9% ha conseguito la laurea.
- Fra le straniere prevale invece una scolarità medio bassa (47,5%).

Grafico 9- Distribuzione dei parti secondo il titolo di studio e la cittadinanza della madre



Analisi del contesto

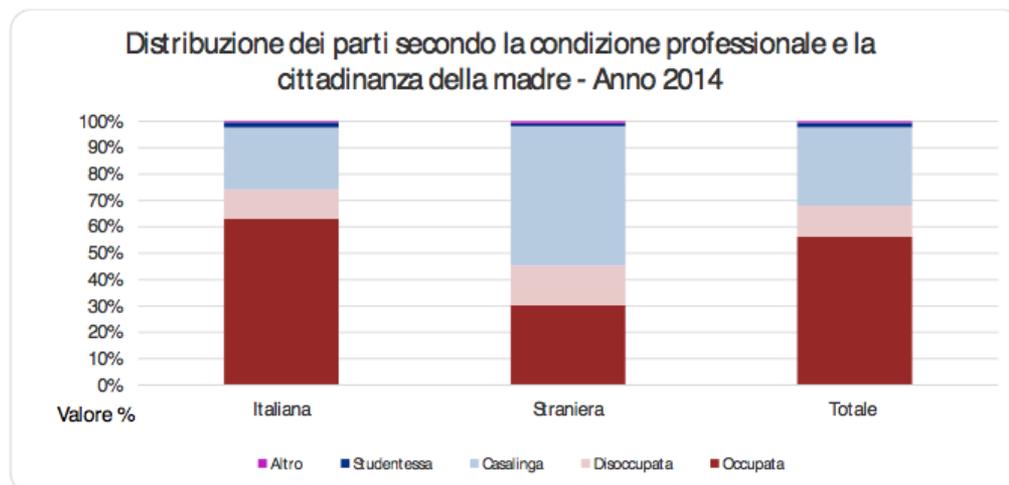
Certificato di assistenza
al parto (CeDAP)

Analisi dell'evento
nascita - Anno 2014



- L'analisi della condizione professionale evidenzia che il 56,2% delle madri ha un'occupazione lavorativa, il 29,7% sono casalinghe e il 11,9% sono disoccupate.
- La condizione professionale delle straniere che hanno partorito nel 2014 è per il 52,8% quella di casalinga

Grafico 11 - Distribuzione dei parti secondo la condizione professionale e la cittadinanza della madre



Analisi del contesto

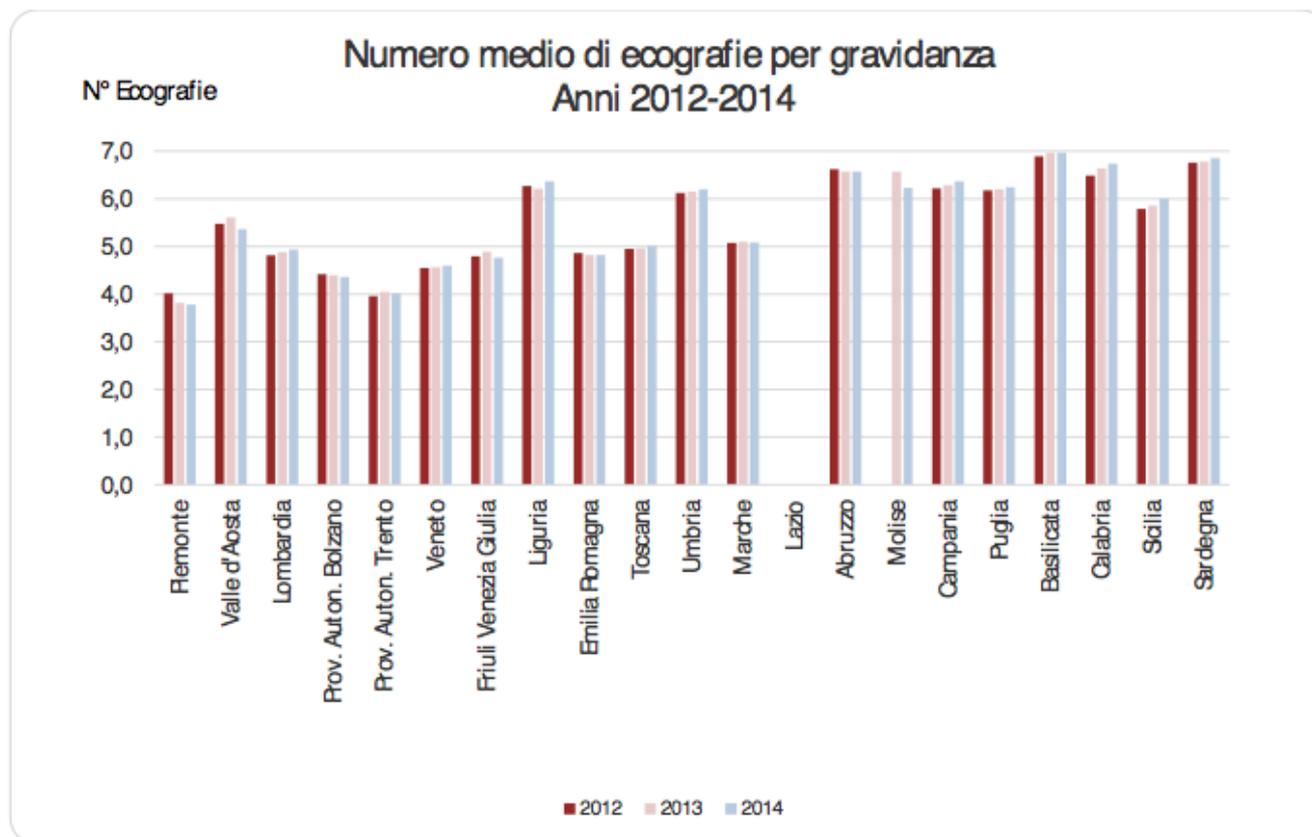
Certificato di assistenza
al parto (CeDAP)

Analisi dell'evento
nascita - Anno 2014



- Nell'87% delle gravidanze il numero di visite ostetriche effettuate è superiore a 4 mentre nel 73,3% delle gravidanze si effettuano più di 3 ecografie

Grafico 14 - Numero medio di ecografie per gravidanza – Anni 2012-2014



Analisi del contesto

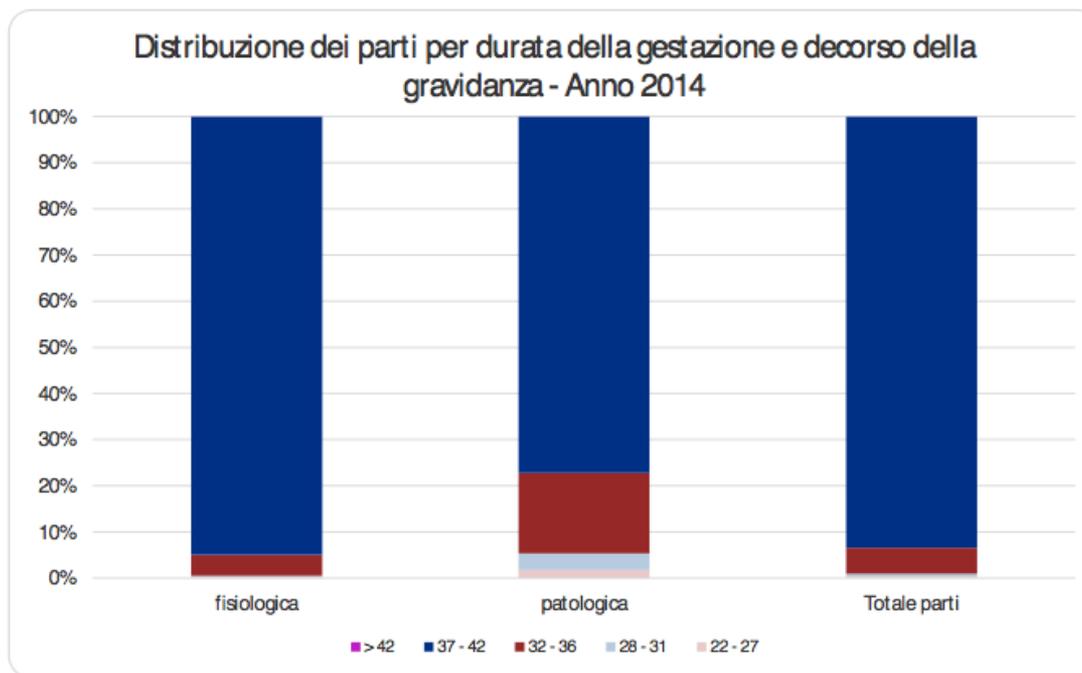
Certificato di assistenza
al parto (CeDAP)

Analisi dell'evento
nascita - Anno 2014



- A livello nazionale la percentuale dei parti pre-termine è pari al 6,7%, i parti estremamente pre-termine e molto pre-termine corrispondono complessivamente all'0,9% mentre il **93,2% delle nascite avviene tra la 37^o e la 42^o settimana.**

Grafico 15 - Distribuzione dei parti per durata della gestazione e decorso della gravidanza



Analisi del contesto

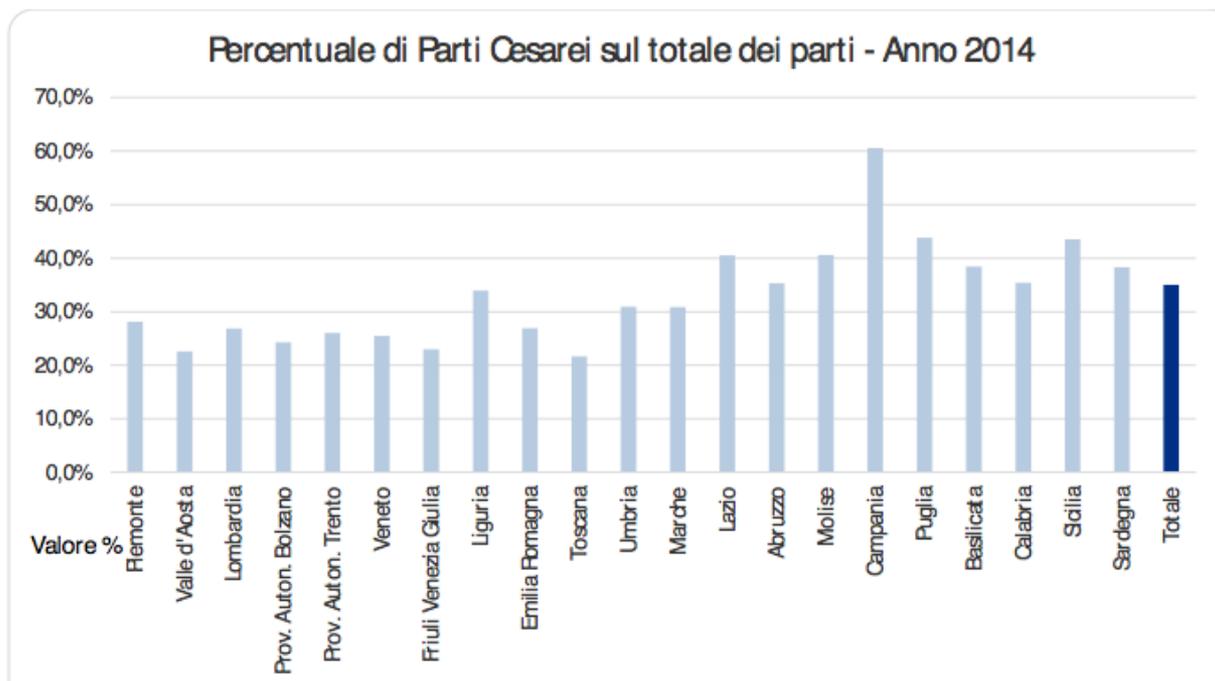
Certificato di assistenza
al parto (CeDAP)

Analisi dell'evento
nascita - Anno 2014



- In Italia si conferma il ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica.
- In media, nel 2014 il 35% dei parti è avvenuto con taglio cesareo, con notevoli differenze regionali .

Grafico 18 - Distribuzione regionale della percentuale dei parti cesarei sul totale dei parti



Analisi del contesto

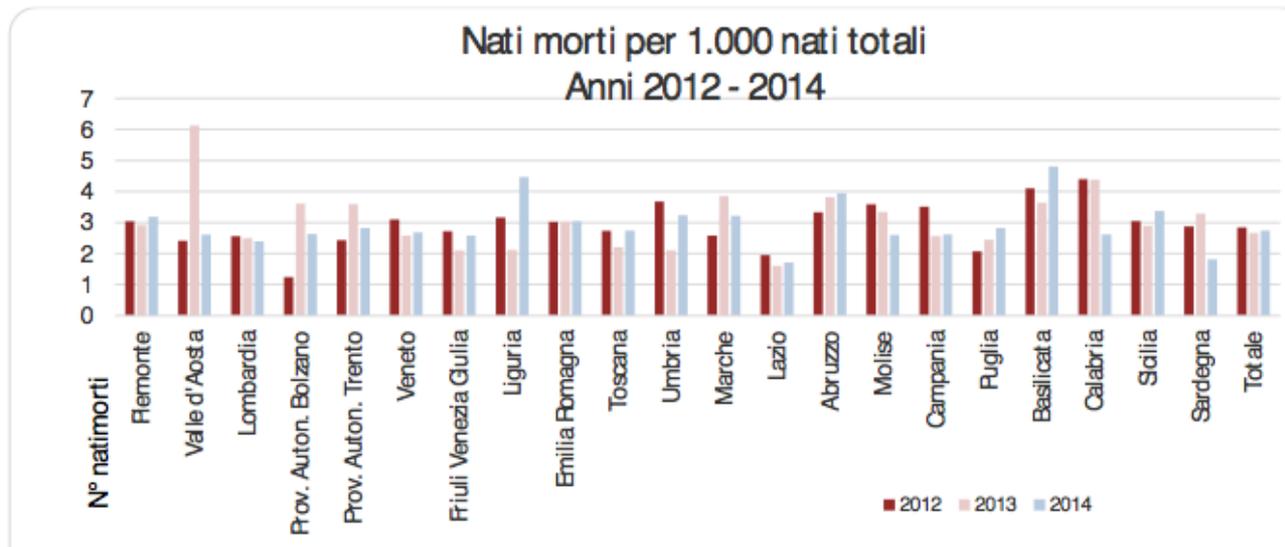
Certificato di assistenza
al parto (CeDAP)

Analisi dell'evento
nascita - Anno 2014

I nati totali registrati nel 2014 sono 502.596

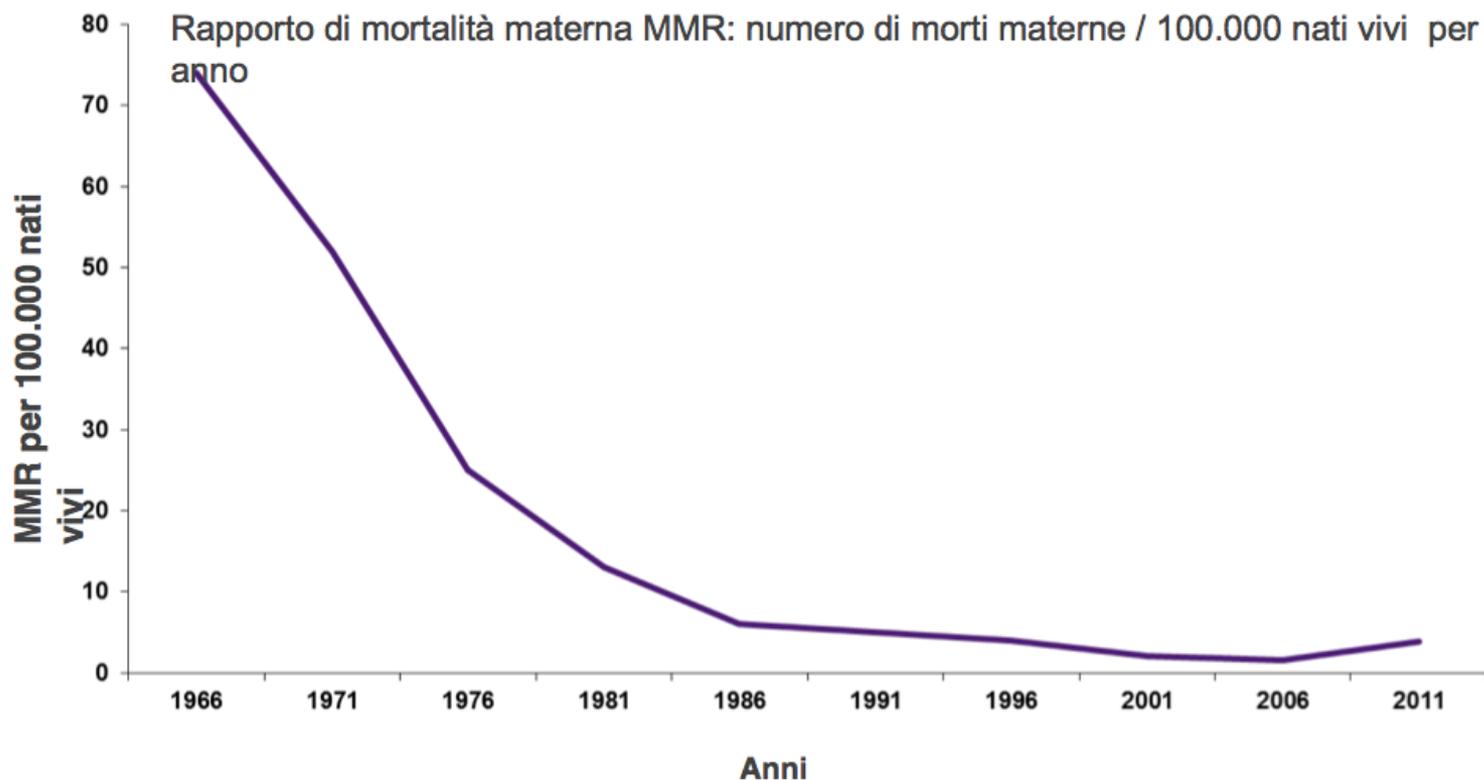
Sono stati rilevati 1.377 nati morti corrispondenti ad un tasso di natimortalità, pari a 2,74 nati morti ogni 1.000 nati

Grafico 19 - Distribuzione regionale dei nati morti per 1.000 nati



Mortalità materna 1966-2012

In Italia la mortalità materna si conferma un evento raro, con un tasso analogo alla Gran Bretagna e alla Francia dove muoiono 10 donne ogni 100 mila nati vivi



Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS) dell'ISS



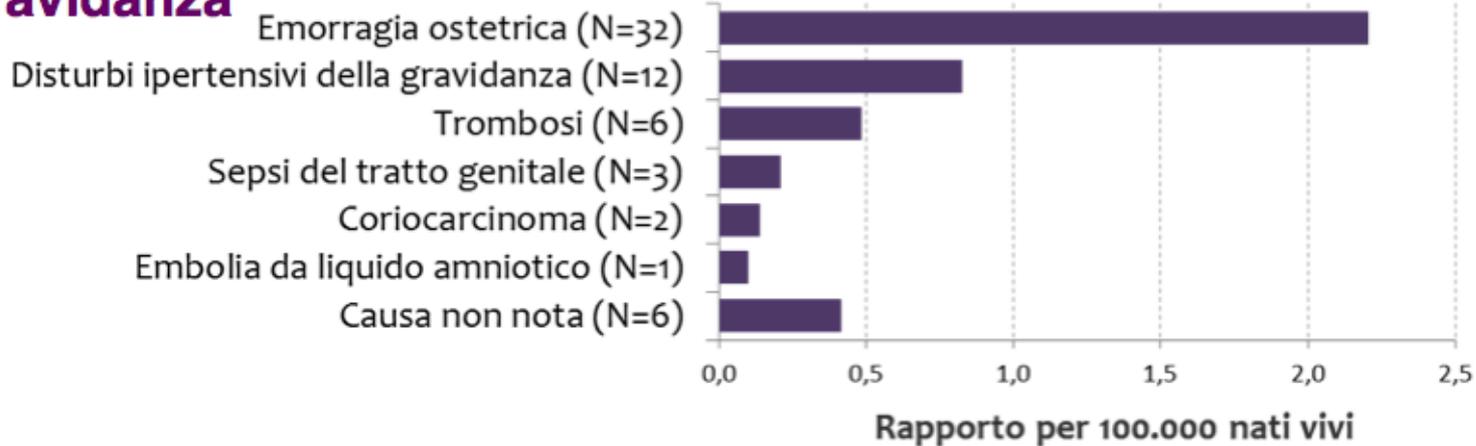
Mortalità materna

- Tra il 2006 e il 2012, per cause legate alla gravidanza e al parto, ne sono morte nove ogni 100 mila con un'ampia variabilità tra regioni

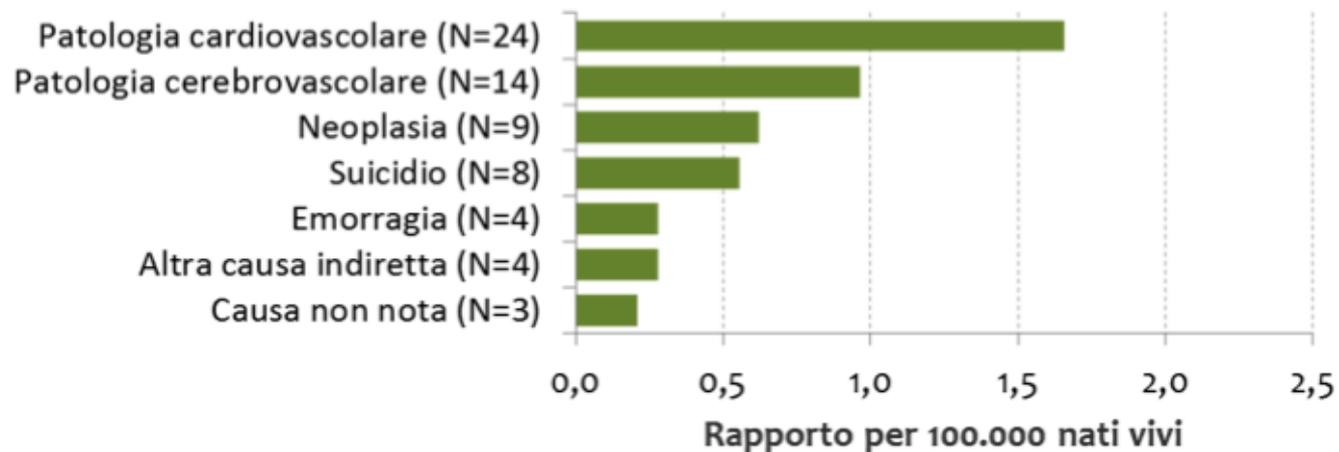
Regione	Anni	Nati vivi*	Morti materne (≤ 42 giorni)	MMR grezzo per 100.000 nati vivi	MMR std**
Piemonte	2006-2010	193.475	14	7,2	7,3
Emilia Romagna	2008-2012	205.634	17	8,3	7,9
Toscana	2007-2010	130.884	6	4,6	4,6
Lazio	2006-2012	378.551	41	10,8	9,9
Campania	2006-2010	302.679	35	11,6	13,4
Sicilia	2008-2012	240.581	29	12,1	12,6
Totale	2006-2012	1.451.804	142	9,8	9,8

* Fonte:

Cause delle morti materne DIRETTE entro 42 giorni dall'esito della gravidanza

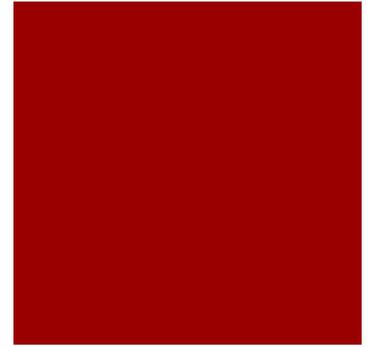


Cause delle morti materne INDIRETTE entro 42 giorni dall'esito della gravidanza



La nascita oggi

PARTO: SICUREZZA E QUALITÀ'



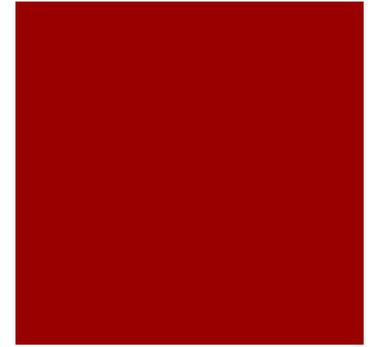
- Centralità della donna (azione di *empowerment*)
- Disuguaglianze (mortalità e morbilità materna e perinatale)
- La tutela della fisiologia (gravidanza-parto-nascita)
- Demedicalizzazione e nuove tecnologie
- Trasparenza (**Outcome materno-neonatali**)
- Fiducia (volumi di attività + abilità/skills -*privileges*)

Il Parto Sicuro: dagli Standard Minimi all'Eccellenza

La nascita non può che richiedere il meglio

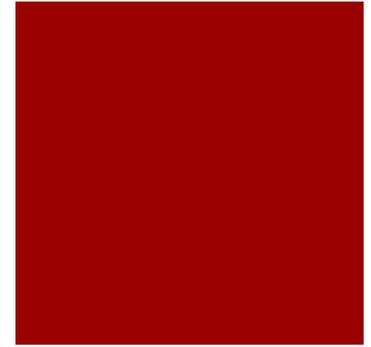
Il paradigma dell'eccellenza si applica a tutti gli atti del processo assistenziale e la molteplicità delle azioni necessarie rende indispensabile declinare "eccellenza" in diverse dimensioni:

- nel I livello attiene al concetto di sicurezza e cure
- nel II livello, attraverso le unità di medicina materno fetale e le terapie intensive neonatale, attiene alla capacità di rispondere a bisogni assistenziali complessi e/o rari



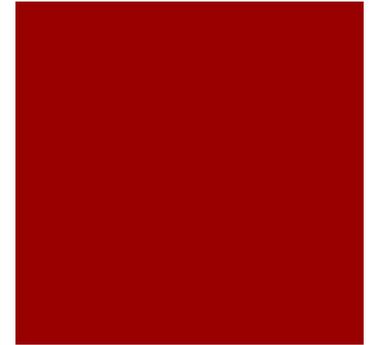
Il Parto Sicuro: dagli Standard Minimi all'Eccellenza

Le priorità



- Centralità della donna e processo di empowerment**
- Fiducia e trasparenza**
- Equità**
- Tutela della fisiologia, riduzione della medicalizzazione e del ricorso al Taglio cesareo**
- Ruolo dell'Ostetrica/o**
- Continuità assistenziale**
- Standard di sicurezza e qualità**
- Formazione**
- Verifica delle attività**

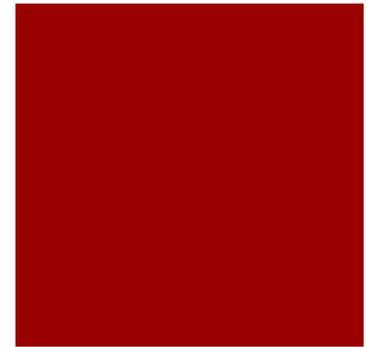
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Comitato Percorso Nascita nazionale



**□ RACCOMANDAZIONE PER L'ORGANIZZAZIONE DEI
PUNTI NASCITA PER LA GESTIONE DELLA
GRAVIDANZA FISIOLÓGICA E A BASSO RISCHIO**

Modalità organizzative dell'assistenza alla nascita

- centri nascita intra ospedalieri (**alongside**)
- territoriali (**freestanding**) e di assistenza a domicilio



Esperienze per il miglioramento della qualità e sicurezza dei punti nascita



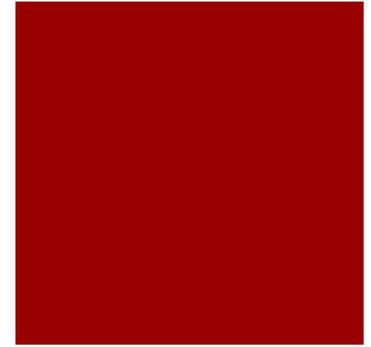
Verifica dei
requisiti intesa SR
tramite la
“Checklist”

**Qualità e
sicurezza**

Autovalutazione
dei punti nascita
secondo gli
standard del
manuale Agenas

OUTCOME MATERNO-NEONATALE

Punti di Forza



❖ Dei Professionisti:

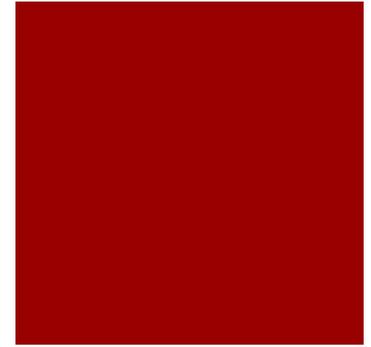
- *promozione del parto naturale e dei Valori della nascita*
- *> appropriatezza dei percorsi assistenziali*
- *> expertise gestione sala parto e teamwork*
- *attività delle società scientifiche*

❖ Dell'Organizzazione Sanitaria:

- *decreti riordino punti nascita e standard organici*
- *quaderno regionale di gravidanza*
- *progetto per lo sviluppo degli standard dei punti nascita*
- *progetti dedicati partoanalgesia ed allattamento materno*
- *attribuzione dei "Privileges"*

OUTCOME MATERNO-NEONATALE

Punti di Debolezza



❖ Dei Professionisti:

- *medicalizzazione*
- *gestione gravidanza a rischio*
- *livelli di competenza*
- *medicina difensiva*
- *autoreferenzialità*

❖ Dell'Organizzazione Sanitaria:

- *riordino punti nascita-neonatalogie-UTIN*
- *STAM/STEN*
- *applicazione standard degli organici*
- *riordino delle strutture del territorio*
- *coinvolgimento dei professionisti*
- *coinvolgimento dei cittadini/utenti*

Perché parlare.... “*ancora*” della Nascita?

□ IL CONTESTO NAZIONALE



Appropriatezza
Esiti
Sostenibilità

Un dibattito di grande attualità

La professione medica e le sue trasformazioni nel segno della complessità

□ Le **trasformazioni della domanda di salute e del contesto**

(invecchiamento, rapida innovazione del sapere medico, nuovo paziente)

□ I nuovi **contenuti professionali**

(sviluppi scientifici e tecnologici, evoluzione della formazione universitaria, crescente ruolo ed autonomia delle altre professioni sanitarie)

□ Le **dinamiche organizzative**,

(aziendalizzazione, peso della dimensione economica, interdipendenza nell'esercizio dei diversi ruoli professionali)

□ Le **interazioni** (tra professionisti della sanità e tra essi ed il paziente)

Impatto su domanda ed offerta di salute:

□ sui consumi

□ sull'organizzazione ed il funzionamento dei servizi sanitari

□ sui contenuti e le modalità di esercizio delle professioni in campo sanitario

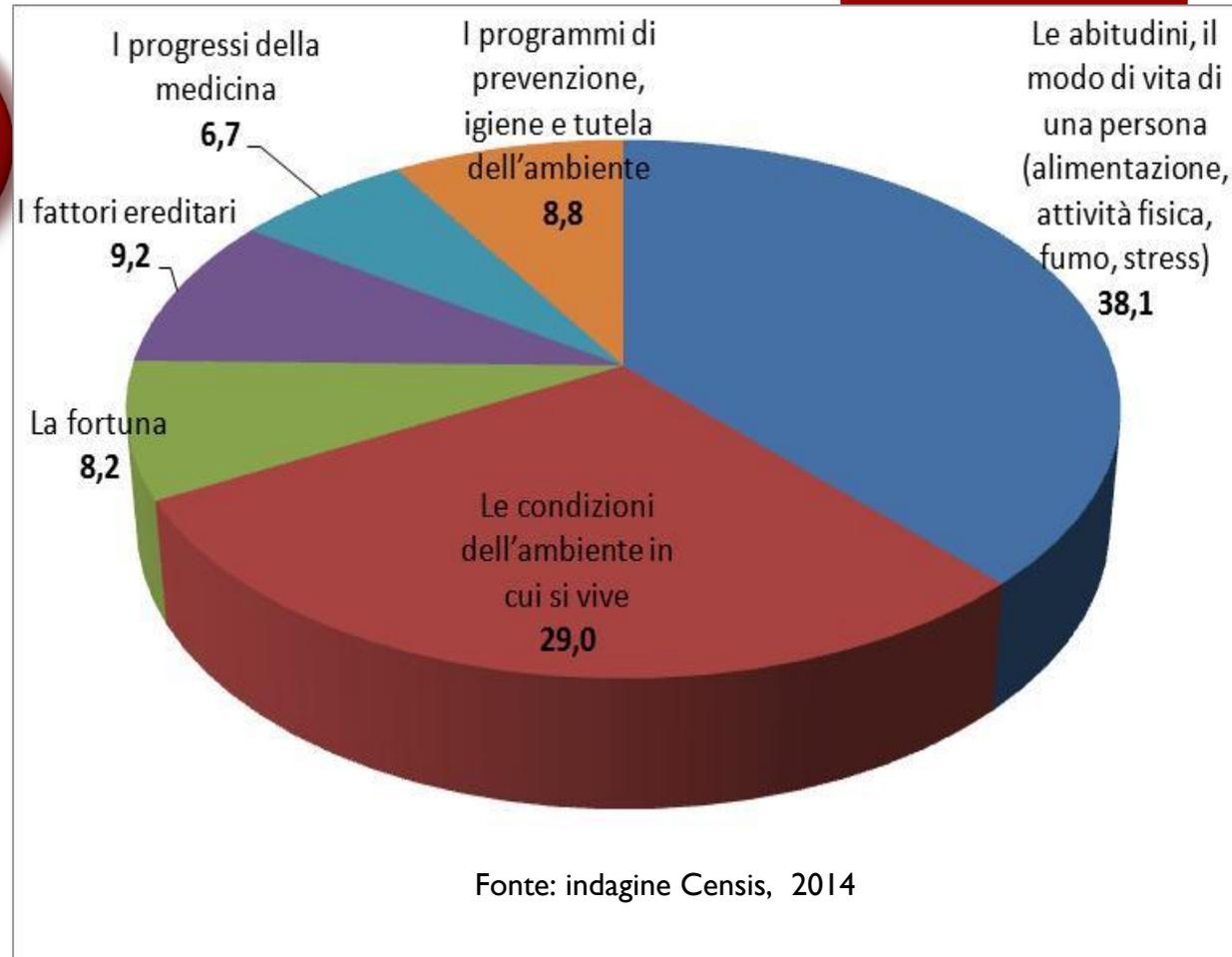
□ sull'efficacia ed efficienza dei processi di cura

I cambiamenti culturali della domanda

La salute è
benessere
prevenzione
cura
assistenza

Il nuovo paziente è
informato, consapevole,
autonomo,
responsabilizzato

I fattori da cui dipende la buona salute (val.%)



L'informazione è il catalizzatore del cambiamento

Comportamento adottato quando si parla di salute per genere (val. %)

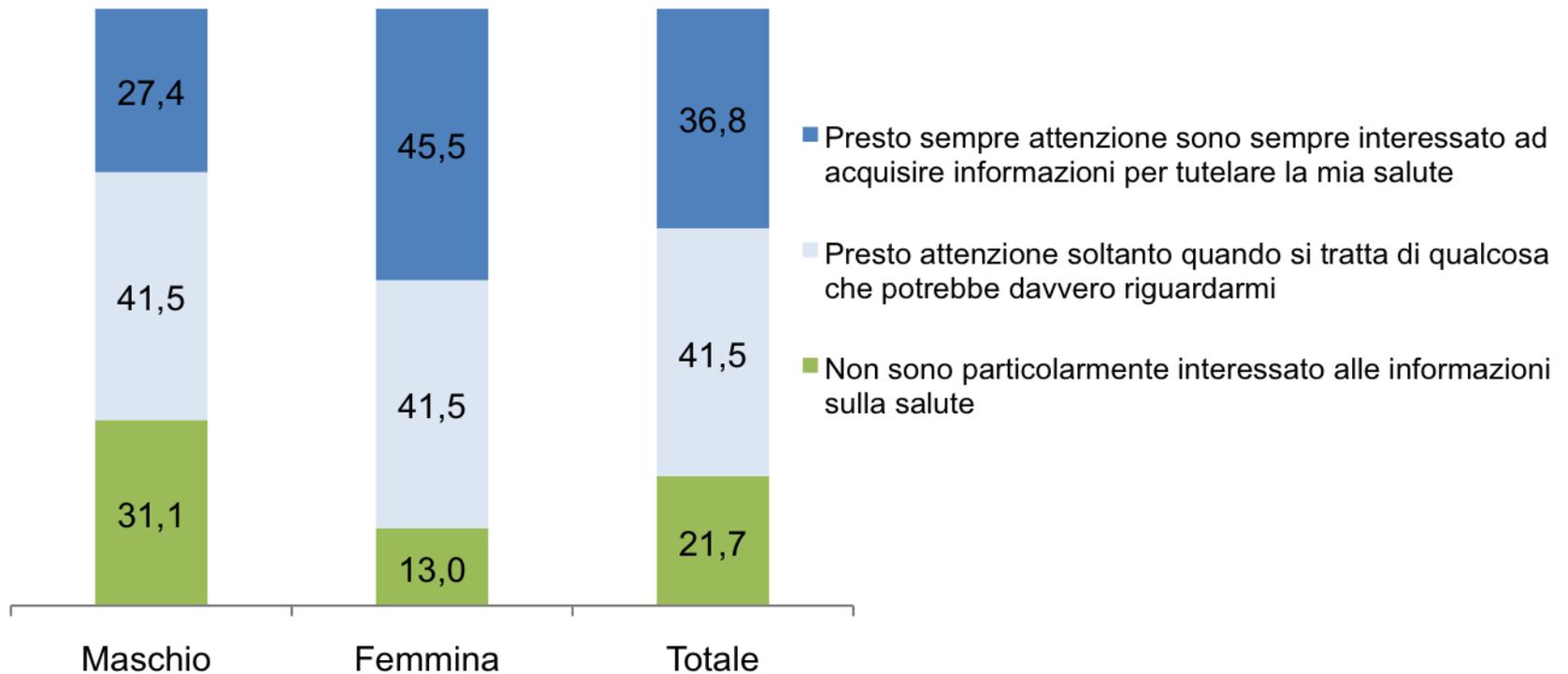
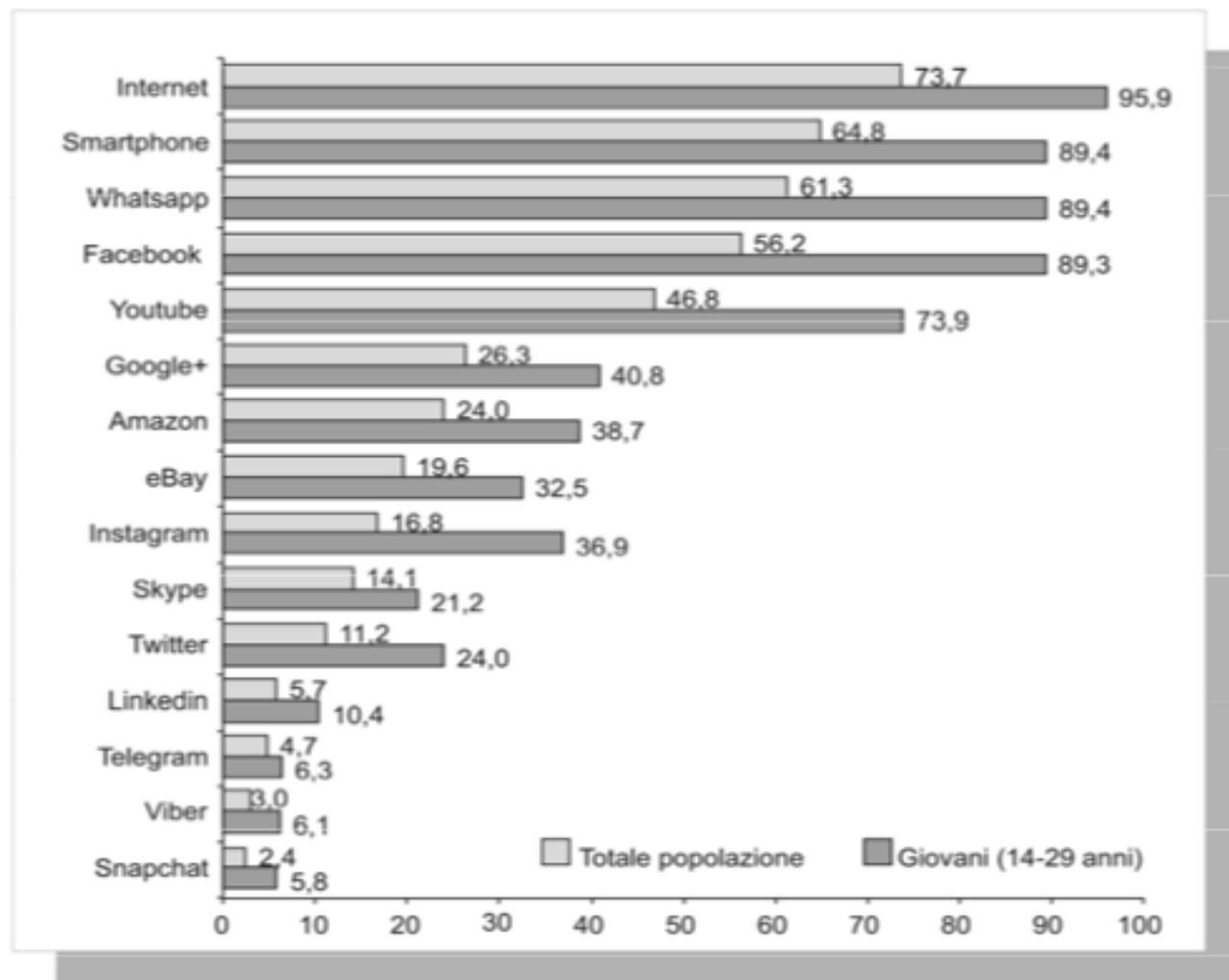


Fig. 9 - Utenti di internet, smartphone, app e piattaforme online (val. %)

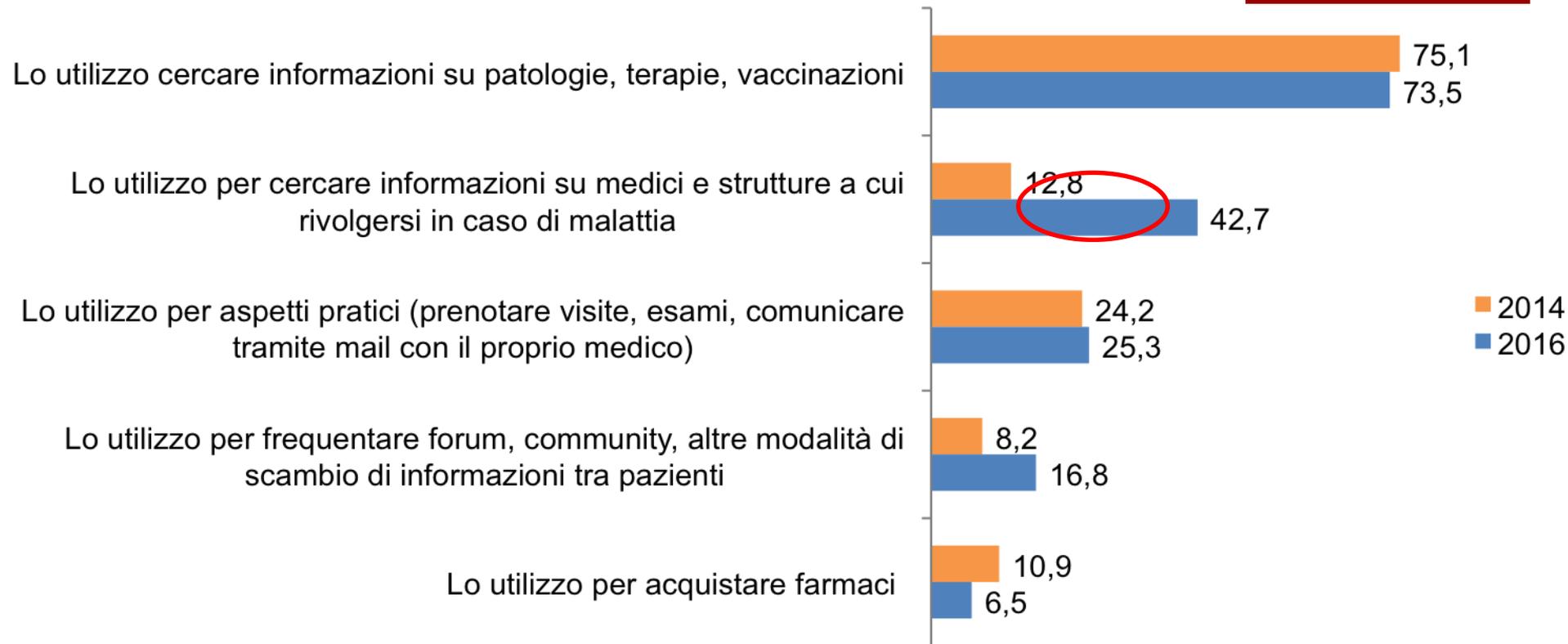


Fonte: indagine Censis, 2016



La rete è multitasking

L'utilizzo di internet per la salute (val.%)

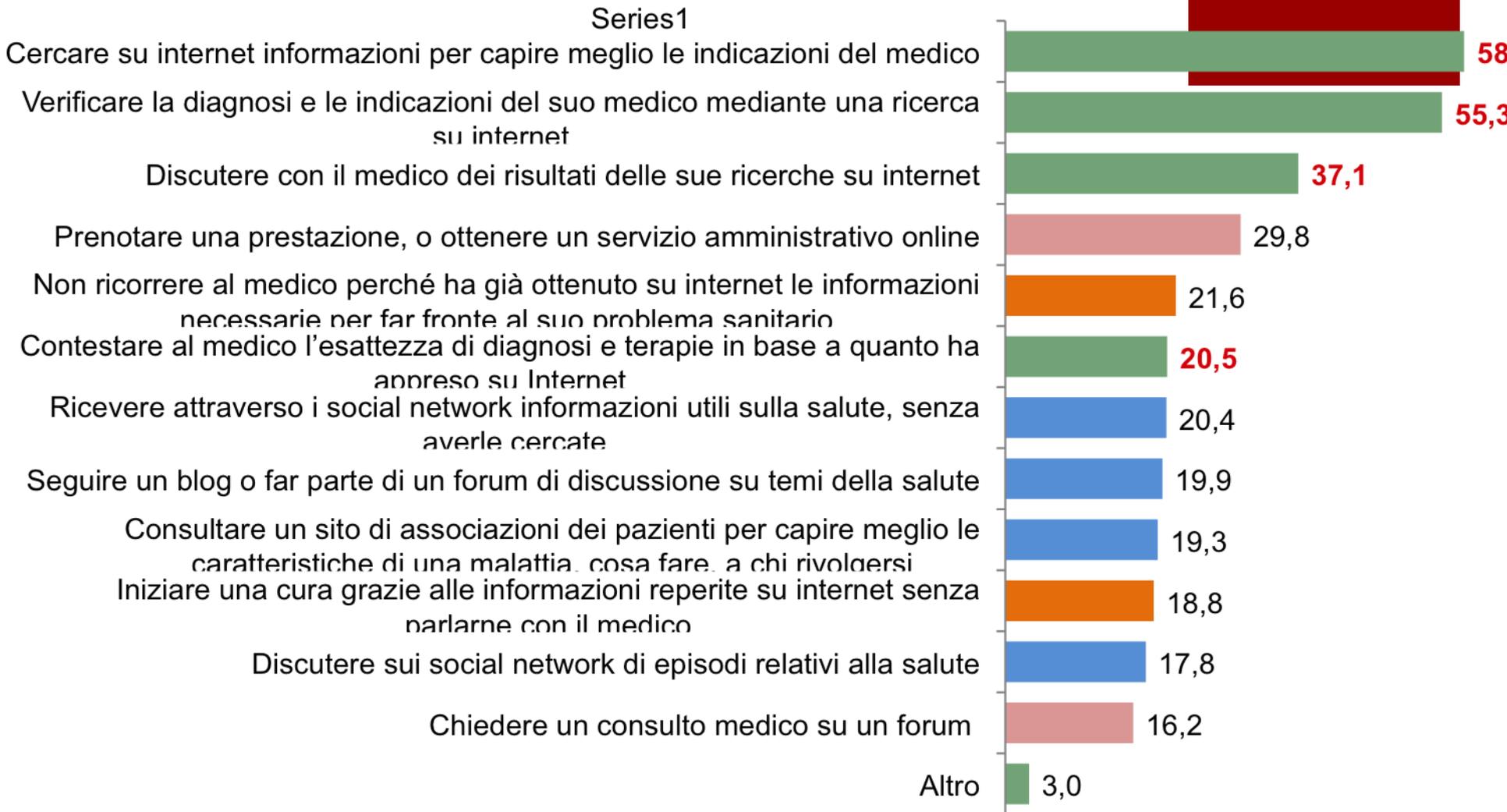


Il totale è diverso da 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: Indagine Censis, 2014 e indagine Censis-Agenas, 2016

La rete come strumento di empowerment

Circostanze che si sono verificate conseguentemente all'uso di internet per questioni sanitarie (val. %)

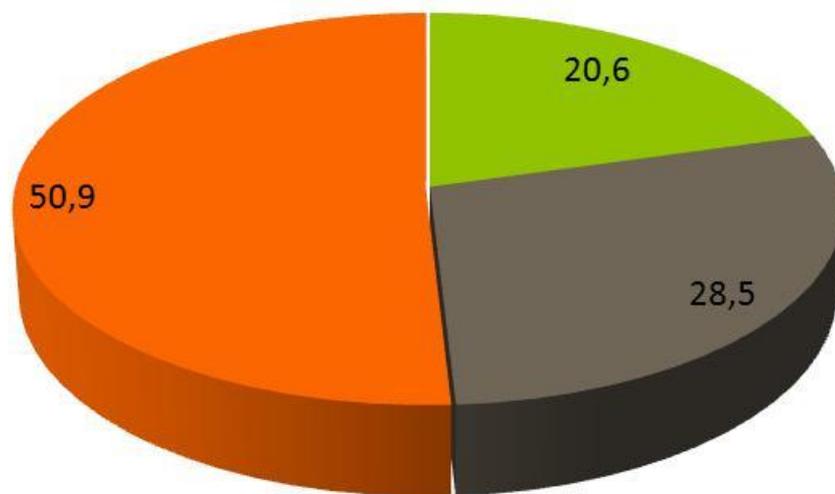


Fonte: indagine Fbm-Censis, 2014

Il totale è diverso da 100 perché erano possibili più risposte

Il nuovo assetto della relazione medico-paziente: che fine fa l'asimmetria informativa

No a ribaltare la delega, sì alla collaborazione nelle decisioni che riguardano le terapie



- Il medico fornisce le informazioni su malattia e terapia e le decisioni sono prese dal paziente
- Il medico, in quanto esperto, decide autonomamente sulle cure e la salute del paziente
- Il medico e il paziente collaborano nel prendere decisioni

Rifondare la relazione terapeutica

L'accesso crescente alle informazioni, che pur ha avuto un impatto innegabile sul sistema e nello specifico sulla relazione medico-paziente e sul rapporto con i servizi, **non basta a creare una vera cultura della salute**

Perché ciò accada si afferma la **necessità per il medico:**

- di uscire da un atteggiamento di **difensivo**, di **rimpianto**, di **rivendicazione**
- di ripartire dalla **autorevolezza** della **competenza professionale** che è un **patrimonio che rimane**
- di farsi realmente **partner del nuovo paziente**

...sono cambiate le Donne come SIAMO cambiati TUTTI

- Maggiore scolarizzazione
- Maggior libertà
- Maggior benessere economico
- Maggiore autonomia nei loro comportamenti e nelle loro scelte di vita



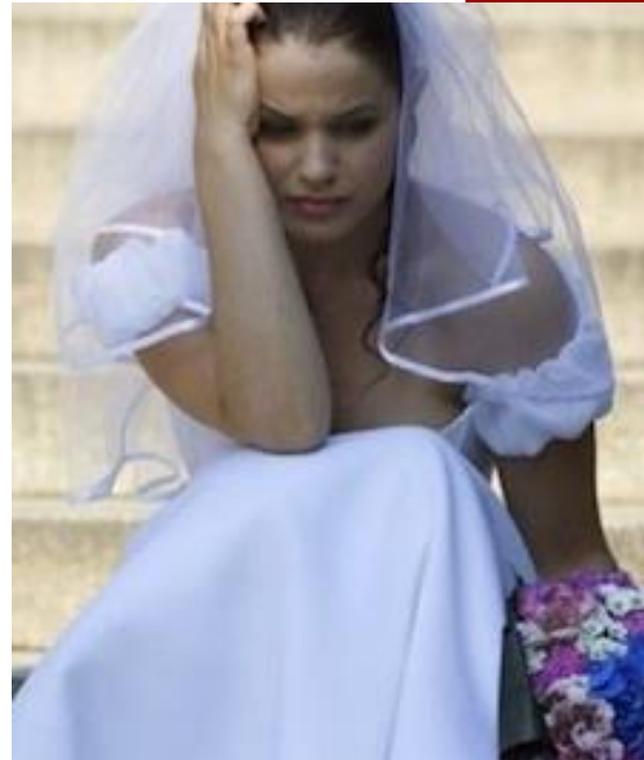


- Fa molto pensare il fatto che le giovani donne stiano pensando come **“libertà femminile”** la faccenda del tipo di parto che si desidera, al grande supermercato della salute:
- indolore
- breve
- cesareo

Pensiamoci se questa è la libertà che vogliamo consegnare alle nostre figlie

Ma anche...

- **Sentimento di solitudine**
- **Isolamento**



- **Alienazione**
- **Mutato supporto familiare e sociale**

La Maternità..... e la Nascita OGGI



- Si è appiattito il modello del fare i figli a quello medico-tecnocratico perdendo di vista la complessità psico-sociale del divenire madre

La **gravidanza, il parto, il diventare genitore**, sono tra gli eventi e i processi che più profondamente trasformano un essere umano.



- La donna percepisce la vita che si sviluppa in lei
- La donna percepisce le sue modificazioni somatiche
- La coppia deve fronteggiare un riadattamento delle dinamiche relazionali interne
- Con la nascita, soprattutto la madre vede diminuire il tempo che può dedicare a sé
-

Stati della mente correlati

Le inevitabili trasformazioni espongono la donna ad uno stato di estrema apertura ai cambiamenti e di maggior vulnerabilità

Importanza del supporto psicologico nei corsi di accompagnamento alla nascita.

PERCORSO NASCITA

Protocolli integrati e di intesa tra Territorio e Az. Ospedaliera

La nascita è un evento che riguarda il vivere sociale nella sua complessità

INTEGRAZIONE

Politica familiare

riconoscimento del ruolo essenziale della famiglia nella cura della persona e nella promozione della coesione sociale.

Istituzionale

Organizzazione di protocolli specifici per i protagonisti dell'evento nascita: genitori e bambini

Professionisti e servizi

Equipe multidisciplinare formata con modelli di lettura integrati secondo procedure *evidence based*

Valutazione integrata degli esiti e impatto delle politiche (riduzione della spesa sanitaria)

- **Politica**
- **Istituzionale**
- **Professionale e dei servizi**

LA FAMIGLIA

Il clima familiare e lo stile educativo che si adottano sono fondamentali **45**



Eugenia Scabini, Vittorio Cigoli

Alla ricerca del familiare

Il modello
relazionale-simbolico



Raffiello Cortina Editore

La famiglia è valore in sé, è la matrice fondativa della persona”

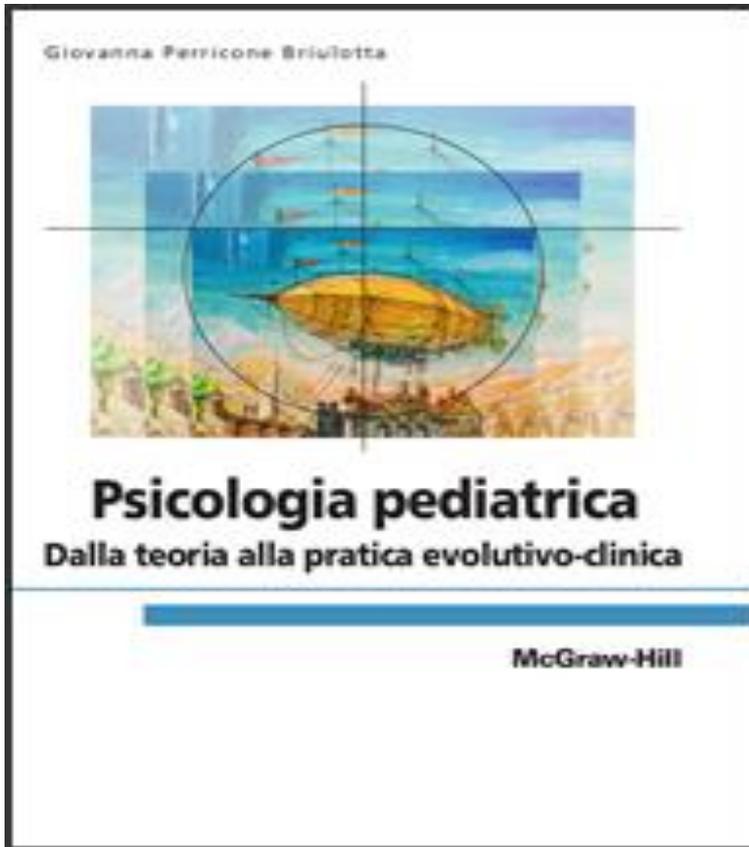
Mutano i modelli e i rituali ma non muta il compito, quello di generare persone, è impossibile non farlo.

Il mito attuale transgenerazionale è legato alla realizzazione di sé dei figli

Riflessioni condivise:

- Crisi sociale/familiare: analfabetismo emotivo relazionale
- Professionisti come facilitatori della crescita della coppia genitoriale, per favorire l'empowerment, la competenza comunicativa e relazionale (consapevolezza emotiva e dei sentimenti).
- i servizi devono svolgere azioni di sostegno e rete in una logica di continuità e di condivisione

L'approccio bio-psico-sociale



Individuazione dei fattori di rischio nella dinamica dello sviluppo per costruire resilienza nella donna e prevenire lo sviluppo di condizione di atipicità nel bambino.

(Perricone Briulotta G., 2016)

CICLO DI VITA DEL MATERNO INFANTILE: PROCESSI INTEGRATIVI



Area della neonatologia, della pediatria
della prevenzione, della cura e del follow-up

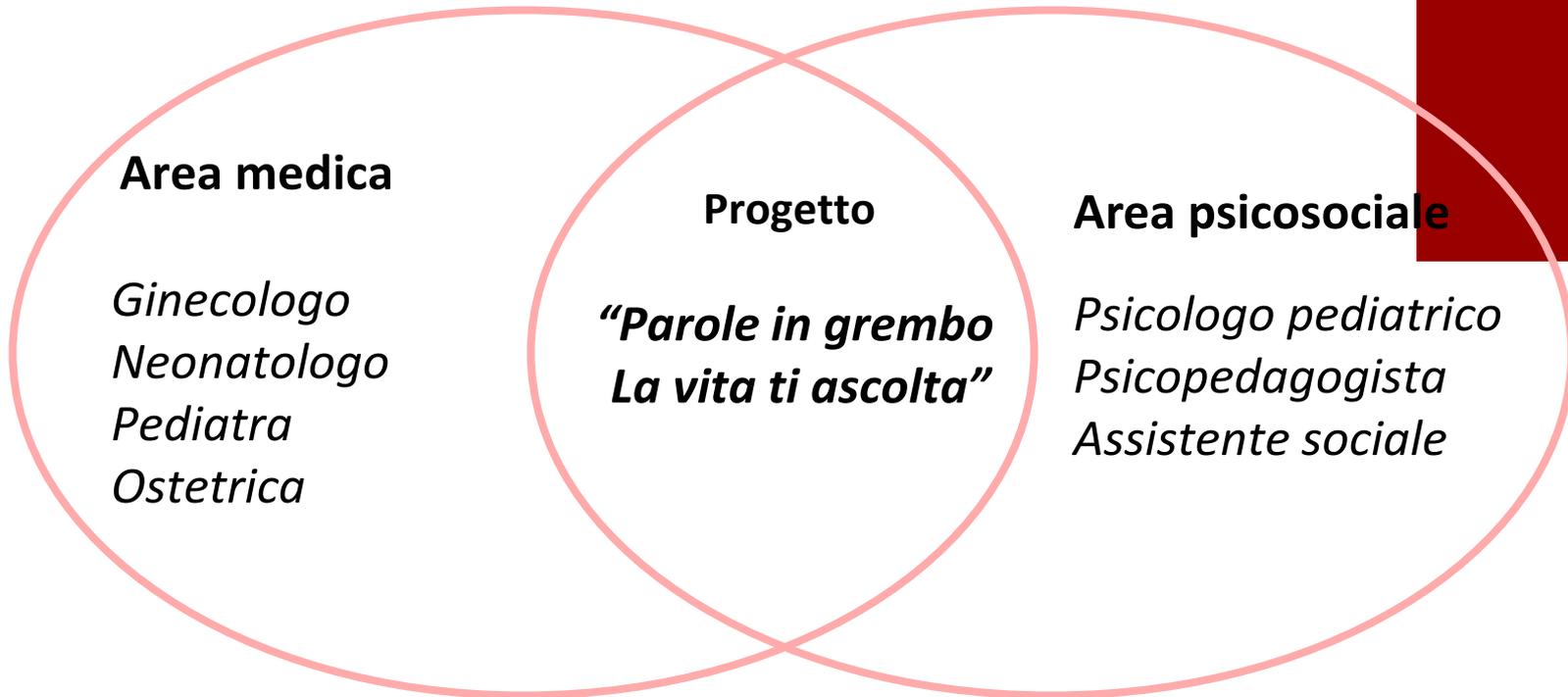
Area della ostetricia e della neonatologia

Area della diagnosi prenatale
e dello screening

Area della
ostetricia, della gravidanza

**Il rischio psicologico è trasversale all'interno ciclo di vita del
materno infantile**

Lavoro integrato nel materno infantile



Il ***materno infantile*** è un sistema complesso che aggrega, integra e coordina le differenti unità operative, le funzioni, e le risorse umane che lo compongono.

Aspetti salienti di un processo dalle molteplici implicazioni bio-psico-sociali:

- monitoraggio della gravidanza
- il passaggio dalla cure alla care
- la garanzia della salute della madre e del neonato

I SISTEMI MOTIVAZIONALI REGOLANO LE INTERAZIONI SOCIALI TRA I MAMMIFERI

Tra i *Sistemi Motivazionali*, quello interpersonale dell'*Attaccamento* è il più studiato

COGNIZIONE, SIGNIFICATO
(*Neocorteccia*)



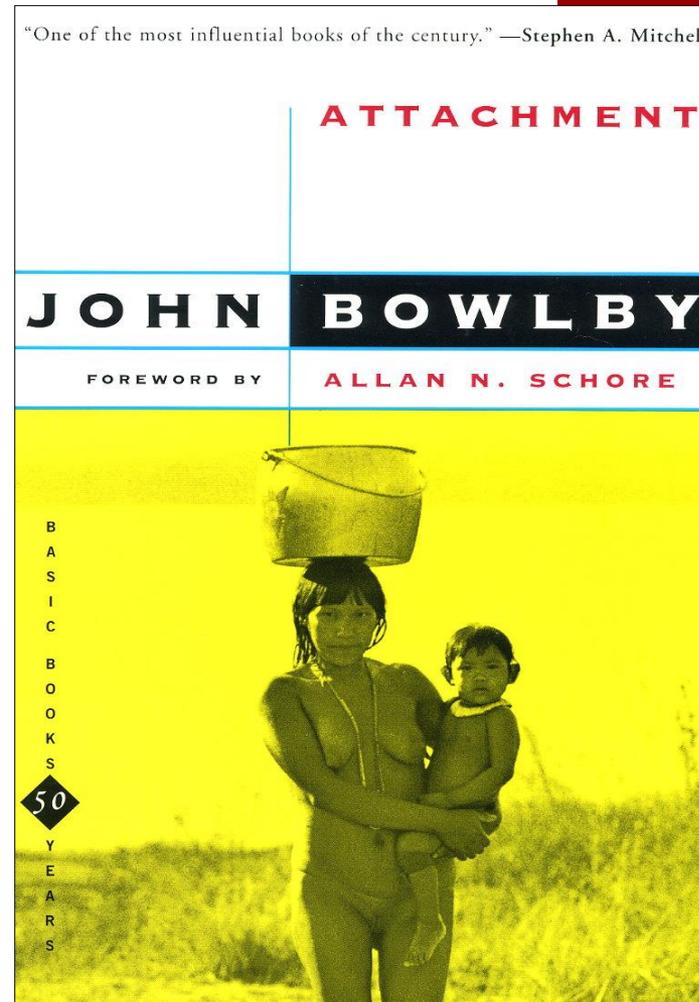
ATTACCAMENTO
(*Sistema limbico*)

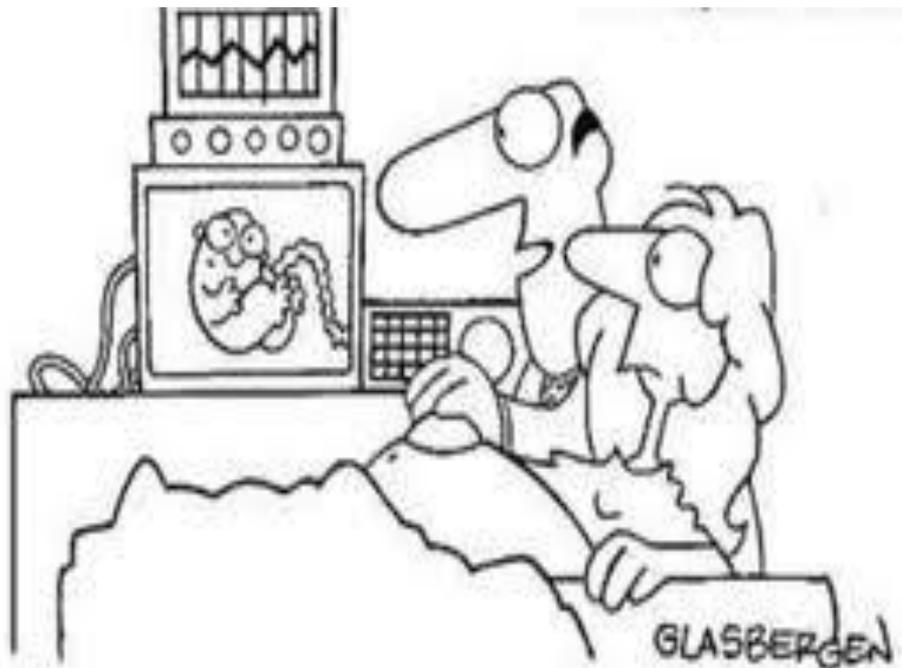


REGOLAZIONE FISIOLOGICA
(*Cervello rettiliano*)

È attivato:

- In epoca prenatale
- immediatamente alla nascita
- durante l'allattamento al seno



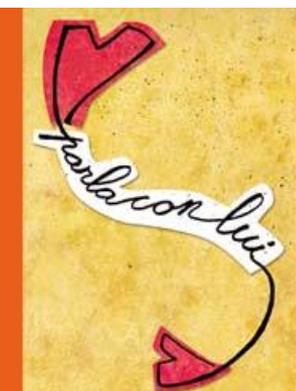
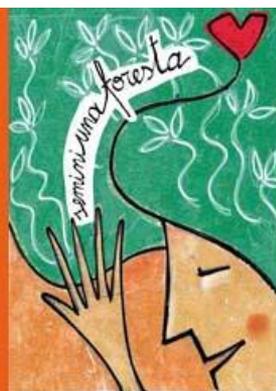


IL BAMBINO STA CRESCENDO VERAMENTE
BENE. VUOI MANDARGLI UNA MAIL?

PROGETTO “Parole in grembo”

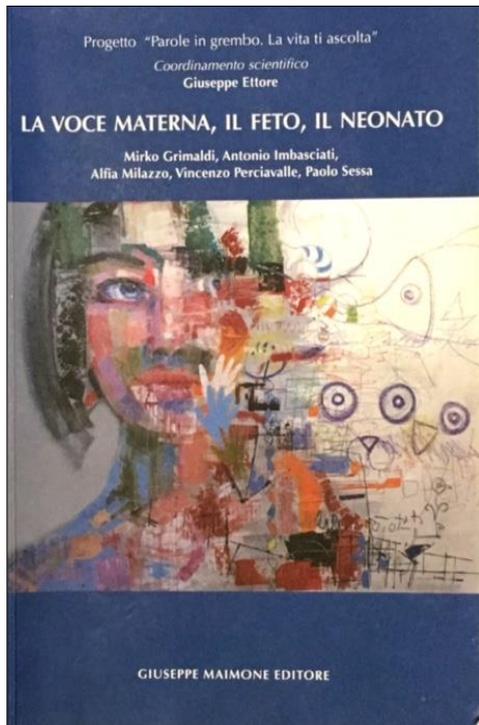
Consapevolezza corporea
comunicazione con il bimbo in
grembo

Parole in grembo
La vita ti ascolta



“Bisogna amare il bimbo in grembo comunicando il più possibile con lui”

(A. Imbasciati, 2016)



- Osservazioni condotte su neonati abbandonati in orfanotrofio e confrontati con bambini accuditi in famiglia hanno evidenziato che la mancanza del contatto interpersonale condiziona lo sviluppo neonatale, orientandolo verso una traiettoria evolutiva atipica (Spitz R., 1945).
- Il feto risponde a stimoli meccanici e sonori e li riconosce. Ciò significa che il suo cervello si sta organizzando. (Ianniruberto A., Tajani E., 1981).
- Studi sperimentali di derivazione psicoanalitica, dell'*Infant Research* indicano che le esperienze del bambino sono mediate dalla relazione che il caregiver ha istituito con lui (teoria dell'attaccamento, di J. Bowlby).
- La qualità dell'esperienza incide sullo sviluppo neurale (Siegel, 1999; Damasio, 2010).
- **Non si parla più solo di genoma, ma di epigenetica: l'espressione dei geni trascrive nuovi programmi e nuove connessioni (Cena-Imbasciati, 2013)**

PROGETTO “Parole in grembo”

Le attività e le esercitazioni sono correlate al trimestre di gestazione



I TRIMESTRE: a 8 W, il piccolo riesce a sentire le vibrazioni del liquido amniotico, si può iniziare a parlare con il bimbo, cantare delle canzoni, raccontare una fiaba.

II TRIMESTRE: a 20 W, il feto riconosce la voce. Il massaggio e giochi tattili come esperienza di contatto.

III TRIMESTRE : A 32 W il corpo fetale reagisce pienamente agli stimoli.

- La **visualizzazione** consente alla madre di focalizzarsi sul bambino e rendere meno traumatico il parto e la scomparsa del bimbo in pancia;
- La **stimolazione dell'ascolto**, per le coppie, consente di creare una narrazione condivisa dell'esperienza e di promuovere la dimensione relazionale con il nascituro

Principali fattori di rischio psicologico ed eventi caratteristici del ciclo di vita del materno infantile, che raccomandano l'intervento specialistico dello Psicologo Pediatrico

- Maggiore vulnerabilità della donna, a: *Ansia, Depressione, DOC, DCA, Attacchi di panico, PTSD, Tocofofia, Fobia sociale [DSM 5]*.
- Maggiore probabilità di riacutizzazione di sintomatologia psichiatrica pregressa.
- Maggiore probabilità di slatentizzazione di sintomatologia psichiatrica delitescete.

- Gravidanze a rischio
- Aborti spontanei
- Aborti terapeutici
- Donne in attesa di cesareo
- Donne che non intendono riconoscere il figlio
- Puerpere minorenni
- Patologie del feto/del bambino
- MEF
- Madri con figli in Neonatologia – UTIN
- genitorialità e PMA

N.B. L'individuazione precoce nel corso del colloquio psicologico, di aspetti della personalità disfunzionali e di *warning signs*, costituisce un importante strumento di prevenzione del rischio psicosociale

**“..Ignoranti, quem
portum petat, nullus
suus ventus est”**

Lucio Anneo Seneca
(Cordoba 5 ac, Roma 65 dc)

**“..Non c'è vento favorevole per chi
non sa dove andare”**





Presidio Ospedaliero
"GARIBALDI-NESIMA"

Dipartimento Materno Infantile
U.O.C di Ginecologia e di Ostetricia
Direttore: Prof. Giuseppe Ettore



Azienda Ospedaliera Garibaldi – Nesima Catania
Dipartimento Materno Infantile