

LE PROVE DI EFFICACIA E LE RACCOMANDAZIONI RELATIVE ALL'ASSISTENZA AL PERCORSO NASCITA



Serena Donati, Angela Giusti

Centro Nazionale di Epidemiologia,
Sorveglianza e Promozione della Salute,

Istituto Superiore di Sanità, Roma



Nel 1972 Archibald Cochrane scriveva:

“l’assistenza medica alla donna gravida (...)

consiste essenzialmente in una serie di metodi di

depistage che, per una curiosa combinazione, si

sono sottratti alla valutazione critica rivelatasi

tanto utile nelle altre discipline che impiegano

metodi analoghi”





Fonti delle evidenze sulla ecografia nella gravidanza fisiologica

1. L'échographie obstétrical au cours de la grossesse en l'absence de facteur de risque. ANAES - Agence Nationale D'Accreditation et d'Evaluation en Santé, Paris, 1998.
2. Routine ultrasound examination during pregnancy. SBU - The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, 1999.
3. Guidelines for ultrasound as part of routine prenatal care. SOGS - Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Diagnostic Imaging Committee, No 78, August 1999.
4. Prenatal Ultrasound - British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines, 1996 (ultima revisione 2001).
5. Guideline for Ultrasound as part of routine prenatal care. Alberta Clinical Practice Guideline, working group for Prenatal Ultrasound, 1998.
6. Guideline for the use of prenatal ultrasound - First Trimester. Alberta Clinical Practice Guideline, working group for Prenatal Ultrasound, 1998.
7. Bricker L, Garcia J, Henderson J, Mugford M, Neilson J, Roberts T, Martin M-A. Ultrasound screening in pregnancy: a systematic review of the clinical effectiveness, cost-effectiveness and women's views. Health Technology Assessment 2000; vol. 4: No 16.
8. Prenatal Ultrasound as a screening test. Technology Assessment Report, ICSI – Institute for Clinical Systems Improvement, October 2002
9. Bricker L, Neilson JP Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks gestation) - Cochrane Review, 2003.
10. Bricker L, Neilson JP Routine Doppler Ultrasound in pregnancy – Cochrane Review, 2003.
11. SIEOG. Linee guida sull'ecografia in gravidanza. Società Italiana di Ecografia Ostetrico-Ginecologica e Metodologie Biofisiche, 2002.



Evidenze sull'ecografia nella gravidanza fisiologica

-  L'ecografia ostetrica di routine, alla luce delle evidenze disponibili, non rappresenta un rischio biologico né per la madre né per il feto.
-  L'ecografia ostetrica, in assenza di fattori di rischio, non può essere raccomandata con l'obiettivo di diminuire la mortalità e la morbosità perinatale e materna.
-  Le conseguenze dell'impiego delle risorse disponibili e le conseguenze psicologiche e sociali, a breve e lungo termine, per i singoli e per la società sono state sottovalutate.

Un'ecografia ostetrica di routine nel primo trimestre:

-  **Non determina differenze a carico di esiti clinici importanti quali la mortalità perinatale.**
-  **Permette la visualizzazione dell'impianto della camera ovulare o della presenza dell'embrione/feto, del loro numero e dell'attività cardiaca.**
-  **Permette la datazione della gravidanza.**
-  **Conferma il sospetto di una gravidanza ectopica, di mola idatiforme o di massa pelvica.**
-  **Non esistono dati sufficienti per dimostrarne l'efficacia quale metodica di screening delle malformazioni embrio/fetali.**

Un'ecografia ostetrica di routine del II trimestre:

-  Permette la determinazione del numero dei feti e la datazione della gravidanza.
-  Permette la valutazione dell'anatomia fetale, ma richiede un buon livello di accreditamento degli ecografisti e delle apparecchiature.
-  La sensibilità dell'ecografia varia in base al tipo di anomalia, in base all'epoca gestazionale, all'abilità dell'ecografista, alla risoluzione dell'apparecchio e alla possibilità di accertare le sospette anomalie dopo la nascita.
-  In caso di diagnosi di anomalie fetali o comunque di un risultato anormale dell'esame è importante informare e sostenere la coppia in maniera appropriata.



Un'ecografia di routine nel terzo trimestre di gravidanza:

-  Permette la valutazione della crescita fetale, della quantità di liquido amniotico e dell'inserzione placentare
-  In base ai livelli di evidenza finora disponibili, in assenza di sospetti clinici, non può essere né raccomandata né esclusa.

Un esame eco-Doppler di routine:

-  In assenza di fattori di rischio non esistono evidenze di benefici apportati da questo esame diagnostico.



Il parere delle donne:

-  **L'ecografia è molto attraente per le donne e per i loro partners.**
-  **I risultati di significato clinico incerto hanno importanti conseguenze psicologiche e sociali.**
-  **La riduzione dell'ansia rilevata dopo l'esecuzione dell'ecografia riflette solo l'incremento di ansia registrata prima dell'esame.**
-  **Non esistono evidenze di ricadute positive dell'esame (es. riduzione del fumo di sigaretta).**

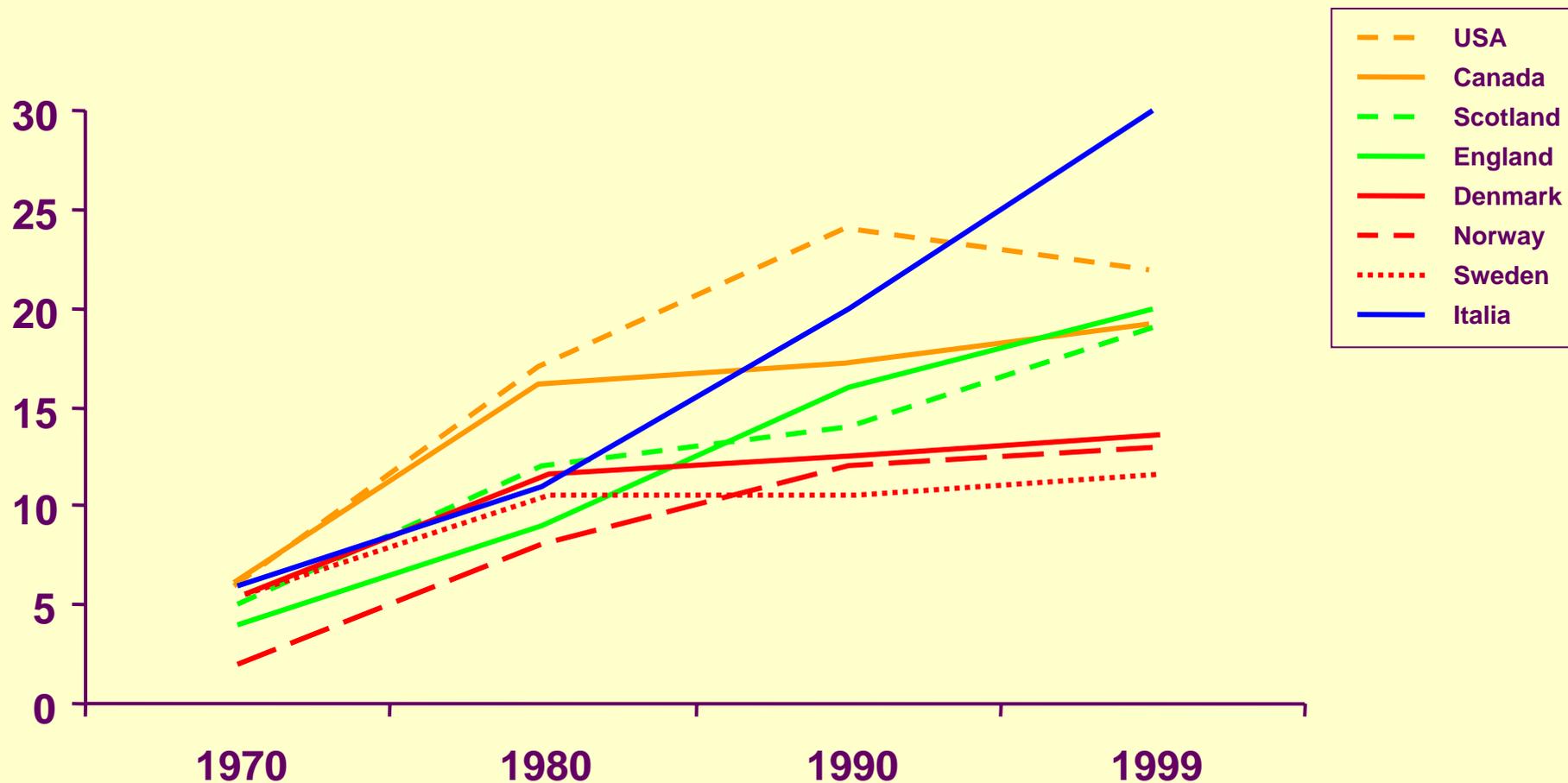
Costi e rapporto costi-efficacia:

-  **Esistono pochi studi di buona qualità metodologica**
-  **L'abilità professionale dell'ecografista e la durata dell'esame hanno un effetto significativo sul rapporto costo-efficacia**
-  **In base alle evidenze disponibili una singola ecografia ostetrica nel 2° trimestre rappresenta l'opzione migliore in termini costo-efficacia**
-  **È importante includere i costi a carico della donna nella valutazione economica perché il cambio nelle politiche fa spesso slittare i costi dai servizi alle famiglie.**

Pratiche raccomandate circa le ecografie nella gravidanza fisiologica, anni 1996-2003

	FRANCIA	SVEZIA	CANADA	UK	ITALIA
Ecografia nel primo trimestre	sì (11-13 settimana)	no	no	sì (intorno alla 12 settimana)	sì (entro il 1° trimestre)
Ecografia nel secondo trimestre	sì (22-24 settimane)	sì (entro la 18 settimana)	sì (18-19 settimana)	sì (20 settimana)	sì (19-23 settimane)
Ecografia nel terzo trimestre	no	no	no	no	sì (28-32 settimane)
Eco-doppler	no	no	no	no	no
n. medio di ecografie in gravidanza	2	1	1	2	5/6

Andamento percentuale dei tagli cesarei in diversi paesi – anni 1970-1999





Tecnologie appropriate per la nascita – OMS 1985

Una proporzione di cesarei che superi il 10-15% non offre alcun beneficio aggiuntivo di salute per la madre e per il neonato.

Obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 2002-2004

“diminuire la frequenza dei parti per taglio cesareo e ridurre le forti differenze regionali attualmente esistenti, arrivando entro il triennio ad un valore nazionale pari al 20%, in linea con valori medi degli altri paesi europei, anche tramite una revisione del DRG relativo”.

Per l'indicatore di appropriatezza clinica relativo all'incidenza dei tagli cesarei è stato stabilito un parametro di riferimento pari al 15-20%.





RACCOMANDAZIONI PER GLI OSPEDALI E I SERVIZI DI SALUTE MATERNO INFANTILE PER RAGGIUNGERE E MANTENERE LE MIGLIORI PRATICHE NELL'USO DEL TAGLIO CESAREO



I programmi per la salute materno infantile in Ontario sono in grado di mantenere un basso tasso di Cesarei a prescindere dalla dimensione, localizzazione, livello assistenziale e bacino d'utenza dei punti nascita.

Per raggiungere questi risultati occorre:

- **Attitudine**
- **Leadership**
- **Impegno personale**
- **Lavoro di gruppo**
- **Implementazione delle migliori pratiche**
- **Continuo miglioramento di qualità**
- **Impegno delle risorse economiche**

Fonte: "Attaining and maintaining best practices in the use of caesarean sections". Report of the caesarean section working group of the Ontario Women's Health Council - June 2000





RACCOMANDAZIONI SUL PARTO CESAREO SENZA INDICAZIONI MEDICHE

FIGO 2002

Alla luce delle evidenze disponibili un cesareo senza indicazione medica non è eticamente giustificabile

- In ambito medico c'è preoccupazione per l'aumento dei tagli cesarei
 - Rispetto al parto naturale il cesareo è più costoso economicamente e comporta maggiori rischi di salute per la madre e per il neonato
 - Gli operatori sanitari hanno l'obbligo professionale di “non nuocere” e quindi anche l'obbligo morale di favorire l'uso appropriato delle risorse
 - Gli operatori sanitari non possono essere obbligati ad effettuare procedure prive di sicuri benefici medici
 - Attualmente mancano evidenze circa i vantaggi del taglio cesareo sul parto naturale, al contrario le evidenze disponibili mostrano che il parto naturale è più vantaggioso a breve e a lungo termine sia per la madre che per il neonato
 - Tutti gli operatori sanitari hanno l'obbligo di informare le donne e discutere con loro questi aspetti.
- 

I 10 PASSI PER IL SUCCESSO DELL'ALLATTAMENTO AL SENO

Dichiarazione congiunta OMS/UNICEF - OMS Ginevra 1989

Ogni punto nascita e di assistenza al neonato dovrebbe:

	Livello di evidenza	Grado di raccomandazione
Definire un protocollo scritto per la promozione dell'allattamento al seno da far conoscere a tutto il personale sanitario	1++	A
Addestrare il personale sanitario affinché possa mettere in pratica tale protocollo	1++	A
Informare le donne già durante la gravidanza sui vantaggi e sulla conduzione dell'allattamento al seno	1++	A
Aiutare le madri perché comincino ad allattare entro mezz'ora dal parto	1	A
Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la produzione di latte anche in caso di separazione dal neonato	1++	A
Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, salvo indicazioni mediche	1/2	A/B
Praticare il rooming-in, permettere cioè alla madre e al bambino di restare insieme 24 ore su 24 durante la permanenza in ospedale	1	A
Incoraggiare l'allattamento al seno a richiesta	1++	A
Non dare tettarelle artificiali o succhiotti durante il periodo dell'allattamento	2/3/4	C/D
Favorire lo stabilirsi di gruppi di sostegno all'allattamento al seno ai quali le madri possano rivolgersi dopo la dimissione dall'ospedale o dalla clinica	1++	A

RACCOMANDAZIONI OMS SULL'ALLATTAMENTO AL SENO (WHO/CDR/93.6)



Avvio dell'allattamento al seno entro 30-60 minuti dal parto



Allattamento al seno esclusivo fino ai 6 mesi



Alimenti complementari introdotti dal 6° mese di vita



Alimenti complementari dati con cucchiaino e tazza, o con bicchierino, ma non con il biberon



Allattamento al seno parziale ed occasionale fino ai 2 anni ed oltre



PROGETTO OBIETTIVO MATERNO-INFANTILE **(Piano Sanitario Nazionale 1998-2000)**



OBIETTIVI

**Promozione dell'allattamento al seno:
Incremento nel corso del triennio, della
percentuale di allattamento precoce al
seno(entro le 24 ore)
Verifica iniziative di promozione della
pratica dell'allattamento al seno oltre il
3° mese**

**Favorire avvicinamento
contatto puerpera-neonato
(anche patologico)**



AZIONI

**Corsi pre-parto e di assistenza
post-nascita
Qualificazione del personale
Attivazione di percorsi facilitanti il
contatto madre-bambino**

**Collegamento funzionale-strutturale
tra area ostetrica-ginecologica e area
pediatrico-neonatologica
Adeguamento strutturale al fine di
facilitare il rooming-in e l'allattamento
al seno**





RACCOMANDAZIONI DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI NEONATOLOGIA 2001

- **Diritto alla libera e consapevole scelta sull'allattamento**
 - **Impegno degli operatori sanitari nell'informazione e sostegno all'allattamento**
 - **Avvio precoce**
 - **Rooming-in e allattamento a domanda**
 - **Eliminazione delle supplementazioni routinarie di sostituti del latte materno**
 - **Eliminazione/riduzione dell'uso di ciucci, tettarelle**
 - **Dimissioni concordate e protette**
 - **Riconoscimento dell'esiguo numero di controindicazioni**
 - **Allattamento esclusivo fino a 6 mesi**
 - **Allattamento parziale ed occasionale fino a due anni ed oltre**
- 

“ ... a voler ben considerare,
il miracolo sta nel fatto che
tante gravidanze e tanti parti
si risolvano così felicemente.
Tutto considerato e ad onta
delle imperfezioni umane che
spesso tendono a frustrare gli
intenti della natura. ”

J. Joyce “Ulisse”

