

# G IORNALE ITALIANO DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

DIRETTO DA A.R. GENAZZANI

IX CONGRESSO  
DELLA SOCIETÀ ITALIANA  
DI PSICOSOMATICA  
GINECOLOGICA ED OSTETRICA  
MODENA, 20-21 FEBBRAIO 2009

Vol. XXXI - N. 1-2 - gennaio/febbraio 2009 - Mensile

In collaborazione con  
INTERNATIONAL  
JOURNAL OF  
GYNECOLOGY & OBSTETRICS  
Official Publication of the FIGO



**CIC** Edizioni Internazionali

P. Lippa, G. Ferranti, F. Anglana

**NOVITÀ  
EDITORIALE**

# LESIONI A RISCHIO E TUMORI DELLA VULVA

Presentazione  
di G. Scambia



**Volume brossurato  
di 136 pagine  
f.to cm 21x29  
€ 40,00**

per acquisti on line  
[www.gruppocic.com](http://www.gruppocic.com)



**CIC** Edizioni Internazionali

Capitolo 1 - Aspetti generali  
Capitolo 2 - Pattern epiteliali di crescita neoplastica  
Capitolo 3 - Patologie vulvari a rischio di trasformazione neoplastica  
Capitolo 4 - Neoplasie intraepiteliali della vulva  
Capitolo 5 - Tumori maligni della vulva  
Capitolo 6 - Lesioni pigmentate e melanoma della vulva  
Capitolo 7 - Malattia di paget  
Capitolo 8 - Neoformazioni benigne  
Appendice  
Le basi molecolari del processo neoplastico  
Bibliografia  
Indice analitico

ORGANO UFFICIALE DI



ISGE ITALIA

FILIALE ITALIANA DELLA INTERNATIONAL SOCIETY  
OF GYNECOLOGICAL ENDOCRINOLOGY



FIOG

FEDERAZIONE ITALIANA DI OSTETRICIA  
E GINECOLOGIA



AGUI

ASSOCIAZIONE GINECOLOGI UNIVERSITARI ITALIANI

*Questa rivista viene recensita  
da «EMBASE/Excerpta Medica»  
e da «The Academy of Sciences  
of Russian Federation»*

*Gli abstract di questo periodico sono  
recensiti sulla banca dati «Medicine»*

**Contiene la traduzione  
italiana di articoli selezionati  
comparsi sull'«International Journal  
of Gynecology & Obstetrics»**

*This publication comprises  
a selection of articles  
from the «International Journal  
of Gynecology & Obstetrics»*

ASSOCIATO A:

**A.N.E.S.**  
ASSOCIAZIONE NAZIONALE  
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA



For reprint information in the United States contact:  
1) International Reprint Corporation  
968 Admiral Callaghan Lane, apt. 268  
P.O. Box 12004  
Vallejo, CA 94590 - Phone (707) 553-9230  
Fax (707) 552-9524  
2) Copyright Clearance Center, Inc.  
222 Rosewood Drive  
Danvers - Massachusetts 01923  
Phone (508) 750-8400 / Fax (508) 750-4744

# 1/2 Giornale Italiano di Ostetricia e Ginecologia

Mensile - volume XXXI  
Gennaio-Febbraio 2009

**Direttore scientifico:** A.R. Genazzani

**Direttore responsabile:** Andrea Salvati

**Comitato direttivo:**

Ambrosini A. (Padova) - Bellati U. (Chieti) - Benagiano G. (Roma) - Bruni V. (Firenze) - Capetta P. (Milano) - Cittadini E. (Palermo) - Crosignani P.G. (Milano) - Di Leo S. (Catania) - Di Renzo G.C. (Perugia) - Ferrazzi E. (Milano) - Graziottin A. (Milano) - Guaschino S. (Trieste) - Mancuso S. (Roma) - Mangioni C. (Milano) - Marchesoni D. (Udine) - Mollica G. (Ferrara) - Moscarini M. (Roma) - Nappi C. (Napoli) - Palumbo G. (Catania) - Pecorelli S. (Brescia) - Petraglia F. (Siena) - Piccione E. (Roma) - Scarselli G. (Firenze) - Selvaggi L. (Bari) - Sismondi P. (Torino) - Volpe A. (Modena)

**Segreteria di redazione:** Iole Di Francesco

E-mail: difrancesco@gruppocic.it

**Area Pubblicità:** Patrizia Arcangioli - (Responsabile)

E-mail: arcangioli@gruppocic.it

**Marketing e Sviluppo**

**Area Nord Italia:** Antonietta Garzonio

E-mail: garzonio@gruppocic.it

**Roma:** Fabio Regini

E-mail: regini@gruppocic.it

**Area Commerciale Libreria & Logistica:**

Via della Fontana, 18 - 00198 Roma

Tel. 06 44251281 - Fax 06 44262189

E-mail: ordini@gruppocic.it - abbonamenti@gruppocic.it

**Progetto grafico:** Grazia Mannoni

**Traduzioni** a cura di G. Urbinati

Abbonamento annuo (9 numeri) € 80,00

L'importo include anche l'accesso alla versione on line

Il fascicolo € 9,00 - Arretrato il doppio

«L'IVA, condensata nel prezzo di vendita, è assolta dall'Editore ai sensi dell'art. 74, primo comma, lett. c), D.P.R. 633/72 e D.M. 29-12-89».

**Comunicazione all'Abbonato**

Il periodico viene anche inviato ad un indirizzario di specialisti predisposto dall'Editore. Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/03 n. 196 (Art. 13) La informiamo che l'Editore è il Titolare del trattamento e che i dati in nostro possesso sono oggetto di trattamenti informatici e manuali; sono altresì adottate, ai sensi dell'Art. 31, le misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la riservatezza. I dati sono gestiti internamente e non vengono mai ceduti a terzi, possono esclusivamente essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). La informiamo inoltre che ha diritto in qualsiasi momento, ai sensi dell'art. 7, di richiedere la conferma dell'esistenza dei dati trattati e richiederne la cancellazione, la trasformazione, l'aggiornamento ed opporsi al trattamento per finalità commerciali o di ricerca di mercato con comunicazione scritta.

**GIORNALE ITALIANO DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA**

GIOR. IT. OST. GIN. ISSN 0391 - 9013

**CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI** s.r.l.

**Direzione, Redazione, Amministrazione:** Corso Trieste, 42 - 00198 Roma

Tel. 06.8412673 r.a. - Fax 06.8412688 - E-mail: info@gruppocic.it

E-mail redazione: difrancesco@gruppocic.it

**Sede «Area Nord Italia»**

Via Matteotti, 52/a - 21012 Cassano Magnago - Varese

Tel. 0331282359 - Fax: 0331287489

Autorizzazione Tribunale di Roma n. 17715 del 9-6-1979

R.O.C. 6905/71401

Il «Giornale Italiano di Ostetricia e Ginecologia» è consultabile anche on line all'indirizzo [www.giog.it](http://www.giog.it)

Fotocomposizione e stampa: LITOGRAF srl - Industria Grafica Editoriale  
06059 Todi (Perugia)

FINITO DI STAMPARE NEL MESE DI GENNAIO 2009

### Norme per la pubblicazione

I lavori debbono essere inediti. La loro accettazione e pubblicazione nei singoli fascicoli è di esclusiva competenza della Direzione. I dattiloscritti, in duplice copia, vanno inviati al *Giornale Italiano di Ostetricia e Ginecologia* - CIC - Edizioni Internazionali s.r.l. - Corso Trieste, 42 - 00198 Roma, correddati dell'indirizzo dei singoli Autori. I lavori devono pervenire in redazione redatti anche su supporto elettronico (floppy-disk, CD Rom, in programma Word per PC o Macintosh) o inviati al seguente indirizzo e-mail: difrancesco@gruppic.it, (attenzione Sig.ra Iole Di Francesco); in ogni caso le figure, ad alta risoluzione, devono essere inviate, in un file a parte, in uno dei seguenti formati: TIF, JPEG o EPS. Si raccomanda di conservare un'altra copia del lavoro, in quanto la Rivista non si ritiene responsabile dell'eventuale smarrimento dell'originale. La correzione delle bozze viene fatta dagli Autori, che sono tenuti a rinviarle alla Redazione a stretto giro di posta. Se le bozze corrette non perverranno entro 10 giorni dalla data di invio, la Redazione provvederà direttamente alla correzione.

Unitamente alle bozze di stampa verrà comunicato agli Autori l'importo relativo al contributo stampa, clichè, tabelle ed estratti. Detto importo dovrà essere versato all'atto della restituzione delle bozze accludendo assegno intestato al CIC Edizioni Internazionali. La proprietà artistica e letteraria di quanto pubblicato è riservata alla Rivista con l'atto stesso della pubblicazione e ciò viene accettato implicitamente dagli Autori. Tutti i diritti riservati. È vietato riprodurre, archiviare in un sistema di riproduzione o trasmettere sotto qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo, elettronico, meccanico, per fotocopia, registrazione o altro, qualsiasi parte di questa pubblicazione senza l'autorizzazione scritta dell'Editore.

È obbligatoria la citazione della fonte.

Gli articoli pubblicati rispecchiano esclusivamente l'opinione degli Autori, che quindi sono responsabili del contenuto.

### Struttura dei lavori

Si suggerisce di inviare lavori con testo breve e iconografia significativa. I lavori dovranno essere così presentati: titolo, iniziale del nome e cognome per esteso degli Autori, Istituto Universitario o di Ricerca od Ospedale di appartenenza, con firma del Direttore o del Primario, riassunto in lingua italiana ed inglese di 200-250 parole, parole chiave.

Il testo, redatto in italiano od anche in inglese o francese, dovrà articolarsi in: premessa, materiale (o pazienti) e metodi, risultati, discussione, conclusioni. La bibliografia

deve indicare il cognome per esteso e l'iniziale non puntata del nome degli autori, il titolo in lingua originale, l'indicazione della rivista abbreviata secondo le norme internazionali, l'anno di pubblicazione, l'ordinale del volume in numeri arabi, la pagina d'inizio e di fine. Per le monografie e i trattati: cognome ed iniziale del nome degli Autori, titolo in lingua originale, edizione, luogo, editore ed anno di pubblicazione.

Esempi:

- MANOS M.M., KINNEY W.K., HURLEY L.B., SHERMAN M.E., SHIEH-NGAI J., KURMAN R.J. et al.: *Identifying women with cervical neoplasia: using human papillomavirus DNA testing for equivocal Papanicolaou results*. JAMA, 281:1605-10, 1999 (Level II-2).
- DICKENS B.M.: *Wrongful birth and life, wrongful death before birth, and wrongful law*. In: McLEAN S.A.M., editor. *Legal issues in human reproduction*. London: Gower Medico-Legal Services, 1989, p. 80-112.

Le indicazioni bibliografiche vanno poste in ordine alfabetico, riferito al cognome del primo Autore e numerate progressivamente.

Ogni figura deve essere presentata su singolo foglio, numerata progressivamente in numeri arabi e richiamata nel testo. Le tabelle, numerate in cifre arabe, potranno essere ricomposte, per esigenze tipografiche, dalla redazione; il relativo costo sarà a carico degli Autori. Sul retro delle figure e delle tabelle debbono essere riportati il cognome del primo autore, il titolo del lavoro e la disposizione da dare alla figura nella composizione tipografica. Sul foglio va riportata una breve ma chiara didascalia.

I lavori debbono essere dattiloscritti in doppio spazio a margini laterali di almeno 4 cm.

Quando vengono pubblicate sperimentazioni eseguite su soggetti umani, occorre indicare se le procedure seguite sono in accordo con la dichiarazione di Helsinki del 1975, con relative aggiunte del 1983, e comunque con la normativa etica vigente.

La Direzione si riserva di apportare modifiche strutturali al lavoro per uniformarlo alle norme redazionali e di intervenire o di far intervenire altri autori a commento del contenuto e delle argomentazioni espone negli articoli pubblicati.

La pubblicazione dei testi e delle immagini pubblicitarie è subordinata all'approvazione della Direzione del giornale ed in ogni caso non coinvolge la responsabilità dell'Editore.

Ogni possibile sforzo è stato compiuto nel soddisfare i diritti di riproduzione.

1/2

Mensile  
volume XXXI  
Gennaio-Febbraio 2009

# Giornale Italiano di Ostetricia e Ginecologia

## SOMMARIO

IX CONGRESSO DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOSOMATICA  
GINECOLOGICA ED OSTETRICA

### “APPUNTI DI PSICOSOMATICA IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA”

Modena, 20-21 febbraio 2009

a cura di F. Facchinetti, A. Volpe

- 9 **Il counselling per la contraccezione**  
M. Dei
- 13 **Il Counselling per le MST**  
M.B. Pezzini
- 16 **Educazione alla sessualità nella scuola come  
attenzione al progetto di vita**  
A. Fede
- 19 **La consulenza sessuologica agli adolescenti**  
A.D. Turchetto
- 21 **L'esperienza nelle scuole di Reggio Emilia**  
M.T. Villani, K. Taila, G.B. La Sala
- 23 **Ostetricia basata sulle prove di efficacia e gravidanza  
a basso rischio**  
V. Basevi
- 25 **Ruoli e responsabilità dell'ostetrica nel parto a basso  
rischio**  
A. Morese
- 29 **L'esperienza del Centro Nascita a Modena**  
C. Salvioli, F. Facchinetti
- 34 **Il Centro Nascita per il “basso rischio” a Careggi, Firenze**  
M. Santini, G. Lino

- 38 Mamme straniere: processi migratori ed integrazione**  
D. Costantino, N. Doina, C. Guaraldi
- 41 L'esperienza del dolore nel travaglio di parto: aspetti neuroendocrini**  
L. Colloca
- 43 Il dolore delle donne in travaglio di parto: le strategie di supporto assistenziale tra tecnologia e umanizzazione**  
P. Serafini, E.M. Mollo
- 48 L'immersione in acqua quale strategia del controllo del dolore**  
C. Benedetto, F. Bergia, E. Bianquin, M. Zonca
- 51 Il controllo del dolore nei travagli a rischio**  
M. Zonca, P. Sozzani, R. De Fazio, G. Pettinao
- 53 Ambiente vaginale nel ciclo riproduttivo**  
S. Luisi, V. Ciani, L. Lazzeri, S. Pinzauti, F. Filosomi, F. Petraglia
- 55 Comfort urogenitale e disturbi della sessualità**  
S. Caruso, M. Romano, L. Lo Presti, C. Agnello
- 57 Vissuto vaginale e scelta contraccettiva**  
R.E. Nappi, E. Spada, E. Del Bò, S. Tonani, V. Santamaria, F. Polatti
- 60 L'impiego clinico dell'ipnosi medica in ginecologia**  
P. Vercelli
- 63 Utilizzo dei fitoterapici nella sindrome premestruale**  
G. Dante, F. Facchinetti, M. Bellafronte, A. Ricchi
- 65 Applicazione dell'agopuntura in travaglio di parto**  
I. Neri, A. Ricchi, C. Salvioli, F. Facchinetti
- 68 Utilizzo dell'agopuntura nel trattamento dei disturbi climaterici**  
G. Allais, I. Castagnoli Gabellari, S. Rolando, P. Borgogno, M. Cormio, C. Benedetto
- 70 Dolore pelvico cronico: comorbilità e implicazioni psicosomatiche**  
A. Graziottin
- 72 Nuovi orientamenti nella fisiopatologia e nel management del dolore pelvico cronico**  
F. Sesti, T. Capozzolo, E. Piccione
- 75 Il dolore pelvico cronico nelle adolescenti**  
F.L. Giorgino, C. Marigo

- 79 **Iperandrogenismo e terapia estro-progestinica**  
S. Lello
- 81 **Benessere e immagine corporea nell'adolescenza:  
ruolo dello sport e della contraccezione**  
A. Graziottin
- 83 **Una "generazione secondo natura" nelle visioni  
pre-sperimentali e nelle concezioni  
delle scienze biologiche**  
G. Armocida, G. S. Rigo
- 86 **Il rapporto medico-paziente nella PMA**  
F.M. Fusi
- 88 **Il rapporto medico-paziente nella PMA**  
A. Mattei
- 92 **Esiti della PMA prima e dopo la Legge 40**  
G.B. La Sala, A. Nicoli, M.T. Villani, F. Iannotti
- 95 **Le nuove Linee guida ed il supporto psicologico  
in P.M.A.**  
S. Betti
- 97 **La voce delle pazienti infertili**  
R. Bertolucci
- 99 **Diagnosi ecografica di malformazione**  
R. Natale
- 102 **"Mamme Oltre il Blu": farsi carico del disagio  
postparto nelle donne a basso rischio**  
M. Vezzani, E. Casaroli
- 105 **Intervento integrato medico-psicologico in caso di  
beta hcg plasmatico negativo dopo tecnica di  
procreazione medicalmente assistita: un caso clinico**  
V. Valentino, C. Conversano, E. Lensi, G. Simi,  
V. Cella, A.R. Genazzani

The International Academy  
of Human Reproduction  
announces the  
**13<sup>th</sup> World Congress on  
Human Reproduction**

**HONORARY PRESIDENT**

*Joseph G. Schenker*

**PRESIDENT OF THE CONGRESS**

*Andrea R. Genazzani*

**CHAIRMEN OF THE SCIENTIFIC COMMITTEE**

*Zion Ben Rafael*

*Zeev Shoham*

**Hilton Molino Stucky**

**Venezia**

**March 5-8, 2009**

**SCIENTIFIC SECRETARIAT**

**P.G. Artini, V. Cela, A. Gadducci,  
P. Monteleone, T. Simoncini, V. Valentino**

*Dept. of Reproductive Medicine  
and Child Development*

*Division of Gynecology and Obstetrics  
"P. Fioretti"*

*University of Pisa*

Via Roma 35 - 56126 Pisa - Italy

Phone +39 050 503985

Fax +39 050 220 7028

E-mail argenazzani@tiscali.it

**ORGANIZING SECRETARIATS**

**Biomedical Technologies srl**

Via Trieste 1

56126 Pisa - Italy

Phone: +39 050 501934

Fax: +39 050 501239

E-mail:

humanrep2009@biomedicaltechnologies.com

Web Site: www.biomedicaltechnologies.com

**ComtecMED**

53 Rothschild Boulevard - PO Box 68

61000 Tel Aviv - Israel

Phone: +972-3-566-6166

Fax: +972- 3-566-6177

E-mail:

humanrep@comtecmed.com

Web Site: www.comtecmed.com

**www.humanrep2009.com**



---

## Presentazione

---

Ospitare il IX Convegno Nazionale della Società Italiana di Psicosomatica Ginecologica ed Ostetrica è un onore per il Dipartimento Materno Infantile dell'Università di Modena e Reggio Emilia cui apparteniamo.

Si tratta di un'ulteriore occasione per mettere in evidenza quanto sia importante, nella nostra disciplina, l'attenzione agli aspetti psicologici e relazionali e ciò in un momento di profondi cambiamenti nella richiesta di salute.

Il mondo della riproduzione infatti è sempre più all'ordine del giorno delle istituzioni: basti pensare alle recenti direttive relative alla Procreazione Medicalmente Assistita o al dibattito nazionale circa le modalità del parto che da un lato si auspicherebbe sempre meno medicalizzato mentre dall'altro si confrontano con la necessità di analgesia peridurale o con la crescente richiesta di taglio cesareo, apparentemente senza motivazioni mediche. Tali implicazioni sociali sono così profonde da diventare parte integrante del nostro operare ed il convegno dibatterà questi temi in tale prospettiva.

Gli interventi, in Psicosomatica, non sono ristretti al solo ambito sanitario, ma sono di più ampio respiro: per questo il convegno si occupa dell'educazione alla salute, soprattutto operata a livello scolastico per gli adolescenti così come dei supporti terapeutici offerti dalle medicine complementari. Si farà altresì il punto sui nuovi scenari del parto nonché su aspetti poco esplorati della contraccettione ormonale; si affrontano anche temi più "classicamente" psicosomatici come il dolore pelvico cronico e le conseguenze psicologiche dei fallimenti riproduttivi.

La pubblicazione che qui presentiamo vuole essere memoria di quanto verrà dibattuto, ma anche stimolo per ulteriori approfondimenti sui temi specifici di Psicosomatica in Ginecologia ed ostetricia.

Ci auguriamo che questa iniziativa sia utile a formare i professionisti della riproduzione, medici ed ostetriche, come persone sempre più capaci di ascolto dei bisogni dell'utenza.

*Fabio Facchinetti*

*Annibale Volpe*

# Annuario Sanità Italia 2009

Un peccato non averlo,  
un privilegio possederlo!



L' Annuario Sanità Italia 2009 da ben 20 anni è:

- + il miglior partner di chi investe nella ricerca, nell'aggiornamento e nel progresso medico-scientifico
- + lo strumento di lavoro al servizio della professione medica
- + la soluzione completa e conveniente ad ogni esigenza dei professionisti della Sanità

Indispensabile e prezioso per

- + effettuare ricerche e consultazioni
- + svolgere analisi di mercato mirate e specifiche
- + realizzare operazioni di direct marketing
- + essere aggiornato sul quadro normativo di settore

**Periodicità:** Annuale

**Uscita:** Marzo

**Tiratura media:** 10.000 copie

**Formato:** mm 170 x 240

**Composizione opera:** due volumi

**Prezzo di copertina:** € 100,00

**CD ROM:** € 180,00\*

**CD ROM + cartaceo:** € 100,00\* + 100,00

\*L'importo è da considerarsi IVA esclusa

[www.annuariosanita.it](http://www.annuariosanita.it)

Tel +39 06.69380070

**EDITORIALE  
PUBBLIACI**

## Il counselling per la contraccezione

M. DEI

### Premessa

La necessità di approfondire le modalità di un counselling contraccettivo competente si basa su alcune evidenze: l'analisi dei dati forniti dal Ministero della Salute sulle interruzioni volontarie di gravidanza nelle minori (per ora relativi all'anno 2006) indicano un numero piccolo, ma abbastanza stabile di interruzioni in una fascia di età molto giovane. Inoltre evidenziano, dalla seconda metà degli anni '90, un incremento continuo del ricorso alla IVG in soggetti di nazionalità straniera, trasferitisi nel nostro paese.

I pochi studi sulle motivazioni della scelta di interrompere la gravidanza nelle donne adulte mettono in luce ulteriori elementi chiave da prendere in considerazione per interventi di prevenzione.

I dati attuali relativi ad altri paesi dell'Unione Europea con comportamenti sessuali in gran parte comparabili ci dicono che alcune malattie a trasmissione sessuale sono un'emergenza del tutto sommersa, che interessa in modo particolare i giovani e può avere un impatto significativo sulla fertilità e la salute futura. La nostra consapevolezza al riguardo è ancora però molto scarsa.

La contraccezione, come tutti i comportamenti protettivi, non è una scelta esclusivamente razionale, ma correlata anche alle caratteristiche individuali, ad esempio rispetto all'assunzione di rischi, e relazionali, quale il tipo di rapporto di coppia e il contesto sociale in cui si vive. Inoltre la possibilità di generare è un tema particolarmente significativo e radicato nell'inconscio, che può motivare improvvise rimozioni o omissioni apparentemente inspiegabili.

### Per un modello di anamnesi orientata alla scelta contraccettiva

Sia l'esperienza clinica sul campo che la lettura dell'ampia letteratura sul tema ci hanno convinto a promuovere uno schema di colloquio anamnestico basato su:

- elementi clinici
- fattori individuali: stile di vita, progetti, e, quando possibile, elementi correlati alla concezione personale della sessualità
- caratteristiche del contesto relazionale

La divisione in tre punti è in realtà solo uno schema semplificativo, perché tutti gli ambiti di indagine sono strettamente interconnessi.

Particolare tempo ed attenzione alle proprie modalità comunicative va data ai soggetti più fragili (adolescenti, donne immigrate, soggetti con precedenti interruzioni volontarie di gravidanza).

a) Sul piano clinico è ben nota l'utilità di un'anamnesi familiare estesa, mirata soprattutto sulle malattie cardiovascolari, sulla presenza di ipertensione, dislipidemie, cefalea e patologie autoimmuni. Tale anamnesi può orientare eventuali esami ematochimici mirati, anche se nessuna linea guida in atto afferma la necessità di un controllo ematico prima della prescrizione di un contraccettivo ormonale. L'anamnesi personale è mirata a rilevare patologie pregresse ed in atto: cefalea, segni di possibili situazioni autoimmuni ed eventuali trattamenti farmacologici. Nella scelta del preparato è rilevante l'anamnesi mestruale e soprattutto l'eventuale ipermenorrea. Vanno incluse nell'anamnesi anche il rilievo delle situazioni per cui la contraccezione ormonale può avere effetti positivi (dismenorrea, acne, sindrome premenstruale...) come elemento di motivazione al trattamento. Infine i disturbi importanti del tono dell'umore, in quanto stati depressivi prolungati sono stati messi in correlazione con un maggiore ricorso alla interruzione volontaria di gravidanza (Taft & Watson 2008) e la tendenza a disturbi di ansia alla discontinuazione precoce di contraccettivi ormonali. Sul pia-

no dell'esame obiettivo si raccomanda infine il controllo del peso, l'evidenziazione di eventuali segni di lieve iperandrogenismo (acne, seborrea) ed il controllo della pressione arteriosa.

b) Riguardo agli stili di vita alcuni temi ci interessano particolarmente: da un lato il fumo di sigaretta che è un fattore di rischio vascolare non trascurabile nemmeno nei soggetti giovani. Inoltre ha la capacità di concentrarsi con effetto immunomodulante all'interno del muco cervicale (Scott et al 2006) facilitando l'acquisizione di patogeni per via sessuale e in particolar modo la permanenza e l'evoluitività dei quadri da HPV. D'altro lato è importante approfondire sia lo stile alimentare che l'attività fisica incoraggiando quest'ultima soprattutto in soggetti sovrappeso, ma anche cercando di cogliere i segni di apprensione relativa al proprio aspetto fisico e di sfumato controllo alimentare che sono una motivazione a considerare comunque ogni ormone un nemico e ad interrompere il trattamento con estroprogestinici una volta iniziato (Dei et al 2000). Inoltre, soprattutto nei soggetti giovani è fondamentale saggiare con cautela il terreno dei "comportamenti del Sabato sera", cioè dei momenti di sbalzo in cui vari comportamenti a rischio si sommano, con una frequenza spesso insospettata. È ben dimostrato ad esempio negli adolescenti un legame stretto tra mancata protezione contraccettiva e abuso di alcool; ma anche l'uso continuativo di cannabis e soprattutto il ricorso a droghe da discoteca è strettamente correlato ad una sessualità a rischio. Questo non tanto per l'effetto delle droghe al momento di eventuali rapporti sessuali, ma come indicatori di una tendenza ad esperienze di rischio che si mantiene nel tempo (Parkes et al 2007). Il tema dei progetti personali ha naturalmente un impatto diverso a seconda dell'età e del momento esistenziale: nell'adolescente le aspettative di auto-realizzazione espresse dall'impegno scolastico o in attività extrascolastiche sono un indicatore di comportamenti protettivi. Ma questo è vero anche per la donna adulta e, in misura ancora maggiore, per chi è da poco immigrata nel nostro paese per realizzare una dimensione di vita migliore per sé e la sua famiglia. Paradossalmente però, un certo numero di concepimenti indesiderati si verifica proprio nei momenti "creativi" in cui iniziano percorsi di realizzazione personale, come se il corpo si associasse con modalità più tradizionali a questa fase di cambiamento. Infine parlando di contraccezione tendiamo ad escludere dai temi del colloquio ele-

menti che possano mettere in luce il valore e le aspettative personali che riveste la sessualità per il singolo soggetto. È stato dimostrato invece come questi siano una chiave di lettura importante per la scelta e la motivazione all'uso del contraccettivo (Higgins et al 2008).

c) Ancora più complesso ancora, ma sicuramente di rilievo è forse cogliere alcuni aspetti fondamentali del contesto relazionale: famiglia, coppia, gruppo di riferimento. Per quanto riguarda in particolare gli adolescenti è ormai noto da tante indagini, sia di altri paesi che locali, come la presenza di un nucleo familiare integro, presente nella vita dell'adolescente, anche se talvolta conflittuale, è correlato a maggiori comportamenti protettivi (Dei et al 2004). In particolare la comunicazione madre-figlia sulla salute sessuale influenza una scelta di inizio della attività sessuale più ponderata e un minor numero di rapporti non protetti. Nelle adulte la famiglia agisce come background di riferimento sul piano dei valori, in particolare per soggetti di diverse etnie e credenze religiose. Svolge perciò lo stesso ruolo del gruppo di coetanei di riferimento per gli adolescenti, quello di "coro" che fa passare la sua cultura su stereotipi e ruoli maschili e femminili, su gravidanza e contraccezione promuovendo o contagiando anche i comportamenti a rischio.

Anche alcune caratteristiche della coppia sono fondamentali, non soltanto per una valutazione del turnover di partners, come indicatore di rischio importante di acquisizione di malattie a trasmissione sessuale; ma è fondamentale avere qualche elemento della tipologia della relazione. Soprattutto vanno indagate quelle dimensioni che si possono riportare ad una situazione di asimmetria, come un partner di età significativamente maggiore o con caratteristiche di leader o, situazione non rara, con comportamenti di violenza fisica o psicologica. L'asimmetria nella coppia tende ad aumentare le difficoltà della ragazza o della donna ad esprimere i propri bisogni e desideri anche in tema di protezione sessuale (Impett et al 2006) ed espone ad un maggior rischio di concepimenti indesiderati e di malattie a trasmissione sessuale.

All'interno della storia della relazione si possono ricollocare anche molti concepimenti imprevisti ed indesiderati: la percezione di un allontanamento o della fine della relazione è un momento spesso di rischio per l'inizio di una gravidanza, come modalità inconscia di creare un legame.

## Bibliografia

1. TAFT AJ, WATSON LF. *Depression and termination of pregnancy (induced abortion) in a national cohort of young Australian women: the confounding effect of women's experience of violence*. BMC Publ Health 2008 26 (8):75.
2. DEI M, BETTINI P, GIRAU C, LEONETTI R, BRUNI V. *Factors influencing oral contraceptive compliance in adolescent fe-*

- males: results of a longitudinal study.* in: "Contraception in the third millennium" Aubény, Meden-Crtovec, Coll (eds) Parthenon Publ. London 2000 p.80.
3. PARKES A, WIGHT D, HENDERSON M, HART G. *Explaining associations between adolescent substance use and condom use.* J Adolesc Health. 2007;40(2):180
  4. HIGGINS JA, HIRSCH J. *Pleasure, power and inequality: incorporating sexuality into research on contraceptive use.* Am J Pu-  
bl Health 2008 98 (19): 1803.
  5. DEI M, BRUNI V, BETTINI P, LEONETTI R, BALZI D, PASQUA A. *The resistance to contraceptive use in young Italian Women.* Eur J Contr Reprod Health Care 2004 9(4): 214.
  6. IMPETT EA, SCHOOLER D, TOLMAN DL. *To be seen and not heard: femininity ideology and adolescent girls'sexual health.* Arch Sex Behav 2006 35(2): 131.
- 

© CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI

**Société Européenne de Gynécologie  
European Society of Gynecology**

**SEG 2009**

**Président du Congrès/President of the Congress  
Prof. Andrea R. Genazzani**

**Secrétariat Scientifique/Scientific Secretariat  
Dept. of Reproductive Medicine and  
Child Development  
Division of Gynecology and Obstetrics "P. Fioretti"  
University of Pisa  
Phone +39 050 503985 - Fax +39 050 220 7028  
E-mail argenazzani@tiscali.it**

**Secrétariat d'organisation/ Organizing Secretariat  
Biomedical Technologies srl  
Phone: +39 050 501934 - Fax: +39 050 501239  
E-mail: biomedical@tin.it  
Web Site: www.biomedicaltechnologies.com**

**10-13**

**septembre/september  
2009**

**European  
Society  
of  
Gynecology**



**Société  
Européenne  
de  
Gynécologie**

**8ème Congrès/  
8th Congress**

**ROMA**

**www.seg2009.com**

## Il Counselling per le MST

M.B. PEZZINI

Le STD's sono uno dei maggiori problemi di salute pubblica sia dei paesi industrializzati che dei paesi in via di sviluppo e sono in continuo aumento, in particolare negli ultimi 20 anni è stato registrato un aumento globale delle MST sia delle infezioni virali, che più recentemente di quelle batteriche.

Panchaud nel 2000 riferiva che la WHO stimava che nella metà degli anni 90 annualmente vi erano 30 milioni di nuove infezioni di MST curabili (sifilide, gonorrea, *chlamydia trachomatis*) nel Nord America ed Europa Occidentale e 18 milioni di nuove infezioni annue nell' Europa Orientale ed Asia Centrale.

Questi dati non includevano le MST incurabili come *Herpes Genitalis* ed HPV.

Per quanto riguarda l'HIV nel Nord America e nell'Europa Occidentale erano state stimate 74.000 nuove infezioni l'anno (1).

Sempre la WHO nel 2001 stimava che globalmente nel 1990 vi erano stati 250 milioni di nuovi casi di MST curabili per anno che erano cresciuti a 330 milioni nel 1995 e a 330 nel 1999.

Negli USA ogni anno 12 milioni di persone contraggono una MST e di questi 3 milioni sono adolescenti e 43.000.000 saranno infetti tutta la vita per aver contratto una malattia virale.

Fino a marzo 1993 vi erano negli USA 56.287 casi di AIDS di età compresa fra i 13 e i 29 anni.

Le femmine sono contagiate 20 volte più dei maschi: la stragrande maggioranza dei casi infetti per via eterosessuale sono donne: il 91% dei soggetti tra i 13 e i 19 anni e l' 82% degli infetti di età compresa tra i 20 e i 24 anni.

Questa disparità epidemiologica tra maschi e femmine è parzialmente spiegabile con la fragilità dell' epi-

telio cervicale e dalla maggiore probabilità per le giovani donne di avere rapporti con uomini di età maggiore.

Le MST sono:

- Infezioni batteriche, protozoarie ed infestazioni
  - Sifilide
  - Gonorrea
  - Chlamydia Trachomatis
  - Ulcera molle CURABILI
  - Linfogranuloma venereo
  - Tricomonas
  - Infestazioni (scabbia, pediculosi pubica)
- Infezioni virali
  - HPV
  - Herpes genitale
  - HIV
  - Epatite virale B e D
  - Altre (mollusco contagioso, CMV, EBV, HHV8, HTLV I e II).

La distribuzione per fascia di età e sesso in Italia ha un picco fra i giovani maschi e femmine di età compresa tra i 19 e i 24 anni e poi dai 25 ai 29 anni e comincia, in seguito, lievemente a calare nella fascia di età fra i 30 e i 34 anni, per calare poi più decisamente dai 35 ai 39 a poi via via (Riferimenti Centri Sistemi di Sorveglianza MST 2003).

La Chlamydia è 4/6 volte più diffusa nelle adolescenti femmine, che nei maschi; negli USA le infezioni aumentano del 4% l'anno ed in Russia del 62%, in Canada ed in Svezia invece stanno diminuendo, probabilmente perchè questi paesi hanno iniziato da alcuni anni dei programmi di screening specifici; in Canada comunque il 65% di tutti i casi di flogosi pelviche, il 70% di casi di infertilità da cause tubariche ed il 30% delle gravidanze ectopiche sono attribuite a pregresse infezioni da Chlamydia (2).

Negli USA a 18 anni il 4% degli adolescenti sono affetti da Chlamydia con una percentuale del 13% nei neri e del 6% rispettivamente nelle donne ispaniche; la maggior parte delle infezioni sono asintomatiche, ma

ciononostante gli esiti sono le PID, con conseguente sterilità tubarica, le gravidanze ectopiche (3).

Le complicanze delle MST sono ancora gli aborti spontanei, i nati morti, i neonati con basso peso alla nascita, la sifilide congenita (TP), l'Herpes neonatale (HSV2), cirrosi e cancro del fegato (HBV), Ca della portio (HPV 16-18), aumento di 10 volte della possibilità di trasmettere o acquisire l'HIV, perché ogni MST è un ponte verso l'infezione da HIV.

Le PID possono dare pelvidinie, dispareunia, ascessi tubo ovarici (CT), a volte con una sintomatologia acuta da richiedere in molti casi un approccio chirurgico per lo più laparoscopico.

Teniamo presente poi che le MST virali non guariranno mai, i soggetti infettati saranno portatori per tutta la vita ed il trattamento è spesso inefficace e molto costoso.

Per prevenire le MST il metodo da usarsi è il condom: un corretto uso del condom previene la trasmissione di HIV e gonorrea, ma è efficace anche contro altre malattie da secrezione vaginale come Chlamydia e Trichomonas, così come contro le malattie da contatto pelle pelle, quali l'Herpes genitalis, la sifilide, l'HPV, il cancroide (4).

Ovviamente se l'infezione è presente in un'area non protetta dal condom, la trasmissione dell'infezione può comunque avvenire.

In special modo nell'adolescenza sarà necessaria la doppia protezione: l'uso combinato del condom con un altro metodo contraccettivo, perché in condizioni di uso perfetto, il rischio annuale di gravidanza con il condom è il 2%, ma diventa il 10-15% con un uso atipico, e particolarmente la giovanissima deve evitare le gravidanze indesiderate, per una serie innumerevole di motivi e le IVG con le sequele psicologiche annesse.

Molti studi invece dimostrano come gli adolescenti, anche quelli con più partner, non percepiscono di essere a rischio per le MST nonostante facciano sesso senza protezione ed anzi la paura del HIV sembra essere oggi un pò svanita (5).

Ricordiamo che molti giovanissimi iniziano l'attività sessuale anche prima dei 14 anni e spesso le prime esperienze consistono in coiti orali e nonostante molti studi riportino la preponderanza del sesso orale fra gli adolescenti (6), il focus dei programmi educativi è sempre concentrato sui rapporti vaginali (7).

La prevenzione e il controllo delle MST è basato sulla:

- educazione e counselling della coppia in modo che adottati,
- precauzioni sessuali,
- diagnosi e trattamento delle persone infette (vaccini) (prevenzione primaria),
- valutazione e trattamento dei partner sessuali delle persone infette.

Concludendo nel counselling della MST è fondamentale lo sforzo educativo degli operatori sanitari che devono trovare il modo di far superare alla coppia l'atteggiamento negativo verso il condom (8) e verso la doppia protezione e devono far sviluppare nella giovane l'autostima, specie se adolescente, e la sua capacità di negoziare l'uso del condom all'interno della coppia, a maggior ragione se il partner è più vecchio.

L'operatore sanitario non deve fare terrorismo psicologico in un momento nel quale i giovani costruiscono la loro identità sessuale, ma deve, oltre ad essere molto preparato, essere esauriente ed autorevole, pur mantenendo un atteggiamento di ascolto non giudicante; essere capace di prendersi veramente cura dei giovani che a lui si rivolgono.

Purtroppo le MTS sono una realtà sempre più allarmante e questa cruda realtà mal si concilia con l'adolescenza che è il momento delle esperienze proibite, della trasgressione, del sogno di onnipotenza, che fa cercare sempre il limite e a volte spinge a superarlo.

Adolescenza: età delle reazioni esagerate, dei comportamenti a rischio, estremi, eclatanti, della fragilità, della curiosità e purtroppo sempre di più dell'autodistruzione.

Nella nostra generazione età della ribellione, della protesta, il 68.

Ora i nostri adolescenti non mi sembrano così ribelli, ma tanto fragili, figli di madri protettive, ma assenti, di padri amici che non sanno usare l'autorevolezza; inseriti in un mondo dove apparentemente è tutto possibile, ma dove in fondo tutto è complicato e precario e la precarietà dà un senso di angosciata insicurezza.

Adolescenza età della trasformazione del sé somatico che dà sofferenza e come diceva Patrizia Forleo al Congresso SIGIA a Firenze nel novembre 2008, l'adolescente è oggi un Narciso insieme spavaldo e temerario delicato e fragile che non è stato allevato in un modello educativo rigido e autoritario e quindi come dicevo non è così ribelle, non lotta contro i sensi di colpa, ma deve uscire da un'infanzia privilegiata e fatica a lasciarla.

Purtroppo adolescenti ai quali a volte non siamo riusciti noi adulti a dare confini e regole chiare, ma dove in fondo è tutto possibile contrattando e quindi non abbiamo saputo trasmettere il limite del no imprescindibile.

Adolescenza è il momento delle fughe in avanti come dice Debora Turchetto nell'articolo già citato del settembre 2008, della sessualità agita per confermare una identità sessuale; in definizione, per sentirsi grandi e capaci di autodeterminazione, per avere amore barattando desolatamente sesso.

Ma l'adolescenza è anche il momento nel quale, se si trovano validi punti di riferimento, la creatura che



sta sbocciano, potrà divenire un adulto responsabile.

Molto delicato è quindi il compito degli Operatori Sanitari che avvicinano l'adolescente durante una con-

sulenza sulle MST e sulla contraccezione, perchè quella consulenza potrà essere una pietra miliare per la sua salute riproduttiva.

## **Bibliografia**

1. PANNCHAUD C. SINGH S. FEIVELSON D. DARROCH J.E. *Sexually Trasmitted Disease Among Adolescent in Developed Contries*. Family Planning Perspectives, Vol 32, N° 1, Jan/Feb 2000.
2. PATRICK DM. *Chlamydia control: component of an effective control strategy to reduce the incidence of Chlamydiae Tracomatis*. Canadian Juornal of Human Sexuality, 1997, 6(2): 143-150.
3. LYNNE C. et al. *Infrequency of Sexually transmitted Disease Screening Among Sexually Experienced U.S. Female Adolescents, Prospectives on Sexual and Reproductive Healt* Vol 36, N° 6, Nov/Dec 2004.
4. Scientific Evidence on Condom Effectiveness for STD Prevention. June 12-13 2000; NIH, Dept of Healt and Human Services, July, 20, 2001.
5. UNAIDS.2004 Report on the Global AIDS Epidemic. Geneva, UNAIDS, 2004 ([htt://www.unaids.org/en/default.asp](http://www.unaids.org/en/default.asp)).
6. HALPERN FELSHER BL. *Oral versus vaginal sex among adolescents: perceptions, attitudes and behaviour*. Pediatrics, 115(4): 845-851, 2005.
7. TURCHETTO AD. *Sessualità dei Giovanissimi*. Contraccezione Sessualità Salute Riproduttiva Vol 2, N° 1, Sett. 2008.
8. ARISI E. *Contraccezione Meccanica e Chimica nell' adolescente*. Contraccezione Sessualità Salute Riproduttiva Vol 2, N° 1, Settembre 2008.

## Educazione alla sessualità nella scuola come attenzione al progetto di vita

A. FEDE

Più o meno 40 anni fa (non nel pleistocene, per intenderci), al liceo Parini di Milano un gruppo di studenti ha pubblicato un'inchiesta sulle pagine del giornale scolastico (*La Zanzara*).

Si parlava al solito del più e del meno, ma pure di sessualità e delle opinioni dei ragazzi a riguardo.

Fu un vero scandalo, con tanto di processo. Imputato, il preside della scuola *responsabile oggettivo* della pubblicazione. Il procedimento si concluse, dopo uno svolgimento clamoroso, con l'assoluzione degli imputati, ma si dice che quello fu uno degli episodi che segnarono davvero l'inizio di un cambiamento epocale, nei costumi e modi di pensare del nostro paese.

Oggi certo, a parlare e scrivere di sesso si è fatta l'abitudine. Sempre più, tv e giornali ci mettono a parte di storie piccanti, *pruderie*, e assoldano esperti e dispensano consigli con leggerezza (per un pubblico che *non è nato ieri*). Tuttavia qualcosa di allora, di quei tempi che sembrano così lontani e ci fanno sorridere, qualcosa di quell'imbarazzo misto a indolenza (e ignoranza) ancora ce l'abbiamo dentro.

Pensiamo alle nostre mancanze. A come (tempo una generazione) un argomento vietato, macchia d'impudicizia e immoralità, sia diventato chiacchiera da salotto, inchiostro su pagine patinate per lui e per lei (*per farla impazzire a letto in dieci mosse*), senza che mai in questo tempo trascorso (un tempo di amore libero prima, di paura dell'AIDS poi, e di crociate infinite in nome del sesso sicuro, fino al presente, dov'è libero, e di fatto incontrollato, ogni genere di sesso in rete) si sia sentita l'esigenza di disciplinarla, questa materia.

Non esiste oggi una legge che introduca l'educazione sessuale nelle scuole: tutto è lasciato alla buona volontà (all'improvvisazione) di insegnanti, operatori e genitori.

Raccontare (insegnare) del corpo, del piacere, della capacità di condividere emozioni e sentimenti attraverso il contatto fisico, è considerata (oggi come ieri) una faccenda molto delicata. Una responsabilità di cui pochi intendono farsi carico (né mai delegata a qualcuno, in via ufficiale, dalle istituzioni).

Facile trovare resistenze tra gli stessi professori. Doversi esporre, parlare in qualche modo di sé, delle proprie scelte di vita, è cosa così complessa da mettere in crisi ogni adulto ed in discussione il suo presunto *compito* di educatore. Ci si metta poi la questione economica e logistica: le risorse (umane e non) della scuola sono davvero scarse e gli operatori dei consultori (spesso unici referenti) sono pochi e hanno pochissime ore a disposizione.

Perciò. Molto più semplice impacchettare il tutto, con un post-it a margine: *attendere, da consumarsi preferibilmente dopo la maggiore età*.

Così i ragazzi (geneticamente refrattari al concetto stesso di attesa) si arrangiano con il *fa' da te*, per scoprire cosa effettivamente vi sia *dentro la scatola*. Passaparola e mosca cieca, insomma: per riproporre infine niente più che una versione rivisitata, ammodernata, della *sessualità di una volta*. Quella imbarazzata, elusiva e spezzettata, riconosciuta nei loro *adulti* di riferimento.

Prima le parole mancavano, non c'erano, perché le si credeva troppo *forti*. Oggi le parole non ci sono, perché si crede (o si preferisce credere) che in fondo i ragazzi siano in grado di autogestirla, la propria educazione sessuale. Davanti alla tv, meglio se da soli, in camera, a guardare un film, un talk show pomeridiano, o qualunque programma di tarda sera. O magari tra le pagine di una rivista, di un sito o di un libro. Non una comunicazione reale, di parole e emozioni, piuttosto un rumore di fondo (un *rumore bianco*) che nasconde, nemmeno tanto bene, le mancanze dei genitori e la loro arrendevolezza. Si potrà pure continuare ad ignorarlo, ma lui c'è: il famoso *elefante nella stanza*.

Pensiamo. Ci sono state rivoluzioni (sessuali), e poi

anni di rivendicazioni, visioni (e dicasteri) di *pari opportunità*. Eppure i contenuti di riferimento per il *maschile* continuano a essere forza, aggressività e dominio. Seduzione, inganno e debolezza, per il *femminile*.

*Piastre di metallo su cui viene impressa un'immagine o un elemento tipografico originale, in modo da permettere la duplicazione su carta stampata.* Stereotipi, sul dizionario. Matrici di un pensiero e una morale andata, che tuttavia resiste negli anni, *duplicata* nel tempo. Così, chi sceglie (tenta) di *insegnare* educazione sessuale nelle scuole deve fare i conti con queste *eredità*. Non ha davanti un foglio immacolato, da riempire *ex novo*, ma deve lavorare con cautela ai margini, negli spazi bianchi lasciati da ciò che è stato già impresso (prestampato, mi verrebbe da dire).

Eppure, grazie al cocciuto lavorio di pochi, al loro incontro/scontro con le istituzioni e il *buon costume* in genere, l'educazione sessuale oggi fa parte delle proposte didattiche che scuole, associazioni ed enti propongono ai ragazzi. Senza una precisa indicazione del ministero, certo (siamo ancora una specie di *gioco* – e forse per ora è meglio così –, pari a tanti altri *progetti giovani* provinciali e regionali, teatro, educazione stradale, pittura e bricolage). Ci siamo detti che ne vale la pena e così abbiamo continuato. Per via di un disegno graduale ma costante, che sapesse *coinvolgere* i bambini, *accompagnare* i ragazzi e *formare* gli adulti, tanto da scheggiare piano piano il vetro appannato in cui per anni s'è isolata come una reliquia la nostra *intimità*.

In quindici anni, nel territorio dell'Azienda ULSS di Treviso, il progetto *Educare alla Sessualità* ha coinvolto centinaia di insegnanti e operatori, genitori e adulti di riferimento. Abbiamo incontrato migliaia di bambini, e poi ragazzi, dalle scuole elementari alle scuole superiori.

Lavorare con i ragazzi, con i genitori, ci ha permesso nel tempo di avvertire *nella stanza* quella presenza ingombrante, di intuire per la prima volta i contorni sfumati del grosso elefante.

Si è potuto parlare d'identità, dell'essere maschio e femmina, del rispetto dell'altro e di diversità. Di responsabilità e di scelta, attraverso l'emozione del raccontarsi e di raccontare il piacere e l'amore. Tutto nell'imprescindibile rispetto della storia personale e familiare di ognuno, patrimonio vitale che va sempre tutelato, di qualunque natura esso sia, tenendo bene a mente che affrontare insieme un percorso *sulla sessualità* significa impegnarsi a costruire, anche su terreni che possono sembrare difficili, inariditi da paure e frustrazioni.

Capita che ai ragazzi delle medie superiori chiediamo di rappresentare su un foglio la loro idea di *coppia*. Ne viene fuori di solito una serie di visioni naive, di cuori trafitti e sospirati, di un uomo e una donna per ma-

no davanti a una casa. O mentre fanno l'amore. O solo il disegno di genitali maschili e femminili. E' divertente perché sono disegni immediati e senza malizia. Diversissimi: capaci di rivelare (nei tanti modi di vedere, fare e essere coppia) come sia impossibile fissarla, la coppia, in un unico modello che possa dirsi per loro (e soprattutto per noi) quello giusto.

Ai piccoli delle elementari chiediamo invece di disegnare i *gesti dell'amore*. I fogli si riempiono di immagini buffe, di fidanzatini per mano, che si scambiano baci e giganteschi pacchi regalo. I più audaci li disegnano a letto, nudi, ma sotto una coperta ricamata di cuoricini. Poi tra tanti ne salta fuori uno strano: un uomo che se ne va da una stanza sbattendo la porta. *Brutta stanza*, dice il fumetto. *Non farti vedere mai più*, dice una donna in mezzo alla stanza, la faccia e i vestirti punteggiati con il pennarello rosso.

*(Impegnarsi a costruire, anche su terreni che possono sembrare difficili, inariditi da paure e frustrazioni).*

*Cosa ti viene in mente se dico sessualità, oltre a sentimento e piacere?* Trasgressione, ci rispondono i ragazzi. Preoccupazione, i genitori. E corpo, sballo, prudenza, indecenza. Quasi mai gli uni e gli altri azzardano a dire ciò che sembrerebbe invece scontato. Bambini, riproduzione.

Come se gli adulti rifiutassero di credere il propri figli capaci di tanto. I loro *bambini* diventare genitori. Poi cammini per i corridoi della scuola e ti domandi se ti sbagli, se hai visto bene, era un fiocco azzurro quello appeso sulla porta della classe? Forse un *lavoretto* della classe di educazione artistica.

*(Il famoso elefante nella stanza).*

*Educare alla sessualità* è (deve essere) per i ragazzi e soprattutto per gli adulti un'occasione per riflettere su quello che noi chiamiamo *patto generazionale*. La volontà (e la capacità) di *insegnare*, non solo *tramandare*, una *competenza generativa*, per costruire legami significativi e profondi. Un impegno che si fonda sulla piena coscienza delle proprie responsabilità. Che significa inevitabilmente mettersi in gioco, o meglio/peggio a nudo. *Io alla tua età ho fatto questo, poi un giorno è successo questo, finché un giorno ho incontrato questa persona, che poi è tuo/a mammal/papà, e dopo un po' sei venuto/a tu, e sarei felice se un giorno a te capitasse una cosa del genere, ma mille volte meglio però, perché sai, non è che sia sempre così semplice, che non è sempre una benedizione come dicono, che poi ora che ci penso anche i nonni con me, chissà loro quanta fatica...*

Bambine e bambini, e poi ragazzi e ragazze. Proviamo a dir loro del coinvolgimento emotivo, della percezione del proprio corpo. Della possibilità di entrare *davvero* in relazione con l'altro, seppure noi per primi non ne siamo (stati) capaci (se mai ce ne fu data possibilità).

Significa costruire, o perlomeno indicare, un'idea:

un progetto di vita solido (che a noi, alle generazioni precedenti, tante volte è stato negato). Un patrimonio nuovo che loro possano custodire, fino a quando riterranno giusto mostrarlo ai propri figli, e assieme a

loro rivederlo e correggerlo in ragione dei tempi che saranno.

Questo vorremmo. (*Se mai ce ne sarà data possibilità*).

## Riferimenti bibliografici

1. R. Giommi (D'Anna) *Educazione emotiva affettiva sessuale*.
2. R. Giommi, M. Perrotta (Del Cerro) *Educazione sessuale come prevenzione*.
3. R. Giommi, M. Perrotta (Mondadori) *Programma di educazione sessuale*.
4. R. Giommi, M. Perrotta (Ist. Inter. Sess. Fi.) *Il sesso e il cuore*.
5. R. Giommi M. Perrotta (Cong. sessuologia Fi.) *Le paure del sesso*.
6. A. Salvini (Lombardo) *Personalità femminile e riproduzione umana*.
7. A. Graziottin (UIC) *Estrogeni: funzioni psichiche e organi di senso*.
8. M. D'Amato (Del Cerro) *Infanzia e televisione: problema di identità aperto*.
9. M. Dei (Del Cerro) *L'ascolto nella relazione di cura come prevenzione*.
10. G. Berlucchi (Sigma Tau Sfera) *La diversità*.
11. A.R. Mellanby, F.A. Phelps (British Medical Journal) *School sex education*.
12. M. Bianca, Autori vari (Atanòr) *La magia della sessualità*.
13. G. Abraham (Frassinelli) *Amare l'amore*.
14. W. Pasini (Mondadori) *Desiderare il desiderio*.
15. W. Pasini, C. Crèpault, U. Galimberti (Cortina) *L'immaginario sessuale*.
16. *Sondaggio della Società Italiana di ginecologia e ostetricia sulla contraccezione in Italia del 2003*.

## La consulenza sessuologica agli adolescenti

A.D. TURCHETTO

L'adolescente ha il compito esistenziale di individuarsi e sperimentarsi nella vita e in particolare nella sessualità.

Affrontare le difficoltà, misurarsi con esse ed essere in grado di percepire quando c'è qualche cosa che non va sono tappe già importanti e complesse, ma saper chiedere aiuto è la vetta di questo arduo percorso. Individuo nel Consultorio Adolescenti la struttura più adatta a rispondere proficuamente a questa richiesta di aiuto specifico nel campo della sessualità.

Il Consultorio Adolescenti si configura come area transizionale in cui è ancora possibile agire delle valenze pedagogiche con esiti terapeutici.

La funzione di sessuologo dell'adolescenza è più il risultato di una azione integrata multidisciplinare all'interno dell'equipe piuttosto che ristretta al singolo momento di interlocuzione diretta in consulenza.

È resa possibile da tutto l'insieme di azioni positive attuate in precedenza (presentazione del servizio nelle scuole) e nell'immediatezza e tipologia di accoglienza.

È infatti importante comunicare messaggi di apertura e disponibilità all'ascolto sin dalle primissime fasi di contatto tra l'adolescente e la struttura o il professionista a cui intende poi rivolgere la sua richiesta di consulenza.

L'atteggiamento "non giudicante" di antica memoria deve però essere superato da uno "sguardo psichico" positivamente curioso e attento su questi giovani che cominciano a sperimentarsi sessualmente. Deve essere apprezzato e valorizzato il loro sforzo psichico, fatto di consapevolezza, aspettative, fiducia e speranza, anche perché richiedere una consulenza per una difficoltà sessuologica costringe l'individuo a superare molte remore psichiche e sociali (religione-famiglia-partner).

Le problematiche sessuologiche emergono più fa-

cilmente all'interno di "una relazione di tutela" che facilita l'emergere dei bisogni e delle difficoltà del giovane paziente.

La risposta ad una richiesta di "consulenza sessuologica" può essere soddisfatta semplicemente con un intervento di tipo informativo o pedagogico.

Ad esempio le coppie di adolescenti sono talora messe in difficoltà, nei loro primi rapporti sessuali, da una scarsa o errata conoscenza dell'anatomia. Il disagio che può derivare dalla mistura di ignoranza, imbarazzo, timore che spesso caratterizza la coppia agli "esordi" è sproporzionato sia rispetto alla causa che rispetto alla facilità dell'intervento risolutore.

Un'altra causa importante di disagio è la "fuga in avanti", cioè la sessualità agita per confermare una identità sessuale in definizione, per costruire un'immagine adulta del proprio sé o per scambiare, in un desolato baratto, sesso per amore, ma senza sviluppare un autentico consapevole desiderio.

In questo tipo di consulenza sessuologica sono importanti:

- a) la diffusione e la conoscenza da parte dei giovani dell'esistenza di strutture specificamente deputate alle risposte a questi quesiti (vedi l'importanza dell'intervento nelle scuole),
- b) la manifesta disponibilità all'ascolto da parte degli operatori,
- c) la competenza a rispondere su temi attinenti all'anatomia, alla fisiologia, alla psicologia e agli aspetti relazionali del rapporto sessuale,
- d) la capacità di esprimersi in un linguaggio atto a comunicare in modo efficace e completo sui temi della sessualità, cioè avere capacità didattiche e pedagogiche specifiche,
- e) la capacità di cogliere tempestivamente le ulteriori problematiche che eventualmente potrebbero emergere nel corso della consulenza e saper selezionare e condurre eventuali prosecuzioni o variazioni dell'intervento, compreso l'invio ad altro professionista all'interno dell'equipe (psicologo, medico, assistente sociale).

L'intervento terapeutico all'interno della consulenza sessuologica con l'adolescente può essere descritto come "azione di accompagnamento in un percorso", con il singolo o con la coppia.

Per questi "interventi brevi" vengono spesso usate le terapie mansionali-relazionali di coppia. Nel campo delle terapie sessuali si è presto potuto riscontrare che gli interventi terapeutici centrati unicamente sulla disfunzione (Masters e Johnson ad esempio) applicati senza l'approfondimento degli aspetti relazionali, delle motivazioni, delle emozioni, dei conflitti di ciascuno dei due partners, effettuati, cioè senza dare spazio all'ascolto, difficilmente potranno conseguire risultati duraturi o positivi.

Nel caso di un disagio sessuale strutturato, quindi, si accetta di lavorare sul sintomo (contratto terapeutico limitato), ma all'interno della prevista ed indispensabile prima fase anamnesica possono emergere quegli elementi diagnostici che da soli possono suggerire l'invio a psicoterapia individuale, continuare la terapia col singolo o estenderla alla coppia. Accettando di lavorare sul sintomo si può anche promuovere un processo di consapevolezza del proprio disagio più profondo. Ma è anche grazie a questo abbozzo di fiducia maturato nella relazione terapeutica con il sessuologo, è attraverso questo tenue legame che si può sperare nel successo dell'invio allo psicologo per la psicoterapia individuale.

Il sessuologo del Consultorio Adolescenti, in qualsiasi momento del suo operare, può trovarsi di fronte all'emergere di denunce di abusi e violenze. Il lavorare in équipe e in rete con altri servizi renderà più efficace la sua risposta.

Per completezza riportiamo alcune notizie riguardanti gli aspetti legali della consulenza sessuologica agli adolescenti.

Quando un minore ha superato la soglia dei 14 anni, qualora sia presente un'adeguata capacità di intendere e di volere, egli può esercitare delle scelte autonome nei settori relativi alla vita familiare e personale.

Per i più autori con ciò si può intendere che nella fascia di età 14-16 anni, anche dal punto di vista del quadro legale, è opportuno fornire informazioni, rassicurazioni e spiegazioni che sono generalmente necessarie e utili anche per confermare il diritto del giovane all'educazione, mentre dopo i 16 anni l'opportunità di una terapia sessuale deve essere attentamente valutata di volta in volta, in funzione della maturità del giovane che la richiede e dei benefici derivabili.

Ci riserviamo comunque di informare i genitori solo qualora il ragazzo incorresse in rischi rilevanti.

È veramente complesso e difficile scegliere il comportamento professionale più idoneo da tenersi nei riguardi dei problemi sessuali di giovani minori, proprio perché le norme giuridiche si intersecano con le regole deontologiche e le personali scelte morali.

La consulenza sessuologica con l'adolescente permette un intervento terapeutico precoce ed evita l'aggravarsi e il consolidarsi di patologie che possono poi coinvolgere più globalmente i processi psichici dell'adolescente.

In termini psicodinamici l'adolescenza è un momento di globale ristrutturazione del sé e quindi spesso l'ultima occasione di trovare un varco per esperienze emotive correttive.

L'adolescenza è un momento importante per la definizione della propria identità sessuale, che viene testata anche con gli agiti, ma tutto ciò deve accadere in armonia, sicurezza, libertà, rispetto e, se possibile, piacere.

## Bibliografia

1. ALIPRANDI M. PELADA E. SENISE T. *Psicoterapia breve di individuazione*. Milano Feltrinelli 1991.
2. BALINT M. *Medico, paziente e malattia*. Milano Feltrinelli, 1961.
3. BLOS P. *L'adolescenza Un'interpretazione psicanalitica*. Milano Franco Angeli 1985.
4. CORRADINI A. *Il progetto adolescenti dell'UICEMP*. Prospettive Sociali e Sanitarie 1985; 4:16-18.
5. FENELLI A, LORENZINI R. *Clinica delle disfunzioni sessuali*. Roma NIS 1991.
6. GIOMMI R, PASINI W, PERROTTA M. *Progetto Educazione Sessuale*. Firenze: Ist. Int.le di Sessuologia 1990.
7. MONEY J. *Uomo, Donna, Ragazzo, Ragazza*. Milano: Feltrinelli 1976.
8. NATALI A. *Aspetti giuridici, deontologici ed etici degli interventi di clinica sessuologica nei confronti di minorenni*. Rivista di Sessuologia 1989; 13(3): 225-229
9. TURCHETTO AD. *My left testis*. Rivista di Sessuologia 1993;2:170-172.
10. TURCHETTO AD. *Il Consultorio e gli Adolescenti. Ginecologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, Roma: CIC Ed.1994.
11. TURCHETTO AD, LOLLO M.F. *Don Giovannino Smascherato*. Contaccensione, Fertilità, Sessualità 1997;24 (4) :187-189.
12. WATZLAWICK P. *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio 1971.
13. WINNICOTT D. *Gioco e Realtà*. Roma: Armando Ed. 1974.

## L'esperienza nelle scuole di Reggio Emilia

M.T. VILLANI, K. TAILA, G.B. LA SALA

Oggi appare sempre più evidente l'importanza che l'educazione sessuale (ES) ha nell'ambito della crescita e della formazione psicofisica dei giovani.

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) "La sessualità è un aspetto centrale della persona umana durante tutta la durata della sua vita e comprende il sesso biologico, l'identità e il ruolo sessuale, l'orientamento sessuale, l'erotismo, il piacere, l'intimità e la riproduzione. La sessualità viene vissuta ed espressa sotto forma di pensieri, fantasmi, desideri, credenze, attitudini, valori, comportamenti, pratiche, ruoli e relazioni. Queste dimensioni non sono però sempre vissute o espresse simultaneamente. La sessualità è influenzata da fattori biologici, psicologici, sociali, economici, politici, culturali, etici, giuridici, religiosi e spirituali" (1).

Secondo l'Istituto Internazionale di Sessuologia di Firenze, la sessualità ha tre funzioni: funzione procreativa, relazionale e ludica, che si intersecano tra di loro fino ad arrivare a una sovrapposizione o a una esclusione di un aspetto o dell'altro in maniera differente a seconda delle età (2).

La sessualità è pertanto parte integrante dell'essere umano e della sua identità, quindi l'ES è inscindibile dall'educazione generale della persona.

Non esiste un "momento giusto" per l'ES ma, piuttosto, un bisogno a tutte le età di poter parlare tranquillamente di questi temi.

In particolare, la fascia d'età tra i 12 e i 18 anni, che comprende la cosiddetta adolescenza, è caratterizzata da grandi cambiamenti sia a livello fisico che psichico. È pertanto in questo contesto di grandi cambiamenti che nasce da parte dei ragazzi l'esigenza di chiarimenti e risposte adeguate alle loro curiosità in ambito di sessualità. L'ES, considerata fondamentale per un percor-

so di crescita globale, deve essere quindi affrontata, oltre che dalla famiglia, anche dalla scuola come parte integrante della sua missione educativa.

L'ES nelle scuole deve comportare sia l'insegnamento degli aspetti legati alla sessualità biologica (saper essere), sia l'aspetto relazionale ed emotivo della sessualità (saper essere).

Per affrontare il tema dell'ES nella scuola è quindi molto importante il ruolo sia della famiglia che dei docenti. La collaborazione tra scuola e famiglia è indispensabile.

Per raggiungere gli obiettivi, risulta prezioso l'ausilio di specialisti esterni, che possano offrire un accompagnamento e un sostegno nell'ambito dell'ES. Gli specialisti esterni rappresentano una risorsa importante non solo per i docenti ma anche per i genitori al fine di garantire un approccio interdisciplinare che rispetti la complessità del tema della sessualità.

Inoltre in un'epoca in cui l'informazione telematica è fonte inscindibile dell'informazione per i giovani, diventa di fondamentale importanza creare supporti didattici on-line (bibliografie ragionate, *links*, contatti, eventi, ecc.) utili all'approfondimento degli argomenti affrontati cui gli allievi possano far riferimento in completa sicurezza.

L'ES diventa particolarmente importante non solo per la crescita personale degli adolescenti ma anche e soprattutto per la "salute sessuale" degli stessi. Una corretta ES in questa particolare fascia di età non può prescindere dall'informazione sui rischi delle malattie a trasmissione sessuale, sui metodi contraccettivi per prevenire le gravidanze indesiderate e sulla presenza di percorsi territoriali (per esempio consultori con "spazio giovani") dedicati cui poter far riferimento.

Nel 2003 è stato pubblicato a Reggio Emilia un libro dal titolo "Sessualità e salute negli adolescenti" (3). L'idea di realizzare questo libro era nata in occasione di uno dei tanti incontri dell'Associazione di Genitori "Un Sasso nello Stagno". L'associazione è una ONLUS che promuove all'interno delle scuole iniziative concrete rivolte ai genitori, docenti e studenti per sensibi-

lizzarli alle problematiche del disagio giovanile, quali droghe, comunicazione genitori figli, giustizia e legalità. Negli anni si è resa evidente la necessità sia da parte dei genitori che dei giovani di affrontare inoltre argomenti riguardanti la salute e la sessualità. Da qui la proposta di formulare un questionario anonimo che permettesse di capire quali erano le conoscenze dei giovani sulla salute e la sessualità. Il questionario è stato quindi sottoposto nel corso degli anni scolastici 2001-2003 a circa 1.000 studenti di 8 scuole medie superiori della città di Reggio Emilia e provincia coinvolgendo gli insegnanti di 37 classi che hanno collaborato al suddetto progetto.

Al questionario hanno fatto seguito le lezioni tenute agli studenti dai medici della UO di Ostetricia e Ginecologia dell'Arcispedale Santa Maria Nuova. Alla fine di ogni lezione, sempre nell'assoluto anonimato gli studenti facevano pervenire domande scritte riguardanti gli argomenti trattati e ricevevano le pertinenti risposte.

Il libro pubblicato ha riportato, oltre alle lezioni tenute in classe, una selezione delle domande rivolte da

gli studenti ai medici che avevano tenuto le lezioni.

L'obiettivo dell'iniziativa, cui ha fatto seguito la pubblicazione del libro, è stato quello di evidenziare quali sono i rischi reali della sessualità nella adolescenza e di fornire agli adolescenti gli strumenti adeguati per evitarli o per ridurli al minimo nel rispetto di sé e dell'altro.

Nell'intenzione degli autori e dei genitori, il libro non doveva essere considerato né un "manuale per il sesso" né una "invettiva contro il sesso" ma solo uno strumento di informazione scientifica sui rapporti esistenti tra sessualità e salute in un periodo particolare della vita qual è l'adolescenza.

L'iniziativa ha avuto una partecipazione numerosa e attiva degli studenti tanto da indurre i docenti ad includere tale progetto nella programmazione scolastica degli anni successivi.

In conclusione, le lezioni e il libro sono risultati degli utili strumenti formativi per gli adolescenti, dei validi supporti per i genitori e gli insegnanti e delle esperienze professionali e culturali molto interessanti e stimolanti per i medici discenti.

## Bibliografia

1. Definizione elaborata durante una consultazione promossa dall'OMS nel gennaio 2002, vedi indirizzo [http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual\\_health.html](http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html)
2. R. GIOMMI, M. PERROTTA. Guida all'educazione sessuale, "Rivista di scienze sessuologiche", 12 (1999), n. 1-2, p.71.
3. GB LA SALA. Sessualità e salute negli adolescenti. A cura di Associazione di Genitori Un Sasso nello Stagno. Edizioni Diabasis 2003.



## Ostetricia basata sulle prove di efficacia e gravidanza a basso rischio

V. BASEVI

### Introduzione

Identificare, valutare criticamente, selezionare, sintetizzare e disseminare le prove di efficacia sono state le aree sulle quali si è focalizzata inizialmente la medicina fondata sulle prove di efficacia (EBM) (1). Tuttavia “le prove non prendono decisioni”, nel senso che non sono sufficienti al clinico per prendere decisioni cliniche. Esiste una drammatica variabilità nei modelli di assistenza, anche in gravidanza, fra paese e paese, fra diverse aree geografiche dello stesso paese, fra ospedali o ambiti assistenziali della stessa area geografica e fra clinici appartenenti al medesimo ambito assistenziale. Le prove forniscono informazioni solamente su uno dei determinanti di questa variabilità: l'incertezza - fra coloro che forniscono assistenza - rispetto al rapporto benefici-rischi degli interventi disponibili. Ma non intervengono sull'altro determinante della variabilità: le differenze nei valori e nelle preferenze riguardo gli obiettivi dell'assistenza (2).

La gerarchia delle prove ha rappresentato il *primo*, fondamentale principio dell'EBM; il *secondo* è l'esplicitazione che - quali che siano le prove - valori e preferenze sono impliciti in ogni decisione clinica. Le decisioni cliniche, quindi, e le raccomandazioni di linee guida devono essere coerenti non solo con le migliori prove di efficacia disponibili, ma anche con i valori e le preferenze di un paziente *informato* (3). Questo secondo principio trova attualmente una definizione operativa nel processo GRADE per la produzione di raccomandazioni per la pratica clinica (4). In GRADE vengono specificati i quesiti clinici con l'identificazione di tutti gli esiti rilevanti per il paziente; vengono

precisati la qualità delle prove e i componenti che la determinano; vengono definiti esplicitamente valori e preferenze nella formulazione delle raccomandazioni, deliberando sulla dimensione entro la quale l'adesione a una raccomandazione produrrà più benefici che rischi.

### La scelta degli interventi fondati sulle prove in gravidanza a basso rischio

Il termine *fattore di rischio* indica una serie di caratteristiche individuali o collettive che, se misurate, permettono di identificare coloro la cui probabilità di malattia, entro un determinato arco di tempo, è superiore alla media dei componenti la popolazione cui appartengono, oppure permettono di graduare il rischio di malattia. Il livello di rischio determina, inoltre, l'entità del beneficio raggiungibile con un certo trattamento. La gravida *a basso rischio* è la donna che inizia la gravidanza priva di *fattori di rischio*. La valutazione del rischio è un processo dinamico, che continua nel corso di tutta la gravidanza e durante il travaglio di parto e che, in seguito alla comparsa di un fattore di rischio fino a quel momento assente o non riconosciuto, può indurre a riferire una donna inizialmente *a basso rischio* a un livello superiore di assistenza (5).

Come determinare i trattamenti efficaci nella sorveglianza della gravidanza a basso rischio? Quali sono le conseguenze, in termini di rapporto benefici/danni, della somministrazione *routinaria* di una serie di interventi in questa popolazione con bassa *prevalenza* di patologia? La EBM mette a disposizione delle professioniste e dei professionisti della assistenza in gravidanza e durante il parto una serie di strumenti di sintesi delle informazioni sui diversi interventi di sorveglianza e di cura disponibili, permettendo di identificare e proporre alle donne interventi di provata efficacia. Nello stesso tempo, permette di definire le aree o le condizioni in cui non sono state condotte ricerche o la ri-

cerca ha prodotto risultati incerti o contraddittori (6, 7). In assenza di un precisato rapporto benefici rischi, l'EBM implica che le professioniste e i professionisti rendano trasparente l'incertezza e offrano una informazione non distorta, appropriata agli specifici bisogni informativi della donna e trasferita attraverso modalità di comunicazione efficaci.

In questi casi, l'informazione ha l'obiettivo di favorire la donna nella identificazione e nella scelta degli

interventi coerenti con i propri valori e che maggiormente soddisfano le sue preferenze. In un contesto assistenziale in cui "l'esito ideale dell'assistenza è rappresentato da una gravidanza a termine in cui *non* sono stati somministrati interventi di *non* provata efficacia, da un neonato in salute e da un periodo dopo il parto in salute, in un contesto ambientale positivo che sostenga i bisogni fisici e emozionali della donna, del bambino e della famiglia" (8).

## Bibliografia

1. MONTORI VM, GUYATT GH. Progress in Evidence-Based Medicine. *JAMA* 2008;300:1814-6
2. CHALMERS I et al. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: Oxford University Press; 1989
3. GUYATT GH et al. Users' Guides to the Medical Literature: XXV: evidence-based medicine: principles for applying the Users' Guides to patient care: Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 2000;284:1290-6
4. GUYATT GH et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336:924-6
5. World Health Organization. *Care in normal birth: A practical guide. Report of a technical working group*. Geneva: World Health Organization; 1997
6. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. *Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. Clinical guideline* (corrected June 2008). London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press; 2008. URL: <http://www.nice.org.uk/guidance/CG62> (ultimo accesso: 10.01.09)
7. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. *Intrapartum care: management and delivery of care to women in labour. Clinical guideline* (corrected June 2008). London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press; 2008. URL: <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG55> (ultimo accesso: 10.01.09)
8. U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. *Safe motherhood. Promoting health for women before, during, and after pregnancy*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2008. URL: <http://www.cdc.gov/nccdphp/publications/aag/pdf/drh.pdf> (ultimo accesso: 10.01.09)

## Altre letture

- Enkin MW et al. Beyond evidence: the complexity of maternity care. *Birth* 2006;33:265-9
- Enkin MW. The seven stages of ignorance. *Birth* 2008;35:169-70
- Hofmeyr GJ et al. *Pregnancy and Childbirth. A Cochrane Pocketbook*. London: John Wiley & Sons; 2008
- Baronciani D et al (a cura di). *La nascita in Emilia-Romagna. 5° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) – Anno 2007*. Bologna: Regione Emilia-Romagna; 2008. URL: [http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/cedap/publicazioni/rapporto\\_2007.pdf](http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/cedap/publicazioni/rapporto_2007.pdf) (ultimo accesso: 10.01.09)

## Ruoli e responsabilità dell'ostetrica nel parto a basso rischio

A. MORESE

Prima di entrare nel merito di quali competenze e responsabilità sono assegnate all'ostetrica/o nel parto a basso rischio, è utile fare una breve premessa al fine di condividere il senso da attribuire ai termini contenuti nel titolo stesso del presente elaborato.

Le prime riflessioni sono relative al significato di "parto a basso rischio", concetto sovrapponibile nella sua accezione più ampia a quello di "gravidenza a basso rischio"; la letteratura in realtà presenta, nel caso del parto a basso rischio, terminologie diverse (parto fisiologico, parto normale e parto naturale), secondo alcuni autori con il medesimo significato, con significato diverso secondo altri. La prima considerazione è di capire se questi termini sono in realtà sinonimi o se rappresentano l'espressione di un modello culturale ed assistenziale diversi; il fatto che in Gran Bretagna, in Australia ed in altri paesi (pochi) sia in atto da tempo una revisione della terminologia, lascia intendere che non è banale ragionare sul significato sotteso ad un termine piuttosto che ad un altro, nel definire il concetto di rischio e di rischio ostetrico.

Per "rischio", come comunemente accettato nel panorama scientifico internazionale, s'intende di norma "il prodotto dell'entità di un pericolo e la probabilità che l'evento pericoloso si verifichi" (direttiva UE 2001/82/CE, marzo 2006); quindi, nel nostro caso, quanto è probabile che in un parto si verifichi un determinato evento e quale l'entità dei danni che ne possono derivare; ne deduciamo invece un'interpretazione diversa se si considera quanto definito da alcuni autori italiani (es. Pecorari, Diani), i quali sostengono che il concetto di "rischio ostetrico" deriva dalla constatazione che nessuna gravidanza e nessun parto sono to-

talmente privi di rischi per la madre, il feto o ambedue; in questo caso si presuppone che, non esistendo gravidanze prive di rischi, esiste la probabilità molto alta che madri e/o feto ne subiscano un danno, a differenza dei dati presenti in letteratura che dimostrano un quadro meno preoccupante (si parla di circa un 45-65% di gravidanze che arrivano al parto rimanendo nella categoria a basso rischio e di un 65-75% di parti normali da gravidanze ad alto rischio). Una voce diversa la offre il *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG), secondo cui "La gravidanza deve essere considerata un normale evento fisiologico nella vita di una donna ed ogni intervento offerto dovrebbe avere benefici riconosciuti ed accettati dalla donna". Al riguardo è interessante citare il documento illustrativo dei propri servizi del *Royal Women Hospital* (Victoria, Australia), che offre un'interpretazione del basso rischio particolare: "A pregnant woman is considered low risk when no risk factors have been identified during the antenatal or intrapartum period". Si tratta quindi di considerare una gravidanza o parto a basso rischio (quindi normali o fisiologici) quando non sono identificati fattori di rischio.

Le differenze appaiono più marcate quando si cerca di comprendere come la probabilità di comparsa di rischi influenzi la classificazione tra un basso, un medio o un alto rischio; i fattori di rischio sono veri indicatori che permettono la valutazione, attraverso una loro misurazione, della probabilità che quel fattore di rischio possa incidere nella comparsa di un danno più o meno lieve: è quindi la valutazione della probabilità che l'evento accada con la valutazione dell'ipotetico danno (e non la sola identificazione del fattore di rischio) che dovrebbe permettere la classificazione nei tre gradi di rischio da cui far discendere l'appropriato livello di monitoraggio e di cure.

M. Campogrande in un recente convegno a Torino (maggio 2008) ha sottolineato che si hanno numerosi *score* di rischio sperimentati, ma che in realtà non esistono ancora trials randomizzati ben disegnati che confermino l'utilità di questi *score*.

Vediamo pertanto come in letteratura viene considerato un parto a basso rischio o normale. L'OMS ha proposto una definizione di parto normale, condivisa in molti paesi e da molti autori: "Viene definito parto normale quello che insorge spontaneamente, è a basso rischio all'inizio del travaglio e rimane tale durante il travaglio ed il parto. Il bambino nasce spontaneamente (senza aiuto), nella posizione cefalica di vertice, tra le 37 e le 42 settimane complete di gravidanza. Dopo il parto, la madre ed il bambino sono in buone condizioni".

Sul termine "parto a basso rischio" in UK è in atto una profonda revisione, al punto che sempre più frequentemente si osserva l'utilizzo di "parto normale": nel 2001/02 il Department of Health (DoH) ha autorizzato l'Organizzazione BirthChoiceUK a raccogliere e pubblicare i dati relativi ai "parti normali" delle Maternità inglesi (ora pubblicati dal *National Health Service*); nel 2005 il *Royal College of Midwives* ha promosso la "Campaign for Normal Birth" al fine di supportare la professione ostetrica al recupero ed alla tutela del parto normale; il *National Childbirth Trust* ha promosso e diretto negli ultimi due anni un gruppo di lavoro (*Maternity Care Working Party*)<sup>1</sup> con l'obiettivo di definire, supportare ed implementare il parto normale, promuovendo audit mirati alla raccolta dei relativi dati.

L'AIMS (*Association of Improvements in Maternity Services*), ha esteso questa definizione per escludere altre situazioni "... il parto normale non include quello dove il travaglio viene indotto o accelerato con farmaci, o ha comportato la rottura artificiale delle membrane, il ricorso ad analgesia epidurale o episiotomia. Questa definizione può anche essere paragonata con parto naturale – parto senza interferenze. Può anche essere chiamato parto fisiologico o semplice parto vaginale". L'AIMS considera la condivisione di questa definizione come punto fondamentale per poter confrontare dati ed esperienze dei diversi sistemi di assistenza alla maternità.

Secondo il BirthChoisesUK invece il "parto normale è quando l'utero della madre si contrae spontaneamente, la sua cervice si dilata, il suo bambino si muove attraverso la sua pelvi e lei partorisce, espelle la sua placenta ed attacca il bambino al seno. Lei fa tutto questo senza alcuna interferenza di routine, senza confusione o stress generati da altri. Il posto dove partorire è scelto da lei ed i suoi movimenti istintivi non de-

vono essere limitati ma rispettati.

Questo avviene naturalmente, la fine della sua gravidanza non è provocata, come parte di un normale, fisiologico, psicologico e sociale processo della vita" (*Mc Namara, C., 2008. Normal Birth, www.birthchoices.co.uk*).

Questi concetti stridono in parte con quello che spesso si legge in letteratura, e cioè che un parto si può considerare normale (o fisiologico) solamente a posteriori e che compito dell'ostetrica è di definire ed individuare precocemente tutti quei fattori di rischio che permettano un monitoraggio più attento o con un livello di cure più elevato, pur sapendo di correre il rischio di esporre la donna ed il suo bambino ad interventi inappropriati, spesso inutili se non addirittura dannosi.

La seconda considerazione è proprio relativa a questo quesito di fondo: esistono gravidanze senza fattori di rischio? L'esperienza inglese ed australiana (ma non le uniche nel panorama mondiale) dimostrano di sì, altre scuole ostetriche no, dando quasi per scontato che il solo fatto di essere gravida rappresenti per la donna un rischio. Un interrogativo che nasce spontaneo è di capire se vengono usati (come si è visto nelle precedenti definizioni) gli stessi criteri di inclusione ed esclusione, se sono stabiliti misure standard di riferimento, se gli stessi standard sono rigidi ed applicati coerentemente e costantemente.

Soo Downe, Professore Ordinario di Midwifery alla Central University of Lancashire – UK, ha condotto una ricerca per indagare e chiarire cosa gli operatori e le donne intendono per parto normale, evidenziando che spesso molti parlano di parto normale (in particolare le donne, segno comunque, secondo il sottoscritto, di un messaggio di normalità veicolato/forzato dagli operatori) pur citando spesso il ricorso ad interventi ostetrici che vengono ormai considerati come "normali" nell'assistenza ostetrica (amniorexi, accelerazioni del travaglio, induzioni, analgesie epidurali, episiotomie, ecc.). I partecipanti dovevano rispondere al quesito "Quale percentuale di parti nella popolazione studiata, classificati come parti normali o spontanei, potevano essere considerati tali se veniva utilizzata invece la definizione proposta dall'AIMS (precedentemente descritta)? Nel 2001 la Downe ha presentato i risultati da cui risultava che, utilizzando i criteri AIMS, nelle primipare la percentuale di parti normali era circa del 16%, mentre nelle pluripare di circa il 33%: questi dati dimostrano che probabilmente le percentuali di parti considerati fisiologici non corrispondono ad una reale condotta assistenziale rispettosa della fisiologia.

Il rispetto delle funzioni naturali legate alla gravidanza ed al parto è quindi la chiave di lettura dei modelli assistenziali; il fisiologo Sandron nel 1987 sosteneva che "un evento viene definito fisiologico quando

<sup>1</sup> Formato da: AIMS (Association of Improvements in Maternity Services), the Royal Colleges of Midwives and of Obstetricians and Gynaecologists; the Nursing and Midwifery Council; Association of Radical Midwives, the Independent Midwives Association; BirthChoicesUK, Birth Crisis Network, BirthCentre Network UK and a smattering of obstetricians, GPs and consultant midwives.

è proprio dell'organismo nelle sue normali funzioni": è indubbio che la gravidanza ed il parto sono funzioni fisiologiche proprie della donna, aspetti normali della sua vita.

Nel momento in cui utilizziamo il termine "basso rischio" si trasmette un doppio messaggio: alle donne ed alla società l'idea che non esiste una gravidanza ed un parto senza rischi; agli operatori l'idea che non essendoci gravidanze e parti privi di rischi sia giustificato elevare il livello di medicalizzazione di eventi di per sé normali. Ecco perché in UK, in Spagna, in Brasile, in Australia ed in molti altri paesi è iniziata una campagna mediatica e formativa volta alla valorizzazione del parto normale, riconoscendo alla figura dell'ostetrica la competenza ed il ruolo nella gestione della gravidanza e del parto fisiologici.

I dati presenti in letteratura dimostrano che, quando le gravidanze ed i parti sono gestiti da ostetriche, gli esiti in termini di benessere materno e fetale sono sovrapponibili, se non migliori, delle gravidanze e parti gestiti da medici, con il vantaggio di ottenere comunque elevati standards assistenziali evitando prestazioni inappropriate o inutili e con costi decisamente inferiori.

Proprio in sintonia con queste indicazioni, cioè di attribuire alle ostetriche più autonomia nella gestione delle gravidanze e dei parti normali, è in atto in Italia in questi ultimi anni una revisione normativa delle competenze assegnate alle ostetriche e del percorso formativo idoneo a fornirle. Il D.M. 14/9/94, n. 740, Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o, individua la figura dell'ostetrica/o e ne descrive il profilo: "1.1 ... l'ostetrica/o è l'operatore sanitario che ... assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato ... 1.5 L'ostetrica/o è in grado di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono intervento medico e di praticare, ove occorra, le relative misure di particolare emergenza". La L. 26/2/99, n. 42, Disposizioni in materia di professioni sanitarie, all'art. 1 comma 2 recita: "... Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili profes-

sionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici ...". Ancora il Decreto Interministeriale 2/4/2001, *Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie*, nell'Allegato 1, Classe 1 specifica negli "Obiettivi formativi qualificanti" che "... I laureati della classe, in funzione dei suddetti percorsi formativi, devono raggiungere le competenze previste dagli specifici profili professionali".

Il legislatore ha quindi chiaramente ed inequivocabilmente stabilito che le attività dell'ostetrica/o si basano sul principio della competenza e dell'autonomia, da cui deriva direttamente il principio della responsabilità, nella gestione della gravidanza e del parto fisiologici.

La responsabilità è ampiamente riconosciuta ed insita nel ruolo riconosciuto alle ostetriche; non deve però essere intesa come sola attitudine a rispondere del proprio operato professionale nei confronti di terzi (come ad es. in caso di errore od omissione), ma anche e soprattutto, in sintonia con quanto sostenuto da D. Rodriguez, come impegno a realizzare una condotta professionale corretta nell'interesse di salute dell'assistito, quindi con l'impiego delle migliori conoscenze e prestazioni appropriate basate su prove di efficacia.

La società riconosce all'ostetrica/o questo ruolo, ruolo che, come il sociologo E. Goffman sottolinea, "riveste una dimensione di aspettativa ed una dimensione normativa": da una parte i comportamenti attesi e le aspettative degli attori coinvolti, dall'altra le norme che dettano gli ambiti d'azione, le competenze richieste gli aspetti deontologici.

Resta da capire e da analizzare, come quotidianamente accade nell'ambito complesso dell'assistenza alla gravidanza ed al parto, l'insieme dei ruoli complementari dei differenti operatori che in questo contesto operano (ginecologi, ostetriche, pediatri, ecc.), situazione chiamata da Goffman *role set* (es. ginecologo-ostetrica-donna). Spesso le aspettative legate al ruolo cambiano in relazione all'attore che in quel momento le esprime: le aspettative di una donna verso un'ostetrica differiranno dalle aspettative del ginecologo nei confronti della stessa ostetrica, e come si può facilmente immaginare, generando tensioni o incomprensioni in questi giochi di ruolo e di aspettative a volte contraddittorie.

## Bibliografia

1. BEECH, BAL. *Normal Birth - Does it exist?* AIMS Journal, Vol. 9, No 2, p4-8, 1997.
2. BEECH, BAL. *Defining and recording normal birth*, AIMS Journal, Vol 19 No 4, 2007.
3. DOWNE S., McCormick and Beech BAL. *Labour interventions associated with normal birth*, British Journal of Midwifery, Vol 9, No 10, p602-606, 2001.
4. Federazione Nazionale Collegi Ostetriche (2002). Guida all'e-

- servizio della Professione di Ostetrica/o, Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2002.
5. GOFFMAN E. *Il rituale dell'interazione*. Il Mulino Editore, Bologna, 1967.
  6. GUANA M. a cura di. *La disciplina ostetrica*, McGraw-Hill, Milano, 2006.
  7. PECORARI D. *Medicina dell'età prenatale e del puerperio*, Piccin Editore, Padova, 1992.
  8. RODRIGUEZ D. *Professione Ostetrica/o*, Eleda Edizioni, Milano, 2001.
  9. Unione Europea. *Orientamenti relativi alla definizione di rischio potenziale grave per la salute umana o animale o per l'ambiente*, direttiva 2001/82/CE-marzo 2006, parag. 1-2.
  10. World Health Organisation. *Care in Normal Birth* WHO WHO/FRH/MSM/96.241997.
-

## L'esperienza del Centro Nascita a Modena

C. SALVIOLI, F. FACCHINETTI

### Introduzione

Il Centro Nascita di Modena nasce il 16 maggio 2006, dalla volontà e dalla determinazione di un esiguo gruppo di Ostetriche e di un Ginecologo di creare uno spazio intimo e sicuro, all'interno di un ospedale di III livello, in cui le donne possano partorire nel rispetto della fisiologia.

Nel contesto delle proposte di legge del 2000 sulla promozione del parto fisiologico, le Aziende Sanitarie Locali e le Strutture Ospedaliere hanno promosso interventi idonei al raggiungimento di tale scopo, creando le condizioni di assistenza per le gestanti a basso rischio.

Il Centro Nascita, CN, è una struttura dell'Azienda Policlinico di Modena, e fa parte del Dipartimento Integrato Materno-Infantile della U.O di Ginecologia ed Ostetricia.

Strutturato per accogliere gravidanze a basso rischio, offre una possibilità di assistenza al parto in grado di utilizzare in modo appropriato il progresso scientifico, ma in un contesto di maggiore familiarità, intimità e comfort rispetto alla Sala Parto tradizionale; si pone come obiettivo la continuità delle cure, la riduzione dell'intervento medico e l'assistenza esclusiva delle Ostetriche, con una organizzazione di tipo familiare degli orari e delle cure.

Il personale è costituito da un Ginecologo responsabile e da sei Ostetriche turniste che si sono auto candidate a partecipare al gruppo e hanno collaborato nella stesura dei protocolli; il personale del Centro Nascita è in completa integrazione con quello della Sala Parto tradizionale, fatte salve le specifiche competenze.

Il Centro Nascita di Modena è costituito da tre stanze, antistanti la Sala Parto tradizionale, attrezzate

con semplici strumenti di ausilio alla donna durante il travaglio e con tutto il materiale necessario per potervi espletare un parto in sicurezza. L'ambiente è accogliente e tranquillo, spesso profumato da essenze di aromaterapia o incensi, e allietato da musiche rilassanti per mettere a proprio agio la coppia e non offrire un clima asettico e freddo dove dare alla luce il proprio bambino.

Modificare radicalmente e visibilmente lo spazio fisico in cui il parto e la nascita hanno luogo, significa sancire dei valori: i protagonisti dell'evento nascita sono la donna, il suo compagno e il suo bambino. È a loro misura che si crea lo spazio attorno. È a loro misura che abbiamo realizzato il Centro Nascita, con lo scopo di ricollocare la nascita nella dimensione fisiologica e garantire una conduzione ostetrica protettiva, basata su prove di efficacia.

*“Il parto deve avvenire in un ambiente e in un contesto il meno medicalizzato possibile: il traguardo consiste nell'umanizzare il reparto ospedaliero in tutti i suoi aspetti. L'arredamento deve richiamare l'idea di una casa e non di un ospedale al contempo l'attrezzatura deve essere pienamente funzionale.”*

Racc. OMS cat. D - modalità assistenziali utilizzate di frequente in modo appropriato.

### Ambulatorio prenatale

*“Obiettivo delle cure perinatali è quello di ottenere una mamma e un bambino sano con il livello di cure più basso compatibile con la sicurezza” (OMS, pubblicazione n° WHO/FRH/MSM/96.24).*

In ostetricia il rischio assume una connotazione aprioristica e dinamica, in quanto durante il percorso nascita sono coinvolti la madre e il feto-neonato. *“La valutazione del rischio ostetrico non deve essere solo una misura, ma un processo continuo e dinamico attraverso la gravidanza e il travaglio-parto”.* OMS

L'assistenza ostetrica deve essere adeguata al livello di rischio ostetrico per evitare una eccessiva medicaliz-

zazione da un lato o una carente sorveglianza dall'altro, assicurando il tempestivo riconoscimento di eventuali devianze dalla normalità o patologie, nel rispetto della centralità e dei diritti della donna.

Facendo riferimento a questi concetti, i controlli antepartum sono così articolati:

Trentasei settimane: l'Ostetrica in servizio accoglie la coppia, illustra e chiarisce le finalità del Centro Nascita (elencate in una brochure che viene in genere consegnata precedentemente alla coppia).

Si procede alla compilazione della cartella clinica, alla verifica dei criteri d'inclusione e ai controlli previsti dal protocollo.

Successivamente si incontra la donna a 38, 40, 41, 41 e 3 gg. per controlli secondo protocollo.

Se i controlli risultano regolari, viene programmata l'induzione farmacologica del travaglio di parto a 41 sett. di gestazione e 5 gg.

Le Ostetriche del CN si rendono disponibili anche nei mesi di puerperio per consulenze telefoniche o ambulatoriali d'allattamento, per le donne assistite.

## Assistenza al travaglio-parto

*“Vedere il parto come un processo involontario che mette in gioco le strutture primitive del cervello, quelle particolarmente sviluppate nei mammiferi”, scrive Michel Odent, “è in contrasto con il luogo comune secondo il quale la donna impara a partorire. Questa interpretazione permette inoltre di capire che non si può aiutare una donna a partorire. Non si può aiutare un processo involontario. Si può solo cercare di non disturbarlo”.*

La coppia si reca direttamente presso il Centro Nascita senza accedere all'accettazione del Pronto Soccorso. L'Ostetrica in servizio decide autonomamente il ricovero o l'invio della paziente al proprio domicilio, dopo valutazione del benessere materno- fetale.

Obiettivi principali dell'assistenza ostetrica in autonomia al Centro nascita sono:

- la continuità delle cure;
- rapporto 1:1, donna-Ostetrica;
- sostegno emotivo alla coppia e contenimento del dolore tramite metodiche di analgesia non farmacologica (uso dell'acqua, massaggi, olii essenziali, musicoterapia, aromaterapia);
- rispetto dei tempi fisiologici propri di ogni donna e ogni bambino;
- auscultazione intermittente del BCF secondo linea guida regionale;
- utilizzo di strumenti che agevolano il movimento e l'assunzione di posizioni libere e antalgiche in travaglio-parto;
- limitazioni delle visite vaginali, di pratiche come amnioressi, infusione ossitocina sintetica ed episiotomia;

- clampaggio ritardato del funicolo;
- contatto pelle a pelle e allattamento precoce, rispettando il passaggio del neonato dalla dimensione uterina alla vita neonatale, assecondandone l'adattamento e i tempi di separazione dal corpo materno.

Premesso che è necessario segnalare ogni nuovo ingresso al Centro Nascita al Medico di Guardia, l'Ostetrica di turno deve segnalare circostanze in cui la deviazione dalla fisiologia richieda una sorveglianza del travaglio con maggiore intensità (secondo protocollo) ed attivare interventi di urgenza o emergenza.

In caso di trasferimento della paziente ricoverata al Centro Nascita (per insorta patologia durante il travaglio), il Medico di Guardia prende in carico il caso e l'Ostetrica del Centro Nascita, se libera, resta disponibile per assistere la donna nella sala Parto tradizionale, nel rispetto dei principi della continuità assistenziale. Il Medico di Guardia decide, anche a seconda del tipo di patologia insorta, se trasferire la paziente in Sala Parto tradizionale o lasciarla nei locali del Centro Nascita sotto la sua supervisione.

## Responsabilità professionale

La responsabilità professionale circa le partorienti che si rivolgono al Centro Nascita è dell'Ostetrica in turno che gestisce travaglio, parto e puerperio, secondo i principi espressi da:

- PROFILO PROFESSIONALE DELL'OSTETRICA;
- CODICE DEONTOLOGICO della professione ostetrica;
- D.M. 14 Settembre 1994 n. 740 (“Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Ostetrica”);
- legge 10.08.2000 n. 251 “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica”.

La responsabilità diventa del Medico di Guardia nel momento in cui questi viene chiamato in consulenza per una delle situazioni previste nel protocollo di assistenza: a questo punto la gestione della paziente ricade sotto la supervisione e la responsabilità del Medico di Guardia.

## Materiali e metodi dello studio

Lo studio ha preso in analisi le donne incluse al Centro Nascita nei primi due anni di attività, dal 16 Maggio 2006, data di inaugurazione del Centro, al 16 Maggio 2008.



In questo periodo sono state arruolate nel percorso 777 gravide a 36 settimane gestazionali, con gravidanza singola a basso rischio.

Lo studio ha analizzato gli esiti delle donne incluse tramite analisi retrospettiva dei dati, ricavati da CEDAP, cartelle cliniche e registro cartaceo del Centro Nascita.

Nel periodo in esame è stato somministrato, nelle ore del post parto, un questionario di gradimento alle puerpere che hanno espletato il parto al Centro Nascita e ha come obiettivo la valutazione qualitativa dell'esperienza vissuta.

I dati raccolti sono stati inseriti in un database di Microsoft Excel e successivamente elaborati.

## Risultati

Dal 16 Maggio 2006 al 16 Maggio 2008 al Centro Nascita sono state arruolate 777 gravide a basso rischio.

Il 58% è stato inviato dal Ginecologo privato e il 42% da un Consultorio Familiare.

L'incremento del numero di donne arruolate e del numero di parti in due anni è stato notevole ed il trend è tuttora in crescita, con una media, nel corso dei primi due anni oggetto di studio, di 24 parti al mese, escluse le donne trasferite in Sala Parto tradizionale.

I dati in dettaglio sono descritti nelle tabelle a seguire.

I dati elaborati sui risultati del Centro Nascita mostrano i criteri di un'assistenza al parto umanizzata.

Prendendo in considerazione alcune domande del questionario relativo all'esperienza del parto, alla domanda "*Le tue aspettative sul CN sono state soddisfatte?*", il 53% risponde "*pienamente*" e ben il 44% si ritiene "*molto più*" soddisfatta delle aspettative; solo il 3% risponde "*in parte*". Il 92% delle gravide afferite al CN rifarebbe lo stesso percorso in una futura eventuale gravidanza e solo l'1% cambierebbe il percorso scelto.

Alla domanda "*Ti è sembrato sicuro il tipo di assistenza al parto che hai ricevuto?*", ben il 90% risponde "*molto*", solo l'1% "*non abbastanza*".

## Conclusioni

L'esperienza dei primi 24 mesi di attività del Centro Nascita ha messo in luce:

- il gradimento delle donne verso un approccio al parto meno medicalizzato rispetto ai modelli tradizionali, con richieste sempre in aumento;
- la sicurezza della nascita, con esiti neonatali e materni ottimi;
- clampaggio ritardato, contatto pelle a pelle e al-

lattamento precoce di routine;

- la possibilità che tale modello, gestito dall'Ostetrica in autonomia, permetta il contenimento del dolore e garantisce il rispetto dei tempi fisiologici.

Da un indagine condotta dall'ISTAT negli anni 1999-2000 tra un vasto campione di donne, che ha avuto un parto vaginale, si evidenzia che solo il 26.5% delle donne ha potuto decidere autonomamente la posizione in cui partorire. La possibilità di scelta viene data con un'incidenza del 62.7% in Piemonte, nell'Italia meridionale è invece più difficile scegliere la modalità del parto.

Al Centro Nascita il 100% delle donne che ha espletato un parto spontaneo ha avuto la possibilità di scegliere la posizione al parto.

Dall'analisi dei dati elaborati, i prossimi obiettivi auspicabili per il Centro Nascita sono:

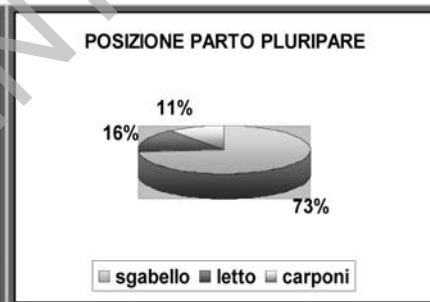
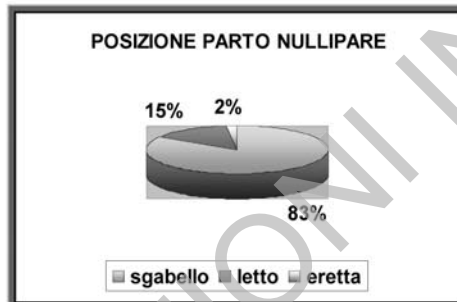
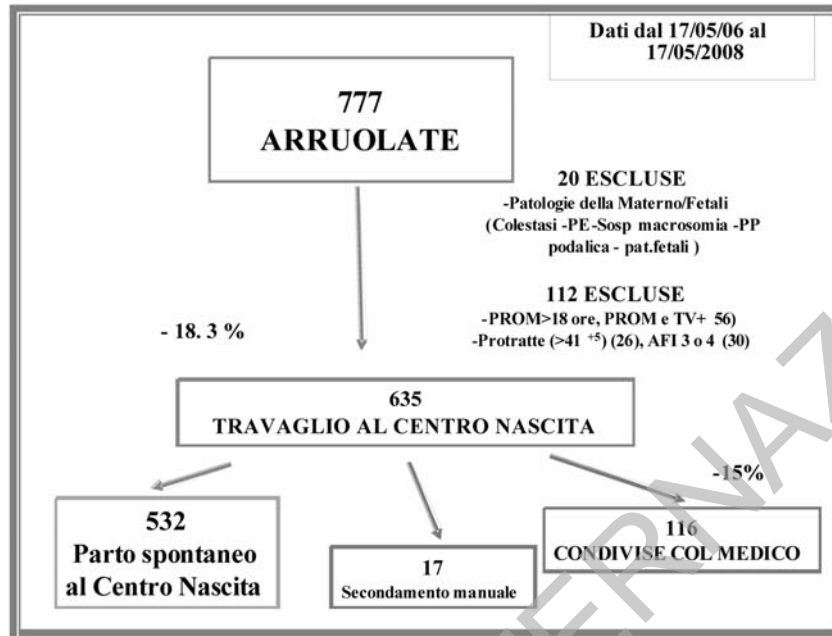
- offrire una degenza per le puerpere che hanno espletato un parto spontaneo al Centro Nascita;
- creazione di un progetto di dimissione protetta e concordata coi Neonatologi a 24 ore dal parto;
- organizzazione di "corsi di preparazione al parto naturale".

Oggi la richiesta è che la nascita debba essere innanzitutto sicura e la sicurezza sembra solo materializzarsi nei numerosi esami in gravidanza, nei macchinari e nei farmaci, nell' "industrializzazione della nascita".

Il parto naturale è parto che, dal suo inizio alla sua conclusione, si espleta in modo del tutto spontaneo, senza l'utilizzo di farmaci, di interventi ostetrici strumentali e manuali, che porta ad una madre e un neonato in salute.

Il parto naturale può realizzarsi anche nei grandi ospedali, quando l'Ostetrica può lavorare nel rispetto della fisiologia, accompagnando, sostenendo e consigliando la coppia nel corso del parto, in un rapporto *one-to-one* che garantisce alle donne travagli più brevi e riduce il ricorso ad analgesie e parti operativi. L'Ostetrica deve poter e sapere rispondere ai bisogni intellettuali, emozionali, spirituali, sociali e culturali di ogni donna e non solo occuparsi degli aspetti biologici. Deve rispettare i primi momenti di vita di un neonato e renderli il meno traumatici possibili. L'Ostetrica è la professionista della nascita fisiologica, che accompagna la madre con il suo sapere scientifico e tramite un approccio di tipo olistico, applicando i principi della *midwifery care*.

In un momento storico e sociale in cui il numero dei tagli cesarei è in forte aumento (l'Italia è il terzo paese al mondo, primo in Europa), in cui le donne partoriscono in un ambiente elettronico in cui "*termini come routine e protocollo sono le parole chiave della moderna ostetricia*" ed una "*impressionante tendenza alla standardizzazione*" appare sempre più necessaria e frequente la richiesta dell'umanizzazione del parto, al



PAZIENTI IN TRAVAGLIO AL CENTRO NASCITA

Perineo Integro	24,5%
Lacerazioni I grado	51,9%
Lacerazioni II grado	22,9%
Lacerazioni III grado	0,3 %
Episiotomie	2,3 %
Perdite ematiche >500	13,0 %
Perdite ematiche >1000	3,2%

fine di proteggere quanto più possibile l'integrità della diade madre-bambino: diviene così necessario cambiare la scena e la modalità del parto, garantendo il processo di *empowerment* delle donne.

L'uso della tecnologia deve essere appropriato e l'assistenza basata sulle evidenze scientifiche.

In un contesto ospedaliero tecnologico di III° livello si è inserito e ha trovato una sua realtà il Centro Nascita, luogo per la salute, dove si produce e si conserva salute fisica e globale, luogo in cui la nascita viene rispettata nella sua ritualità, fatta di parole, sospiri, gesti, dolore, pianti, urla, gioia, paura e felicità.

## Bibliografia

1. Agenzia Sanitaria Regionale – Regione Emilia Romagna “La sorveglianza del benessere fetale in travaglio di parto” 2004.
2. “Pro- muovere il parto, la postura come procedura nel travaglio e nel parto”, A. Regalia, S. Fumagalli, E. Nelli, A. Nespoli; Edizioni IRIS 2004
3. “Raccomandazioni per l'assistenza alla madre in puerperio e al neonato” 2001. Promotori e coordinatori del gruppo di lavoro: Rapisardi, Pierattelle, Tamburini WHO “Care in normal birth: a practical guide” 1996.
4. D. Spettoli, D. Baronciani, V. Basevi “Interventi per il contenimento del dolore in travaglio di parto” Bibliografia sistematica gerarchica. CeVEAS, SaPeRiDoc, Maggio 2006.
5. American Journal of Obstetrics and Gynecology “Il collocamento del neonato sull'addome materno”, vol.23,1995.
6. Maternità Sicura- Guida pratica all'assistenza al parto fisiologico, al parto naturale. OMS, Ginevra 1996.
7. L. Braibanti “Parto e nascita senza violenza” RED 1993.
8. M. Odent “Abbracciamolo subito” RED, 2006.
9. M. Odent “L'Agricoltore e il Ginecologo. L'industrializzazione della nascita” Il leone verde, 2002.
10. A. Robertson “L'ostetrica e l'arte del sostegno durante il parto” McGraw- Hill ,1997.
11. Ina May Gaskin “La gioia del parto” Bonomi Editore, 2003.
12. V. Schmid “Il dolore del parto” Centro Studi Il Marsupio, 1998.
13. “D&D Il giornale delle Ostetriche”, Centro Studi Il Marsupio “Gli standard professionali dell'ostetrica” n° 27, “Il parto attivo” n°37, “Il rischio del parto tecnologico” n°38, “Il secondamento e il taglio del cordone” n°36, “L'imprinting dell'amore” n° 40,

## Il Centro Nascita per il “basso rischio” a Careggi, Firenze

M. SANTINI, G. LINO<sup>1</sup>

Avrei dovuto dare a questa relazione un titolo più indicativo di una realtà di ricerca e di prassi che segue, ormai da diversi anni, un suo percorso evolutivo per certi versi anticipatorio non tanto sul piano speculativo, quanto su quello della realizzazione pratica di un modello assistenziale. Cercherò di spiegarmi meglio introducendovi alla storia di un Progetto per la Nascita che è al tempo stesso culturale, assistenziale, sociale che origina nel 1990 con la creazione del Servizio di Psicoprofilassi Ostetrica presso la nostra, allora, Clinica Universitaria.

L'ospedalizzazione dell'assistenza alla nascita ha rappresentato un mezzo straordinario sulla via della sempre maggiore tutela della salute della madre e del neonato, ma dobbiamo d'altra parte osservare che con il passaggio del momento del parto dall'ambiente domestico a quello ospedaliero, si sono sicuramente generate delle criticità da un punto di vista sociale e della vicenda privata della singola donna.

Il passaggio dalla nascita accanto al focolare domestico, alla nascita in un ambiente ospedaliero anonimo, dal un punto di vista psicologico – relazionale e sociale, ha chiuso una fase storica durata millenni e ne ha aperta una che, da questo punto di vista, tarda ancora ad avere delle risposte adeguate ed univoche.

Grosso modo fino alla metà del 1900 all'interno delle famiglie, la rete femminile delle relazioni e degli affetti offriva una capacità di supporto che dobbiamo considerare veramente forte rispetto alle esigenze della donna prima e della madre poi, viceversa l'ambiente ospedaliero, specchio della evoluzione sociale circostante, non ha dato generalmente risposte valide a questo genere di bisogni, fondamentali nel processo del divenire genitori.

La nostra attenzione si focalizza quindi su questi aspetti non puramente medici e non esclusivamente ostetrici che a nostro avviso sono rimasti ai margini in questo processo storico, pur rappresentando aspetti fondamentali nella vita delle donne, delle madri, delle famiglie e della società.

Per sottolineare questo concetto arriviamo a dire che l'ospedalizzazione della nascita, nella sua versione industrializzata, ha creato una frattura fra l'evento biologico e il mondo degli affetti e delle relazioni, rimasto sostanzialmente escluso da questa evoluzione.

Abbiamo nuove generazioni di “*madri orfane*”, prive di un loro sapere (e della rete del sapere) femminile sulla nascita.

Dobbiamo però dare una lettura più ampia e convincente di questa criticità non solo genere-specifica e vederla, a nostro avviso, nell'ambito di una evoluzione squilibrata della società italiana, tendente a modelli sociali che non invitano all'ottimismo per le generazioni future (1). A questo punto è inevitabile chiederci se, come operatori perinatali (medici, ostetriche certo, ma aggiungerei oggi anche psicologi clinici, psicologi, psichiatri, neuropsichiatri infantili, sociologi, antropologi, assistenti sociali, mediatori culturali) la questione del futuro sociale ci riguarda. La nostra risposta è sì, ed è per questo che abbiamo aperto al nostro lavoro ostetrico nel Centro Nascita gli orizzonti dell'intervento costante sul progetto genitoriale della coppia (2), sulla relazione di coppia e familiare, per la rete sociale spesso inesistente.

Di questa problematica e della sua complessità si è presa sempre più coscienza da alcuni decenni e si sono avute così un'ampia disponibilità di letteratura sull'argomento (sulla cosiddetta “umanizzazione della nascita”) come svariate proposte di soluzioni pratiche: dalle modifiche dei reparti ospedalieri (reparti o sale per il “parto naturale” o “alternativo”) alla creazione di “case del parto” al ritorno al “parto in casa”.

Senza entrare in un approfondimento di queste soluzioni, vogliamo solo porre l'accento sul fatto che queste proposte, (in particolare le case del parto ed il

Ginecologo, Ric. UNIFI  
<sup>1</sup> Psicologa AOUC

© Copyright 2009, CIC Edizioni Internazionali, Roma

parto a casa) pur presenti da tempo fra le possibilità di scelta delle gestanti, vengono accolte da una bassa percentuale della popolazione complessiva delle partorienti.

La risposta a queste nuove esigenze, secondo noi, deve essere trovata all'interno degli ospedali di maternità e, in particolare, riguarda quelli più grandi, dove avvengono migliaia di parti ogni anno.

È lì che la massa della popolazione femminile si rivolge per avere cure perinatali ed essere assistita per il parto, è lì che l'immaginario collettivo colloca, ormai da alcune generazioni, il luogo delle nascite e non vuole rinunciare alla sicurezza che questo luogo offre.

Nei paesi a sistema sanitario avanzato, però, la collettività femminile esprime in modo sempre più forte nuove esigenze, dando per acquisita la "sicurezza".

Questo altro è rappresentato dal bisogno di relazione, socialità, intimità che, come abbiamo visto, sono rimasti sacrificati dalla organizzazione assistenziale(3).

Sempre più dobbiamo pensare a dei Centri Nascita (4) per le gravidanze ed i parti normali, dove, potendo essere ragionevolmente ridotto il ruolo medico, possano prevalere le relazioni personali e familiari, la soggettività della donna e della coppia, la "cultura della nascita" delle madri e dei padri: in altri termini questi nuovi ospedali di maternità devono riscoprire il profondo valore dell'accoglienza e del servizio (il "care as gift" anglosassone).

Almeno dagli Anni Ottanta del secolo scorso si è iniziato a parlare di personalizzazione dell'assistenza al parto, delle necessità di creare un rapporto umano più forte tra chi assiste e chi è assistito. È stato così codificato nel mondo anglosassone un concetto, l'one-to-one (5), che era già probabilmente praticato, quantomeno negli ospedali più piccoli. Questa risposta è sicuramente parziale ed è stato presto evidente che il concetto di continuità dell'assistenza al momento del parto andava esteso a tutto il periodo precedente e poi a quello dopo la nascita.

Si è andato affermando così anche in ostetricia, il concetto di continuità delle cure, di cui è stata dimostrata l'efficacia (6): stessi operatori, stessi modi d'azione, possibilmente simile approccio relazionale con la gestante. Difficile da realizzare nella pratica dei grandi ospedali.

Il modello da noi messo in opera, prima in via sperimentale (7) su questa via della continuità delle cure che pone al centro la persona e non l'organizzazione, ha portato questo processo verso obiettivi maggiori e più alti e dato vita a un modello di assistenza perinatale che riunisce in sé il maggior numero di elementi positivi possibile.

Da un lato offrire continuità nelle cure, grazie ad un gruppo di operatori con una impostazione omogenea, dall'altro creare un luogo che fosse funzionale al

processo assistenziale, dall'altro ancora, e questo elemento ci sembra di grande novità, dotarci di strumenti adeguati e di pratiche d'assistenza che da una parte ci aiutassero a capire i bisogni psico-relazionali delle donne-madri e dall'altra ci permettesse di offrire delle risposte adeguate ad ogni singola situazione.

Questo *Progetto culturale per l'assistenza* (progetto Margherita) è quello che ha espresso il progetto architettonico e la realizzazione del Centro Nascita per la famiglia presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi di Firenze (8)

L'offerta assistenziale all'interno del Centro Nascita si basa sui criteri di continuità, omogeneità e personalizzazione della cure e sulla traduzione del *care as gift* = accoglienza che è la caratteristica messa in atto dagli operatori in ognuna delle occasioni d'incontro con la donna e che crea il clima relazionale adatto allo svolgersi in maniera ottimale dei vari momenti assistenziali.

Il programma di accompagnamento perinatale si intensifica col procedere della gravidanza stessa e dalla 28° settimana circa si organizza nel modo seguente:

1. *Colloquio di accesso*. Le ostetriche e le psicologhe rivolgono alle donne un'intervista che ha lo scopo di conoscere il vissuto della gravidanza delle future madri, le aspettative, le fantasie e costituisce un prezioso momento di approfondimento della conoscenza di ogni singola donna. L'equipe del Servizio ha scelto di adottare un'intervista semistrutturata per garantire alla gestante la libertà e la spontaneità di espressione durante le risposte focalizzando tuttavia l'attenzione sugli item dell'intervista.

2. *Incontri di informazione* per la coppia, settimanali, a tema predefinito, su argomenti di ostetricia e psicologico-relazionali. Questa parte del Programma di informazione rappresenta quanto rimane dei "vecchi" corsi di "preparazione al parto" che si sono diffusi anche in Italia sul finire degli Anni '50 del '900. In effetti hanno sempre avuto caratteristiche specifiche come la calendarizzazione degli argomenti trattati rispetto all'epoca gestazionale; l'intervento di specialisti dei diversi argomenti di volta in volta trattati; l'ampio spazio dedicato ai temi della psicologia.

3. *Incontri settimanali per attività di tipo psicofisico* in gruppi di dieci-dodici mamme per la migliore percezione delle sensazioni e capacità corporee. Il fine è quello di favorire una graduale presa di coscienza delle caratteristiche individuali per affrontare al meglio i cambiamenti e gli eventi che si presenteranno nell'ultima fase della gravidanza, nel travaglio, nel parto e dopo.

4. *Sedute di supporto al disagio psicologico*. La gravidanza comporta sempre un grande impegno sul piano psicologico-relazionale. Il percorso di crescita personale per alcune donne risulta particolarmente faticoso e

non è quindi sufficiente il beneficio che deriva dalle attività di gruppo. In questi casi è possibile richiedere un breve supporto psicologico.

5. *Ambulatorio per il filtro delle gravidanze a basso rischio ostetrico.* L'ambulatorio per la fisiologia svolge la sua attività quale punto di selezione delle gestanti con gravidanze a basso rischio che vogliono partorire nel Centro Nascita. L'incontro consiste in una verifica dei pregressi esami clinico strumentali e di laboratorio previsti dal Protocollo regionale per la gravidanza Fisiologica, in una visita ostetrica, nella informazione accurata sulle Regole che guidano le attività dell'Area Nascita. L'incontro è condotto dal Ginecologo e dall'Ostetrica.

6. *Assistenza al parto* nel Centro Nascita secondo il protocollo stabilito dall'AOUK (9). Si tratta di un'area nascita demedicalizzata, a conduzione ostetrica. Nel periodo marzo 2007 luglio 2008 abbiamo avuto 936 richieste con ammissione all'area nascita di 512 donne. Di queste sono trasferite dal Centro nascita in vari momenti della gravidanza/parto il 30% (150). Sulle ammesse al travaglio poi trasferite per distocie abbiamo avuto il 6.35% di TC. Si sono verificate 12 lacerazioni di 2° grado e 4 episiotomie. I trasferimenti di neonati sono stati circa 7.2% mentre delle puerpere 2.2%.

7. *Programma di supporto psicologico del dopo parto.* Per la madre o la coppia in collaborazione (ostetriche, psicologhe) con i neuropsichiatri infantili.

8. *Programma di sostegno dell'allattamento al seno.* Secondo le direttive OMS.

Nell'ambito dei corsi di preparazione alla nascita vengono effettuati interventi di promozione dell'allattamento di un'ora e trenta minuti seguiti da altri momenti di confronto ed informazione in gruppi di madri più ristretti a carattere eminentemente pratico. È stato attivato un centro di sostegno senza appuntamento.

9. *Programma di accompagnamento alla paternità.* Nella vita di un uomo la nascita di un figlio è senza dubbio un passaggio decisivo: il fatto di diventare padre costituisce uno dei maggiori momenti di crescita e di reale ingresso nell'età adulta e così, come ogni transizione, può andare incontro a delle difficoltà.

Allo scopo di offrire un supporto "declinato al maschile" abbiamo organizzato un programma di incontri per i soli padri alla presenza di un facilitatore.

10. *Incontri quindicinali sul neonato condotti dal pediatra.* Si fa il punto tutti insieme col/sul bambino.

Esso vuole dimostrare nella pratica assistenziale che nell'ambito delle attività e della organizzazione di un grande ospedale di maternità esiste la possibilità di individuare i bisogni delle madri in attesa e quindi predisporre i livelli differenziati di assistenza ed esiste la possibilità di valorizzare la competenza della donna a partorire, della donna e della coppia all'accudimento/educazione dei figli, dall'altro il modo di semplificare le procedure sanitarie assistenziali nel basso rischio, per dedicare personale medico e risorse economiche all'alto rischio.

Questa relazione vi ha descritto un possibile modello di assistenza personalizzata alla nascita nell'ambito di un grande ospedale di maternità, e non pretende di rappresentare una "verità" scientifica o la sola possibile risposta ai bisogni dei cittadini genitori di oggi.

Dopo anni di attesa abbiamo tuttavia un campione, il primo in termini temporali, di donne che hanno "avuto accoglienza" presso questo Centro Nascita durante tutto il tempo e lungo tutto il percorso assistenziale, che le ha portate a diventare madri.

Vogliamo tuttavia sottolineare ancora una volta che l'originalità del Progetto non origina nella cultura medico/ostetrica, né in quella psicologica, né in quella sociologica ma nel prodotto derivato dalla interdisciplinarietà calata nella prassi quotidiana.

Il modello assistenziale/architettonico realizzato, offrendo un progetto globale, propone interessanti soluzioni per il futuro della assistenza alla nascita nel basso rischio e non solo, è un laboratorio pieno di vita, che opera in linea con le più avanzate esperienze internazionali.

Mentre la differenziazione dei percorsi assistenziali alto/basso rischio permette di ottimizzare risorse economiche ed umane ed è interessante sul piano della didattica e della ricerca, il Centro Nascita nel suo complesso con tutte le sue attività e con quelle che potrà sviluppare, ci interessa anche come "incubatore sociale" generatore di quel capitale sociale di cui il nostro Paese sembra essere divenuto così povero.

Ma questo argomento apre una nuova pagina della nostra storia, affascinante e complessa, che dobbiamo ancora scrivere e che vi racconteremo un giorno se avrete, come oggi, la pazienza di ascoltarci.

## Bibliografia

1. DONATI P. TRONCA L. *Il capitale sociale degli italiani.* ED. FRANCO ANGELI, MILANO 2008
2. LINO G. LUNARDI C. SANTINI M. SARTI P. STEFANI NI M.C. *Dove nascono i genitori: l'esperienza di accompagnamento e sostegno nel centro nascita di careggi a Firenze.* ATTI

- CONVEGNO AISMI "RELAZIONE PRECOCE GENITORI-BAMBINO", ROMA, 31 MARZO 2006
3. WALSH D. *Subverting the assembly-line: childbirth in a free-standing birth centre.* Soc SCI MED.62 (6):1330-1340, 2006
4. HALCYON E. DENISE B. *Specification for mlbc located*

- alongside a consultant ob unit.* NHS FEB. 2008
5. LESLEY P. *One-to-one midwifery: restoring the with woman relationship in midwifery.* J MID W H 48 (2):119-125, 2003
  6. HODNETT ED. *Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth.* COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS 2008, ISSUE 3.
  7. SANTINI M. MIE M.E.K. LINO G. *The importance of on-going care services in obstetrics.the project (1997-2002) of the Careggi hospial in Florence.* ATTI: PERINATOLOGY 2001. WORLD CONGRESS OF PERINATAL MEDICINE, BARCELONA 2001.
  8. SANTINI M. *Il centro nascita La Margherita.* CENTRO EDITORIALE TOSCANO, FIRENZE 2008
  9. AA.VV. *Procedura per l'accesso e l'offerta assistenziale nel centro nascita ad attività integrate del d.a.i. materno infantile aouc.* STAMPA IN PROPRIO, MARZO 2007 FIRENZE

---

*Credits. Le madri, i padri ed i bambini della Margherita di Firenze. I coll. tutti del Servizio di PPO ed in particolare le ostetriche: Carli C., Campolmi A., Crema M., Di Cesare C., Vannozzi R. Berretti E.*

© CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI

## Mamme straniere: processi migratori ed integrazione

D. COSTANTINO<sup>1</sup>, N. DOINA<sup>1</sup>, C. GUARALDI<sup>2</sup>

### Introduzione

La caratteristica più evidente dei flussi migratori recenti in Europa è la forte presenza femminile, che ha raggiunto quasi la metà degli immigrati, precisamente il 48,9%.

Anche in Italia si assiste a questo fenomeno: nel 1996 le donne erano il 35%, e nel 2007 il 50% circa (1.473.073 maschi e 1.465.849 femmine).

Gli immigrati sono una popolazione giovane: l'80% ha meno di 45 anni, mentre sono pochissimi quelli che hanno superato i 55 anni. Il tasso di fecondità delle donne straniere è in grado di assicurare il ricambio della popolazione (2,51 figli per donna) a differenza di quanto avviene tra le italiane (1,26 figli per donna).

Al momento del parto l'età media delle donne straniere è di 28,1 anni, contro i 31,6 delle donne italiane. Nel 2007 sono nati 64.000 bambini da genitori entrambi stranieri.

Tra gli italiani e gli immigrati la connessione sta diventando sempre più stretta: non solo vivono vicino a noi, ma instaurano rapporti di vera e propria condivisione.

Nel 2006 infatti, 1 matrimonio ogni 10 ha coinvolto un partner italiano ed uno straniero (24.020 su un totale di 245.992 matrimoni), quota più che doppia rispetto ai matrimoni con entrambi i coniugi stranieri (10.376). In nove regioni d'Italia l'incidenza dei matrimoni misti arriva al 25%.

La gravidanza è sicuramente la prima esperienza di contatto tra le donne immigrate e la nostra struttura sanitaria e le donne straniere in gravidanza ricorrono

maggiormente a strutture pubbliche rispetto alle "mamme" italiane.

Una revisione della letteratura in proposito ci fornisce alcuni dati estremamente interessanti e su cui c'è da discutere: le future mamme straniere presentano una minore medicalizzazione della maternità rispetto alle donne italiane (ciò può trovare giustificazione in una più bassa età media al parto); il 57,6% delle donne, si è rivolge al ginecologo che lavora in una struttura pubblica, (consultorio), (rispetto al 16,5% delle donne italiane).

Si osserva una quota più alta di donne straniere rispetto alle italiane che non esegue tempestivamente i necessari controlli:

- Prima visita entro il primo trimestre di gravidanza: l'88,5% delle straniere contro il 94,6% delle italiane.

- Ecografia entro il terzo mese: il 68,5% delle straniere contro l'88,3% delle italiane.

Il numero medio di visite ed ecografie è lievemente inferiore (6,6 contro 7,1 le visite e 4,4 contro 5,6 le ecografie); esiste una più scarsa informazione rispetto alla possibilità di ricorrere ad esami di diagnosi prenatale tra le donne straniere: il 63,1% contro l'88,4% delle donne italiane; la quota di donne straniere che partorisce con un parto cesareo è più bassa (24,9% contro il 35,9%).

La prevalenza dell'allattamento al seno è più elevata tra le donne straniere (88% contro 80,7%), ma la durata media più bassa si registra tra le donne rumene (5 mesi) rispetto a quella complessiva delle straniere pari a 7,3, in linea anche con quella italiana.

Alcuni studi condotti in Europa (Francia e Gran Bretagna) sul rischio materno infantile nella popolazione migrata hanno rilevato un incremento di parti prematuri, di nati morti, di anemie, di infezioni, di patologie della gravidanza, rispetto alla madri italiane ed a quelle migrate ma ben integrate. Questi problemi sono principalmente riscontrabili tra le donne presenti in Italia da minor tempo, con i livelli più bassi di istruzione, arrivate irregolarmente, con grossi proble-

Azienda USL Ferrara

<sup>1</sup> Centro Salute Donna  
Ospedale di Valdagno (VI)

<sup>2</sup> Reparto di Ginecologia ed Ostetricia

© Copyright 2009, CIC Edizioni Internazionali, Roma



mi economici e di emarginazione che per ignoranza e paura non accede ai servizi per la cura della gravidanza e non sono quindi attribuibili al fenomeno migratorio in generale (ricordiamo che la donna che parte per un progetto migratorio è sicuramente in buona salute perché deve garantire un ritorno economico alla sua famiglia d'origine).

Il principale problema per le gravide immigrate è quindi riuscire ad inserirsi nei percorsi di assistenza alla nascita e avere un'adeguata cura e prevenzione delle patologie e complicanze della gravidanza.

Compito nostro d'altro canto è rimodellare un'offerta di servizi socio sanitari diversificati, elastici e soprattutto a misura umana, e non rivolgere agli stranieri i servizi già esistenti e spesso obsoleti anche per le nostre future mamme.

Nel tentativo di sviluppare una medicina attenta alle complesse problematiche delle gravide, con il rispetto delle diverse dignità e culture, sono stati proposti diversi modelli di assistenza.

Quello che maggiormente viene sostenuto e messo in pratica è quello dell'ambulatorio dedicato.

## **L'ambulatorio ostetrico del centro salute donna**

Presso il nostro Centro è stato attuato un modello di assistenza che non prevedeva ambulatori dedicati alle gravide immigrate, ma le stesse seguivano il percorso già organizzato per le gravide italiane; come unica eccezione la presenza, al bisogno, di mediatrici culturali per lingue arabe e dell'est Europa, di cui una anche ostetrica di provata esperienza.

Durante la prima visita veniva spiegato chiaramente alla donna il percorso per l'assistenza ostetrica alla gravidanza a basso rischio.

Scopo di questo modello di assistenza è di non emarginare e ghettizzare le donne immigrate, di favorirne l'integrazione non solo verso i servizi sanitari, ma anche nei confronti delle altre mamme non immigrate con cui si trovano ad interagire.

## **Il nostro studio**

Per capire l'accesso ai servizi, l'aderenza al monitoraggio della gravidanza e l'esito della gravidanza nella popolazione delle donne immigrate, negli anni 2006 e 2007 (n° 385 gravide in totale) sono stati raccolti tramite una scheda compilata durante la visita post-partum, i dati relativi alla gravidanza, all'accesso ai servizi, ed all'esito della gravidanza stessa delle gravide immigrate che venivano seguite dall'ambulatorio ostetrico del Centro Salute Donna di Ferrara.

## **Dati e discussione**

Dal 1997 in avanti il numero di donne gravide immigrate che si sono rivolte presso l'ambulatorio ostetrico del Centro Salute Donna di Ferrara sono aumentate di anno in anno e, negli anni presi in considerazione nel nostro studio, sono state 158 nel 2006 e 227 nel 2007.

L'età media della popolazione era di 28aa (min 20-max 38) e per il 60% provenivano dall'Est Europa; per il restante 24% dall'Africa (sia del Nord che non) il restante da altri paesi (Cina, America Centrale, ma anche Turchia, Iran, Iraq). Nella maggior parte dei casi risiedevano in Italia da più di 2 anni, (anche se una discreta quota da meno di un anno: il 23,1%), erano occupate (87%), dichiaravano di essere regolari (92,3%) e parlavano italiano (il 72%).

Quasi il 50% di queste donne era alla prima gravidanza; i valori però dei nostri risultati che più si discostano da quelli riportati in letteratura, sono quelli che riguardano l'aderenza all'assistenza ostetrica: nell'85% dei casi la donna eseguiva la prima visita entro la 13<sup>o</sup> settimana e comunque tutte entro la 20<sup>o</sup>; il 74,7% eseguiva fra 5 e 10 visite; tutte hanno eseguito le 3 canoniche ecografie in gravidanza; tutte eseguivano regolarmente gli esami ematochimici prescritti e nel 94% dei casi si presentavano regolarmente agli appuntamenti. Questi dati dimostrano come le donne immigrate hanno aderito perfettamente al nostro percorso, prospettato loro dagli operatori alla prima visita, hanno rispettato il nostro modello di assistenza, e, dato non raccolto nella nostra scheda ma che possiamo riferire, si sono sentite ascoltate e sono state soddisfatte del servizio loro offerto. Il 14% ha anche partecipato ai corsi di preparazione al parto, che ancor di più ha permesso di integrarsi con il tessuto sociale che le circonda. Un 6,5% a seguito delle informazioni ricevute ha richiesto spontaneamente di sottoporsi a screening prenatali non invasivi, il 10% delle pazienti si è sottoposta a diagnosi prenatale invasiva su indicazione, valore che ricalca i dati nazionali per le gravide italiane, nessuna ha però richiesto queste indagini senza indicazione.

Per quanto riguarda le patologie della gravidanza e del travaglio non c'è nessuna significativa differenza fra le gravide immigrate e le italiane, la modalità del parto è stata per il 68% il parto spontaneo, per il 32% il taglio cesareo come per le donne non immigrate.

Quindi se è stato da più parti sottolineato che gran parte della patologia che colpiva le gravide immigrate era dovuta alle condizioni socioeconomiche disagiate, alla situazione precaria e alla difficoltà che questo portava nel farsi seguire correttamente in gravidanza, in una popolazione di gravide, comunque in buona salute, il riuscire a creare la possibilità di un ambulatorio

ostetrico strutturato in modo da venire incontro alle loro difficoltà e di far capire l'importanza dei controlli a cui si devono sottoporre, ha portato ottimi risultati nell'esito di queste gravidanze.

## Conclusioni

Dai nostri dati emerge che questo modello di ambulatorio, tranne che in alcuni casi alle prime visite, ha trovato una adeguata adesione da parte delle future mamme straniere che hanno rispettato gli appuntamenti e gli esami strumentali e non, prescritti e che grazie anche alla presenza di mediatrici culturali, nei casi difficili, preparate anche dal punto di vista scientifico - ostetrico, la comunicazione è stata più sempli-

ce ed efficace ed è stato possibile affrontare anche patologie della gravidanza non di facile comprensione nemmeno per le donne italiane.

Gli esiti della gravidanza nella nostra popolazione di gravide migrate, la cui qualità di assistenza ostetrica non ha differito dalle pazienti italiane, sono stati sovrappubblici a quelli delle altre mamme.

Il continuo sforzo da parte degli operatori di essere non solo medici ed ostetriche sempre preparati ed aggiornati dal punto di vista scientifico, ma anche di essere più disponibili all'ascolto ed all'aiuto di queste persone spesso in difficoltà, ne ha migliorato l'inserimento all'interno del percorso assistenziale ed il non emarginare le gravide in ambulatori dedicati ha inoltre contribuito a integrare queste mamme nel contesto sociale che le circonda.

## Bibliografia

1. Caritas – Migrantes. *Immigrazione, dossier statistico 2008*. XVIII Rapporto sull'immigrazione. IDOS – Centro Studi e Ricerche.
2. Aldo Morrone. *Ridisegnare un nuovo modello di sanità*. Gynecology ACGOI, 2008, suppl. 6 , pag. 16-17.
3. Grazia Lesi. *L'esperienza dell'AUSL di Bologna: il percorso nascita delle donne migranti nella U.O. consultori e al CSDB*.

## L'esperienza del dolore nel travaglio di parto: aspetti neuroendocrini

L. COLLOCA

Molti processi modulatori dell'esperienza del dolore nel travaglio da parto sono ontogenetici, specifici dell'appartenenza sociale, altri invece, sono filogenetici, istintivi nell'atto di partorire, comuni in tutte le società e interpretabili in termini neurofisiologici (Smith, 2007).

Durante il travaglio di parto vengono rilasciati neuromodulatori in grado di influenzare la percezione del dolore; alcuni producono un'inibizione del dolore altri lo stimolano.

Gli oppioidi endogeni come le beta-endorfine, le encefaline e le dinorfine legandosi ai recettori presinaptici presenti sulla membrana neuronale bloccano la trasmissione del dolore. Le cellule destinate alla produzione di queste sostanze sono distribuite in tutto il sistema nervoso in particolar modo nel mesencefalo e nel midollo spinale concentrandosi rispettivamente nel sistema limbico e nella sostanza gelatinosa delle corna posteriori. Queste sostanze vengono prodotte e rilasciate dall'organismo in presenza di uno stress fisico acuto e il dolore da parto rappresenta un ottimo modello di dolore acuto.

In travaglio, tali neuromodulatori rivestono un ruolo particolare nella percezione del dolore, producendo inoltre numerosi effetti sulla partorientente e sul feto.

Antagonisti naturali del dolore, gli oppioidi endogeni vengono prodotti come risposta allo stress provocato dalle contrazioni uterine durante il travaglio. Questo fenomeno è conosciuto come "analgesia indotta dalla gravidanza" e rappresenta una risposta di adattamento dell'organismo materno alla gravidanza e al parto, favorendone una sensazione di benessere. Essi stimolano l'introversione da parte della madre, utile per favorire la coscienza di sé, la protezione del bambi-

no e il contatto emotivo con esso, assumendo un ruolo importante nel favorire il processo di attaccamento tra la madre ed il nascituro (*bonding*), ed instaurare un clima emotivo positivo a partire dal loro primo incontro. La donna sperimenta sensazioni di gratificazione per l'esperienza del parto, capaci di aumentare la stima e la fiducia in se stessa (*empowerment*, Hodnett ED, 2002). Gli oppioidi endogeni determinano inoltre una sorta di effetto amnesico che consente alla donna il riposo tra una contrazione e l'altra e promuove la rimozione dei vissuti negativi correlati al parto favorendo la possibilità che si ripresenti nuovamente. Questi mediatori dunque, costituiscono una compensazione naturale per il dolore che si presenta nel passaggio del feto lungo il canale del parto.

Un ormone che ha un ruolo centrale nel parto e durante la gravidanza, rivalutato recentemente anche per la funzione sociale, è l'ossitocina. Questo ormone è importante per attivare il travaglio. Prodotto inizialmente dal feto in funzione dei cambiamenti ormonali placentari, in seguito viene prodotto dalla madre. In particolare, durante il travaglio da parto interviene nella prosecuzione della gravidanza e nella stimolazione del flusso placentare; attiva l'avvio delle contrazioni e sostiene il mantenimento del travaglio; determina l'impulso alla spinta durante il periodo espulsivo.

Altro mediatore chimico coinvolto nella modulazione del dolore da parto è l'adrenalina che viene rilasciata quando il normale andamento del travaglio viene perturbato da fattori esterni e l'ambiente circostante viene percepito come ostile e pericoloso. L'adrenalina ha il compito di attivare riflessi istintivi di protezione in risposta ad un pericolo e le donne in travaglio sono particolarmente sensibili a tali condizioni. Il rilascio di questa sostanza avviene di fronte a situazioni stressanti come suoni squillanti, presenza di persone sconosciute, ambiente non confortevole o percepito come disagiata. L'adrenalina provoca la riduzione dell'efficacia delle contrazioni uterine e l'aumento del dolore per ridotto flusso di sangue ossigenato al muscolo uterino.

La modulazione positiva e negativa del dolore legata all'interazione tra ambiente e paziente è stata dimostrata da numerosi studi che investigano sul ruolo del contesto psicosociale rispetto all'azione di farmaci attivi o di sostanze inerti (Colloca & Benedetti, 2005).

In termini neurofisiologici, è noto che stimoli come la comunicazione verbale e non verbale, l'intensità delle luci, l'essere osservati, stimolano la neocorteccia che eccita il sistema nervoso simpatico con inibizione del cervello arcaico; al contrario gli stimoli ambientali che stimolano il cervello arcaico, come il buio, l'intimità, la privacy, il silenzio, eccitano il sistema nervoso parasimpatico ed inibiscono la neocorteccia. Durante il travaglio, il dolore e la notevole produzione ormonale portano alla prevalenza dell'attività del cervello arcaico con l'attivazione di strutture come l'ipotalamo e la ghiandola ipofisaria. Tuttavia, se prevale la stimolazione della neocorteccia, nella donna si crea uno stato

di stress cronico che porta alla produzione massiccia di catecolamine che, durante la gravidanza possono influenzare il rilascio degli ormoni e durante il travaglio inibiscono i processi di dilatazione ed espulsione del feto e la produzione di endorfine.

Odent (2001) scrive "Today in many countries most women have babies without releasing the specific hormones". Ignorare il ruolo di questi ormoni rispetto all'esperienza del dolore nel travaglio può portare alla sottovalutazione di importanti aspetti correlati al parto. Lo studio dei meccanismi neuroendocrini rispetto all'esperienza del dolore da parto esalta l'importanza di una buona interazione tra contesto psicosociale e partoriente in cui l'équipe ginecologica ed ostetrica insieme con l'ambiente diventano elementi determinanti nel rilascio di specifici ormoni la cui funzione va oltre l'aspetto facilitatorio o inibitorio della percezione del dolore.

## Bibliografia

1. SMITH R. *Parturition*. New Engl J Med 2007; 356(3):271-283.
2. Hodnett ED. *Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review*. Am J Obstet Gynecol 2002; 186:160-172.
3. COLLOCA L, BENEDETTI F. *Placebo and painkillers: is mind as real as matter?* Nat Rev Neurosci. 2005; 6(7):545-52.
4. M. Odent. *New reasons and new ways to study birth physiology*. Int J Gynaecol Obstet. 2001; 75: S39-45.

## Il dolore delle donne in travaglio di parto: le strategie di supporto assistenziale tra tecnologia e umanizzazione

P. SERAFINI, E.M. MOLLO\*

“...Tutte le donne in travaglio devono essere trattate con rispetto, devono essere coinvolte nell’assistenza, i professionisti devono stabilire un rapporto con le donne in travaglio rispettando le loro aspettative ed i loro desideri,... è necessario essere attenti ai toni, ai modi ed ai termini utilizzati,... una donna in travaglio non deve mai essere lasciata sola, se non per brevi periodi e su sua richiesta. Le donne devono essere accolte con sorrisi e benvenuto, è necessario presentarsi e presentare il proprio ruolo, mantenere un approccio calmo e rassicurante,... bussare prima di entrare nella stanza della donna, ascoltare le sue paure, chiederle il permesso prima di ogni procedura assistenziale.

...Essere consapevoli che i valori e le attitudini di chi assiste possono influenzare le strategie di supporto...”

La linea guida inglese NICE *Intrapartum Care* (1) pubblicata nel settembre 2007 inizia con questa serie di raccomandazioni che ad una lettura superficiale possono apparire banali o forse addirittura superflue, ma che in realtà, se analizzate un modo oggettivo e approfondite nelle loro applicazioni e ripercussioni, risultano più che mai attuali e spesso non attuate nella pratica clinica quotidiana.

Il modo in cui si partorisce e si nasce ci descrive una società e la sua cultura: “...ogni organizzazione sociale attiva un determinato sistema di parto, con determinate regole. Regole che, anche implicitamente, tendono a stabilire quali sono i soggetti interagenti, i luoghi deputati, le azioni necessarie e i comportamenti ammessi... Queste procedure nell’insieme compongono un sistema adatto a tenere sotto controllo l’ansia e l’emotività suscitata dagli aspetti profondi ed ancestrali riguardanti l’evento...” (Colombo, 1992)

Secondo l’Oms (2-4) il dolore in travaglio di parto è un’esperienza comune alla maggior parte delle donne ed è fortemente condizionata dalle aspettative personali. Le risposte individuali al dolore si manifestano con elevata differenziazione tra donna e donna e nella stessa donna in travagli differenti. I travagli di parto “anormali”, prolungati o complicati da distocia, indotti o accelerati con ossitocici o che esitano in parti strumentali vengono riferiti dalle donne come “più dolorosi” rispetto ai “parti normali” (5).

Per il travaglio a basso rischio l’Oms pone l’assistenza ostetrica *one-to-one* tra le modalità assistenziali di utilità dimostrate da chiare prove di efficacia e che pertanto devono essere incoraggiate (Categoria A) e il controllo del dolore mediante analgesia peridurale tra le modalità assistenziali utilizzate di frequente in modo inappropriato (Categoria D).

Nelle recenti linee guida italiane “Assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico”(6) il dolore della donna in travaglio di parto viene descritto come “...un’esperienza a carattere soggettivo, multidimensionale, individualmente variabile per intensità e qualità...” la cui “...percezione è influenzata da fattori biologici, psicologici, socio-culturali, ambientali e assistenziali” (7); sensazione che, a differenza di molte risposte algiche, non corrisponde necessariamente segnale di danno tissutale o stress ma rappresenta un fattore per lo più fisiologico e funzionale all’attivazione di meccanismi regolatori della progressione del travaglio stesso con funzione di regolazione anche dei meccanismi deputati al rilascio delle  $\beta$ -endofine endogene materne (dolore come “sensazione protettiva” *vs* dolore come “sintomo/malattia”[6]).

Proprio per la sua natura multifattoriale e multidimensionale (9), il dolore in travaglio di parto deve essere contenuto con strategie e tecniche differenti e personalizzate in relazione ai bisogni biologici, psicologici e sociali della singola donna.

Sono disponibili evidenze che dimostrano efficacia, vantaggi e svantaggi relativi al ricorso ed all’applicazione delle differenti tecniche e strategie (10).

Ostetrica Coordinatrice C.L. in Ostetricia, Università degli Studi di Torino  
\*Ostetrica Tutor C.L. in Ostetricia Università degli Studi di Torino  
A.S.O. O.I.R.M. S.Anna Torino

© Copyright 2009, CIC Edizioni Internazionali, Roma

Tra le strategie e le tecniche non farmacologiche per contenere il dolore in travaglio, per le quali sono presenti prove di efficacia di diverso livello, sono incluse:

- la continuità dell'assistenza durante la gravidanza ed il parto
- il rapporto assistenziale ostetrica/donna *one-to-one*
- misure generali di sollievo e sostegno
- immersione in acqua
- ipnosi
- stimolazione elettrica transcutanea (TENS)
- agopuntura.

Mentre per altri approcci come le strategie cognitive (tecniche di respiro, visualizzazioni, vocalizzazioni, musica, preghiera, ecc.) i dati presenti in letteratura sono limitati e basati prevalentemente sulle sensazioni soggettive delle donne.

La continuità assistenziale è caratterizzata dall'utilizzo di modelli di assistenza basati sulla condivisione della medesima filosofia da parte degli operatori e/o sull'utilizzo di protocolli comuni e/o su un'organizzazione di servizi in continuità e/o su un gruppo di stessi operatori che offrono assistenza, durante tutto il percorso nascita.

Il modello basato sulla continuità assistenziale, se confrontato con un modello di assistenza convenzionale, dimostra vantaggi significativi in termini di (11-13):

- minor ricorso a farmaci analgesici e antidolorifici in travaglio;
- maggiore probabilità di avere un parto vaginale spontaneo;
- minore possibilità di essere sottoposti ad interventi medici (uso di ossitocina, episiotomia);
- minore incidenza di neonati con indice di APGAR < 7 a 5 min;
- riduzione del numero di neonati che necessitano di rianimazione;
- maggiore soddisfazione materna.

Eppure, ancora oggi l'organizzazione dell'assistenza alla nascita è spesso frammentata tra più operatori, frequentemente non collegati tra loro da percorsi assistenziali integrati e la donna viene spesso assistita al parto da servizi e professionisti che non conosce e che non sempre si basano su modelli e principi assistenziali condivisi.

Un modello assistenziale *one-to-one* basato sulla presenza continuativa durante la gravidanza, il travaglio, il parto ed il post-partum della stessa ostetrica/ostetriche, se confrontato con un modello di assistenza convenzionale, dimostra di ridurre significativamente:

- l'utilizzo di analgesia epidurale;
- il tasso di episiotomie e di lacerazioni perineali.

Circa l'incidenza di tagli cesarei e parti vaginali strumentali i dati della letteratura sono discordanti. Alcuni autori non rilevano alcuna differenza significativa (16), altri autori (17) riportano una significativa riduzione.

Rispetto al modello convenzionale di assistenza la presenza di una persona, con specifica preparazione, che fornisca sostegno emotivo in travaglio riduce significativamente (18-20):

- il ricorso a trattamenti farmacologici per la riduzione del dolore;
- i parti operativi vaginali;
- il numero dei tagli cesarei;
- il numero di donne che riferiscono una esperienza negativa della nascita.

L'assistenza ostetrica/donna *one-to-one* in travaglio rappresenta un principio fondamentale per garantire qualità e sicurezza alla nascita, ma anche in questo caso le organizzazioni, spesso, non riescono a garantire questo principio stressato dalle raccomandazioni NICE 2007.

Tra gli interventi generali di sollievo dal dolore che si sono mostrati efficaci nel ridurre la richiesta o la prescrizione di analgesici vi sono:

- l'utilizzo della posizione eretta o laterale *versus* la posizione supina o litotomica in travaglio e l'utilizzo di uno sgabello da parto e/o della posizione accovacciata *versus* la posizione supina in periodo espulsivo (21-23);
- l'utilizzo di un ambiente travaglio/parto familiare *versus* un ambiente istituzionale convenzionale (24).

Eppure dati relativi alla analisi dei CeDAP delle diverse regioni indicano come ancora la maggior parte dei travagli avvenga in posizione litotomica e molte sale travaglio parto hanno una impronta istituzionale convenzionale, anziché familiare.

Per quanto concerne l'analgesia peridurale, nonostante sia condivisibile che tutte le donne abbiano diritto ad un contenimento efficace del dolore in travaglio, anche mediante tecniche farmacologiche e che l'ACOG valuti, con raccomandazione di grado I<sup>1</sup>, che la "sola richiesta materna di analgesia peridurale, anche in assenza di indicazione clinica, sia da considerarsi indicazione sufficiente" (25), è comunque da sottolineare che l'analgesia peridurale resta un intervento che medicalizza il parto ed è incluso dalla letteratura (26, 27) nei fattori di aumentato rischio intrapartale. Se da un lato gli studi ne confermano l'efficacia, dall'altro ne evidenziano anche i rischi materni e feto-neonatali e le necessità organizzative per un'erogazione in sicurezza. Questi elementi sono tanto più rilevanti considerando

<sup>1</sup> Massima forza di raccomandazione presente all'interno della pubblicazione ACOG

TABELLA 1. TAVOLA SINOTTICA DI STUDI RELATIVI ALLA SODDISFAZIONE ED EFFICACIA PERCEPITA RISPETTO A INTERVENTI DI CONTENIMENTO DEL DOLORE IN TRAVAGLIO DI PARTO.

Autori	Obiettivo	Tipo di studio / Campione	Risultati	Conclusioni
Hodnett ED <sup>31</sup> 2002	Riassumere le conoscenze su ciò che caratterizza l'esperienza del parto, con particolare attenzione al dolore ed al <i>pain relief</i>	Revisione sistematica di 137 reports su fattori che influenzano la valutazione delle donne rispetto alla loro esperienza di parto Risultati riassunti qualitativamente	Influiscono sull'esperienza di parto: - aspettative personali - quantità di supporto del <i>caregiver</i> - qualità della relazione con <i>caregivers</i> - coinvolgimento nelle scelte assistenziali	Il dolore, le strategie per il suo contenimento e gli interventi medici durante il travaglio non influiscono sulla costruzione del vissuto della donna quanto le attitudini ed i comportamenti dei <i>caregivers</i>
Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS <sup>32</sup> 2004	Analizzare i fattori che influenzano l'esperienza globale di parto, individuando quelli associati alla soddisfazione materna	Studio descritti su 60 puerpere che hanno avuto un parto normale con neonato sano. Vengono utilizzati questionari strutturati e scale di valutazione della soddisfazione e del dolore	Il controllo della donna sull'esperienza del parto è un fattore predittivo di soddisfazione globale sul l'esperienza del parto. Anche le aspettative rispetto al travaglio/parto sono fattori predittivi di soddisfazione della propria performance	Il controllo della donna sull'esperienza del parto è un fattore predittivo di soddisfazione materna. L'empowerment ed il potenziamento dell'autostima possono accrescere la soddisfazione della donna rispetto all'esperienza
Kannan S, Jamison RN, Datta S <sup>33</sup> 2001	Valutare la soddisfazione delle donne che, avendo pianificato un parto normale, ricorrono in travaglio ad analgesia epidurale	23 donne con travaglio normale e 24 donne con travaglio normale che richiedono analgesia peridurale	Le donne con analgesia peridurale riferiscono punteggi di dolore inferiori rispetto al gruppo che non la riceve. L'88% delle donne con analgesia peridurale riferiscono di essere meno soddisfatte di quanto si aspettavano, nonostante la diminuzione del dolore.	La diminuzione dell'intensità del dolore in travaglio di parto non è ad aumentare la soddisfazione materna. La soddisfazione è fortemente influenzata dalle aspettative in gravidanza
Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C <sup>34</sup> 2001	Valutare gli effetti di tutti i tipi di analgesia peridurale vs non peridurale o <i>no pain relief</i> sui principali esiti materni e fetali	Valutazione del dolore durante il travaglio e della soddisfazione con questionari prima e dopo il parto Revisione sistematica di 21 RCT (6664 donne) che comparano analgesia peridurale e altri metodi di contenimento del dolore farmacologici e non contenimento	Spesso le donne riferivano il ricorso all'analgesia peridurale come un fallimento del proprio parto Le donne con analgesia peridurale vs altri metodi percepiscono dolore in intensità minore ma sono esposte a maggior rischio di parti operativi (non differenze significative per: soddisfazione materna, ricorso a taglio cesareo, cefalee a lungo termine e bassi score di Apgar)	L'analgesia peridurale è un metodo efficace per il <i>pain relief</i> . Non sono emerse differenze rispetto a: ricorso a taglio cesareo, cefalee a lungo termine e bassi score di Apgar, soddisfazione materna (anche con score di dolore inferiori no aumenta la soddisfazione). Il ricorso ad analgesia peridurale è associato ad aumento dei parti operativi. Non sembrano esistere associazioni dell'analgesia peridurale con cefalea a lungo termine o con soddisfazione maggiore da parte delle donne
Howell CJ, Kidd C, Roberts W et al. <sup>35</sup> 2001	Identificare gli effetti indesiderati a breve e lungo termine dell'analgesia peridurale vs non analgesia in travaglio	RCT con follow-up a lungo termine 369 primigravide: 184 donne allocate al gruppo con l'analgesia peridurale e 185 al gruppo non-analgesia epidurale. Outcome: cefalea a 3 e 12 mesi dal parto, incidenza parti strumentali e valutazione globale da parte delle donne	Non differenza statisticamente significativa per aumento di cefalea a lungo termine nel gruppo con epidurale. Aumento significativo dei parti strumentali. Non differenze significative nella soddisfazione delle donne	
McCrea BH, Wright ME <sup>36</sup> 1999	Esaminare l'influenza del controllo materno nell'esperienza del parto sul dolore del travaglio/parto	Studio retrospettivo basato sulla somministrazione di un questionario a 100 puerpere a 48 ore dal parto vaginale	Il controllo della donna nell'esperienza del parto influisce positivamente sul contenimento del dolore e sulla soddisfazione materna	Le variabili demografiche e socio-economiche hanno basso impatto sulla soddisfazione materna rispetto al controllo sul proprio travaglio
Waldenstrom U <sup>37</sup> 2003	Confrontare il ricordo dell'esperienza del parto nel puerperio, a 2 mesi e 1 anno	Studio di coorte longitudinale su 2428 donne svedesi reclutate in gravidanza	Gli score di valutazione del dolore si non si mantenevano nel tempo, indipendentemente dalle strategie per il contenimento del dolore utilizzate	Il ricordo delle donne rispetto al dolore del parto è soggetto a grande variabilità e le risposte delle partecipanti possono cambiare nel tempo.
Waldenstrom U, Rudiman A, Hildingsson I <sup>38</sup> 2006	Valutare la soddisfazione delle donne rispetto all'assistenza intra e post partum e identificare i fattori predittivi di insoddisfazione	Studio caso controllo su 2686 donne svedesi con compilazione di un questionario all'inizio della gravidanza e due mesi dopo il parto	Fattori di rischio per l'insoddisfazione sono: giovane età, bassa scolarità, <i>single</i> , gravidanza non pianificata, mancanza di supporto del partner, mancanza di supporto dell'ostetrica in travaglio, scarso coinvolgimento in decisioni, ambiente del parto, tempo insufficiente per il supporto dell'allattamento.	L'organizzazione dell'assistenza e fattori sociodemografici influiscono fortemente sulla soddisfazione materna dell'esperienza di parto
Alehaeg S, Wijma B, Wijma K <sup>39</sup> 2006	Indagare l'associazione tra paura del parto in gravidanza e dolore all'inizio della fase attiva di travaglio	47 nullipare a termine di gravidanza cui viene proposta una valutazione delle aspettative ante travaglio e una sulla paura di travaglio e ripetutamente nel post partum	Esiste una correlazione tra paura eccessiva del parto in gravidanza e dolore riferito in travaglio. Non c'è differenza tra la paura rilevata prima del parto tra donne che non hanno/hanno ricevuto l'analgesia peridurale mentre nelle donne con analgesia peridurale si rilevano livelli di paura del parto maggiori vs no analgesia	Le donne che riferiscono intensi livelli di paura hanno maggior probabilità di riferirla anche al parto ed in puerperio. L'offerta di analgesia peridurale non è una risposta sufficiente alla paura delle donne in travaglio e in puerperio
Valutando le differenze tra chi riceve o no analgesia peridurale				

che la maggior parte dei travagli (48%, incidenza di parti fisiologici nel Regno Unito) (28) si presenta normale (a basso rischio) e pertanto le modalità assistenziali devono, a maggior ragione, rispondere a criteri di: minor interazione con il naturale decorso del travaglio e minor invasività, appropriatezza clinica, gradualità di intervento, efficacia ed efficienza della metodica.

Elemento fondamentale per una armonica sintesi tra approccio tecnologico ed umanizzazione dell'assistenza alla nascita è inoltre la distinzione tra dolore fisiologico del travaglio e dolore patologico, con la necessità di una azione assistenziale incisiva sulla riduzione di tutte le potenziali fonti di dolore iatrogeno del travaglio di parto.

Le potenziali fonti di dolore iatrogeno di travaglio di parto possono essere:

- di ordine clinico come l'eccessivo ricorso all'induzione con ossitocina esogena, la limitazione della libertà di movimento in travaglio e nel periodo espulsivo, la posizione supina della donna in travaglio, le troppe esplorazioni vaginali ripetute con frequenze elevate (in travagli normali l'Intrapartum Care del NICE 2007 raccomanda intervalli di 4 ore), manovre di dilatazione manuale sul collo dell'utero, la rottura routinaria strumentale delle membrane amniotiche, la manovra di Kristeller, il ricorso routinario all'episiotomia senza uso di anestesia locale, l'applicazione di forcipe o ventosa, la sutura di lacerazioni cervico vaginali, ecc.;
- di ordine psicologico, spirituale come le caratteristiche dell'ambiente nel quale avvengono il travaglio ed il parto (luci, suoni, temperatura, odori, disponibilità di vasche per immersione in acqua), la tutela del-

l'intimità e della privacy della donna e della persona che l'accompagna nel parto, il rispetto dei bisogni, il coinvolgimento e l'informazione della donna, il linguaggio utilizzato dai care givers, il percorso nascita seguito dalla donna, l'attenzione ai valori culturali e sociali della donna e della sua famiglia, l'attitudine e la sensibilità del professionista nei confronti del sostegno e della considerazione del dolore della donna, ecc.

Il rispetto dei bisogni della donna in una visione olistica dell'assistenza, l'attenzione alla riduzione di tutte le manovre assistenziali inutili e potenzialmente dolorose, la predisposizione di un ambiente e di un clima intimo, rispettoso e coinvolgente consente di agire sulle diverse componenti del dolore del travaglio distinguendo tra dolore e sofferenza.

Gli studi che valutano l'efficacia percepita, la soddisfazione e l'esperienza di parto delle donne in travaglio sintetizzati nella Tabella 1 dimostrano come le valutazioni espresse dalle donne sono sicuramente influenzate dalle aspettative personali, dall'assistenza e dalle informazioni ricevute in gravidanza e durante il travaglio.

Propongono alcuni interrogativi e spunti di riflessione alcuni studi che evidenziano come le donne che sono ricorse ad analgesia peridurale hanno manifestato più frequentemente delle donne senza analgesia insoddisfazione rispetto all'esperienza globale del parto (29), sebbene la riduzione del percepito doloroso fosse statisticamente significativa. Anche il ricorso ad analgesia per contenere la paura del travaglio non si è dimostrato efficace (30) nonostante il *pain relief* ottenuto.

## Bibliografia

1. NICE (2007), Intrapartum care - *Care of healthy women and their babies during childbirth*. Clinical guideline <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG55FullGuideline.pdf> uc 01/2009.
2. OMS (1996), Care in Normal Birth: a practical guide - Report of a Technical Working Group, Geneva, [http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM\\_96\\_24/care\\_in\\_normal\\_birth\\_practical\\_guide.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_96_24/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf) uc 12/2008.
3. OMS (2003), Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care - a guide for essential practice, Geneva, <http://www.who.int/reproductive-health/publications/pcpnc/pcpnc.pdf> uc 12/2008.
4. OMS (2003), Managing Complications in Pregnancy and Childbirth - a guide for midwives and doctors, Geneva, <http://www.who.int/reproductive-health/impac/mcpc.pdf> uc 12/2008.
5. OMS. Care in Normal Birth: a practical guide - Report of a Technical Working Group. Geneva, 1996. [http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM\\_96\\_24/care\\_in\\_normal\\_birth\\_practical\\_guide.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_96_24/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf) uc 12/2008.
6. ARESS, Assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico. Linee guida nazionali di riferimento - Cap12 Il controllo del dolore in travaglio di parto, 2004. [http://www.assr.it/plg/gravid\\_parto/gravid\\_parto\\_3.pdf](http://www.assr.it/plg/gravid_parto/gravid_parto_3.pdf) uc 11/2007.
7. BENEDETTO C, GOLLO E, SERAFINI P (2006), *Controllo del dolore in travaglio di parto, in: Analgesia, Anestesia, Terapia intensiva in Ostetricia*, Edizioni Minerva Medica.
8. ALBE-FESSARD D, GIAMBERARDINO MA (1997), *Il dolore. Meccanismi di insorgenza e di controllo*, Biblioteca medica Masson, Milano.
9. LOWE NK (2002), *The nature of labor pain*, Am J Obstet Gynecol, 186:16-24.
10. BENEDETTO C, ZONCA M, SERAFINI P, GOLLO E. *Il controllo del dolore in travaglio di parto in Assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico*. Linee guida nazionali di riferimento, 2004.
11. HODNETT ED. *Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth*. Cochrane Database Systematic reviews, 2001(3).
12. HODNETT ED, GATES S, HOFMEYER G J, SAKALA C.



- Continuous support for women during childbirth.* Cochrane Database Systematic reviews, 2003(4).
13. HODNETT ED. *Caregiver support for women during childbirth.* Cochrane Database Systematic reviews, 2003(2).
  14. PAGE L *Clinical interventions and outcomes of One-to-One midwifery practice.* J Public Health Med, 1999; 21: 243-8.
  15. McGRATH S, KENNEL J, SURESH M et al. *Doula support vs epidural analgesia: impact on cesarean rates.* *Pediatr Res*, 1999; 45: 16A.
  16. Page L *Clinical interventions and outcomes of One-to-One midwifery practice.* J Public Health Med, 1999; 21: 243-8.
  17. McGRATH S, KENNEL J, SURESH M et al. *Doula support vs epidural analgesia: impact on cesarean rates.* *Pediatr Res*, 1999; 45: 16A.
  18. HODNETT ED et al. *Effectiveness of Nurses as Providers of Birth Labor Support in North American Hospitals.* A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 2002; 288: 1373-81.
  19. SCOTT KD, Berkowitz G, Klaus M. *A comparison of intermittent and continuous support during labor: a meta-analysis.* *Am J Obstet Gynecol*, 1999; 180: 1054-9.
  20. KENNEL JH, KLAUS MH. *Continuous Nursing Support During Labor (letter).* *JAMA*, 2003; 289: 175-6.
  21. Gupta JK , Nikodem VC. *Woman's position during second stage of labour.* Cochrane Database Systematic reviews, 2001(1).
  22. de JONG P, JOHANSON R, BAXEN P, ADRIANS V, VAN DER WESTHUISEN S, JONES P *Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage o labour.* *Br J Obstet Gynaecol*, 1997; 104: 567-71.
  23. de JONG P. *Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage o labour [reply].* *Br J Obstet Gynaecol*, 1999; 106: 291-2.
  24. HODNETT ED. *Home-like versus conventional institutional settings for birth.* Cochrane Database Systematic reviews, 2001(1).
  25. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2002). *Obstetric analgesia and anesthesia.* ACOG practice bulletin; no. 36, Washington (DC).
  26. Royal College of Obstetricians and Gynaecology (RCOG). *The use of Electronic Fetal Monitoring.* Evidence-based Clinical Guideline N. 8, London, UK; RCOG Press, 2001.
  27. CeVEAS, ASR Regione Emilia-Romagna. *La sorveglianza del benessere fetale in travaglio di parto.* Linea guida basata su prove di efficacia. Bologna, 2003. [http://www.saperidoc.it/file/140\\_1.pdf](http://www.saperidoc.it/file/140_1.pdf) ultima consultazione 12/2006.
  28. The Information Centre for health and social care. *Maternity Statistics, England: 2004-05.* Statistical Bulletin. Crown copyright, 2006. [www.ic.hns.uk](http://www.ic.hns.uk) ultima consultazione 11/2006
  29. KANNAN S, JAMISON RN, DATTA S (2001), *Maternal satisfaction and pain control in women electing natural childbirth* *Reg Anesth Pain Med*, 26(5): 468-72.
  30. ALEHAGEN S, WIJMA B, WIJMA K (2006), *Fear of childbirth before, during, and after childbirth.* *Acta Obstet Gynecol Scand*, 85(1): 56-62.
  31. HODNETT ED (2002), *Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review.* *Am J Obstet Gynecol*; 186 (5 Suppl Nature): S160-72.
  32. GOODMAN P, MACKAY MC, TAVAKOLI AS (2004), *Factors related to childbirth satisfaction,* *J Adv Nurs*, 46(2): 212-9.
  33. KANNAN S, JAMISON RN, DATTA S (2001), *Maternal satisfaction and pain control in women electing natural childbirth* *Reg Anesth Pain Med*, 26(5): 468-72.
  34. ANIM-SOMUAH M, SMYTH R, HOWELL C (2005), *Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour* *Cochrane Database Syst Rev*, 19, (4).
  35. HOWELL CJ, KIDD C, ROBERTS W (2001), *A randomised controlled trial of epidural compared with non-epidural analgesia in labour* *BJOG*, 108(1): 27-33.
  36. MCCREA BH, WRIGHT ME (1999), *Satisfaction in childbirth and perceptions of personal control in pain relief during labour* *J Adv Nurs*, 29(4): 877-84.
  37. WALDENSTROM U (2003), *Women's memory of childbirth at two months and one year after the birth,* *Birth*; 30(4): 248-54.
  38. WALDENSTROM U, RUDMAN A, HILDINGSSON I (2006), *Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied,* *Acta Obstet Gynecol Scand*, 85(5): 551-60.

## L'immersione in acqua quale strategia del controllo del dolore

C. BENEDETTO, F. BERGIA, E. BIANQUIN, M. ZONCA

L'immersione in acqua quale strategia di controllo del dolore risale agli inizi del 1800 in Francia, paese in cui nella seconda metà del Novecento viene installata in un ospedale la prima piscina per il travaglio e il parto.

Nel 1992 *The House of Commons Health Committee* rilascia un comunicato in cui viene sottolineato come tutti i Centri di Ostetricia dovrebbero offrire alle gravide l'opportunità di immersione in acqua nel travaglio e/o parto (1).

Dall'inizio degli anni Novanta anche in Italia nascono le prime strutture ospedaliere attrezzate per il parto in acqua. Ad oggi questa opportunità è consentita in circa un centinaio di centri ma il numero totale di donne che ne usufruiscono non è noto.

I presupposti teorici di beneficio di tale procedura nel controllo del dolore in travaglio derivano in particolare dall'effetto dell'immersione e dal calore dell'acqua.

Durante l'immersione in acqua la donna può beneficiare della sensazione di perdita di peso per cui i cambiamenti di posizione vengono facilitati e può sperimentare una sensazione di "avvolgimento" e di "intimità". Tutto ciò può facilitare il rilassamento, la flessione della testa fetale e quindi la progressione del travaglio.

Inoltre il calore dell'acqua induce rilassamento muscolare e provoca un aumentato rilascio di endorfine e una diminuita secrezione di catecolamine che a loro volta inibiscono il rilascio di ossitocina. Questi effetti possono determinare un effetto rilassante e analgesico e conseguentemente facilitare la progressione del travaglio.

### Analisi della letteratura

Dal 1990 ad oggi in letteratura sono individuabili 40 pubblicazioni sul parto e sul travaglio in acqua, di cui solo 9 studi randomizzati controllati (RCT) e una metanalisi. Questi studi confrontano principalmente l'immersione in acqua in travaglio *versus* il travaglio-parto tradizionali.

### Esperienza del dolore e necessità di analgesia

È stato dimostrato che l'immersione in acqua durante il travaglio riduce in modo significativo la percezione del dolore (OR 0.23 IC 95% 0.08-0.63) e conseguentemente la necessità di ricorso all'analgesia (epidurale, spinale o paracervicale) durante il travaglio (OR 0.84 IC 95% 0.71-0.99) (2).

Un altro importante studio osservazionale condotto in Svizzera dal 1991 al 2000 da *Eberhard e coll.* che ha confrontato la percezione del dolore in circa 3000 gestanti che hanno partorito a letto *versus* quelle che hanno partorito in acqua rileva una significativa differenza del ricordo del dolore del travaglio e del parto sia nelle pluripare ( $p = 0.000$ ) che nelle nullipare ( $p = 0.034$ ) (3).

L'immersione in acqua nelle fasi tardive del travaglio (dilatazione cervicale superiore a 5 cm) determina un aumento del ricorso all'analgesia e un maggior uso di ossitocina rispetto ai casi in cui l'immersione avviene in fase precoce di travaglio (dilatazione cervicale inferiore a 5 cm) (OR 3.09 IC 95% 1.63-5.84 e OR 3.09 IC 95% 1.73-5.54) (2).

### Durata del travaglio

Per quanto riguarda l'evoluzione del travaglio, nella metanalisi di Cluett e coll. comprendente 4 RCT, non è stata osservata alcuna differenza significativa nel-

la durata delle differenti fasi del travaglio nelle donne che hanno usufruito dell'immersione in acqua rispetto a quelle che hanno scelto il travaglio tradizionale. (2) Al contrario, uno studio inglese retrospettivo caso-controllo rileva una riduzione significativa nella durata di entrambe le fasi del travaglio nelle nullipare che usufruiscono dell'immersione in acqua (primo stadio:  $p < 0.05$ ; secondo stadio:  $p < 0.005$ ) versus quelle che partoriscono a letto. Tale dato non è stato invece osservato nelle pazienti pluripare (4).

## Lacerazioni perineali e necessità di parti operativi

L'immersione in acqua nel travaglio non sembra determinare un'aumento di incidenza di ricorso all'episiotomia e di lacerazioni perineali di II-IV grado. Non si è evidenziata nessuna differenza neppure per quanto riguarda la percentuale di parti vaginali o tagli cesarei (2).

Per quanto riguarda gli esiti perinatali, nella meta-analisi di Cluett e coll., non sono state segnalate differenze significative per quanto riguarda l'indice di Apgar, le infezioni neonatali, il trasferimento in terapia intensiva neonatale e l'incidenza di morte perinatale (2). Tuttavia, Gilbert e coll. nel 1999 confrontando 4030 nati in acqua (studio osservazionale + indagine postale, Inghilterra e Galles, 1994-1996) con 10.307 nati non in acqua (popolazione a basso rischio, North West Thames, 1992-1993) riportano un'incidenza dello 8.4‰ di ricoveri in Terapia Intensiva Neonatale (TIN) nel primo gruppo rispetto ad al 37‰ nel secondo gruppo. Quasi la metà dei ricoveri in TIN dei nati in acqua era da attribuire ad un distress respiratorio. Per quanto riguarda la mortalità si è confermata la non significatività statistica fra i due gruppi in studio (5).

## Conclusioni

Per quanto riguarda l'immersione in acqua durante il travaglio, si è evidenziato:

- una riduzione della percezione del dolore
- una diminuita richiesta di analgesia

## Bibliografia

1. House of Commons Health Committee. *Second Report on the Maternity Services (Winterton report)*. London: HMSO; 1992.
2. CLUETT ER, NIKODEM VC, MCCANDLISH RE,



Fig. 1 - Criteri di ammissione per il travaglio-parto in acqua.

- l'assenza di evidenti effetti collaterali materno-neonatali.

Secondo le linee guida del 2007 del *National Institute for Clinical Excellence (NICE)* la possibilità di immersione in acqua in travaglio è pertanto raccomandata per il controllo del dolore (6). Al contrario, per quanto riguarda l'immersione durante il parto, non esistono evidenze scientifiche di grado elevato tali da incoraggiare o sconsigliare il parto in acqua. Sono pertanto necessari ulteriori studi a riguardo. (6)

Per poter offrire a più donne i vantaggi del travaglio e del parto in acqua è necessario sia sviluppare strutture adeguate a questa modalità di parto, sia creare un sistema di supporto del servizio tramite la formazione del personale medico e ostetrico. Inoltre, sarebbe opportuna la stesura di opuscoli informativi per le donne sull'organizzazione del servizio e sui rischi e benefici noti.

Le donne che possono usufruire dell'immersione in acqua durante il travaglio e il parto devono essere selezionate secondo precisi criteri di ammissione (Fig. 1). Alla base della decisione vi è innanzitutto la libera scelta della gravida che deve essere debitamente informata sui rischi e sui benefici.

Per poter disporre di maggiori informazioni circa i vantaggi e i rischi dell'immersione in acqua durante il travaglio e il parto sarebbe, infine, opportuno disporre di un registro specifico per tale modalità.

BURNS EE. *Immersion in water in pregnancy, labour and birth*. The Cochrane Database of Syst Rev, Library Issue 2, 2002.

3. EBERHARD J, STEIN S, GEISSBUEHLER V. *Experience of pain and analgesia with water and land births*. J.Psychosom

- Obst. Gynecol 26(2): 127-133, 2005.
4. OTIGBAH CM, DHANJAL MK, HARMSWORTH G, CHARD T. *A retrospective comparison of water births and conventional vaginal deliveries.* Eur J of Obstet and Gynec Reprod Biol, 91(1):15-20, 2000.
  5. GILBERT RE AND TOOKEY PA. *Perinatal mortality and morbidity among babies delivered in water: surveillance study and postal survey.* BMJ, 319(7208): 483-487, 1999.
  6. National Institute for Clinical Excellence (NICE), Intrapartum care, NICE clinical guideline 2007.
- 

© CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI

## Il controllo del dolore nei travagli a rischio

M. ZONCA, P. SOZZANI, R. DE FAZIO, G. PETTINAO

Il dolore della donna in travaglio è un fenomeno normale nell'esperienza della nascita, dissimile da altre esperienze algiche acute o croniche. È un'esperienza complessa a carattere soggettivo, multidimensionale ed individualmente variabile per intensità e qualità, la cui percezione è influenzata da fattori biologici (età, parità, proporzione feto-pelvica, presentazioni anomale, condizioni generali della donna, ecc...), psicologici (autostima della donna, precedenti esperienze dolorose, vissuto della gravidanza, paura, ansietà, aspettative), socio-culturali (ruolo della donna, valore della nascita, valore della sofferenza) e da condizioni ambientali e assistenziali.

Nel primo stadio del travaglio il dolore, descritto come sordo e scarsamente localizzabile, è prevalentemente viscerale e deriva dalle modificazioni del segmento uterino inferiore e dalla dilatazione della cervice uterina. Le fibre nervose coinvolte in questa fase sono le fibre C a lenta conduzione. Nella seconda fase del travaglio il dolore è invece prevalentemente somatico, descritto come tagliente, intenso e ben localizzabile e deriva dalla distensione del pavimento pelvico, della vagina e del perineo ed è mediato dalle fibre nervose di tipo A-delta a rapida conduzione.

### Effetti del dolore

Il dolore determina a sua volta risposte endocrine, metaboliche, respiratorie e risposte a livello diencefalico e corticale quali ansia, paura e aumento del tono simpatico che in travaglio si ripercuotono sul feto. In particolare nel corso del travaglio le modificazioni endocrine quali l'aumento delle catecolamine, dell'ACTH, del cortisolo presentano ripercussioni a livello

lo circolatorio riconducibili ad un aumento del lavoro cardiaco e delle resistenze periferiche e ad una riduzione del flusso ematico placentare. Lo stress materno si ripercuote pertanto sul feto con riduzione degli scambi placentari. L'aumento del metabolismo basale con aumento nel consumo di O<sub>2</sub> e causa invece di acidosi metabolica e l'iperventilazione ad alcalosi respiratoria con conseguente spostamento a sinistra della curva di dissociazione dell'emoglobina e diminuzione della cessione di O<sub>2</sub> al feto. Il concomitante aumento delle beta-endorfine dovrebbe invece in parte permettere un flusso di coscienza in grado di aiutare la donna ad affrontare il dolore del parto.

### Controllo del dolore nei travagli a rischio

Risulta evidente come alleviare il dolore del travaglio possa presentare risvolti importanti sul benessere materno e fetale in particolare in quei travagli patologici in cui le condizioni materne e fetali risultino più facilmente deteriorabili.

Il controllo adrenergico gioca un ruolo importante sul flusso ematico uterino e la sensibilità  $\alpha$ -adrenergica nella circolazione uterina è aumentata in gravidanza (1). Anche modesti aumenti nel tono adrenergico materno riducono in modo consistente il flusso ematico uterino in preparazioni sperimentali animali. L'analgia peridurale induce blocco del sistema simpatico con conseguente incremento del flusso uterino in assenza di ipotensione (2). Tuttavia l'analgia neuroassiale sembra modificare il pattern delle catecolamine, determinando una riduzione delle concentrazioni della epinefrina ad azione prevalentemente  $\beta$ -adrenergica, ma non di quelle della norepinefrina il cui effetto è prevalentemente  $\alpha$ -adrenergico. In teoria le modificazioni delle catecolamine nel corso dell'analgia peridurale potrebbero determinare, almeno in vitro, una relativa maggiore influenza dell'effetto della norepinefrina sulla microvascolarizzazione uterina e portare a

vasocostrizione (3). Tuttavia, l'analgia peridurale tende a migliorare il flusso placentare e non determina effetti deleteri sugli indici dopplerflussimetrici che riflettono le resistenze vascolari nelle arterie uterine e ombelicali (4).

Nelle donne affette da ipertensione indotta dalla gravidanza (PIH) l'analgia peridurale sembra particolarmente indicata in quanto il suo impiego è associato ad una riduzione delle resistenze placentari. L'impiego dell'analgia in travaglio potrebbe essere inoltre utile nelle gestanti cardiopatiche o affette da ipertensione arteriosa cronica o indotta dalla gravidanza in cui il dolore del travaglio può aumentare il rischio di scompenso cardiaco in quanto la gittata cardiaca in presenza di contrazioni particolarmente dolorose può incrementare del 100-200%.

Esiste inoltre una differenza tra donne in travaglio non-complicato e donne in travaglio patologico. Alcune anomalie di presentazione sono associate a travagli più lunghi e dolorosi come in presenza di rotazione occipito destra anteriore (ODA), nelle rotazioni occipito posteriori (OP), in presenza di asinclitismo. All'inizio del travaglio circa il 10-20% dei feti è in posizione occipito posteriore e approssimativamente il 90% di questi ruota in occipito anteriore. L'incidenza di posizione occipito posteriore persistente è associata ad una significativamente più alta incidenza nella gravidanza protratta, nell'induzione del travaglio, nel ricorso all'aumento dell'attività contrattile con ossitocina, nei travagli prolungati e all'uso di analgesia. La posizione occipito posteriore persistente evolve in parto vaginale spontaneo in meno del 50% dei casi e rappresenta circa il 12% di tutti i cesarei per distocia. I dati circa l'uso dell'analgia peridurale quale causa di posizione occipito posteriore persistente sono discordanti: alcuni

Autori (5) non riportano alcuna correlazione in quanto ad un sostanziale aumento nel ricorso all'analgia peridurale non è seguito un aumento nella frequenza di malposizione, mentre altri (6) riportano che le donne che richiedono più frequentemente l'analgia in travaglio hanno più frequentemente un feto in rotazione occipito posteriore al parto, ma non all'inizio del travaglio.

La distocia farmacologica potrebbe essere la conseguenza di come l'analgia viene eseguita in termini di tecnica, farmaci utilizzati, dosi e volumi. L'analgia deve seguire un principio di selettività delle fibre nervose coinvolte nelle diverse fasi del travaglio. Nella fase iniziale del travaglio è sufficiente il blocco delle sole fibre C amieliniche, mentre nelle fase attiva del travaglio è opportuno bloccare anche le fibre A-delta. La sinergia tra l'oppioide e l'anestetico locale (bupivacaina+fentanil) richiede minori *top-ups* e determina minore blocco motorio rispetto alla bupivacaina 0.125%.

La deambulazione deve essere considerata un marker di buona analgesia in quanto l'analgia non ha in tal modo bloccato le fibre A-gamma. La deambulazione determina inoltre un miglioramento dei diametri pelvici materni e migliora la coordinazione, riduce la frequenza e aumenta l'intensità delle contrazioni uterine e riduce la richiesta di analgesico (7).

In corso di analgesia peridurale è opportuno rifarsi ad una nuova curva di progressione del travaglio, in quanto in analgesia peridurale la velocità di dilatazione cervicale è di circa 1.6 cm/h versus 1.4 cm/h senza peridurale (8) e la durata del 2° stadio del travaglio è significativamente aumentata.

L'obiettivo dell'analgia in travaglio è alleviare il dolore senza alterare la fisiologia del parto.

## Bibliografia

1. LEDERMAN RI, MCCANN DS, WORK B JR, HUBER MJ. *Endogenous plasma epinephrine, and norepinephrine in last-trimester pregnancy and labor.* Am J Obstet Gynecol 1977; 129: 5-8.
2. HOLMLMEN A, JOUPPIA R, JOUPPIA P. *Regional anaesthesia and uterine blood flow.* Ann Chir Gynaecol 1984; 73: 149-52.
3. SEGAL S, WANG SY. *The effect of maternal catecholamines on the calibre of gravid uterine microvessels.* Anesth Analg 2008; 106: 888-92.
4. HUGHES AB, DEVOL LD, WAKEFIELD ML e coll. *The effect of epidural anesthesia on the Doppler velocimetry of umbilical and uterine arteries in normal term labor.* Obstet Gynecol 1990; 75: 809-12.
5. FITZPATRICK M, MCQUILLAN K, O'HERLIHY C. *Influence of persistent occiput posterior position on delivery outcome.* Obstet. Gynecol 2001; 98: 1027-31.
6. LIEBERMAN E, DAVIDSON K, LEE-PARRITZ A, SHEARER E. *Obstet. Gynecol 2005; 105: 974-82.*
7. KUCZKOWSKI KM. *Ambulatory labor analgesia: what does an obstetrician need to know?.* Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83: 425-24.
8. ALEXANDER JM, SHARMA SK, MCINTIRE DD, LEVINO KJ. *Epidural analgesia lengthens the Friedman active phase of labor.* Obstet Gynecol 2002; 100: 46-50.

## Ambiente vaginale nel ciclo riproduttivo

S. LUISI, V. CIANI, L. LAZZERI, S. PINZAUTI, F. FILOSOMI, F. PETRAGLIA

L'ambiente vaginale può essere considerato un ecosistema in equilibrio dinamico durante il corso della vita di una donna. Gli elementi fondamentali di tale ambiente sono rappresentati dalla mucosa vaginale, dal fluor vaginale e dal muco vaginale.

La mucosa vaginale risente notevolmente delle condizioni ormonali della donna nelle differenti fasi della vita; le specifiche modificazioni istologiche che vi si verificano appaiono correlate soprattutto al livello estrogenico. Subito dopo la nascita, l'epitelio pavimentoso risulta estremamente alto, pluristratificato, caratterizzato da notevole maturazione cellulare; dopo pochi giorni, a causa della caduta dei livelli ormonali materni, tende a sfaldarsi (1). Con la maturità sessuale, correlata a un incremento della produzione estrogenica ovarica, il numero di strati e, quindi, lo spessore dell'epitelio vaginale aumentano e il connettivo si arricchisce di fibre elastiche e fasci collagene. In particolare, nella fase pre-ovulatoria, in cui si verifica un notevole innalzamento dei tassi estrogenici ematici, si osserva un ispessimento della mucosa che raggiunge il suo massimo spessore intorno al 14° giorno del ciclo, ritornando poi alla normalità verso il 24° giorno.

Durante la gravidanza, si verifica una condizione di costante elevato trofismo, con imbibizione di tutte le componenti mucose e connettivali. Diversamente, con l'avvento dell'età menopausale, gli strati dell'epitelio si riducono, diminuisce il contenuto di glicogeno, il connettivo si fa denso e compatto e la mucosa diventa sottile; anche la trama capillare superficiale diventa esile e fragile, favorendo piccole emorragie (2). L'epitelio pluristratificato che riveste le pareti vaginali, rappresenta un ostacolo quasi insormontabile per la maggior parte

dei microrganismi. La flora vaginale è stata ritenuta per molti anni un'entità statica e omogenea composta essenzialmente dal bacillo di Döderlein o *Lactobacillus*, batterio Gram-positivo, mentre tutte le variazioni da tale uniformità erano considerate patologiche. Ben presto, però, ci si rese conto che la sua composizione variava secondo l'età e la condizione endocrina della donna, indipendentemente dalla comparsa di quadri patologici: il bacillo di Döderlein era isolabile in percentuali molto diverse e i batteri isolabili dalla vagina umana in condizioni "fisiologiche" costituiscono oggi un ventaglio piuttosto ampio. La composizione della flora residente nella vagina è fortemente influenzata da fattori ormonali, dall'età e dal pH. I lattobacilli predominano nel tratto genitale femminile nel neonato quando il pH vaginale è acido. Dopo il primo mese di vita e fino all'età della pubertà, quando il pH è intorno a 7 e non viene prodotto glicogeno, la flora microbica normale comprende stafilococchi, streptococchi, corinebatteri ed *Escherichia coli*. Alla pubertà la donna acquisisce la tipica flora microbica dell'adulto in cui i batteri predominati sono *Lactobacillus acidophilus*, corinebatteri, streptococchi, stafilococchi e Gram-negativi anaerobi. I lattobacilli sono in grado di fermentare il glicogeno producendo acido lattico che contribuisce a mantenere il pH acido nell'ambiente vaginale. Dopo la menopausa, diminuisce la presenza di glicogeno, il pH aumenta nuovamente, e la flora microbica ritorna a essere simile a quella dell'età pre-pubere.

Il "fluor vaginale" presente nel lume vaginale è composto da:

- trasudato plasmatico;
- muco cervicale;
- piccolissime quantità di liquido endometriale, tubarico e peritoneale;
- cellule che provengono dal torrente sanguigno, dallo sfaldamento degli epiteli che rivestono la cavità vaginale, il canale cervicale e anche dalle mucose endometriale e tubarica (3).

Le caratteristiche qualitative e quantitative del fluor vaginale dipendono in larga misura dall'assetto

ormonale della donna. La quantità prodotta oscilla tra 1 e 4 ml/die in assenza di stimolazione sessuale, varia a seconda del ciclo, anche in relazione alle fluttuazioni quantitative cicliche del muco cervicale. I componenti del fluido vaginale sono dunque acqua per il 90-95%, sali, urea, acido lattico, acidi grassi, carboidrati, albumina, aminoacidi, ferro, vitamine, nonché una certa quantità di enzimi, cellule linfoidi e immunoglobuline elaborate a livello della sottomucosa o provenienti del muco cervicale (4). La presenza di mucina conferisce densità al fluido e agisce come collante per gli antigeni microbici, facilitandone l'eliminazione meccanica o interferendo nei meccanismi di adesione batterica alle cellule epiteliali. Nel fluido vaginale possono, inoltre, essere reperiti polipeptidi antimicrobici quali lisozima, lattoferrina, calprotectina, a e b defensine e altre frazioni proteiche di derivazione leucocitaria ed epiteliale. Oltre all'effetto lubrificante, vanno dunque riconosciute al fluido vaginale altre funzioni tra cui quella protettiva nei confronti di eventuali patogeni.

Il muco cervicale è un componente fondamentale della nicchia vaginale e di quella endocervicale ed eterogeneo perché ogni cellula produttrice lo elabora in maniera poco e tanto differente da quella con cui lo elabora l'unità vicina, così che il muco risulta un mosaico di prodotti ognuno fluente sull'altro, scolanti in parte nel lume vaginale (5).

La vagina umana rappresenta un tipico esempio

della catena di eventi attraverso cui l'età biologica dell'organismo influenza la situazione funzionale e ambientale di un organo. I principali fattori che influenzano e condizionano l'ambiente vaginale possono essere suddivisi in fisici, chimici, endocrinologici e microbiologici, e intervenire spontaneamente o per trattamenti farmacologici. È abbastanza raro che un fattore intervenga da solo e/o direttamente a modificare l'ambiente vaginale: generalmente si tratta di un'azione indiretta o combinata con altri fattori (6).

Le pareti vaginali sono notevolmente permeabili a molte sostanze, e una parte dei farmaci che vengono introdotti in vagina agisce proprio per questa particolarità. Tuttavia, esiste anche un meccanismo d'azione più diretto che è rappresentato dall'azione immediata della sostanza giunta in vagina direttamente sul suo contenuto, sia modificandone le caratteristiche fisico-chimiche, sia per l'effetto esercitato sulla biologia della flora ivi presente. Un altro elemento rilevante è rappresentato dalle variazioni della permeabilità vaginale in rapporto con l'età e particolari condizioni anche di natura patologica.

In conclusione, si può considerare la vagina come nicchia ecologica in quanto struttura ospitante un ecosistema. La conoscenza dell'ambiente vaginale e dei meccanismi con cui interagiscono i suoi componenti è essenziale per comprendere i fenomeni capaci di determinare la destabilizzazione, favorendo il passaggio dalla fisiologia alla patologia.

## Bibliografia

1. LEPARGNEUR JP, ROUSSEAU V *Protective role of the Doderlein flora.* J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002, 31: 485-494.
2. WITKIN SS, LINHARES IM, GIRALDO P. *Bacterial flora of the female genital tract: function and immune regulation.* Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2007, 21: 347-354.
3. VALORE EV, PARK CH, IGRETI SL et al. *Antimicrobial components of vaginal fluid.* Am J Obstet Gynecol 2002,187: 561-568.
4. ESCHENBACH DA, THWIN SS, PATTON DL et al. *Influence of the normal menstrual cycle on vaginal tissue, discharge, and microflora.* Clin Infect Dis 2000, 30: 901-907.
5. BORIS S, BARBÉS C. *Role played by lactobacilli in controlling the population of vaginal pathogens.* Microbes Infect 2000, 2: 543-546.
6. MÅRDH PA. *Bacterial vaginosis: a threat to reproductive health? Historical perspectives, current knowledge, controversies and research demands.* Eur J Contracept Reprod Health Care 2000, 5: 208-219.



## Comfort urogenitale e disturbi della sessualità

S. CARUSO, M.ROMANO, L.LO PRESTI, C. AGNELLO

I disordini del pavimento pelvico, tra cui l'incontinenza urinaria e il prolasso genitale, sono eventi comuni. Da studi epidemiologici, il 15% delle donne di età superiore ai 40 anni ne risulta affetta, e l'11% si sottopone ad intervento. Inoltre una su quattro donne con prolasso o con incontinenza lamenta disordine sessuale dovuto alla patologia urogenitale.

Di solito le donne affette da incontinenza da stress possono rifiutare la penetrazione, in quanto durante la penetrazione medesima possono perdere urina (il 77%). Di contro, le donne affette da incontinenza da urgenza possono divenire anorgasmiche, poiché durante l'orgasmo possono divenire incontinenti (il 74%). Infine, la stimolazione clitoridea può innescare il disagio, sia nelle donne con *urge* che in quelle con *stress incontinence* (nel 50%).

La vagina è un organo sessuale, e la fase di eccitazione richiede un adeguato benessere vascolare e neurologico. L'eccitazione sessuale consiste di una congestione, allungamento e lubrificazione vaginale. Queste modificazioni possono essere disturbate sia della patologia genitourinaria che dal tipo di chirurgia adottata. Studi prospettici hanno dimostrato che il desiderio e la dispareunia migliorano, mentre l'anorgasmia può emergere o aumentare dopo la chirurgia per l'incontinenza urinaria. Il 22% delle donne riporta un peggioramento, mentre il 13% un miglioramento ad un anno dall'intervento. Un altro studio ha riportato un miglioramento della funzione sessuale nel 24% e un deterioramento nel 9% dopo colpoperineoplastica. Infine uno studio relativamente recente, retrospettivo sulla funzione sessuale dopo chirurgia protesica per incontinenza urinaria ha mostrato di non avere alcuna influenza sulla funzione sessuale. In un studio retro-

spettivo, condotto su 56 donne, un anno dopo l'intervento per incontinenza con o senza enterocele, non è stato evidenziato alcun cambiamento sulla frequenza coitale e sulla dispareunia. Uno dei maggiori problemi, comune in molti studi, è che il numero del campione è piccolo. In uno studio con campione di 343 donne, non è stata evidenziata alcuna differenza sulla funzione sessuale dopo la chirurgia per disordini del pavimento pelvico rispetto al trattamento conservativo. Diversi autori riportano che la ridotta attività sessuale, osservata negli studi, potrebbe dipendere dai cambiamenti della sessualità dei partner. Tuttavia questo comportamento non è omogeneo in tutti gli studi.

In uno studio prospettico di chirurgia vaginale per incontinenza, la sola variabile associata con la dispareunia postintervento era la colporrafia posteriore. La dimensione vaginale non era associata con la dispareunia.

Dagli studi emerge che chi subisce il trattamento chirurgico dei disordini anatomico funzionali del pavimento pelvico non sempre recupera la qualità di vita sessuale, dal momento che una donna su cinque riferisce dispareunia al follow-up ad un anno dall'intervento. Le donne operate per prolasso soffrono frequentemente di dispareunia. Peraltro i cambiamenti della funzione sessuale non possono essere dovuti all'età, poiché un anno sarebbe troppo breve per giustificare un tale deterioramento.

La considerazione che la sessualità femminile si deteriori velocemente dopo la menopausa è da considerare falsa. Infatti le donne rimangono sessualmente attive dopo la menopausa. Pertanto è da considerare che la diminuzione della funzionalità sessuale dopo chirurgia è da imputare ad una ridotta elasticità della parete vaginale, come anche ad un danno delle terminazioni nervose, evento che può modificare il sistema di inibizione e lubrificazione vaginale. La parete anteriore della vagina, specialmente la sua parte distale, è riccamente innervata. Anche se istologicamente non è stato mai dimostrato, le donne riferiscono una maggiore sensibilità della parete anteriore alla stimolazione.

Un'altra spiegazione potrebbe essere la slatentizzazione di precedenti disagi sessuali a seguito del trattamento invasivo. Di contro, l'isterectomia per patologia benigna può migliorare la qualità di vita sessuale.

La terapia con sling evolutasi durante gli ultimi dieci anni rappresenta una tecnica terapeutica efficace, sicura e mininvasiva. Tuttavia esiste una differenza tra percorsi di inserimento delle sling, cioè tra le transvaginali (TVT) e le transotturatorie (TOT). Le prime possono provocare reazioni che compromettono il benessere della parete vaginale anteriore, una ricca area neurovascolare. Il nervo pudendo, che ha le sue terminazioni sensitive nell'aria della fascia pubocervicale che sostiene l'uretra, potrebbe andare incontro a fibrosi dopo terapia. L'adozione di procedure tipo TOT potrebbero evitare tali esiti.

Noi abbiamo condotto uno studio per valutare gli effetti di entrambe le procedure mini invasive (TVT vs TOT) sui flussi clitoridei nelle donne affette da incontinenza urinaria. Per una tale valutazione, 42 donne di età media 52.8 anni, e 63 di età media 53.9 anni, furono trattate rispettivamente con TVT e con TOT. Ciascuna donna venne sottoposta a eco color Doppler

per via translabiale per definire i valori dell'indice di resistenza (IR), di pulsatilità (IP), la velocità sistolica (PSV) e la endo diastolica (EDV) delle arterie clitoridee, prima dell'intervento e sei mesi dopo il trattamento. I parametri flussimetrici nelle donne sottoposte a TOT si mostrarono migliori rispetto a quelli ottenuti dalle donne sottoposte a TVT, delineando una migliore perfusione, ed evidenziando come la tecnica chirurgica possa avere un ruolo determinante nella modificazione della unità anatomico funzionale distrettuale.

In conclusioni, le modificazioni anatomico funzionali del pavimento pelvico possono indurre cambiamenti della qualità di vita sessuale. Pertanto diventa necessario non solo prendere in considerazione gli elementi oggettivi della disfunzione, ma valutare anche l'insieme di elementi soggettivi che potrebbero influire non poco sugli esiti del trattamento. In particolare modo, i trattamenti invasivi e la loro scelta meritano, di volta in volta, una valutazione degli effetti sulla sessualità in quanto qualsiasi processo chirurgico può recare potenziali e/o reali danni alle strutture neurovascolari della parete vaginale e clitoridee con ripercussioni sui target genitali della risposta sessuale

## Bibliografia

1. CARUSO S, RUGOLO S, BANDIERA S, MIRABELLA D, CAVALLARO A, CIANCI A. *Clitoral Blood Flow Changes After Surgery for Stress Urinary Incontinence: Pilot Study on TVT Versus TOT Procedures*. Urology 2007, 70:554-57
2. HELSTROM L, NILSSON B. *Impact of vaginal surgery on sexuality and quality of life in women with urinary incontinence or genital descensus*. Acta Obstet Gynecol Scand 2005; 84: 79-84
3. YIP S-K, CHAN A, PANG S, LEUNG P, TANG C, SHEK D et al. *The impact of urodynamic stress incontinence and detrusor overactivity on marital relationship and sexual function*. Am J Obstet Gynecol 2003; 188: 1244-8.
4. YUCEL S, DE SOUZA A JR, AND BASKIN LS. *Neuroanatomy of the human female lower urogenital tract*. J Urol 172: 191-195, 2004.
5. WEBER AM, WALTERS MD, Piedmonte MR. *Sexual function and vaginal anatomy in women before and after surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence*. Am J Obstet Gynecol 2000; 182: 1610-5.

## Vissuto vaginale e scelta contraccettiva

R.E. NAPPI<sup>1,2</sup>, E. SPADA<sup>1</sup>, E. DEL BÒ<sup>1</sup>, S. TONANI<sup>1,2</sup>, V. SANTAMARIA<sup>1,2</sup>, F. POLATTI<sup>1</sup>

La scelta contraccettiva continua a rappresentare una delle più grandi rivoluzioni nella vita della donna, permettendole di separare sessualità e riproduzione favorendo così l'espressione di comportamenti sessuali in un'ottica relazionale, senza il timore di una gravidanza non desiderata. I progressi in tema di contraccezione ormonale a cavallo del nuovo millennio hanno portato nel nostro Paese all'utilizzo di combinazioni estroprogestiniche a basso dosaggio, all'impiego di nuovi progestinici e all'introduzione di vie di somministrazione alternative alla via orale. L'obiettivo principale è stato quello di migliorare l'accettabilità e l'aderenza al metodo mantenendo i benefici non contraccettivi della contraccezione ormonale e minimizzando gli effetti collaterali e i potenziali rischi per la salute ed il benessere psicofisico della donna.

Però ancora molte donne non si sentono a loro agio nel compiere una scelta così epocale nella storia della loro identità sessuale e tendono a riportare effetti prevalentemente negativi della contraccezione ormonale sulla soddisfazione sessuale. È probabile che molte donne si sentano manipolate dall'utilizzo di composti ormonali e non percepiscano gli effetti positivi sul versante fisico, psicologico e relazionale, in termini di immagine corporea, pianificazione e salute riproduttiva, eroticità ed intimità, livelli prestazionali e qualità della vita.

Uno degli aspetti, certamente meritevole di ulteriori ricerche, è rappresentato dall'impatto della contraccezione ormonale su alcune componenti della risposta sessuale, in particolare sulla motivazione, sull'eccitazione e sulla lubrificazione vaginale. Alcuni studi hanno posto l'attenzione sulla perdita di consapevolezza

sessuale collegata alle fluttuazioni ormonali cicliche, per esempio il picco androgenico ed estrogenico di metà ciclo, durante l'utilizzo della contraccezione ormonale; altri dati hanno puntato invece l'attenzione sulla riduzione dell'entità della risposta periferica sessuale con ridotta sensibilità genitale, lubrificazione deficitaria e sviluppo di disturbi dolorosi della sessualità. La perdita di un *feedback* genitale adeguato potrebbe essere alla base, in donne particolarmente vulnerabili, del calo del desiderio sessuale e della ridotta soddisfazione orgasmica, motivazioni frequenti della discontinuazione del metodo contraccettivo ormonale.

Preservare una lubrificazione adeguata rappresenta oggi un elemento importante per una accettabilità a lungo termine della scelta contraccettiva nella pratica clinica. L'ambiente vaginale rappresenta, inoltre, l'interfaccia non soltanto reale, ma anche immaginata, del rapporto sessuale e dovrebbe sempre essere esplorato in un'ottica psicosomatica, ogni qual volta ci si trova di fronte ad un sintomo sessuale insorto durante l'assunzione di una terapia estroprogestinica contraccettiva.

Gli organi genitali rappresentano l'effettore della sessualità femminile e tutte le patologie che sono in grado di alterare l'equilibrio dell'ambiente vulvo-vaginale esercitano un profondo impatto sulla qualità della vita sessuale. Normalmente la mucosa vaginale è umettata dal suo fluido, visibile all'ispezione come secreto chiaro costituito da trasudato del plasma, da muco cervicale e dalle secrezioni delle ghiandole vestibolari. Tale fluido, ormono-dipendente, contiene anche sostanze antimicrobiche che gli conferiscono una funzione di interfaccia protettiva e di mantenimento dell'ecosistema vaginale normale. Deve essere, dunque, preservato per favorire la salute vaginale e il suo duplice valore nel rappresentare l'organo effettore della sessualità: biologico e psico-relazionale. Infatti, l'integrità del suo equilibrio è determinate per il meccanismo dell'eccitazione genitale. Per riassumere brevemente le attuali conoscenze riguardo alla vasocongestione vaginale e all'aumento della lubrificazione durante l'eccitamento genitale indotto dall'eccitamento soggettivo e

Università degli Studi di Pavia

<sup>1</sup> Sezione di Clinica Ostetrica e Ginecologica, Dipartimento di Scienze Morfologiche, Endologiche e Cliniche  
<sup>2</sup> Endocrinologia Ginecologica, Unità Operativa di Medicina Interna e Endocrinologia, IRCCS Fondazione Maugeri,

© Copyright 2009, CIC Edizioni Internazionali, Roma

dalla stimolazione diretta, è verosimile che la dilatazione delle arteriole vaginali determinata dal peptide intestinale vasoattivo (VIP), dall'ossido nitrico (NO) e da altri neurotrasmettitori non noti, e la costrizione venosa associata al neuropeptide Y (NPY) siano alla base dell'aumento della formazione di liquido a livello interstiziale a partire dai capillari sottomucosi vaginali. Il trasudato neurogeno filtra attraverso le cellule epiteliali nel lume con una minore concentrazione di potassio e una maggiore concentrazione di sodio rispetto allo stato di non eccitamento, comportando un innalzamento del pH. L'intero processo emodinamico è governato dagli estrogeni. Anche le piccole labbra partecipano alla formazione di un trasudato con le stesse modalità e l'NO svolge un ruolo dominante androgeno- ed estrogeno-dipendente nella vasocongestione dei corpi cavernosi clitoridei ed è probabilmente coinvolto, insieme alle prostaglandine, nella regolazione del tono della muscolatura liscia clitoridea.

D'altro lato però l'eccitazione genitale non è soltanto la risultante di un buon funzionamento dei meccanismi di recettività vaginale, ma è modulata dai meccanismi discendenti che traducono il desiderio e l'eccitazione soggettiva, influenzati a loro volta da componenti emotive e cognitive che coinvolgono anche il vissuto vaginale sia in termini di salute che di significato relazionale. La vagina in condizioni di riposo non rimanda, infatti, informazioni dal momento che è per la più parte un organo ad innervazione viscerale, eccetto il terzo esterno che ha un'innervazione di tipo sensitivo. Questo può rendere ragione del fatto che la vagina viene vissuta dalle donne come un organo sconosciuto e misterioso, ricco di un'intima simbologia, proprio perché piuttosto insensibile al di fuori della stimolazione sessuale, ma attivo e vitale nel corso dell'atto sessuale.

Riflettere sull'equilibrio vaginale, oggi è ancor più possibile grazie all'introduzione di una metodica contraccettiva ormonale a rilascio locale, può permettere alla donna una miglior conoscenza del sé corporeo interno e metterla in contatto con la sua dimensione privata e intima, stimolandola a capire e comunicare dubbi, bisogni e problemi senza pudore. Sentirsi a proprio agio nei confronti della vagina può servire, infatti, a colmare quella incredibile distanza, presente ancora in molte donne, tra il corpo che agisce la sessualità e le

emozioni e i sentimenti che la motivano e la percepiscono. In un recente studio condotto presso la Sezione di Clinica Ostetrica della nostra Università abbiamo somministrato un breve questionario volto ad analizzare il vissuto genitale in donne tra i 18 e i 40 anni con attività sessuale regolare in relazione alla loro scelta contraccettiva. Dall'analisi preliminare dei nostri dati si è potuto osservare che emergono differenze interessanti nel vissuto genitale tra le donne che non hanno mai fatto una scelta contraccettiva, quelle che hanno scelto la contraccezione orale e quelle che hanno scelto la contraccezione vaginale. La scelta contraccettiva, in particolare quella per via vaginale, si associa ad una migliore conoscenza dell'anatomia del proprio corpo, ad una migliore accettazione dei propri genitali e soprattutto, alla capacità di disegnare i propri genitali esterni ed interni con proprietà e senza imbarazzi. Sembra proprio emergere uno spettro di conoscenza che va da un minimo nelle donne che non hanno mai fatto una scelta contraccettiva, forse anche perché non hanno mai avuto occasione di dialogo aperto ed approfondito sulla propria riproduzione e sessualità con il ginecologo/l'ostetrica, ad un massimo in quelle che utilizzano l'anello vaginale, mentre le utilizzatrici di pillola si pongono in una posizione intermedia, ma più vicina a quelle che non utilizzano metodi contraccettivi ormonali per quanto riguarda la consapevolezza del proprio corpo e dei propri genitali. In particolare, le donne che utilizzano come contraccettivo l'anello vaginale hanno tutte accettato di fare i disegni e hanno disegnato vagina e genitali esterni correttamente, mentre le donne che non effettuano nessuna scelta contraccettiva e quelle che assumono la pillola non soltanto non hanno risposto ad alcune domande, ma addirittura hanno confuso la vagina con i genitali esterni.

Una adeguata informazione sul proprio corpo, sia in termini anatomici che funzionali potrebbe, pertanto, rappresentare un valido aiuto per affrontare la scelta contraccettiva in modo ancor più consapevole, soprattutto sul versante della contraccezione ormonale sicura. Accogliere le domande della donna sulla propria femminilità e favorire un dialogo aperto sulla "salute vaginale" in senso globale costituiscono elementi basilari per favorire una sessualità soddisfacente in un'ottica integrata bio-psico-relazionale.

## Bibliografia

1. BALDARO VERDE J, NAPPI RE, SISTO R. *Contraccezione e sessualità*. Riv Ostet Ginecol Prat Med Perinat 1998;13:24-28.
2. DAVIS AR, CASTAÑO PM. *Oral contraceptives and libido in women*. Annu Rev Sex Res 2004;15:297-320.
3. GOLDSTEIN I, MESTON CM, DAVIS SR et al. *Women's sexual function and Dysfunction. Study, diagnosis and treatment*. UK: Taylor & Francis, 2006.
4. KAUNITZ AM. *Oral contraceptive health benefits: perception versus reality*. Contraception 1999;59:29S-33S.

5. MUNARRIZ R, KIM NN, GOLDSTEIN I, TRAISH AM. *Biology of female sexual function*. Urol Clin North Am 2002; 29: 685-693.
  6. NAPPI RE, FERDEGHINI F, GARDELLA B, BERGANTE C, INGRAO S, SPERTI L, BANDINI L, SPINILLO A. *Sessualità e ambiente vulvo-vaginale*. In "Qualità della vita della donna. Dalla adolescenza alla senescenza". G. D'ambrogio et al. (eds), CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2002, pp. 46-50.
  7. NAPPI RE. *La via vaginale di somministrazione: il counselling per la conoscenza del sé femminile*. In: La comunicazione efficace. Il counselling per una nuova contraccezione. Benedetto C, Li Puma G, Nappi RE, One Way Srl, Milano, 2004.
  8. REMOTTI G. *L'ambiente vaginale*. Raffaello cortina Editore. Milano, 1990.
  9. SALONIA A, MUNARRIZ RM, NASPRO R, et al. *Women's sexual dysfunction: a pathophysiological review*. BJU Int 2004;93:1156-1164.
  10. SANDERS SA, GRAHAM CA, BASS JL, BANCROFT J. *A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation*. Contraception 2001;64:51-8.
- 

© CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI

## L'impiego clinico dell'ipnosi medica in ginecologia

P. VERCELLI

### Premessa 1

La trattazione del rapporto mente-corpo è un tema complesso, poiché il corpo è spesso veicolo di messaggi profondi di natura psichica e le condizioni di salute fisica possono frequentemente tradursi in un malessere (o benessere) psichico.

Il termine "psicosomatico" (dal greco *psyché*, anima, e *soma*, corpo) è stato tradizionalmente usato per riferirsi ad una serie di malattie organiche nelle quali si riconosce un ruolo eziopatogenetico di fattori mentali, quali esperienze emozionali stressanti, fattori di personalità o condizioni conflittuali sul piano psicologico.

La *medicina psicosomatica* sottolinea l'unità fra mente e corpo e l'interazione tra di essi.

In generale l'assunto è che i fattori psicologici siano rilevanti in varie misure nella patogenesi di tutte le malattie.

L'*American Psychiatric Association* definisce come psicosomatico "tutto ciò che fa riferimento a una costante e inseparabile interazione della psiche (mente) e del soma (corpo)".

I principali postulati della medicina psicosomatica nelle sue attuale definizione sono:

- il rifiuto della divisione concettuale mente-corpo.
- un metodo di approccio all'anamnesi, alla diagnosi e alla terapia di tipo olistico, che sposta il pensiero medico scientifico dal sistema eziologico di tipo lineare causa-effetto a un sistema multifattoriale dove numerosi fattori, tra cui quelli di ordine psicosociale, giocano un ruolo fondamentale in un equilibrio dinamico e che permetta quindi al medico (esperto in medicina psicosomatica) di sfruttare in stretto collegamento e collaborazione, sia il trattamento medico somatico classico che quello psicoterapeutico specifico.

Pancheri, 1980 tenta una sintesi tra i vari modelli. Ogni stimolo, sia esso sociale e/o individuale, produce modificazioni psicologiche e biologiche determinate dal programma psicobiologico dell'individuo, con esito in patologia mentale oppure somatica.

Il passaggio dallo stimolo alla malattia avviene attraverso cinque fasi: 1) imprinting o registrazione nella memoria emozionale, a livello limbico-ipotalamico, di stress infantili, 2) strutturazione di uno stile personale di risposta (somatica o comportamentale) agli stress, 3) riattivazione emozionale in presenza di nuovi stimoli, reali o simbolici, 4) precursori della malattia (disfunzione), 5) malattia psicosomatica vera e propria.

Questo modello ha il suo interesse nel fatto che copre vari livelli di analisi della psicosomatosi (livelli psicosociale, psicologico, biologico, clinico) indicando le potenzialità operative della medicina psicosomatica lungo l'intero iter della malattia, dalla prevenzione alla terapia.

### Premessa 2

Gli strumenti che l'uomo ha a sua disposizione per comunicare col mondo esterno sono l'intelligenza ed il linguaggio, per comunicare con sé stesso le emozioni.

Nel 1989 J. Edwin Blalock arriva alla dimostrazione che il sistema nervoso, il sistema endocrino e il sistema immunitario comunicano tra di loro e che la comunicazione è bidirezionale, cioè va dal cervello alle cellule deputate alla difesa immunitaria e da queste al cervello, così come dal cervello alle cellule endocrine e a quelle immunitarie e viceversa.

È nata la psiconeuroendocrinoimmunologia, in sigla PNEI.

### La strada delle emozioni

Dalla corteccia prefrontale al cingolo-amigdala -

ipotalamo con attivazione dell'asse dello stress-cortisol-sistema simpatico-somatizzazione.

Le emozioni negative seguono la strada nell'emisfero destro, attivando la cascata dello stress perché attivano l'amigdala, quelle positive non attivando l'amigdala, sempre dall'emisfero di destra non producono stress.

## Ruolo del sistema limbico

(ipotalamo, amigdala, ippocampo)

La parola limbico significa confine, pertanto il sistema limbico sta ad indicare quell'insieme di strutture anatomiche dai confini vaghi, costituite da diversi nuclei situati alla base del proencefalo, che svolgono un'azione di confine tra le funzioni mentali "superiori" della corteccia cerebrale e le strutture "inferiori" del cervello connesse alla regolazione della fisiologia del corpo e delle emozioni.

L'ipotalamo rappresenta il maggior canale di *output* del sistema limbico e ricevendo segnali da tutti i punti del sistema nervoso funziona come una centrale di scambio coinvolta nella regolazione del benessere mente-corpo. Esso, come ricorda Rossi, "integra le funzioni sensoriali-percettive, emotive e cognitive della mente con la biologia dell'organismo".

Un altro elemento fondamentale del sistema limbico è l'amigdala, un gruppo di strutture interconnesse a forma di mandorla poste sopra il tronco cerebrale. Essa funziona da sentinella delle emozioni in quanto registra il "sapore emozionale" di ogni esperienza e funziona da archivio delle impressioni e dei ricordi emotivi.

L'ippocampo rappresenta la sede dei ricordi delle esperienze passate e la loro carica emozionale correlata.

## Premessa 3

### Concetto di plasticità cerebrale e di neurosteroidi

La capacità del cervello di reagire a qualsiasi stimolo visivo-uditivo-cenestesico riorganizzando la propria struttura formando nuove connessioni e rigenerando neuroni.

Tanto più la motivazione è forte tanto più il cervello attiva un processo di reclutamento di neuroni.

L'evidenza che l'attivazione dei recettori periferici alle benzodiazepine si traduce nella sintesi dei neurosteroidi spiega il concetto moderno della plasticità del SNC come adattamento biologico e biochimico del SNC in risposta ad esperienze emotive vissute.

Con il termine neurosteroidi vengono denominati gli ormoni steroidei sintetizzati direttamente dal cervello a partire dal colesterolo con un processo simile a

quello utilizzato in periferia dai surreni e dalle gonadi.

## Che cos'è l'ipnosi clinica medica?

È psicoterapia (si insegna nelle scuole di specialità in psichiatria).

È uno stato di coscienza modificato ma fisiologico e naturale che sfruttando il rapporto col terapeuta realizza una serie di "mono-ideismi plastici" per mezzo dei quali si privilegia l'attività fantastico-simbolica piuttosto che non quella logico-razionale, esaltando le doti proprie di reazione ed ottenendo tutta una serie di risposte positive sia sul versante psico-emozionale quali l'aumento della propria sicurezza ed autostima che su quello organico con la risoluzione di quelle patologie con spiccata componente psico-somatica.

## Che cosa non è l'ipnosi clinica medica?

Non è sonno, non è suggestione, non è coercizione, non è plagio, non è gioco di prestigio né magia.

## Perché, dove, come e quando l'ipnosi

PERCHÉ tramite l'ipnosi le sensazioni, le percezioni, le emozioni diventano strumento personale di lavoro per controllare lo stress ed agire come fenomeno biologico e biochimico nel metabolismo cellulare.

DOVE - agisce sulle strutture cerebrali sede del "sentire emotivo" e della memoria (sistema limbico).

COME - sfruttando il "monoideismo plastico" agisce direttamente sulla plasticità cerebrale stimolando la sintesi di neurosteroidi ed altri mediatori neuroendocrini.

QUANDO - in tutti i casi in cui sia presente la componente psico-somatica.

## Le applicazioni dell'ipnosi in campo ginecologico

- Vulvodinia, vestibulodinia, prurito, bruciore, dispareunia sine materia, leucorrea sine materia.
- Amenorrea, PCO, POF, sanguinamento uterino anomalo.
- Dismenorrea e sindrome pre-mestruale con febbre, nausea vomito lipotimia ecc.
- Micosi e flogosi recidivanti.
- Vaginismo, frigidità.
- Sintomi del climaterio e della menopausa.
- Enuresi e cistiti recidivanti, urge-incontinenza da stress.

- Infertilità, aborto ripetuto inspiegabile e gestosi.

Se la neurologia rappresenta la parte più alta dell'uomo e la psichiatria entra nel suo intimo, l'ipnosi rappresenta l'ala estrema che, sfruttandone ogni sua capacità e dote personale traccia la strada della liberazione dai vincoli fisici della malattia e da quelli emozionali dell'ansia e dello stress accompagnandolo nel cammino che, ricuperando la fiducia in sé, realizza l'unità di tutto l'essere umano in senso dina-

mico ed armonico che si manifesta con lo "star bene".

In ipnosi o auto-ipnosi, agendo direttamente sulle strutture cerebrali sede del "sentire emotivo" e della memoria, è possibile influire, per mezzo della parola, della metafora, della suggestione, sui vari siti della cascata ormonale per modularne la risposta con una plasticità impossibile ad ottenersi con qualsiasi combinazione di farmaci.

## Bibliografia

1. BANDLER R, GRINDER J. I modelli della tecnica ipnotica di Milton H. Erickson.
2. Astrolabio, Roma, 1984 (1975).
3. GRANONE F. Trattato di ipnosi. Boringhieri, Torino, 1983.
4. GUANTIERI G. L'ipnosi. Rizzoli, Milano, 1973.
5. ERICKSON MH. Opere vol 1. La natura dell'ipnosi e della suggestione. Astrolabio, Roma 1982.
6. ERICKSON MH, ROSSI EL. Ipnoterapia. Astrolabio, Roma 1982.
7. FREUD S. Ipnotismo e suggestione e scritti 1886/1893. Newton Compton, Roma 1977.
8. PANCHERI P. Trattato di medicina psico-somatica, Utet.
9. SPEROFF L et al. Clinical gynecologic endocrinology and infertility » Lippincott Williams 1999.



## Utilizzo dei fitoterapici nella sindrome premestruale

G. DANTE, F. FACCHINETTI, M. BELLAFRONTE, A. RICCHI

### PMS: Sintomi, eziologia e trattamenti

La sindrome premestruale (PMS) è caratterizzata da un insieme di sintomi di tipo psicologico, fisico e comportamentale che caratterizzano la fase luteale del ciclo mestruale, che si manifestano durante le settimane che precedono le mestruazioni e si risolvono alcuni giorni dopo la loro comparsa; la loro intensità è tale da causare alterazioni sia nei rapporti familiari che in ambito lavorativo. I sintomi psicologici più comuni sono: irritabilità, depressione, ansia, labilità emotiva; tra quelli fisici i più frequenti sono provocati dall'aumento della ritenzione idrica e sono edemi alle estremità, gonfiore addominale e tensione mammaria. Le alterazioni comportamentali più frequenti sono caratterizzate da difficoltà nella concentrazione, ridotta capacità di giudizio, ricerca di alimenti dolci o salati.

Nonostante negli ultimi anni la PMS sia stata oggetto di numerosi studi, la sua eziologia non è ancora del tutto nota, infatti l'elevato numero e l'eterogeneità dei sintomi che la caratterizzano ne rendono spesso difficile sia la diagnosi che il trattamento. Sono state formulate diverse ipotesi che includono squilibri ormonali, ritenzione di sodio, carenze nutrizionali, alterazione della risposta dei neurotrasmettitori alla normale secrezione ovarica e alterazione dell'asse ipotalamo-ipofisario (1).

La PMS si manifesta in una forma lieve nel 40% delle donne, mentre nel 2,5% il disturbo è più grave e necessita di terapia, è stato inoltre dimostrato che la PMS si può presentare anche durante il periodo adolescenziale, provocando un peggioramento del rendimento scolastico e delle relazioni sociali e familiari durante la fase premestruale, soprattutto nelle adolescenti con un'età media di 17 anni. Questo a conferma del fatto che la PMS si può manifestare in ogni momento

della vita riproduttiva della donna tra il menarca e la menopausa (2).

È stata descritta una forma più grave di PMS caratterizzata da una sintomatologia di tipo psichiatrico descritto nel DSMIV: il disturbo disforico della fase luteale (PMDD).

Differenti approcci terapeutici vengono impiegati nella PMS, la scelta della terapia più appropriata viene condotta in base alla gravità della sindrome stessa, per le forme più gravi devono essere impiegati rimedi farmacologici "tradizionali", mentre per le forme lievi e moderate possono essere utilizzati trattamenti "non convenzionali".

### PMS e terapie alternative

Esistono numerosi trattamenti alternativi utilizzati nella PMS (Tab. 1), attualmente le conoscenze sui benefici e i potenziali rischi di molti di questi sono spesso inadeguate per informare in modo esaustivo non solo le donne ma anche i ricercatori e i medici stessi (3).

In molti paesi le donne utilizzano le medicine alternative più spesso degli uomini (4). Numerosi studi hanno infatti dimostrato che le donne caucasiche, di mezza età, con un elevato livello d'istruzione, sono le maggiori consumatrici di rimedi terapeutici non convenzionali.

Tra i differenti trattamenti quelli più studiati ed utilizzati appartengono alla categoria dei fitoterapici. Negli USA il loro consumo è aumentato dal 14.2% del 1998 al 18.8% nel 2002 (5).

### PMS e fitoterapia

In letteratura sono presenti numerosi lavori riguardanti l'utilizzo di fitoterapici nella terapia delle forme lievi o moderate della PMS.

Studi randomizzati controllati di buona qualità sono stati condotti su: Vitex Agnus Castus, Evening Pri-

TABELLA 1 - TRATTAMENTI ALTERNATIVI DELLA PMS.

FITOTERAPICI
VITAMINE
MINERALI
OMEOPATIA
AGOPUNTURA
CHIROPRACTICA
MODIFICAZIONE DELLA DIETA
YOGA
MEDITAZIONE
MASSAGGI
ESERCIZIO FISICO

merose Oil e *Hypericum Perforatum*.

*Vitex Agnus Castus*: è una pianta originaria dell'Asia occidentale e dell'Europa sud occidentale, attualmente reperibile anche in molte zone sud orientali degli Stati Uniti. Già conosciuto nell'antichità, apparteneva alle piante medicinali ufficiali, menzionate da Plinio (I secolo d.C.) e nelle opere di Ippocrate. Le prime indicazioni come medicinale si possono trovare infatti nei testi di quest'ultimo, nel IV secolo a.C., dove la pianta veniva consigliata per lesioni, infiammazioni, aumento di volume della milza e per le emorragie.

Numerosi sono gli studi che ne dimostrano l'efficacia nella terapia della PMS (1), tra questi uno studio prospettico, randomizzato, in doppio cieco *vs* placebo ha valutato gli effetti di un estratto di frutti di agnocasto sui sintomi sia fisici che psichici della PMS in 170 donne. Lo studio è stato condotto per tre cicli mestruali consecutivi, 86 donne sono state trattate con l'estratto e 84 con placebo. I risultati hanno dimostrato che l'estratto è più efficace del placebo nel miglioramento dei sintomi (6).

*Evening Primrose Oil*: una review pubblicata nel 1996 ha analizzato dieci trial riguardanti l'utilizzo dell'olio di rosa canina nella terapia della PMS, di questi solo cinque erano studi randomizzati, controllati. L'analisi dei testi dimostra che tutti i lavori sono limitati

dallo scarso numero di partecipanti, e da una durata dello studio troppo breve. Anche nei due lavori giudicati come migliori, l'effetto positivo del fitoterapico è sovrapponibile a quello del placebo (7).

Sulla base di questi risultati appare evidente la necessità di condurre nuovi studi per valutare ed eventualmente confermare l'effetto positivo dell'olio di rosa canina sui sintomi della PMS.

*Hypericum Perforatum*: numerosi studi hanno dimostrato che gli estratti di questa pianta sono utilizzati con successo nella terapia della depressione moderata e grave, di conseguenza questo fitoterapico è stato utilizzato nella terapia dei sintomi psichici della PMS.

Il principio attivo è l'ipericina, contenuta negli estratti di questa pianta che agisce inibendo il reuptake di serotonina, dopamina e norepinefrina interagendo con i recettori GABA e del glutammato. Uno studio randomizzato controllato condotto nel 2004 ha dimostrato che esiste un trend positivo, ma non statisticamente significativo, nel miglioramento dei sintomi psichici in donne con PMS trattate con estratti di *Hypericum*. Questo risultato richiede quindi ulteriori approfondimenti sulla possibilità di utilizzare con successo questo fitoterapico nel trattamento dei sintomi psichici della PMS (8).

## Conclusioni

Gli studi presenti in letteratura dimostrano come ad oggi nella terapia della PMS, il fitoterapico più studiato e più utilizzato sia l'Agno Casto. Numerose ricerche dimostrano inoltre la sua validità nella terapia alternativa di altre patologie di natura ginecologica come le irregolarità mestruali e l'infertilità (9).

Sono comunque necessarie altre ricerche per approfondire la conoscenza in questo ambito, non solo riguardo all'Agno Casto ma anche su altri fitoterapici ancora poco utilizzati nella PMS.

## Bibliografia

1. CAMPAGNE DM, CAMPAGNE G. *The premenstrual syndrome revisited*. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 130:4-17, 2007.
2. RAPKIN AJ et al. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 20:455-63, 2008.
3. Lampert N, Xu Y. *Chinese herbal nephropathy*. Lancet. 359:796-7, 2002.
4. MACLENNAN AH, WILSON DH, TAYLOR AW. *Prevalence and cost of alternative medicine in Australia*. Lancet 347:569-73, 1996.
5. DRUSS BG, ROSENHECK RA. *Association between use of unconventional therapies and conventional medical services*. JAMA 285:651-656, 1999.
6. SHELLEMBERG R. *Treatment for the premenstrual syndrome with agnus castus fruit extract: prospective, randomised, placebo controlled study*. BMJ 322:134-137; 2001.
7. Budeiri, A. Li Wan PO, and J.C. Dornan. *Is Evening Primrose Oil of Value in the Treatment of Premenstrual Syndrome?* Controlled Clinical Trials 1760-68, 1996.
8. HICKS SM, WALKER AE, GALLAGHER J, MIDDLETON RW, WRIGHT J. *The significance of "nonsignificance" in randomized controlled studies: a discussion inspired by a double-blinded study on St. John's wort (Hypericum perforatum L.) for premenstrual symptoms*. J Altern Complement Med.10:925-30, 2004.
9. VEAL L. *Complementary therapy and infertility: an Icelandic perspective*. Complement Ther Nurs Midwifery. 4:3-6, 1998.

## Utilizzo dei fitoterapici nella sindrome premestruale

G. DANTE, F. FACCHINETTI, M. BELLAFRONTE, A. RICCHI

### PMS: Sintomi, eziologia e trattamenti

La sindrome premestruale (PMS) è caratterizzata da un insieme di sintomi di tipo psicologico, fisico e comportamentale che caratterizzano la fase luteale del ciclo mestruale, che si manifestano durante le settimane che precedono le mestruazioni e si risolvono alcuni giorni dopo la loro comparsa; la loro intensità è tale da causare alterazioni sia nei rapporti familiari che in ambito lavorativo. I sintomi psicologici più comuni sono: irritabilità, depressione, ansia, labilità emotiva; tra quelli fisici i più frequenti sono provocati dall'aumento della ritenzione idrica e sono edemi alle estremità, gonfiore addominale e tensione mammaria. Le alterazioni comportamentali più frequenti sono caratterizzate da difficoltà nella concentrazione, ridotta capacità di giudizio, ricerca di alimenti dolci o salati.

Nonostante negli ultimi anni la PMS sia stata oggetto di numerosi studi, la sua eziologia non è ancora del tutto nota, infatti l'elevato numero e l'eterogeneità dei sintomi che la caratterizzano ne rendono spesso difficile sia la diagnosi che il trattamento. Sono state formulate diverse ipotesi che includono squilibri ormonali, ritenzione di sodio, carenze nutrizionali, alterazione della risposta dei neurotrasmettitori alla normale secrezione ovarica e alterazione dell'asse ipotalamo-ipofisario (1).

La PMS si manifesta in una forma lieve nel 40% delle donne, mentre nel 2,5% il disturbo è più grave e necessita di terapia, è stato inoltre dimostrato che la PMS si può presentare anche durante il periodo adolescenziale, provocando un peggioramento del rendimento scolastico e delle relazioni sociali e familiari durante la fase premestruale, soprattutto nelle adolescenti con un'età media di 17 anni. Questo a conferma del fatto che la PMS si può manifestare in ogni momento

della vita riproduttiva della donna tra il menarca e la menopausa (2).

È stata descritta una forma più grave di PMS caratterizzata da una sintomatologia di tipo psichiatrico descritto nel DSMIV: il disturbo disforico della fase luteale (PMDD).

Differenti approcci terapeutici vengono impiegati nella PMS, la scelta della terapia più appropriata viene condotta in base alla gravità della sindrome stessa, per le forme più gravi devono essere impiegati rimedi farmacologici "tradizionali", mentre per le forme lievi e moderate possono essere utilizzati trattamenti "non convenzionali".

### PMS e terapie alternative

Esistono numerosi trattamenti alternativi utilizzati nella PMS (Tab. 1), attualmente le conoscenze sui benefici e i potenziali rischi di molti di questi sono spesso inadeguate per informare in modo esaustivo non solo le donne ma anche i ricercatori e i medici stessi (3).

In molti paesi le donne utilizzano le medicine alternative più spesso degli uomini (4). Numerosi studi hanno infatti dimostrato che le donne caucasiche, di mezza età, con un elevato livello d'istruzione, sono le maggiori consumatrici di rimedi terapeutici non convenzionali.

Tra i differenti trattamenti quelli più studiati ed utilizzati appartengono alla categoria dei fitoterapici. Negli USA il loro consumo è aumentato dal 14.2% del 1998 al 18.8% nel 2002 (5).

### PMS e fitoterapia

In letteratura sono presenti numerosi lavori riguardanti l'utilizzo di fitoterapici nella terapia delle forme lievi o moderate della PMS.

Studi randomizzati controllati di buona qualità sono stati condotti su: Vitex Agnus Castus, Evening Pri-

TABELLA 1 - TRATTAMENTI ALTERNATIVI DELLA PMS.

FITOTERAPICI
VITAMINE
MINERALI
OMEOPATIA
AGOPUNTURA
CHIROPRACTICA
MODIFICAZIONE DELLA DIETA
YOGA
MEDITAZIONE
MASSAGGI
ESERCIZIO FISICO

merose Oil e *Hypericum Perforatum*.

*Vitex Agnus Castus*: è una pianta originaria dell'Asia occidentale e dell'Europa sud occidentale, attualmente reperibile anche in molte zone sud orientali degli Stati Uniti. Già conosciuto nell'antichità, apparteneva alle piante medicinali ufficiali, menzionate da Plinio (I secolo d.C.) e nelle opere di Ippocrate. Le prime indicazioni come medicinale si possono trovare infatti nei testi di quest'ultimo, nel IV secolo a.C., dove la pianta veniva consigliata per lesioni, infiammazioni, aumento di volume della milza e per le emorragie.

Numerosi sono gli studi che ne dimostrano l'efficacia nella terapia della PMS (1), tra questi uno studio prospettico, randomizzato, in doppio cieco *vs* placebo ha valutato gli effetti di un estratto di frutti di agnocasto sui sintomi sia fisici che psichici della PMS in 170 donne. Lo studio è stato condotto per tre cicli mestruali consecutivi, 86 donne sono state trattate con l'estratto e 84 con placebo. I risultati hanno dimostrato che l'estratto è più efficace del placebo nel miglioramento dei sintomi (6).

*Evening Primrose Oil*: una review pubblicata nel 1996 ha analizzato dieci trial riguardanti l'utilizzo dell'olio di rosa canina nella terapia della PMS, di questi solo cinque erano studi randomizzati, controllati. L'analisi dei testi dimostra che tutti i lavori sono limitati

dallo scarso numero di partecipanti, e da una durata dello studio troppo breve. Anche nei due lavori giudicati come migliori, l'effetto positivo del fitoterapico è sovrapponibile a quello del placebo (7).

Sulla base di questi risultati appare evidente la necessità di condurre nuovi studi per valutare ed eventualmente confermare l'effetto positivo dell'olio di rosa canina sui sintomi della PMS.

*Hypericum Perforatum*: numerosi studi hanno dimostrato che gli estratti di questa pianta sono utilizzati con successo nella terapia della depressione moderata e grave, di conseguenza questo fitoterapico è stato utilizzato nella terapia dei sintomi psichici della PMS.

Il principio attivo è l'ipericina, contenuta negli estratti di questa pianta che agisce inibendo il reuptake di serotonina, dopamina e norepinefrina interagendo con i recettori GABA e del glutammato. Uno studio randomizzato controllato condotto nel 2004 ha dimostrato che esiste un trend positivo, ma non statisticamente significativo, nel miglioramento dei sintomi psichici in donne con PMS trattate con estratti di *Hypericum*. Questo risultato richiede quindi ulteriori approfondimenti sulla possibilità di utilizzare con successo questo fitoterapico nel trattamento dei sintomi psichici della PMS (8).

## Conclusioni

Gli studi presenti in letteratura dimostrano come ad oggi nella terapia della PMS, il fitoterapico più studiato e più utilizzato sia l'Agno Casto. Numerose ricerche dimostrano inoltre la sua validità nella terapia alternativa di altre patologie di natura ginecologica come le irregolarità mestruali e l'infertilità (9).

Sono comunque necessarie altre ricerche per approfondire la conoscenza in questo ambito, non solo riguardo all'Agno Casto ma anche su altri fitoterapici ancora poco utilizzati nella PMS.

## Bibliografia

1. CAMPAGNE DM, CAMPAGNE G. *The premenstrual syndrome revisited*. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 130:4-17, 2007.
2. RAPKIN AJ et al. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 20:455-63, 2008.
3. Lampert N, Xu Y. *Chinese herbal nephropathy*. Lancet. 359:796-7, 2002.
4. MACLENNAN AH, WILSON DH, TAYLOR AW. *Prevalence and cost of alternative medicine in Australia*. Lancet 347:569-73, 1996.
5. DRUSS BG, ROSENHECK RA. *Association between use of unconventional therapies and conventional medical services*. JAMA 285:651-656, 1999.
6. SHELLEMBERG R. *Treatment for the premenstrual syndrome with agnus castus fruit extract: prospective, randomised, placebo controlled study*. BMJ 322:134-137; 2001.
7. Budeiri, A. Li Wan PO, and J.C. Dornan. *Is Evening Primrose Oil of Value in the Treatment of Premenstrual Syndrome?* Controlled Clinical Trials 1760-68, 1996.
8. HICKS SM, WALKER AE, GALLAGHER J, MIDDLETON RW, WRIGHT J. *The significance of "nonsignificance" in randomized controlled studies: a discussion inspired by a double-blinded study on St. John's wort (Hypericum perforatum L.) for premenstrual symptoms*. J Altern Complement Med.10:925-30, 2004.
9. VEAL L. *Complementary therapy and infertility: an Icelandic perspective*. Complement Ther Nurs Midwifery. 4:3-6, 1998.

## Applicazione dell'agopuntura in travaglio di parto

I. NERI, A. RICCHI, C.SALVIOLI, F. FACCHINETTI

Secondo i dettami della Medicina Tradizionale Cinese (MCT) (1) il mancato esordio del travaglio di parto o un rallentamento nella sua progressione riconosce due differenti quadri sindromici: vuoto di *Qi* e sangue e stasi di *Qi* e sangue. La sindrome da vuoto caratterizza donne che vivono il parto con grande paura o manifestano debolezza costituzionale (anemia, debilitazione), molto spesso si tratta di nullipare. L'attività contrattile è scarsa. La terapia precede la tonificazione attraverso l'utilizzo dei seguenti agopunti: *4 Grosso Intestino* che regolarizza il *Qi* e ha un'azione di tonificazione generale, *36 Stomaco* e *6 Milza Pancreas* che rinforzano *Qi* e sangue, *67 Vescica* che ha un effetto spiccato sulla produzione di ossitocina. La sindrome da stasi caratterizza donne ansiose, estremamente preoccupate per la gravidanza che presentano attività contrattile irregolare e non efficace ai fini della dilatazione uterina. La terapia prevede la regolarizzazione della circolazione del *Qi* con conseguente miglior circolazione del Sangue attraverso la stimolazione dei medesimi punti riportati in precedenza associati al *3 Fegato* che rinforza il sangue e rimuove la stasi e al *30 Stomaco* che rinforza in modo specifico il *Qi* dell'utero. A questo schema terapeutico possono poi essere aggiunti altri punti a seconda della sintomatologia presentata dalla paziente (ansia, preoccupazione, rabbia, ecc.).

Negli ultimi decenni il mondo scientifico occidentale ha mostrato molto interesse riguardo al possibile utilizzo dell'agopuntura in travaglio di parto, ciò nonostante gli studi riguardo al potenziamento della dinamica uterina sono estremamente scarsi e lacunosi. L'attenzione degli studiosi si è infatti rivolta principal-

mente al possibile utilizzo dell'agopuntura come metodo di induzione al travaglio, quindi non per potenziare ma indurre *ex-novo* attività contrattile. L'induzione al travaglio di parto è divenuto in effetti un problema di grande rilevanza clinica: il miglioramento della diagnostica prenatale e la maggior disponibilità di farmaci hanno entrambi contribuito ad aumentare notevolmente la percentuale di induzione. Le evidenze scientifiche al riguardo purtroppo non sono ancora definitive, come dimostrato dall'ultima revisione Cochrane (2). Occorre precisare tuttavia che per motivazioni varie (non rilevanza clinica, errori metodologici, scarsità del campione), tale revisione ha analizzato solo uno dei 5 studi presi in esame.

Recentemente sono stati pubblicati studi al riguardo entrambi promettenti. È stato infatti osservato come donne trattate con agopuntura tra la 39a-41a settimana, per quattro giorni consecutivi iniziassero il travaglio prima delle non trattate (considerando il tempo intercorso tra arruolamento e inizio del travaglio di parto) ed inoltre presentassero una minor durata del travaglio stesso. Inoltre nel gruppo sottoposto ad agopuntura si osservava una minor percentuale di tagli cesarei (3). Successivamente ben due studi hanno dimostrato l'efficacia del trattamento in agopuntura nel indurre il travaglio di parto in seguito a rottura precoce delle membrane (4-5).

Considerando l'assenza di effetti collaterali sia materni che fetali e l'ottima accettazione dell'agopuntura dimostrata dalle gravide negli studi precedenti, è stato proposto il trattamento a gravide che avevano oltrepassato il termine di gravidanza al fine di ridurre l'incidenza di induzione farmacologica per gravidanza protratta. Una prima esperienza al riguardo recentemente pubblicata ha dato risultati non confortanti, probabilmente anche per la breve durata del trattamento (6).

Il protocollo di studio da noi proposto prevede, dopo aver ottenuto il consenso all'applicazione dell'agopuntura, il trattamento a giorni alterni dalla settimana 40+4 fino alla 41+5 per un massimo di cinque giorni.

## SCHEMA RACCOLTA DATI

COGNOME.....ETA.....TELEFONO

BMI PREGRAVIDICO .....AUMENTO PONDERALE.....

IMPIEGO/SCOLARITA'.....

SEDUTE AGO	40+6	41	41+1	41+2	41+3
CARDIOTOCOGRAFIA (N° CONTRAZIONI/20 MINUTI)					

SETTIMANA PARTO	TIPO PARTO	PESO	APGAR	

TEMPO TRAVAGLIO	TEMPO ESPULSIVO	PROM		

## Schema dati.

In caso di mancato esordio di travaglio di parto la gravida viene inviata al reparto di Ostetricia per l'esecuzione dell'induzione farmacologica.

Il gruppo di controllo è costituito da gravide di pari epoca gestazionale, score di Bishop e parità che hanno rifiutato il trattamento in agopuntura. Per ogni donna arruolata vengono raccolti i dati relativi a esordio e durata del travaglio, modalità ed epoca del parto, peso neonatale ed Apgar score.

In accordo con i dettami della MTC, durante ogni

seduta sono stati applicati i seguenti agopunti: 4 *Grosso Intestino*, 36 di *Stomaco*, 6 di *Milza Pancreas*, 67 di *Vescica*, 30 *Stomaco*, 3 di *Fegato*.

In caso la donna presenti ansia, nervosismo o preoccupazione eccessiva vengono aggiunti alcuni punti di sedazione e controllo generale quali 6 di *Pericardio* e 7 di *Cuore* e in caso di tensione muscolare il punto 34 di *Vescica Biliare* che è in grado di rilassare muscoli e legamenti e i punti 60-62 di *Vescica* che rinforzano la zona lombare.

## Bibliografia

1. MACIOCIA G. Ostetricia e Ginecologia in Medicina Cinese. Casa Editrice Ambrosiana, 2006.
2. SMITH CA, CROWTHER CA. *Acupuncture for induction of labour* (Review). The Cochrane Collaboration Group, 2006.
3. HARPER TC, Coeytaux RR, Chen W, Campbell K, Kaufman JS, Moise KJ, Thorp JM. *A randomized controlled trial of acupuncture for initiation of labor in nulliparous women*. JMFNM; 19(8):465-470, 2006.
4. GAUDERNACK LC, FORBORD S, HOLE E. *Acupuncture administered after spontaneous rupture of membranes at term significantly reduces the length of birth and use of oxytocin. A randomized controlled trial*. Acta Obstet Gynecol; 85:1348-1353, 2006.
5. SELMER-OLSEN T, LYNDERSEN S, MORKVED S. *Does acupuncture used in nulliparous women reduce time from prelabour rupture of membranes at term to active phase of labour? A randomised controlled trial*. Acta Obstet Gynecol; 86(12):1447-52, 2007.
6. SMITH CA, CROWTHER CA, COLLINS CT, COYLE ME. *Acupuncture to induce labor: a randomized controlled trial*. Obstet Gynecol; 112(5):1067-74, 2008.

© CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI

## Utilizzo dell'agopuntura nel trattamento dei disturbi climaterici

G. ALLAIS, I. CASTAGNOLI GABELLARI, S. ROLANDO, P. BORGOGNO,  
M. CORMIO, C. BENEDETTO

### Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia

Attualmente la medicina occidentale utilizza per il trattamento dei disturbi climaterici terapie ormonali di tipo sostitutivo che talvolta possono presentare effetti collaterali e controindicazioni ben precise; alcune donne, inoltre, rifiutano o si sottopongono malvolentieri a terapie che, per motivi ideologici o culturali, avvertono come "non naturali", per cui esiste una crescente richiesta di terapie più dolci, "alternative" a quelle convenzionalmente praticate.

In quest'ottica l'agopuntura rappresenta un'interessante opportunità terapeutica, scevra da controindicazioni ed effetti collaterali e a basso costo sociale.

Da alcuni anni la comunità scientifica ha valutato con crescente interesse questo approccio terapeutico alla sindrome climaterica e gli studi clinici in quest'ambito sono in costante aumento.

Un primo trial randomizzato controllato (RCT) in cieco fu condotto da Wyon et al. nel 1995 (1). Un gruppo di pazienti fu sottoposto a trattamento con infissione superficiale degli aghi, l'altro gruppo con inserzione profonda sempre negli stessi punti. Entrambi i trattamenti migliorarono la qualità di vita delle pazienti e ridussero il numero di vampate di almeno il 50%. Il beneficio persistette nei tre mesi successivi anche se, al terzo mese di follow-up, il gruppo trattato con agopuntura superficiale presentò tendenzialmente un incremento delle vampate rispetto al gruppo sottoposto ad agopuntura profonda.

Un altro RCT (2) confrontò il trattamento con agopuntura superficiale e quello con elettroagopuntu-

ra (EA). Già durante il trattamento entrambi i gruppi mostrarono un miglioramento significativo della sintomatologia climaterica; il benessere psicologico migliorò durante il trattamento con EA e solo dopo 12 settimane in caso di agopuntura superficiale, mentre l'umore migliorò solo nel gruppo EA e solo a fine trattamento. Nel lungo termine (6 mesi di follow-up) si riscontrò un miglioramento significativo della sintomatologia climaterica e del benessere psichico in entrambi i gruppi rispetto all'inizio; l'umore invece migliorò solo nel gruppo EA.

Nel 2004 Wyon et al. (3) confrontarono l'efficacia dell'EA non solo con l'agopuntura superficiale, ma anche con la somministrazione di estradiolo orale, nel trattamento delle vampate di calore. In tutti e tre i gruppi si riscontrò una diminuzione significativa del numero di vampate/die. Nel gruppo trattato con EA si ottenne una riduzione da 7,3 a 3,5 vampate al giorno di media: in particolare in circa il 75% delle donne la riduzione fu di almeno il 50%. Nel gruppo sottoposto ad agopuntura superficiale si ebbe un passaggio da 8,1 a 3,8 vampate/die, e circa la metà delle donne presentò una riduzione di almeno il 50%. Infine il gruppo trattato con estrogeni fu caratterizzato da una diminuzione da 8,4 a 0,8 vampate/die, con riduzione tra il 58 e il 100%. Anche dopo 24 settimane di follow-up, la riduzione del numero di vampate restò invariata nei 3 gruppi.

A partire dal 2006, numerosi RCT vennero condotti per verificare l'efficacia dell'agopuntura nella riduzione della sintomatologia vasomotoria. In particolare nello studio di Huang (4) si prese in considerazione l'effetto dell'agopuntura sulle vampate notturne e sulla qualità del sonno. Al termine del trattamento si rilevò una riduzione nella severità delle vampate notturne del 28% nel gruppo agopuntura attiva rispetto al 6% del gruppo agopuntura placebo. Si registrò inoltre una riduzione della frequenza delle vampate notturne in entrambi i gruppi, ma al follow-up del 1° mese la frequenza delle vampate notturne risultò significativamente più bassa nel gruppo agopuntura attiva ri-



petto al gruppo placebo. Anche la qualità del sonno migliorò, senza differenze tra i due gruppi, ma con una correlazione significativa con la riduzione della severità e della frequenza delle vampate notturne.

Uno studio del 2008 (5) ebbe come obiettivo la valutazione degli effetti dell'EA (per la durata di 12 settimane) e della terapia ormonale sostitutiva (per la durata di 24 mesi) su sintomi vasomotori in donne con storia di carcinoma della mammella. Le donne che completarono le 12 settimane di EA riportarono una diminuzione del numero medio di vampate nelle 24 h da 9.6 a 4.3. Durante il follow-up il numero medio di vampate nelle 24 h risultò di 4.9 e 2.1, rispettivamente a 12 e a 24 mesi dall'inizio del trattamento. Le donne che completarono i 24 mesi di terapia ormonale ebbero una riduzione del numero medio giornaliero di vampate da 6.6 a 0.0.

Di recentissima pubblicazione è il lavoro di Avis et al. (6) su 56 donne randomizzate in 3 gruppi: trattamento usuale, agopuntura placebo e agopuntura attiva. Le donne in trattamento usuale non ricevettero alcuna forma di agopuntura, non iniziarono alcun nuovo trattamento per le vampate ma poterono continuare qualsiasi trattamento non farmacologico che utilizzavano abitualmente. In tutti i gruppi si rilevò un significativo decremento nella frequenza media di vampate tra la prima e l'ottava settimana, ma nel gruppo trattato con agopuntura (sia attiva che placebo) si ottenne una diminuzione delle vampate molto maggiore rispetto al gruppo in trattamento usuale. Dalla terza settimana di trattamento ci fu un riduzione di circa il

40% nella frequenza delle vampate nel gruppo sottoposto ad agopuntura rispetto al decremento del 10% del gruppo in trattamento usuale.

In seguito all'esperienza accumulata negli anni presso il nostro Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia, abbiamo condotto uno studio per valutare l'efficacia dell'agopuntura nel trattamento dei sintomi vasomotori, psichici e somatici presenti in 37 donne affette da sindrome climaterica. Le partecipanti sono state sottoposte a sedute agopunturali inizialmente a cadenza settimanale, successivamente mensili, per un periodo di trattamento complessivo variabile tra i 6 e i 12 mesi. Alle donne è stato inoltre richiesto di compilare un diario quotidiano, basato sulla Scala Climaterica di Greene, in cui riportare l'intensità della sintomatologia climaterica al fine di permettere la valutazione dell'efficacia del trattamento. L'endpoint primario considerato consisteva nella riduzione del numero di vampate. Dopo il sesto mese di trattamento si poté osservare un dimezzamento di tale parametro nel 62,1% delle pazienti. A fine trattamento l'81% delle pazienti presentò un dimezzamento del numero di vampate, con abolizione totale nel 63,3% di queste. Per quanto riguarda gli endpoint secondari, rispetto alla situazione precedente al trattamento, si verificò un trend significativo verso il miglioramento non solo della sintomatologia vasomotoria ( $P < 0.0001$ ), ma anche di quella psicologica ( $P < 0.0001$ ) e somatica ( $P < 0.01$ ).

Anche dal nostro approccio sperimentale si evince pertanto che l'agopuntura risulta essere estremamente efficace nel trattamento della sindrome climaterica.

## Bibliografia

1. WYON Y, LINDGREN R, LUNDEBERG T, HAMMAR M. *Effects of acupuncture on climacteric vasomotor symptoms, quality of life and urinary excretion of neuropeptides among postmenopausal women.* Menopause 1995;2:3-12.
2. SANDBERG M, WIJIMA K, WYON Y, NEDSTRAND E, HAMMAR M. *Effects of electro-acupuncture on psychological distress in postmenopausal women.* Complement Ther Med 2002;10:161-9.
3. WYON Y, WIJIMA K, NEDSTRAND E, HAMMAR. *A comparison of acupuncture and oral estradiol treatment of vasomotor symptoms in postmenopausal women.* Climacteric 2004;7:153-164.
4. HUANG MI, NIR Y, CHEN B, SCHNYER R, MANBER R. *A randomized controlled pilot study of acupuncture for postmenopausal hot flashes: effect on nocturnal hot flashes and sleep quality.* Fertil Steril 2006;86(3):700-10.
5. FRISK J, CARLHÄLL S, KÄLLSTRÖM AC, LINDH-ASTRAND L, MALMSTRÖM A, HAMMAR M. *Long-term follow-up of acupuncture and hormone therapy on hot flashes in women with breast cancer: a prospective, randomized, controlled multicenter trial.* Climacteric 2008;11(2):166-74.
6. AVIS NE, LEGAULT C, COEYTAUX RR, PIAN-SMITH M, SHIFREN JL, CHEN W, VALASKATGIS P. *A randomized, controlled pilot study of acupuncture treatment for menopausal hot flashes.* Menopause 2008; 15(6):1070-8.

## Dolore pelvico cronico: comorbidità e implicazioni psicosomatiche

A. GRAZIOTTIN

Il dolore pelvico può essere acuto o cronico, descritto come un "dolore ciclico o non ciclico, di durata superiore ai sei mesi, che si localizza alla pelvi anatomica, sufficientemente grave da causare disabilità funzionale che richiede trattamento medico o chirurgico". Interessa circa il 10% delle donne che richiedono una visita ginecologica, il 40% delle indicazioni alla laparoscopia e il 10-15% delle indicazioni alla isterectomia. La donna è più vulnerabile al dolore viscerale (intestinale, genitale, vescicale) per ragioni biologiche, psicosessuali e contesto-correlate. La *percezione del dolore* costituisce infatti un'esperienza soggettiva complessa, in cui il dato sensoriale causato dal danno tessutale periferico, viene elaborato e modulato a livello centrale da molteplici fattori neurobiologici e psicosomatici.

### Obiettivo del lavoro

Analizzare l'*etiologia* e *comorbidità* associate al dolore pelvico cronico (CPP) e le loro *implicazioni fisiopatologiche*, come premessa per ottimizzare una *strategia terapeutica multimodale*.

### Materiali e metodi

Revisione della letteratura, in med-line, con le parole chiave: dolore pelvico cronico, endometriosi, adenomiosi, cistite ricorrente, cistite postcoitale, cistite interstiziale, vestibolite vulvare, vulvodinia, dispareunia, vaginismo, malattia infiammatoria pelvica, sindrome

del colon irritabile, dischezia, morbo celiaco, diverticolite, stipsi, mialgia, mastocita, fattore di crescita dei nervi, ansia, depressione, violenza sessuale, molestia sessuale, dolore iatrogeno ed esperienza clinica dell'attrice.

### Risultati

L'*etiologia* del dolore pelvico è *multifattoriale*: biologica, in primis, con componenti psicosessuali e correlate al contesto che concorrono alla percezione finale del dolore stesso. Tra le cause biologiche vanno indagate: le ginecologiche (tra cui vulvodinia, endometriosi, adenomiosi, varicocele, infiammazione pelvica cronica (PID); sessuali (dispareunia e vaginismo); gastrointestinali (sindrome del colon irritabile, morbo celiaco, diverticolite, diverticolosi, stipsi ostruttiva, ragadi); genitourinarie (cistite interstiziale, cistiti recidivanti, uretriciturgia); miofasciali (mialgia del pavimento pelvico con dolori riferiti di tipo non dermatomero); neurologiche, tra cui la sindrome iatrogena da intrappolamento dei nervi addominali (ACNES, *abdominal cutaneous nerve entrapment syndrome*) o pelvici; malattie scheletriche; ernie inguinali o addominali. Fattori psicosomatici, tra cui abusi, parti o aborti traumatici, indagini invasive per sterilità, e fattori iatrogeni, possono concorrere al dolore.

Dal punto di vista *psiconeuroimmunoendocrino* il dolore pelvico cronico coinvolge in modo dinamico:

1) *il sistema del dolore*, a livello del Sistema Nervoso Periferico e Centrale. Il dolore ha due significati: può essere "nocicettivo", ossia indicatore di un danno in corso, da cui l'organismo dovrebbe riuscire a sottrarsi e/o a difendersi; oppure "neuropatico", quando i segnali di dolore si generano all'interno delle stesse vie e dei centri del dolore. Il viraggio progressivo dal primo al secondo tipo di dolore è tipico del CPP ed è mediato da cambiamenti neuroplastici a livello neuronale, centrale e periferico;

2) *il sistema immunitario*: il mastocita è la cellula

principe che media il passaggio tra infiammazione cronica e dolore cronico. Il mastocita iperattivo, che produce elevate quantità di *Nerve Growth Factor* (NGF) è responsabile della proliferazione delle terminazioni nervose periferiche, della conseguente iperalgesia e allodinia, e protagonista di un dialogo sempre più stretto tra risposta infiammatoria cronica e dolore. Infiltrazioni tessutali di mastociti iperattivi sono state dimostrate nell'endometriosi, nella cistite interstiziale, nella vestibolite, nella parete del colon nel corso dell'elusiva "sindrome del colon irritabile" e nel muscolo mialgico;

3) *il sistema muscolare*, con contrazioni difensive in risposta al dolore, critiche quando coinvolgono il muscolo elevatore dell'ano, causando mialgia, modificazioni posturali e biomeccaniche, e diventando cofattori di dolore e di comorbidità uroginecologica, sessuale e proctologica;

4) *il sistema neurovegetativo*, che ha la stazione centrale a livello dell'ipotalamo, per tutte le risposte biologiche riflesse (endocrine, vascolari, metaboliche) che il dolore evoca;

5) *il sistema emotivo affettivo*, con coinvolgimento del lobo limbico, per il potente ruolo che ansia e depressione hanno nella modulazione della percezione del dolore e dei comportamenti correlati. Secondo la metaanalisi di P.Latthe, BMJ, 2006, l'ansia aumenta la percezione del dolore nella dismenorrea con un OR=2.77; nella dispareunia con un OR =3.23; nel do-

lore pelvico cronico (CPP) con un OR=2.28; la depressione aumenta la percezione del dolore con un OR=2.59 nella dismenorrea; con un OR=7.77 nella dispareunia; e con un OR=2.69 nel CPP, in cui la concomitanza di un Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD) aumenta il dolore con un OR=5.47, che sale a OR=8.01 in caso di disturbi psicosomatici;

6) *il sistema cognitivo*, per il vissuto, il giudizio ultimo sul significato personale, relazionale e sociale del dolore stesso, e la modulazione cosciente dei comportamenti adattativi di risposta al dolore.

Le strategie terapeutiche risultano tanto più efficaci quanto più sono in grado di modulare efficacemente i diversi fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento che concorrono al dolore.

## **Conclusioni**

La *comorbidità* tra diversi tipi di dolore (urologico, ginecologico, sessuale, colon-proctologico, muscolare...) che concorrono al dolore pelvico cronico (CPP) è elevata. Il riconoscimento di *fattori etiologici comuni, di cui il più importante è il mastocita iperattivo*, e la comprensione degli aspetti psicosomatici e affettivi che lo modulano (ansia e depressione in primis) è di grande importanza nella pratica clinica per disegnare il più efficace trattamento multifattoriale e multimodale.

## Nuovi orientamenti nella fisiopatologia e nel management del dolore pelvico cronico

F. SESTI, T. CAPOZZOLO, E. PICCIONE

Il dolore pelvico cronico è una sindrome pelvica algica caratterizzata da dolore di tipo viscerale, continuo o intermittente, ciclico o non ciclico, spontaneo o provocato, localizzato alla pelvi, della durata superiore a 6 mesi, sufficientemente grave da causare disabilità funzionale o da richiedere un trattamento medico o chirurgico.

Nonostante molteplici patologie a carico degli organi addomino-pelvici (apparato riproduttivo, gastrointestinale, urologico, muscoloscheletrico e psico-neurologico) possano essere associate alla comparsa di dolore pelvico cronico, l'endometriosi presenta una prevalenza di circa il 33% in donne che si sottopongono a laparoscopia diagnostica per dolore pelvico cronico. In questa popolazione di pazienti il dolore pelvico cronico si presenta singolarmente, come dolore non mestruale, nel 20% ed in associazione a dismenorrea e dispareunia nel 35% dei casi.

Ancora non si conoscono i processi fisiopatologici che determinano l'esistenza di una correlazione tra dolore pelvico cronico ed endometriosi. Possibili meccanismi in grado di causare dolore pelvico cronico includono uno stato di infiammazione peritoneale cronica indotto dal tessuto endometriale ectopico con rilascio di mediatori dell'infiammazione ed algogeni; deposizione di fibrina con formazione di aderenze visceroviscerali; ricorrenti ciclici micro-sanguinamenti intraliesionali ed infiltrazione dei tessuti profondi con danno tissutale. Il *primum movens* nell'eziopatogenesi multifattoriale dell'endometriosi è considerato il processo infiammatorio cronico intraperitoneale in seguito al reflusso transtubarico di sangue mestruale in cavità peritoneale, secondo la teoria di Sampson. In presenza di una alterata attività immunitaria cellulo-mediata ed

umorale si determinerebbe una cascata di eventi caratterizzata da attivazione dei macrofagi e rilascio di fattori di crescita, metalloproteasi, citochine, fattori promuoventi la neoangiogenesi e l'adesione al mesotelio peritoneale di cellule endometriali refluite e rilascio di fattori immunosoppressivi, che inibiscono la *clearance* dell'endometrio ectopico.

Un ruolo cruciale sembra essere svolto dallo stress ossidativo in presenza di eccesso di specie reattive dell'ossigeno (ROS) e radicali liberi e difetto degli elementi anti-ossidanti con conseguente danno alle lipoproteine circolanti e di membrana ed ai nucleotidi. Van Langendonck ha dimostrato come il liquido peritoneale di donne con dolore pelvico cronico correlato ad endometriosi contenga concentrazioni maggiori di markers della perossidazione dei lipidi (lipoproteine a bassa densità ossidate e malondialdeide-modificate, albumina sierica lipoperossido-modificata e lisofosfatidil colina) rispetto a quelle riscontrate in donne non affette (1). Successivamente, Szczepanska ha rilevato che in presenza di endometriosi l'espressione intraperitoneale degli enzimi con proprietà anti-ossidanti (superossido-dismutasi, glutatione-perossidasi e catalasi) risulta deficitaria, permettendo così ai mediatori dello stress ossidativo di promuovere la crescita e l'adesione delle cellule endometriali nella cavità peritoneale anche per sintesi di fattori di crescita (2).

Queste osservazioni rappresentano il razionale per supportare un possibile ruolo di un programma nutrizionale arricchito con elementi in grado di contrastare lo stress ossidativo nel controllo del dolore pelvico cronico associato ad endometriosi. Infatti, differenti studi hanno testato l'ipotesi di una relazione tra *intake* di alimenti selezionati e rischio di sviluppare endometriosi sintomatica. In modo particolare l'assunzione di vegetali e frutta fresca avrebbe un effetto protettivo sullo sviluppo di patologie endocrino-correlate dell'apparato riproduttivo, rispetto all'assunzione di carne rossa. È possibile ipotizzare che una dieta ricca in frutta, fibre e verdura garantisca un apporto di sostanze anti-ossidanti quali vitamine del gruppo B, vitamina E-A-

C e sali minerali (Ca, Mg, Se, Zn, Fe) dotate di proprietà soppressive sulla sopravvivenza di colture cellulari endometriali e stromali per mezzo dell'inibizione dell'espressione delle cellule di adesione, della secrezione e modulazione delle citochine infiammatorie, della chemiotassi ed attivazione dei macrofagi (3). Inoltre, un regime dietetico a scarso contenuto in grassi animali, aumentando la concentrazione serica e l'attività delle *sex-hormone binding globulin*, facilita l'eliminazione degli estrogeni coniugati e riduce gli estrogeni liberi circolanti, limitandone così lo stimolo sul tessuto endometriale e la produzione di prostaglandine da parte di quest'ultimo. Una dieta povera in grassi animali, riducendo l'eccesso di tessuto grasso estrogeno-correlato, modifica l'attivazione di quegli enzimi responsabili della steroidogenesi, quali l'aromatasi, la cui espressione, aumentata nell'endometrio eutopico ed ectopico di donne affette da endometriosi, contribuisce a concentrazioni di estrogeni aumentate a livello degli impianti endometriocici. Negli ultimi anni un interesse crescente si è rivolto alla supplementazione con acidi grassi polinsaturi della serie omega-3, in quanto è stata ipotizzata una correlazione positiva tra il metabolismo lipidico, caratterizzato da prevalenza di *intake* di omega-6 *vs* omega-3 ed il processo infiammatorio implicato nella eziopatogenesi dell'endometriosi. L'acido grasso omega-3 maggiormente rappresentato nel mondo vegetale è rappresentato dall'acido  $\alpha$ -linolenico che, metabolizzato in acido eicoisapentenoico (EPA) ed acido docosaesaenoico (DHA), esercita importanti effetti biologici, che sono alla base di un suo possibile uso terapeutico. EPA e DHA, infatti, competono con l'acido arachidonico per gli enzimi interessati dalla cascata di attivazione del processo infiammatorio, permettendo la sintesi degli eicosanoidi anti-infiammatori (prostaglandine PGI<sub>3</sub>), la produzione di leucotrieni B<sub>5</sub> (dotati di proprietà infiammatorie inferiori ai leucotrieni B<sub>4</sub>) ed inibendo la produzione di interleuchine pro-infiammatorie e TNF- $\alpha$ . Inoltre, un recente studio ha dimostrato su modelli murini che quando il regime nutrizionale viene supplementato con omega-3 *vs* omega-6, l'espressione dell'mRNA delle metalloproteasi, dell'IL-1 $\alpha$ , della sintesi della PGE e del fattore nucleare K $\beta$  risulta ridotta con conseguenti proprietà analgesiche ed anti-infiammatorie (4). Quando il regime alimentare è caratterizzato da un ridotto *intake* di elementi anti-ossidanti ed acidi grassi polinsaturi omega-3, al contrario, viene potenziata l'attivazione della fosfolipasi A<sub>2</sub>, la quale determina la sintesi dei metaboliti ciclossigenasi-dipendenti con prevalenza di PGE<sub>2</sub> e PGF<sub>2</sub> (*vs* prostacicline), chiaramente coinvol-

ti nelle sindromi dolorose algiche. Si deduce come sia da privilegiare un regime dietetico ad alto contenuto di frutta, fibre e verdura in quanto questi alimenti garantiscono un apporto preferenziale di omega-3 *vs* omega-6, presenti in quantità maggiori nelle diete ricche in grassi animali.

Sulla base di tali evidenze, è stato condotto presso la Clinica Ginecologica e Ostetrica del Policlinico Universitario Tor Vergata di Roma uno studio randomizzato comparativo allo scopo di valutare l'efficacia nel controllo della sintomatologia pelvica algica (*VAS score*) e nel miglioramento della qualità di vita (*SF-36 score*) dopo chirurgia conservativa di endometriosi pelvica avanzata (stadi III-IV rAFS) di un programma nutrizionale per 6 mesi rispetto a terapia ormonale ovario-soppressiva o al placebo (5). Il regime nutrizionale consisteva in una supplementazione con vitamine (B<sub>6</sub>, A, C, E), minerali (Ca, Mg, Se, Zn, Fe), fermenti lattici (*Bifidobacterium breve*, *Bifidobacterium longum*, *Bifidobacterium infantis*, *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus casei*, *Lactobacillus bulgaricus*, *Streptococcus thermophilus*) ed acidi grassi polinsaturi (omega-3, omega-6) in grado di assicurare un regime calorico compreso tra 1.600 e 2.000 calorie, secondo il BMI e l'attività fisica di ogni donna reclutata. A 12 mesi di follow-up, non è stata rilevata alcuna differenza statisticamente significativa nel miglioramento dello *score* del dolore pelvico cronico e nella risposta affettiva tra la supplementazione dietetica e la terapia ormonale. Se tale *outcome* verrà confermato da studi condotti su un campione più vasto e con follow-up a più lungo termine, la terapia nutrizionale potrebbe essere considerata un valido supporto nel management del dolore pelvico cronico associato ad endometriosi. Non gravata da effetti collaterali e da indesiderate modificazioni metaboliche, potrebbe essere proposta come terapia a lungo termine, soprattutto nei casi in cui lo stato ipoestrogenico indotto dagli analoghi del GnRH, ne limitino le potenzialità terapeutiche per i loro effetti collaterali.

In conclusione, il management clinico del dolore pelvico cronico necessita di una modalità multidisciplinare di trattamento, in grado di combinare approcci terapeutici operanti con meccanismi d'azione differenti, soprattutto nei casi di dolore refrattario alle singole terapie. La miglior conoscenza delle molteplici interazioni tra i singoli mediatori del sistema neuro-immunitario che generano il dolore pelvico cronico permetterà di sviluppare strategie terapeutiche mirate in grado di determinare la risoluzione di questa complessa sindrome.

## Bibliografia

1. VAN LANGENDONCKT A, CASANAS-ROUX F, DONNEZ J. *Oxidative stress and peritoneal endometriosis*. Fertil Steril 77:861-70, 2002.
  2. SZCZEPANSKA M, KOŁIK J, SKRZYPCZAK J, MIKOŁAJCZYK M. *Oxidative stress may be a piece in the endometriosis puzzle*. Fertil Steril 79:1288-93, 2003.
  3. FJERBAEK A, KNUDSEN UB. *Endometriosis, dysmenorrhea and diet—what is the evidence?* Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 132:140-7, 2007.
  4. NETSU S, KONNO R, ODAGIRI K, SOMA M, FUJIWARA H, SUZUKI M. *Oral eicosapentaenoic acid supplementation as possible therapy for endometriosis*. Fertil Steril 90:1496-502, 2008.
  5. SESTI F, PIETROPOLLI A, CAPOZZOLO T, BROCCOLI P, PIERANGELI S, BOLLEA MR, PICCIONE E. *Hormonal suppression treatment or dietary therapy versus placebo in the control of painful symptoms after conservative surgery for endometriosis stage III-IV: A randomized comparative trial*. Fertil Steril 88:1541-7, 2007.
-

## Il dolore pelvico cronico nelle adolescenti

F. L. GIORGINO\*, C. MARIGO\*\*

Il dolore accompagna da sempre la vita umana e, fino a tempi recenti, l'umanità non ha conosciuto mezzi efficaci per eliminarlo o per ridurlo. Scarsa attenzione e infruttuose soluzioni si sono intrecciate per farlo diventare un vero incubo. Nella valutazione etica religiosa, il dolore è stato a lungo associato all'idea di castigo. In questo la donna ha pagato e paga un tributo enormemente più grande: dismenorrea, dispareunia, sindrome premestruale, travaglio e parto, cefalalgie, depressione e molte altre sindromi algiche (1). Nella nostra cultura ad esempio, i dolori mestruali vengono presentati alle giovani donne come naturalmente accompagnati da dolore che va nascosto con pudore e rispetto. In un certo senso il menarca apre la stagione del dolore. E così è il dolore il sintomo più frequente con il quale il ginecologo deve confrontarsi: si stima che dal 40 al 70% delle donne in età riproduttiva (proprio così: non sappiamo in realtà quante donne siano affette da dolori mestruali!) e fino al 90% delle giovani sotto i 25 anni di età, soffra di tale disturbo, e che nel 10-12% dei casi il dolore raggiunga un grado di severità tale da compromettere l'attività lavorativa e scolastica (2). In questi casi ed anche in molti di quelli di minore entità la percezione di femminilità è incrinata dalla negatività che il diventare donna ha comportato: per la coincidenza tra mestruazione e dolore insopportabile, per i sintomi e le difficoltà relazionali, per il ritardo negli eventi normativi tipici dell'adolescenza (3).

Quante conseguenze, immediate e future, comporta il non sapere dominare il dolore sulla persona?

La Sindrome del Dolore Pelvico Cronico (CPPS) è un complesso sintomatologico caratterizzato principal-

mente da dolore cronico non oncologico avvertito, sia nella donna che nell'uomo in sede pelvica e/o perineale, con possibili irradiazioni alla regione lombare, ai genitali esterni, agli inguini, alla regione sovrapubica, al sacro-coccige, alla radice delle cosce. L'alterazione fisiopatologica comune che induce la sintomatologia è un ipertono involontario dei muscoli del pavimento pelvico. Oltre che cronico, il dolore deve essere continuo o ricorrente per almeno 6 mesi. In una delle definizioni più rigorose è un dolore di cui non si è riconosciuta una causa specifica.

La clinica è alquanto variegata sia per l'intensità e la frequenza della sintomatologia, sia per quanto riguarda la associazione con sintomi collaterali a carico dell'apparato urinario basso, genitale e digestivo distale. Il coinvolgimento, in varia misura, di tali apparati è molto frequente, anche se in forme meno tipiche o iniziali può mancare e deriva dal fatto che uretra, vagina e retto distale attraversano il muscolo elevatore dell'ano tramite tre iati contigui, e possono risentire di un ipertono di quest'ultimo.

Il CPPS è un serio problema sia sul piano medico che in termini di salute pubblica. In ogni caso comporta conseguenze negative sul piano cognitivo, comportamentale e sociale (4). Non è legato solo alle mestruazioni o ai rapporti sessuali; è senza sollievo dopo eventuali trattamenti e mette in forte discussione la qualità di vita della donna. Le stesse linee guida lo definiscono come: "il manifestarsi di persistenti o ricorrenti episodi di dolore pelvico associato con evidenti sintomi indicativi di disfunzione delle vie urinarie, dell'apparato sessuale, del colon, di organi di interesse ginecologico".

Negli USA, il 10% delle visite ambulatoriali, il 40% delle laparoscopie e il 12% delle isterectomie eseguite ogni anno sono motivate da dolore pelvico cronico. Situazione simile esiste anche in altri Paesi.

Tra le sindromi associate a Dolore Pelvico Cronico, vi sono importanti e diffuse patologie della donna, di interesse ginecologico e urologico (Tab. 1). Tutte patologie ad elevato indice di co-morbidità.

\*Presidente FIOG

\*\*Ostetrica. Equipe Consultorio Familiare ASL 13 Dolo-Mirano

© Copyright 2009, CIC Edizioni Internazionali, Roma

TABELLA 1 - CAUSE PRINCIPALI DI DOLORE PELVICO CRONICO (MOD. F.F TU) (5)

- Ginecologiche: malattia infiammatoria pelvica, sindrome da congestione pelvica, aderenze, cisti annessiali sintomatiche, torsione ovarica intermittente, dismenorrea primaria, ostruzione del flusso mestruale (alterazioni mulleriane)
- Immunologiche: endometriosi, adenomiosi, sindrome di congestione pelvica
- Gastrointestinali: sindrome del colon irritabile, morbo di Crohn, colite ulcerosa, malattia celiaca, costipazione, colica appendicolare ricorrente, ostruzione parziale del piccolo intestino ricorrente, diverticolite, neoplasie
- Urologiche: cistite interstiziale, sindrome uretrale, diverticoli uretrali, infezioni ricorrenti delle vie urinarie, urolitiasi
- Muscolo-scheletriche: trigger point, scoliosi e cifosi, sindrome miofasciale, lesioni spinali, discopatia lombare, ernie, dolore da disfunzione del pavimento pelvico, diastasi della sinfisi pubica, disfunzione delle articolazioni sacro-iliache
- Neurologiche: sensibilizzazione centrale o periferica (cioè dolore persistente dopo PID o colite infettiva), neuromi post-operatori della parete addominale o vaginale, nevralgia del nervo pudendo, aderenze addominali sintomatiche
- Psichiatriche: depressione, disturbo di somatizzazione, drammatizzazione, ipocondria, stress psicosociale, abuso
- Reumatologiche: fibromialgia, sindrome dolorosa regionale
- Sistemiche: avvelenamento da metalli pesanti, neurofibromatosi

## L'endometriosi

Tra tutte consideriamo l'importanza dell'endometriosi. In Italia, nel 2004, una rilevazione del Census Bureau ha evidenziato una prevalenza di 2.902.873 su una popolazione stimata di 58.057477. È un disordine genetico, poligenico, multifattoriale, tipico dell'età fertile, ad insorgenza spesso post-menarcale; si caratterizza per la presenza di tessuto endometriale ectopico che determina una reazione infiammatoria cronica. La maggior parte dei foci endometriosi ha sede a livello pelvico, mentre foci extrapelvici sono rari. La manifestazione della malattia varia da piccole lesioni a cisti endometriose, fibrosi e aderenze di tale gravità da sovvertire l'apparato riproduttivo della donna. È causa frequente di una sintomatologia dolorosa, spesso invalidante, che comprende dismenorrea, dispareunia, CPPS ed è nel 30-40 per cento dei casi associata a infertilità. Tali sintomi possono cronicizzare tanto da accompagnare la donna per tutto il periodo riproduttivo; per questo motivo è ritenuta una malattia cronica che ha elevati costi in termini di salute fisica e psichica per la donna che ne è colpita; può provocare effetti negativi sulla qualità di vita anche sociale della donna malata con gravi ripercussioni sia nel lavoro, sia a livello per-

sonale (in famiglia, nei rapporti affettivi e, in particolare, nei rapporti di coppia). L'endometriosi è, al contempo, largamente sottovalutata in quanto solo una bassa percentuale di donne che ne soffre sa di esserne affetta e, per arrivare alla diagnosi certa (studio condotto su 4.000 donne) si impiegano mediamente 9 anni (4.67 anni spesi dalla donna, o dalla sua famiglia, prima di riconoscere che quel dolore non è normale, 4.61 impiegati dai medici che consulta per capire che proprio di endometriosi si tratta, dopo una media di 5 medici consultati). Nel 38% dei casi vi sono sintomi evidenti (ma non riconosciuti dai medici) già prima dei 15 anni. Nel 70% dei casi vi sono sintomi tipici già prima dei 20 anni. L'omissione diagnostica, tuttavia, non è esclusiva dell'endometriosi, ma è piuttosto comune, soprattutto nei confronti di affezioni femminili. Potremmo mutuare il pensiero di un famoso Maestro che criticava l'uso del termine 'essenziale' in Medicina. "Descrive soltanto l'essenzialità della nostra ignoranza", diceva. E non sbagliava.

La comorbidità è frequente e trascurata con:

- astenia e stanchezza: il dolore divora l'energia vitale e lascia la donna spossata e depressa,
- cefalea e nausea: più frequenti nelle giovani,
- sintomi gastrointestinali: meteorismo e difficoltà digestive,
- allergie e intolleranze alimentari: il 41% delle donne con endometriosi soffre di allergie al polline contro il 13% della popolazione generale; quando sono trattate con successo, si riduce il dolore,
- infertilità: più precoce è l'esordio dell'endometriosi più è alto questo rischio.

Quando il dolore diventa cronico si viene a determinare la CPPS, nella quale si può identificare una precisa patologia iniziale che, tuttavia, col tempo coinvolge più sedi e fattori, dove cause organiche o disfunzionali a carico di diversi organi o apparati, fattori ambientali e psicoaffettivi contribuiscono al mantenimento dei sintomi con un circolo vizioso difficile da interrompere. In tali pazienti un'associazione tra più condizioni morbose è presente in circa il 30% dei casi con un chiaro effetto peggiorativo sull'intensità dei sintomi.

Il CPPS spesso si riscontra in assenza di patologia organica funzionale. Anche in questo caso non va sottovalutato per gli aspetti psicologici che può nascondere.

La diagnosi di CPPS è essenzialmente di esclusione, nel senso che una sintomatologia simile è riscontrabile in numerose affezioni di singoli organi pelvici o perineali (cistite interstiziale, uretrite, prostatite, varicocele ovarico, endometriosi, coccigodinia, ragadi anali, proctalgia fugax, per citarne soltanto alcune), per cui è essenziale un'accurata valutazione multidisciplinare volta ad identificare o ad escludere tali condizioni.



TABELLA 2 - DIAGNOSI (MOD. GRAZIOTTIN A, GIOVANNINI N.) (6)

ANAMNESI VALUTAZIONE PSICOLOGICA	Ciclicità mestruale, Segni ovulatori, Sessualità, Rischio STD, Gravidanza, Familiarità, Domande aperte
ESAME OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trigger Points (aree di iperalgesia)</li> <li>• Valutazione pelvica/addominale</li> <li>• Caratterizzazione del dolore (mappaggio, intensità, comparsa, durata)</li> </ul>
ESAMI STRUMENTALI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecografia pelvica/addominale e/o transvaginale</li> <li>• Versamento addomino-pelvico, cisti annessiali, aderenze, miomi, gravidanza, ecc.</li> </ul>
ESAMI EMATOLOGICI	GB, PCR, Hb, Markers tumori ovarici (Beta HCG e alfa-FP nei disgerminomi, Ca125 e HE4 nei tumori epiteliali ed endometriosi, CA19.9 nelle cisti mucinose, CEA)

TABELLA 3 - DOMANDE DA PORRE ALLE PAZIENTI CON DOLORE PELVICO CRONICO PER GLI ASPETTI PSICOLOGICI (7).

Domanda	Obiettivo della domanda	Azioni conseguenti
Quali pensa siano le cause del dolore che avverte?	Coinvolgere attivamente	Informare sulle cause probabili
Cosa la preoccupa?	Rassicurare	Escludere le cause temute (tumori)
Si sente ansiosa o triste?	Valutare ansia e depressione	Ascolto ed empatia
Quanto il dolore altera la sua vita?	Impatto psico-sociale-economico	Gestione multidisciplinare
Ha subito abusi sessuali?	Rilevare una causa sottostimata	Ascolto, Psicoterapia
Desidera un aiuto psicologico?	Autoconsapevolezza del bisogno	Psicoterapia

## Le terapie

Tra tutte le terapie utilizzate vogliamo richiamare l'attenzione su una nuova classe di farmaci gli ALIA, *Autacoid Local Injury Antagonism*, tecnologia biologica in grado di controllare la reattività del mastocita, del quale controllano la degranulazione, momento sempre più valorizzato nella patogenesi del dolore cronico, non solo pelvico. Interessante è la classe dei cannabinoidi i cui effetti sono legati all'azione su due tipi di recettori: CB1, presenti a livello del SNC (ippocampo, corteccia cerebrale, area olfattiva, gangli della base, cervelletto e midollo spinale) e CB2, strettamente correlati alle cellule del sistema immunitario, in particolare macrofagi. Sugli stessi recettori agiscono anche i cannabinoidi endogeni (anandamide, 2-arachidonilglicerolo, palmitoiletanolamide), il cui ruolo non è del tutto chiaro, anche se le prove disponibili suggeriscono un coinvolgimento nell'elaborazione degli stimoli dolorifici, nei processi cognitivi, nella regolazione dell'attività locomotoria e in alcune funzioni autonome (appetito, vomito, motilità intestinale, broncodilatazione, tono uterino, pressione intraoculare), oltre che nei processi infiammatori e nella modulazione dell'attività immunitaria (8).

Il mastocita, pieno di 'vescicole', ciascuna conte-

nente sostanze dell'infiammazione, è una cellula mediatrice della risposta infiammatoria, la grande regista non solo della risposta immunitaria, ma anche della risposta al dolore: è ormai riconosciuta come "orchestratrice" dell'infiammazione (9). Degranula più facilmente in determinate circostanze: per esempio, quando esista un danno meccanico, fisico, chimico o infettivo (batterico, virale o protozoiario), liberando il suo contenuto nei tessuti, in diverse zone del corpo. Molti sono gli stimoli che la attivano: neurogenici (NGF, CGRP, SP), immunogenici (citochine, complemento, IgE, IgA), compressivi traumatici (es: da intrappolamento), dismetabolici (es: stress ossidativi in corso di diabete e di invecchiamento), ormonali (estrogeni). A questo seguono i segni tipici dell'infiammazione con l'intervento di mediatori preformati: amine vasoattive, fattori di crescita, citochine e neurotrofine, mucopolisaccaridi e mediatori neoformati: derivati dell'acido arachidonico ed altre citochine. È accertato, tuttavia, che i mediatori mastocitari, se rilasciati in tempi appropriati e quantità adeguate, svolgono funzioni omeostatiche, se rilasciati invece in quantità eccessive, sono dannosi per i tessuti ed amplificano la risposta infiammatoria. Il mastocita, inoltre, è il responsabile della comorbidità cioè della contemporanea presenza di più patologie. Un esempio è dato dall'associa-

zione tra intolleranze alimentari, cefalea ed endometriosi.

Questa cellula produce, tra l'altro, NGF, in grado di far proliferare le terminazioni nervose del dolore. Quando si ha una stimolazione infiammatoria cronica, inevitabilmente, aumenta anche la vulnerabilità al dolore. Sul piano funzionale multisistemico il mastocita è in grado di influenzare la responsività neurovasale e di innescare la cascata iper-reattiva tissutale (10).

Nell'endometriosi, lo sfaldarsi delle cellule endometriali crea uno stato infiammatorio cronico che irrita il tessuto circostante all'isola endometriosa ed è poi responsabile della modificazione del quadro del dolore. Anche nell'endometriosi la degranolazione mastocitaria rappresenta un fenomeno dominante (11). Il sistema immunitario infatti interconnette organi molto diversi e ciò fa sì che quando il sistema è in allarme, vadano in

allarme molti organi. Di particolare interesse è l'interazione tra mastocita e nervo, spesso di tipo sinaptico, che evidentemente giustifica il colloquio bidirezionale, intenso e "velocissimo", tra questi due fondamentali stipi cellulari. Tanto più che recentemente è stato dimostrato che lo stato psichico non solo può influenzare la percezione del dolore, ma addirittura può aumentare i segnali che causano lesioni delle terminazioni nervose in periferia: si è infatti visto che, ad esempio, quando una persona è sotto stress, il cervello invia segnali di degranolazione del mastocita, perché aumentano le sue emozioni, che viaggiano per via retrograda lungo le fibre nervose sensoriali, peggiorando lo stato infiammatorio nell'organo malato. Si innescano così quel circolo vizioso che porta ad amplificare il dolore.

Esiste un sintomo più caratterizzante la malattia che non sia il dolore?

## Bibliografia

1. GIORGINO FL. *Il ruolo del ginecologo extraospedaliero nella diagnosi e nella terapia del dolore cronico della donna*. In Fondazione Alessandra Graziottin per la cura del dolore nella donna – onlus. 09/09/08 [www.fondazionegraziottin.org/it](http://www.fondazionegraziottin.org/it)
2. GRIMALDI E, GUASCHINO S. *Dismenorrea*, EDIMES, Pavia, 2002
3. Graziottin A. *La percezione del dolore pelvico cronico nella donna: fattori predittivi e implicazioni cliniche*. Urologia, vol. 75, n. 2, 2008, p. 67-74
4. European Association of Urology "Guideline on Chronic Pelvic Pain" – February 2003
5. TU FF. *Un approfondito approccio al dolore pelvico*. GiornI t Ost.Gin. 2007;29:107-13
6. GRAZIOTTIN A, GIOVANNINI N. *Dolore pelvico nelle adolescenti*. In "Il Pediatra tra Famiglia, Protocolli e Linee Guida" ElKebir (Tunisia), 11-18 luglio, 2008
7. DEL PUP L. *La gestione del dolore pelvico nella donna*. Medicinae Doctor - Anno XV numero 4 - 13 febbraio 2008
8. SHARPE P, SMITH G. *Cannabis: time for scientific evaluation of this ancient remedy?* Anesth Analg 2000; 90: 237-40.
9. KINET JP. *The essential role of mast cells in orchestrating inflammation* – Immunological Reviews 2007, vol.217: 5-7
10. ANGLANA F. "Trattato di Patologia Vulvare" Vol 1° - SEE Ed. 2004, Firenze
11. SUGAMATA M. *Increase of activated Mast Cells in Human Endometriosis*. Am J Reprod Immunol 2005;53:120-125

## Iperandrogenismo e terapia estro-progestinica

S. LELLO

L'iperandrogenismo (HyperAndrogenism, HA) nella donna può essere di origine ovarica, surrenalica o mista. La forma più comune di HA è senza dubbio rappresentata dalla Sindrome dell'Ovaio Policistico (*Polycystic Ovarian Syndrome, PCOS*). Nel 2003, la *Consensus Conference on Diagnostic Criteria for PCOS* di Rotterdam (1) ha stabilito che, per porre diagnosi di PCOS, debbono essere presenti due delle tre seguenti caratteristiche:

- 1) oligo- e/o anovulazione;
- 2) segni clinici e/o biochimici di iperandrogenismo;
- 3) reperto di ovaie policistiche (ecografia).

Come si può notare, oltre ad essere considerato come criterio fondamentale il reperto di ovaio policistico all'esame ecografico, un ruolo fondamentale viene riservato ai segni clinici di HA. In effetti, clinicamente, le manifestazioni di HA appaiono essere importanti non solamente per porre diagnosi, ma anche per il grande impatto che possono avere sulla qualità della vita delle donne affette (2, 3). Seborrea, acne, irsutismo, alopecia androgenetica sono i segni clinici presenti in seguito all'aumento della quantità e della attività degli androgeni nell'organismo femminile (4). Gli androgeni maggiormente implicati nelle differenti forme di HA sono il Testosterone (T), l'Androstenedione (A) ed il Deidroepiandrosterone solfato (DHEAS), ma nella fisiopatologia degli stati iperandrogenici un ruolo fondamentale viene recitato dalla Sex Hormone Binding Globulin (SHBG), una proteina sintetizzata a livello del fegato che lega il T rendendolo biologicamente inattivo. È utile ricordare che, nella donne con quadro ormonale normale, il T nel sangue è legato per l'80% del suo totale alla SHBG, per il 19% all'albu-

mina e per l'1% è libero (Free Testosterone, FT)

L'uso degli estroprogestinici (EPs) nell'ambito del trattamento dell'HA è basato sulla proprietà di queste associazioni di esercitare una riduzione, attraverso una inibizione dei livelli di LH, della sintesi degli androgeni di origine ovarica (ma anche, seppure in minor misura, surrenalica), ed un aumento importante, pure se variabile in base alla composizione farmacologica della associazione EP considerata, della produzione epatica di SHBG, con conseguente riduzione dei livelli di FT e del Free Androgen Index (FAI). Inoltre, gli EP possono esercitare una inibizione sulla attività della 5-alfa-reduttasi, enzima che trasforma perifericamente il T nella sua forma attiva diidrotosterone (DHT) e possono bloccare il recettore androgenico (Androgen Receptor, AR) a livello cutaneo. È evidente come tali proprietà vengano esercitate in modo differente in base alla composizione farmacologica delle diverse associazioni EP. Infatti, EP contenenti progestinici con attività antiandrogenica, come, in ordine decrescente di potenza (5, 6), Ciproterone Acetato (CPA), Dienogest (DNG), Drospirenone (DRSP), o Clormadinone Acetato (CMA), possono avere effetti terapeutici maggiori di EPs senza proprietà spiccatamente antiandrogeniche, pur se tutti gli EPs risultano, globalmente, antiandrogenici anche se in diverso grado.

Tali differenze di attività antiandrogenica tra le varie associazioni EP costituiscono la base per attuare un intervento di diversa potenza in base al quadro clinico che si viene ad affrontare. Quindi, nel caso di seborrea isolata, sarà sufficiente utilizzare un EP con un progestinico dotato di bassa, o meglio assente attività residua di tipo androgenico, mentre nei casi a maggior impegno clinico, cioè in caso di seborrea con acne e/o aumento di peluria, sarà più opportuno orientarsi verso un EP contenente un progestinico che presenti attività antiandrogenica.

Nell'ambito degli EPs contenenti un progestinico antiandrogenico, attualmente, in Italia, sono presenti formulazioni contenenti CPA, DRSP e CMA.

Nel 2002 van Vloten et al. (7) hanno dimostrato

una sovrapponibilità negli effetti tra due formulazioni contenenti etinil-estradiolo (EE) 35 mcg+CPA 2 mg ed EE 30 mcg+DRSP 3 mg per ciò che riguarda il trattamento dell'acne e le variazioni dei parametri ormonali androgeni e della SHBG. In tal senso, è importante considerare come, in questo studio, il DRSP mostri una attività antiandrogenica a livello clinico ed ormonale sovrapponibile a quella del CPA, che resta il punto di riferimento tra i progestinici antiandrogenici.

Per ciò che concerne i due composti contenenti rispettivamente EE 30 mcg+DRSP 3 mg ed EE30 mcg+CMA 2 mg, uno studio (8) che ha indagato gli effetti di queste due formulazioni dal punto di vista ormonale e cutaneo in pazienti iperandrogeniche studiate con criteri di valutazione clinica (score dell'acne e

score di Ferryman e Gallwey per l'aumento di peluria) e di diagnostica non invasiva a livello dermatologico (es., Sebumeter®, Visioscan®) ha mostrato, globalmente, un effetto più rapido nel tempo e più marcato del DRSP rispetto al CMA nel migliorare seborrea, acne, aumento di peluria e parametri di qualità cutanea come Corneometria (idratazione cutanea) e *Trans-Epidermal Water Loss* (TEWL, evaporazione cutanea), così come sul quadro ormonale.

In conclusione, la terapia dell'iperandrogenismo si avvale delle formulazioni estro progestiniche, le quali risultano tutte, generalmente, in grado di ridurre la produzione e la attività degli androgeni. Quadri a maggior impegno clinico necessitano di EPs contenenti un progestinico con attività antiandrogenica.

## Bibliografia

1. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril*, 81: 19-25, 2004.
2. ELSENBURCH S, HAHN S, KOWALSKY D, et al. *Quality of life, psychosocial well-being, and sexual satisfaction in women with polycystic ovary syndrome*. *J Clin Endocrinol Metab*, 2003, 88: 5801-5807.
3. HAHN S, JANSSEN OE, TAN S, et al. *Clinical and Psychological correlates of quality-of-life in polycystic ovary syndrome*. *Eur J Endocrinol*, 2005, 153: 853-860.
4. LEE AT & ZANE LT. *Dermatologic manifestations of polycystic ovary syndrome*. *Am J Clin Dermatol*, 2007, 8(4): 201-219.
5. SCHNEIDER HPG. *Androgens and Antiandrogens*. *Ann NY Acad Sci*, 997: 292-306, 2003.
6. SITRUK-WARE R. *New progestagens for contraceptive use*. *Hum Reprod*, 12(2): 169-178, 2006.
7. van VLOTEN WA, van HASELEN CW, van ZUUREN EJ, et al. *The Effect of 2 Combined Oral Contraceptive containing either Drospirenone or Cyproterone Acetate on Acne and Seborrhea*. *Cutis*, 69:2-15, 2002.
8. LELLO S, PRIMAVERA G, COLONNA L, et al. *Effects of two estroprogestins containing ethynilestradiol 30 mcg and drospirenone 3 mg and ethynilestradiol 30 mcg and chlormadinone 2 mg on skin and hormonal hyperandrogenic manifestations*. *Gynecol Endocrinol*, in press.

## Benessere e immagine corporea nell'adolescenza: ruolo dello sport e della contraccezione

A. GRAZIOTTIN

La medicina di genere, anche nello sport, è agli inizi. È recente l'attenzione alle specificità che le caratteristiche endocrine e riproduttive della donna danno allo sport, e alla preparazione atletica, e a quanto la pratica agonistica possa agire sul corpo della donna. Pochissimi studi sono stati dedicati a quanto la contraccezione possa impattare sulla vita e sulla performance sportiva della donna e, di converso, a quanto l'essere sportiva condizioni la scelta contraccettiva e il benessere psicofisico.

### Obiettivo del lavoro

Fare il punto sul rapporto tra benessere, sport, immagine corporea e scelte contraccettive, con una prospettiva psicodinamica/motivazionale e biomedica.

### Materiali e metodi

Revisione della letteratura, utilizzando le parole chiave: sport, donna, adolescenza, immagine corporea, sessualità, dismenorrea, metrorragia, stili di vita, contraccezione, pillola contraccettiva, aborto, agonismo, performance atletica, triade dell'atleta, osteoporosi, disturbi del comportamento alimentare, amenorrea, e esperienza clinica dell'autrice.

### Risultati

Dalla ricerca sono emerse sei aree meritevoli di approfondimento:

a) l'impatto dello sport, agonistico o ludico, sulla

salute dipende dalla motivazione, conscia e inconscia, a praticarlo. Due sono le grandi dinamiche. Da un lato, le motivazioni "espressive", alleate del benessere e della crescita, sia della bambina, sia dell'adolescente: il fare sport le dà piacere e gioia, perché aiuta la piccola ad esprimere nel modo più sano e naturale le sue emozioni ("ogni emozione ha un correlato motorio" come ha dimostrato Jaak Panksepp), i suoi talenti, la sua intelligenza motoria ed emotiva, il suo gusto di vivere e vincere. In queste ragazze lo sport è alleato della salute e diventa uno stile di vita strutturato anche nell'età adulta. Le motivazioni "difensive" nascono invece da ansie, difficoltà e angosce che la bambina e l'adolescente non riescono ad esprimere a livello psichico e che vengono espresse a livello motorio. In questi casi è più frequente che la pratica sportiva acquisisca connotazioni ossessive e che la ragazza presenti un maggior rischio di esprimere la triade dell'atleta (a disturbi del comportamento alimentare con anoressia/bulimia, amenorrea/oligomenorrea, osteopenia/osteoporosi). In tal caso l'aiuto psicologico è essenziale per aiutare la ragazza a superare le sue problematiche inconscie e a vivere con equilibrio e in salute anche l'amore per lo sport;

b) l'effetto che la mancanza di attività fisica ha sul benessere psicofisico della ragazza. Dati recentissimi indicano che le adolescenti inattive hanno un rischio raddoppiato di depressione (OR=2.3), e di disturbi dell'attenzione, specie a scuola (OR=2.1), un rischio triplicato di disturbi psicosociali (OR=3.2), maggiori disturbi psicosomatici (OR=1.4) e maggior rischio di comportamenti fuori dalle regole o francamente antisociali (OR=1.8), rispetto alle coetanee fisicamente attive (Kantomaa et al., 2008). L'inattività aumenta anche il rischio di sovrappeso/obesità, sindrome metabolica e ipertensione (Fasting et al., 2008);

c) impatto dei problemi ginecologici sull'abbandono dello sport. Fino al 70% delle adolescenti tra i 14 e i 19 anni abbandona l'attività fisica, soprattutto per disagi legati al ciclo mestruale, al ciclo abbondante o prolungato, alla dismenorrea e/o alla sindrome premestruale, che interferiscono con gli allenamenti e il rendimento

agonistico. Rispetto all'abbandono dello sport, sono fattori protettivi la cultura e il reddito dei genitori (Kantomaa et al., 2007), probabilmente perché essi stessi hanno più probabilità di praticare sport, e perché consentono anche counseling e cure mediche adeguate, in caso di disturbi psicodinamici o legati al ciclo;

d) rapporto tra contraccezione e pratica sportiva. Le *pillole anticoncezionali possono allearsi alla performance sportiva*, anche ad alto livello, poiché favoriscono il controllo dei sintomi mestruali, riducono le fluttuazioni d'umore e permettono di "programmare" le mestruazioni per evitare che coincidano con una gara importante. Consentono all'atleta di vivere in piena serenità la propria intimità sessuale, senza rischi e senza angosce da contraccezione mancata. Non ultimo, dal punto di vista medico la *contraccezione ormonale contrasta le conseguenze negative sulla salute della triade dell'atleta* garantendo un miglior trofismo ormonale tessutale, cerebrale e osseo;

e) impatto dello sport sulla sessualità, le scelte contraccettive e l'immagine di sé. La "prima volta" delle sportive avviene mediamente più tardi rispetto alle coetanee. È più "scelta", e non subita. L'adolescente sportiva è più consapevole, usa con più probabilità la pillola e il preservativo; ha un numero più ridotto di partner e minore rischio di gravidanze indesiderate. È affettivamente più matura e sessualmente più responsabile rispetto a chi non pratica attività fisica. Chi pratica sport con regolarità ha più probabilità di avere stili di vita nettamente più sani, di non fumare, di non usare alcolici e droghe. La ragazza sportiva è significativamente meno depressa delle coetanea inattiva, possiede una migliore autostima, anche perché più abituata a mettersi alla prova e ad affrontare gli ostacoli: un allenamento a migliorare non solo l'intelligenza

motoria, ma soprattutto l'intelligenza emotiva e la capacità di autodisciplina. Non ultimo, la sportiva ha un'immagine corporea nettamente migliore rispetto alle coetanee che non fanno sport (Graziottin, 2009);

f) impatto della *contraccezione ormonale sulla performance sportiva*. I pochi studi, recentissimi, finora effettuati evidenziano effetti specifici solo sulla forza reattiva (*reactive strength*), mentre restano invariati i test dinamici di resistenza (*endurance*) (Rechichi et al, 2008), potere anabolizzante (*anabolic power*), l'abilità allo sprint ripetuto (*repeat sprint ability*) (Rechichi & Dawson 2007); è invariato anche lo sviluppo della forza nella atleta (Nichols et al., 2008). È un'area che necessita di ulteriori studi controllati.

## Conclusioni

Il ginecologo può essere un alleato prezioso della giovane donna anche dal punto di vista del rapporto tra sport e salute. Una scelta contraccettiva ottimale può aiutare la ragazza a continuare la pratica sportiva in piena salute psicofisica, con buona immagine corporea e indici psicosociali e metabolici nettamente più favorevoli rispetto alle adolescenti inattive. Questi vantaggi dovrebbero indurci ad appassionare allo sport, iniziando dalla scuola, anche le ragazze più povere e/o immigrate, che altrimenti hanno la massima probabilità di restare "fuori dal gioco", inattive ed emarginate, con una significativa amplificazione dei rischi psicosociali, oltre che legati alla salute. Maggiori studi sono necessari per approfondire le molteplici implicazioni della medicina di genere nello sport e il rapporto tra contraccezione ormonale, sport e performance agonistica.

## Bibliografia

1. FASTING MH et al. *Lifestyle related to blood pressure and body weight in adolescence: cross sectional data from the Young-hunt study, Norway*. BMC Public Health 8:11-7, 2008.
2. GRAZIOTTIN A. *Salute sessuale e riproduttiva: Sport, equilibrio ormonale e immagine del corpo*. In AAVV Atti del Convegno SIGO su Sport e salute della donna, Roma, 9 dicembre 2008, Intermedia Ed, Brescia, 2009 (in press).
3. KANTOMAA MT et al. *Emotional and behavioural problems in relations to physical activity in youth* Med Sci Sports Exerc 40 (10):1749-56, Oct. 2008.
4. KANTOMAA MT et al. *Adolescents physical activity in relation to family income and parent's education*. Prev.Med. 44 (5):410-5, May 2007.
5. NICHOLS et al, J *Strength Cond Res* Sept 2008.
6. RECHICHI & DAWSON. *Effect of oral contraceptive cycle phase on performance in team sport players*. Sci Med Sport 2007.
7. RECHICHI et al. *Oral contraceptive phase has no effect on endurance test*. Int J Sport Med Apr. 29 (4) 277-81, 2008.

## Una “generazione secondo natura” nelle visioni pre-sperimentali e nelle concezioni delle scienze biologiche

G. ARMOCIDA, G. S. RIGO

Non andiamo molto lontani dal vero se parliamo di una circolarità delle idee che pervasero l'empirismo e la teoria, la tecnica e la scienza, ruotando intorno alla questione centrale della capacità della donna di generare vite umane. Da un passato remoto ci arrivano immagini consolidate legate ai concetti della fertilità che presentano molti aspetti affini alle proposte del mondo scientifico a noi oggi più familiare, ma qui ci è offerta l'occasione per indagare le aperture critiche di un processo che ha conosciuto trasformazioni culturali, antropologiche e filosofiche, preparandosi ad accogliere gli aggiornamenti degli strumenti. Venendo a discutere della capacità generativa femminile, tralasciamo le note tensioni storiche conflittuali tra i concetti di “creazione” e di “generazione”, interessandoci piuttosto alla genealogia dell'uomo, iniziando proprio dagli albori della sua origine, ossia dal concepimento e forse anche da prima. Vale la pena precisare, almeno sul piano del linguaggio se non su quello della sostanza, che da un punto di vista etnologico non intendiamo entrare nel capitolo della storia femminile né in quello assai variegato della nascita, ma restiamo nell'intermezzo tra la donna ed il suo bambino, cadendo di volta in volta anche nella sfera magica, astrologica, alchemica o religiosa, pur concentrandoci prevalentemente sulle posizioni che la medicina ha assunto nelle varie epoche. Fatto salvo per l'insegnamento della scuola peripatetica e per le forti influenze del pensiero medico ippocratico, ci muoviamo verso l'era moderna, quando l'occhio e le mani del medico avevano preso conoscenza diretta dell'anatomia umana, in un faticoso contrasto tra quello che si vedeva e che si toccava con tutto ciò che invece discendeva da una antica e rispettabile sapienza per tradizione. Il nostro discorso,

allora, prende le mosse dall'acquisizione di una certa consapevolezza che è nella coppia, costituita dal maschio e dalla femmina, che avviene il concepimento, in un legame che fino a poco tempo fa sembrava indissolubile tra la sessualità e la procreazione. Se guardiamo all'affascinante mondo della mitologia, il suo immaginario ci porta a rivivere una contesa del potere generativo da parte dei due sessi, assistendo in un dato momento alla prevalenza di quello femminile, con la speciale generazione partenogenica, e in un altro alla autonoma supremazia del principio maschile, che si serviva della figura materna solo per le funzioni di accoglimento e di accrescimento. Quella lotta ambivalente sembra riproporsi nell'attualità delle tecniche finalizzate alla riproduzione che si caricano di quell'elemento divino capace di superare qualsiasi ostacolo materiale, prescindendo anche dalla situazione coniugale e dunque ridefinendo i capisaldi del tessuto sociale, attraverso un matrimonio sempre più fluido che si modella anche nella possibilità di scegliere un determinato comportamento riproduttivo piuttosto che un altro. Quasi a voler confermare il paradigma della “storia che si ripete”. Sappiamo che è una storia del tutto recente quella di un controllo personale o collettivo della riproduzione in un senso restrittivo, poiché la maggior parte degli sforzi passati sono stati naturalmente tesi verso un incremento della natalità, cercando di colmare i periodici ammanchi demografici dovuti alla variazione delle condizioni sociali ed economiche o al presentarsi di malattie in grado di cancellare intere generazioni. Se i termini “fertilità” e “fecondità” nel mondo femminile sono stati intercambiabili per un lungo tempo, non si può dire la stessa cosa sul versante maschile, dove qualche chiarimento sui rapporti tra la virilità e la fertilità, o al contrario la sterilità, è venuto dall'esperienza degli eunuchi. Mantenne comunque sempre un ruolo centrale l'immagine ingigantita degli organi genitali, soprattutto maschili ma anche femminili, a sostegno prima delle teorie seministe, che vedevano contrapporsi gli assertori di un doppio seme a quelli di un unico seme, e più tardi quelle degli sper-

misti contro gli ovisti, discordi fra loro ma d'accordo nel contrastare la teoria della generazione spontanea. In tutti i casi, erano le proiezioni antropomorfe dell'uomo a prevalere sulle osservazioni microscopiche consentite dai sistemi ottici del tempo, sfarinando le idee sulla genesi e pure sull'evoluzione dell'uomo di metà Ottocento prima ancora di conoscerne i contenuti. L'archeologia non ha ancora smesso di riportare alla luce le testimonianze di culti che rivelano i lenti passaggi della psicologia dell'uomo, che dalle storie delle divinità trasse gli spunti per mischiare quelle degli animali e degli uomini, tessendo trame di incesti e di devianze sessuali. Molte specie animali, poi, si prestarono bene agli esperimenti dei naturalisti e le dimostrazioni di una, per certi versi miracolosa, capacità rigeneratrice lacerò ancora di più la già fragile unità del concetto di generazione. Nell'avvicinarsi di queste differenti posizioni si annidava l'embrione di quei pensieri che avrebbero portato nel secolo XIX ad un ragionamento convincente sul piano scientifico e rassicificante con le dottrine dei Padri, distendendo per quanto possibile i rapporti tra fede scientifica e fede religiosa. Anzi, una vera e propria congiunzione di intenti è ricordata da due esempi di sacerdoti cattolici che non disdegnarono affatto gli studi biologici per stabilire regole sufficientemente affidabili che consentissero alla donna di gestire la propria fertilità all'interno del sacramento del matrimonio, come Wilhelm Hillebrand (1892-1959), indagatore del metodo legato alla variazione della temperatura, e in un tempo successivo Jan Mucharski, che combinava il precedente con quello della registrazione dei sintomi da parte della donna, sottolineando il valore delle mutevoli caratteristiche del muco cervicale. Comunque, il processo storico di questo tema mostra come, al di là della valenza delle prove scientifiche, ideologie diverse abbiano saputo dialogare tra loro, confrontando e adattando la propria struttura all'ordine delle società via via costituito, per fondare il senso civile del momento e contribuire al progresso, anche legislativo, della componente femminile nei rapporti morali e pure fisici con la parte tradizionalmente dominante nell'ambiente domestico e più in generale nella vita comune.

Il problema della fertilità o della sterilità femminile è stato un laboratorio di ricerca sperimentale senza tempo. Le implicazioni reciproche tra gli esercizi pratici condotti dagli uomini di scienza e le riflessioni speculative e dialettiche dei filosofi autorizzano a considerare anche le tappe a mezze tinte che hanno lasciato una traccia, magari sbiadita dal tempo, lungo il processo di acquisizione delle certezze che oggi dominano in questa dimensione il panorama medico. La scienza

e la tecnica trovarono sin dal principio un certo equilibrio, soprattutto nel campo delle scienze della vita, ma l'intrinseca coerenza dei fatti del passato non serve oggi a spostare le frontiere delle questioni bioetiche bensì può stimolare un confronto tra le motivazioni antiche e quelle attuali. Infatti, le motivazioni pratiche fiancheggiarono sempre quelle teoriche, in una speciale coesistenza che si arricchiva anche degli apporti provenienti dal largo impianto delle credenze popolari. Se il sapere tradizionale ha resistito con straordinaria tenacia all'avanzare delle scienze biologiche, contando tuttora sulle simpatie di strati non marginali della popolazione, bisogna riconoscere che le teorie vincolate ai concetti umorali del fuoco (uomo) e dell'acqua (donna), non dimostrabili ma proprio per questo neppure facilmente scardinabili, hanno custodito i grandi di quella sapienza che era in grado di spiegare la trasmissione di particolari caratteri, fisici e psichici, lungo la linea materna o paterna, agevolando pure l'ingresso verso una farmacoterapia capace di preparare dei "pessari", nel senso di preparati medicamentosi, diversi a seconda del bisogno. Proprio da qui ci si dovrebbe inoltrare in alcune delle dimensioni cruciali, ma poliedriche di questo discorso, ma è pur doveroso rientrare nelle fasi conclusive imposte oggi dai tempi e dagli spazi a disposizione, limitandoci a chiedere cosa delle vecchie idee ha più nutrito le concezioni dell'uomo moderno e che cosa invece le ha zavorrate.

La clinica si è inserita con efficacia nelle questioni sulla infertilità e sulla sterilità della coppia solo a partire dalla metà del secolo scorso, quando la conoscenza degli ormoni ed i loro dosaggi specifici hanno aperto prospettive moderne, potendo anche avvalersi di una chirurgia, immunologia e biochimica che non aveva ancora avuto pari. Ma tutte le tecniche a disposizione non possono non fare i conti con il corpo delle donne, con lo spirito delle madri, le dinamiche della società ed i modelli di famiglia. Pare che non si sia ancora trovato un compromesso condivisibile tra la volontà di perfezionare la natura dell'uomo e l'intento di snaturare qualcosa che non potrà mai essere perfetto. Nonostante la fluidità dell'esistenza moderna, nel nostro sistema di valori occupa ancora uno dei primi posti ragguardevole il vincolo di sangue; a che cosa si riduce il vincolo di sangue di fronte alla riproduzione biologica? Quali sono i nuovi significati di maternità e di paternità? Ci rendiamo perfettamente conto che il nostro parlare ci ha portati ben oltre i confini tracciati dal titolo scelto per questa occasione, ma il lettore da parte sua saprà comprendere la difficoltà nel rispettare confini evanescenti in un peregrinare di idee dentro e fuori dagli orizzonti consueti.



## **Bibliografia**

1. CASTELLANI C. *La storia delle generazioni. Idee e teorie dal diciassettesimo al diciottesimo secolo*, Longanesi, Milano 1965.
  2. J. ROETZER J. *Breve storia della regolazione della fertilità*, relazione tenuta a Milano il 9 dicembre 1988 nell'ambito del convegno "Certezze e dubbi nella Regolazione Naturale della Fertilità oggi".
  3. AA.VV, *Concepire generare nascere*, "Storia delle Donne", 2005, n. 1, pp. 13-185.
  4. DE SANTIS D. *Breve storia delle prime fecondazioni artificiali ad opera dell'Abate Lazzaro Spallanzani*, "Accademia Nazionale di Scienze Lettere ed Arti di Modena", 2007, VIII, X, pp. 5-55.
- 

© CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI

## Il rapporto medico-paziente nella PMA

F.M. FUSI

“Il malato, ogni malato, ha il diritto alla cura, non alla guarigione, quella è nelle mani di Dio”. Questa frase, pronunciata da Giovanni Paolo II riassume con molta semplicità il paradigma della Medicina. Il medico ha il dovere di curare con tutte le sue capacità e al meglio delle conoscenze scientifiche il malato, in modo da favorirne la guarigione. Ma il malato non può avere la pretesa della guarigione a prescindere, incolpando il medico se questo non avviene. Nella medicina di oggi, da parte del medico e del paziente, non sempre questo concetto è chiaro. Se poi una legge dello Stato impedisce l’ottimizzazione delle cure, la relazione medico-paziente diventa ancora più complicata.

Nel comune rapporto medico-paziente la relazione è tra due soggetti e la malattia. Nella cura della infertilità invece, il rapporto è tra medico e due pazienti, tra paziente e paziente (marito e moglie) e tra questi tre soggetti e un quarto soggetto, l’embrione, mezzo e fine della cura. Quindi l’interazione è molto più intricata di quanto non sia comune in Medicina. Il medico che comincia ad interagire con la coppia infertile ha di fronte a sé due persone sane, che vengono frustrate in un loro bisogno istintivo, quello di avere un figlio nel momento in cui desiderano averlo. Vengono cioè frustrati nella loro necessità di “programmazione”, nel senso di possesso della propria vita e del proprio futuro. La prima reazione a questa frustrazione è il grave senso di perdita, nel quale il medico viene inserito per dare risposte e come taumaturgo per risolvere la situazione. A questo segue il senso di colpa, che secondo Becker è enfatizzata dalla diagnosi della causa di infertilità, e a volte la rabbia verso se o verso il partner. Il medico si trova nella difficile situazione di spiegare i

motivi di un fallimento in maniera chiara e non ambigua, al fine di evitare ulteriori complicazioni del vissuto dei pazienti, ma interpretando la dinamica della relazione di coppia, vero vaso di cocchio della situazione. Il senso di colpa, la rabbia nei confronti del partner o il rifiuto della evidenza sono le più comuni reazioni contro cui il medico che si occupa di infertilità, e che non è uno psicologo e spesso non ne ha neppure l’attitudine, si trova a dover interagire. Quindi i due rischi opposti che corre il medico che si occupa di infertilità sono quelli della eccessiva familiarizzazione della relazione, oppure quello del distacco cinico. Questa seconda modalità comportamentale è enfatizzata soprattutto dalle implicazioni economiche, che spingono a “vendere” un prodotto, come la fecondazione assistita, facendo ricadere le responsabilità del fallimento sulla coppia. Frasi come “cosa vuole, con ovociti come questi...”, “noi facciamo il possibile, ma gli embrioni sono proprio brutti”, sono comuni e rendono ancora più ambiguo l’approccio della coppia al trattamento. L’ultimo film di Aldo Giovanni e Giacomo, *Il cosmo sul comò*, enfatizza con dura crudeltà l’atteggiamento cinico della dottoressa “male, male, male...poche, poche, poche...”. L’atteggiamento opposto, cioè l’eccessivo familiarizzare e immedesimarsi nel paziente, è altrettanto deleterio, perché porta a situazioni nelle quali si può parlare di accanimento terapeutico, con coppie che eseguono tentativi nonostante possibilità irrisorie, e la perdita di anni di tempo inseguendo un miracolo.

La relazione medico-paziente in Italia è resa ancora più complicata dalla Legge 40/2004. Questa legge rappresenta un esempio unico al mondo di rinuncia consapevole alla ottimizzazione della cura al fine della tutela di una entità, l’embrione, che per una parte consistente della società ha lo stesso diritto dell’individuo. Non dimentichiamo che questa legge, così come è, è stata voluta dalla maggioranza del parlamento, e avallata da un referendum, pertanto scelta con la volontà o il tacito assenso della maggioranza degli italiani. Per cui la coppia affetta da sterilità in Italia “paga” in termini di riduzione delle possibilità di successo, e in ter-

mini di maggiore aggressività delle cure, le scelte etico-morali del legislatore. Il medico della PMA ha quindi una ulteriore difficoltà nella interazione con il paziente, cioè quella di spiegare che il suo diritto alla migliore cura è monco, che il medico può dare la migliore cura a sua disposizione, ma questa non è la migliore cura.

Nella relazione medico-paziente nell'ambito della infertilità un ruolo molto importante viene oggi svolto dai media, dai mezzi di informazione e, soprattutto, da internet. La quasi totalità dei pazienti oggi passa una parte consistente del proprio tempo su internet, alla ricerca di risposte alle proprie domande, quelle risposte che il medico non dà. Le informazioni raccolte in questo modo sono spesso distorte, o parziali, e soprattutto nascondono la realtà delle reali possibilità di successo. Questo non necessariamente per dolo, ma in quanto è molto più facile pubblicare dati positivi che non negativi, così come avviene anche nelle pubblicazioni scientifiche. Sicuramente il paziente diventa molto più aggressivo, pretende il successo, dimentica che esiste il diritto alla cura, non alla guarigione. E cambia: uno dei fenomeni più comuni è la migrazione da un centro all'altro, da un medico all'altro, con un senso di frustrazione crescente. "Nessuno ha capito come devo essere curata", è una frase che spesso si sente in corso di consultazione, o si legge sui forum dei siti dedicati. In nessuna altra branca della medicina c'è una percentuale così alta di spostamento dei pazienti come nella cura della infertilità.

Da una analisi dei "questionari di gradimento" che vengono distribuiti alle coppie al momento del ricove-

Quale è la causa più comune di drop-out dal trattamento PMA

- 1) Stress
- 2) Delusione da fallimento
- 3) Motivazioni mediche
- 4) **Insoddisfazione delle risposte date dal Centro**

Quali comportamenti sono errati da parte del medico:

- 1) Empatia e chiarezza
- 2) Comprensione e scientificità
- 3) **Familiarizzare e immedesimarsi nel paziente**
- 4) Razionalità di valutazione, anche se spiacevole

ro in day surgery presso il nostro centro, si evince che una delle lamentele più frequenti è rappresentata dalla sensazione di essere un numero, della spersonalizzazione del trattamento. Questo è un rischio molto importante soprattutto nei centri che fanno grandi numeri. È difficile spiegare alle coppie che non è possibile avere sempre la stessa persona per i monitoraggi o per le varie prestazioni, mentre un'altra cosa è avere un punto di riferimento, un medico che si occupi di supervisionare la loro situazione. Ma uno dei compiti più importanti del medico è proprio quello di offrirsi come punto di riferimento, inserendo comunque la coppia nel lavoro di équipe.

Empatia, razionalità, correttezza, scientificità, chiarezza, comprensione. Senza queste caratteristiche non si costruisce un rapporto medico-paziente nella cura della infertilità.

## Bibliografia

1. LALOS A et al. *Depression, guilt and isolation among infertile women and their partners.* J Psychosom Obstet Gin 1986; n. 5, pp. 197-206.
2. ODDENS BJORN J. *Infertility and Psychological distress. A sense of loss.* Organon's Magazine on Women & Health pp. 37-40.
3. CODISPOTI O, VALLI D. *Research on physician-patient relations in a Center for Artificial Insemination.* Minerva Ginecol. 1999 Mar;51(3):67-75.
4. BECKER G, NACHTIGALL RD. *Ambiguous responsibility in the doctor-patient relationship: the case of infertility.* Soc Sci Med. 1991;32(8):875-85 .

## Il rapporto medico-paziente nella PMA

A. MATTEI

Il concetto di empatia, dal greco *empathia* (passione) fu sviluppato dapprima in ambito estetico (riferendosi all'emozione provata davanti ad un'opera d'arte) e successivamente venne mutuato nella sfera filosofica. La filosofia in un certo senso ha fatto da ponte tra estetica e psicologia.

Edith Stein pose rilievo alla connotazione dell'empatia quale momento di ricerca della verità, non limitandosi a definirla un'esperienza di condivisione con l'altro, una immedesimazione nell'altro.

Immedesimazione da non confondersi con "identificazione" perché non vi sarebbe empatia nella fusione di due io, condizione emotivamente insostenibile.

Empatia quindi come esperienza dell'altro, ponte verso l'altro e anche verso il mondo.

*"Il presupposto di una interazione efficace e non disturbata è che ciascuna parte si accorga del punto di vista dell'altra"* sosteneva Paul Watzlawick in "Pragmatica della comunicazione umana".

Bisogna essere sufficientemente calmi e disposti all'ascolto per decodificare il contenuto della comunicazione nei sentimenti e nelle emozioni corrispondenti: sentire la gioia, la tristezza, l'ira, la paura, il turbamento dell'altro, senza aggiungervi la nostra paura, il nostro turbamento. La comunicazione empatica è la forma di comunicazione "non violenta" per eccellenza, da cui è escluso il giudizio, ma anche il consiglio e l'interpretazione. Forma il nucleo di comunità solidali, perché nel momento stesso in cui agisce da "riconoscimento" dell'individualità di un'altra persona (sei importante per me, ho stima di te e riconosco, rispetto e condivido il tuo sentimento), accorcia le distanze tra noi e gli altri.

L'esperienza empatica si delinea come fenomeno in progressione da una fase di "emozione dell'incontro" a

quella dell'"immaginare e comprendere" fino alla trasformazione di sé.

L'empatia è suddivisa in quattro componenti:

EMOTIVA	} appartengono alle capacità del medico ed alle sue motivazioni nel raccogliere le esperienze emotive altrui
MORALE	
COGNITIVA	comprensione precisa dello stato emotivo del paziente
COMPORMENTALE	restituzione al paziente di quanto si è capito, in modo che il paziente si senta compreso

Per Sigmund Freud l'empatia non aveva un ruolo terapeutico ma era solo strumento ai fini interpretativi.

Fu Heinz Kohut, teorico della psicologia del sé a ritenere l'empatia (immersione empatica) un fattore terapeutico.

Negli ultimi anni si sono aperte prospettive negli studi di neurobiologia: l'esperienza empatica attiverebbe determinati circuiti neuronali con variazioni a livello dei peptidi oppioidi, del sistema monoaminergico e gabaergico. Il processo empatico attiverebbe dunque risorse neuroendocrine ed immunitarie agendo sull'espressione genica tramite processi di sintesi proteica.

Le persone possono essere empatiche indipendentemente dal proprio curriculum di studi. Essere empatici ha a che fare con la propria storia ed evoluzione.

Esistono persone empatiche e altre che lo sono meno.

Gli studi sull'origine evolutiva dell'empatia dimostrano come i delfini, gli elefanti, i canidi e la maggior parte dei primati rispondono alla sofferenza degli altri, in particolare al dolore provato da un animale con il quale hanno instaurato un legame di attaccamento.

Gli esperimenti effettuati recentemente alla McGill University sono significativi: due topi venivano collo-

cati all'interno di tubi di plastica trasparente, in modo da potersi osservare a vicenda, e sottoposti ad un trattamento (iniezione di acido acetico) che ne provocava il contorcimento.

Il primo topo si contorceva di più, cioè manifestava un'intensificazione della propria esperienza, se anche l'altro si stava contorcendo. Cosa succedeva ai topolini?

Semplice, erano stati in precedenza compagni di gabbia.

La medicina attuale purtroppo ha assunto una forma tecnologica e manageriale, il cui scopo è diagnosticare ed eliminare la malattia impiegando le minori risorse possibili. È una medicina centrata sul sintomo e la stessa attività del medico è spesso regolata da esigenze di tipo manageriale. Così spuntano linee guida, percorsi diagnostico-terapeutici, regole prescrittive e così via. Di per sé questi aspetti non vanno considerati negativi in termini assoluti, ma diventano tali quando la soggettività del malato viene sistematicamente offuscata.

Al più viene concesso un minimo spazio all'effetto placebo, che molti ritengono addirittura un'interferenza mentre è, al contrario, un preciso effetto psico-neuroendocrino. Alcuni paradossi attuali dimostrano il tentativo, da parte dei pazienti, di esprimere la propria soggettività: nei confronti di una medicina tecnologica che, ipoteticamente, dovrebbe essere quasi infallibile, proliferano le accuse contro i medici per episodi cosiddetti di "malasanità", spesso anche in assenza di una reale colpa professionale.

La categoria medica vive un momento conflittuale, pressata da un lato da spinte politico-economiche e dall'altro dalla consapevolezza che l'atto medico si sta depauperando del significato originario di missione, emblematicamente riassunto nel giuramento Ippocratico.

Se la medicina vive questo momento critico la causa è da ricercare nell'opera di scissione mente/corpo che il paradigma biologico-molecolare ha introdotto nella pratica clinica. La mente diviene terreno della psicologia e il corpo della medicina. Tale scissione ha ingenerato una specie di rincorsa alle specializzazioni, alle microspecializzazioni (oggi nell'ambito di una specialità medica c'è chi si occupa solo di un organo) che hanno portato alla frammentazione dei pazienti.

La realtà della Persona è l'insieme di corpo, mente e spirito (spirito inteso quale domanda di significato). Quando ci si ammala non si è colpiti solo nel corpo ma anche le altre componenti sono coinvolte nel processo patologico. Che lo spirito attivi determinate dinamiche è un dato oggettivo: molti malati davanti ad una diagnosi di gravità si pongono la domanda "perché proprio a me?".

L'empatia allora viene ad assumere un ruolo centrale nel rapporto medico-paziente: diviene veicolo di ciò che definiamo alleanza terapeutica e base della fi-

ducia reciproca. I nostri pazienti non chiedono solo professionalità ma quella dose di umanità che fa sì che si sentano considerati non oggetti di studio e ricettori di farmaci ma Persone con la propria dignità

Un brano tratto dal testo di R. Laing l'io diviso riassume in modo chiaro e sintetico cosa possa provare un paziente oggettivato:

*"È il più terrificante dei sentimenti rendersi conto che il medico non sa vedere la tua realtà, che non sa capire quello che senti, e che sta andando avanti semplicemente di testa sua. Cominciavo a sentire di essere invisibile e forse di non esserci nemmeno".*

Gli ostacoli alla comunicazione che più sovente chiamano in causa il medico sono principalmente due. Da un lato vi è la sua ridotta capacità di utilizzare una comunicazione a due vie, cioè la capacità di ascoltare i bisogni dell'altro e di consentire al paziente e ai familiari di fare domande e di esprimere i propri sentimenti. Dall'altro lato vi è scarsa consapevolezza degli aspetti non verbali della comunicazione che permettono di rilevare e decifrare lo stato d'animo del paziente o dei suoi familiari e favoriscono una comunicazione empatica in cui le emozioni possono esprimersi liberamente ed essere accolte nella relazione. Infatti la posizione del corpo, i gesti, il tono della voce, le espressioni del viso possono veicolare messaggi diversi da quelli verbali e, se sono incongruenti, possono aumentare il rischio di fraintendimento. Se invece vengono usati correttamente possono veicolare la comunicazione in modo efficacissimo.

Le ricerche mettono in luce che la comunicazione medico-paziente è spesso insoddisfacente e frustrante per entrambi, sia sul piano verbale che su quello non verbale.

La mancanza di comunicazione in effetti va a discapito di entrambi i soggetti dell'interazione a scopo sanitario.

Quando si tratta di salute, il paziente vive spesso il responso con ansia, paura e preoccupazione; per cui, trovarsi di fronte qualcuno che sembra non capirlo o non cogliere le sue esigenze emotive, rende il consulto un'esperienza molto frustrante

In effetti, un gran numero di indagini dimostrano che la sensibilità del medico nei confronti del linguaggio del corpo dell'assistito si traduce in una relazione più positiva con quest'ultimo e rende il primo più apprezzato e stimato.

Molti studi hanno messo in luce che i pazienti considerano la capacità di comunicare come una delle prime qualità che un medico dovrebbe possedere. Anche un dialogo più profondo e aperto va a vantaggio di questo rapporto e dell'efficacia della cura: se i pazienti sono informati e coinvolti nelle decisioni riguardo ai provvedimenti da prendere, si rivelano più aderenti alle prescrizioni e più collaborativi; inoltre accettano più di buon grado l'idea di abbandonare abi-

tudini dannose come il fumo, il bere e di assumere condotte di vita più salutari (fare regolare esercizio fisico, limitarsi nella dieta, ecc.).

Questi e molti altri studi mettono quindi in evidenza come sia importante nella professione medica l'acquisizione di una maggior capacità empatica.

Per altro, la maggior parte delle ricerche sulla relazione medico-paziente punta il dito sul fatto che questo aspetto, non solo viene giudicato inadeguato dagli assistiti, ma riceve dagli stessi specialisti ben poca attenzione.

Per comprendere quali siano i capisaldi di un'interazione soddisfacente in ambito sanitario, gli studiosi Rainer Bec, Rebecca Daughtridge e Philip Stoane hanno spulciato un trentennio di letteratura sul tema, traendone delle interessanti conclusioni.

I tre psicologi, hanno distinto due piani del rapporto: quello verbale e quello non verbale.

Gli esiti della loro ricerca hanno fatto emergere che esistono atteggiamenti verbali che incidono favorevolmente sul rapporto clinico altri che esercitano un ruolo negativo.

Sul versante del linguaggio del corpo molti comportamenti sono apparsi rilevanti; alcuni dei quali rendono la relazione più appagante, altri provocano invece insofferenza e delusione.

Cominciando dal dialogo, conta molto il fatto che il medico stia ad ascoltare ciò di cui il paziente si lamenta e dia segno di aver compreso a fondo il problema; inoltre, è molto importante che incoraggi il paziente a fare domande, ad esprimere i propri dubbi ed a rivelare le proprie paure.

L'ascolto "attivo" da parte del medico è già di per se la base della relazione empatica "medico-paziente", poiché richiede l'offerta di una disponibilità a sentire, conoscere, capire e condividere la realtà del paziente stesso.

Tate (1997) ha individuato alcune condizioni molto frequenti in ambito medico in presenza delle quali è più probabile che la consultazione sia difficile, e fra queste, molte sono riconducibili alla presenza di ostacoli all'ascolto attivo

- Quando si è di fretta;
- Quando si viene interrotti;
- Quando si parte col piede sbagliato;
- Quando si riceve più di una persona per volta (madre e bambino, marito e moglie...);
- Quando si tratta di un paziente difficile;
- Quando ci sono oggettivi ostacoli alla comunicazione (lingue diverse, sordità...);
- Quando non si riescono a trovare i reali motivi per cui il paziente si fa visitare.

Allo stesso modo i problemi e la patologia del paziente non si esprimono soltanto nella descrizione oggettiva che egli ne dà, ma si manifestano anche nel suo

comportamento relazionale: così l'espressione facciale di determinate emozioni, altri segnali non verbali, (es: gesti) e la descrizione di sensazioni soggettive di malessere possono essere degli strumenti di comunicazione diretti ad ottenere certe modalità di rapporto dal medico e dagli altri predatori sanitari. Diviene, quindi, rilevante realizzare un rapporto che permetta tanto ai pazienti quanto agli operatori sanitari di interagire in maniera soddisfacente.

Da ciò si comprende la necessità che questi ultimi sappiano utilizzare i propri strumenti comunicativo-espressivi e sappiano porsi in modo equilibrato nel rapporto con i pazienti.

Ancor più rilevanza acquista il rapporto medico-paziente e la sua conseguente valenza empatica quando si devono affrontare problemi quali quello della sterilità di coppia, soprattutto nei casi di ripetuti insuccessi dopo applicazione di tecniche di PMA.

La qualità del rapporto con il medico da cui si è seguiti durante i percorsi di PMA è un elemento molto importante per vivere i trattamenti in modo più sereno: è fondamentale infatti che, per quanto possibile, si instauri una specie di "gioco di squadra" e di alleanza terapeutica fra medico e paziente che permetta anche di alleviare, a mezzo di un corretto approccio empatico, la tensione e le grandi aspettative troppo spesso logorate da ripetuti insuccessi.

Non sempre è facile realizzare tale rapporto di fiducia e di alleanza fra medico e paziente:

*"Per migliorare il rapporto con il medico che mi sta seguendo ora nel percorso di riproduzione assistita, l'ideale sarebbe che io provi a fidarmi di più. Quando però vedo che si contraddice o si dimentica quello che aveva detto la volta precedente, mi cadono le braccia"*. (Forum PMA)

Difficile per il medico esercitare un corretto rapporto empatico senza farsi coinvolgere personalmente, difficile conservare la propria integrità emotiva, difficile accettare l'insuccesso delle proprie azioni, difficile per il medico non colpevolizzare se stesso, mettendo in discussione la propria capacità clinica, i percorsi diagnostico-terapeutici, la medicina stessa.

Se si tiene conto infatti della "magra" quota di successi riproduttivi nella nostra specie, non più del 20-25% per ciclo, ci si rende conto che la soddisfazione sia del medico che della coppia sterile, anche applicando le tecniche più sofisticate attualmente in uso, è fortemente frustrata dal cattivo esito, dall'insuccesso che logora anche il miglior rapporto instauratosi fra medico e paziente: se il test di gravidanza risulta quasi magicamente positivo il medico diventa immediatamente un piccolo dio agli occhi della mamma felice, se questo non succede altrettanto automaticamente l'infelicità e il dolore legati al fallimento della tecnica vengono ascritti all'incapacità, alla scarsa attenzione di chi appunto ci ha assistito in questo difficile percorso: il medico!

## **Bibliografia**

1. LAING RD. *L'io diviso*. Einaudi, Torino, 1969.
2. Marco Venturino *Cosa sognano i pesci rossi* Oscar Mondadori, Milano, 2008.
3. WATZLAWICK P, HELMICK BEAVIN J, JACKSON DD. *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, 1971.
4. FRANKL V. *Uno psicologo nei lager*, Ares. Milano, 1946.
5. BRERA GR. *Manifesto epistemologico della Medicina Centrata sulla Persona*, Milano, 1999.
6. MUSSO RC. *La pedagogia dell'Einfühlung: saggio su Edith Stein*, La Scuola, Brescia, 1995.
7. KOHUT H. *Introspezione ed empatia: Raccolta di scritti* (1959-1981), Bollati Boringhieri, Torino, 2003.
8. PALLY R. *Emotional processing: the mind-body connection*, International Journal of Psycho-Analysis 1998; 79, 349-362.
9. ROGERS C. *The necessary and sufficient conditions of therapeutic change*, Journal of Consulting Psychology 1957; 21, 295-303.
10. ROGERS C. *La terapia centrata sul cliente*, La Nuova Italia, Roma, 1999.
11. PANSKEPP J, NELSON E, BEKKEDAL M. Brain systems for the mediation of social separation-distress and social-reward. Annals of New York Academy of Sciences 1997; 807: 78-100.

## Esiti della PMA prima e dopo la Legge 40

G.B. LA SALA, A. NICOLI, M.T. VILLANI, F. IANNOTTI

### Introduzione

La Legge Italiana 40/2004 che regola le tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), entrata in vigore il 9 Marzo 2004, permette l'inseminazione al massimo di 3 ovociti, obbliga al contemporaneo trasferimento in utero (ET) di tutti gli embrioni ottenuti e vieta il congelamento embrionario, la diagnosi genetica pre-impianto sugli embrioni ottenuti in vitro e la donazione di gameti maschili e femminili.

Anche prima dell'introduzione della Legge 40/2004 il Centro PMA non effettuava il congelamento embrionario per scelta del Comitato Etico dell'ASMN.

### Materiali e metodi

Nel Centro di Sterilità "P. Bertocchi" della Struttura Complessa di Ostetricia e Ginecologia dell'Arcispedale S. Maria Nuova (ASMN) di Reggio Emilia nel periodo 10 Marzo 2000- 9 Marzo 2004, prima dell'introduzione della Legge 40/2004, sono stati eseguiti complessivamente 3.649 prelievi ovocitari: 1.599 pazienti con età materna < a 35 anni (43.8%), 997 con età materna compresa tra 35 e 37 (27%), 587 con età materna compresa tra 38 e 39 (16.1%) e 466 con età materna maggiore di 40 (12.8%) con successivi 3.332 cicli con trasferimenti embrionari (Tab.1).

Nel periodo 10 Marzo 2004 - 9 Marzo 2008, dopo dell'introduzione della Legge 40/2004, sono stati eseguiti complessivamente 4.382 prelievi ovocitari (1.569 pazienti con età materna < a 35 anni 35.8%, 1.187

con età materna compresa tra 35 e 37 27%, 803 con età materna compresa tra 38 e 39 18.3% e 823 con età materna maggiore di 40 18.8%) con successivi 3.580 trasferimenti embrionari (Tab. 2).

I dati di questo studio si riferiscono a tutti i cicli di PMA eseguiti presso il Centro di Sterilità "P. Bertocchi" nel periodo 10 Marzo 2000 - 9 Marzo 2008 e non solo ai primi cicli PMA come da noi già pubblicato in Letteratura.

### Risultati

Nel periodo pre-Legge 40/2004 sono state ottenute complessivamente 808 gravidanze totali (22.1% per prelievo ovocitario, 24.2% per ET) di cui 574 gravidanze cliniche (15.7% per prelievo ovocitario, 17.2% per ET). I parti sono stati 446 (12.2% per prelievo ovocitario, 13.4% per ET), di cui 132 multipli (29.6% dei parti totali; 112 gemellari, 18 trigemini e un quadrigemino). La distribuzione delle gravidanze cliniche e dei parti per età materna è rappresentata nei Grafici 1 e 2.

Nel periodo post-Legge 40/2004 sono state ottenute complessivamente 772 gravidanze totali (17.2% per prelievo ovocitario, 21.6% per ET) di cui 579 gravidanze cliniche (13.2% per prelievo ovocitario, 16.2% per ET). I parti sono stati 464 (10.6% per prelievo ovocitario, 13% per ET), di cui 90 multipli (19.4% dei parti totali; 85 gemellari e 5 trigemini). La distribuzione delle gravidanze cliniche e dei parti per età materna è rappresentata nei Grafici 1 e 2.

### Discussione

Dall'analisi dei risultati dello studio ottenuti prima e dopo l'introduzione della Legge 40/2004, si evidenzia che, dopo l'introduzione della Legge 40/2004:

- in tutta la casistica, la percentuale degli ET / prelievi ovocitari (91.3% pre-Legge vs. 81.7%



TABELLA 1 - OUTCOME DEI CICLI PMA ESEGUITI PRESSO S.C. DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA ASMN DI REGGIO EMILIA DAL 10 MARZO 2000 AL 9 MARZO 2004.

	<35	% per PU	% per ET	35-37	% per PU	% per ET	38-39	% per PU	% per ET	≥40	% per PU	% per ET	TOTAL	% per PU	% per ET
PICK UP	1599			997			587			466			3649		
ET	1487			907			534			404			3332		
Grav. totali	392	24,5	26,4	230	23,1	25,4	120	20,4	22,5	66	14,2	16,3	808	22,1	24,2
Grav. cliniche	284	17,8	19,1	161	16,1	17,8	86	14,7	16,1	43	9,2	10,6	574	15,7	17,2
PARTI	238	14,9	16,0	123	12,3	13,6	58	9,9	10,9	27	5,8	6,7	446	12,2	13,4
Singoli	156	9,8	10,5	94	9,4	10,4	42	7,2	7,9	22	4,7	5,4	314	8,6	9,4
Gemellari	70	4,4	4,7	23	2,3	2,5	14	2,4	2,6	5	1,1	1,2	112	3,1	3,4
Trigemi	12	0,8	0,8	4	0,4	0,4	2	0,3	0,4	0	0,0	0,0	18	0,5	0,5
Quadri+	0	0,0	0,0	2	0,2	0,2	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	2	0,1	0,1

TABELLA 2 - OUTCOME DEI CICLI PMA ESEGUITI PRESSO S.C. DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA ASMN DI REGGIO EMILIA DAL 10 MARZO 2000 AL 9 MARZO 2004.

	<35	% per PU	% per ET	35-37	% per PU	% per ET	38-39	% per PU	% per ET	≥40	% per PU	% per ET	TOTALE	% per PU	% per ET
PICK UP	1569			1187			803			823			4382		
ET	1311			987			634			648			3580		
Grav. totali	331	21,1	25,2	246	20,7	24,9	122	15,2	19,2	73	8,9	11,3	772	17,6	21,6
Grav. cliniche	261	16,6	19,9	190	16,0	19,3	87	10,8	13,7	41	5,0	6,3	579	13,2	16,2
PARTI	217	13,8	16,6	158	13,3	16,0	65	8,1	10,3	24	2,9	3,7	464	10,6	13,0
Singoli	181	11,5	13,8	117	9,9	11,9	56	7,0	8,8	20	2,4	3,1	374	8,5	10,4
Gemellari	36	2,3	2,7	37	3,1	3,7	8	1,0	1,3	4	0,5	0,6	85	1,9	2,4
Trigemi	0	0,0	0,0	4	0,3	0,4	1	0,1	0,2	0	0,0	0,0	5	0,1	0,1

post- Legge, O.R. 2.355, I.C. 2.051-2.704) è diminuita in modo statisticamente significativo;

- in tutta la casistica, la percentuale di gravidanze cliniche/ET è diminuita ma non in modo statisticamente significativo (17.2% pre-legge vs. 16.2% post-legge, O.R. 1.079, I.C. 0.951-1.224);
- nelle donne con età < 38 anni, la percentuale di gravidanze cliniche e di parti è rimasta invariata;
- nelle donne con età di 38-39 anni, la percentuale di gravidanze cliniche e dei parti è diminuita ma non in modo statisticamente significativo;
- nelle donne di ≥ 40 anni, la percentuale di gravidanze cliniche e dei parti è diminuita in modo statisticamente significativo (gravidanze cliniche rispetto agli ET: 10.6% pre-Legge vs. 6.3% post-Legge, O.R. 1.763, C.I. 1.131-2.750; parti rispetto agli ET: 6.7% pre-Legge vs. 3.7% post-Legge, O.R. 1.862, C.I. 1.065-3.254) (Grafici 1 e 2):

- i parti multipli (gemellari + trigemi) sono diminuiti in modo statisticamente significativo (29.6% pre-Legge vs. 19.6% post-Legge, O.R. 0.747, I.C. 1.286-2.373).

## Conclusioni

L'introduzione in Italia della Legge 40/2004 ha comportato una riduzione complessiva dell'efficacia della PMA.

Gli effetti negativi della Legge 40/2004 sull'efficacia delle tecniche di PMA sono risultati:

- marginali nelle coppie nelle quali l'età della donna era < 38 anni;
- più importanti ma non in modo statisticamente significativo, nelle coppie nelle quali l'età della donna era di 38-39 anni;
- importanti e in modo statisticamente significativo nelle coppie nelle quali l'età della donna era di ≥ 40 anni.

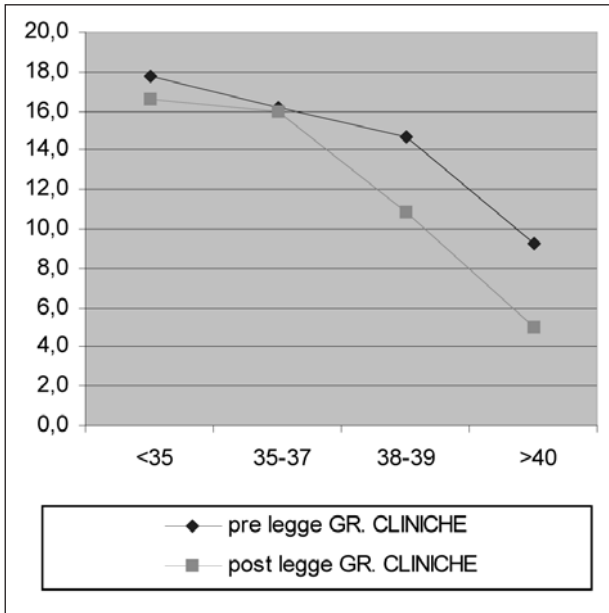


Grafico 1 - Gravidanze cliniche e distribuzione per età materna.

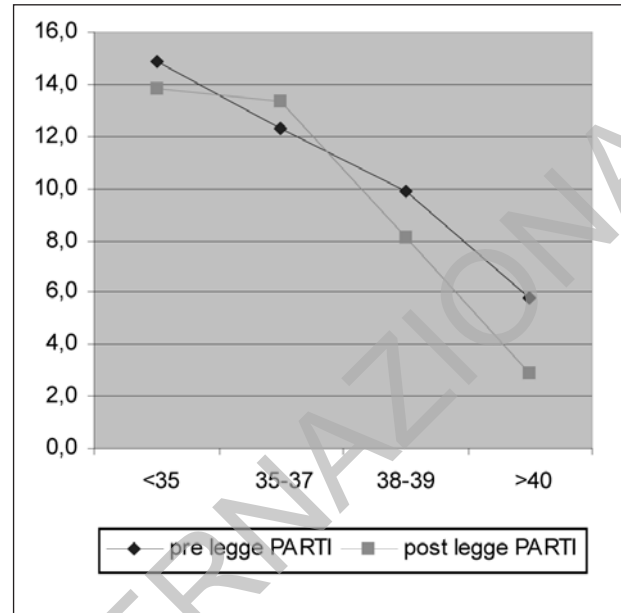


Grafico 2 - Parti e distribuzione per età materna.

I messaggi dello studio che, a nostro parere, hanno una rilevante importanza clinica sono i seguenti:

- nelle coppie infertili che devono essere sottoposte a PMA il “timing dell’accesso alla PMA” è di fondamentale importanza;
- le coppie infertili che hanno bisogno della PMA devono essere messe nelle condizioni di poter eseguire 6 cicli di PMA prima che le donne compiano 38 anni;

- l’introduzione della Legge 40/2004 ha comportato una riduzione dei parti multipli nel nostro Centro pubblico nel quale non è mai stato praticato il congelamento degli embrioni ed è verosimile che lo stesso effetto positivo si sia verificato negli altri Centri pubblici che, come il nostro, non praticavano il congelamento degli embrioni anche prima dell’introduzione della Legge 40/2004.

## Bibliografia

1. LA SALA GB, NICOLI A, CAPODANNO F, VILLANI MT, IANNOTTI F, BLICKSTEIN I. *The effect of the 2004 Italian legislation on perinatal outcomes following assisted reproduction technology.* J Perinat Med 2009;37(1):43-7.
2. LA SALA GB, NICOLI A, VILLANI MT, DI GIROLAMO R, CAPODANNO F, BLICKSTEIN I. *The effect of selecting oocytes for insemination and transferring all resultant embryos without selection on outcomes of assisted reproduction.* Fertil Steril. 2009 Jan;91(1):96-100. Epub 2008 Feb 4.
3. LA SALA GB, VILLANI MT, NICOLI A, VALLI B, IANNOTTI F, BLICKSTEIN I. *The effect of legislation on outcomes of assisted reproduction technology: lessons from the 2004 Italian law.* Fertil Steril. 2008 Apr;89(4):854-9. Epub 2007 Aug 6.
4. LA SALA GB, GALLINELLI A, NICOLI A, VILLANI MT, NUCERA G. *Pregnancy loss and assisted reproduction: preliminary results after the law 40/2004 in Italy.* Reprod Biomed Online. 2006 Jul;13(1):65-70.

## Le nuove Linee guida ed il supporto psicologico in P.M.A.

S. BETTI

L'attività dello psicologo nella PMA, secondo quanto richiesto dalla legge 40, viene rivolta sia al singolo che alla coppia in tre fasi del percorso clinico: in ingresso, durante il trattamento, a fine trattamento, qualora non sia andato a buon fine.

I rischi psicologici presenti durante la procedura di PMA sono conseguenti allo stato di stress che l'infertilità e le procedure di fecondazione inducono nei pazienti.

Nel centro di PMA della clinica Macedonio Melloni di Milano abbiamo di recente attivato un servizio di counseling psicologico con due diversi obiettivi: uno, specificatamente clinico, consistente nell'identificare e nell'aiutare le coppie e/o i singoli portatori di disturbi del tono dell'umore (ansioso/depressivi), ed uno "psicopedagogico" teso ad affiancare il percorso medico con tecniche supportive individuali, cognitivo-comportamentali, volte a potenziare le capacità di coping, le risorse, la comunicazione di coppia.

L'apprendimento di queste tecniche, che viene fatto in sedute individuali e di gruppo, e che si avvale dei giochi di ruolo, dell'ipnosi ericksoniana, del sogno guidato, è finalizzato a contenere gli esiti che lo stress a lungo termine può indurre nell'asse HPA e nel SNA con conseguenze sul buon funzionamento del sistema ormonale.

Un momento significativo per stabilire la relazione di fiducia nei confronti dell'équipe curante è il primo colloquio che la coppia o la donna hanno con il personale curante. Al termine del primo colloquio è previsto un primo incontro con lo psicologo, che intervisterà i pazienti seguendo le domande di un questionario. Obiettivo del questionario è raccogliere un *feedback* su quanto essi hanno compreso riguardo alla va-

lutazione clinica, alla prassi da seguire, alle tappe prefissate e per conoscere e consentire loro di esprimere dubbi, paure, perplessità.

Questo questionario, che nasce dalla collaborazione medici-psicologi, intende promuovere uno scambio comunicativo all'interno dell'équipe riguardo ai vissuti psicologici dei pazienti e al loro assetto emotivo, anche al fine di migliorare la relazione e la comunicazione medico-paziente nel servizio.

Al termine del colloquio a tutte le pazienti verrà somministrato il test *Infertility Self Efficacy Scale* per poter conoscere la *Self Efficacy* percepita in associazione con la richiesta di trattamento. Da molte ricerche internazionali risulta come siano soprattutto le donne che hanno alle spalle uno o più insuccessi nei tentativi di PMA che rischiano di non avere più fiducia nelle loro capacità di concepire e che affrontano con distress e disillusione i nuovi tentativi.

In tal caso l'obiettivo che ci poniamo è quello di potenziare l'*empowerment* della donna aiutandola a riprendere contatto con le proprie potenzialità procreative ed impedendole di aderire al trattamento in modo passivo e con scarsa convinzione.

Attraverso la somministrazione del test per la misurazione dell'ansia STAI Y1 e Y2, in momenti prefissati del percorso clinico successivi al primo colloquio, è nostro intento misurare l'andamento dell'ansia distinta in ansia di stato, ansia di tratto, ansia episodica.

Ai pazienti esposti a livelli subclinici di ansia episodica saranno proposti interventi individuali e/o di coppia per il riconoscimento e la gestione di tale stato emotivo.

Nello specifico, questo trattamento sosterrà le donne che saranno sottoposte a Fivet, al fine di acquisire strategie di coping nei confronti dell'ansia anticipatoria.

Ultimo ma non meno importante obiettivo della consulenza psicologica è quello di aiutare i partner a costruire una zona personale "libera dal dolore". In questa zona, pur venendo riconosciuti e legittimati i desideri genitoriali, la consulenza psicologica dovrebbe

salvaguardare lo scambio emotivo e di intimità della coppia.

### Fasi del counseling psicologico

- I colloquio esplorativo (con la donna e, ove possibile, il partner).
- Somministrazione del questionario di feedback.
- Somministrazione dell'Infertility Self Efficacy Scale.
- II colloquio di restituzione (con la donna e ove possibile il partner). Intervento psicologico mirato al riconoscimento dell'ansia e ai sistemi di difesa.
- Condivisione con l'équipe curante delle caratteristiche psicologiche della paziente con particolare attenzione al disagio psichico.
- III colloquio e somministrazione del test per la valutazione dell'ansia episodica.

### Bibliografia

1. Eugster A, Vingerhoels JJM e al. *The effect of episodic anxiety on in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection treatment outcome: A pilot study* Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, Mar. 2004, 25,1,pp25-65.
2. COUSINEAU TM, GREEN T e al. *Development and valida-*

- Interventi di gestione dell'ansia mirati di sostegno della paziente, e se opportuno, del partner, durante la procedura di PMA
- Incontro di gruppo con coppie che hanno avuto esito negativo e si sottoporranno a nuova procedura.
- Eventuali colloqui individuali o di coppia per situazioni analoghe
- Colloqui di supporto e orientamento per le coppie il cui esito è stato definitivamente negativo.

### Domande ECM

- 1) Cosa misura l'ansia episodica:  
Il test Beck; il test Stay Y1 (esatta); il test Stay Y2.
- 2) La *Infertility Self-Efficacy Scale* serve a valutare:  
Le strategie di coping nei confronti dell'infertilità (esatta); l'autostima del paziente; lo stile relazionale di coppia.

3. VERHAAK CM, SMEENK JMJ. *Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research*. Human Reproduction Update, vol. 13, 1, 2007, pp.27-36.

## La voce delle pazienti infertili

R. BERTOLUCCI

Inizio con una “contestazione” del titolo assegnato alla mia relazione io non parlerò solo della voce delle pazienti infertili, ma anche di quella dei pazienti infertili.

Perché l'infertilità è un problema di coppia, non è un problema di donne, come viene spesso erroneamente percepito.

E questa percezione è, credo, figlia del secolare pregiudizio che vuole la donna sola responsabile, in positivo e in negativo, della procreazione, per quanto, in realtà, anche la medicina antica così come quelle di altre tradizioni (es. medicina tradizionale cinese, ayurveda) abbiano sempre parlato anche di sterilità maschile, di seme “secco”, di *impotentia generandi*.

Pregiudizio antico a morire, adesso meno diffuso ma che porta, ad esempio, a percepire il problema dell'infertilità come un problema femminile e le associazioni che raccolgono questi pazienti come associazioni di donne.

Non è così.

Quello che è vero, però, è che la donna, in queste situazioni, è la voce della coppia, quella che va su internet, che chiama i numeri telefonici dedicati, che cerca i medici, quella che parla una volta giunti dal medico, che racconta il dramma e chiede aiuto.

Quindi, in un certo senso, rientriamo nel titolo della mia relazione: la voce, quella fisica, è davvero delle pazienti, delle donne, che, come nella migliore (?) tradizione, si occupano dei figli addirittura fin da quando ancora non ci sono e non si sa se mai ci saranno. Sarà poi quella che chiamerà il pediatra e interrogherà i pediatri “on line” e “al telefono” se e quando i figli ci saranno, in qualunque modo saranno arrivati, “nature” o grazie alla procreazione assistita, “omolo-

ghi”, “eterologhi”, adottati.

“Cerchiamo figli da due anni, io ho 35 anni e mio marito 39, abbiamo scoperto che il suo spermogramma è disastroso perché, dice il medico, ha una astenozoospermia abbastanza grave. Ma, cosa vuol dire questa parola e, soprattutto, che cosa è la ICSI che il medico ci consiglia?”

È un esempio tratto da una delle 700 telefonate ricevute alla linea verde infertilità che Sos Infertilità Onlus gestisce assieme a Osservatorio Donna della Provincia di Milano.

L'aspirante mamma che, appunto, telefona per chiedere aiuto riguardo al problema di coppia dell'infertilità dovuto ad uno specifico problema maschile: non è il partner che telefona per chiedere lumi sul suo spermogramma, non è lui che si accora. Infatti, ben l'85% dei nostri utenti telefonici è donna<sup>1</sup>.

A conferma:

“Le iniezioni intramuscolo di progesterone dopo il transfer dell'embrione in utero? Io ero pronta a farmele da sola, invece me le fa mio marito: incredibile ma vero!”<sup>2</sup>

Scrive Gianna72 in una discussione relativa, appunto, alle noiose iniezioni da farsi giornalmente per favorire l'annidamento dell'embrione in un ciclo di PMA su un sito internet dedicato all'argomento maternità.

Si stupisce della collaborazione del marito nel partecipare attivamente al tentativo di concepimento, il quale, invece di farsi trascinare come forse ha fatto nelle altre fasi che hanno visto lei quasi unica parte attiva della ricerca, l'aiuta.

Insomma, i “lui” dietro le quinte a farsi trascinare da medici vari, in giro tra Italia e Europa in pellegri-

Associazione S.O.S Infertilità ONLUS, Milano

© Copyright 2009, CIC Edizioni Internazionali, Roma

<sup>1</sup> “Progetto Prevenzione Infertilità” Osservatorio Donna e Sos Infertilità Onlus, Ottobre 2008, Milano [www.sosinfertilita.net](http://www.sosinfertilita.net).

<sup>2</sup> [www.mammeonline.net](http://www.mammeonline.net), forum “La fecondazione assistita”.

naggio verso Centri PMA, desiderando certamente il figlio mancante ma non con la stessa foga e disperazione delle compagne.

E queste compagne, queste pazienti, cosa dicono, cosa vogliono?

In base ai nostri dati<sup>3</sup>, le utenti che chiamano, il 15% straniere e il resto italiane, cercano in molti casi, per il 21%, sostegno emotivo che trovano grazie all'empatia possibile solo con chi vive o ha vissuto il loro stesso problema, caratteristica che contraddistingue

le nostre consulenti volontarie.

E questa è l'originalità del nostro servizio, quella di fornire, non solo la ginecologa e l'andrologo "telefonici" che offrono un sostegno "tecnico", ma la vera voce amica, quella della persona che ha vissuto in prima persona il lutto socialmente non riconosciuto e per questo dolorosissimo della sterilità e con la quale puoi quindi anche piangere o parlare della tua profonda tristezza e dei tuoi "brutti sentimenti". Ad esempio, il più comune è l'invidia nei confronti di chi concepisce con facilità.

---

<sup>3</sup> Vedi nota 1.

## Diagnosi ecografica di malformazione

R. NATALE

Nel percorso di sorveglianza diagnostica della gravidanza, l'ecografia rappresenta per ogni donna uno dei momenti più attesi e carichi di aspettative, sebbene l'enorme miglioramento della tecnica pur appagando il desiderio di "vedere" il proprio bambino, fornisca una moltitudine di informazioni non sempre attese.

È scontato che la nascita di un figlio sano sia la giusta e naturale aspettativa di ogni futuro genitore, meno scontato il livello di informazione e la conoscenza delle finalità e dei limiti della diagnostica ecografica prenatale.

Molti studi hanno infatti dimostrato come oggi sia normale per la futura mamma sottoporsi ad un numero variabile di esami ecografici, evidenziando allo stesso tempo una marcata carenza di informazioni su cosa si ottiene dall'esame ecografico o sul significato di test diagnostico o di screening.

È utile ricordare come l'incidenza di malformazioni congenite strutturali alla nascita in una popolazione a basso rischio sia stimata tra il 3-4 %, tale evenienza rappresenta quindi un fatto con il quale madre ed ecografista si confrontano non poi così raramente.

Oggi con il miglioramento delle tecniche e l'avvento dell'ecografia tri-dimensionale, l'ecografia ostetrica viene vissuta dalla coppia come un momento piacevole per la possibilità straordinaria di "vedere" il proprio bambino in anteprima, non di rado accedono a tale evento altri figli o parenti, creandosi un momento sociale e rassicurante del buon andamento della gravidanza.

Purtroppo non sempre però l'ecografista può concludere l'esame con informazioni positive e in quel momento è come se si irrompesse con forza nel mon-

do intimo e di fantasia che è quello peculiare della mamma con il proprio bambino.

Ogni ecografista ostetrico dovrebbe tener presente quanto le parole pronunciate durante l'esame abbiano effetti potenzialmente ansiogeni, quando non devastanti sulla gestante; anche notizie non gravi, ma che si discostano dalla assoluta normalità creano paura e stress.

Quante volte frasi come "cresce poco" si traducono per la donna in pericolo imminente o "scarso liquido" in ambiente intrauterino ormai compromesso!

Comunicare un problema in ambito di diagnosi prenatale rappresenta un ostacolo insormontabile e non esiste alcuna modalità che attenui ciò che provoca nella paziente che abbiamo di fronte.

Esistono, però, percorsi di comportamento che in linea generale dovrebbero essere appresi da chiunque operi in tale settore. Possono sembrare puntualizzazioni scontate e superflue, ma i lavori disponibili in letteratura dimostrano che le donne intervistate lamentano la mancata osservazione di tali regole semplici.

Si è già accennato all'accortezza di evitare commenti durante l'esame, infatti gli ecografisti non dovrebbero dimenticare di essere continuamente osservati e che le pazienti durante l'esame scrutano i loro comportamenti, attente e sensibili quando ad esempio, ci si sofferma appena più a lungo su un'immagine fetale.

Ogni notizia dovrebbe essere fornita ad esame concluso, dopo che la paziente si è alzata dal lettino e cercando di stabilire con lei un contatto visivo, in uno spazio confortevole; importante è assicurare alla donna la presenza del partner o di un'altra persona che preferisce. Oggi è sempre più frequente eseguire un esame ecografico a pazienti immigrate, con le quali le incomprensioni linguistiche possono essere risolte dalla presenza di un mediatore culturale, che diventa insostituibile soprattutto in caso di comprensione di una diagnosi malformativa e del conseguente iter che la coppia si accinge ad iniziare. Le informazioni riguardanti la malformazione dovrebbero essere sempre semplici e

chiare: inutile confondere la donna con spiegazioni di fisio-patologia, importante invece interpretare insieme le immagini, cercando quando possibile, di tracciare un iter di ulteriori controlli con eventuali consulenze interdisciplinari.

A tal proposito non è inutile ricordare come sia una precisa responsabilità professionale dell'ecografista ostetrico, quella di fornire alla donna una prima informazione di anomalia fetale, anche se non completamente definita, evitando che terminato l'esame la stessa abbia la falsa sensazione di un esame favorevole.

Spesso infatti, sono necessari ulteriori controlli per una diagnosi corretta e completa con l'ausilio di figure professionali diverse, quali il neonatologo o il chirurgo pediatra, nei casi in cui la malformazione evidenziata sia correggibile dopo la nascita. Attraverso tale approccio si esplica adeguatamente quella funzione di "counseling" che non si traduce in "consiglio", ma indica un'attività di orientamento, o meglio dall'origine latina "consulere" significa "venire in aiuto".

La proposta di fornire un supporto di tipo psicologico va offerta, lasciando la donna libera di fruirne se lo desidera.

La diagnosi ecografica di malformazione fetale è costantemente seguita da sensazione di irrealtà descritta dalle donne, stato che definisce una condizione anichilita e di scarsa reattività. E' istintiva da parte di molte pazienti la negazione dell'evento che mettendo in dubbio la veridicità della diagnosi posta dall'ecografista ostetrico, prendono tempo e tentano di dubitare della realtà.

Gli psicologi spiegano come alla notizia di una malformazione fetale, si concretizzino tutte le paure e le ansie che i genitori hanno provato durante il periodo della gravidanza precedente la diagnosi. Si dissolvono tutti i pensieri relativi alle fantasie piacevoli, come il nome da scegliere o il sesso del bambino e si crea un conflitto tra bambino immaginario e bambino reale. I futuri genitori subiscono una prima perdita, legata alla brusca separazione dall'idea del bambino immaginario e perfetto; inoltre i futuri genitori si trovano a dover elaborare anche la perdita dell'immagine di sé, ovvero l'immagine di se stessi in grado di generare un bambino sano e bello. Sempre in ambito psicologico occorre ricordare come per i genitori il bambino rap-

presenti una sorta di specchio nel quale il suo difetto riflette le loro manchevolezze.

È compito dello psicologo, figura indispensabile in ogni centro che si occupa di diagnostica prenatale, intervenire preventivamente per aiutarli ad elaborare questo lutto; infatti sarebbe proprio in questo processo non riconosciuto ed elaborato che vanno ricercate le cause di alcuni disturbi dell'attaccamento. Il tempo dedicato alla coppia, immediatamente dopo una diagnosi prenatale di malformazione, ha la finalità di aiutarli ad elaborare i loro sentimenti di delusione e rabbia che potrebbero compromettere il normale processo di attaccamento.

Diversi lavori in letteratura osservano come vi sia differenza nella reazione psicologica delle coppie rispetto alla notizia di una malformazione fetale a carico di organi interni, rispetto ad un difetto visibile, come labio-palatoschisi o assenza di un arto. Premesso che anche il rilievo ecografico di una anomalia minore, non visibile e che non compromette la vita del bambino, genera sempre ansia e delusione, sono comunque i difetti visibili ed esterni a scatenare fantasie spaventose.

In un recente lavoro Sahin ha enfatizzato come gli screening di routine e la diagnosi prenatale causano ansia nelle donne e nei loro partner, ma nello stesso lavoro riportano il livello estremamente basso di conoscenza dei fattori di rischio che si associano a malformazioni congenite, come il fumo, la malnutrizione, i matrimoni tra consanguinei e bassi livelli culturali ed è logica la conclusione che proprio le fasce sociali più svantaggiate dovrebbero essere accompagnate maggiormente nel percorso di consapevolezza riguardo agli esami prenatali.

Concludendo i punti-chiave in ambito di comunicazione di diagnosi di malformazione fetale sono rappresentati da una migliore conoscenza della potenzialità diagnostica della tecnica da parte delle gestanti, quindi da una maggiore consapevolezza di cosa ci si appresta a fare e cosa potenzialmente ne può derivare. I percorsi nascita potrebbero rappresentare il momento adatto a tali informazioni; parallelamente un'adeguata formazione da parte dell'ecografista ostetrico potrebbe creare quell'empatia necessaria a far fronte a quelle situazioni nelle quali si deve comunicare una diagnosi infausta.

## Bibliografia

1. BITTER J. *Communication skills for prenatal counselling*. 2007 Apr 18;96 (16): 629-636.
2. BRICKER L. *Ultrasound screening in pregnancy: a systematic review of the clinical effectiveness, cost-effectiveness and women views*. *Heath Technol Assess* 2000;4(16).
3. GARCIA J. *Women's views of pregnancy ultrasound: a systematic review*. *BIRTH* 2002 29; (4):225-250.
4. HERTLING-SCHAAL E. *Maternal anxiety induced by prenatal diagnostic techniques: detection and management*. *Ginecologie, Obstetrique & Fertilité* 2001;29,440-446.
5. KOWALCEK I. *Anxiety score before and after prenatal testing for congenital anomalies*. *Archives of Gynecology & Obstetrics*



- 2003;267,126-129.
6. LARSEN T. *Ultrasound screening in the second trimester: the pregnant women's background knowledge, expectations, experiences and acceptances.* Ultrasound Obstet Gynecol 2000;15:383-386.
  7. MITCHELL LM. *Women's experience of unexpected ultrasound findings.* J Midwifery Womens Health (2004); 49:228-234.
  8. PETERSEN J. *Suspicious findings in antenatal care and their implications from the mothers' perspective: a prospective study in Germany.* BIRTH 2008;35(1):41-49.
  9. SHAIN NH. *Congenital anomalies: parental anxiety and women's concerns before prenatal testing and women's opinions toward the risk factors.* Journal of Clinical Nursing – Family and carer experience 2008.
  10. Van DER ZAIM JE. *Seeing baby: women's experience of prenatal ultrasound examination and unexpected fetal diagnosis.* Journal of Perinatology(2006);26,403-408.
- 

© CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI

## “Mamme Oltre il Blu”: farsi carico del disagio postparto nelle donne a basso rischio

M.VEZZANI<sup>1</sup>, E. CASAROLI<sup>2</sup>

La nascita di un bambino è conosciuta come un evento naturale, tuttavia, sembra comune fra le neomamme, la possibilità che si manifesti una reazione emotiva di disagio e profondo malessere (1). Senza prendere in esame la rara, ma devastante, psicosi *post partum*, la letteratura scientifica evidenzia che circa il 10-20% di donne sviluppa la depressione postnatale, con possibili conseguenze sulla relazione madre-bambino e sullo sviluppo emozionale, comportamentale e cognitivo del bambino (2). Il comune sentire enfatizza la transitorietà di questa sindrome che non richiede trattamenti specifici. Dagli studi emerge invece, che la continuità della presa in carico della puerpera da parte dei servizi, durante e immediatamente dopo il parto, offre alle donne significativi benefici sia fisici che psichici. Sembrerebbe importante la presenza di un team di operatori, con particolari competenze delle ostetriche, che sostenga la donna ascoltandola empaticamente, rispondendo alle sue domande e supportandola nei suoi diversi bisogni (3).

Nella realtà si evidenzia, purtroppo, che la maggioranza delle donne che vivono una esperienza di depressione *post partum* non cerca l'aiuto dei professionisti; almeno il 50% delle donne in questa condizione non cerca l'aiuto di familiari e/o amici; nonostante i frequenti contatti con gli operatori dei servizi sanitari nel periodo immediatamente successivo al parto, le donne risultano restie a dichiarare i loro problemi fisici, emozionali e soprattutto i segni di una possibile depressione (4).

Il Progetto *Mamme Oltre il Blu* è nato con l'obiettivo di dare assistenza, sostegno e aiuto alle donne (ed alle coppie) nel delicato periodo *post partum*, attraverso la rilevazione e la risoluzione del disagio che può intervenire nel periodo post-natale: periodo caratterizzato da grande vulnerabilità. Si è indirizzato principal-

mente alle donne a basso rischio. Ha rappresentato una sperimentazione organizzativa dal 2005 al 2008.

Il metodo privilegiato è stato quello della partecipazione attiva sia del personale sanitario, sia degli enti locali, sia delle donne. Il progetto per 4 anni è stato cofinanziato dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Carpi. L'intervento si è realizzato attraverso:

- punto d'ascolto c/o il Consultorio Familiare, con numero telefonico e attività ambulatoriale dedicata, a cui possono rivolgersi le donne gravide, le puerpere, le loro famiglie;
- incontri e corsi pre e post parto, dedicati all'informazione per le gestanti, le neo-mamme, le coppie e le loro famiglie, su tematiche inerenti il periodo post-natale;
- focus group, gruppi di ascolto e discussione, composti sia da neomamme primipare che pluripare, con lo scopo di rilevare le problematiche affrontate dalle neomadri, raccogliere i loro bisogni e operare/verificare la reale coincidenza fra questi e i servizi offerti;
- formazione delle professioniste coinvolte nel progetto: i corsi di aggiornamento su tematiche relative all'assistenza post-nascita, hanno apportato ulteriori possibilità di riflessione sul lavoro che si va svolgendo.

Questa modalità organizzativa è stata scelta per affrontare l'insieme di situazioni fisiche e psicologiche che consentono alla madre di sentirsi/non sentirsi bene nel dopo parto; sorvegliare la fisiologia del dopo parto per cogliere un'evoluzione non armonica; utilizzare le competenze professionali presenti nell'equipe ed organizzarle in un percorso identificabile dalle donne e dai professionisti; dichiarare che è possibile accedere al Consultorio per una serie di situazioni che di solito non vengono valorizzate (migliorare la *health literacy*)

L'intervento realizzato nel Progetto *Mamme Oltre il Blu* è caratterizzato da: accesso flessibile attraverso il punto d'ascolto; possibilità di aiuto concreto sui problemi fisici del post parto e dell'allattamento; possibilità di aiuto concreto sui problemi psicologici del post parto ed invio ad altri servizi competenti per il trattamento farmacologico, se necessario; rinforzo dell'autostima e delle com-

Consultorio Familiare - Distretto di Carpi  
Ausl, Modena

© Copyright 2009, CIC Edizioni Internazionali, Roma

petenze delle madri attraverso le attività di gruppo

Le prove di efficacia su modelli di *care* cui ci siamo ispirati sono contenute nella Linea Guida inglese sull'assistenza al postparto (5), valutazioni di Technology Assessment (6) e un progetto australiano (7). Nel 2007 la Linea Guida (8) è venuta ad arricchire i nostri riferimenti

L'attività che abbiamo definito Spazio *Mamme oltre il Blu* si trova al centro di una rete di collaborazioni a partire dal Punto Nascita di riferimento, l'U.O. Ostetricia e Ginecologia di Carpi e quella di Pediatria, continuando con il Centro per le Famiglie, il Dipartimento di salute mentale, i Pediatri di Libera scelta e i medici di medicina generale.

I Consultori Familiari del Distretto di Carpi sono frequentati da un consistente numero di gestanti. Nel 2006 nel Distretto sono nati 897 bambini, le gravide prese in carico dai consultori familiari sono state 476.

## **Le donne che si rivolgono al progetto**

Nel 2005 il progetto ha preso in carico individualmente 117 donne, con le attività di gruppo 102. Nel 2007 sono state 183 per le prestazioni individuali e 233 per le attività di gruppo. I focus group sono stati condotti sulle donne primipare e pluripare, con i padri, con le donne cesarizzate, con donne immigrate.

Le donne che richiedono prestazioni ostetriche hanno una diversa distribuzione d'età maggior frequenza di scolarizzazione superiore rispetto a quelle che richiedono l'intervento della psicologa. La percentuale di donne non sposate è superiore al 30%, si tratta soprattutto di donne che vivono in coppia, ma il 9,6% delle richieste psicologiche riguarda donne nubili. L'intervento della psicologa nel 77% dei casi è stato di breve durata, cioè fino a 5 incontri, mentre nel 23% dei casi si è trattato di psicoterapia.

## **Ambiti del disagio psicologico che le (gli) utenti ci portano.**

La maternità rappresenta un crocevia di molteplici, e spesso contrastanti, immagini sociali, culturali, mediche, antropologiche con le quali la donna e la coppia oggi si devono confrontare.

Lo scarto tra aspettative, desideri e impatto con una realtà che ha in sé la compresenza di gioia e dolore, di fatica e pienezza, di realizzazione di sé ma anche di rinuncia, almeno temporanea, alla realizzazione di altre parti di sé, genera una conflittualità intrapsichica spesso precoce che richiede di essere accompagnata e in qualche modo ridefinita e "smontata" pezzo per pezzo.

Il dipanarsi di questi passaggi a volte fa emergere

un vissuto doloroso così intenso da sfociare in una alterazione del rapporto con sé stesse/i, di coppia o con il bambino.

L'aiuto psicologico che il progetto *Mamme Oltre il Blu* propone cerca di inserirsi proprio nella fase precoce di alterazione, con l'obiettivo di migliorare il rapporto madre- bambino e quindi quello di coppia o familiare.

## **Le maternità atipiche**

Si tratta di percorsi di concepimento frutto di relazioni di coppia non stabili che terminano alla comunicazione della gravidanza, esperienze sganciate da un progetto di coppia/famiglia e spesso nemmeno desiderate a livello cosciente.

## **Famiglie ricomposte**

Sempre più frequenti sono le situazioni familiari dove uno o entrambi i partner hanno precedenti esperienze matrimoniali o di convivenza da cui sono nati altri figli. In tali contesti relazionali complessi, la richiesta di sostegno psicologico può giungere fin dalla gravidanza, anche se più spesso sopraggiunge dopo la nascita del bambino. Essa è centrata sul desiderio di comprendere come comunicare l'evento nascita agli altri figli ed eventualmente al precedente compagno qualora vi siano rapporti ancora piuttosto conflittuali.

## **Interventi dopo aborti spontanei o morti endouterine**

Si tratta di casi in cui la donna, dopo l'esito sfavorevole della gravidanza in fase già avanzata, chiede di essere aiutata a superare l'evento drammatico, ripercorrendone le fasi, riattraversando le emozioni provate, narrando i fatti traumatici.

## **Depressione post parto**

I casi di depressione post-parto franca arrivati alla nostra osservazione hanno riguardato soprattutto primipare, alle prese con intensi e protratti vissuti di inadeguatezza, colpa, stanchezza psicofisica che si traducevano in comportamenti di aggressività mentale o comportamentale e di rifiuto nei confronti del loro bambino. In alcuni casi sono state le madri stesse a rendersi conto del malessere psicologico e a chiedere spontaneamente aiuto, in altri sono giunte tramite invio di operatori o su indicazione di persone di fiducia.

## Problematiche di coppia

In alcuni casi, l'arrivo di un figlio determina una crisi di notevole entità all'interno della coppia. Il normale processo di riequilibrio affettivo e la ricerca di un nuovo assetto comportamentale tra i partner dopo la nascita, richiedono un periodo variabile di tempo, di qualche mese, a volte di un anno e più.

Può accadere che la nascita di un figlio, anche quando desiderato da entrambi, produca un livello di incomprensione, frustrazione, distacco reciproco tale che i partner risultano incapaci di compiere il passaggio da due a tre. Ciò avviene quando il neonato si inserisce in una dinamica di coppia di per sé sbilanciata: l'evento nascita richiede una maturazione a cui la coppia non si sente pronta per il carico di sacrificio e dedizione che il bambino richiede; a tale sollecitazione risponde spesso solo una persona, per lo più la madre (anche se vi sono situazioni rovesciate).

## Conclusioni

Nel nostro Paese l'assistenza sanitaria postparto è prevalentemente rivolta al bambino, mentre manca

una proposta di cura diretta alla neomadre, che sia condivisa tra i Servizi. Tra i professionisti sanitari è debole la conoscenza delle tematiche inerenti la salute fisica e psichica della donna nel dopo parto, prevale la scomposizione accademica di competenze (ostetrica o, pediatra, psichiatra, medico di medicina generale); così, mentre i professionisti faticano ad intravedere un'unitarietà dei fenomeni fisici e psicologici che coinvolgono mamma e bambino dopo la nascita (periodo che alcuni definiscono "esogestazione"), anche la donna ed i suoi famigliari faticano a decifrare i segnali di scostamento dalla fisiologia. Se questa è la premessa, non stupisce che le donne risultino restie a dichiarare i loro problemi fisici ed emozionali e soprattutto a mostrare i segni di una possibile depressione (9).

Crediamo che i servizi per la maternità si trovino di fronte un nuovo cammino la cui prospettiva è l'insieme "mamma – bambino" e che, concretamente, si traduce nel dare continuità al percorso nascita. Crediamo necessario fornire a tutte le donne le informazioni su chi può essere loro di aiuto e, soprattutto, instaurare un saldo rapporto di fiducia con gli operatori sanitari, affinché chi si dovesse trovare a vivere il disagio post-natale possa poterlo raccontare con toni appropriati anziché subirlo o – peggio – ignorarlo.

## Bibliografia

1. EVANS J, HERON J et al. *Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth*, BMJ 2001; 323: 257-260.
2. WEISSMAN MM e al. *Remissions in Maternal Depression and Child Psychopathology* A STAR\*D-Child Report JAMA. 2006;295:1389-1398.
3. WESSELY S. *Commentary: reducing di stress after normal childbirth*, Birth 1998; 25: 220-1.
4. LUMLEY J, AUSTIN M. *What interventions may reduce postpartum depression?*, Current Opinion in Obstetrics and Gynecology 2001; 13: 605-611.
5. NICE Routine Postnatal care of women and their babies London 2006
6. MACARTHUR C e al. *Redesigning postnatal care: a randomised controlled trial of protocol-based midwifery-led care focused on individual women's physical and psychological health needs* Health Technology Assessment 2003; Vol. 7: No. 37
7. PRISM Program of Resources, Information and Support for Mothers <http://www.latrobe.edu.au/mchr/prism/1.html>
8. British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists
9. Antenatal and postnatal mental health. The Nice Guideline On Clinical Management And Service Guidance 2007

10. LUMLEY J, AUSTIN M. *What interventions may reduce postpartum depression?* Current Opinion in Obstetrics and Gynecology 2001; 13: 605-611.

## Lecture di approfondimento

- *Nascita di una madre* D. Stern, N. Bruschiweiler-Stern ed. Mondatori.
- *Depressione postnatale* J. Milgrom, P.R. Martin, L.M. Negri ed. Erikson.
- *La consultazione terapeutica perinatale* S. Missonnier ed. Cortina.
- *Sostegno psicologico in gravidanza* P.L. Righetti, D. Casadei ed. Magi.
- *La normale complessità del venire al mondo* Atti Congresso Internazionale 28-30 Settembre 2006, Modena.
- *Benessere in gravidanza e nel puerperio. Prevenzione della "Depressione Pre e Post Partum"* Atti Convegno 6-7 Ottobre 2006, Riva del Garda.
- *Essere neonati osservazioni psicoanalitiche*. D.Vallino, M. Macchiò, Borla.
- *L'erotic materno. Psicoanalisi dell'allattamento* H.Parat, Borla.

## Intervento integrato medico-psicologico in caso di beta HCG plasmatico negativo dopo tecnica di procreazione medicalmente assistita: un caso clinico

V. VALENTINO, C. CONVERSANO, E. LENSI, G. SIMI, V. CELA, A.R. GENAZZANI

### Introduzione

Il corpo risponde allo stress attraverso l'attivazione del sistema endocrino sull'asse ipotalamo-ipofisi. Due ormoni in particolare, la prolattina e il cortisolo, hanno una funzione basilare nella fertilità e nello stress (1). Reazioni psicologiche di forte stress al disturbo della fertilità e al relativo trattamento tendono a riversarsi a loro volta sulla dimensione organica, contribuendo così alla complicazione della problematica (2).

### Case report

#### *Anamnesi ginecologica*

Al momento dell'osservazione clinica, la paziente (una donna caucasica di 32 anni), presentava: stato di buona salute fisica, anamnesi patologica remota e prossima negativa per patologie di interesse ginecologico e preconcezionale, parità 0000. Il marito era affetto da azoospermia ostruttiva. I due pazienti non avevano mai effettuato precedenti tentativi di PMA prima di giungere alla nostra osservazione. Abbiamo consigliato dosaggio plasmatico FSH in fase follicolare precoce: 3,8 UI/L, LH 3,1 UI/L, PRL 24,9 ng/mL, TSH 1,13 mcUI/mL, FT3 2,3 pg/mL, FT4 1.0 ng/dL, anticorpi anti-tireoglobulina e antiperossidasi negativi. La paziente ha subito un'isteroscopia per valutare cavità uterina, risultata normoconformata e normodistensibile, con osti tubarici evidenziati regolari. I tamponi vaginali consigliati sono risultati tutti negativi. La mappa cromosomica è risultata cariotipo femminile normale con assenza di mutazioni del gene CTFR, sia per la paziente che per suo marito, anch'egli con cariotipo maschile normale.

#### *Primo intervento di procreazione medicalmente assistita*

La paziente ha effettuato un protocollo standard di stimolazione per effettuare una tecnica ICSI (*intracytoplasmatic sperm injection*). In dodicesima giornata di stimolazione si sono riscontrati 8 follicoli superiori a 16 mm di diametro in entrambe le ovaie e livelli di estradiolo di 1.238 pg/mL. Durante il pickup ovocitario ecoguidato sono stati recuperati 7 ovociti da entrambe le ovaie. Tre ovociti sono stati in seminati con tecnica ICSI. Tre ovociti sono stati fecondati. Dopo 48 ore dal pickup sono stati trasferiti in utero 3 embrioni di grado I, due embrioni allo stadio di 6 cellule ed un embrione allo stadio di 4 cellule. La paziente per dodici giorni ha effettuato terapia di supporto luteale. Dopo dodici giorni la paziente ha effettuato beta HCG plasmatici risultato negativo. La paziente era in possesso di tutte le premesse per avere un buon esito della tecnica in base all'età femminile e in base alla qualità degli embrioni trasferiti, pertanto si è ipotizzato che il motivo del fallimento terapeutico fosse riconducibile a fattori di natura psicologica. La paziente è stata quindi inviata allo psicologo clinico.

#### *Anamnesi psicologica*

Dall'anamnesi psicologica non sono emersi dati clinici sufficienti a giustificare la presenza di un disturbo psicopatologico. Emergeva tuttavia un disagio significativo di natura clinica ed esistenziale. La paziente identificava come unica fonte di stress nella vita il fatto di non riuscire ad avere dei figli. Riferiva la frequente comparsa, durante il primo trattamento ICSI, di pensieri e sogni che riflettevano un bisogno ossessivo di maternità, considerata indispensabile per il raggiungimento del proprio benessere, in quanto principale fonte di affermazione in qualità di donna e moglie, convinzione molto radicata anche nella propria famiglia d'origine, verso cui provava forti sentimenti di colpa e di vergogna. La paziente raccontava di essersi scrupolosamente attenuta ad ogni prescrizione medica, documentandosi anche su Internet, e di non aver lasciato niente fuori controllo per il timore che la gravidanza potesse non aver luogo. La

paziente aveva così maturato una forte aspettativa circa l'esito del trattamento ed era rimasta fortemente delusa quando ne è venuta a conoscenza. L'ipotesi formulata è stata la presenza di un escalation del livello di stress, che avrebbe compromesso quindi quella buona predisposizione psicofisica necessaria affinché il trattamento potesse dare esito positivo.

### Intervento psicologico

L'intervento psicologico si è articolato in attività di counseling e training autogeno (T.A.). Le 15 sedute di counseling hanno portato ad un senso di maggior sicurezza rispetto al fatto di avere un punto di riferimento, alla sensazione di essere uscita dalla condizione di solitudine, allo sviluppo di una maggiore capacità di adattarsi alla propria realtà, al rafforzamento dell'autostima, ad una maggiore consapevolezza circa il fatto di poter partecipare attivamente al buon esito delle terapie e, infine, ad una presenza più viva e consapevole nelle relazioni personali e sociali. Il T.A. è uno strumento in grado di presentare numerose applicazioni di natura clinica, sia sul versante medico che sul versante psicologico. Si tratta di una tecnica di natura psicofisica finalizzata al rilassamento. L'utilizzo del T.A. ha quindi permesso l'attivazione della paziente lungo il doppio binario organico-funzionale, oggettivo-soggettivo, dando luogo a un graduale processo di diminuzione dello stress e di incremento del benessere.

### Secondo intervento di procreazione medicalmente assistita

Anche la seconda volta la paziente è stata sottoposta ad un protocollo standard di induzione dell'ovulazione, in undicesima giornata sono stati riscontrati 9 follicoli > 16 mm in entrambe le ovaie e livelli di estradiolo di 1.345 pg/mL, situazione simile al precedente ciclo. Sono stati recuperati al pickup 6 ovociti da entrambe le ovaie. Sono stati in seminati 3 ovociti con tecnica ICSI, si sono ottenuti 3 embrioni, sono stati trasferiti tre embrioni in utero, due di grado I allo sta-

dio di 4 cellule e uno di grado II allo stadio di 2 cellule e frammenti. La paziente ha effettuato terapia di supporto luteale per dodici giorni. Dopo dodici giorni dal transfer la paziente ha effettuato beta HCG plasmatico con valore positivo 63 mUI/mL. Dopo 37 settimane è nata Giulia.

### Conclusioni

I ricercatori moderni considerano ormai l'infertilità come una condizione che si svolge nel tempo e che ha una sua evoluzione psicologica in concomitanza con le varie fasi dell'iter diagnostico e terapeutico, di cui si deve tener conto al momento della valutazione clinica. La psicoendocrinologia è quella disciplina che studia le interazioni tra il sistema endocrino e la dimensione psicologica. La maggior parte dei dati raccolti dalle ricerche endocrinologiche depone per l'esistenza di un effetto soppressivo operato dallo stress sulla funzione gonadica, che dà luogo a vari squilibri (3-6). Una forte produzione di prolattina (fortemente influenzata dallo stress psichico) provoca anovulazione e amenorrea. È stato notato, infatti, che lo stress accumulato durante il giorno aumenta la produzione e i livelli di prolattina durante la notte (7). La prolattina viene considerata dai ricercatori come una vera o propria barriera psicoendocrina contro il concepimento. La sterilità, pertanto, è un fenomeno piuttosto complesso: le risposte terapeutiche debbono essere abbastanza articolate e prevedere diverse possibilità, a seconda della reale situazione della coppia. Per fare questo è indispensabile conoscere bene la condizione dei pazienti, sia da un punto di vista organico che psicologico. Appare allora desiderabile una consulenza psicologica che offra la possibilità di analizzare serenamente le fantasie e le aspettative della coppia e che identifichi precocemente i soggetti più vulnerabili da un punto di vista psicologico, in modo da metterli in condizione di affrontare il percorso di PMA in maniera più efficace possibile.

### Bibliografia

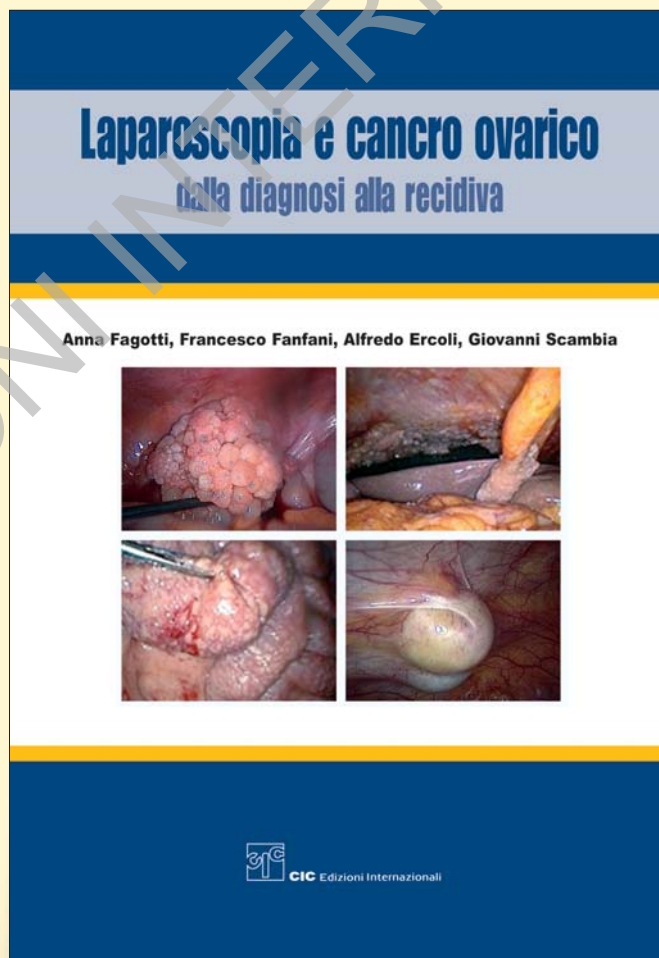
1. FACCHINETTI F, DEMYTTENAERE K, FIORONI L, NERI I, GENAZZANI AR. *Psychosomatic disorders related to gynecology*. Psychother Psychosom 1992;58(3-4):137-54.
2. CONVERSANO C., VALENTINO V., LENSI E., CELA V., ARTINI P.G., GENAZZANI A.R. *Dalla diagnosi di sterilità/infertilità ai protocolli di procreazione medicalmente assistita: vissuti psicologici delle coppie sterili*. Giorn It Ost Gin 2007;29(3):83-9.
3. Seibel MM, Taymor ML. *Emotional aspects of infertility*. Fertil Steril 1982;37(2):137-45.
4. FRASOLDATI A, CAVALIERE E, BIAGINI G, MERLO PICH E, CARANI C, MARRAMA P. *Neuroendocrinologia, stress e comportamento sessuale*. Rivista di Scienze Sessuologiche 1992;5(2):95-102.
5. LEVINE S, COE C, WIENER SG. *Psychoneuroendocrinology of stress: a psychobiological perspective*. In Brush FR, Levine S. *Psychoendocrinology*. San Diego-London: Academic Press, 1989, 341-377.
6. PANCHERI P. *Stress Emozioni Malattia*. Milano: EST Mondadori, 1980.
7. FRUHSTORFER B, FRUHSTORFER H, GRASS P, MILLERSKI HG, STURM G, WESEMANN W, WIESEL D. *Daytime noise stress and subsequent night sleep: interference with sleep patterns, endocrine and neurocrine functions*. Int J Neurosci 1985;26(3-4):301-10.

A. Fagotti, F. Fanfani, A. Ercoli, G. Scambia

**NOVITÀ  
EDITORIALE**

# LAPAROSCOPIA E CANCRO OVARICO

## Dalla diagnosi alla recidiva



Volume brossurato  
di 72 pagine  
f.to cm 21x29,7  
€ 40,00

per acquisti on line  
[www.gruppocic.com](http://www.gruppocic.com)



**CIC** Edizioni Internazionali