

**The Official Journal**

Società Italiana di Scienze  
Ostetrico-Ginecologico-  
Neonatali

**SISOGN**





# SISOGN

Società Italiana di Scienze  
Ostetrico-Ginecologico-  
Neonatali

The Official Journal  
ISSN 2723-9179

## Editorial Board

### Editor in chief

Mauri Paola Agnese, Milano

### Editors

Branchini Lucia, Bologna

Catania Ilaria, Catania

Fumagalli Simona, Monza Brianza

Guarese Olga, Trento

Iannuzzi Laura, Firenze

Nespoli Antonella, Monza Brianza

Parodi Valentina, Novara

Rodini Luana Rosanna, Mantova

---

## Management office

Via P. Paruta, 22 - 20127 Milano

Tel 039 02 55038599 - Fax 039 02 55036542

E-mail: [sisognofficialjournal@gmail.com](mailto:sisognofficialjournal@gmail.com)

The Official Journal of the Società Italiana di Scienze Ostetrico-Ginecologico-Neonatali (SISOGN – The Official Journal - ISSN 2723-9179) is a digital magazine (semi-annual).

You can download from: <http://www.sisogn.info/>

## Table of contents

<b>Title - Authors</b>	<b>Page</b>
Editor's letter. The first issue <i>Lettera dell'Editore. Il primo numero della rivista</i> <i>Paola Agnese Mauri</i>	4
Valsalva maneuver and spontaneous pushing. Maternal and fetal outcomes <i>Manovra di Valsalva e spinta spontanea. Effetti su madre e feto</i> <i>Sara Trapani, Paola Agnese Mauri</i>	6
Delayed cord clamping: immediate cord clamping (ICC), delayed cord clamping (DCC) or umbilical cord milking (UCM)? <i>Il clampaggio del cordone ombelicale: immediato (ICC), ritardato (DCC), o milking (UCM)?</i> <i>Greta Colombi, Paola Agnese Mauri</i>	18
Postnatal depression: prevention, early diagnosis and therapy <i>Depressione post partum: prevenzione, diagnosi precoce e trattamento</i> <i>Margherita Camanni, Paola Agnese Mauri</i>	25
Refugee women and reproductive health: strategies for an "ethnosensitive" education. A Literature review <i>Donne rifugiate e salute riproduttiva: strategie per un'educazione "etnosensibile". Revisione della letteratura</i> <i>Eleonora Felisatti, Simona Fumagalli, Antonella Nespoli</i>	35
Analysis of Robson classification (I and III class) at the FBF Hospital of Erba (Co) <i>Analisi della classe I e della classe III di Robson all'Ospedale FBF di Erba (Co)</i> <i>Marinella Miglietta, Alberto Zanini</i>	46



# SISOGN

Società Italiana di Scienze  
Ostetrico-Ginecologico-  
Neonatali

The Official Journal  
ISSN 2723-9179

SISOGN The Official Journal [on line] ISSN 2723-9179  
December 2019, 01: N. 1

## Editor's letter. The first issue

### Lettera dell'Editore. Il primo numero della rivista

Paola Agnese Mauri<sup>a b</sup>

<sup>a</sup> School of Midwifery, Department of Clinical Sciences and Community Health, Università degli Studi di Milano- Milan, Italy

<sup>b</sup> Unit of mother child and newborn health, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico - Milan, Italy

Corresponding Author: Paola Agnese Mauri [paola.mauri@unimi.it](mailto:paola.mauri@unimi.it)  
via Manfredo Fanti 6, 20122 Milan, Italy – [paola.mauri@unimi.it](mailto:paola.mauri@unimi.it) fax number +39 0255036542 tel number +39 0255038599

Copyright:  
DOI:

Con la LEGGE 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", detta "Legge Gelli", vengono introdotte importanti disposizioni, per cui riportiamo integralmente l'Articolo 1 e parte dell'Articolo 5:

#### Art. 1 - Sicurezza delle cure in sanità

1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.

2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.

3. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale.

#### Art. 5 - Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida

1. Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali.

2. Nel regolamentare l'iscrizione in apposito elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche di cui al comma 1, il decreto del Ministro della salute stabilisce: a) i requisiti ...omissis...

Le disposizioni che vogliamo sottolineare in questa lettera per la buona pratica clinico-assistenziale, sono di responsabilità del singolo professionista (ogni singola ostetrica - Art. 1 Comma 3) e di categoria, tramite Società Scientifiche (Art. 5 Comma 1 e 2).

Alla responsabilità personale di ciascuna ostetrica, nessuno può sostituirsi, ma come categoria dobbiamo riconoscere che si è registrato un impegno importante e ragguardevole perché potesse nascere la Società Scientifica che ci rappresentasse (Società Italiana di Scienze Ostetrico-Ginecologico-Neonatali – SISOGN), rispettando i requisiti ministeriali, di cui iter:

- il Consiglio Nazionale straordinario del giorno 8 ottobre 2017 ha approvato SISOGN;
- la registrazione per il riconoscimento ministeriale di SISOGN si è conclusa in data 7 novembre 2017 grazie a coordinamento di soci fondatori appartenenti alle società preesistenti SYRIO e SIRONG e con la nomina di un Consiglio Direttivo provvisorio;
- l'attuale Consiglio Direttivo SISOGN è stato nominato in data 2 marzo 2018 per il triennio 2018-2020;
- il Ministero della Salute, con documento datato 6 novembre 2018, riporta SISOGN nell'elenco delle Società Scientifiche e Associazioni Tecnico-Scientifiche delle Professioni Sanitarie ai sensi del DM 2 agosto 2017, in attesa dell'esito dei controlli previsti dall'art.71 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 sulle dichiarazioni sostitutive rese dai rappresentati legali.

Con questo, possiamo riconoscere che un primo passo importante di responsabilità di categoria è stato toccato.

**Ora, con la rivista on line, che nasce con l'anno 2019, vogliamo iniziare a rispondere a ulteriori percorsi di responsabilità, favorendo la possibilità di restare aggiornati con pubblicazioni di linee guida e raccomandazioni per le buone pratiche clinico-assistenziali, così da embricare la responsabilità di categoria, con quella del singolo professionista.** Questo, senza nessuna pretesa di essere esaustivi o sostitutivi all'aggiornamento continuo che ci deve contraddistinguere.

Da qui scaturisce la priorità di pubblicare **semestralmente** revisioni scientifiche short, che si prestino ad una rapida lettura critica, e ad un possibile riscontro nel processo assistenziale di ciascuna ostetrica, pubblicabili svincolate da approvazioni di Comitati Etici.

Questo vuole essere un buon inizio, in attesa di ulteriori passi di responsabilità personale e di categoria, nei confronti del nostro operare professionale e del mondo scientifico.

### **Bibliografia**

LEGGE n. 24, 8 marzo 2017, "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".  
Gazzetta Ufficiale n. 64



# SISOGN

Società Italiana di Scienze  
Ostetrico-Ginecologico-  
Neonatali

The Official Journal  
ISSN 2723-9179

SISOGN The Official Journal [on line] ISSN 2723-9179  
December 2019, 01: N. 1

## Valsalva maneuver and spontaneous pushing. Maternal and fetal outcomes

### *Manovra di Valsalva e spinta spontanea. Effetti su madre e feto*

Sara Trapania, Paola Agnese Mauri<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> School of Midwifery, Department of Clinical Sciences and Community Health, Università degli Studi di Milano- Milan, Italy

<sup>b</sup> Unit of mother child and newborn health, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico - Milan, Italy

Corresponding Author: Paola Agnese Mauri [paola.mauri@unimi.it](mailto:paola.mauri@unimi.it)  
via Manfredo Fanti 6, 20122 Milan, Italy – [paola.mauri@unimi.it](mailto:paola.mauri@unimi.it) fax number +39 0255036542 tel number +39 0255038599

Copyright:  
DOI:

### **Abstract**

**Purposes or investigation.** This study is to evaluate the effects of spontaneous pushing and Valsalva maneuver on maternal and fetal outcomes, in order to inquire if there are any situations where the use of the "artificial" Valsalva maneuver (instead of the "natural" spontaneous pushing) is justified.

**The basic procedures.** The search for scientific literature was carried out through the use of "PubMed" and the help offered by the "Cochrane Library", too. Articles published in the last five years were looked for, using the following keywords: Maternal pushing AND outcomes. One of the documents included in this study was found on the site of the "World Health Organization - WHO"

**The main findings.** There is no scientific evidence that recommends the use of Valsalva maneuver instead of the "natural" spontaneous pushing; in contrast, several studies indicate better outcomes with spontaneous pushing, especially about perineal effects and fetal well-being.

**Conclusions and implication for practice.** The analyzed studies agree about the fact that midwives' assistance should provide encouragement and support to the woman during the second stage, favoring her natural urge to push (spontaneous pushing).

### **Keywords**

Spontaneous pushing; Valsalva maneuver; Maternal pushing

### **Introduzione**

Durante il secondo stadio attivo del parto è registrato il verificarsi di un irrefrenabile desiderio di spingere da parte della partoriente. Esso è un fenomeno indispensabile, poiché contribuisce ad incrementare la forza espulsiva, sommandosi a quella involontaria sviluppata dalle contrazioni uterine. Insieme alle contrazioni, queste spinte coinvolgono i muscoli respiratori, addominali e perineali, che collaborano all'espulsione del feto (de Tarcy et al, 2016; Lemos et al, 2017).

Principalmente le tecniche di spinta adottate dalla partoriente durante il periodo espulsivo possono essere due: la spinta spontanea o l'indicazione ad esercitare la manovra di Valsalva.

La spinta spontanea permette alla donna di seguire il proprio istinto (lo sforzo e la durata della spinta dipendono dalle sensazioni che il suo corpo le invia) e le consente di respirare a glottide aperta (Koyucu et al, 2017). L'indicazione ad esercitare la manovra di Valsalva, che comporta "spinta a glottide chiusa", viene richiesta alla donna dall'ostetrica (o dal ginecologo), i quali indicano di spingere dall'inizio della contrazione, procedendo con un respiro profondo, trattenendo l'aria e quindi spingendo mantenendo la glottide chiusa, esercitando la maggior forza possibile (Ahmadi et al, 2017).

La spinta a glottide chiusa ha un'origine oscura. Tuttavia questa spinta è stata descritta in trattati ostetrici fin dalla fine del XIX secolo. Probabilmente la tecnica si è sviluppata con la diffusione dei parti operativi con forcipe, ma senza alcun convincente dato scientifico a supportare la teoria che fosse favorente la nascita. Dalla fine del XX secolo, in Europa, è diffusa una scuola di pensiero che promuoveva il ritorno al cosiddetto "parto naturale" e quindi si è via via tornati alla tecnica di spinta spontanea gestita dalle sensazioni della donna (Barasinski et al, 2016).

In Italia, qualora la spinta venga giudicata non efficace dagli operatori, i comportamenti adottati sono molteplici, raramente quelli indicati dalle Linee Guida. Uno studio italiano (Bettoni et al, 2011) indica che i più rappresentati sono la manovra di Valsalva (33% dei casi) e la manovra di Kristeller (24%). In Inghilterra, invece, lo stesso studio rileva (tramite questionari a ostetriche) che in caso di spinta inefficace, si impegnano a supportare la donna con cambio di atteggiamento corporeo. Su un totale di sei ostetriche con esperienza di lavoro in Inghilterra, solo una afferma di guidare la spinta (manovra di Valsalva) se questa è giudicata inefficace.

Anche in caso di tracciato cardiocotografico non rassicurante, in Italia si tende ad optare per una assistenza più orientata verso la manovra di Valsalva, quando questo è con evidenza sconsigliato (Danti, 2017), così come riportato in Figura 1.

Figura 1. Misure contrarie ed utili in presenza di tracciato cardiocotografico non rassicurante (tratto da Danti, 2017).

QUELLO CHE DI SOLITO SI FA E NON SI DOVREBBE FARE	QUELLO CHE DI SOLITO NON SI FA E SI DOVREBBE FARE
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettere la donna sul lettino da parto in posizione litotomica</li> <li>- Continuare o aumentare la somministrazione di ossitocina endovenosa</li> <li>- <b>Invitare la donna ad eseguire spinte attive più intense</b></li> <li>- Eseguire la manovra di Kristeller</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Invitare la donna, se coricata, a mettersi sul fianco sinistro</li> <li>- Ridurre o sospendere la somministrazione di ossitocina endovenosa</li> <li>- Invitare la donna ad assecondare la spinta volontariamente il meno possibile (o comunque ogni 2 o 3 contrazioni)</li> <li>- Valutare le possibili scelte cliniche: attesa, applicazione di forcipe o ventosa ostetrica, esecuzione di un taglio cesareo</li> </ul>

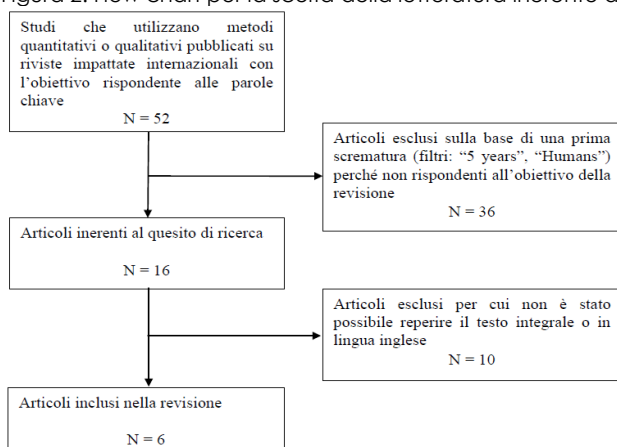
Lo scopo di questa revisione è quello di evidenziare, tramite un confronto, gli effetti delle diverse tecniche di spinta (spontanea e a glottide chiusa) sugli outcomes materni e fetali, al fine di indagare se ci sono situazioni che possono giustificare l'indurre alla manovra di Valsalva al posto di valorizzare la spinta spontanea da parte della partoriente.

In particolare, in relazione alla tipologia di spinta, si vuole confrontare la durata del secondo stadio, la tipologia di parto, le conseguenze sul pavimento pelvico, la pratica dell'episiotomia, gli effetti a livello vescicale dopo il parto, la soddisfazione materna, gli esiti fetali/neonatali (tra cui Apgar score, pO2 e pH cordonale).

### Materiali e Metodi

La letteratura cui si farà riferimento per la revisione è stata selezionata dalla seconda metà del mese di marzo 2018 alla prima settimana di aprile 2018. La ricerca della letteratura è stata effettuata utilizzando come motore di ricerca "PubMed" e la biblioteca digitale "Cochrane Library". Si sono utilizzate come parole-chiave Maternal pushing AND outcomes (AND come operatore booleano). La ricerca ha portato ad un'iniziale selezione del materiale, per un totale di 52 studi ottenuti con l'obiettivo rispondente alle keywords. 36 articoli sono poi stati esclusi sulla base di una prima scrematura (filtri: "5 years", "Humans"). Dei 16 documenti rimasti, 10 sono risultati irreperibili e quindi nella presente Revisione vengono inclusi 6 articoli: tre Review e tre studi Clinici Controllati Randomizzati. Il processo di selezione delle fonti è riassunto nella Flow chart in Figura 2.

Figura 2. Flow chart per la scelta della letteratura inerente al quesito di ricerca.



Oltre ai sei articoli è stato analizzato un documento della "World Health Organization - WHO". Si tratta di raccomandazioni basate su evidenze scientifiche che si concentrano sul tema generale dell'assistenza ostetrica, che trattano anche dell'argomento preso in analisi. Complessivamente, dunque, le fonti analizzate per la stesura della presente Revisione sono sette.

IL grado di evidenza degli studi analizzati verrà espresso secondo i criteri dettati dalla classificazione dei livelli di evidenza mostrata in Figura 3.

Figura 3 – Livelli di evidenza cui si è fatto riferimento per la compilazione dell'ultima colonna della

evidenza	livello della prova	grado della raccomandazione	
metanalisi di RCTs	Ia	A	forte
almeno un RCT	Ib		
almeno uno studio clinico ben condotto senza randomizzazione	IIa	B	discreta
almeno un altro tipo di studio clinico ben disegnato quasi sperimentale	IIb		
almeno uno studio clinico ben disegnato non sperimentale	III		
opinioni di comitati di esperti o esperienze di autorità riconosciute	IV	C	debole

## Risultati

L'analisi degli articoli per la revisione è sintetizzata nella Tabella 1. Per ogni fonte si precisano autori, anno di pubblicazione, disegno, scopo, materiali e metodi, si riassumono i risultati e si specifica il livello di evidenza/raccomandazione.

Tabella 1 – Analisi in sintesi delle fonti analizzate per la stesura della Revisione

N°	Autore e anno di pubblicazione - Contesto	Disegno dello studio	Scopo	Materiali e metodi	Risultati	Livello
1	O. Oladapo, M. Bonet, A. M. Gülmözoglu, A. P. Betrán, J. P. Souza, J. Vogel, M. Bucagu, A. Portela, R. Khosla, F. McConville, Ö. Tunçalp, M. Babamuradova, K. Gholbzouri, B. De Mucio, M. Nagai, L. Ouedraogo, H. Abdel-Aleem,	Linee Guida basate su evidenze scientifiche	Migliorare la qualità dell'assistenza intrapartum. Sono quindi state messe a punto Raccomandazioni sull'assistenza a	Queste Linee Guida includono complessivamente 56 Raccomandazioni basate su evidenze scientifiche - Per quanto riguarda i metodi di spinta materna, sono stati considerati e analizzati otto Studi Randomizzati e	Le Linee Guida raccomandano un'assistenza rispettosa durante il travaglio, una continuità assistenziale, il supporto emotivo, la comunicazione con la donna da parte del team, un regolare monitoraggio del travaglio, la possibilità di assumere cibi leggeri durante il travaglio, la libertà di	I b



	F. Althabe, M. Amorim, M. Boulvain, A. Gogoi, T. Lavender, S. Mader, S. Miller, R. Mori, H. Obara, R. Pattinson, H. Sanghvi, M. Singata-Madliki, J. E. Tolosa, H. Wahabi, P. Lumbiganon, J. Neilson, E. Abalos, D. Bick, M. Bohren, M. Chamillard, V. Diaz, S. Downe, T. Dowswell, K. Finlayson, F. Kelle, T. Lawrie, J. Pasquale, E. Shakibazadeh, G. Thomson, D. Ayres-de-Campos, M. M. Gross, P. ten Hoop-Bender, M. E. Stanton, A. Wright, B. Dao, J. Hofmeyr, C. Homer, V. Hundley, A. Nabhan, 2018 - Geneva: World Health Organization, WHO Steering Group (Department of Reproductive Health and Research; Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health)		tutte le donne con una gravidanza a basso rischio durante il travaglio e il parto - A tal proposito, nel lavoro scientifico, si può apprezzare anche un confronto tra spinta spontanea e spinta diretta (Valsalva).	Controllati, coinvolgenti 884 donne. Alcuni tra questi studi hanno compreso primigravide, con gravidanze singole non complicate, a termine e con presentazione di vertice. Un trial ha invece considerato donne pluripare e un altro ha coinvolto anche alcune donne con epidurale. Le posizioni assunte dalle donne al parto non erano sempre le stesse. Importante specificare che, in generale, nel gruppo di donne che spingevano spontaneamente, non sono state date specifiche informazioni sulla tecnica di spinta, ma piuttosto sono state incoraggiate a fare ciò che veniva loro naturale.	movimento, le strategie di contenimento del dolore... - Relativamente al tipo di spinta adoperata, non sono state riscontrate grandi differenze tra spinta spontanea e manovra di Valsalva né negli outcomes materni né in quelli fetali/neonatali. Questa è l'indicazione fornita agli operatori: «Incoraggiare le donne a usare il loro metodo fisiologico e naturale di spingere, nel secondo stadio del parto, potrebbe aiutare le donne a sentirsi più padrone della loro esperienza di parto e consente loro di godere dei loro diritti riproduttivi».	
2	Lemos A, Amorim MMR, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Coreia JB, 2017 - The Cochrane Collaboration	Review di RCTs	Valutare i benefici e gli eventuali svantaggi di differenti tecniche riguardanti la spinta / il respiro della donna sugli outcomes materni e fetali durante lo stadio espulsivo del parto.	La ricerca ha incluso e analizzato 21 studi (RCTs). 8 di questi, oggetto di interesse per la presente Revisione, comparavano i tipi di spinta (spontanea vs. Valsalva), mentre 13 il tempo della spinta (ritardata o immediata). Gli RCTs sul confronto tra le diverse tecniche di spinta includevano donne tra i 18 e i 40 anni, non necessariamente alla prima gravidanza ma con feti unici, a termine e con presentazione cefalica di vertice. In sette studi su otto le donne non hanno fatto uso dell'analgia epidurale.	Per quanto riguarda le tecniche di spinta, dai dati non si ricavano chiare differenze tra spinta spontanea e manovra di Valsalva (né sugli outcomes materni né su quelli fetali). Non ci sono dunque evidenze scientifiche che raccomandano l'utilizzo della manovra di Valsalva rispetto alla fisiologica spinta spontanea. Sono necessari altri studi di alta qualità; nel frattempo le donne dovrebbero essere incoraggiate a spingere secondo la loro preferenza. Anche per quanto riguarda il tempo di spinta, non si è giunti a chiare conclusioni.	I b
3	Barasinski C, Lemery D, Vendittelli F. 2016 - Gynécologie Obstétrique & Fertilité	Review di RCTs	Valutare, attraverso una Revisione della letteratura, la morbilità materna e neonatale associata al tipo di spinta usato durante il periodo espulsivo.	Tramite "The Cochrane Library" e "Medline" sono stati cercati Studi Randomizzati e Controllati condotti dal 1980 al 2015. Sono stati analizzati complessivamente 9 articoli, di cui due Meta-analisi e sette Studi Controllati e Randomizzati (questi ultimi hanno considerato donne a termine, con gravidanza singola e presentazione di vertice).	Gli studi nel complesso non hanno rilevato differenze a livello di frequenza di episiotomia o tipo di nascita. L'impatto sul perineo è stato valutato in maniera differente a seconda degli studi. A causa dell'assenza di forti evidenze, queste fonti non permettono di raccomandare un particolare tipo di spinta. In attesa di nuove evidenze, la scelta sul tipo di spinta durante la fase attiva della nascita dovrebbe essere data alla donna: la gestione deve evolvere dando loro più autonomia.	I b
4	Renaud de Tayrac and Vincent Letouzey, 2016 - Wolters Kluwer Health	Review di RCTs	Riassumere le attuali conoscenze mediche relative alle conseguenze materne e fetali di spinta spontanea e manovra di Valsalva, concentrandosi sugli esiti pelvici e perineali.	Utilizzando come motori di ricerca PubMed, The Cochrane Library e EM-Premium, sono state cercate fonti pubblicate tra il 1984 e il 2016. Dei 29 articoli analizzati, sono stati selezionati 9 Studi Randomizzati che hanno confrontato la manovra di Valsalva con la spinta a glottide aperta. È stato analizzato un	Due studi hanno dimostrato che la spinta spontanea riduce il rischio di lacerazioni perineali, ma l'eterogeneità dei risultati dei diversi studi non permette di trarre conclusioni certe. Risultati contrastanti sono stati riferiti per quanto riguarda la durata del periodo espulsivo. La tecnica di spinta non sembra influenzare episiotomia, parto strumentale o taglio cesareo. La soddisfazione materna è generalmente migliore a	I b

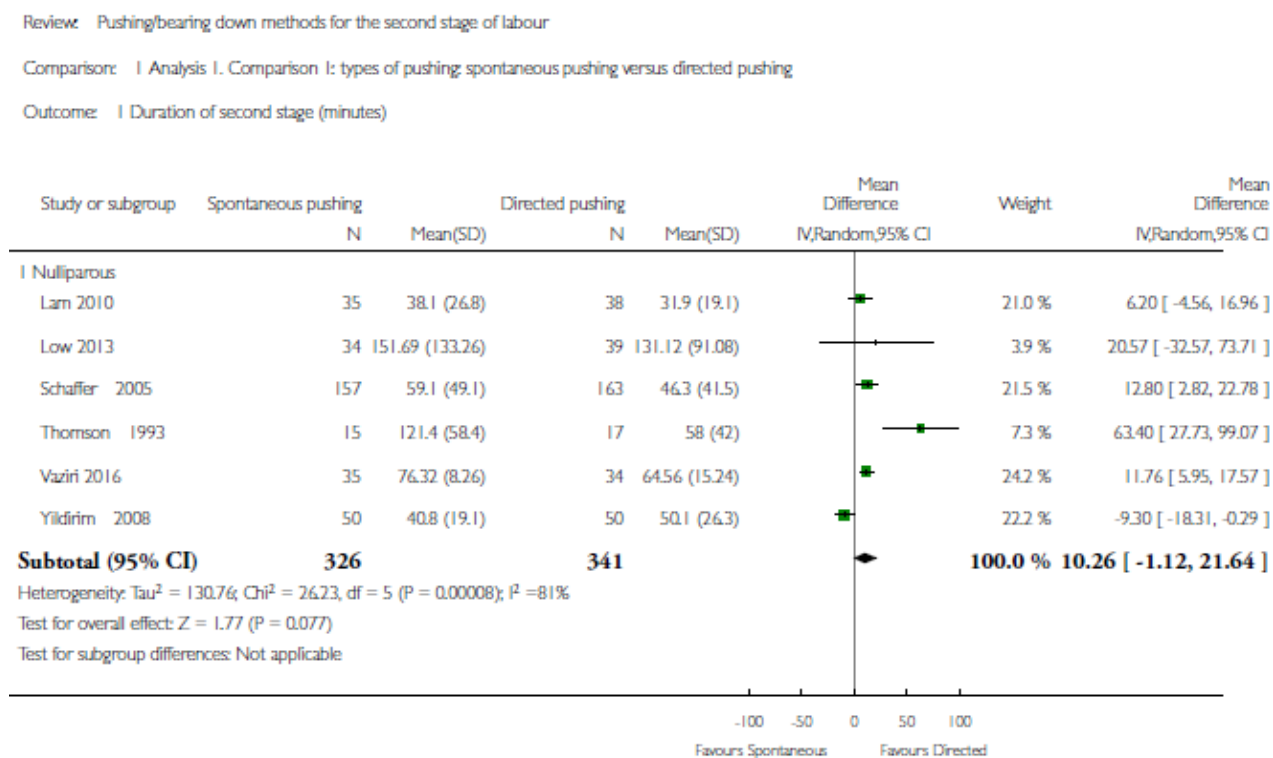
				decimo articolo: si tratta di un'analisi secondaria di uno Studio Randomizzato per confrontare diverse tecniche di protezione perineale (impacchi caldi, massaggi e protezione manuale).	seguito di spinta spontanea. Pare inoltre che quest'ultima non abbia effetti negativi sul benessere neonatale, anzi uno studio ha mostrato un miglioramento significativo dei parametri fetali prenatali durante il secondo stadio. Data però l'eterogeneità dei risultati degli studi e l'assenza di forti evidenze, si rende necessario svolgere altri Studi Randomizzati Controllati. Prima che si ottengano ulteriori prove, la preferenza della donna e la situazione clinica dovrebbero guidare la decisione sulla scelta della tecnica di spinta.	
5	Zohre Ahmadi, Shahnaz Torkzahrani, Firouze Roosta, Nezhat Shakeri, Zohre Mhmoodi, 2017 - Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research	Studio Controllato Randomizzato	Questo studio è stato condotto per esaminare gli effetti dei diversi metodi di spinta sul perineo e indagare le conseguenze delle tecniche di respirazione sull'estensione del danno perineale in donne iraniane in travaglio.	Questo studio è stato eseguito su 166 primigravide a basso rischio, a termine e candidate per un parto vaginale. Esse sono state divise in due gruppi (da 83 donne ciascuno): il primo avrebbe fatto uso della respirazione al parto, il secondo avrebbe utilizzato la manovra di Valsalva (trattenendo dunque il respiro). Nel primo gruppo è stato chiesto alle donne di fare due respiri addominali profondi all'inizio del dolore, quindi un altro respiro profondo e una spinta per 4-5 secondi con la bocca aperta, controllando l'espiazione.	Si è riscontrato un perineo intatto con maggior frequenza nel gruppo che ha fatto uso della respirazione (41%), rispetto a chi ha adoperato la manovra di Valsalva (19,3%). Le lacerazioni posteriori (1°, 2° e 3° grado) erano notevolmente più alte nel secondo gruppo. Le lacerazioni anteriori e l'episiotomia non erano significativamente differenti nei due gruppi.	Il a
6	Refika Genç Koyucu, Nurdan Demirci, 2017 – Taiwan Association of Obstetrics & Gynecology	Studio Controllato Randomizzato	Il presente studio si è proposto di valutare gli effetti delle tecniche di spinta sulla madre e sul neonato.	Questo studio è stato condotto tra giugno 2013 e marzo 2014 in una clinica di maternità terziaria a Istanbul. 80 primigravide a basso rischio sono state divise in due gruppi. Al gruppo di spinta di Valsalva è stato detto di trattenere il respiro durante la spinta. Nessuna istruzione è stata data al gruppo di spinte spontanee, se non l'incoraggiamento a spingere senza ostacolare la respirazione.	1) La seconda fase del travaglio era mediamente più lunga con la spinta spontanea. 2) Nel gruppo che utilizzava le spinte di Valsalva si è rilevato un tasso di diminuzione dei livelli di Hb significativamente più alto. 3) Un'aumentata mobilità uretrale (angolo di inclinazione uretrale) è stata osservata nel gruppo che utilizzava la spinta di Valsalva.	Il a
7	Farideh Vaziri, Amene Arzhe, Nasrin Asadi, Saeedeh Pourahmad, and Zeinab Moshfeghy, 2016 – Iranian Red Crescent Medical Journal	Studio Controllato Randomizzato	Confrontare gli esiti materno-fetali della spinta spontanea nella posizione sul fianco rispetto all'utilizzo della manovra di Valsalva durante il secondo stadio del travaglio.	I criteri di inclusione in questo studio condotto in Iran sono stati i seguenti: primigravide, feti vivi con presentazione di vertice, età gestazionale di 37 - 40 settimane, travaglio spontaneo e assenza di complicazioni. Il gruppo che ha spinto spontaneamente (35 donne) era in posizione sul fianco, mentre il gruppo che ha spinto usando la manovra di Valsalva (34 donne) era in posizione supina.	La spinta spontanea in posizione sul fianco, rispetto alla manovra di Valsalva, ha portato ad una minore percezione del dolore e della fatica, ma non ha abbreviato la durata del secondo stadio del travaglio. Esiti fetali come la FC fetale, il punteggio di Apgar e i livelli di pH del sangue cordonale non differivano tra i due gruppi, ma la pO2 del sangue cordonale è risultata più alta in caso di spinta spontanea.	Il a

### La durata del secondo stadio

Per quanto riguarda la durata del periodo espulsivo, questa ricerca rileva incongruenze tra i vari studi analizzati. Delle sei fonti che affrontano l'argomento (Barasinski et al, 2016; de Tayrac et al, 2016; Koyucu et al, 2017; Lemos et al, 2017; Oladapo et al, 2018; Vaziri et al, 2016), quattro affermano che i dati ricavati non mostrano differenze nella durata del secondo stadio tra spinta spontanea e manovra di Valsalva (Barasinski et al, 2016; de Tayrac et al, 2016; Lemos et al, 2017; Oladapo et al, 2018).

Nella Figura 4 (Forest plot) si può osservare il prodotto del lavoro di confronto tra i due tipi di spinta su questo tema, ricavato da uno dei quattro studi (Lemos et al, 2017).

Figura 4 – Forest plot per confronto tra spinta spontanea e manovra di Valsalva sulla durata del secondo stadio del parto (Lemos et al, 2017)



Le restanti due fonti analizzate che prendono in considerazione l'argomento rilevano una durata del secondo stadio più elevata in caso di spinta spontanea (Koyucu et al, 2017; Vaziri et al, 2016). Nonostante ciò, entrambi questi studi precisano che il periodo espulsivo con spinta spontanea, anche se più lungo, non va ad influire negativamente sugli outcomes materni e fetali. Infatti non sono stati osservati periodi espulsivi prolungati (>2 ore). Ciò suggerisce che il travaglio con spinta spontanea possa essere continuato entro i normali limiti di tempo, senza rischi aggiuntivi.

### Tipologia di parto

Nessuno degli studi analizzati ha riscontrato un'influenza della spinta sul tipo di parto, sia esso spontaneo o strumentale. Nella Tabella 2 Barasinski indica che le percentuali di parto spontaneo con i due tipi di spinta sono comparabili.

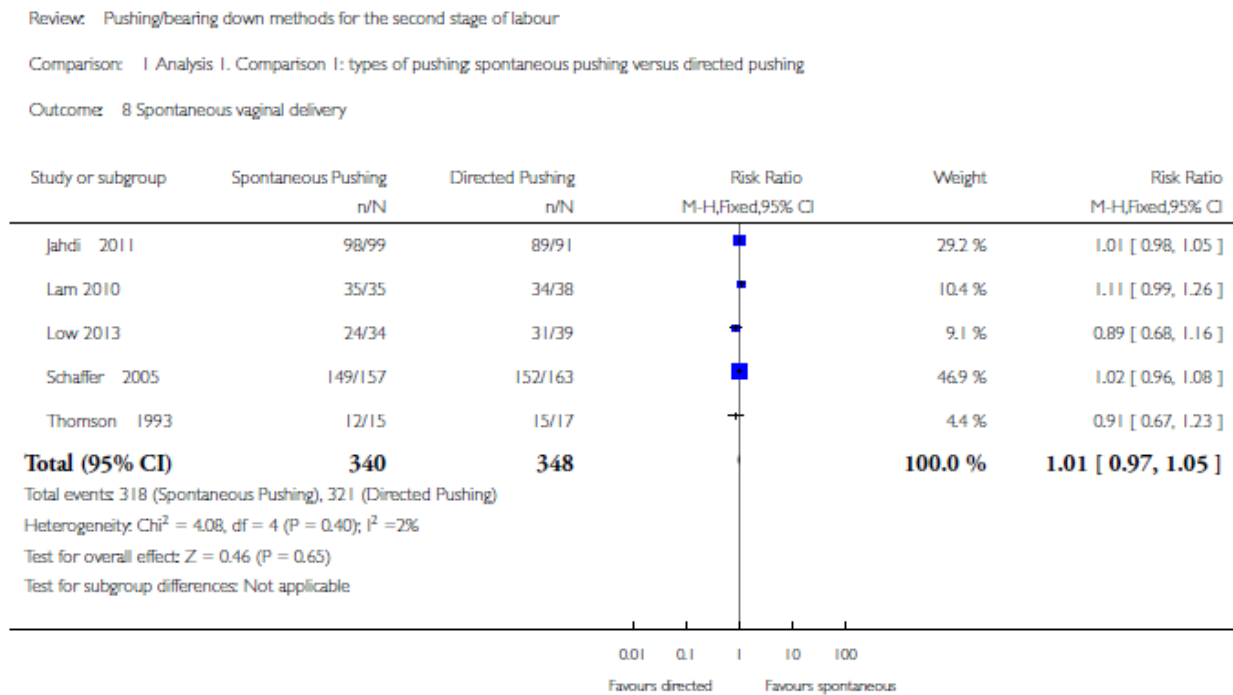
Tabella 2 – Tabella di confronto: numero di parti spontanei (e relative percentuali) in caso di spinta spontanea e di manovra di Valsalva (Barasinski et al, 2016)

Studies	Spontaneous birth	
	IG n/N (%)	CG n/N (%)
Barnett et al. [7]	5/5 (100%)	5/5 (100%)
Parnell et al. [8]	?	?
Thomson [9,10]	12/15 (80%)	15/17 (88.2%)
Schaffer et al.	149/157 (95%)	152/163 (93%)
Bloom et al. [11,12]		
Yildirim et al. [13]	–	–
Jahdi et al. [14]	97/99 (98%)	90/91 (98.9%)
Low et al. [15]	24/34 (68.6%) <sup>a</sup>	31/39 (86.1%) <sup>a</sup>

IG - Intervention Group = Spinta spontanea  
CG - Control Group = Manovra di Valsalva

Risultati analoghi sono riportati nella Figura 5 a) e b) (Forest plot). L'immagine è stata tratta dalla Review di Lemos et al, 2017. La tecnica di spinta sembra non influenzare la tipologia di parto.

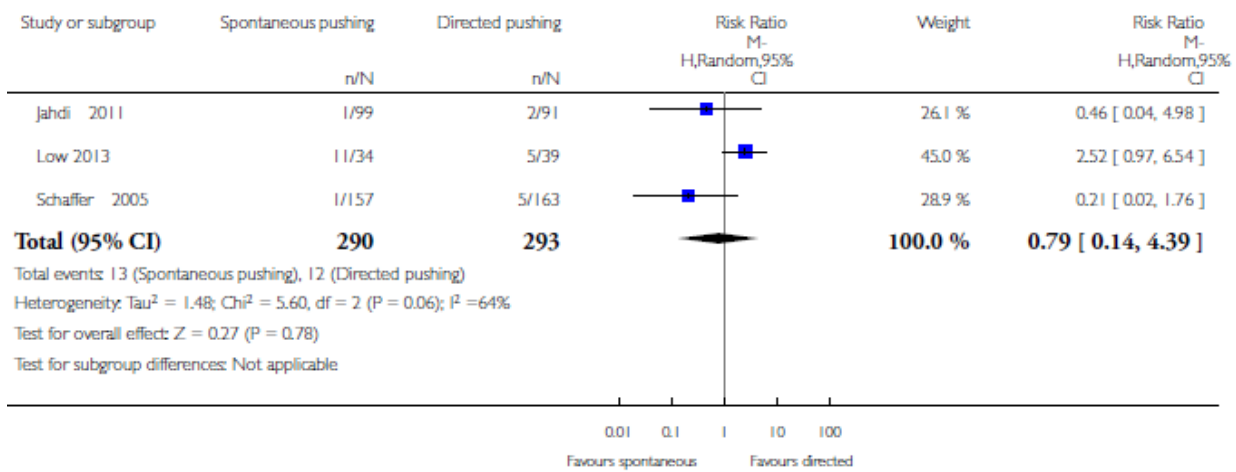
Figura 5 – Influenza del tipo di spinta (spontanea o manovra di Valsalva) sul parto spontaneo e sul taglio cesareo (Lemos et al, 2017)



Review: Pushing/bearing down methods for the second stage of labour

Comparison: 1 Analysis 1. Comparison 1: types of pushing: spontaneous pushing versus directed pushing

Outcome: 10 Caesarean delivery



### Conseguenze sul pavimento pelvico

Nonostante la gravidanza di per sé causi alcune modificazioni perineali, la spinta gioca un ruolo sulle conseguenze per il pavimento pelvico (de Tayrac et al, 2016). Gli esperti suggeriscono che uno dei metodi effettivi per ridurre il trauma perineale è quello di distendere i muscoli lentamente e gradualmente, facendo attenzione a non sovraccaricare il perineo con una pressione addominale eccessiva (spinta volontaria), che andrebbe a sommarsi alla forza già esercitata dalle contrazioni (Ahmadi et al, 2017). Diversi studi hanno investigato gli outcomes di differenti modalità di spinta a livello del pavimento pelvico tra cui sei fonti analizzate. Fra queste, tre non indicano chiare correlazioni tra il tipo di spinta adottato e il trauma a livello perineale (Barasinski et al, 2016; Lemos et al, 2017; Oladapo et al, 2018), mentre Koyucu et al, 2017 (seppur non rilevi differenze significative in termini di trauma perineale), riporta di aver osservato lacerazioni di terzo grado soltanto in un caso (una donna che ha spinto tramite manovra di Valsalva). In più, il numero di lacerazioni cervicali rilevate era maggiore nel gruppo di donne che hanno spinto a glottide chiusa. Ahmadi et al, 2017 evidenzia che la frequenza di perineo intatto in chi usa la spinta spontanea è maggiore rispetto a chi usa la manovra di Valsalva. Inoltre afferma che la frequenza di lacerazioni posteriori (1°, 2° e 3° grado) è maggiore in caso di spinta a glottide chiusa (Tabella 3).

Tabella 3 – Confronto (con valori espressi in %) sullo stato perineale a seguito di spinta spontanea o manovra di Valsalva (Ahmadi et al, 2017)

Characteristic	Percentage		P value Chi square test
	Breathing techniques (Case group)	Valsalva maneuver (Control group)	
Perineum statue			
No trauma	41	19.3	0.002
Posterior laceration	14.3	34.9	0.003
1 <sup>st</sup> degree	69	41	
2 <sup>nd</sup> degree	31	56	
3 <sup>rd</sup> degree	0	3	
Anterior laceration	26.5	20.5	0.360
Episiotomy	18.2	25.3	0.258
	Mean (SD)	Mean (SD)	P value
Length of episiotomy (cm)	3.47 (0.26)	3.40 (0.33)	0.487*
Depth of episiotomy (mm)	17 (4.40)	15.95 (4.10)	0.464*
Neonatal characteristics			
Head circumference (cm)	34.33 (1.02)	34.536 (1.002)	0.166*
Chest circumference (cm)	33.19 (1.18)	33.19 (1.18)	0.280*
Birth weight (gr)	3083.01 (266.62)	3135.90 (253.137)	0.192**

\*Mann-Whitney test; \*\* Independent Student's t-test

Lo studio di de Tayrac *et al* (2016) riporta i risultati che sono seguiti ad una revisione della letteratura e nota come alcuni studi indichino assenza di correlazione, mentre altri osservino un rischio di lacerazione diminuito in caso di spinta spontanea.

L'argomento è meritevole di ulteriori approfondimenti e ricerche scientifiche. Quel che è certo è che la manovra di Valsalva causa un aumento della pressione intra-addominale e questo, in un modo o nell'altro, va a ripercuotersi sul perineo (de Tayrac *et al*, 2016). Anche le Linee Guida AIO su "Prevenzione, cura, trattamento delle disfunzioni del pavimento pelvico nella donna" (2016) sconsigliano la manovra di Valsalva per gli effetti dannosi sul perineo segnalando: «La spinta forzata o manovra di Valsalva prevede il sollevamento del capo con conseguente blocco del diaframma e la contrazione della muscolatura addominale sposta l'utero verso l'esterno e può favorire la diastasi del muscolo grande retto. L'unica forza che resta disponibile è il volume di aria toracica che spinge il diaframma verso il basso, solleva l'addome e produce una spinta sul perineo contratto estroflettendolo.»

### **Pratica dell'episiotomia**

Sei degli studi analizzati hanno affrontato l'effetto del tipo di spinta sulla pratica dell'episiotomia (Ahmadi *et al*, 2017; Barasinski *et al*, 2016; de Tayrac *et al*, 2016; Koyucu *et al*, 2017; Lemos *et al*, 2017; Oladapo *et al*, 2018). Tutti sono concordi nell'affermare che non vi è correlazione tra le due variabili. Si riporta in Tabella 4 il risultato sintetizzato da uno studio (Koyucu *et al*, 2017).

Tabella 4 – Numero di donne (e relative percentuali) che hanno subito episiotomia, divise in due gruppi a seconda del tipo di spinta (spontanea o Valsalva) (Koyucu *et al*, 2017)

Characteristic	Spontaneous pushing group (n = 40)	Valsalva pushing group (n = 40)
Episiotomy	34 (85)	35 (87.5)

### **Effetti a livello vescicale evidenziate nel post partum**

Per quanto riguarda gli effetti a livello vescicale, cinque studi hanno valutato questo tipo di conseguenze materne nel periodo successivo al parto. Un primo studio (de Tayrac *et al*, 2016) riporta che la manovra di Valsalva influenza negativamente la capacità vescicale e il primo stimolo minzionale dopo il parto. Non evidenzia però effetti su pressione di chiusura uretrale, flusso urinario, iperattività del muscolo detrusore e incontinenza urinaria postnatale.

Una seconda fonte (Barasinski *et al*, 2016) non mostra una riduzione della capacità vescicale in caso di spinta a glottide chiusa, ma osserva una riduzione del primo stimolo minzionale dopo il parto. Si riscontra un aumentato rischio di iperattività del muscolo detrusore, ma non significativo. Lo stesso vale per l'incontinenza urinaria. Un terzo studio (Koyucu *et al*, 2017) rileva un'aumentata mobilità uretrale (angolo di inclinazione uretrale) in caso di manovra di Valsalva. Le ultime due fonti (Lemos *et al*, 2017; Oladapo *et al*, 2018) affermano invece che ci sono scarse differenze tra spinta spontanea e manovra di Valsalva sul rischio di incontinenza urinaria post-partum. Nonostante l'eterogeneità dei risultati degli studi, che meritano ulteriori approfondimenti, sicuramente la funzionalità vescicale è connessa a quella perineale (il pavimento pelvico esercita infatti una funzione di supporto e sostegno degli organi pelvici).

### **Soddisfazione materna**

Dolore, fatica e soddisfazione materna sono tre fattori sicuramente connessi. Infatti, la fatica influenza la percezione del dolore e provoca un decremento della soddisfazione materna. La soddisfazione materna, però, oltre che da condizioni fisiche, è influenzata da molti fattori, tra cui quelli relazionali e psicologici.

Per quanto riguarda la percezione del dolore, gli studi analizzati rilevano scarse differenze tra le donne che hanno adoperato la manovra di Valsalva e coloro che hanno spinto spontaneamente. La Tabella 5 riporta il risultato di uno degli studi valutati anche se non significativo. Si può apprezzare il valore medio di dolore (VAS) percepito dalle donne a livello pelvico-perineale. Nella prima ora post-partum, le madri riportano un valore medio di dolore leggermente più elevato in caso di spinta a glottide chiusa (Koyucu *et al*, 2017).

Tabella 5 – Dolore percepito dalle donne che hanno partorito con spinta spontanea e con manovra di Valsalva (ad 1 h e a 24 h dal parto) ( Koyucu et al, 2017)

Characteristic	Spontaneous pushing group (n = 40)	Valsalva pushing group (n = 40)
<b>Pelvic-perineal pain (Visual Analog Scale Scores)</b>		
1 h after birth	5.30 ± 1.30	6.10 ± 1.39
24 h after birth	2.42 ± 1	2.30 ± 0.99

Relativamente alla percezione della fatica, la maggior parte degli studi che affrontano la questione non vede correlazione con il tipo di spinta (Lemos et al, 2017; Oladapo et al, 2018).

Un altro studio, invece, nonostante riporti l'associazione spinta spontanea - maggiore durata del periodo espulsivo (come precedentemente descritto), mostra una percezione della fatica minore in caso di spinta spontanea (Vaziri et al, 2016). Bisogna però considerare che quest'ultimo studio ha confrontato la spinta spontanea in posizione sul fianco con il metodo di Valsalva in posizione litotomica e quindi la posizione adottata dalla donna durante il parto può essere considerata un fattore confondente rispetto alla rilevazione della fatica.

La valutazione della soddisfazione materna non ha differito a seconda del tipo di spinta in due studi (Lemos et al, 2017; Oladapo et al, 2018). Un terzo studio ha invece rilevato una soddisfazione materna maggiore in caso di spinta spontanea (de Tayrac et al, 2016). Questo è sicuramente dovuto anche al fatto che la donna, utilizzando questa tecnica, che poi è quella che "le viene spontanea", è resa protagonista della propria esperienza di parto.

#### **Esiti fetali/neonatali (tra cui Apgar score, pO2 e pH cordonale)**

Sei delle fonti analizzate affrontano il tema degli esiti fetali e neonatali delle tecniche di spinta.

Uno di questi studi (Vaziri et al, 2016) non riporta differenze significative nei livelli di pH del sangue cordonale né nell'Apgar score, ma mostra un divario tra i livelli di pO2 del sangue cordonale di nati da spinta spontanea e nati da manovra di Valsalva. In Tabella 6 si riporta la tabella tratta da questa fonte, in cui risalta la differenza tra i valori di pO2 a seconda del tipo di spinta (valori di pO2 maggiori in caso di spinta spontanea).

Tabella 6 – Effetto di tipologie diverse di spinta (spontanea e Valsalva) sugli outcomes fetali/neonatali (Vaziri et al, 2016)

Variables	Intervention Group, Mean ± SD <sup>a</sup>	Control Group, Mean ± SD	PValue
pH	7.31 ± 0.04	7.29 ± 0.07	0.10
pO <sub>2</sub>	28.29 ± 11.76	18.83 ± 9.86	< 0.001
Apgar (1 min)	8.91 ± 0.28	8.79 ± 0.53	0.25
Apgar (5 min)	9.97 ± 0.16	9.91 ± 0.37	0.40

<sup>a</sup>Standard deviations.

Intervention Group = Spinta spontanea

Control Group = Manovra di Valsalva

Lo studio di de Tayrac et al (2016) nega l'influenza della tecnica di spinta su pH, pO2 e pCO2 dell'arteria ombelicale. Evidenza invece come diverse fonti riportino pareri differenti riguardo alla correlazione tra tipo di spinta e Apgar score (assenza di correlazione per alcuni studi, punteggi migliori in caso di spinta spontanea per altri). Barasinski et al (2016), con una revisione della letteratura, rileva risultati contrastanti rispetto al punteggio di Apgar e al pH del sangue cordonale: alcune fonti analizzate dagli autori non rilevano correlazione tra tipo di spinta ed esiti neonatali, mentre altre osservano un Apgar score significativamente più alto in caso di spinta spontanea. Infine, Koyucu et al, 2017; Lemos et al, 2017; Oladapo et al, 2018, non riportano chiare differenze tra i due tipi di spinta sugli outcomes fetali/neonatali.

Studi aggiuntivi, di alta qualità, sono necessari per giungere ad una conclusione certa. Non bisogna però dimenticare, come riportato da Luana Danti nel testo "Il periodo espulsivo e... dintorni", che l'apnea causata dalla manovra di Valsalva, se di solito è ben tollerata da un feto normossigenato, può generare invece un'ulteriore riduzione dell'ossigeno in un feto con segnali iniziali di ipossia. Infatti se ci sono indicatori di criticità per il feto (lieve tachicardia o live riduzione della variabilità), la prima cosa da raccomandare alla madre è di non spingere attivamente, o di farlo a contrazioni alterne (Figura 1).



## Discussione

Facendo riferimento alle fonti considerate, i risultati indicano che le due modalità di spinta (spontanea e manovra di Valsalva) producono outcomes simili in termini di:

- tipologia di parto;
- pratica dell'episiotomia;
- dolore e fatica materna (ma relativamente alla soddisfazione uno studio vede più appagate le donne che spingono con spinta spontanea, perché si sentono più protagoniste del loro parto).

Quanto alla durata del periodo espulsivo, la maggior parte delle evidenze scientifiche non rileva differenze a seconda del tipo di spinta. Solo due studi riportano una durata leggermente più lunga in caso di spinta spontanea, senza conseguenze negative sugli outcomes materni e fetali.

Sugli effetti a livello perineale, alcuni studi riportano assenza di correlazione, mentre altri vedono risultati migliori in caso di spinta spontanea. Idem per le conseguenze a livello vescicale dopo il parto.

Per quanto concerne gli esiti fetali/neonatali, alcune fonti vedono una correlazione tra tipologia di spinta e Apgar score alla nascita (punteggio più alto in caso di spinta spontanea), mentre altre no. Uno studio, infine, rileva una pO2 migliore in caso di spinta a glottide aperta.

Tutte le fonti analizzate sono concordi nell'affermare che, seppur nell'attesa di ulteriori studi ed evidenze scientifiche, i professionisti della salute dovrebbero evitare di imporre alle donne la spinta a glottide chiusa, perché non vi è evidenza di alcun tipo di beneficio ottenuto dall'impiego di questa pratica. Nella Figura 4 si riportano le raccomandazioni stabilite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oladapo et al, 2018).

Figura 4 – Raccomandazioni relative al metodo di spinta da adottare durante il secondo stadio del parto (Oladapo et al, 2018)

RECOMMENDATION 36
<b>Women in the expulsive phase of the second stage of labour should be encouraged and supported to follow their own urge to push. (Recommended)</b>
REMARKS
<ul style="list-style-type: none"><li>■ Qualitative evidence on what matters to women during intrapartum care shows that women want to feel in control of their birth process, with the support of kind, reassuring staff who are sensitive to their needs (23).</li><li>■ Health care providers should avoid imposing directed pushing on women in the second stage of labour, as there is no evidence of any benefit with this technique.</li></ul>

## Implicazioni per la pratica

Dalle fonti analizzate si ricava che non ci sono evidenze scientifiche che raccomandano l'utilizzo della manovra di Valsalva rispetto alla "naturale" spinta spontanea.

Anzi, svariati studi indicano outcomes migliori in caso di spinta spontanea, soprattutto relativamente agli effetti perineali e al benessere fetale.

Il comportamento che adotta quindi qualche operatore, sposando la manovra di Valsalva durante l'assistenza al parto, non è giustificato da alcuno studio scientifico.

## Bibliografia

- Ahmadi Z., Torkzahrani S., Roosta F., Shakeri N., Mhmoodi Z. (2017) Effect of Breathing Technique of Blowing on the Extent of Damage to the Perineum at the Moment of Delivery: A Randomized Clinical Trial. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research 22(1): 62–66
- Barasinski C., Lemery D., Vendittelli F. (2016) Do maternal pushing techniques during labour affect obstetric or neonatal outcomes? Gynécologie Obstétrique & Fertilité 44(10):578-583



- Bettoni A., Mauri P.A., Calistri D. (2011) Tesi di Laurea. Assistenza al travaglio e parto fisiologico. Analisi e confronto delle Linee Guida NICE con quelle italiane e loro applicazione. Corso di Laurea in Ostetricia UNIMI
- Danti L. (2017) Il periodo espulsivo e dintorni. Piccin
- de Tayrac R., Letouzey V. (2016) Methods of pushing during vaginal delivery and pelvic floor and perineal outcomes: a review. *Current Opinion in Obstetric & Gynecology* 28(6):470-476
- Koyucu R.G., Demirci N. (2017) Effects of pushing techniques during the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology* 56(5):606-612
- Lemos A., Amorim M.M.R., Dornelas de Andrade A., de Souza A.I., Cabral Filho J.E., Correia J.B. (2017) Pushing/bearing down methods for the second stage of labour (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 26;3:CD009124.
- Oladapo O., Bonet M., Gülmezoglu A.M., Betrán A.P., Souza J.P., Vogel J., Bucagu M., Portela A., Khosla R., McConville F., Tunçalp Ö., Babamuradova M., Gholbzouri K., De Mucio B., Nagai M., Ouedraogo L., Abdel-Aleem H., Althabe F., Amorim M., Boulvain M., Gogoi A., Lavender T., Mader S., Miller S., Mori R., Obara H., Pattinson R., Sanghvi H., Singata-Madliki M., Tolosa J.E., Wahabi H., Lumbiganon P., Neilson J., Abalos E., Bick D., Bohren M., Chamillard M., Diaz V., Downe S., Dowswell T., Finlayson K., Kellie F., Lawrie T., Pasquale J., Shakibazadeh E., Thomson G., Ayres-de-Campos D., Gross M.M., ten Hoop-Bender P., Stanton M.E., Wright A., Dao B., Hofmeyr J., Homer C., Hundley V., Nabhan A. (2018) WHO recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization
- Vaziri F., Arzhe A., Asadi N., Pourahmad S., Moshfeghy Z. (2016) Spontaneous Pushing in Lateral Position versus Valsalva Maneuver During Second Stage of Labor on Maternal and Fetal Outcomes: A Randomized Clinical Trial. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 10;18(10):e29279



# SISOGN

Società Italiana di Scienze  
Ostetrico-Ginecologico-  
Neonatali

The Official Journal  
ISSN 2723-9179

SISOGN The Official Journal [on line] ISSN 2723-9179  
December 2019, 01: N. 1

## Delayed cord clamping: immediate cord clamping (ICC), delayed cord clamping (DCC) or umbilical cord milking (UCM)?

*Il clampaggio del cordone ombelicale: immediato (ICC), ritardato (DCC) o milking (UCM)?*

Greta Colombi<sup>a</sup>, Paola Agnese Mauri<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> School of Midwifery, Department of Clinical Sciences and Community Health, Università degli Studi di Milano- Milan, Italy

<sup>b</sup> Unit of mother child and newborn health, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico - Milan, Italy

Corresponding Author: Paola Agnese Mauri [paola.mauri@unimi.it](mailto:paola.mauri@unimi.it)  
via Manfredo Fanti 6, 20122 Milan, Italy – [paola.mauri@unimi.it](mailto:paola.mauri@unimi.it) fax number +39 0255036542 tel number +39 0255038599

Copyright:  
DOI:

### Abstract

**Purposes or investigation.** In this review, I wanted to compare some of the scientific research about the umbilical cord clamping.

**The basic procedures.** The search compared six scientific articles of PubMed, using the keyword: "delayed cord clamping". The study used the search filters: free full text, 10 years, humans. Three articles analyze benefits and risks of the umbilical cord clamping. Other articles analyze specific topics: the risk of hyperbilirubinemia and jaundice, hematopoietic stem cells and red cell alloimmunization.

**The main findings.** Several studies have documented that in infants, delaying cord clamping brings some benefits: a 20 to 30% increase in blood volume, a 50% increase in red cell volume and it improves iron status during infancy. This is essential for an adequate cardiovascular and respiratory transition. Other studies show that DCC decreases oxidative stress and is neuroprotective.

**Conclusions and implication for practice.** The analyzed studies agree about the fact that midwives' assistance should provide encouragement and support delayed cord clamping (DCC) or umbilical cord milking (UCM), when the birth is physiologic.

### Keywords

Immediate cord clamping (ICC); delayed cord clamping (DCC); umbilical cord milking (UCM)

### Introduzione

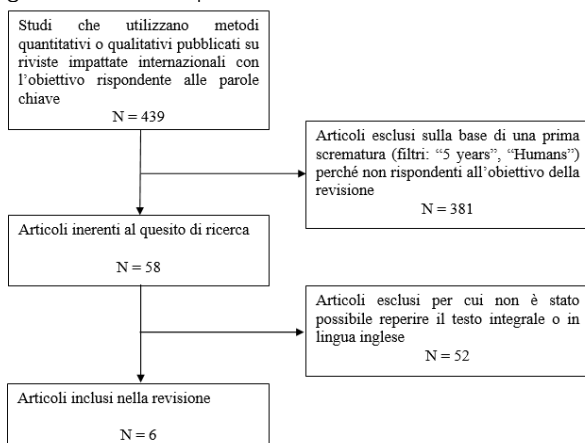
Nel regno animale, la maggior parte dei mammiferi, aspetta l'espulsione della placenta prima di separarla dal cucciolo. Nell'uomo invece questo viene fatto spesso anche entro pochi secondi dalla nascita. Se aspettare o agire immediatamente, è stata una questione controversa per molti anni. Erasmus Darwin, un illustre medico e il nonno del famoso Charles, ha scritto un libro

pubblicato nel 1801, dove indicava la sua preoccupazione su questo aspetto: "Un'altra cosa molto dannosa per il bambino è legare e tagliare il cordone ombelicale presto; questo dovrebbe sempre essere lasciato intatto non solo fino a che il neonato non ha ripetutamente respirato, ma finché tutte le pulsazioni nel cordone non cessano. Altrimenti il bambino è molto più debole di quello dovrebbe essere; una parte del sangue che avrebbe dovuto essere sua, viene lasciato dentro la placenta". Nel 1875, Budin, considerato il padre della neonatologia, pubblicò un articolo discutendo il momento giusto per il clampaggio del cordone. Nel 1975, questo articolo era stato commentato nella rivista scientifica "Pediatrics" sotto al titolo: "100 anni avanti, e ancora nessuna risposta". Nel ventesimo secolo l'assistenza al parto si è sempre più spostata all'interno degli ospedali, assistita da ostetrici che agivano attivamente sul secondamento. Fu così che per mancanza di risultati e raccomandazioni, il clampaggio del cordone ombelicale si fece sempre prima. Quindi si è consolidato negli anni insieme alla gestione attiva del terzo stadio, introdotta principalmente per evitare una grave complicanza materna: l'emorragia post-partum. Questa comporta una perdita ematica dopo il parto superiore a 500ml. La paura per il neonato invece era quella di andare incontro ad iperbilirubinemia, seguita dall'ittero, e policitemia. Oggi, nel mondo, il clampaggio precoce del cordone viene effettuato in molti paesi industrializzati. La scelta tra il clampaggio del cordone precoce e tardivo è un problema rilevante. Serve comprendere quali siano i rischi e i benefici derivanti dalle due diverse pratiche, sia per la salute del neonato a termine che pretermine, che per la salute materna. Molti studi dimostrano che la quantità di sangue che un bambino ottiene con la trasfusione placentare è considerevole. I neonati ottengono un aumento del volume sanguigno del 20-30%, un aumento del 50% del volume di globuli rossi, maggior presenza di ferro fino a sei mesi, minori casi di anemia, maggior flusso sanguigno verso gli organi nobili, miglior adattamento cardiopolmonare, passaggio di cellule staminali. Molti ricercatori considerano questo tema degno di risoluzione e tante sono le domande ancora aperte. Questa revisione della letteratura ha lo scopo di analizzare le variabili collegate al clampaggio del cordone immediato (ICC), a confronto con il clampaggio del cordone ritardato (DCC) e il milking del cordone (UCM), in riferimento alla salute del neonato a termine e del neonato pretermine.

## Materiali e metodi

La ricerca è stata svolta nel mese di maggio 2018, utilizzando il motore di ricerca PubMed ed inserendo la parola chiave: "delayed cord clamping". Sono stati evidenziati 439 articoli. Aggiungendo i filtri "free full text", "10 years", "humans", sono rimasti 58 articoli. Di questi 58 articoli ne sono stati selezionati 6 articoli, di cui lo scopo era rispondente al tema della revisione. Il processo di selezione delle fonti è riassunto nella Flow chart in Figura 1.

Figura 1. Flow chart per la scelta della letteratura inerente al quesito di ricerca.



IL grado di evidenza degli studi analizzati verrà espresso secondo i criteri dettati dalla classificazione dei livelli di evidenza mostrata in Figura 2.

Figura 2 – Livelli di evidenza cui si è fatto riferimento per la compilazione dell'ultima colonna della

evidenza	livello della prova	grado della raccomandazione	
metanalisi di RCTs	la	A	forte
almeno un RCT	lb		
almeno uno studio clinico ben condotto senza randomizzazione	IIa	B	discreta
almeno un altro tipo di studio clinico ben disegnato quasi sperimentale	IIb		
almeno uno studio clinico ben disegnato non sperimentale	III		
opinioni di comitati di esperti o esperienze di autorità riconosciute	IV	C	debole

## Risultati

L'analisi degli articoli per la revisione è sintetizzata nella Tabella 1. Per ogni fonte si precisano autori, anno di pubblicazione, contesto, disegno, scopo, materiali e metodi, si riassumono i risultati e si specifica il livello di evidenza/raccomandazione.

Tabella 1 – Analisi in sintesi delle fonti analizzate per la stesura della Revisione

N	Autore e anno di pubblicazione e - Contesto	Disegno dello studio	Scopo	Materiali e metodi	Risultati	Livello
1	Ceriani Cernadas J.M. (2016)	Review	Discutere come il ritardato clampaggio del cordone ombelicale fornisca al neonato una notevole quantità di cellule staminali.	Revisione della letteratura	L'autore sottolinea l'importante proliferazione di cellule staminali pluripotenti nel feto dopo la nascita, raggiungibile solo attraverso il grande volume di sangue (25-35 ml / kg) ricevuto attraverso il clampaggio ritardato.	III b
2	Ceriani Cernadas J.M. (2017)	Review	Valutare i rischi e i benefici per il neonato e la madre, dopo ICC o DCC.	Revisione della letteratura	Serve un'indagine clinica randomizzata per analizzare gli esiti materni, specialmente quelli relativi all'emorragia post partum, e gli esiti neonatali e infantili a lungo termine.	III b
3	Garabedian C., Rakza T., Drumez E., Poleszczuk M., Ghesquiere L., Wibaut B., Depoortere M. H., Vaast P., Storme L., Houfflin-Debarge V. (2016)	Studio comparativo	Valutare benefici e rischi del DCC nell'alloimmunizzazione dei globuli rossi.	Studio comparativo, tra il trattamento con ICC e con DCC, di tutti i neonati che avevano avuto bisogno di una trasfusione intrauterina a causa di anemia.	Le trasfusioni post natali erano più comuni nel gruppo di neonati trattati con ICC. Il periodo tra la nascita e la prima trasfusione era più corto nel gruppo trattato il ICC. Il livello massimo di bilirubina ed il tasso di fototerapia erano simili nei due gruppi.	III b
4	Katheria A.C., Lakshminrusi mha S., Rabe H., Mcadams R., Mercer J.S. (2017)	Review	Esaminare i diversi fattori che influenzano la trasfusione placentare e discutere rischi e benefici di questa procedura.	Revisione della letteratura	Il DCC o in alternativa l'UCM, riducono l'IVH, la necessità di trasfusioni, l'enterocolite necrotizzante nei neonati pretermine e migliorare i depositi di ferro nei primi 6 mesi di età per i neonati a termine.	III b
5	Mercer J.S., Erickson-Owens D.A., Collins J., Barcelos M.O., Parker A.B., Padbury J.F. (2016)	In questo studio prospettico controllato randomizzato, settantatré donne a termine con feti di singoli, sono stati sottoposte a DCC (≥5 minuti; n = 37) o ICC (<20 secondi; n = 36).	Misurare gli effetti di un ritardo di cinque minuti (DCC) rispetto al clampaggio immediato (ICC), sul volume di sangue residuo della placenta (RPBV) alla nascita, l'emoglobina e la bilirubina a 24-48 ore dalla nascita.	Studio randomizzato	I neonati sottoposti ad DCC rispetto a ICC avevano meno RPBV, più alti livelli di emoglobina a 24 a 48 ore, senza differenze livelli di bilirubina.	I b

6	Raju T.N., Singal N. (2012)	Review	Individuare pro e contro del DCC.	Revisione della letteratura	Il DCC porta numerosi vantaggi sia ai neonati a termine che pretermine. Il milking è migliore rispetto all'ICC.	III b
---	-----------------------------	--------	-----------------------------------	-----------------------------	---	----------

### **Il clampaggio del cordone ombelicale**

Al momento della nascita, il neonato è ancora collegato alla placenta tramite il cordone ombelicale. Questo collegamento viene interrotto deliberatamente dall'ostetrica che assiste il parto, si tratta di identificare cosa la letteratura analizzata indica come modalità più utile e perché. Ricordiamo che le contrazioni uterine durante il III stadio possono facilitare il 50% della trasfusione ematica dalla placenta al neonato.

### **I pro e i contro del clampaggio del cordone ritardato (DCC)**

Nella maggior parte dei paesi industrializzati, all'interno degli ospedali, il clampaggio del cordone ombelicale viene attuato immediatamente dopo la nascita (ICC). Questa pratica si è diffusa perché giustificata dalla volontà di anticipare il più possibile le prime cure al neonato (esecuzione delle profilassi, misurazione del peso, fare il bagnetto), anche per un neonato in fisiologia. La stessa pratica poteva essere giustificata dalla necessità della visita neonatologica in caso di nascita in distocia. Di fatto, la pratica viene spesso giustificata dalla convinzione per "schemi acquisiti" che il clampaggio immediato, spesso entro i primi 10-15 secondi di vita, possa essere la scelta migliore, anche se non si è per questo fatto riferimento a linee guida o raccomandazioni che lo dimostrassero.

Tra alcuni professionisti sanitari, come ostetriche e neonatologi, sorge la domanda su quanto ciò fosse davvero utile al neonato. Di fatto oggi gli studi raccomandano un clampaggio ritardato tutte le volte che è possibile.

La trasfusione della placenta rende possibile per i neonati ricevere una notevole quantità di cellule staminali dal sangue del cordone ombelicale. Tale fisiologico sorprendente processo, può aver luogo solo se il cordone viene clampato dopo alcuni minuti, consentendo così il passaggio di un maggior numero di cellule staminali.

È stato infatti stimato, che il numero di cellule staminali ematopoietiche ricevute dai neonati, vanno da zero con l'immediato clampaggio a 1100-45.000 con clampaggio a tre minuti. (Ceriani Cernadas, 2016)

Una serie di studi, condotti tra il 1960 e il 1980, hanno dimostrato che la trasfusione di sangue placenta-neonato è influenzata da diversi fattori: l'inizio della respirazione extrauterina, la forza di gravità connessa alla posizione del bambino rispetto alla placenta, il tempo di clampaggio del cordone ombelicale, la pervietà dei vasi sanguigni ombelicali e le contrazioni uterine.

Nello scenario migliore il bambino inizia a respirare subito dopo la nascita e il clampaggio del cordone ombelicale viene protratto per almeno 30-60 secondi dopo l'inizio della respirazione polmonare. Si verifica una diminuzione nella resistenza vascolare polmonare e aumento del flusso sanguigno polmonare; necessario per passare dalla circolazione fetale a quella neonatale ottimale. In questo caso l'ossigenazione dei diversi distretti corporei avverrà senza difficoltà. (Raju & Singal, 2012)

Uno scenario accettabile, anche se non l'ideale, sarebbe quello in cui il bambino respira e piange subito dopo la nascita e il cordone viene clampato proprio in quel momento. Anche qui, la transizione cardiovascolare può procedere apparentemente senza intoppi (come succede nella maggior parte dei casi neonati a termine), nonostante un volume ematico diminuito e una diminuzione del riempimento del ventricolo destro, dovuta al clampaggio immediato del cordone. (Raju & Singal, 2012)

Nello scenario meno auspicabile, il bambino non respira dopo la nascita e il cordone ombelicale è clampato immediatamente. Il flusso venoso ombelicale nel cuore destro (contenente sangue ossigenato dalla placenta) diminuisce circa del 50% dopo l'occlusione, quindi se la ventilazione assistita non determina un'adeguata areazione dei polmoni, la resistenza vascolare rimane alta, impedendo il normale aumento del flusso sanguigno polmonare e il ritorno del sangue ossigenato attraverso le vene polmonari nell'atrio sinistro. (Raju & Singal, 2012)

In ogni caso, l'improvviso cambiamento dall'ambiente uterino a quello esterno, porta ad una fisiologica ipossia e ad un brusco aumento della pressione parziale di ossigeno che può liberare radicali liberi, altamente tossici per il bambino. Per evitare danni ai tessuti, gli antiossidanti dovrebbero entrare in gioco durante i primi minuti dopo la nascita. Fino a poco tempo fa, questi meccanismi non erano considerati correlati al clampaggio del cordone ombelicale. Dal 2014 ad

oggi, studi hanno dimostrato che tutti gli elementi protettivi misurabili erano significativamente più alti nei casi di clampaggio ritardato. (Ceriani Cernadas, 2017)

Pochi studi hanno valutato l'impatto sullo sviluppo neurologico a lungo termine. Gli studi randomizzati pubblicati di recente hanno valutato bambini ad uno e a quattro anni, con un precoce clampaggio del cordone (entro i primi dieci secondi), rispetto al clampaggio ritardato (a tre minuti). Non sono state osservate differenze nella valutazione, anche se i bambini con il clampaggio ritardato tendevano a mostrare risultati migliori nel quoziente di velocità di elaborazione. È da riportare che tali risultati sono stati osservati nei bambini appartenenti da un paese, la Svezia, di alto sviluppo. Studi infatti sostengono che gli effetti benefici del ritardato clampaggio del cordone, sullo sviluppo neurologico, potrebbero avere un impatto maggiore sulle popolazioni vulnerabili, appartenenti ad una classe sociale bassa e con un basso livello di istruzione. (Ceriani Cernadas J. M., 2017)

Nonostante i vantaggi derivanti dal maggior afflusso di sangue al neonato, molti erano ancora i dubbi relativi ai rischi che questa pratica comportava; come la difficoltà nell'eseguire una rianimazione neonatale con il cordone ombelicale ancora attaccato – tecnica ad oggi ormai accettata e spesso indicata.

Ricordiamo che nei neonati sottoposti a ritardato clampaggio del cordone ombelicale è stata osservata una maggior insorgenza di iperbilirubinemia e policitemia. (Garabedia et al, 2016)

### **Neonati a termine**

Numerosi studi hanno confermato che il ritardato clampaggio del cordone ombelicale alla nascita aumenta la massa dei globuli rossi. Aspettare un minuto dopo la nascita, prima di clampare, permette il trasferimento di 80 ml di sangue dalla placenta alla circolazione del bambino, che diventano 100 ml attendendo tre minuti. Questo sangue aggiuntivo (plasma e la massa dei globuli rossi) aggiunge ferro supplementare, pari a 40-50 mg/kg di peso corporeo. Questo può aiutare a prevenire la carenza di ferro durante il primo anno di vita (Rayu et al, 2012).

Tutto ciò porta ad un aumento anche dei livelli di emoglobina; da qui la correlazione del clampaggio ritardato con l'aumento del rischio di incorrere in stati di iperbilirubinemia, ittero, policitemia, con conseguente ricorso alla fototerapia (Garabedia et al, 2016).

L'obiettivo dell'articolo "Effects of delayed cord clamping on residual placental blood volume, hemoglobin and bilirubin levels in term infants: a randomized controlled trial" (Mercer, et al. 2017) è proprio quello di misurare gli effetti di un clampaggio dopo cinque minuti dalla nascita, rispetto a quello immediato, sull'andamento dei livelli di emoglobina e bilirubina a 24-48 ore di età. Lo studio prospettico controllato randomizzato, è stato condotto su settantatré donne a termine con feti singoli, sottoposte a DCC ( $\geq 5$  minuti;  $n = 37$ ) o ICC ( $< 20$  secondi;  $n = 36$ ). I risultati supportano il vantaggio ematologico portato da un clampaggio ritardato, senza associazioni con un aumento dell'iperbilirubinemia o di policitemia sintomatica (Mercer et al. 2016).

È stato svolto anche uno studio sui neonati che avevano avuto necessità di trasfusione intrauterina per anemia fetale. I risultati mostrano un significativo beneficio dato dal clampaggio ritardato con riduzione dei casi di anemia secondaria all'alloimmunizzazione, trasfusione post-natale, miglioramento dei livelli di emoglobina alla nascita e un periodo più lungo tra la nascita e la prima trasfusione, senza incorrere in iperbilirubinemia grave. (Garabedian et al, 2016)

Il clampaggio ritardato per almeno tre minuti porta ad un passaggio di sangue completo quando il neonato viene posizionato a livello del perineo. Se posizionati sull'addome della madre, si deve considerare il ritardo del clampaggio del cordone dopo tre minuti, poiché potrebbero essere necessarie due contrazioni materne per l'intera trasfusione. Bisogna ricordare che non c'è fretta di tagliare il cordone in questi bambini. Si può aspettare fino a quando il cordone non diventa bianco, ciò indica che il neonato ha ricevuto la maggior parte del sangue rimasto nella placenta (Katheria et al, 2017).

### **Neonati pretermine**

I neonati pretermine sono quelli nati ad un'epoca gestazionale  $< 37$  settimane. In diversi studi, non sono state trovate differenze statisticamente significative, nei gruppi trattati con ICC o DCC, nel punteggio di Apgar e temperatura al momento del ricovero (Katheria et al, 2017).

È stata valutata la possibilità di eseguire la rianimazione neonatale con il cordone ancora attaccato alla placenta, dimostrando che il clampaggio ritardato del cavo comporta un aumento del volume di sangue. La rianimazione con un cordone ombelicale intatto dovrebbe offrire al bambino un pieno apporto di globuli rossi, migliore volemia e l'intera gamma di cellule



staminali disponibili nel sangue del cordone ombelicale. I prelievi dal cordone ombelicale non dovrebbero precludere il DCC, è infatti possibile ottenere risultati affidabili anche da un cordone intatto (Katheria et al, 2017).

Studi hanno documentato un aumento della pressione sanguigna, del volume dei globuli rossi e dell'emoglobina, portando ad una ridotta necessità di trasfusioni di sangue per trattamento della bassa pressione sanguigna ed anemia (Mercer J.S.et al. 2016).

Per prevenire l'ipotermia, si può avvolgere il neonato in una coperta calda e sterile, mentre si attua una delicata stimolazione; oppure si posiziona il prematuro in un apposito sacchetto di plastica. Studi sul pretermine, dopo la nascita consigliano di posizionare il bambino più in basso della placenta per facilitare una trasfusione più rapida. Nel taglio cesareo il bambino viene solitamente collocato sulle cosce della madre o tenuto in posizione laterale (Katheria A.C., 2017).

### **Il Milking del cordone ombelicale (UCM)**

Alcuni studi hanno confrontato la "mungitura" di un segmento di 20 cm del cordone ombelicale 2-3 volte, con clampaggio del cordone immediato. Hanno trovato più alte concentrazioni di emoglobina, pressione arteriosa media sistemica più alta, necessità ridotta di trasfusioni di sangue, maggiore produzione di urina durante le prime 72 ore, durata più breve di somministrazione di ossigeno supplementare e ventilazione meccanica (Katheria A.C., 2017).

Sono necessari ulteriori studi per valutare i potenziali benefici e rischi della mungitura del cordone ombelicale, soprattutto in confronto a clampaggio ritardato (Rayu T.N. et al, 2012).

La mungitura del cordone ombelicale prima della recisione, viene eseguita allontanandosi dal feto e trattenendo un lungo segmento del cordone ombelicale che può essere munto contemporaneamente alla rianimazione.

La mungitura del cordone prima del clampaggio migliora il flusso sanguigno polmonare alla nascita e aiuta la respirazione (Katheria A.C., 2017).

Altri studi hanno dimostrato che i neonati che subiscono il milking del cordone ombelicale hanno una maggiore quantità di emoglobina, un basso rischio di malattia polmonare cronica e una riduzione dell'emorragia intraventricolare (IVH) di tutti i gradi e dell'enterocolite necrotizzante rispetto a quelli sottoposti a ICC (Katheria A.C., 2017).

Alcuni raccomandano di mungere il cordone ombelicale quattro volte per i bambini pretermine e cinque volte per i neonati a termine. Il neonato viene tenuto in una posizione neutrale rispetto alla placenta. Un secondo operatore può essere utile per tenere e asciugare il bambino durante la procedura (Katheria A.C. et al, 2017).

### **Conclusioni**

L'immediato clampaggio del cordone ombelicale è una pratica che interferisce nel normale processo fisiologico della nascita. È stata adottata, per troppo tempo, come una procedura routinaria senza basarsi su prove di efficacia in merito alla salute dei neonati.

Dai risultati ottenuti dagli articoli scientifici presi in esame, si può affermare che il clampaggio del cordone ombelicale ritardato può essere praticato sia con neonati a termine che pretermine. I vantaggi per la salute sono molteplici; i sospettati rischi appaiono nel tempo smentiti.

Nei casi in cui sia indicato di non aspettare, studi hanno dimostrato che ricorrere al milking del cordone ombelicale, porta benefici per il neonato rispetto al clampaggio immediato.

### **Implicazioni per la pratica**

All'interno di ogni sala parto, dovrebbe esserci un protocollo, cui far riferimento, per definire quando e come sia necessario ricorrere al clampaggio del cordone ombelicale, basandosi sui risultati derivati da prove di efficacia avallate da studi scientifici sempre più aggiornati. In assenza di indicazioni precise è buona pratica che l'ostetrica proceda con clampaggio di funicolo non più pulsante, o comunque ad almeno due minuti dalla nascita - e ove occorra anticipare la recisione - supporti il neonato con due spremiture (milking) del cordone ombelicale.

### **Bibliografia**

- Ceriani Cernadas J. M. (2016). Stem cell transfer in newborn infants through placental transfusion via delayed umbilical cord clamping. *Archivos Argentinos de Pediatría* 114(6):498-499
- Ceriani Cernadas J. M. (2017). Timing of umbilical cord clamping of term infants. *Archivos Argentinos de Pediatría* 115(2):188-194

- Garabedian C., Rakza T., Drumez E., Poleszczuzuk M., Ghesquiere L., Wibaut B., Depoortere M. H., Vaast P., Storme L., Houfflin- Debarge V. (2016). Benefits of Delayed Cord Clamping in Red Blood Cell Alloimmunization. *Pediatrics* 137(3):e20153236
- Katheria A.C., Lakshminrusimha S., Rabe H., Mcadams R., Mercer J.S. (2017). Placental transfusion: a review. *Journal of Perinatology* 37(2):105-111
- Mercer J.S., Erickson-Owens D.A., Collins J., Barcelos M.O., Parker A.B., Padbury J.F. (2017). Effects of Delayed Cord Clamping on Residual Placental Blood Volume, Hemoglobin and Bilirubin Levels in Term Infants: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Perinatology* 37(3):260–264
- Raju T.N., Singal N. (2012). Optimal timing for clamping the umbilical cord after birth. *Clinics in Perinatology* 39(4) 889-900





# SISOGN

Società Italiana di Scienze  
Ostetrico-Ginecologico-  
Neonatali

The Official Journal  
ISSN 2723-9179

SISOGN The Official Journal [on line] ISSN 2723-9179  
December 2019, 01: N. 1

## Postnatal depression: prevention, early diagnosis and therapy

### *Depressione post partum: prevenzione, diagnosi precoce e trattamento*

Mrgherita Camanni<sup>a</sup>, Paola Agnese Mauri<sup>a, b</sup>

<sup>a</sup> School of Midwifery, Department of Clinical Sciences and Community Health, Università degli Studi di Milano- Milan, Italy

<sup>b</sup> Unit of mother child and newborn health, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico - Milan, Italy

Corresponding Author: Paola Agnese Mauri [paola.mauri@unimi.it](mailto:paola.mauri@unimi.it)  
via Manfredo Fanti 6, 20122 Milan, Italy – [paola.mauri@unimi.it](mailto:paola.mauri@unimi.it) fax number +39 0255036542 tel number +39 0255038599

Copyright:  
DOI:

### **Abstract**

**Purposes or investigation.** The perinatal period is characterized by several changes and stressors that may make a woman more vulnerable to the onset or worsening of psychiatric disorders. The main disturbances involved appear to be anxiety disorders and mood disorders, especially depression; these diseases can manifest themselves individually or simultaneously, both in women who have had a previous medical history of them and in women who have never manifested symptoms before.

**The basic procedures.** Through PubMed, 16 articles were identified, 6 of which were relevant. Of these 6 articles, 4 are systematic reviews of the literature and 2 are randomized controlled studies on a total of 600 women followed up to 6 months after childbirth.

**The main findings.** Postpartum depression is a worldwide phenomenon that affects at least one mother out of eight, with negative effects not only on her health but also on the physical, cognitive and emotional development of the child, so early diagnosis and prompt treatment are essential.

**Conclusions and implication for practice.** Regarding the prevention of the disease, the studies report conflicting opinions, but we can consider the Edimburg Postnatal Depression Scale (EPDS) one of the main tools for identifying women at risk of postnatal depression, together with careful clinical evaluation of each single mother.

### **Keywords**

Postnatal depression; Postnatal depression diagnosis; Postnatal depression therapy

### **Introduzione**

Per depressione postparto (DPP) si intende un disturbo depressivo non psicotico che insorge nei dodici mesi successivi al parto, con maggiore incidenza nelle prime 4-6 settimane. Non è chiara la differenza tra la depressione che insorge nel periodo postnatale e quella presente in epoca

prenatale, durante la gravidanza, anche se è corretto identificare la depressione postnatale come patologia da diagnosticare a sé stante. Il termine depressione post partum non va utilizzato genericamente per intendere qualsiasi disturbo mentale conseguente al parto (es. attacchi di panico, disturbi acuti da stress e da stress post traumatico, disturbo ossessivo compulsivo, ecc.) e non va confuso con il baby blues (disturbo di breve durata che affligge almeno il 50% delle donne dopo il parto, caratterizzato da facilità al pianto, tristezza, labilità emotiva) bensì è un quadro di vera e propria depressione in un periodo definito della vita della donna (Dennis & Dowswell, 2013). Pur con ampia variabilità (ScharDOSim & Heldt, 2011), nel mondo occidentale si stima che la depressione post partum colpisca circa il 10-15% delle donne che partoriscono (Breese McCoy, 2011). In Italia si può stimare che su 576.659 nascite all'anno almeno 46.000 donne possono soffrire di DPP (dati ISTAT 2018).

In ambito della prevenzione, l'Organizzazione Mondiale della Sanità al punto 12 delle linee guida "Postnatal care of the mother and newborn", raccomanda l'importanza del sostegno psicosociale da parte di un esperto per la prevenzione dell'insorgenza della depressione tra le donne ad alto rischio di sviluppare questa condizione (WHO, 2013).

Tra i possibili metodi per identificare precocemente la depressione post partum, il più utilizzato dagli studi considerati è la Edimburgo Postnatal Depression Scale (EPDS), che consiste in un test che può essere somministrato alla puerpera già nell'immediato dopo parto (Cox et al, 1987). Il test di Edimburgo comprende dieci affermazioni, le madri scelgono tra quattro possibili risposte, quella che corrisponde meglio allo stato d'animo provato durante gli ultimi sette giorni. Successivamente, con valori associati alle diverse possibili risposte, si determina un punteggio, che può indicare rischio (Cox et al, 1987).

La depressione post-partum è una patologia che deve essere identificata e trattata tempestivamente. La terapia varia in base alla durata e alla gravità dei sintomi. È necessario per la cura, rivolgersi ad un medico specialista se: i sintomi sono di un'entità allarmante o comunque persistono oltre le due settimane; se la donna esprime di poter fare del male a sé stessa o al proprio bambino; se i sintomi di ansia, paura e panico si manifestano con grande frequenza nell'arco della giornata.

La cura può contemplare trattamento farmacologico o non farmacologico.

In caso sia necessario assumere farmaci, in particolare antidepressivi, è importante che questi siano assunti sotto il controllo del medico e valutando una eventuale sospensione dell'allattamento in caso di rischio di effetti avversi per il lattante.

Per quanto riguarda la terapia non farmacologica sono consigliate sedute di psicoterapia e la partecipazione a terapie di gruppo con donne che manifestano la stessa sintomatologia (Dennis & Dowswell, 2013; Howard et al, 2005; Howell, 2014).

Alcuni tra i metodi non farmacologici e alternativi per il trattamento della depressione postparto sono: l'agopuntura, i massaggi, l'integrazione dietetica della donna con specifici integratori, e il supporto di messaggi informatici quali sms, da scaricare in applicazioni per tablet e smartphone (Fitelson et al, 2010; Broom et al, 2015).

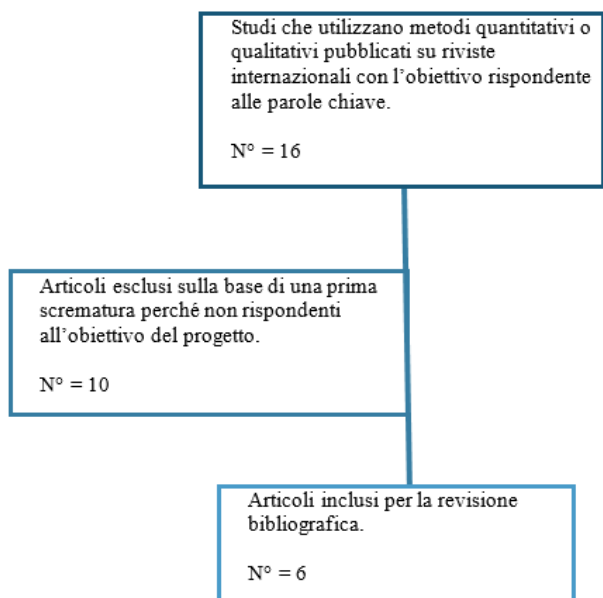
Lo scopo di questo breve lavoro di revisione è di definire e quantificare il fenomeno della depressione post partum, e fare focus sulla prevenzione e sui diversi metodi di trattamento della patologia in esame.

## **Materiali e Metodi**

Per realizzare la revisione è stato consultato PubMed, e sono stati selezionati articoli scientifici pertinenti per un numero di 16, di cui sei sono stati analizzati nel dettaglio. Di questi sei articoli, 4 sono revisioni sistematiche della letteratura di cui 3 meta-analisi tratte dalla Cochrane Library e una tratta dall'International Journal of Women's Health; due sono studi controllati randomizzati eseguiti su un totale di 600 donne seguite fino a 6 mesi dal parto.

Il processo di selezione delle fonti è riassunto nella Flow chart in Figura 1.

Figura 1. Flow chart per la scelta della letteratura inerente al quesito di ricerca.



IL grado di evidenza degli studi analizzati verrà espresso secondo i criteri dettati dalla classificazione dei livelli di evidenza mostrata in Figura 2.

Figura 2 – Livelli di evidenza cui si è fatto riferimento per la compilazione dell'ultima colonna della

evidenza	livello della prova	grado della raccomandazione	
metanalisi di RCTs	Ia	A	forte
almeno un RCT	Ib		
almeno uno studio clinico ben condotto senza randomizzazione	IIa	B	discreta
almeno un altro tipo di studio clinico ben disegnato quasi sperimentale	IIb		
almeno uno studio clinico ben disegnato non sperimentale	III		
opinioni di comitati di esperti o esperienze di autorità riconosciute	IV	C	debole

## Risultati

L'analisi degli articoli per la revisione è sintetizzata nella Tabella 1. Per ogni fonte si precisano autori, anno di pubblicazione e fonte, titolo, materiali e metodi, risultati e conclusioni, livello di evidenza/raccomandazione. In Tabella 1 gli articoli sono presentati in ordine temporale dal più vecchio al più recente.

Tabella 1 – Analisi in sintesi delle fonti analizzate per la stesura della Revisione

N°	Autore	Fonte/anno di pubblicazione	Titolo	Materiali e metodi	Risultati/Conclusioni	Livello
1	Howard L.M., Hoffbrand S., Henshaw C., Boath L., Bradley E.	Cochrane Database of Systematic Reviews 2005	Antidepressant prevention of postnatal depression	Questa review mira a valutare l'efficacia di trattamento farmacologico. Solo due trials minori hanno soddisfatto i criteri di inclusione. Entrambi hanno utilizzato un trattamento farmacologico subito dopo il parto. I farmaci	Non è possibile delineare nessuna chiara conclusione riguardo l'efficacia degli antidepressivi somministrati subito dopo il parto per prevenire la depressione postparto, e quindi questo trattamento non può essere utilizzato come profilassi a causa della mancanza di evidenze scientifiche. Sono	1a

				<p>erano la nortriptilina, una triciclina ad uso antidepressivo (TCA), e la sertralina, un inibitore selettivo della ricaptazione della serotonina (SSRI). Entrambi i farmaci sono stati confrontati con placebo. La nortriptilina non ha manifestato alcuna beneficio rispetto al placebo; alcune evidenze riportano che la sertralina ha degli effetti nel ridurre l'incidenza di depressione postparto e nell'aumentare il periodo di ricaduta. A ogni modo, entrambi i trials hanno incluso un limitato numero di donne e non hanno utilizzato analisi intention to treat</p>	<p>necessari trials più consistenti, che includono anche il confronto di farmaci antidepressivi con altri trattamenti di profilassi per rispecchiare quella che dovrebbe essere la pratica clinica, che prendano in esame gli effetti avversi per il feto e il neonato, così come valutare le risposte delle donne all'uso di antidepressivi in periodo perinatale.</p>	
2	Fitelson E., Kim S., Baker A.S., Leigh K.	International Journal of Human Health 2010	Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options	<p>Riguardo l'efficacia del trattamento farmacologico, in particolare con antidepressivi, sono stati consultati 8 studi controllati randomizzati a doppio cieco, più numerosi open-label trials; per la comparazione tra le diverse classi di farmaci 3 studi clinici randomizzati a doppio cieco e 6 open-label trials, più 2 studi controllati con placebo. Riguardo la terapia di sostegno psicologico e sociale sono stati analizzati una meta-analisi Cochrane e 12 studi controllati randomizzati, compresi quelli sul ruolo della terapia comportamentale, il counselling non-direttivo e il sostegno tra pari e del partner. Per quanto riguarda invece i metodi alternativi di trattamento non farmacologico non sono stati analizzati studi clinici randomizzati, bensì osservazionali.</p>	<p>La depressione postparto è un problema che interessa la comunità internazionale poiché ha effetti negativi non soltanto sulla madre ma anche sullo sviluppo fisico, cognitivo e comportamentale dei figli. Per il suo trattamento la prima scelta è quella farmacologica, nonostante effetti ancora poco chiari che il farmaco può avere sull'allattamento e di conseguenza sul neonato. Per questo molte donne preferiscono non assumere farmaci e limitarsi alla terapia psicologica. Le ricerche sostengono che sia la psicoterapia che altri interventi di tipo psicosociale hanno effetti positivi sulla depressione. Esistono infine altri metodi non farmacologici quali l'agopuntura e i massaggi e la supplementazione di acidi grassi omega 3, ma non ci sono a disposizione sufficienti dati per sostenere che questi metodi hanno un reale effetto di trattamento.</p>	1 a
3	Dennis C.L., Dowswell T.	Cochrane Database of Systematic Reviews 2013	Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression	<p>Questa review include dati ricavati da 28 trials controllati e randomizzati, che hanno coinvolto all'incirca 17,000 donne. Gli interventi di prevenzione valutati nei trials inclusi nello studio erano diversi e le conclusioni differenti, ma la qualità degli studi è per tutti metodologicamente ottima.</p>	<p>Gli interventi psicosociali e psicologici riducono in maniera significativa il numero di donne che sviluppano la depressione postparto. La promessa di un supporto psicologico implica il dover garantire visite a domicilio numerose e qualificate e l'utilizzo di altri metodi, come il supporto telefonico e la psicoterapia interpersonale.</p>	1 a
4	Howell E.A., Bodnar-Deren, S., Balbierz, A., Loudon H., Mora P. A., Zlotnick C., Wang J., Lenenthal L.	Archives of women's mental health 2014	An intervention to reduce postpartum depressive symptoms: a randomized controlled trial.	<p>Da un numero iniziale di 4,448 donne ne sono state selezionate 540, prevalentemente di razza bianca, con un alto livello socioculturale. Le madri assegnate al gruppo d'intervento hanno ricevuto un trattamento in due fasi, che preparavano e</p>	<p>Nell'analisi intention to treat (N=540) non sono state trovate differenze significative nei casi positivi alla depressione tra le madri del gruppo d'intervento e quello di controllo: a 3 settimane, 6.0% (15/249) versus 5.6% (14/251), p=0.83; a 3 mesi, 5.1% (12/235) versus 6.5% (15/232), p=0.53; e a 6 mesi, 3.5% (8/230) versus 4.6% (11/238),</p>	1 b

				educavano le madri riguardo i fattori di rischio modificabili associati ai sintomi di DPPM (sintomi fisici, bassa autostima), sostenevano il supporto sociale e intensificavano le competenze personali. Il gruppo di controllo ha ricevuto un trattamento tradizionale. E' stata fatta una selezione delle partecipanti a 3 settimane, 3 mesi e 6 mesi dal postparto prima della randomizzazione. I sintomi depressivi sono stati valutati mediante la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	p =0.53. Un'analisi ulteriore tra i due sottogruppi ha anche esaminato se l'intervento fosse più efficace nelle donne con un alto oppure basso livello d'istruzione. Anche nell'analisi dei sottogruppi non sono state trovate differenze nel numero dei casi positivi alla depressione.	
5	Broom M.A., Ladley A.S., Rhyne E.A., Halloran D.R.	Mental Health 2015	Feasibility and Perception of Using Text Messages as an Adjunct Therapy for Low-Income, Minority Mothers with Postpartum Depression	Questo studio clinico è stato condotto presso la clinica pediatrica statale universitaria di St. Louis, (Missouri) tra il Dicembre del 2012 e Giugno 2014. Tramite una valutazione standard venne eseguito uno screening a tutte le madri che si presentavano alle visite preventive per i bambini tra i 7 giorni e i 6 mesi dal parto. Le madri che parlavano Inglese (N=143) che vivevano nella città di St. Louis e che ottennero un punteggio $\geq 10$ (per il rischio di PPD) rispetto la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) furono arruolate per partecipare alla ricerca	Su un totale di 4790, 4158 sms (86.81%) sono stati inviati con successo a 54 madri per un periodo totale di 6 mesi, con una spesa minima (777.60 dollari). Tra le 96 tipologie di sms inviati, 37 sms richiedevano una risposta (38.54%). Di tutti questi il 7.30% ha ricevuto una risposta, e il 66.1% di queste risposte richiedevano una telefonata; il 46% delle mamme ha risposto almeno una volta. Le mamme riportarono di aver ricevuto e letto facilmente gli sms (89%) ed averli sentiti rilevanti per un impatto a livello psicologico (82%). La maggior parte condivideva gli sms con altre persone. Conclusioni: inviare un sms è semplice, viene apprezzato e può servire come terapia aggiuntiva, con minima spesa adatta a superare limiti socioeconomici, garantendo un supporto personalizzato per le madri a rischio di depressione postpartum.	1 b
6	Molyneaux E., Telesia L.A., Henshaw C., Boath E., Bradley E., Howard L.M.	Cochrane Database of Systematic Reviews 2018	Antidepressants for preventing postnatal depression	Sono stati analizzati il registro dei trial controllati sui disturbi mentali di: Cochrane, CENTRAL (Wiley), MEDLINE (OVID), Embase (OVID), PsycINFO (OVID), il portale OMS e ClinicalTrials.gov, per includere anche eventuali studi in corso di pubblicazione. Gli studi randomizzati controllati (RCT) contemplano uso di antidepressivi (da soli o in combinazione con un altro trattamento), rispetto a qualsiasi altro trattamento, placebo o terapia standard per la prevenzione della depressione postnatale tra le donne che erano o in stato di gravidanza o avevano partorito nei sei precedenti e non erano depresse come stato. Per l'analisi sono state usate procedure metodologiche standard previste da Cochrane. Laddove possibile è stata fatta analisi intention-to-treat.	Due studi comprendenti un totale di 81 partecipanti hanno soddisfatto i criteri di inclusione per questa recensione. Tutti i partecipanti a entrambi gli studi avevano una storia di depressione postnatale e non stavano assumendo farmaci antidepressivi. Entrambi gli studi sono stati condotti dallo stesso gruppo di ricerca. Il rischio di bias era basso o poco chiaro nella maggior parte dei domini per entrambi gli studi. Non si è stati in grado di eseguire una meta-analisi a causa del numero limitato di studi. Uno studio ha confrontato la nortriptilina con il placebo e non ha trovato alcuna evidenza che la nortriptilina fosse efficace nel prevenire la depressione postnatale. In questo studio, il 23% (6/26) delle donne che hanno assunto nortriptilina e il 24% (6/25) delle donne che hanno assunto placebo ha sperimentato depressione postnatale (RR 0,96, IC 95% da 0,36 a 2,59) nel le prime 17 settimane dopo il parto. Una donna che prendeva la nortriptilina sviluppava mania; e un effetto	1 a

					<p>collaterale (costipazione), era più comune tra le donne che assumevano la nortriptilina rispetto a quelle che assumevano placebo. Il secondo studio ha confrontato la sertralina con il placebo. In questo studio, il 7% (1/14) delle donne che hanno assunto la sertralina ha sviluppato depressione postnatale nelle prime 17 settimane dopo il parto, rispetto al 50% (4/8) delle donne che hanno assunto placebo. Non è chiaro se la sertralina riduca il rischio di depressione postnatale (RR 0,14, IC 95% da 0,02 a 1,07). Una donna che assumeva la sertralina ha avuto un episodio ipomaniacale. Due effetti indesiderati (capogiri e sonnolenza) erano più comuni tra le donne che assumevano la sertralina rispetto alle donne che assumevano placebo. I limiti di questa revisione sono legati al numero ridotto di studi, da campioni di piccole dimensioni e da dati con outcome incompleti a causa dell'abbandono che potrebbe aver inficiato i risultati. La certezza delle prove è molto bassa (sistema GRADE). Negli studi non erano disponibili dati su risultati secondari di interesse, tra cui lo sviluppo del bambino, la relazione madre-bambino, l'allattamento al seno, i rapporti familiari o la soddisfazione materna. A causa del basso potere statistico degli studi inclusi, non è possibile trarre conclusioni chiare sull'efficacia degli antidepressivi per la prevenzione della depressione postnatale. Infine, colpisce il fatto che non siano state completate nuove prove idonee nel corso di oltre un decennio dall'ultima versione pubblicata di questa recensione. Sono necessari studi più ampi che includono confronti di farmaci antidepressivi con altri trattamenti profilattici (ad esempio interventi psicologici) per esaminare anche gli effetti avversi per il feto o il bambino. Le future revisioni in quest'area potrebbero trarre beneficio dall'attenzione ad esaminare l'efficacia degli antidepressivi per la prevenzione della depressione perinatale (cioè prenatale o postnatale), che potrebbe includere studi che confrontano l'interruzione di somministrazione di antidepressivi con continuazione di essi, per la prevenzione della recidiva della depressione durante la gravidanza o il periodo postnatale.</p>
--	--	--	--	--	--

## Discussione

La depressione postparto è una patologia con manifestazione mondiale, che colpisce almeno una madre su otto, con effetti negativi non solo sulla salute della donna ma anche sullo sviluppo fisico, cognitivo ed emozionale del bambino. Per questo la diagnosi e il tempestivo trattamento sono fondamentali (Costantini & Calistri, 2013).

Tutti gli studi esaminati sono concordi nel sostenere che ci sono fattori di rischio particolarmente significativi per sviluppare la malattia, tra i quali:

- anamnesi personale positiva alla depressione,
- insorgenza dei sintomi depressive durante la gravidanza,
- ansia ricorrente durante la gravidanza,
- eventi stressanti vissuti in gravidanza o nel puerperio,
- basso livello socio-economico,
- ridotto o assente supporto da parte del partner
- insorgenza di complicanze durante il parto.

Per quanto riguarda la prevenzione della malattia gli studi riportano pareri contrastanti sull'uso di farmaci a scopo profilattico (Molyneaux et al, 2018). In ogni caso molti articoli citano la Edimburg Postnatal Depression Scale (EPDS), o Scala di Edimburgo (Cox et al, 1987), come il principale strumento di screening per identificare le donne a rischio di depressione postnatale, anche se i più recenti ne ridimensionano l'uso, sottolineando che questa deve sempre essere affiancata ad una valutazione clinica. La EPDS andrebbe proposta come parte di un più ampio programma di screening (Fitelson et al, 2010).

L'ostetrica è la professionista che può individuare precocemente sintomi e segni correlati ad eccessivo stress o ansia materni, o a premonizione di depressione post partum (Petrozzi & Gagliardi, 2013) (vedi Tabelle 2 e 3), e di conseguenza può allertare il professionista (psichiatra e/o psicologo) che può intervenire così da prevenire, diagnosticare precocemente e curare la manifestazione accertata (Costantini & Calistri, 2013).

Tabella 2 – Sintomi e segni di stress e ansia

<b>Segnali pericolosi di stress</b>	<b>Segnali pericolosi di ansia</b>
Comportamento iperattivo incontrollato	Scarsa concentrazione
Mancanza di concentrazione	Percezioni della realtà ridotte
Sentimenti di irrealtà	Iperattività
Perdita del controllo di sé	Torpore e formicolio alle estremità
Alto livello di ansia	Cefalea
Alterazioni cutanee	Alterazioni urinarie
Cambiamenti nella frequenza respiratoria	
Aritmie, tachicardia	
Tremori, tic	
Disturbi gastrointestinali, scarso appetito	
Insonnia	

Tabella 3 – Sintomi e segni premonitori di depressione post partum

<b>Sintomi e segni premonitori di depressione post partum</b>
Stato confusionale
Gravi oscillazioni del tono dell'umore
Allucinazioni
Delirio

Gli studi sugli interventi di prevenzione dimostrano che le donne che ricevono un intervento psicosociale hanno la stessa possibilità di sviluppare una depressione postnatale delle donne che ricevono cure standard (RR 0.81, IC 95% 0.65-1.02), mentre l'intervento nel solo periodo postnatale appare più efficace dell'intervento che comprende anche il periodo prenatale, e di questo l'intervento più promettente sembra il supporto postparto intensivo fornito da ostetriche (RR 0.68, IC 95% 0.55-0.84) (WHO, 2013). Valgono diversamente le raccomandazioni a favore di interventi per le gravide con evidente stress psicologico, con sintomi che interferiscono con le funzioni personali o sociali, ma che non giungono a determinare una diagnosi di disturbo mentale.

In questi casi sono consigliati:

- interventi di supporto sociale perinatale individuale o di gruppo, per le donne con anamnesi negativa;
- interventi di supporto psicologico individuale nelle donne con storia personale di episodio depressivo o ansioso (4-6 interventi psicologici strutturati, ad esempio di psicoterapia interpersonale o terapia cognitivo comportamentale)

Non è invece possibile trarre conclusioni riguardo l'efficacia della somministrazione di farmaci antidepressivi immediatamente nel postparto, allo scopo di prevenire la depressione postnatale. In considerazione della mancanza di prove d'efficacia tale intervento non può essere raccomandato (Cox et al, 1987).

Il trattamento delle donne con disturbi mentali durante il postparto non differisce da quello utilizzato in altri periodi della vita, tuttavia dagli studi considerati emergono alcune importanti considerazioni:

- se la donna ha risposto positivamente alla depressione grazie all'assunzione di un determinato antidepressivo nel passato, è consigliabile che questo sia scelto come primo farmaco nel trattamento della depressione postparto
- qualunque sia il trattamento concordato, l'intervento deve essere tempestivo, per il potenziale impatto della malattia sul feto o sul bambino;
- gli interventi non farmacologici per le depressioni lievi e moderate (strategie di autoaiuto, psicoterapia cognitivo comportamentale o interpersonale), dovrebbero avere una soglia d'accesso più precoce e rapida per la donna in gravidanza o nel periodo postnatale, rispetto alla norma, anche in considerazione del diverso rapporto costo/beneficio dei farmaci psicotropi in queste circostanze.

L'eventuale terapia farmacologica dovrebbe:

- possedere il più basso profilo di rischio per la mamma e per il bambino;
- permettere l'allattamento;
- essere somministrata alla minima dose efficace e preferibilmente in monoterapia;

I farmaci indicati contro la depressione sono gli antidepressivi. Le principali classi attualmente in uso comprendono composti come gli inibitori del riassorbimento della serotonina (SSRI) e della noradrenalina (SNRI) e gli inibitori del riassorbimento della noradrenalina e della dopamina (NDRI), e altri in commercio da più tempo, come gli antagonisti/inibitori del riassorbimento della serotonina (SARI) e altri antidepressivi atipici, i triciclici (TCA) e gli inibitori delle monoamino ossidasi (I-MAO).

Rispetto a TCA e I-MAO, gli antidepressivi di nuova generazione sono caratterizzati da una maggiore maneggevolezza d'uso, minori controindicazioni ed effetti collaterali più lievi o assenti.

Nel scegliere una terapia antidepressiva per la donna in gravidanza o che sta allattando occorre considerare che per molti farmaci di questa classe i rischi sono ancora incerti, visti i pochi dati disponibili, mentre per altri non esistono dati sulla sicurezza.

Dagli studi emerge che molte donne preferiscono non assumere farmaci e prediligono metodi alternativi, tra questi il più utilizzato è il colloquio di sostegno psicologico. Le ricerche esistenti sono a favore di una terapia di supporto sia di tipo psicologico (in particolare la terapia interpersonale, la terapia cognitivo-comportamentale e la terapia psico-dinamica), che di tipo psicosociale (counselling non direttivo). Una meta-analisi Cochrane che ha esaminato 10 studi controllati randomizzati sui trattamenti psicosociali e psicologici per il trattamento della DPP ha concluso che entrambi gli interventi sono facilmente attuabili, di basso costo per le famiglie e hanno valida efficacia nel ridurre i sintomi (Dennis & Dowswell, 2013). Tra i trattamenti di tipo non farmacologico gli studi includono inoltre i massaggi, l'agopuntura, la supplementazione di acidi grassi omega-3 e esercizi di rilassamento e meditazione (Fitelson et al, 2010).

Da uno studio eseguito in una clinica pediatrica di St. Luis emerge che anche il supporto dei mezzi tecnologici, e in particolare l'utilizzo degli sms può essere utile nell'assistenza di donne con limitati mezzi economici e già sostenute tramite terapia psicologica (Broom et al, 2015). I dati riguardanti l'efficacia di questi metodi sono ancora limitati, ma gli studi concordano nel sostenere che i rischi sono minimi e i benefici sulla salute andrebbero a favore sia della madre che del bambino (Broom et al, 2015), anche se questo è ancora da dimostrare con studi che producano alto grado di raccomandazione (Molyneaux et al, 2018).



## Implicazioni per la pratica

Si consiglia l'utilizzo della Edimburg Postnatal Depression Scale (EPDS), o Scala di Edimburgo (Figura 3), da parte delle ostetriche, per identificare precocemente le donne a rischio di depressione postnatale, perché vengono ottenuti punteggi (Tabella 4) indicanti rischio, quando i valori attribuiti a tutte le risposte d'anno un punteggio uguale o superiore a 12 (Cox et al, 1987), anche se alcuni autori indicano allerta già da valore 10.

La segnalazione precoce delle situazioni a rischio da parte dell'ostetrica a medici psichiatri e quindi a psicologi, favorirebbe un programma di presa in carico e cura, delle donne che ne necessitano.

Figura 3 – Edimburg Postnatal Depression Scale (EPDS), o Scala di Edimburgo (Cox et al, 1987), tradotta in italiano

### SCALA DI DEPRESSIONE PERIPARTUM DI EDIMBURGO (J. L. Cox, J. K. Olden, R. Sagowsky)

Gentile signora, la invitiamo a scegliere, tra le diverse risposte, quella che meglio corrisponde al suo stato d'animo negli ultimi sette giorni.

1. Sono stata in grado di ridere e vedere il lato divertente delle cose
  - Come al solito
  - Non sempre come al solito
  - Assolutamente non come al solito
  - No, per niente
2. Mi sono posta in modo positivo verso gli eventi
  - Tanto come al solito
  - Un po' meno del solito
  - Assolutamente meno del solito
  - No per niente
3. Mi sono sentita colpevole senza motivo quando le cose non andavano bene
  - Sì, la maggior parte delle volte
  - Sì, alcune volte
  - Non molto spesso
  - Mai
4. Sono diventata ansiosa o preoccupata senza motivo
  - No, per niente
  - Quasi mai
  - Sì, qualche volta
  - Sì, molto spesso
5. Mi sono sentita spaventata o nel panico senza un buon motivo
  - Sì, spesso
  - Sì, qualche volta
  - No, non molto
  - Mai
6. Mi sono sentita sopraffatta dalle cose che accadevano
  - Sì, il più delle volte non sono in grado di affrontarle
  - Sì qualche volta non le affronto bene come al solito
  - No, il più delle volte le ho affrontate piuttosto bene
  - No, le ho affrontate bene come al solito
7. Sono così infelice che ho difficoltà a dormire
  - Sì, la maggior parte delle volte
  - Sì, qualche volta
  - Non molto spesso
  - Mai
8. Mi sono sentita triste o avvilita
  - Sì, la maggior parte delle volte
  - Sì, piuttosto frequentemente
  - Non molto spesso
  - Mai
9. Sono così infelice che ho pianto
  - Sì, la maggior parte delle volte
  - Sì, piuttosto frequentemente
  - Solo occasionalmente
  - Mai
10. Il pensiero di farmi del male mi è venuto in mente
  - Sì, piuttosto frequentemente
  - Qualche volta
  - Quasi mai
  - Mai

Nome e Cognome \_\_\_\_\_  
Data di compilazione \_\_\_\_\_  
Data di nascita del bambino \_\_\_\_\_

Tabella 4 – Punteggio da attribuire alle diverse risposte della Edimburgo Postnatal Depression Scale (EPDS), o Scala di Edimburgo (Cox et al, 1987)

N. Domanda	Risposta	Valore da attribuire	N. Domanda	Risposta	Valore da attribuire
<b>1</b>	1	0	<b>6</b>	1	3
	2	1		2	2
	3	2		3	1
	4	3		4	0
<b>2</b>	1	0	<b>7</b>	1	3
	2	1		2	2
	3	2		3	1
	4	3		4	0
<b>3</b>	1	3	<b>8</b>	1	3
	2	2		2	2
	3	1		3	1
	4	0		4	0
<b>4</b>	1	0	<b>9</b>	1	3
	2	1		2	2
	3	2		3	1
	4	3		4	0
<b>5</b>	1	3	<b>10</b>	1	3
	2	2		2	2
	3	1		3	1
	4	0		4	0

## Bibliografia

- Breese McCoy S.J. (2011). Postpartum depression: an essential overview for the practitioner. *Southern Medical Journal* 104(2):128-132
- Broom M.A., Ladley A.S., Rhyne E.A., Halloran D.R. (2015). Feasibility and Perception of Using Text Messages as an Adjunct Therapy for Low-Income, Minority Mothers with Postpartum Depression. *JMIR Mental Health* 2(1):e4
- Costantini W., Calistri D. (2013). *Ostetrica*. Piccin
- Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry* 150:782-786
- Dennis C.L., Dowswell T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 28(2):CD001134
- Fitelson E, Kim S., Baker A.S., Leight K. (2010). Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. *International Journal of Women's Health* 30(3):1-14
- Howard L.M., Hoffbrand S., Henshaw C., Boath L., Bradley E. (2005). Antidepressant prevention of postnatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 18(2):CD004363
- Howell E.A., Bodnar- Deren, S., Balbierz, A., Loudon H., Mora P. A., Zlotnick C., Wang J., Lenenthal L. (2014). An intervention to reduce postpartum depressive symptoms: a randomized controlled trial. *Archives of women's mental health* 17(1):57-63
- Molyneaux E., Telesia L.A., Henshaw C., Boath E., Bradley E., Howard L.M. (2018) Antidepressants for preventing postnatal depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 18;4:CD004363
- Petrozzi A., Gagliardi L. (2013) Anxious and depressive components of Edinburgh Postnatal Depression Scale in maternal postpartum psychological problems. *Journal of Perinatal Medicine* 41(4):343-348
- Schardosim J.M., Heldt E. (2011). Postpartum depression screening scales: a systematic review. *Revista Gaucha de Enfermagem* 32(1):159-166
- WHO (2013) Recommendations on "Postnatal care of the mother and newborn". Ginevra [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649\\_eng.pdf;jsessionid=2D2534B90E22A89F67E0FA971670B450?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf;jsessionid=2D2534B90E22A89F67E0FA971670B450?sequence=1)



# SISOGN

Società Italiana di Scienze  
Ostetrico-Ginecologico-  
Neonatali

The Official Journal  
ISSN 2723-9179

SISOGN The Official Journal [on line] ISSN 2723-9179  
December 2019, 01: N. 1

## Refugee women and reproductive health: strategies for an “ethnosensitive” education. A Literature review

*Donne rifugiate e salute riproduttiva: strategie per un’educazione “etnosensibile”.  
Revisione della letteratura*

Eleonora Felisatti <sup>α</sup>, Simona Fumagalli <sup>α</sup>, Antonella Nespoli <sup>α</sup>

<sup>α</sup> School of Midwifery, Department of Medicine and Surgery, Università degli Studi Milano Bicocca- Monza, Italy

Corresponding Author: Eleonora Felisatti [e.felisatti@campus.unimib.it](mailto:e.felisatti@campus.unimib.it); [efelisatti24@gmail.com](mailto:efelisatti24@gmail.com)  
Via Bramante 15, 20092 Cinisello Balsamo - Milan, Italy – [e.felisatti@campus.unimib.it](mailto:e.felisatti@campus.unimib.it); [efelisatti24@gmail.com](mailto:efelisatti24@gmail.com) tel number  
+39 3348881718

Copyright:  
DOI:

### Abstract

**Purposes or investigation:** The aim of this study was to analyze different educational interventions about reproductive health addressed to refugee women, who belong to different social and cultural background, in order to understand which strategies make the education culturally sensitive.

**The basic procedures.** The literature research used three database, “Pubmed”, “Cinahl” and “Scopus”. Articles published in the last twenty-two years were founded, using as main keywords: Education AND Refugees AND Reproductive Health and excluding articles with male population only.

**The main findings.** Several are the strategies pointed out, such as workshop and focus group, organized by healthcare providers, including the participation of educators with a similar cultural and migratory background to the one of participants. Other strategies are the use of peer educators, the creation of gender specific groups, the distribution of reproductive information within the community. These approaches lead to an increase empowerment and a better reproductive behaviours.

**Conclusion and implication for practice.** The understanding of social, cultural, linguistic and gender factors is a determiner for an effective and culturally sensitive reproductive health education. To address the gender appropriateness the midwife, who is also an expert of reproductive health, should be the main provider of reproductive health education.

### Keywords

Education, Refugees, Reproductive Health, Sexual Health

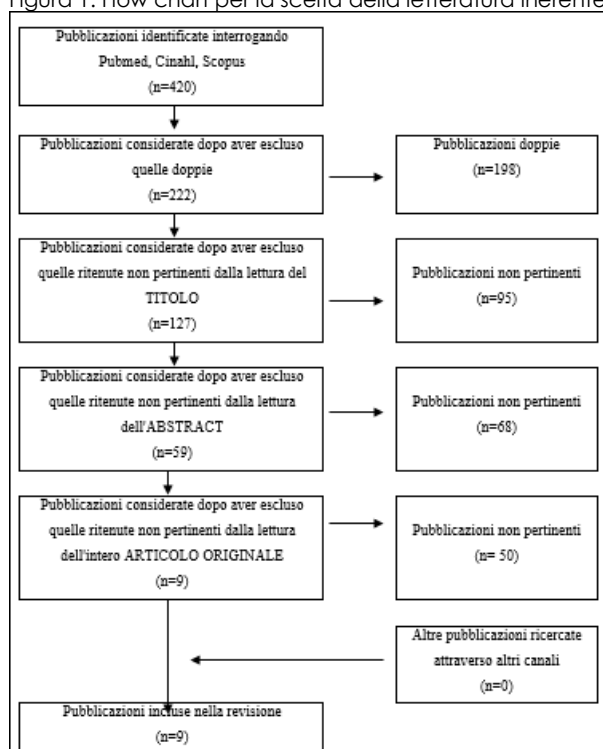
## Introduzione

Secondo l'Agencia delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR) oggi assistiamo ai più alti livelli di migrazione mai registrati. Alla fine del 2017 le statistiche UNHCR evidenziano 71.44 milioni di "persons of concern", ovvero persone che, spinte da motivazioni differenti, si trovano in viaggio, lontano dai loro paesi nativi e costretti ad abbandonare le loro case. Di questi il 27,9 % (19.941.347) sono rifugiati e il loro numero è in continuo aumento. Le donne rappresentano circa il 50% della popolazione mondiale di rifugiati e, nella fuga dai paesi di origine, si lasciano alle spalle padri, mariti, figli, che non sono riusciti a sopravvivere o sono occupati a combattere. In queste condizioni le donne, sole e private di ogni mezzo di sopravvivenza, sono vittime di soprusi e violenze, oltre a essere segnate a vita da un trauma fisico e psicologico. Perciò molto spesso si ritrovano a sostenere gravidanze indesiderate o a contratte malattie sessualmente trasmesse, di cui spesso non hanno consapevolezza. Ma anche quando riescono a ricostruire il nucleo familiare, le conoscenze in merito alla pianificazione familiare e alla salute sessuale e riproduttiva sono poche e influenzate da false credenze e disinformazione che hanno origini precedenti al loro stato di rifugiati (Morrison, 2000). Da non dimenticare fattori culturali, linguistici ed economici che molto spesso si ergono come barriere sia all'utilizzo di servizi per la salute riproduttiva, inclusa la domanda di contraccettivi, sia all'accesso a interventi educativi sull'affettività e sessualità (Rogers & Earnest, 2014) E anche quando le conoscenze e gli strumenti vengono loro forniti, vi sono motivazioni religiose e sociali che frenano le donne nell'utilizzo della contraccezione. È evidente quindi che nella risposta umanitaria la salute riproduttiva è un bisogno essenziale a cui rispondere attraverso servizi di qualità che si basino sulle necessità delle popolazioni affette, in particolare su quelli delle donne, rispettando i valori religiosi ed etici e i background culturali delle comunità (OMS, UNRHC, UNFPA 2010). Ma cosa si intende per salute riproduttiva? La Conferenza Internazionale sulla popolazione e lo sviluppo, tenutasi nel 1994 al Cairo e organizzata dal Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione (UNFPA), definisce la salute riproduttiva come: *"uno stato di benessere completo fisico, mentale e sociale e non solo l'assenza di malattie o di infermità in tutte le questioni relative al sistema riproduttivo e alle sue funzioni e processi. La salute riproduttiva implica pertanto che le persone siano in grado di avere una vita sessuale soddisfacente e sicura e che abbiano la capacità di riprodursi e la libertà di decidere se, quando e quanto spesso. Implicitamente in questa ultima condizione vi è anche il diritto degli uomini e delle donne di essere informati e di avere accesso a metodi sicuri, efficaci, accessibili e accettabili di pianificazione familiare di loro scelta, [...]e il diritto di accesso a servizi sanitari adeguati che consentano alle donne di entrare in sicurezza attraverso la fase della gravidanza e del parto e di offrire alle coppie le migliori possibilità di avere un neonato sano"* [paragrafo 72]. Data la necessità di implementare e migliorare i programmi di educazione alla salute riproduttiva rivolti a donne rifugiate, l'obiettivo di questa revisione è quello di identificare quali sono le strategie che rendono culturalmente sensibile, ovvero rispettosa dei background etnici, socioculturali e linguistici, l'educazione alla salute riproduttiva rivolta a queste donne.

## Materiali e Metodi

La ricerca è stata condotta dal novembre 2017 al giugno 2018, attraverso l'utilizzo di tre databases elettronici: Pubmed, Cinahl e Scopus. Le parole chiave principalmente selezionate sono Education, Refugees, Reproductive Health unite dall'operatore booleano AND. Dopo aver escluso i documenti il cui full test non era disponibile e quelli la cui popolazione era unicamente maschile, eliminato i doppi, e quelli non pertinenti per lettura del titolo, dell'abstract e dell'intero articolo, sono stati individuati 9 articoli pertinenti. Di questi, 6 condotti con metodo qualitativo, di cui 3 di tipo fenomenologico; 3 studi invece condotti con metodo quantitativo, di tipo correlazionale. Il processo di selezione delle fonti è riassunto nella Flow chart in Figura 1.

Figura 1. Flow chart per la scelta della letteratura inerente al quesito di ricerca



## Risultati

L'analisi degli articoli per la revisione è sintetizzata nella Tabella 1. Per ogni fonte si precisano autori, anno di pubblicazione, disegno, scopo, materiali e metodi e ne si riassumono i risultati.

Tabella 1 – Analisi in sintesi delle fonti analizzate per la stesura della Revisione

N°	Autore e anno di pubblicazione - Contesto	Disegno dello studio	Scopo	Materiali e metodi	Risultati
1	McGinn.T.,Allen K., 2006 - Global Public Health	Studio quantitativo correlazionale	Analizzare gli effetti a breve e medio termine in merito alla salute riproduttiva sulle donne che avevano partecipato al "Reproductive Health Literacy Project" (RHLP) un progetto di alfabetizzazione abbinato a contenuti di salute riproduttiva organizzato in Guinea	Le donne che compongono la popolazione di questo studio sono 549, scelte per aver partecipato ai corsi organizzati nel RHLP tra il 1999 e il 2001. Sono state sottoposte a interviste a domande chiuse (condotte da donne rifugiate, che non avevano partecipato al progetto, selezionate in base a educazione, esperienze lavorative, risultati ai test, partecipazione attiva ai workshop), e ad un 'esame scritto sull'alfabetizzazione (prima steso in inglese e poi tradotto).	Lo studio ha riportato un miglioramento dei comportamenti riproduttivi, in termini di aumentate conoscenze di malattie sessualmente trasmissibili(HIV e conoscenza/utilizzo dei contraccettivi, dopo la partecipazione da parte delle donne all'RHLP. Inoltre è emerso che le donne hanno beneficiato di un aumentato empowerment. Tuttavia lo studio non ha evidenziato un aumento del livello di alfabetizzazione.

2	Svensson,P., Carlzén K., Agardh A., 2017 - Health & Sexuality	Studio qualitativo	Esplorare come le informazioni sulla salute sessuale e riproduttiva e i diritti in merito erano percepite dalle donne rifugiate in Svezia; inoltre valutare se essere esposte a informazioni riguardo la salute sessuale e riproduttiva ha contribuito a migliorare la loro alfabetizzazione riguardo a tali argomenti.	Sono state individuate 9 donne, tra tutte le rifugiate Dari, Arabe e Somale, con diverse caratteristiche ma accomunate dal loro status di rifugiate e per aver ricevuto informazioni, in un contesto di alfabetizzazione civica e di salute, in merito alla salute riproduttiva. Interviste semistrutturate sono state utilizzate per conoscere i pensieri e le esperienze delle partecipanti, con la presenza di 7 donne interpreti esperte in materia di salute	L'educazione alla salute fornita da professionisti sanitari e civili in programmi di educazione civica e di salute, facilita il passaggio di informazioni in ambito di diritti e salute sessuale e riproduttiva alle donne profughe appena arrivate, ma barriere culturali creano restrizioni. L'alfabetizzazione in campo di salute sessuale e riproduttiva è cruciale per la salute dei migranti e facilita l'ambientarsi nella nuova società.
3	Rogers C., Earnest J., 2014 - Health Care for Women International	Studio qualitativo fenomenologico	Esplorare, documentare e esaminare le esperienze intergenerazionali e le conoscenze riguardo alla salute riproduttiva e alla contraccezione tra le madri e figlie rifugiate a Brisbane, Australia provenienti dal Sudan e dall'Eritrea.	Sono state reclutate 13 donne rifugiate, 8 madri e 5 figlie, provenienti dal Sudan o dall'Eritrea, tra 35-55 anni (gruppo delle madri) e tra i 18-35 anni (gruppo delle figlie), in grado di parlare e capire l' Inglese.  Sono stati organizzati dei focus group, solo tra madri e solo tra figlie, con domande aperte per facilitare il dialogo e far emergere diversi punti di vista. Tematiche chiave sono state le conoscenze in ambito di salute riproduttiva e contraccezione, accessibilità e barriere alle conoscenze e ai servizi in ambito di salute riproduttiva, come questi servizi possono essere migliorati per aumentarne l'utilizzo. Nei focus group delle madri ci si è avvalsi della presenza di due interpreti per facilitare le donne ad esprimersi.	Fattori sociali, culturali, religiosi ed economici risultano avere un impatto nell'accesso alle conoscenze e ai servizi di salute riproduttiva. Le partecipanti hanno espresso mancanza di competenze culturali e efficacia comunicativa da parte dei professionisti sanitari, oltre scarsa comunicazione tra giovani e genitori a causa di un conflitto culturale che nasce quando una famiglia rifugiata trova asilo in un paese straniero.Hanno inoltre proposto delle strategie, supportate dalla letteratura, per migliorare dei possibili interventi educativi ideabili per aumentare le conoscenze in ambito di salute riproduttiva: creare un link tra le comunità di migranti e professionisti sanitari; fornire informazioni sanitarie tradotte, accessibili ai diversi livelli di alfabetizzazione; fornire strategie culturalmente appropriate che permettano ai genitori di comunicare con i figli riguardo la salute riproduttiva; fornire un'educazione sulla salute riproduttiva e sui servizi offerti dal paese ospitante durante la fase di insediamento; collaborazione tra politici, professionisti sanitari e leader delle comunità nella creazione di un'educazione accessibile a tutti.

4	Gedeon J., Hsue S.N., Walsh M., Sietsra C., Marsan H., Foster M.A., 2015 - Conflict and Health	Studio qualitativo fenomenologico	Lo studio ha lo scopo di comprendere le impressioni e esperienze delle donne del Myanmar che hanno utilizzato il dispositivo intra-uterino (IUD); esplorare le conoscenze delle donne riguardo alla IUD e i modi attraverso cui le donne ne parlano con amici, familiari e medici; identificare delle strategie per migliorare il servizio di distribuzione di contraccettivi al confine Thailandia-Myanmar.	Sono state incluse nello studio donne maggiorenni, in grado di parlare in inglese o in Birmano o in Karen, che al momento dell'intervista o in passato hanno utilizzato per almeno 6 mesi una IUD ottenuta da un medico operante sul confine. Come strumento sono state utilizzate interviste individuali approfondite, con domande aperte e semistrutturate, sia in lingua inglese che birmano o karen, che hanno permesso anche la raccolta di alcuni dati demografici, oltre che dati specifici sul tema della contraccezione e della IUD.	L'esperienza delle donne riguardo alla IUD ha suggerito che è un metodo contraccettivo culturalmente accettabili e può ridurre le barriere che ci sono nell'accedere ai servizi sanitari di salute riproduttiva sul confine. LE donne hanno inoltre riportato come prima fonte di informazione riguardo la salute riproduttiva la loro cerchia di familiari e amici, e che ciò è in grado di influenzarle più del counseling offerto dai professionisti sanitari. Perciò è emerso quanto sia importante offrire un'informazione attraverso i pari, oltre che attraverso i professionisti sanitari, che sia però evidence-based, con il supporto di gruppi di discussione in cui altre donne possano raccontare le loro esperienze e essere d'aiuto ad altre donne, foto e materiali informativi.
5	Adam I.F., 2016 - International Federation of Gynecology and Obstetrics	Studio Quantitativo correlazionale randomizzato	Lo scopo dello studio è di esaminare l'associazione tra counseling a domicilio per coppie e consapevolezza e uso della moderna pianificazione familiare tra le donne rifugiate nell'area del West-Darfur.	Sono state individuate 640 donne, tra i 15 e i 49 anni, scelte in modo casuale tra coloro che hanno avuto almeno una gravidanza dopo essersi unite al campo profughi. A queste donne sono stati proposti due questionari, uno iniziale nel febbraio del 2007 e uno di follow-up, nell'aprile del 2009, volti ad indagare gli effetti del counseling a domicilio per coppie introdotto nei campi profughi di questa zona nel marzo 2006	Con l'introduzione del counseling a domicilio per coppie, l'utilizzo della moderna pianificazione familiare è aumentato dal 10,9% nel 2007 al 21,6% nel 2009. Facendo un paragone con il questionario iniziale, le donne nel questionario di follow-up sono più consapevoli e utilizzano maggiormente i vari metodi della pianificazione familiare. La pillola contraccettiva è il metodo più utilizzato.
6	Drummond P.D., Mizan A., Brocx K., Wright B., 2011 - Health Care for Women International	Studio quantitativo correlazionale	Indagare se l'educazione alla pari può essere utilizzata come metodo per aumentare le conoscenze riguardo le MST e l'HIV, le vie di trasmissione, la protezione contro queste malattie, e se è anche in grado di migliorare l'attitudine verso l'utilizzo del profilattico tra giovani donne africane rifugiate in Perth, Australia.	Sono stati organizzati dei workshop interattivi semiformali in cui gli educatori alla pari, leader della comunità precedentemente formati, presentavano i contenuti educativi a gruppi di 10-15 persone, per un totale di 14 uomini africani e 51 donne, tra i 16 e 67 anni, arrivati in Australia da 3 mesi a 7 anni prima dello studio, con una formazione scolastica dagli 0 ai 16 anni. I cambiamenti nelle conoscenze e nei comportamenti sono stati testati con un questionario a risposte chiuse, somministrato pre e post intervento.	Dopo l'intervento i partecipanti erano più consapevoli sulle MST e HIV (dal 70% pre all'88% post intervento ha risposto correttamente), su come si trasmettono ( 87% vs 93%); su falsi miti riguardo MST e HIV (62% vs 86%); conoscenza dell'uso dei profilattici ( 66% vs 88%); attitudini negative nei confronti dei profilattici (49% vs 35%). Per quanto riguarda l'utilizzo del profilattico dopo l'intervento, l'aumento non è stato significativo. L'educazione tra pari è stata quindi efficace nell'aumentare le conoscenze in ambito di salute riproduttiva.

7	McMichael C., Gifford S., 2009 - Sexuality & Culture, Springer Science+Business Media	Studio qualitaivo	Lo studio ha lo scopo di esplorare e descrivere come i giovani rifugiati che si trasferiscono in nuovo paese interpretino e implementino le informazioni sulla salute riproduttiva..	Tra Agosto e Dicembre 2007, i dati sono stati raccolti attraverso 23 focus group e 14 interviste approfondite, coinvolgendo 142 giovani, 67 maschi e 75 femmine, con un background di rifugiati, abbinati per genere ai ricercatori che conducevano gruppi e interviste. I partecipanti sono stati selezionati appositamente per riflettere la composizione etnica degli accessi umanitari in Australia negli ultimi 3 anni: Iraq, Afganistan, Myanmar, Sudan, Liberia e Corno d'Africa. Inoltre dovevano vivere in Australia da almeno 1 e fino a 5 anni.	Lo studio evidenzia le difficoltà che questi giovani hanno nel comunicare il loro accesso a questa tipologia di informazioni, indica quanto siano limitate le opportunità di apprendimento riguardo alla salute riproduttiva e identifica anche le implicazioni per lo sviluppo di programmi educativi di salute sessuale e iniziative per i giovani richiedenti asilo. In primis è importante coinvolgere le famiglie nelle strategie educative, per fare in modo che i genitori stessi ne comprendano l'importanza e rinforzino le informazioni ricevute dai figli in ambito ad esempio scolastico. I contenuti andrebbero trattati in gruppi di discussione orale, con attività interattive, che siano genere specifico e a cui partecipino educatori dello stesso sesso. Inoltre i partecipanti e l'educatore non devono essere per forza della stessa etnia, l'importante è che l'educazione fornita sia entosensibile.
8	Keygnaert I., Vettenburg N., Roelens K., Temmerman M., 2014 - BMC Public Health	Studio qualitativo fenomenologico	Questo studio esplora come i rifugiati, i richiedenti asilo e i migranti non in regola in Belgio e Paesi Bassi definiscono la salute sessuale, ricercano informazione di salute riproduttiva e comprendono i determinanti di salute sessuale. L'obiettivo generale è quindi quello di comprendere come promuovere una salute sessuale più desiderabile, eticamente e culturalmente competente,	La popolazione di questo studio comprende 88 uomini e 135 donne di varie etnie di rifugiati (46%), richiedenti asilo (41%) e migranti non in regola (13%), di età compresa fra i 15 e 49 anni. Sono state condotte interviste approfondite da altri rifugiati delle stesse etnie e dello stesso genere, che avevano eseguito una formazione di trenta ore. Le interviste hanno coperto i seguenti temi: fattori socio-demografici, definizione e percezione di salute sessuale, fonti di informazione di salute sessuale, esperienze di vittimizzazione dall'arrivo in Europa, la loro opinione sulla prevenzione della violenza.	I risultati dimostrano che essere un rifugiato, richiedente asilo o migrante non in regola è un fattore di rischio per una cattiva salute sessuale, e confermano che lo stato migratorio e legale in questo ambito sono dei determinanti di salute. Di conseguenza sono necessarie attività che promuovano la salute sessuale in un modo culturalmente sensibile. Attività di promozione possono essere più efficaci se non differiscono per contenuto, ma piuttosto utilizzano canali differenti in base alla scolarizzazione dei profughi: per quelli con un basso livello di educazione è più efficace ricevere informazioni attraverso pari (aiuto informale); mentre per quelli con un livello di educazione più alto meglio affidarsi a persone che hanno acquisito conoscenze e esperienza attraverso formazione e pratica (aiuto formale). I canali da preferire per i giovani sono quelli che coinvolgano i social networks, attraverso attività di promozione di una salute sessuale culturalmente competente. Anche le scuole e università possono creare programmi educativi, e per gli adulti questi programmi possono estendersi ai corsi che alcuni frequentano per imparare la lingua.



9	Watanabe-Galloway S., Alnaj N., Grimm B., Leyopold M., 2018 - Journal of Community Health	Studio qualitativo	Lo scopo dello studio è quello di descrivere il processo di sviluppo del materiale educativo e i risultati del programma educativo pilota indirizzato a donne Somale rifugiate in Nebraska riguardo al cancro al seno e alla cervice.	Il progetto educativo ha coinvolto la comunità Somala, dati i suoi alti tassi di cancro alla cervice. Con la collaborazione della sanità pubblica, di accademici e enti locali, è stato sviluppato un programma adatto al livello di alfabetizzazione e ai valori culturali di questa comunità. Gli argomenti inclusi sono l'anatomia femminile, le conoscenze e lo screening del cancro al seno e alla cervice, epatite C e cancro al fegato, preparazione a una visita di screening. Due membri della comunità sono stati formati come operatori sanitari laici per condurre il programma pilota, che è durato 2 giorni ed è stato offerto a 52 donne. I risultati sono stati valutati tramite un focus group organizzato tre settimane dopo il programma, condotto in Inglese e Somalo, a cui hanno partecipato 5 donne.	L'intervento educativo è stato percepito come ben riuscito, a partire dai metodi di reclutamento dei partecipanti (infatti il miglior modo per reclutare persone somale è il passaparola), e dal luogo in cui si è svolto, un luogo centrale per la comunità e quindi già noto. Tutte le donne hanno espresso che le sessioni educative le hanno motivate a parlare con il loro medico degli screening per il cancro. Il livello di alfabetizzazione del materiale è risultato appropriato, ed è stato interessante avere informazioni nella propria lingua.
---	---	--------------------	---	---	--

Infine i contenuti emersi sono stati organizzati in tre macroaree: salute riproduttiva, strategie educative e sensibilità culturale.

### Salute riproduttiva

Dalla revisione della letteratura è emerso che quattro articoli (Svensson et al, 2017; Rogers & Ernest, 2014; McMichael & Gifford, 2009; Keygnaert et al, 2014) fanno riferimento alla definizione di salute riproduttiva. Keygnaert (Keygnaert et al, 2014) propone la definizione di salute sessuale stilata alla Conferenza Internazionale al Cairo delle Nazioni Unite nel 1994, che si considera d'interesse in quanto fortemente legata alla salute riproduttiva: *uno stato di benessere completo fisico, emotivo, mentale e sociale e non solo l'assenza di malattie o di infermità. La salute riproduttiva prevede un approccio alla sessualità e ai rapporti sessuali positivo e rispettoso e la possibilità di avere esperienze sessuali piacevoli e sicure, prive di coercizione, discriminazione e violenza. Per fare in modo che la salute sessuale sia esercitata e mantenuta, i diritti sessuali di tutte le persone devono essere rispettati, protetti e soddisfatti.* Gli altri tre articoli citano la conferenza Internazionale, riportata nell'introduzione, come riferimento per la definizione di salute riproduttiva.

### Strategie educative

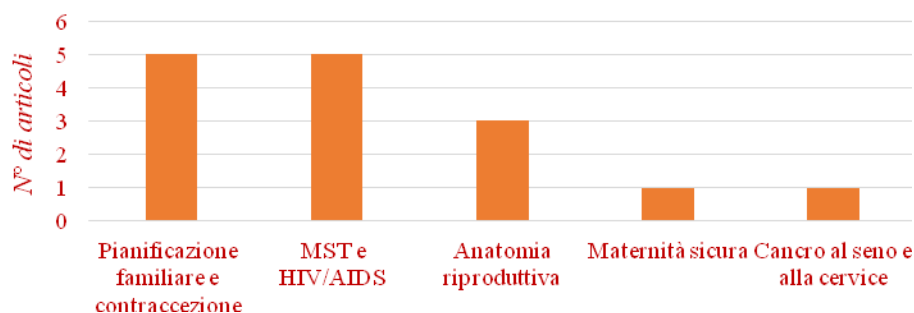
Dalle pubblicazioni consultate emergono 5 variabili a cui fare riferimento per la descrizione di strategie educative in ambito di salute riproduttiva indirizzate alla popolazione rifugiata: 1. tipologia di intervento educativo, 2. tematiche, 3. popolazione target, 4. providers, 5. outcome.

**1. Tipologie di intervento educativo:** Tre articoli propongono l'utilizzo di focus group (Gedeon et al, 2015; McMichael & Gifford, 2009), meglio se composti da un numero limitato di persone (Rogers & Earnest, 2014)), in un contesto di educazione alla pari (Rogers & Earnest, 2014; Gedeon et al, 2015; Drummond et al, 2011; McMichael & Gifford, 2009), tramite lezioni interattive e workshop (McMichael & Gifford, 2009; Watanabe-Galloway et al, 2018). Tre pubblicazioni (McGinn & Allen, 2006; Svensson et al, 2017; Keygnaert et al, 2014) ritengono utili corsi di alfabetizzazioni riguardanti tematiche di salute riproduttiva (McGinn & Allen, 2006; Keygnaert et al, 2014) inseriti in programmi di educazione sanitaria al primo accesso nel paese ospitante (3). Inoltre due pubblicazioni sottolineano l'importanza di diffondere i contenuti attraverso foto, poster, opuscoli, social media, internet (McMichael & Gifford, 2009; Keygnaert et al, 2014), disponibili nella lingua della

popolazione rifugiata e accessibili ad ogni livello di alfabetizzazione (Rogers & Earnest, 2014). Infine un solo studio approccia attraverso il counseling di coppia a domicilio (Adam, 2016).

**2. Tematiche:** Dall'analisi delle pubblicazioni emergono differenti argomenti (Grafico 1) che attraversano sia la sfera socioculturale che la praticità della vita quotidiana: pianificazione familiare e contraccezione (McGinn & Allen, 2006; Svensson et al, 2017; Rogers & Earnest, 2014; Gedeon et al, 2015; Adam, 2016), malattie sessualmente trasmissibili e HIV/AIDS (McGinn & Allen, 2006; Svensson et al, 2017; Rogers & Earnest, 2014; Drummond et al, 2011; McMichael & Gifford, 2009), anatomia riproduttiva (McGinn & Allen, 2006; Svensson et al, 2017; Watanabe-Galloway et al, 2018), maternità sicura (McGinn & Allen, 2006), cancro al seno e alla cervice (Watanabe-Galloway et al, 2018).

Grafico 1. Tematiche degli interventi educativi



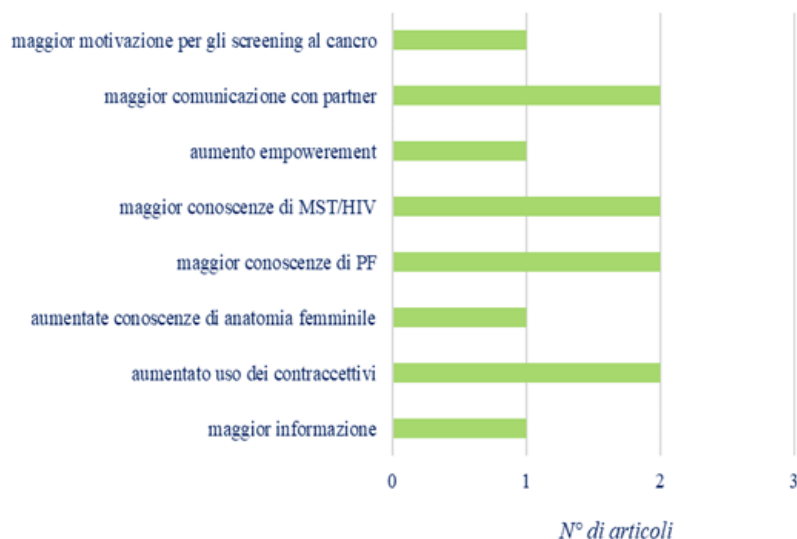
**3. Popolazione target:** Sei articoli (McGinn & Allen, 2006; Svensson et al, 2017; Rogers & Earnest, 2014; Gedeon et al, 2015; Adam, 2016; Watanabe-Galloway et al, 2018) sottolineano come le donne siano la popolazione target principale di strategie educative riguardanti la salute riproduttiva; due studi (McGinn & Allen, 2006; Rogers & Earnest, 2014) concordano nell'affermare che indirizzando alle donne questa tipologia di educazione, migliorino gli outcome materno-neonatali e più in generale la salute dell'intera famiglia (Rogers & Earnest, 2014; Adam, 2016). Infatti le donne, una volta acquisite delle conoscenze in tali ambiti, le condividono con amici e familiari (Svensson et al, 2017; Rogers & Earnest, 2014; Gedeon et al, 2015), permettendo la diffusione di informazioni riguardo la salute riproduttiva e lo scambio di idee all'interno dei nuclei familiari dove spesso, soprattutto tra madri e figlie, mancano conversazioni riguardanti queste tematiche (Rogers & Earnest, 2014). Inoltre agli outcome di salute è fortemente intrecciato l'empowerment di cui le donne beneficiano avendo ricevuto informazioni sulla salute riproduttiva (McGinn & Allen, 2006; Svensson et al, 2017; Rogers & Earnest, 2014). Dalle pubblicazioni emerge però la necessità di non escludere dai programmi di educazione alla salute giovani (Rogers & Earnest, 2014, 7), uomini (Svensson et al, 2017; Rogers & Earnest, 2014) e comunità (Rogers & Earnest, 2014; Watanabe-Galloway et al, 2018). I primi, dato il loro status di rifugiati, non hanno iniziato o terminato gli studi e a causa dell'instabilità delle loro condizioni nei campi profughi, hanno un aumentato rischio di incorrere in gravidanze indesiderate e contrarre MST e HIV (Keygnaert et al, 2014). Coinvolgere gli uomini è importante affinché imparino a prendersi cura di sé stessi e possano migliorare alcune opinioni culturali e di genere riguardo queste tematiche (Svensson et al, 2017), nella speranza di creare accordi paritari tra mogli e mariti che permettano alle donne di giovare ad esempio dei benefici della pianificazione familiare (Rogers & Earnest, 2014). Infine il contatto e la partnership con le comunità, attraverso l'inclusione dei loro leader, rende più efficace i programmi educativi (Watanabe-Galloway et al, 2018) e permette la creazione di un ambiente olistico e culturalmente sicuro e sensibile, in cui le persone si sentono supportate e a loro agio (Rogers & Earnest, 2014).

**4. Providers:** Quattro articoli (Adam, 2016; McMichael & Gifford, 2009; Keygnaert et al, 2014; Watanabe-Galloway et al, 2018) individuano come providers di interventi educativi riguardo la salute riproduttiva i professionisti sanitari, in quanto vengono identificati come figure affidabili e competenti. Tuttavia nello studio di McMichael (McMichael & Gifford, 2009), per quanto venga

riconosciuta l'affidabilità dei professionisti sanitari, viene evidenziato come essi possano generare esitazione e timore, soprattutto nei giovani, in quanto i rifugiati temono che le conversazioni instaurate riguardo la salute sessuale e riproduttiva non rimangano confidenziali. Due studi (Drummond et al, 2011; Keygnaert et al, 2014) identificano come providers gli educatori alla pari: Keygnaert (Keygnaert et al, 2014) crede che rifugiati con un basso livello di educazione possano beneficiare di quello che lui definisce "aiuto informale", fornito dagli educatori alla pari; Drummond (Drummond et al, 2011) sostiene che affidare agli educatori alla pari la trasmissione di contenuti di salute riproduttiva dia importanza a queste tematiche e crei empowerment per l'educatore stesso. Il reclutamento di educatori che siano loro stessi rifugiati o provenienti da simili background culturali e migratori emerge in due pubblicazioni (Svensson et al, 2017; Rogers & Earnest, 2014), che evidenziano come questa tipologia di providers permetta ai rifugiati di essere compresi, di sfidare le visioni tradizionaliste, creando un ponte in grado di colmare le distanze tra paese d'origine e paese ospitante.

**5. Outcome:** Cinque articoli hanno valutato gli outcome (Grafico 2) delle strategie educative, due tramite un'analisi qualitativa (Svensson et al, 2017; Watanabe-Galloway et al, 2018) dei dati e tre tramite un'analisi quantitativa (McGinn & Allen, 2006; Adam, 2016; Drummond et al, 2011). Le donne dello studio di Svensson (Svensson et al, 2017) dopo aver partecipato agli interventi educativi affermano di essere più informate e di comunicare maggiormente con il partner riguardo problematiche di salute riproduttiva, dato riportato anche nella pubblicazione di McGinn (McGinn & Allen, 2006). Watanabe (Watanabe-Galloway et al, 2018) ha riscontrato nelle donne una maggior motivazione nella comunicazione con il curante riguardo gli screening per il cancro alla cervice e al seno. McGinn (McGinn & Allen, 2006) e Adam (Adam, 2016) riportano un miglioramento delle conoscenze riguardo alle varie tipologie di contraccettivi e un loro aumentato uso, tuttavia quest'ultimo dato non è supportato dallo studio di Drummond (Drummond et al, 2011) che non rileva un aumentato uso di contraccettivi. In due pubblicazioni emerge un aumento delle conoscenze riguardo le varie MST e HIV/AIDS. Infine McGinn (McGinn & Allen, 2006) analizza l'empowerment di cui possono beneficiare le donne dopo essere state esposte all'intervento educativo, che risulta significativamente aumentato, e ciò risulta associato ad outcome positivi in merito alla pianificazione familiare, infatti le donne che dopo l'intervento beneficiano maggiormente di una sensazione di empowerment, utilizzano di più la pianificazione familiare.

Grafico 2. Outcome dopo l'esposizione all'intervento educativo



### Sensibilità culturale

Rogers (Rogers & Earnest, 2014) sostiene che parlare la stessa lingua, conoscere la cultura e essere dello stesso genere degli individui con cui si sta parlando sia necessario per garantire un'educazione alla salute riproduttiva efficace e culturalmente sensibile. La mancanza di queste conoscenze insieme ad una comunicazione inefficace hanno come risultato una ridotta adozione di comportamenti riproduttivi positivi e una minor ricerca di informazioni riguardo alla contraccezione e alla salute sessuale e riproduttiva. Da ciò si evince che gli elementi principali che

rendono una strategia culturalmente sensibile sono la lingua, la conoscenza culturale e la corrispondenza di genere. Dei 9 articoli inclusi nella revisione, 4 articoli (Svensson et al, 2017; Rogers & Earnest, 2014; Drummond et al, 2011; Watanabe-Galloway, 2018) parlano di un approccio comunicativo culturalmente sensibile e 3 (McGinn & Allen, 2006; McMichael & Gifford, 2009; Keygnaert et al, 2014) trattano alcuni degli elementi sopra citati che lo caratterizzano.

**1. Lingua:** Gli studi che propongono interventi educativi totalmente (McGinn & Allen, 2006; Svensson et al, 2017) e parzialmente (Watanabe-Galloway et al, 2018) nella lingua parlata dai rifugiati, suggeriscono infatti che le informazioni sono più facili da comprendere e perciò è importante tradurre tutti i contenuti scritti utilizzati, per rendere disponibili le informazioni ad un maggior numero di persone. Inoltre Rogers (Rogers & Earnest, 2014) identifica nell'utilizzo degli interpreti una modalità per rispondere alle barriere linguistiche che si ergono alla comprensione delle informazioni riguardo la salute riproduttiva, tuttavia McMichael (McMichael & Gifford, 2009) riferisce che la presenza di un interprete mina la riservatezza necessaria quando si tratta di queste tematiche, e Svensson (Svensson et al, 2017) aggiunge che la presenza di un interprete interrompe il flusso comunicativo, limita le conoscenze tacite e non permette la creazione di fiducia.

**2. Conoscenza culturale:** La maggior parte degli articoli è concorde nell'affermare che conoscere la cultura dei rifugiati a cui si propone un intervento educativo è importante poiché le credenze, le norme e i valori culturali hanno un impatto sia sulla ricerca di informazioni sia sui comportamenti, sulle conoscenze e le attitudini in merito alla salute riproduttiva. La conoscenza della cultura è infatti un fattore che dà credibilità all'educatore e crea un ambiente in cui le persone si sentono a loro agio nell'affrontare tematiche sensibili (Rogers & Earnest, 2014). Questo tuttavia non significa che non vi possa essere uno scambio tra culture e etnie differenti, è importante però che si sviluppi il rispetto e una riflessione sui valori e sulle credenze culturali: l'educazione alla salute riproduttiva infatti non dovrebbe essere etnospecifica ma etnosensibile (McMichael & Gifford, 2009).

**3. Corrispondenza di genere:** Quattro articoli (Svensson et al, 2017; Rogers & Earnest, 2014; Drummond et al, 2011; McMichael & Gifford, 2009) sono concordi nell'affermare che partecipare a gruppi educativi in cui l'educatore appartiene all'altro genere, che sia maschio o femmina, non è produttivo in quanto le donne, se l'educatore è un uomo, provano imbarazzo e non sono a loro agio nel porre domande o nel mostrarsi interessate. Gli stessi articoli affermano inoltre che gruppi composti sia da donne che da uomini limitino l'accesso alle informazioni, e anzi rinforzino i tabù e l'imbarazzo, perciò suggeriscono la formazione di gruppi genere specifici per favorire la nascita di discussioni libere e aperte. Infine Svensson (Svensson et al, 2017), benché sia concorde con la formazione di gruppi genere specifici e il coinvolgimento di educatori abbinati per genere, aggiunge anche che la non corrispondenza può creare empowerment e insegnare l'uguaglianza di genere, oltre ad abituare le persone a discutere di salute riproduttiva senza imbarazzo, normalizzando così l'argomento.

## **Discussione**

Dai contenuti emerge come un'educazione culturalmente sensibile faciliti la trasmissione e la comprensione di informazioni riguardo ad argomenti così sensibili. Sono state evidenziate molteplici strategie educative che si possono adottare nell'ottica di una sensibilità culturale: creare interventi educativi interattivi, come workshop e focus group, tenuti da professionisti sanitari, competenti riguardo queste tematiche, che coinvolgano educatori con un background culturale e migratorio simile a quello delle donne rifugiate, ancor meglio se educatori alla pari; infatti quando i significati socioculturali relativi agli argomenti di salute riproduttiva non vengono riconosciuti dagli educatori, ecco che l'intervento fallisce, mentre nel momento in cui la popolazione di interesse sente che le differenze linguistiche e socioculturali sono considerate e comprese, si crea un senso di unione che facilita la comprensione e l'apprendimento di messaggi a tutela della salute (Svensson et al, 2017). Inoltre è emerso come conoscere la lingua e cultura, rispettare la riservatezza delle donne attraverso la formazione di gruppi che siano genere specifici, e diffondere le informazioni all'interno della comunità anche ai giovani e agli uomini, in sessioni educative a loro dedicate, renda gli interventi più efficaci, permettendo a tutti di percepire come normali questi argomenti, di adottare comportamenti riproduttivi più consapevoli, anche attraverso un supporto concreto generato dalla collaborazione tra professionisti sanitari e leader delle comunità.

L'educazione così proposta porterà le donne rifugiate ad adottare comportamenti riproduttivi più consapevoli e a beneficiare dell'empowerment che deriva da una più profonda conoscenza di se stesse e dei loro diritti in ambito di salute riproduttiva.

### **Implicazioni per la pratica**

Osservando quanto emerso dalla letteratura è doveroso segnalare l'importanza di un approccio rispettoso delle differenze socioculturali, linguistiche e di genere. Per tale ragione, nell'ottica di migliorare gli outcome di salute riproduttiva delle donne rifugiate, è opportuno creare programmi educativi che abbiano alle fondamenta la conoscenza da parte dei providers della cultura, della lingua e delle dinamiche di genere che caratterizzano la popolazione di donne a cui ci si rivolge. E poiché anche il coinvolgimento dei professionisti sanitari è risultato essere una risorsa, è consigliabile che sia l'Ostetrica/o il professionista di prima scelta, poiché competente nelle tematiche di salute riproduttiva, ma soprattutto capace di creare quell'ambiente femminile in cui le donne, nel trattare argomenti sensibili, si sentono a loro agio e tutelate.

### **Bibliografia**

- Adam I.F., (2016), Evidence from cluster surveys on the association between home-based counseling and use of family planning in conflict-affected Darfur, *International Federation of Gynecology and Obstetrics* 133, Elsevier Ireland, 221-225
- Drummond P.D., Mizan A., Brocx K., Wright B., (2011), Using Peer Education to Increase Sexual Health Knowledge Among West African Refugees in Western Australia, *Health Care for Women International*, 32:190–205
- Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione (UNFPA), (1994), Conferenza Internazionale sulla popolazione e lo sviluppo, Cairo, par. 72
- Gedeon J., Hsue S.N., Walsh M., Sietsra C., Marsan H., Foster M.A., (2015), Assessing the experience of intra-uterine device users in a long-term conflict setting: a qualitative study on the Thailand-Burma border, *Conflict and Health* 9:6
- Keygnaert I., Vettenburg N., Roelens K., Temmerman M., (2014), Sexual Health is dead in my body: participatory assessment of sexual health determinants by refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands, *BMC Public Health*, 14:416
- McGinn.T., Allen k.,(2006). Improving refugees' reproductive health through literacy in Guinea, *Global Public Health*, 1:3, 229-248
- McMichael C., Gifford S., (2009), "It is Good to Know Now...Before it's Too Late": Promoting Sexual Health Literacy Amongst Resettled Young People With Refugee Backgrounds, *Sexuality & Culture*, Springer Science & Business Media, 13:218-236
- Morrison V., (2000), Contraceptive Need Among Cambodian Refugees In Khao Phlu Camp, *International Family Planning Perspective*, Volume 26, Number 4, 188-192
- OMS, UNRHC, UNFPA, (2010), Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings, p.1
- Organizzazione delle Nazioni Unite, (1951), Convenzione del 1951 relativa allo status di rifugiati, Ginevra, Art. 1A
- Rogers C., Earnest J., (2014), A Cross-Generational Study of Contraception and Reproductive Health Among Sudanese and Eritrean Women in Brisbane, *Health Care for Women International*, 35:334-356
- Svensson,P., Carlzén K., Agardh a., (2017) Exposure to culturally sensitive sexual health information and impact on health literacy: a qualitative study among newly arrived refugee women in Sweden, *Culture, Health & Sexuality*, 19:7, 752-766
- Watanabe-Galloway S., Alhaj N., Grimm B., Leyopold M., (2018), Cancer Community Education in Somali Refugees in Nebraska, *Journal of Community Health*, 43:929–936



# SISOGN

Società Italiana di Scienze  
Ostetrico-Ginecologico-  
Neonatali

The Official Journal  
ISSN 2723-9179

SISOGN The Official Journal [on line] ISSN 2723-9179  
December 2019, 01: N. 1

## Analysis of Robson classification (I and III class) at the FBF Hospital of Erba (Co)

### *Analisi della classe I e della classe III di Robson all'Ospedale FBF di Erba (Co)*

Marinella Miglietta <sup>a,b</sup>, Alberto Zanini <sup>a,c</sup>

<sup>a</sup> Ospedale "Sacra Famiglia", Fatebenefratelli, Erba (Co)

<sup>b</sup> Midwives Coordinator

<sup>c</sup> Director Obstetrics and Gynecology Unit

Corresponding Author: Marinella Miglietta mmiglietta@fatebenefratelli.eu

Ospedale "Sacra Famiglia", Fatebenefratelli, Via Fatebenefratelli, 20 - 22036 Erba - (Como), Italy - tel number +39 031 638111

Copyright:

DOI:

### **Abstract**

**Purposes or investigation:** The aim of this study is an analysis of Robson classification (I and III class) at the FBF Hospital of Erba (Co).

**The basic procedures.** The data of the regional portal were compared with those of the Erba hospital for the period 2010-2019 years.

**The main findings.** Women who belong to the class I and III of Robson are the majority and they should be assisted by the Midwives.

**Conclusion and implication for practice.** Low-risk midwifery care demonstrates adequacy benefits and costs.

### **Keywords**

Robson Classification, Low-risk, Midwifery Care, Reproductive Health.

### **Introduzione**

Nell'arco della vita di una donna il parto rappresenta uno dei momenti più coinvolgenti ed il suo vissuto può riflettersi in maniera determinante sui rapporti all'interno della coppia, del nucleo familiare e sulla decisione di affrontare altre gravidanze.

L'obiettivo fondamentale di ogni operatore in ostetricia dovrebbe essere quello di far vivere in maniera dignitosa alla donna l'esperienza del parto, salvaguardando il benessere materno-fetale e conservando la dimensione naturale dell'evento nascita (Valle et al, 2019).

È necessario quindi che il Percorso Nascita sia di supporto e accompagnamento alla coppia, dalla fase preconcezionale al puerperio e che tutte le fasi vengano gestite nel rispetto della fisiologia, sapendo cogliere le eventuali patologie da indirizzare alle specifiche competenze cliniche.

Il Comitato Percorso Nascita del Ministero della Salute ha elaborato nel 2017 il documento: "Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle Ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)", il quale promuove modelli assistenziali per la donna con gravidanza a basso rischio che si affiancano ai modelli tradizionali (ambulatorio



di fisiologia) (Ministero della Salute, 2017). Tali Linee sono state approvate da Regione Lombardia con Delibera N° XI/268 del 28/06/2018 (Regione Lombardia, 2018).

### Materiali e Metodi

Dall'elaborazione dei dati dal Portale di Governo Regionale relativi al periodo 2010-2019, nell'Ospedale di Erba si evidenziano 8.178 parti e una frequenza totale di tagli cesarei del 13.5%. Nello stesso periodo in Regione Lombardia hanno partorito 917.513 donne con una prevalenza di tagli cesarei del 26.9%

La classificazione utilizzata per l'analisi è quella proposta da Robson, la quale si basa sul tipo di gravidanza (singola o multipla), sulla presentazione (cefalica, podalica, situazione trasversa), sulla parità (nullipare, pluripare senza precedente cicatrice uterina, pluripare con precedente cicatrice uterina), sulla modalità del travaglio (spontaneo, induzione, taglio cesareo fuori travaglio) e sull'epoca gestazionale (Robson, 2001).

La classe I di Robson è rappresentata da donne gravide nullipare, con feto singolo, in presentazione cefalica, età gestazionale  $\geq 37$  settimane e travaglio insorto spontaneamente. La classe III donne gravide pluripare con le stesse caratteristiche della classe I.

### Risultati

Nel periodo in studio (dal 1/1/2010 – 31/12/2019) hanno partorito rispettivamente 2.328 donne della classe I e 2.815 donne della classe III. La prevalenza di tagli cesarei è stata per la classe I il 4.3% e per la classe III l'1.8% (Tabella 1).

Tabella 1. Percentuale delle Classi I e III di Robson in Regione Lombardia e all'Ospedale FBF di Erba

	Classe I	Classe I	Classe III	Classe III	Classe I e III	Classe I e III
	% parti	% TC	% parti	% TC	% parti	% TC
Ospedale FBF Erba	26,0	4,3	31,5	1,8	62,8	2,9
Regione Lombardia	21,7	11,4	22,7	3,5	50,2	7,3

La Figura 1 e la Figura 2 evidenziano la distribuzione dell'età nelle due diverse classi; la classe I rispecchia la media regionale (30.5), mentre nella classe III le donne che hanno partorito presso la nostra struttura mostrano una distribuzione dell'età al parto più alta rispetto la media regionale (33.1).

Figura 1. Distribuzione dell'età materna nelle donne della classe I di Robson

Periodo: 01/01/2010 - 31/12/2019 - Ente: 029 - Cl. Robson: CLASSE\_01 - Media Regionale: 30,57

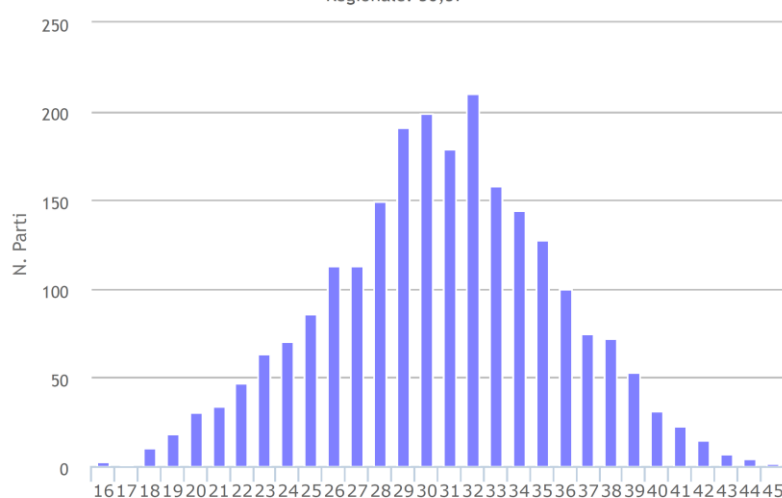
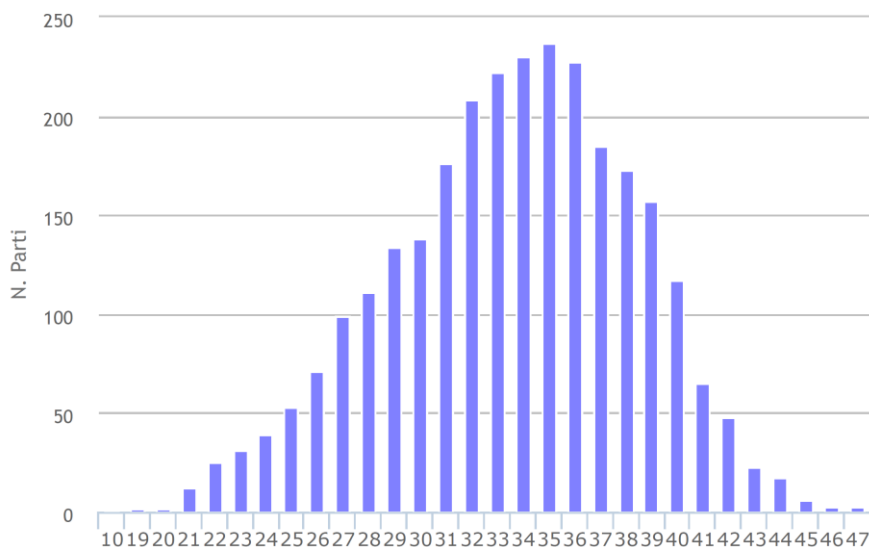


Figura 2. Distribuzione dell'età materna nelle donne della classe III di Robson  
 Periodo: 01/01/2010 - 31/12/2019 - Ente: 029 - Cl. Robson: CLASSE\_03 - Media Regionale: 33,16



Le Figura 3 e 4, illustrano la distribuzione del punteggio di Apgar nei neonati delle donne appartenenti alla classe I e alla classe III. Il 97.9% dei neonati di donne appartenenti alla classe I e il 98.1% dei neonati di donne appartenenti alla classe III hanno avuto un indice di Apgar al quinto minuto pari a 10.

Figura 3. Distribuzione del punteggio di Apgar a 5 minuti nella classe I di Robson  
 Periodo: 01/01/2010 - 31/12/2019 - Ente: 029 - Cl. Robson: CLASSE\_01

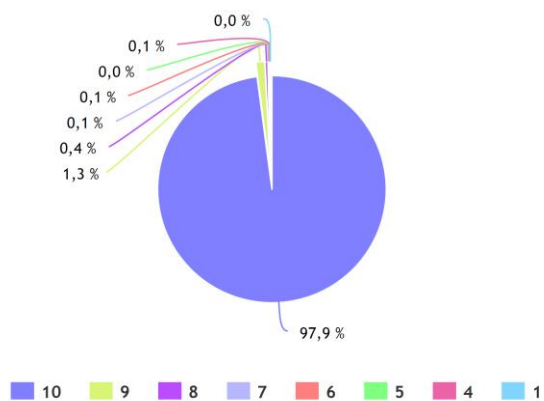
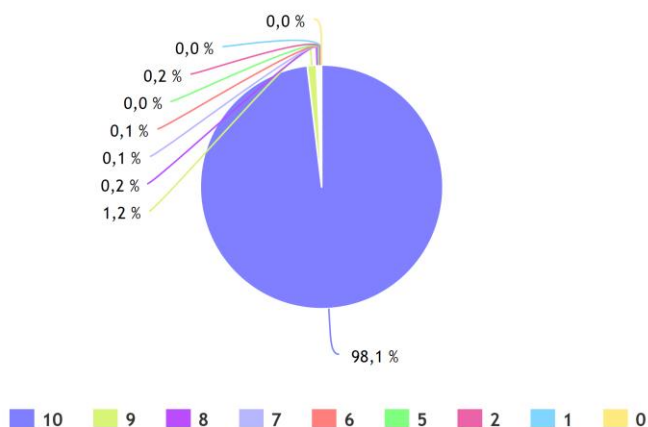


Figura 4. Distribuzione del punteggio di Apgar a 5 minuti nella classe III di Robson  
 Periodo: 01/01/2010 - 31/12/2019 - Ente: 029 - Cl. Robson: CLASSE\_03





## Discussione

Le donne che appartengono alla classe I di Robson e alla classe III sono, nella maggior parte dei casi, partorienti a basso rischio dovrebbero essere assistite dalle Ostetriche, le quali hanno professionalità e autonomia nel campo della fisiologia.

I dati dimostrano, nel confronto con la media regionale, che nell'Ospedale di Erba esistono due precisi modelli assistenziali: uno per la gravidanza, travaglio, parto a Basso Rischio (BRO) ed un altro per la gravidanza a Medio, Alto Rischio; questo con l'obiettivo di favorire soluzioni organizzative che rispondano non solo a criteri di qualità e sicurezza ma garantiscano una maggiore continuità nell'assistenza.

Questo modello assistenziale è presente da vent'anni e frutto di un preciso "protocollo" sulla gravidanza fisiologica più volte aggiornato e discusso. Sulla base di queste premesse cliniche appare maturo, anche in una visione europeistica dell'assistenza, promuovere e sostenere l'implementazione, lo sviluppo e la crescita di una Midwifery Unit (Centro Nascita).

Il Nice (Nice, 2014) ha dimostrato che, nelle gravidanze fisiologiche, il parto è un evento sicuro per la mamma e per il neonato e suggerisce di informare le donne sull'opportunità di partorire in una Midwifery Unit perché, a parità di esiti, gli interventi spesso inutili, sono inferiori.

Inoltre le donne che partoriscono in un Centro Nascita vivono l'esperienza parto in modo positivo e anche l'analisi economica in termini di costo efficacia è più vantaggiosa in una Midwifery Unit rispetto ad una sala parto ospedaliera (Rocca-Ihenacho et al, 2018).

Infine, l'organizzazione dell'Unità Operativa di Erba è implementata secondo un modello "a blocchi" (per responsabilità), creando maggiore partecipazione e decisioni spesso frutto di un confronto tra Ostetrica e Ostetrica, Ostetrica e Medico, Medico e Medico.

Questa organizzazione rappresenta la base per l'implementazione di una forte leadership ostetrica (consultant midwife) nella gestione in autonomia del travaglio e parto fisiologico, che per la realtà attuale italiana potrebbe, come già registrato in altri contesti, concretizzarsi una Midwifery Unit adiacente al punto nascita (alongside).

## Implicazioni per la pratica

I modelli assistenziali (percorsi separati fisiologia-patologia) e organizzativi (modello a blocchi), contribuiscono a infondere fiducia alle donne in se stesse e agli operatori di salute, con il risultato di valutare in modo scientifico e critico l'enfatizzazione del rischio, le paure medico-legali e il ricorso ingiustificato al taglio cesareo.

## Bibliografia

Ministero della Salute (2017), Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle Ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)". [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

National Institute for Health and Care Excellence. NICE, (2014), Intrapartum care for healthy women and babies [www.nice.org.uk/guidance/cg190](http://www.nice.org.uk/guidance/cg190)

Regione Lombardia (2018), Linee di indirizzo percorso nascita fisiologico. [www.promozionesalute.regione.lombardia.it](http://www.promozionesalute.regione.lombardia.it)

Robson MS., (2001), Can we reduce the caesarean section rate? Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.;15(1):179-94.

Rocca-Ihenacho L., Batinelli L., Thael E., Rayment J., Newburn M. e McCourt C. (2018). Standard Europei per le Midwifery Unit, traduzione italiana del 2020 a cura di Batinelli L., Gottardi M., Nespoli A., Rovelli N. e Rocca-Ihenacho L. (Milano)

Valle A., Bottino S., Meregalli V., Zanini A., Lissoni D., Locatelli A., (2019), Manuale di Sala parto, ed. ermes Editore; terza edizione.



December 2019 – Issue – N. 1 – 2019  
Società italiana di scienze ostetrico-ginecologico-neonatali  
SISOGN - The official journal [online] ISSN 2723-9179