

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: sisognoofficialjournal@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

Title - Authors	Page
Editor's letter. The Phase 2 <i>Lettera dell'Editore. La Fase 2</i> <i>Paola Agnese Mauri</i>	4
Continuous electronic fetal monitoring (cardiotocography, CTG) and intermittent listening (intermittent auscultation, IA) in labour <i>Cardiotocografia (CTG) in continuo e auscultazione intermittente del battito cardiaco fetale (BCF) in travaglio</i> <i>Giorgia Greco, Norma Nilde Guerrini Contini, Paola Agnese Mauri</i>	6
Rooming-in. Effects on breastfeeding and mothers' awareness <i>Rooming-in. Esiti sull'allattamento e consapevolezza delle madri</i> <i>Sara Trapani</i>	13
Non-pharmacological methods for pain management in labour <i>Metodi non farmacologici per la gestione del dolore nel travaglio di parto</i> <i>Eleonora Lontri, Norma Nilde Guerrini Contini, Paola Agnese Mauri</i>	22
The impact of Covid-19 on pregnancy - short review of the available literature <i>L'impatto del Covid-19 sulla gravidanza – breve revisione della letteratura disponibile</i> <i>Alessandra D'Alpaos, Norma Nilde Guerrini Contini, Paola Agnese Mauri</i>	32
Perinatal mental health: analysis of the phenomenon from the point of view of women and midwives <i>La salute mentale perinatale: analisi del fenomeno dal punto di vista delle donne e delle ostetriche</i> <i>Federica Ludovico, Norma Nilde Guerrini Contini, Paola Agnese Mauri</i>	44
Postpartum psychosis: risk factors, diagnosis and treatment <i>Psicosi del postpartum: fattori di rischio, diagnosi e trattamento</i> <i>Francesca Montanaro, Norma Nilde Guerrini Contini, Paola Agnese Mauri</i>	53



SISOGN

Società Italiana di Scienze
Ostetrico-Ginecologico-
Neonatali

The Official Journal
ISSN 2723-9179

SISOGN The Official Journal [on line] ISSN 2723-9179
June 2020, 02: N. 1

Editor's letter. The Phase 2

Lettera dell'Editore. La Fase 2

Paola Agnese Mauri^{a b}

^a School of Midwifery, Department of Clinical Sciences and Community Health, Università degli Studi di Milano- Milan, Italy

^b 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
via Manfredo Fanti 6, 20122 Milan, Italy – paola.mauri@unimi.it fax number +39 0255036542 tel number +39 0255038599

Copyright:
DOI:

Il Ministero dell'Interno italiano ha riportato in home page che le indicazioni operative relative al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (dPcm) datato 26 aprile 2020 su contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, sarebbero entrate in vigore su tutto il territorio nazionale a partire dal 4 maggio, dopo essere illustrate nella circolare del capo di Gabinetto ai Prefetti del 2 maggio 2020.

L'obiettivo di un nuovo quadro di regole voleva essere quello di trovare un punto di equilibrio tra la salvaguardia primaria della salute pubblica e l'esigenza di contenere l'impatto delle restrizioni sulla vita dei cittadini.

Effettivamente la Fase 2 da virus SARS-CoV2, vede sicuramente la necessità di embricare il sostegno al riavvio del sistema economico produttivo e la sicurezza dei lavoratori, nonché di tutti i cittadini italiani.

Non solo.

Forse il vero equilibrio lo deve ritrovare ciascuno di noi.

Guardando me stessa in azione (ma anche chi mi circonda), ritrovo un certo "intontimento".

È come se il virus - anche se la virologia non ha trovato nel nostro sangue IgM o IgG positive – fosse stato contratto da ciascuno indelebilmente, così da modificare il pensiero, le azioni, la produttività.

Per certi aspetti potremmo guardare con simpatia quell'invisibile parassita endocellulare che ci ha costretti da una parte a non correre di qua e di là, bensì dall'altra a "navigare" stando fermi.

Rallentare quel vortice travolgente di vita efficientista, che definisce un aspetto della "qualità" come: produrre il più possibile, nel meno tempo possibile, forse è un paradigma da superare.

Negli anni ci siamo ridotti a non concedere neanche il "tempo spogliatoio" alle donne che accedono ai nostri ambulatori ostetrici, o a non riconoscere il dilatarsi del tempo che richiede il camminare di una donna nell'immediato post partum lungo il corridoio di un puerperio, o a non lasciare l'impegno sufficiente ad un neonato nei suoi primi giorni di vita per riuscire ad attaccarsi al seno.

Con questo, il mio augurio è che la Fase 2 ci aiuti a riconoscere – come ostetriche/ci - il valore del tempo come attesa, come periodo di transizione. Non vorrei si tornasse ad accelerare processi difficili. Desidero che "tornare" ai contatti umani, ci stimoli ad "essere" profondamente umani.

Il drammaturgo lituano Oscar Vadislas de Lubicz Milosz nel 1912 scrisse un mistero in sei quadri intitolato con il nome di un religioso spagnolo vissuto a Siviglia nel Seicento: "Miguel Mañara". In quell'opera fece dire ad un suo attore: "L'amore e la fretta mal si accoppiano": sia questo - in sintesi - il messaggio dell'editoriale, per il secondo numero della rivista ufficiale di SISOGN.

Bibliografia

MINISTERO DELL'INTERNO "Covid-19, circolare ai prefetti sulle misure della Fase 2".

<https://www.interno.gov.it/it/notizie/covid-19-circolare-prefetti-sulle-misure-fase-2>

Milosz Oscar Vadislas de Lubicz (1912) Miguel Mañara. Mystère en six tableaux (sulla Nouvelle Revue Française)



SISOGN

Società Italiana di Scienze
Ostetrico-Ginecologico-
Neonatali

The Official Journal
ISSN 2723-9179

SISOGN The Official Journal [on line] ISSN 2723-9179
June 2020, 02: N. 1

Continuous electronic fetal monitoring (cardiotocography, CTG) and intermittent listening (intermittent auscultation, IA) in labour

Cardiotocografia (CTG) in continuo e auscultazione intermittente del battito cardiaco fetale (BCF) in travaglio

Giorgia Greco^a, Norma Nilde Guerrini Contini^a, Paola Agnese Mauri^{a b}

^a School of Midwifery, Department of Clinical Sciences and Community Health, Università degli Studi di Milano- Milan, Italy

^b 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
via Manfredo Fanti 6, 20122 Milan, Italy – paola.mauri@unimi.it fax number +39 0255036542 tel number +39 0255038599

Copyright:
DOI:

Abstract

Purposes or investigation. Nowadays, the majority of intrapartum care guidelines regarding fetal monitoring, agree on using intermittent auscultation for all women who are considered low risk pregnancies. However, the use of cardiotocography during labour is a widely applied technique for monitoring fetal wellbeing even in low risk pregnancies. The objective is to analyze possible risks and benefits linked to the use of cardiotocography and to provide evidence for the reasons that make guidelines claim that its use is inappropriate for low risk pregnancies.

The basic procedures. Four different studies have been analyzed (3 retrospectives and 1 pilot) and a Cochrane Systematic review of 2017.

The main findings, conclusions and implication for practice. According to data from studies, cardiotocography is not an appropriate method of monitoring fetal wellbeing during labour for women with low risk pregnancies as it doesn't lead to better neonatal outcomes, comparing to the intermittent auscultation. Moreover, it increases rates of caesarean sections and operative vaginal births.

Keywords

Cardiotocography; Intermittent auscultation; Fetal monitoring

Introduzione

Uno dei parametri fondamentali dei quali ci si avvale per il monitoraggio del benessere fetale durante il parto, è il battito cardiaco fetale.

Questo parametro è un chiaro segno della situazione di salute del feto in quanto, il cuore, si adatta alle variazioni della richiesta di ossigeno da parte dei distretti fetali periferici tramite le variazioni della frequenza cardiaca. Un'aumentata frequenza cardiaca corrisponde ad un'aumentata richiesta di ossigeno da parte dell'organismo, contrariamente una diminuita frequenza cardiaca, indica una diminuzione della richiesta di ossigeno.

Nei secoli scorsi questo parametro veniva rilevato tramite lo stetoscopio, inventato in Francia dal dottor Laennec nel 1816, fu poi messo a punto e applicato in ostetricia dal dottor Pinard, prendendone il nome. I suoni cardiaci vengono uditi più come una vibrazione all'orecchio piuttosto che come suoni distinti. Bisogna aspettare il 1917 perché David Hills inventi uno stetoscopio modificato, simile a quello di Pinard che usiamo tutt'oggi, capace di amplificare al massimo il suono e di rendere quindi più semplice l'auscultazione periodica del battito cardiaco fetale durante il travaglio.

L'evoluzione di questa metodica per valutare le condizioni fetali risale alla metà degli anni '50 del 1900 quando fu inventata un'apparecchiatura in grado di registrare in continuo sia la frequenza cardiaca fetale che le contrazioni uterine.

Dagli inizi degli anni '70 il cardiocotografo per il monitoraggio elettronico del battito cardiaco fetale invade velocemente le sale parto di tutto il mondo occidentale, sostituendosi alla metodica classica dell'auscultazione intermittente con lo stetoscopio di Pinard.

Secondo una stima dell'ISTAT il 45% delle gravidanze fisiologiche vengono seguite con un monitoraggio in continua seppur considerate a basso rischio (ISTAT,2014).

Il monitoraggio cardiocotografico (TCTG) resta un esame non invasivo che, tramite due sonde appoggiate sull'addome materno, una ad ultrasuoni per rilevare il battito fetale ed una in grado di rilevare i cambi di pressione dovuti alle contrazioni uterine, registra su carta, in contemporanea, la frequenza cardiaca fetale e l'attività contrattile uterina.

Diventando la metodologia d'elezione per la sorveglianza del benessere fetale, nel corso degli anni, le principali società scientifiche internazionali hanno sviluppato diverse linee guida per la lettura dei tracciati e la loro classificazione in categorie di rischio in base a parametri oggettivi con il principale obiettivo di ridurre la morbilità e la mortalità neonatali e evitare il ricorso a cesarei o a parti operativi non necessari.

Diversi studi condotti, da quando il TCTG venne introdotto, hanno evidenziato che non vi sono stati sostanziali miglioramenti negli outcomes neonatali, si ha solo una leggera diminuzione della mortalità negli early-preterm. Al contrario esiste il rischio di un aumento dei tassi di cesarei e parti vaginali operativi rispetto a quando veniva utilizzata principalmente l'auscultazione intermittente (Alfirevic Z et al, 2017; Di Tommaso M. et al, 2019; Heelan-Fancher L. et al, 2019).

Per queste ragioni, ad oggi, le linee guida in vigore, per l'assistenza durante il travaglio, ritengono non opportuno l'utilizzo del TCTG in continua per tutte quelle donne considerate a basso rischio ostetrico. Per queste è consigliata un'auscultazione ad intermittenza almeno ogni 15-20 minuti per almeno un minuto a seguito della contrazione in primo stadio attivo e l'offerta del monitoraggio in continua solo se richiesto dalla donna, una volta avendo con lei discusso dei rischi e dei benefici, oppure, se si riscontra un battito irregolare o fattori di rischio (quali patologie materne o fetali) per acidosi/ipossia fetale. (NICE, 2017; SIGO et al, 2018)

Tramite questa breve revisione della letteratura si vogliono mettere in evidenza: i benefici e rischi del ricorso all'utilizzo di un monitoraggio in continua per l'assistenza del travaglio di parto, tramite l'analisi di evidenze scientifiche estrapolate da alcuni studi identificati.

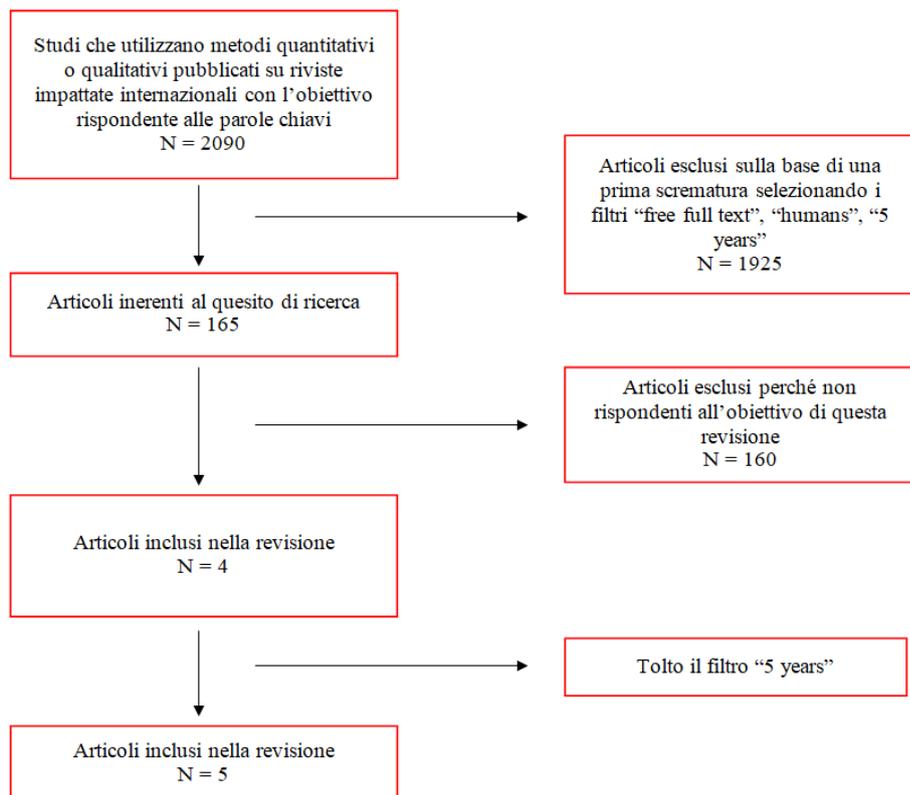
Materiali e Metodi

Per questa revisione sono stati presi in analisi 5 diversi studi, tre dei quali retrospettivi (Nelson K., 2016; Di Tommaso M. et al, 2019; Heelan-Fancher L. et al, 2019) uno sperimentale (Vintzileos A.M., 1993) e la più recente revisione sistematica a riguardo del tema preso in analisi, della Cochrane (Alfirevic Z et al, 2017).

Gli studi sono stati ricercati nei giorni di maggio 2020 che vanno dal 16 al 19 digitando, sulla banca dati biomedica Pubmed, le seguenti parole chiave: cardiotocography AND caesarean section, cardiotocography OR intermittent auscultation (AND e OR come operatori booleani).

Inizialmente sono stati evidenziati un totale di 2990 articoli. Aggiungendo i filtri di ricerca "humans", "free full text" e "5 years" gli articoli rimasti risultavano 165 e tra questi ne ho estratti 4 in quanto rispondenti alle domande del tema trattato. Successivamente togliendo il criterio "5 years" viene trovato anche l'ultimo studio preso in analisi, uno dei pochissimi studi sperimentali condotti sul tema del tracciato cardiocotografico e i suoi rischi.

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 Tabella 1 d'estrazione. (Tratta da US Agency For Healthcare Research and Quality – AHCPR)

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: numero progressivo degli studi presi in analisi e titolo, anno di pubblicazione, autori, disegno, scopo, alcuni 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 (Tabella di estrazione)

Numero progressivo degli studi presi in analisi	Autore ed anno di pubblicazione	Disegno	scopo	Materiali e metodi (campionamento e metodo di raccolta dati)	Risultati (caratteristiche del campione)	Livello della prova
1. A randomized trial of intrapartum electronic fetal heart rate monitoring versus intermittent auscultation	Giugno 1993 Vintzileos A.M. et al	Trial randomizzato	Determinare se l'utilizzo del CTG comporti una diminuzione della mortalità e morbidità perinatali rispetto all'auscultazione intermittente	Lo studio è stato condotto in due diversi ospedali universitari ad Atene e le donne sono state divise in maniera casuale in due gruppi, uno con il monitoraggio in continua e uno con l'auscultazione intermittente	1428 Gravidanze singole, sopra le 26 settimane di epoca gestazionale. La lunghezza del travaglio era più lunga e si aveva una maggior incidenza di TC e parti operativi vaginali nel gruppo del TCTG. Non vi sono grandi differenze negli outcomes neonatali dei due gruppi, si registra solo una leggera riduzione delle porte perinatali da ipossia fetale.	Discreta IIb
2. Electronic fetal monitoring, cerebral palsy, and caesarean section: assumptions versus evidence	Nelson K.B. et al Dicembre 2016	Studio retrospettivo	Dimostrare che all'utilizzo del TCTG in continua non corrisponde una diminuzione dell'incidenza di paralisi cerebrali neonatali	Sono stati presi in analisi due diversi studi riguardanti la correlazione tra il monitoraggio in continua e l'esito di paralisi cerebrali neonatali	Si evidenzia che l'utilizzo del TCTG in continua non porta ad una diminuzione dell'incidenza di paralisi cerebrali ma porta ad un'umentata incidenza di TC e parti operativi vaginali	Discreta IIb
3. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour	Alfirevic Z et al 2017	Review sistematica	Valutare l'efficacia e la sicurezza della cardiotocografia utilizzata come metodo di monitoraggio del benessere fetale durante il parto	Sono stati presi in considerazione i trials nel registro della Cochrane riguardanti la gravidanza e la nascita e sono stati inclusi quasi-randomised e randomised trials che comparavano il TCTG in continua con l'auscultazione intermittente o il TCTG intermittente	13 trials sono stati analizzati per un totale di 37.000 donne. <u>TCTG in continua VS auscultazione intermittente</u> Con il TCTG si aveva un'umentato ricorso a TC e parti operativi vaginali e un percentuale minore di morti perinatali mentre non si avevano differenze nella incidenza di acidosi fetale TCTG in continua VS TCTG intermittente Non ci sono differenze tra	Forte Ia

					percentuali di TC e parti vaginali operativi, si evidenziano una percentuale minore di casi di acidosi fetale nel TCTG intermittente	
4. Continuous electronic fetal heart monitoring versus intermittent auscultation during labor: Would the literature outcomes have the same results if they were interpreted following the NICHHD guidelines?	Di Tommaso M. et al 2019	Studio retrospettivo	Dimostrare che l'applicazione delle più recenti linee guida NICHHD, per la lettura dei tracciati, fanno sì che non si abbia un aumento importante del ricorso a tagli cesarei e parti operativi vaginali a seguito dell'utilizzo del TCTG in continua	Sono stati presi in analisi due high-quality trials, nei quali si comparavano gli esiti dell'utilizzo del TCTG rispetto all'auscultazione intermittente, e i tracciati di questi trials sono stati reinterpretati secondo le linee guida NICHHD	Applicando le ultime linee guida NICHHD si ottiene una sostanziale diminuzione del ricorso a tagli cesarei e parti operativi vaginali. Dunque si è dimostrato che con un'appropriata lettura del tracciato in realtà, a differenza di quello che dicono molti studi, non si ha un sostanziale aumento di interventi chirurgici.	Discreta IIb
5. Impact of continuous electronic fetal monitoring on birth outcomes in low-risk pregnancies	Heelan-Fancher L. et al 2019	Studio retrospettivo	Mostare gli effetti dell'utilizzo del monitoraggio in continua nelle gravidanze a basso rischio ostetrico e come i suoi effetti differiscano in base all'epoca gestazionale	Si sono analizzati i dati provenienti da due differenti registri delle nascite di due stati americani. Dati registrati dal 1992 al 2004. Si sono comparati gli esiti dell'utilizzo del TCTG in continua in entrambi gli stati.	Il campione di donne analizzate per la maggior parte si distribuiscono tra i 21 e i 34 anni e hanno una gravidanza singola a termine. Non si è riscontrata una associazione tra l'utilizzo del TCTG e un possibile decremento della mortalità neonatale e infantile, si riscontra invece un'associazione diretta tra l'utilizzo del TCTG e l'aumento dei TC e dei parti vaginali operativi.	Discreta IIb

Discussione

Il tracciato cardiocografico (TCTG), da quando è stato introdotto negli anni 70, è velocemente diventato il principale mezzo per la sorveglianza del benessere fetale durante il travaglio di parto. Venne introdotto con il principale scopo di andare a diminuire la mortalità e la morbilità neonatali correlate all'ipossia intrapartum tant'è che le principali linee guida riguardanti la lettura dei tracciati, prima del 2008, erano state pensate per evitare il rischio di ipossia rispetto a quello di acidosi (Di Tommaso M. et al, 2019).

Tuttavia studi dimostrano che, l'utilizzo della cardiocografia (CTG) in continua, non ha portato a sostanziali benefici per quanto riguarda, gli outcomes neonatali delle gravide considerate a basso rischio ostetrico.

Uno dei primi studi che venne condotto per analizzare l'effettiva efficacia del TCTG, nonché uno dei pochissimi studi sperimentali condotti a riguardo, dividendo random un campione di 1428 donne in due gruppi, un primo gruppo nel quale si sarebbe utilizzata la CTG e un secondo nel quale si sarebbe utilizzata l'auscultazione intermittente, evidenzia le sostanziali differenze tra i due tipi di sorveglianza fetali.

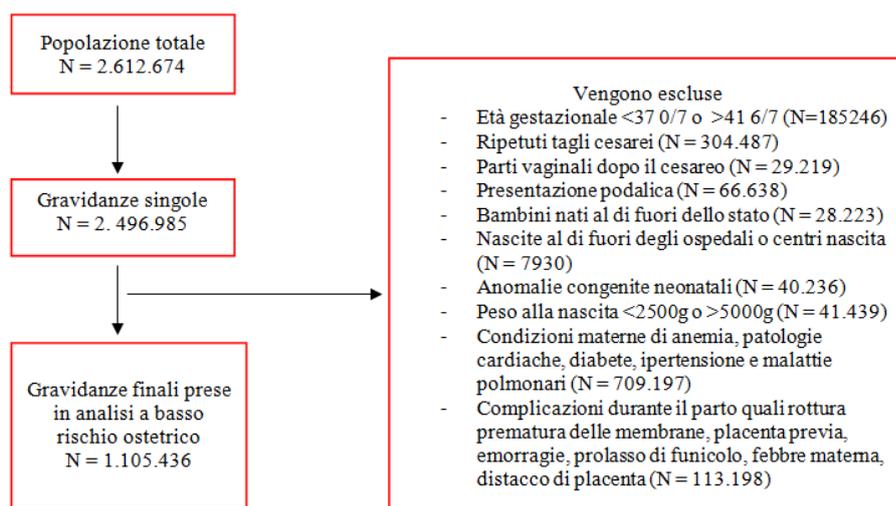
Nel gruppo di donne monitorate tramite CTG si riscontrano travagli più lunghi e una più alta incidenza di tracciati non rassicuranti e di conseguenti cesarei.

Non si riscontrano differenze tra i due gruppi per quanto riguarda gli Apgar score dei neonati al primo e quinto minuto, il tasso di incidenza di acidosi fetale alla nascita, il numero di bambini che hanno avuto bisogno di una rianimazione neonatale, della ventilazione assistita o del ricovero in TIN (terapia intensiva neonatale). Si riscontra solo una leggera diminuzione dei neonati morti a seguito di ipossia perinatale (Vintzileos A.M. et al, 1993)

Analizzando invece dei registri di nascita, dall'anno 1992 al 2014, di due stati americani, nei quali il TCTG in continua risulta essere largamente utilizzato (stato1: 75% di 916.771 gravidanze; stato2: 95% di 2.612.674 gravidanze), non si è evidenziata un'associazione tra l'utilizzo della CTG e una diminuzione della mortalità neonatale ma si è evidenziata una correlazione con l'aumento dei cesarei, dei parti vaginali operativi in entrambi gli stati (Heelan-Fancher L. et al, 2019).

Nella seguente flow chart (Figura 3) vengono mostrati i criteri di esclusione (applicati nello stesso modo anche allo stato1) e la creazione della corte finale di studio dello stato2 dello studio "Impact of continuous electronic fetal monitoring on birth outcomes in low- risk pregnancies" (Heelan-Fancher L. et al, 2019).

Figura 3. Flow chart dove vengono mostrati i criteri di esclusione e la creazione della corte finale di studio "Impact of continuous electronic fetal monitoring on birth outcomes in low- risk pregnancies" (Heelan-Fancher L. et al, 2019)



Oltre a non ridursi la mortalità neonatale, la CTG in continua, rispetto all'auscultazione intermittente, non sembrerebbe ridurre l'incidenza di neonati nati con casi di acidosi o di paralisi cerebrale (Alfirevic Z. et al, 2017).

Ciò in parte può essere spiegato dal fatto che la paralisi cerebrale, nella maggior parte dei bambini nati a termine o per i cosiddetti near term (34-36,6 settimane di epoca gestazionale), non è causata da asfissia perinatale ma è associata a: malformazioni congenite, restrizioni della crescita fetale intrauterina, esposizione intrauterina a infezioni e ad altri fattori purtroppo ancora poco conosciuti (Nelson K.B. et al, 2016).

Una possibile spiegazione per l'aumento dei tassi di cesarei e parti vaginali operativi, a seguito dell'utilizzo del monitoraggio in continua, può essere quella che, tale metodo, diminuisce la possibilità di movimento delle donne in travaglio (Heelan-Fancher L. et al, 2019).

Il movimento durante il travaglio risulta essere benefico in quanto: diminuisce il dolore, migliora la circolazione materno-fetale, aumenta la qualità delle contrazioni uterine favorendo allo stesso tempo la discesa della testa fetale e infine diminuisce i tassi di traumi al perineo.

Inoltre ad una limitazione di movimento viene spesso associata una maggiore durata del travaglio. Studi registrano dal 1960 agli anni 90, un aumento della durata del primo stadio attivo del travaglio (Heelan-Fancher L. et al, 2019).

Da questa breve analisi sembrerebbe che, oltre a non comportare evidenti benefici per la salute fetale e neonatale, l'utilizzo della CTG in continua, rispetto all'auscultazione intermittente, può

portare ad un incremento dei tassi di cesarei e parti vaginali operativi, aumentando di conseguenza, i rischi per la salute materna a breve e lungo termine e per la salute fetale a breve termine.

In una popolazione, analizzata tramite uno studio caso-controllo in Francia, la mortalità materna risulta essere 3.6 volte maggiore dopo un cesareo rispetto che dopo un parto vaginale e si è dimostrato che i parti operativi aumentano il rischio di emorragia materna, infezioni, tromboembolismi. In più si riscontra una maggior incidenza di neonati con depressione respiratoria. Mentre le principali complicazioni a lungo termine che lo studio di Nelson ha evidenziato, riguardano un aumentato tasso di secondi cesarei, di placentazioni anormali (con un conseguente aumentato rischio di emorragia) e di rotture d'utero (Nelson K.B. et al, 2016).

Per queste ragioni, ad oggi, le linee guida in vigore per l'assistenza durante il parto, ritengono non opportuno l'utilizzo del TCTG in continua per tutte quelle donne considerate a basso rischio ostetrico. È invece consigliata un'auscultazione ad intermittenza almeno ogni 15-20 minuti per almeno un minuto a seguito della contrazione in primo stadio attivo e l'offerta del monitoraggio in continua solo se richiesto dalla donna, una volta avendo con lei discusso dei rischi e dei benefici, oppure, se si riscontra un battito irregolare o rischi di acidosi/ipossia fetale. (NICE, 2017; SIGO et al, 2018).

Implicazioni per la pratica

L'auscultazione intermittente risulta essere una metodica di sorveglianza del benessere fetale intrapartum buona, in quanto permette la stessa identificazione di neonati in ipossia o in acidosi, senza comportare un aumento dei tagli cesarei e di parti operativi.

La principale problematica che resta da risolvere, per far sì che l'auscultazione intermittente possa venir applicata universalmente, è quella della carenza di personale nelle nostre strutture sanitarie.

L'utilizzo della auscultazione intermittente prevede infatti un'assistenza one-to-one attenta a procedure dirette, che spesso resta ostacolata da carenza di personale ostetrico. Sarebbe da favorire un maggior impegno economico da parte dei responsabili preposti, a far sì che le ostetriche possano esercitare la propria professione secondo modelli di "best practice".

Bibliografia

- Alfirevic Z, Gyte GML, Cuthbert A, Devane D (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev* (2): CD006066.
- Arduini D, Caruso A, Conoscenti G, Di Tommaso M, Ferrazzani S, Ferrazzi E, Meir Herbert Valensise Y.J., Attini R, Monzeglio C, Parisi S, Botta G, Todros T, Scambia G, Viora E, Colacurci N, Ragusa A, Svelato A. (2018) Linee guida monitoraggio cardiotocografico in travaglio SIGO, AOGOI, AGUI.
- ISTAT dati pubblicati il 9 dicembre 2014 (<https://www.istat.it/it/files/2014/12/gravidanza.pdf>)
- NICE Linee guida febbraio 2017 (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>)
- Di Tommaso M, Pinzauti S, Bandinelli S, Poli C, Ragusa A (2019). Continuous electronic fetal heart monitoring versus intermittent auscultation during labor: Would the literature outcomes have the same results if they were interpreted following the NICHD guidelines? *Adv Clin Exp Med* Sep;28(9):1193-1198
- Heelan-Fancher L, Shi L, Zhang Y, Cai Y, Nawai A, Leveille S. (2019) Impact of continuous electronic fetal monitoring on birth outcomes in low risk pregnancies. *Birth* 46(2) 311-317
- Nelson K.B, Sartwelle T.P, Rouse D.J (2016) Electronic fetal monitoring, cerebral palsy, and caesarean section: assumptions versus evidence. *BMJ* 355:i6405
- Vintzileos A.M, Antsaklis A, Varvarigos I, Papas C, Sofatzis I, Montgomery J.T (1993) A randomized trial of intrapartum electronic fetal heart rate monitoring versus intermittent auscultation. *Obstet Gynecol* 81(6):899-907



SISOGN

Società Italiana di Scienze
Ostetrico-Ginecologico-
Neonatali

The Official Journal
ISSN 2723-9179

SISOGN The Official Journal [on line] ISSN 2723-9179
June 2020, 02: N. 1

Rooming-in. Effects on breastfeeding and mothers' awareness

Rooming-in. Esiti sull'allattamento e consapevolezza delle madri

Sara Trapani^a

^a Midwife

Corresponding Author: Sara Trapani paola.mauri@unimi.it
via Manfredo Fanti 6, 20122 Milan, Italy – paola.mauri@unimi.it fax number +39 0255036542 tel number +39 0255038599

Copyright:
DOI:

Abstract

Purposes and investigation. Rooming-in is one of the steps of successful breastfeeding (BFHI). It consists in staying in the same room with the baby for at least 23 hours a day. Rooming-in is opposed to nursing care. The purpose of this review is to explore the scientific literature to understand if rooming-in positively affects breastfeeding. This study also investigates mothers' awareness about this topic.

The basic procedures. This review was conducted in April - May 2020. It includes 9 studies found in "Pubmed" and "Cochrane Library" databases. A document published by the World Health Organization was included in the research too.

The main findings. Recently, a great number of healthcare facilities have increased adherence to rooming-in and have observed a positive influence of this practice on exclusive breastfeeding during hospitalization. On the other hand, the evidence on the results of long-term rooming-in is not enough. Women are aware of the importance of rooming-in, but their knowledge is shallow and deserves to be deepened.

Conclusions and implication for practice. Waiting for new scientific evidence, health professionals must inform women from pregnancy, through pre-birth course, and support them in rooming-in during post-natal period.

Keywords

Rooming in; Breastfeeding; Midwifery care; Nursing care

Introduzione

Il latte materno è la migliore fonte di alimentazione per il neonato. Esso apporta benefici a livello nutritivo, psicologico, immunologico, sociale, economico e ambientale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda di allattare in maniera esclusiva il proprio bambino fino ai sei mesi di età (Barrera *et al*, 2018; Buttham *et al*, 2017; Colombo *et al*, 2018; Ng *et al*, 2019; Tsai *et al*, 2015). Tuttavia si stima che soltanto il 34,8% dei bambini nel mondo è allattato rispettando tali indicazioni (Jaafar *et al*, 2016; Tsai *et al*, 2015).

Per promuovere e supportare l'allattamento, WHO e UNICEF hanno proposto l'Iniziativa degli Ospedali Amici dei Bambini (BFHI). Essa consiste in dieci pratiche fondamentali (illustrate in Figura 1)

da mettere in atto nelle strutture che si occupano di maternità (Barrera *et al*, 2018; Becker *et al*, 2018; Ng *et al*, 2019).

Figura 1 - I dieci passi BFHI (Becker *et al*, 2018)

Box 1. Ten Steps to Successful Breastfeeding (revised 2018)

Critical management procedures

1. a. Comply fully with the *International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes* and relevant World Health Assembly resolutions.
- b. Have a written infant feeding policy that is routinely communicated to staff and parents.
- c. Establish ongoing monitoring and data-management systems.
2. Ensure that staff have sufficient knowledge, competence and skills to support breastfeeding.

Key clinical practices

3. Discuss the importance and management of breastfeeding with pregnant women and their families.
4. Facilitate immediate and uninterrupted skin-to-skin contact and support mothers to initiate breastfeeding as soon as possible after birth.
5. Support mothers to initiate and maintain breastfeeding and manage common difficulties.
6. Do not provide breastfed newborns any food or fluids other than breast milk, unless medically indicated.
7. Enable mothers and their infants to remain together and to practise rooming-in 24 hours a day.
8. Support mothers to recognize and respond to their infants' cues for feeding.
9. Counsel mothers on the use and risks of feeding bottles, teats and pacifiers.
10. Coordinate discharge so that parents and their infants have timely access to ongoing support and care.

Il settimo punto del programma consiste nell'incentivare le mamme e i bambini sani nati a termine a restare insieme 24 ore al giorno, o almeno 23 (Colombo *et al*, 2018), praticando il *rooming-in*. Esso può essere realizzato condividendo il letto materno (*bed-sharing*), oppure attaccando una culla lateralmente al materasso della mamma, o ancora tenendo accanto a sé il bambino in una culla autonoma. Molti studi osservazionali hanno riportato che il *rooming-in* è la soluzione migliore per incrementare la produzione di latte materno e la frequenza delle poppate (Alzaheb, 2017; Bandeira de Sá *et al*, 2016; Jaafar *et al*, 2016). Inoltre questa pratica apporterebbe esiti vantaggiosi sulla salute della mamma, del bambino e sulla loro relazione affettiva. Il *rooming-in* tuttavia, tra i dieci passi elencati in Figura 1, è quello che vede la minor aderenza da parte delle strutture sanitarie (Consaes *et al*, 2020).

Al *rooming in* si contrappone la cosiddetta *nursery care*, ovvero la cura del neonato presso un nido separato dai genitori, al quale tuttavia la madre può accedere per nutrire il proprio bambino. In alternativa, il bambino al bisogno può essere portato in stanza per essere nutrito (Ng *et al*, 2019). Questo tipo di cura può essere adottata anche parzialmente, ad esempio usufruendo del nido solo di notte o viceversa. Alcuni studi dimostrano che l'adozione di tale strategia di gestione del neonato può influire negativamente sulla produzione di latte materno, tanto che viene consigliata una stimolazione frequente delle mammelle. Altre ricerche dimostrano invece che la motivazione materna è comunque il principale fattore che influisce sull'allattamento (Jaafar *et al*, 2016).

Sia la *nursery care* sia il *rooming-in* "sono pratiche tradizionali", tuttavia "i pregi e gli svantaggi non sono stati pienamente affrontati" (Jaafar *et al*, 2016).

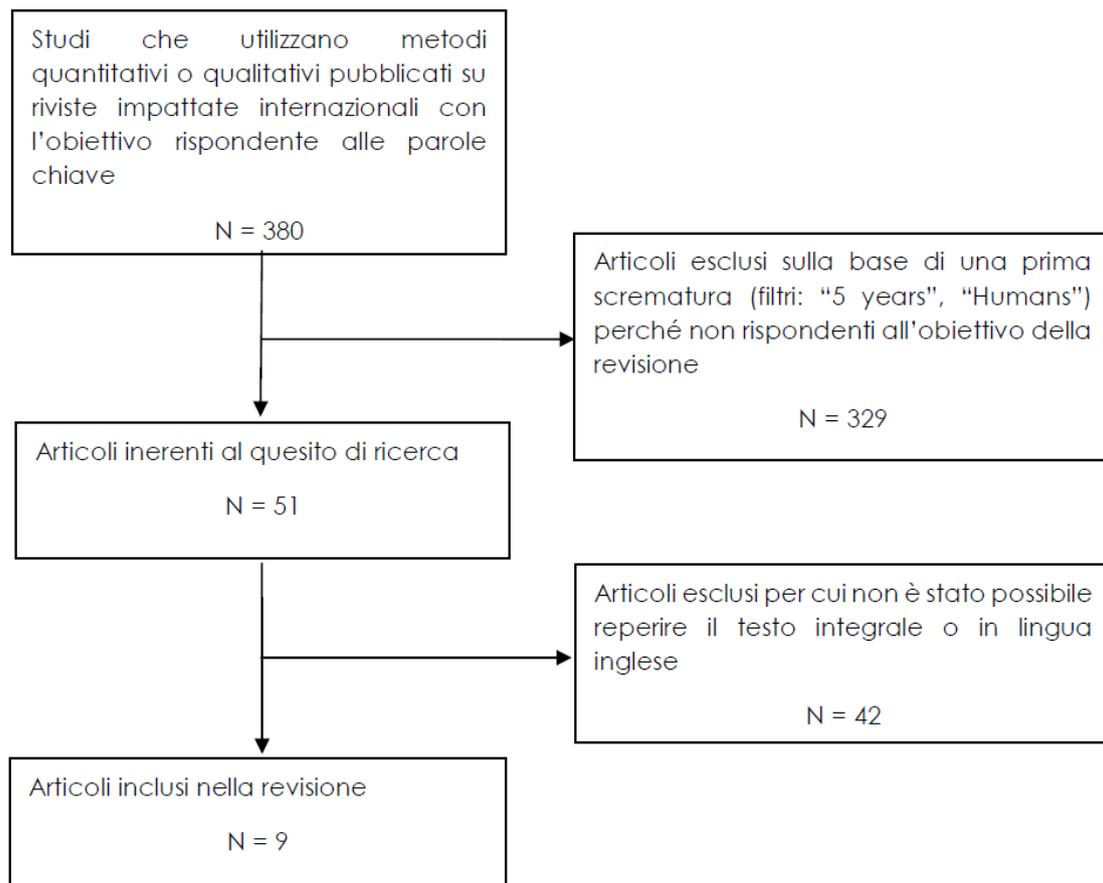
Lo scopo di questa revisione breve è procedere con un confronto della letteratura scientifica per capire come influisce il *rooming-in* sull'allattamento e indagare la consapevolezza delle mamme al proposito.

Materiali e Metodi

La letteratura cui si farà riferimento per la revisione è stata selezionata dalla seconda metà del mese di aprile 2020 alla prima settimana di maggio 2020. La ricerca delle fonti scientifiche è stata effettuata utilizzando come motore di ricerca "PubMed" e la biblioteca digitale "Cochrane Library". Si sono utilizzate come parole-chiave Rooming in AND breastfeeding (AND come operatore booleano). La ricerca ha portato ad un'iniziale selezione del materiale, per un totale di 380 studi ottenuti con l'obiettivo rispondente alle keywords. 329 articoli sono poi stati esclusi sulla base di una prima scrematura (filtri: "5 years", "Humans").

Dei 51 documenti rimasti, 42 sono risultati irreperibili nel loro testo integrale, pertanto sono stati inclusi 9 articoli. Il processo di selezione delle fonti è riassunto nella Flow chart in Figura 2.

Figura 2 - Flow chart per la scelta della letteratura inerente ai quesiti di ricerca



Oltre ai nove articoli è stato analizzato un documento della "World Health Organization - WHO". Si tratta di raccomandazioni basate su evidenze scientifiche che si concentrano su protezione, promozione e supporto dell'allattamento al seno e che riprendono il concetto di rooming-in. Complessivamente, dunque, le fonti analizzate per la stesura della presente Revisione sono dieci. 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 Tabella 1 d'estrazione. (Tratta da US Agency For Healthcare Research and Quality – AHCPR)

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 di estrazione (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 esaminate per la stesura della Revisione

N°	Autore e anno di pubblicazione - Contesto	Disegno dello studio	Scopo	Materiali e Metodi	Risultati	Livello
1	Bandeira de Sá N. N., Gubert M. B., dos Santos W., Pacheco Santos L. M., 2016 - Revista Brasileira de Epidemiologia.	Cross-sectional study	Identificare i fattori associati all'allattamento al seno nelle prime ore di vita in Brasile.	È stata proposta a 1.027 mamme la compilazione di questionari pre-testati inerenti l'allattamento e le variabili ad esso connesso.	I fattori che interferiscono negativamente con l'allattamento sono un'inadeguata cura prenatale, il taglio cesareo e il mancato rooming-in dopo la nascita.	III
2	Barrera C. M., Nelson J. M., Boundy E. O., Perrine C. G., 2018 - Birth. Author manuscript.	Survey study	Monitorare l'andamento di allattamento e rooming-in negli ospedali americani.	Sono stati analizzati i dati dei sondaggi mPINC 2007-2015, un censimento biennale di tutte le strutture americane.	L'implementazione del rooming-in negli ospedali americani è aumentata del 23,6% in otto anni (dal 27,8% nel 2007 al 51,4% nel 2015): il rooming in è riconosciuto come pratica ideale per favorire l'allattamento.	III
3	Becker G., Curteanu A., Gonzalez de Cosío T., Haider R., Labbok M. H., Huy Luong D., Lutter C., Perrine C. G., Saadeh R., Sagoe-Moses I., Stufkens J., 2018 - World Health Organization, Unicef.	Guidance document	Proteggere, promuovere e supportare l'allattamento fornendo servizi dedicati alla maternità.	Queste Linee Guida includono raccomandazioni basate su evidenze scientifiche. In particolare, riportano i dieci passi per il successo dell'allattamento.	Tra le raccomandazioni BFHI, il settimo passo è la promozione del rooming-in (promuovere la vicinanza di mamma e bambino notte e giorno).	Ib
4	Buttham S., Kongwattanakul K., Jaturat N., Soontrapa S., 2017 - International Journal of Women's Health.	Prospective descriptive study	Valutare i fattori correlati a un allattamento non esclusivo tra le donne in una clinica in Thailandia.	Lo studio ha incluso 500 puerpere, che sono state intervistate da professioniste esperte in allattamento.	Il tasso di allattamento non esclusivo nella clinica esaminata è del 26%. I fattori associati sono la insufficiente motivazione materna, la mancanza di rooming-in e la scarsa quantità di latte due settimane dopo il parto.	III

5	Colombo L., Crippa B. L., Consonni D., Bettinelli M. E., Agosti V., Mangino G., Bezze E. N., Mauri P. A., Zanotta L., Roggero P., Plevani L., Bertoli D., Gianni M. L., Mosca F., 2018 - MDPI.	Prospective, observational, single-center study	Determinare i fattori che influiscono positivamente sull'allattamento al seno in neonati sani a termine nella Clinica Mangiagalli di Milano.	I dati sono stati ricavati dalle cartelle ostetriche e da questionari proposti a 640 mamme ricoverate in clinica a gennaio/febbraio 2017.	I fattori che favoriscono l'allattamento al seno sono: una precedente esperienza di allattamento positiva, un alto livello di istruzione materna, la partecipazione agli incontri di accompagnamento alla nascita, il mancato uso del ciuccio, un allattamento a richiesta e il rooming-in.	III
6	Consales A., Crippa B. L., Cerasani J., Morniroli D., Damonte M., Bettinelli M. E., Consonni D., Colombo L., Zanotta L., Bezze E., Sannino P., Mosca F., Plevani L., Gianni M. L., 2020 - Frontiers in Pediatrics.	Survey study	Indagare, presso la Clinica Mangiagalli di Milano, la conoscenza materna del rooming-in, le difficoltà più frequentemente riscontrate e i possibili facilitatori di aderenza alla pratica.	Lo studio ha incluso 328 mamme che hanno partorito a gennaio 2019. È stata proposta un'intervista di 10 minuti condotta da professionisti della salute.	Il 48,2% delle diadi mamma – bambino nella clinica milanese ha praticato il rooming-in con costanza. L'86,3% delle madri era consapevole dei benefici del rooming-in. Secondo le intervistate, i principali ostacoli a questa pratica sono la fatica e le difficoltà legate alla ferita laparotomica.	III
7	Jaafar S.H., Ho J.J., Lee K.S., 2016 - Cochrane Library.	Review	Confronto tra rooming-in e separazione mamma/bambino nel periodo dell'allattamento.	Sono stati inclusi nella ricerca studi randomizzati o quasi randomizzati.	Sono state trovate poche prove a supporto del rooming-in come fattore influente sull'allattamento. Servono ulteriori RCTs per valutare l'associazione tra rooming-in e allattamento al seno.	Ib
8	Ng C. A., Jacqueline J. Ho J. J., Lee Z. H., 2019 - PLOS ONE.	Review	Valutare l'influenza del rooming-in sulla durata dell'allattamento.	Sono stati inclusi nella revisione 7 studi controllati prospettici (randomizzati e non randomizzati).	Questa revisione non aggiunge ulteriori informazioni relativamente all'argomento trattato. L'incertezza degli effetti del rooming-in sulla durata dell'allattamento permane e sono necessari più studi.	Ib
9	Tsai T. I., Huang S. H., Lee S. Y. D., 2015 - Breastfeeding Medicine.	Prospective, longitudinal study	Valutare i fattori associati all'allattamento nelle mamme alla loro prima esperienza in Taiwan.	Per raccogliere i dati è stato proposto un questionario alle primipare di due ospedali accreditati BFHI.	Lo studio ha dimostrato che l'attacco al seno precoce e il rooming-in sono forti presupposti per un allattamento esclusivo durante la degenza ospedaliera. Tuttavia le variabili connesse all'allattamento mutano nel corso del puerperio e dipendono anche dalla motivazione materna.	III
10	Ward L. P., Williamson S., Burke S., Crawford-Hemphill R., Thompson A. M., 2017 - Pediatrics.	Observational study	Incrementare le pratiche ospedaliere basate sull'evidenza per migliorare l'allattamento in un centro medico americano.	Un team multi-disciplinare ha sviluppato un key driver diagram e ha organizzato attività di miglioramento e plan-do-study-act cycles. Per misurare i risultati sono state analizzate le cartelle cliniche.	Sono stati osservati miglioramenti nell'aderenza al rooming-in e allo skin to skin. Inoltre la percentuale di neonati con allattamento esclusivo è aumentata dal 37% al 59%.	III

L'implementazione del rooming-in nelle strutture sanitarie e gli esiti sull'allattamento

Nel corso del tempo, vista anche la diffusione dei dieci passi BFHI, si è assistito ad una maggior aderenza al rooming-in da parte delle strutture sanitarie che si occupano di maternità. Negli USA, la prevalenza di ospedali che si adoperano per garantire questa pratica è passata dal 27,8% nel 2007 al 51,4% nel 2015 (Barrera *et al*, 2018).

In una clinica in Kentucky sono stati messi in atto provvedimenti al fine di incrementare la percentuale di neonati allattati al seno in modo esclusivo. In particolare, sono state incentivate due pratiche: il contatto pelle a pelle e il rooming-in. Come conseguenza, la proporzione di neonati allattati al seno in modo esclusivo è aumentata dal 37% al 59% (Ward *et al*, 2017).

Anche uno studio condotto presso la Clinica Mangiagalli di Milano ha osservato una relazione positiva tra l'adesione alle pratiche di rooming-in e l'allattamento esclusivo (Consales *et al*, 2020).

Due ricerche svolte in Taiwan (Buttham *et al*, 2017; Tsai *et al*, 2015) hanno riscontrato che la condivisione della stanza di degenza tra mamma e neonato è utile per iniziare più precocemente l'allattamento al seno, per mantenere un allattamento esclusivo durante la degenza e anche per permettere alla madre di fare osservazioni e domande sul proprio bambino col supporto di un operatore sanitario, in modo da essere più tranquilla al momento della dimissione ospedaliera e sentirsi pronta ad iniziare la convivenza col figlio.

Rooming-in e midwifery care a confronto. Conseguenze sull'allattamento

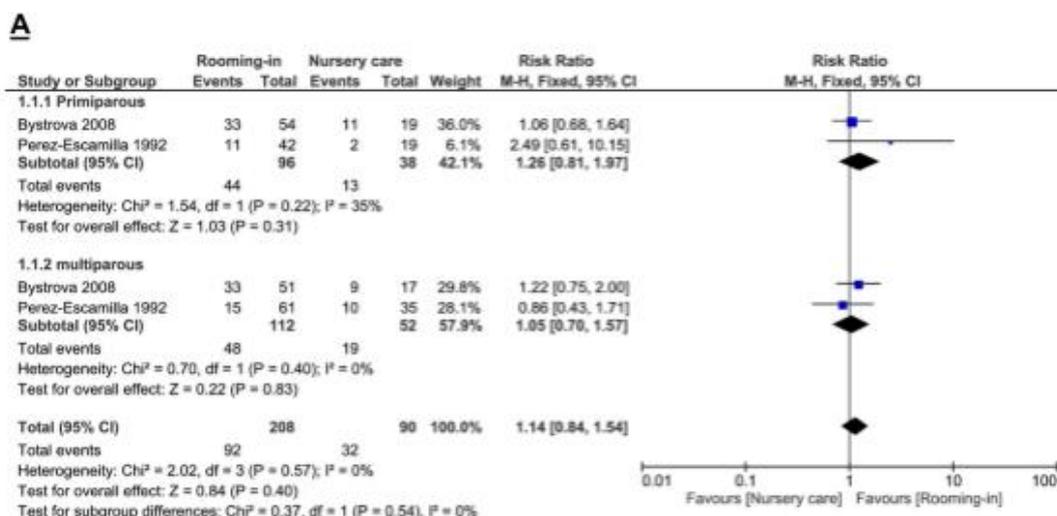
Al rooming-in si contrappone la decisione di lasciare il proprio bambino presso il nido, affidandolo alle cure degli operatori.

Alcuni studi scientifici si sono dedicati proprio al confronto tra queste due strategie di gestione del neonato. Si riportano di seguito alcuni risultati ottenuti.

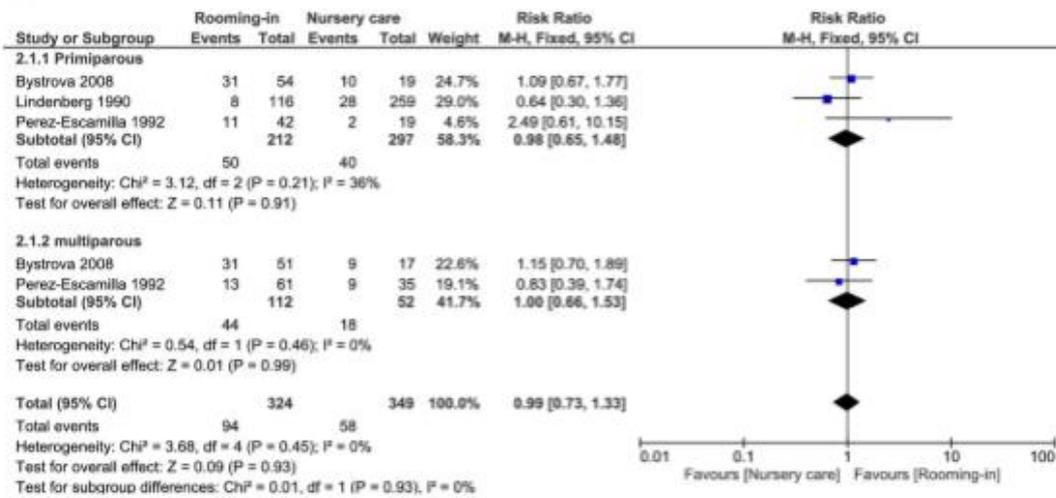
Una revisione della letteratura scientifica pubblicata sul Cochrane Database of Systematic Reviews (Jaafar *et al*, 2016) ha esplorato l'argomento, cercando studi che confrontassero rooming-in e nursery care, ma ha reperito soltanto una ricerca che rispondesse appieno al quesito di ricerca. Esso era un trial controllato e randomizzato che ha dimostrato come il rooming-in influisca positivamente sulla percentuale di allattamento esclusivo nel giorno della dimissione dall'ospedale. Ciò nonostante, secondo Jaafar *et al*, 2016 questa unica evidenza non fornisce sufficienti dati per trarre una conclusione sicura anche sugli effetti del rooming-in a lungo termine. Servono più studi randomizzati e controllati (Ng *et al*, 2019).

Un'altra revisione riporta di non aver osservato differenze tra rooming-in e nursery care sugli esiti dell'allattamento esclusivo a 3 mesi (Figura 4A), 4 mesi (Figura 4B) e 6 mesi (Figura 4C). Tuttavia la ricerca ha riportato, in caso di rooming-in, una percentuale più alta di bambini con allattamento complementare a 3-4 mesi (Ng *et al*, 2019).

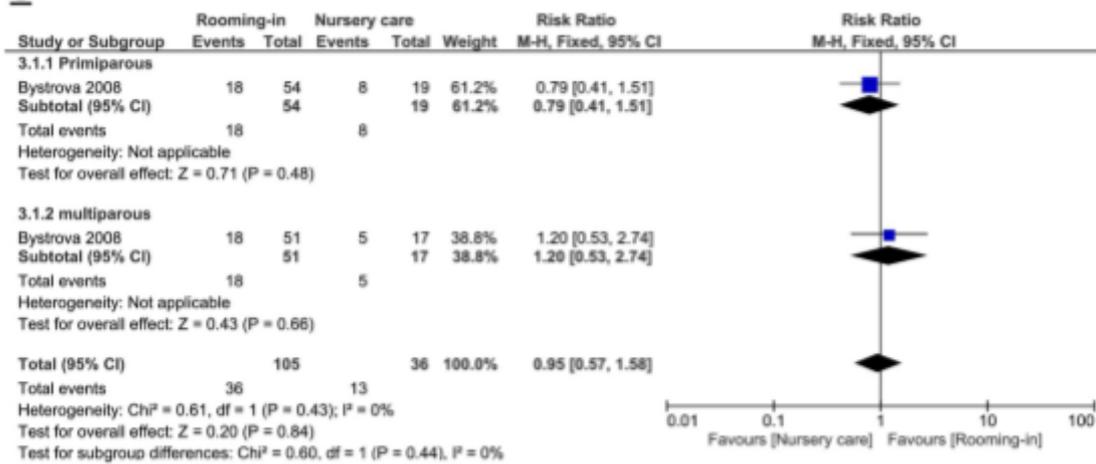
Figura 4 - Rooming in e midwifery care a confronto. Esiti sull'allattamento a 3 mesi (A), 4 mesi (B) e 6 mesi (C) (Ng *et al*, 2019)



B



C



Ng *et al*, 2019 concorda con i risultati ottenuti da Jaafar *et al*, 2016. Quest'ultimo infatti riporta che non ci sono grandi differenze negli esiti sull'allattamento a lungo termine (a 4-6 mesi) tra chi aderisce al rooming-in e chi non lo fa. Tuttavia, è stata riscontrata una frequenza di poppate a quattro giorni dal parto leggermente superiore per chi pratica il rooming-in (8,3 vs 7). Non solo: la percentuale di allattamento esclusivo alla dimissione era dell'86% nel gruppo rooming-in e del 45% tra i controlli.

Una ricerca condotta in Brasile (Bandeira de Sá *et al*, 2016), poi, ha osservato che la prevalenza di allattamento esclusivo era dell'83,8% tra le donne che facevano rooming-in con il loro bambino nel post-partum. Al contrario, per i neonati sottoposti alla nursery care la percentuale di allattamento esclusivo nella prima ora di vita era ridotta del 72%, come illustrato in Figura 5.

Figura 5 - Confronto tra rooming in e nursery care. Allattamento esclusivo nella prima ora post-partum in Brasile (Bandeira de Sá *et al*, 2016)

Characteristics	Breastfeeding within one hour of birth							
	%*	95%CI	Crude PR	95%CI	p-value	Adjusted PR **	95%CI	p-value
Rooming-in								
Yes	83.8	80.6 – 87.1	1		0.001	1		0.001
No	19.3	10.7 – 27.9	0.23	0.15 – 0.36		0.28	0.18 – 0.44	

Il rooming-in e altri effetti sulla salute materno-infantile

Sono numerosi i vantaggi della condivisione della stanza con il proprio bambino. Oltre agli esiti benefici sull'allattamento, sono importanti le conseguenze positive a livello psicologico e relazionale: il rooming-in ha il vantaggio di potenziare il legame madre-bambino, incrementare la disinvoltura materna e ridurre lo stress psicologico. Inoltre, condividendo la stanza col proprio bambino la mamma impara a riconoscere e rispondere prontamente ai segnali di fame (Barrera *et al*, 2017; Becker *et al*, 2018; Consales *et al*, 2020).

Il rooming-in, rispetto alla nursery care, comporta anche un miglioramento nel sonno dei neonati (Consales *et al*, 2020). A livello assistenziale, infine, tale pratica promuove da parte degli operatori un sostegno rivolto all'intera famiglia e non semplicemente alla singola persona (Barrera *et al*, 2017). Nonostante i benefici del rooming-in, sono stati sollevati problemi di sicurezza relativi alla preoccupazione per le cadute del bambino e al rischio di soffocamento, ricondotti alla stanchezza delle madri dopo il travaglio o a seguito della somministrazione di farmaci sedativi (Barrera *et al*, 2018).

L'utilizzo di strumenti di valutazione del rischio di assopimento materno in una situazione di scarsa sicurezza, oltre alla presenza del papà in stanza, sono una possibile soluzione al problema, come ha consigliato nel 2016 l'American Academy of Pediatrics.

Le conoscenze dei genitori sul rooming-in

Come riporta la letteratura scientifica, la consapevolezza dell'importanza del rooming-in potrebbe migliorare le possibilità di un allattamento esclusivo per le neo-mamme (Colombo *et al*, 2018). Le domande che sorgono spontanee sono: "Quanto ne sanno le mamme al proposito?", "Come renderle più consapevoli?".

Uno studio condotto presso la Clinica Mangiagalli di Milano (Consales *et al*, 2020) ha intervistato 328 madri e ha riscontrato che l'86,3% di loro era consapevole degli effetti benefici del rooming-in. Tuttavia tali conoscenze si sono dimostrate superficiali. La promozione del legame materno-neonatale, la maggior disinvoltura nel prendersi cura del proprio bambino e l'abilità di riconoscere i segnali precoci di fame sono stati i vantaggi citati dalle donne. Tra loro, però, poche hanno riconosciuto i benefici del rooming-in sull'allattamento. Secondo le mamme, i principali ostacoli alla condivisione della stanza col proprio bambino sono l'affaticamento conseguente al parto (40,5%) e il taglio cesareo (15,5%). La notte è indicata come il momento più difficile per la gestione del rooming-in. Le strategie suggerite dalle madri per migliorare l'aderenza a tale pratica sono: una maggiore assistenza alla diade, cambiamenti organizzativi e strutturali delle aree di degenza ed eventualmente la possibilità di avere al proprio fianco anche di notte un familiare.

È davvero auspicabile che i professionisti della salute promuovano il rooming-in, focalizzandosi soprattutto sul forte contributo che la condivisione della stanza può fornire a supporto dell'allattamento esclusivo (Consales *et al*, 2020).

Purtroppo, alle volte sono gli operatori sanitari stessi a suggerire alle mamme di lasciare il neonato presso la nursery, per facilitare il loro riposo. In realtà, tuttavia, più studi hanno scoperto che le madri ricoverate in puerperio dormono la stessa quantità di tempo, indipendentemente da rooming-in o meno (Barrera *et al*, 2018; Consales *et al*, 2020).

Ciò che conta è la presenza e il supporto di una figura sanitaria di sostegno, che sia in grado di fornire saggi suggerimenti, senza diffondere false credenze.

La cultura e le tradizioni esercitano un forte impatto sulla scelta del rooming-in, come dimostrato da uno studio condotto in Taiwan, dove l'adesione a tale pratica è bassa a causa della credenza cinese per cui le donne dopo il parto devono riposare il più possibile. Per tale motivo in Taiwan solo il 33,8% delle donne tiene in stanza il neonato. Sono soprattutto le mamme di età più avanzata a mantenere la tradizione, mentre le più giovani sono meno inclini ad osservare le usanze (Tsai *et al*, 2015).

Inoltre un ospedale americano ha osservato che, quando una mamma di una stanza condivisa decide di lasciare il proprio bambino presso il nido, come conseguenza accade spesso che anche la compagna di camera faccia lo stesso, per evitare di "disturbare" la vicina (Barrera *et al*, 2018). La nostra cultura ci induce erroneamente a pensare che il pianto del bambino sia un elemento fastidioso, da reprimere.

È auspicabile che gli operatori sanitari facciano chiarezza su questo punto, spiegando che i reparti dedicati alla maternità esistono proprio per il neonato e per la sua famiglia. Pertanto non può essere

ostacolato il pianto quale mezzo di comunicazione indispensabile affinché il bambino renda noti i propri bisogni.

Oltre alla cultura, influiscono sulla scelta del rooming-in anche le esperienze precedentemente vissute. Infatti i risultati di uno studio condotto presso la Clinica Mangiagalli a Milano riportano ad esempio che le multipare praticano il rooming-in di più rispetto alle mamme alla prima esperienza (Consales *et al*, 2020). Ciò indica l'esigenza di guidare soprattutto queste ultime donne, che potrebbero essere informate sui vantaggi del rooming-in anche durante gli incontri di accompagnamento alla nascita.

Conclusioni e implicazioni per la pratica

Questa breve revisione riporta di studi che hanno notato una correlazione positiva tra rooming-in e allattamento esclusivo durante i primi giorni post-partum (fino alla dimissione ospedaliera).

Sono insufficienti le fonti e i dati che esplorano gli esiti del rooming-in a lungo termine.

In attesa di ulteriori studi, visti i benefici dimostrati (non solo sull'allattamento) è bene raccomandare alle donne di aderire al rooming-in.

Le mamme risultano informate al proposito, ma le loro conoscenze non sono approfondite: per renderle più consapevoli dell'importanza di tale pratica è necessario accompagnarle fin dalla gravidanza, tramite gli incontri di accompagnamento alla nascita. Inoltre, durante il puerperio è di supporto la presenza di una figura professionale che le incoraggi, le consigli e non le faccia sentire sole, così come può fare l'ostetrica.

Bibliografia

- Bandeira de Sá N. N., Gubert M. B., dos Santos W., Pacheco Santos L. M. (2016). Factors related to health services determine breastfeeding within one hour of birth in the Federal District of Brazil, 2011.
- Barrera C. M., Nelson J. M., Boundy E. O., Perrine C. G. (2018). Trends in rooming-in practices among hospitals in the United States, 2007–2015.
- Becker G., Curteanu A., Gonzalez de Cosío T., Haider R., Labbok M. H., Huy Luong D., Lutter C., Perrine C. G., Saadeh R., Sagoe-Moses I., Stufkens J. (2018). Protecting, promoting and supporting Breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-Friendly Hospital Initiative.
- Buttham S., Kongwattanakul K., Jaturat N., Soontrapa S. (2017). Rate and factors affecting non-exclusive breastfeeding among Thai women under the breastfeeding promotion program.
- Colombo L., Crippa B. L., Consonni D., Bettinelli M. E., Agosti V., Mangino G., Bezze E. N., Mauri P. A., Zanotta L., Roggero P., Plevani L., Bertoli D., Gianni M. L., Mosca F. (2018). Breastfeeding Determinants in Healthy Term Newborns.
- Consales A., Crippa B. L., Cerasani J., Mornioli D., Damonte M., Bettinelli M. E., Consonni D., Colombo L., Zanotta L., Bezze E., Sannino P., Mosca F., Plevani L., Gianni M. L. (2020). Overcoming Rooming-In Barriers: A Survey on Mothers' Perspectives.
- Jaafar S.H., Ho J.J., Lee K.S. (2016). Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding (Review).
- Ng C. A., Jacqueline J. Ho J. J., Lee Z. H. (2019). The effect of rooming-in on duration of breastfeeding: A systematic review of randomised and non-randomised prospective controlled studies.
- Tsai T. I., Huang S. H., Lee S. Y. D. (2015). Maternal and Hospital Factors Associated with First-Time Mothers' Breastfeeding Practice: A Prospective Study.
- Ward L. P., Williamson S., Burke S., Crawford-Hemphill R., Thompson A. M. (2017). Improving Exclusive Breastfeeding in an Urban Academic Hospital.



SISOGN

Società Italiana di Scienze
Ostetrico-Ginecologico-
Neonatali

The Official Journal
ISSN 2723-9179

SISOGN The Official Journal [on line] ISSN 2723-9179
June 2020, 02: N. 1

Non-pharmacological methods for pain management in labour

Metodi non farmacologici per la gestione del dolore nel travaglio di parto

Eleonora Lontri^a, Norma Nilde Guerrini Contini^a, Paola Agnese Mauri^{a b}

^a School of Midwifery, Department of Clinical Sciences and Community Health, Università degli Studi di Milano- Milan, Italy

^b 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
via Manfredo Fanti 6, 20122 Milan, Italy – paola.mauri@unimi.it fax number +39 0255036542 tel number +39 0255038599

Copyright:
DOI:

Abstract

Purposes or investigation. Pain in labour has been described as one of the most intense forms of pain that can be experienced and its management has always been a very controversial issue. Some people claim that this physiological pain is necessary because mothers gain greater satisfaction from their childbirth experience and so the use of non-pharmacological technique is strongly sustained; on the opposite, other currents of thought say that nowadays women don't have to suffer during their labour and therefore they think it is mandatory the use of pharmacological methods.

The objective for this revision is examine some of non-pharmacological techniques for pain in labour and their usefulness. Also to examine maternal satisfaction linked to childbirth experience and length of labour.

The basic procedures. The research was carried out through the use of "Pubmed" and "Cinahl" and typing the key words "vaginal delivery" AND "pain management" NOT "pharmacology" (AND – NOT as Boolean operators). This review includes eight articles, seven Cochrane's systematic reviews.

The main findings. Studies that have been analyzed agree that non-pharmacological methods for pain in labour have beneficial effects as they work as good pain relievers and they make women feel more satisfied. There is no strong evidence about the length of labor. None of the non-pharmacological methods is reported to have side effects.

conclusions and implication for practice. The use of non-pharmacological methods for pain in labour is promoted thanks to many studies conducted on its benefits. In order to be in the right situation to promote their use, it is mandatory to have midwives that can guarantee one-to-one care in labour.

Keywords

Pain; Labour; Non-pharmacological methods

Introduzione

Il dolore provato durante il travaglio di parto è stato descritto come una delle forme più intense di dolore che si possa sperimentare (Smith et al, 2018). Tuttavia, è una sensazione dipendente da più fattori, come precedenti esperienze, il livello culturale e la soglia di sensibilità; tutti elementi che differiscono in modo significativo da una donna all'altra (Costantini e Calistri, 2013).

Il superamento di una prova così impegnativa, porta al raggiungimento e alla sensazione di orgoglio per aver avuto la capacità di affrontare un dolore così intenso (Smith et al, 2018).

Il travaglio è un momento ricco di emozioni contrastanti: la paura e l'apprensione possono essere associate all'eccitazione e alla felicità. La tensione, l'ansia e la paura sono fattori che contribuiscono alla percezione del dolore e possono influenzare il decorso del travaglio e l'esperienza del parto (Smith et al, 2018).

Il travaglio di parto risulta composto da tre fasi, riconducibili alla dilatazione della cervice uterina, alla nascita del bambino e all'espulsione della placenta (Smith et al, 2018).

Il primo stadio del travaglio di parto decorre dalla comparsa delle contrazioni uterine dolorose alla dilatazione completa della bocca uterina. In questo stadio si possono distinguere due fasi: il periodo prodromico o latente, durante il quale si ha la comparsa di contrazioni irregolari e variabilmente dolorose, con lo scopo di avvisare l'organismo materno e permetterne un adattamento progressivo; il periodo dilatato è la successiva fase attiva caratterizzata da regolari, frequenti ed intense contrazioni uterine determinanti la dilatazione completa della bocca uterina (Costantini e Calistri, 2013).

L'inizio delle contrazioni e l'insorgere del dolore coincidono; questo è dovuto alla dilatazione del collo dell'utero e alla distensione del segmento uterino inferiore durante la contrazione. Inoltre, la parte presentata fetale esercita una pressione e contribuisce alla distensione del collo uterino (Costantini e Calistri, 2013).

Il controllo del dolore in travaglio di parto è sempre stato un problema molto controverso. Vi è la convinzione che questo evento, in quanto naturale, debba essere accompagnato dal dolore (Costantini e Calistri, 2013) e che, a differenza di altre percezioni acute, attribuibili solitamente a processi patologici, non sia un segnale morboso (Madden et al, 2016), ma un protagonista di questo evento e promotore del suo decorso fisiologico (Smith et al, 2018). Questa convinzione rende necessario l'utilizzo di metodi non farmacologici per il controllo del dolore e richiede un supporto continuo della donna.

Al contrario, altri sostengono che nessuna donna debba soffrire di dolore durante il travaglio e dunque, è doveroso offrire una varietà di opzioni farmacologiche per alleviare la sensazione provata (Smith et al, 2018). Tuttavia, non necessariamente la completa rimozione del dolore rende le madri soddisfatte dell'esperienza del parto (Smith et al, 2018) e, soprattutto, i farmaci analgesici utilizzati possono causare effetti collaterali come nausea, vomito, sonnolenza nella madre, difficoltà respiratoria nel neonato immediatamente dopo la nascita e difficoltà nell'allattamento (Azizi et al, 2020).

Molte donne vorrebbero evitare metodi farmacologici o invasivi per la gestione del dolore durante il travaglio. Ciò potrebbe contribuire all'utilizzo più frequente di metodi complementari non farmacologici (Smith et al, 2006; Smith et al, 2018).

Le pratiche utilizzate, per la gestione del dolore durante il travaglio, possono essere classificate in interventi "mente-corpo" (ad es. Yoga, ipnosi, tecniche di rilassamento); medicina alternativa (ad es. Omeopatia, medicina tradizionale cinese), metodi "manuali" (ad es. massaggio, riflessologia), e trattamenti farmacologici e biologici (ad es. epidurale e oppioidi) (Smith et al, 2006).

Un'assistenza continua del personale sanitario, durante il travaglio, è essenziale per l'utilizzo e il conseguente effetto auspicabile dei metodi non farmacologici.

Storicamente e culturalmente, le donne sono state seguite e supportate da altre donne durante il travaglio e il parto. Tuttavia, dalla metà del ventesimo secolo, in molti paesi, la maggior parte delle donne ha partorito in ospedale piuttosto che a casa e il supporto continuo durante il travaglio è diventato l'eccezione, piuttosto che la routine (Bohren et al, 2017).

L'assistenza continua durante il parto include vari elementi, come il supporto emotivo. Ciò permette di offrire rassicurazione e tecniche di conforto come il tocco, il massaggio, bagni caldi e promozione della mobilità (Bohren et al, 2017).

Il massaggio è uno dei metodi manuali utilizzato nel contenimento del dolore non farmacologico, stimolando il rilassamento, inibendo la trasmissione sensoriale dolorosa, migliorando il flusso

sanguigno e l'ossigenazione dei tessuti (Smith et al, 2018). Una donna che soffre di mal di schiena durante il travaglio, può trovare piacevole un massaggio rilassante nella zona lombosacrale (Smith et al, 2018); considerando il fatto che, questo è il dolore maggiormente riferito dalle donne (Azizi et al, 2020).

L'immersione in acqua, durante il travaglio e il parto, sta diventando sempre di più una scelta popolare e ampiamente accettata in molti paesi, in particolare nelle strutture basate sull'assistenza guidata dall'ostetrica (Cluett et al, 2018). La donna, in qualsiasi fase del travaglio, ha la possibilità di immergersi in acqua e ciò permette una maggior facilità di movimento (Jones et al, 2012). L'utilizzo dell'acqua può ridurre la percezione del dolore, in quanto favorisce calma e controllo maggiore da parte della donna, riducendo la probabilità di interventi come il ricorso al taglio cesareo od una nascita operativa (Jones et al, 2012; Cluett et al, 2018).

Gli interventi "mente-corpo" come rilassamento, visualizzazione e controllo della respirazione, sono comunemente usati per il travaglio e possono essere ampiamente accessibili alle donne, insegnando loro queste tecniche durante gli incontri prenatali (Smith et al 2018). Le tecniche di rilassamento mirano a produrre la naturale risposta di rilassamento del corpo, caratterizzata da una respirazione più lenta, un abbassamento della pressione sanguigna e una sensazione di maggiore benessere (Smith et al 2018).

L'utilizzo di metodi psicologici, per il sollievo durante il parto, ha una storia molto lunga e l'ipnosi fu presto una delle tecniche adottate per questo scopo (Madden et al, 2016). I suggerimenti ipnotici sono "comunicazioni verbali e non verbali" che possono essere utilizzati per influenzare percezioni, umore o comportamento (Madden et al, 2016). Nel contesto del parto, i suggerimenti possono concentrarsi sull'accrescimento dei sentimenti di sicurezza, rilassamento e comfort, aiutando infine a rielaborare l'esperienza del parto. (Madden et al, 2016).

Esistono due metodi principali per fornire interventi di ipnosi per il parto: ipnoterapia erogata di persona da un professionista e l'autoipnosi, in cui la terapeuta insegna alla madre come indurre uno "stato di coscienza simile alla meditazione" (Madden et al, 2016).

In questa revisione breve, vengono considerati alcuni di questi metodi non farmacologici (massaggio, rilassamento, immersione in acqua, ipnosi e supporto continuo) per la gestione del dolore nel travaglio di parto, con lo scopo di confrontarne l'efficacia relativamente al contenimento del dolore, il grado di soddisfazione materna e la durata del parto.

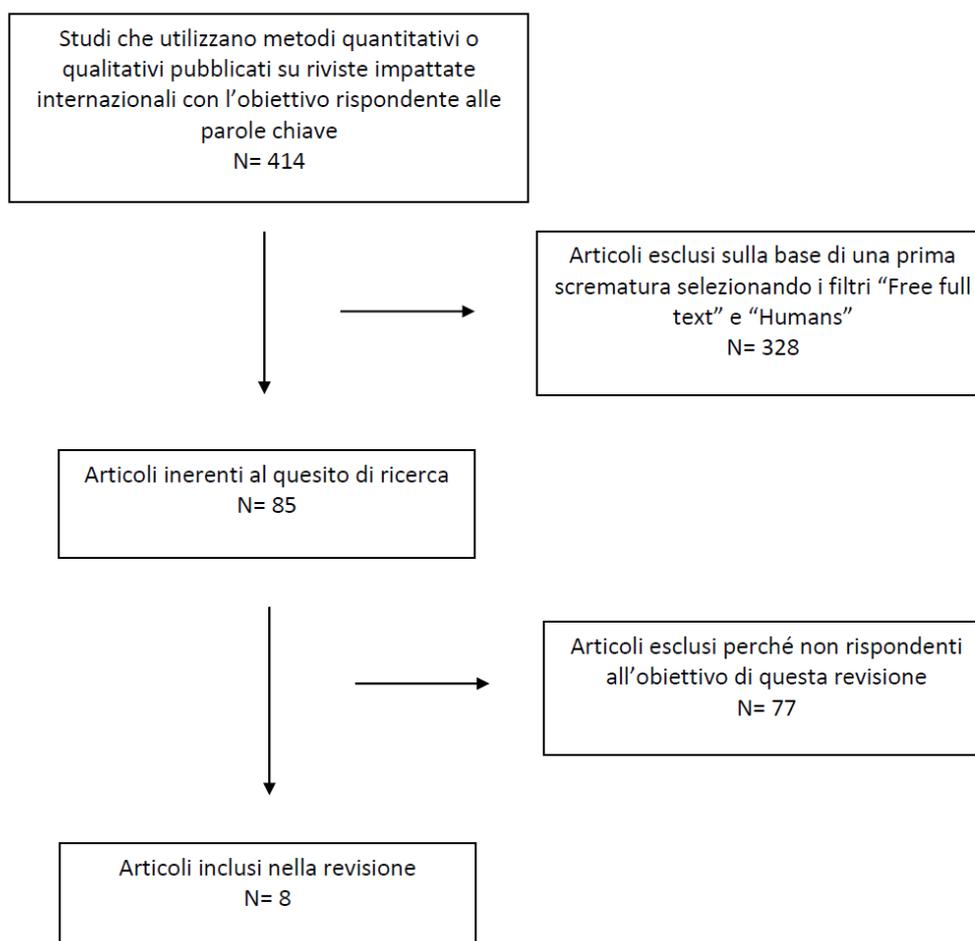
Materiali e Metodi

La letteratura a cui si farà riferimento è stata selezionata nelle prime due settimane del mese di maggio 2020, utilizzando i motori di ricerca Pubmed e Cinahl. Sono state digitate le seguenti parole chiave: "vaginal delivery" AND "pain management" NOT "pharmacology" (AND e NOT come operatori booleani).

Sono stati evidenziati un totale di 414 articoli. Aggiungendo i filtri "Free full text" e "Humans" gli articoli rimasti risultavano 85. Escludendo gli articoli che non trattavano l'argomento ricercato per questa revisione, ne sono stati inclusi 8.

Il processo di selezione delle fonti è stato 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 Tabella 1 d'estrazione. (Tratta da US Agency For Healthcare Research and Quality – AHCPR)

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 dello studio, scopo, materiali e metodi, si riassumono i risultati e si specifica il livello di evidenza secondo la Figura 2.

Tabella 1 – Analisi in sintesi delle fonti analizzate per la stesura della Revisione (Tabella di estrazione)

N	Autore e anno di pubblicazione - Contesto	Disegno dello studio	Scopo	Materiali e metodi (campionamento e metodo raccolta dati)	Risultati (comprese le caratteristiche del campione)	Livello della prova
1	Caroline A Smith, Carmel T. Collins, Allan M Cyna, Caroline A Crowther. Australia, 2006	Review di RCTs	Esaminare gli effetti delle terapie complementari e alternative per la gestione del dolore nel travaglio rispetto alla morbilità materna e perinatale.	Gli studi sono stati ricercati nel registro di Trials del gruppo di gravidanza e parto Cochrane, contattando il coordinatore di ricerca di trials La meta-analisi è stata eseguita utilizzando rischi relativi per esiti dicotomici e differenze medie per esiti continui.	Quattordici studi sono stati inclusi nella revisione con dati riferiti su 1537 donne che utilizzano diverse modalità di gestione del dolore. I risultati riferiscono che l'agopuntura e l'ipnosi possono essere utili per la gestione del dolore durante il travaglio.	I a
2	Leanne Jones, Mohammad Othman, Therese Dowswell, Zarko Alfirevic, Simon Gates, Mary Newburn, Susan Jordan, Tina Lavender, James Neilson (2012)	Review di RCTs	Riassumere le prove tratte dalle revisioni sistematiche della Cochrane sull'efficacia e la sicurezza degli interventi non farmacologici e farmacologici per gestire il dolore durante il travaglio.	Le ricerche sono state effettuate nel database Cochrane di revisioni sistematiche, nel database Cochrane of Abstracts of Reviews of Effects, MEDLINE e EMBASE per identificare tutte le revisioni sistematiche rilevanti di studi randomizzati e controllati sulla gestione del dolore nel travaglio. Due autori della revisione hanno estratto i dati e valutato la qualità metodologica; successivamente i dati sono stati controllati da un terzo autore.	Sono state identificate 15 revisioni Cochrane (255 studi inclusi) e tre revisioni non Cochrane (55 studi inclusi). La maggior parte dei metodi di gestione del dolore non farmacologico non è invasiva e sembra essere sicura per madre e bambino, tuttavia la loro efficacia non è chiara, a causa di prove limitate di alta qualità	I a
3	Kelly Madden, Philippa Middleton, Allan M Cyna, Mandy Matthewson, Leanne Jones (2016)	Review di RCTs e quasi-RCTs	Esaminare l'efficacia e la sicurezza dell'ipnosi per la gestione del dolore durante il travaglio e il parto.	Le ricerche sono state effettuate nel registro di trials della Cochrane Pregnancy and Childbirth Group e negli elenchi di riferimento di studi primari e articoli di revisione. Due autori della revisione hanno estratto indipendentemente i dati e valutato la qualità della sperimentazione	Sono stati inclusi nove studi randomizzati per un totale di 2954 donne. Risulta che vi è ancora solo un numero relativamente piccolo di studi che valutano l'uso dell'ipnosi per il travaglio e il parto. L'ipnosi può ridurre l'uso generale dell'analgesia durante il travaglio, ma non l'uso epidurale.	I a

4	Meghan A Bohren, G Justus Hofmeyr, Carol Sakala, Rieko K Fukuzawa, Anna Cuthbert (2017)	Review di RCTs	Valutare gli effetti sulle donne e neonati rispetto ad un supporto continuo intrapartum, one to one, rispetto alle normali cure, in qualsiasi contesto.	Le ricerche sono state effettuate nel registro di prova del Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, ClinicalTrials.gov ICTRP dell'OMS. Sono stati selezionati tutti gli studi controllati randomizzati pubblicati e non pubblicati, studi randomizzati a gruppi che hanno confrontato il supporto continuo durante il travaglio con le normali cure. Due autori della revisione hanno valutato in modo indipendente prove per l'inclusione e RR, hanno estratto i dati e li hanno controllati.	Sono stati inclusi un totale di 26 studi condotti su 15.858 donne che hanno fornito dati utilizzabili per l'analisi. I risultati riportano che il supporto continuo durante il travaglio può migliorare i risultati nelle donne e bambini. Non si sono riscontrati risultati avversi al supporto continuo durante il travaglio di parto.	I a
5	Elizabeth R Cluett, Ethel Burns, Anna Cuthbert (2018)	Review di RTCs	Valutare gli effetti dell'immersione e in acqua durante il travaglio e/o la nascita (primo, secondo e terzo stadio del travaglio) sulle donne e sui neonati.	Le ricerche sono state effettuate nel registro di trials di gravidanza e parto della Cochrane, ClinicalTrials.gov e ICTRP dell'OMS. Sono stati inclusi studi randomizzati controllati (RCT).	Questa revisione include 15 studi condotti tra il 1990 e il 2015 (3663 donne). I risultati evidenziano che nelle donne sane a basso rischio di complicanze vi sono prove di moderata e di bassa qualità che l'immersione in acqua durante la prima fase del travaglio abbia probabilmente un effetto limitato sulla modalità del parto o sul trauma perineale, ma può ridurre l'uso dell'epidurale. Non è stato riscontrato un aumento degli effetti avversi sul feto/neonato o sulla donna durante il travaglio o il parto in acqua.	I a
6	Marzyeh Azizi, Sedigheh Yosefzadeh, Hassan Rakhshandeh, Hamid Reza Behnam, Masoumeh Mirteymouri. Iran (2020)	Studio clinico randomizzato	Questo studio ha lo scopo di determinare l'effetto del massaggio alla schiena con e senza olio di zenzero rispetto all'intensità del dolore nella fase attiva del travaglio nelle donne primipare.	Questo studio clinico randomizzato è stato condotto su 90 donne primipare nell'ospedale Umm al-Banin, Mashhad, Iran (2017). I soggetti sono stati selezionati utilizzando un campionamento conveniente e assegnati in modo casuale in tre gruppi (massaggio con olio di zenzero, massaggio con placebo (cioè paraffina) e gruppo di controllo).	I risultati hanno mostrato che il gruppo delle donne che ricevevano un massaggio con olio di zenzero ha riportato il livello più basso di dolore durante la fase attiva del travaglio.	I b
7	Caroline A Smith, Kate M Levett, Carmel T Collins, Mike Armour, Hannah G Dahlen, Machiko Sukanuma (2018)	Review di RTCs	Esaminare gli effetti delle tecniche di rilassamento mente-corpo per la gestione del	Le ricerche sono state effettuate nel registro di Trials di gravidanza e parto di Cochrane, MEDLINE, CINAHL, The Australian New	Questa revisione include 19 studi (2519 donne), 15 dei quali (1731 donne) forniscono dati. Rilassamento, yoga e musica possono avere un ruolo nel ridurre il dolore e aumentare la soddisfazione	I a

			dolore durante il travaglio relativamente al benessere materno e neonatale durante e dopo il travaglio	Zealand Clinical Trials Registry, ClinicalTrials.govil registro ISRCTN, ICTRP dell'OMS. Due autori della revisione hanno valutato in modo indipendente gli studi per l'inclusione e il rischio di bias, hanno estratto i dati e li hanno controllati con accuratezza.	per il sollievo dal dolore, sebbene la qualità delle prove sia molto bassa.	
8	Caroline A Smith, Kate M Levett, Carmel T Collins, Hannah G Dahlen, Carolyn C Ee, Machiko Sukanuma (2018)	Review di RTCs	Valutare l'effetto, la sicurezza e l'accettabilità del massaggio, riflessologia e altri metodi manuali per gestire il dolore durante il travaglio.	Le ricerche sono state effettuate nel registro di Trials di gravidanza e parto, il registro centrale di Trials controllati di Cochrane, MEDLINE, CINAHL, The Australian New Zealand Clinical Trials, Chinese Clinical Trial Registry, ClinicalTrials.govil National Center for Complementary and Integrative Health, ICTRP. Due autori della revisione hanno valutato in modo indipendente la qualità della prova e i dati estratti.	Sono stati inclusi un totale di 14 studi; 10 di questi (1055 donne) hanno fornito dati per la meta-analisi. I risultati evidenziano che massaggi, impacchi caldi e metodi manuali termici possono avere un ruolo nel ridurre il dolore, la durata del travaglio e migliorare il senso di controllo delle donne e l'esperienza emotiva del travaglio, anche se la qualità delle prove varia da bassa a molto bassa.	l a

Discussione

Ciascun metodo non farmacologico preso in considerazione in questa revisione della letteratura, viene analizzato separatamente e ne viene confrontata l'efficacia relativamente al contenimento del dolore, il grado di soddisfazione materna e la durata del parto.

Massaggio

Il massaggio è in grado di alleviare il dolore stimolando le fibre nervose, che a loro volta inibiscono la trasmissione di stimoli dolorosi, derivanti dalle contrazioni uterine (Azizi et al, 2020).

Una revisione sistematica della Cochrane (Smith et al, 2018) ha analizzato 10 studi, per un totale di 795 donne incluse nelle meta-analisi. Rispetto alle normali cure, il massaggio è stato associato a una riduzione del dolore durante la prima fase del travaglio (evidenza di qualità molto bassa). Non ci sono stati evidenti differenze sulla durata del travaglio; solo uno studio, ha riscontrato una riduzione della durata della prima fase del travaglio nelle donne che hanno ricevuto un massaggio, rispetto alle donne che non ne hanno ricevuto.

Due studi hanno esaminato la soddisfazione materna rispetto all'esperienza del parto e riportano valori maggiori con l'utilizzo del massaggio (evidenza di qualità molto bassa).

Uno studio clinico randomizzato (Azizi et al, 2020), condotto su 90 donne primipare nell'ospedale Umm al-Banin (Iran, 2017), ha evidenziato che fare massaggi con oli speciali risulta più efficace rispetto al non utilizzo. Secondo i risultati, il massaggio con olio di zenzero ha riportato vantaggi migliori in merito alla riduzione dell'intensità di dolore nella prima fase del travaglio, rispetto all'utilizzo dell'olio di paraffina.

Immersione in acqua

L'immersione in acqua può essere associata ad una migliore perfusione uterina, contrazioni meno dolorose e una durata del travaglio più breve con meno probabilità di intervento (Jones et al, 2012; Cluett et al, 2018). Due studi (Jones et al, 2012; Cluett et al, 2018) hanno evidenziato che, l'immersione in acqua durante il travaglio, aumenta la soddisfazione materna e la percezione del controllo.

Inoltre, uno di questi due studi (Jones et al, 2012), indica che il feto trae beneficio da una madre rilassata, poiché ciò ottimizza la perfusione placentare e il rilascio di oppioidi endogeni (ad es. endorfina, encefaline). Di conseguenza, se la madre non avverte una sensazione di paura, il rilascio di ossitocina è ottimizzato e le contrazioni risultano più efficaci. Altresì, la maggiore mobilità offerta dall'immersione in acqua può ottimizzare la posizione fetale, incoraggiandone la flessione (Jones et, 2012) e ciò influisce sulla durata del parto.

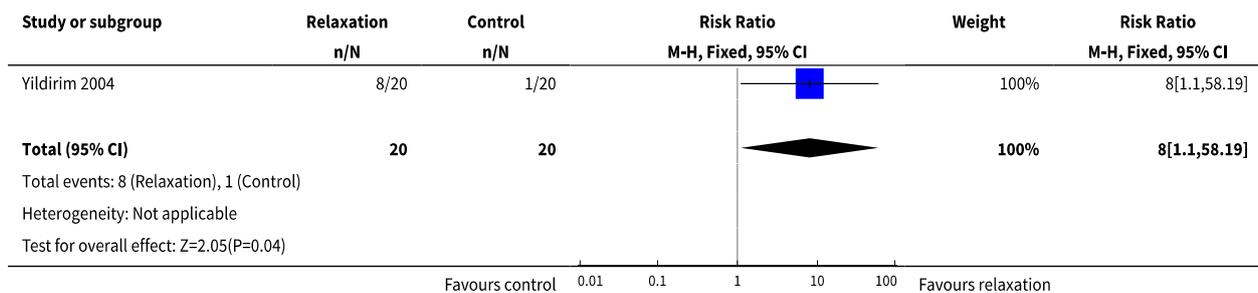
Rilassamento

Una revisione sistematica della Cochrane, sulle terapie complementari e alternative nel travaglio di parto (Smith et al, 2006), ha incluso uno studio in cui 53 donne sono state sottoposte all'allenamento autogeno respiratorio o alla psicoprofilassi tradizionale. Il trattamento è stato condotto presso una clinica universitaria in Italia. Lo studio ha valutato l'effetto del rilassamento sullo stato emotivo della donna durante il parto, l'esperienza emotiva del dolore e la durata del travaglio. Non c'è stata una differenza tra i due gruppi per quanto riguarda l'esperienza materna del dolore.

Un altro studio condotto su 40 donne, esaminato da una revisione sistematica della Cochrane (Smith et al, 2018), ha rilevato una maggiore soddisfazione per il sollievo del dolore nelle donne che hanno effettuato tecniche di rilassamento rispetto al gruppo di controllo (RR 8,00, IC 95% da 1,10 a 58,19, prove di qualità molto bassa), come mostrato in Figura 3.

Figura 3 – Forest plot per il confronto tra l'utilizzo di tecniche di rilassamento e cure abituali rispetto alla soddisfazione per il sollievo dal dolore nelle donne durante il travaglio di parto (Smith et al, 2018).

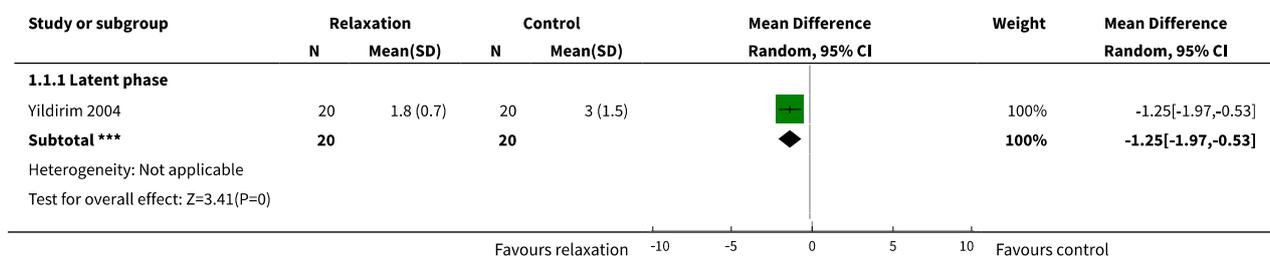
Analysis 1.3. Comparison 1 Relaxation versus usual care, Outcome 3 Satisfaction with pain relief.



Il medesimo studio ha riscontrato una riduzione dell'intensità del dolore (utilizzando una scala analogica visiva a 10 punti (VAS)), per le donne che ricevono istruzioni sul rilassamento, durante la fase latente. I risultati prodotti da questo studio sono rappresentati da un Forest plot in Figura 4.

Figura 4 – Forest plot per il confronto tra l'utilizzo di tecniche di rilassamento e cure abituali rispetto all'intensità del dolore provato dalle donne durante la prima fase del travaglio di parto (Smith et al, 2018).

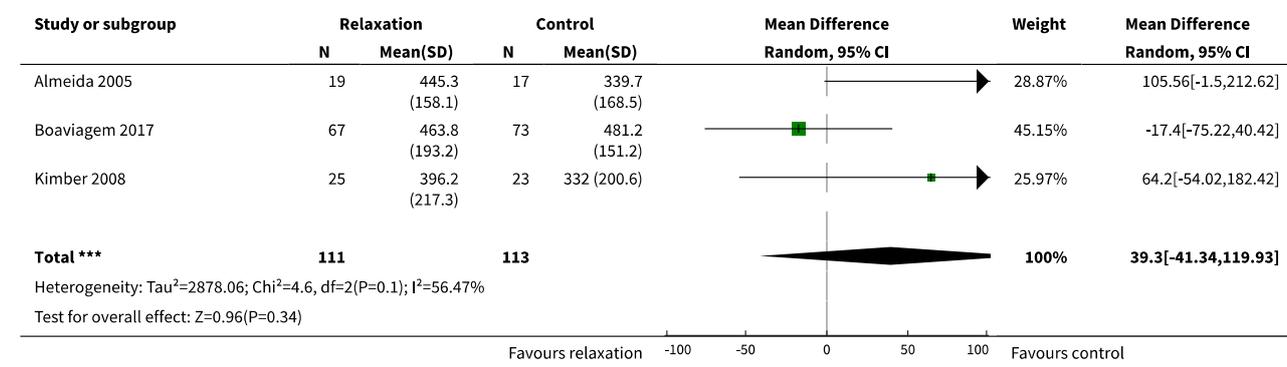
Analysis 1.1. Comparison 1 Relaxation versus usual care, Outcome 1 Pain intensity.



Tre studi (condotti su 224 donne), presi in esame dalla revisione sistematica della Cochrane sulle tecniche di rilassamento durante il travaglio di parto (Smith et al, 2018), evidenziano che non ci sono evidenti differenze per quanto riguarda la durata del travaglio (espressa in minuti). Ciò è mostrato attraverso un Forest plot in Figura 5.

Figura 5 - Forest plot per il confronto tra l'utilizzo di tecniche di rilassamento e cure abituali rispetto alla durata del parto delle donne del campione (Smith et al, 2018).

Analysis 1.10. Comparison 1 Relaxation versus usual care, Outcome 10 Length of labour.



Ipnosi

Studi riportano che, le donne sottoposte ad ipnosi hanno riferito una maggior soddisfazione rispetto a quelle del gruppo di controllo e hanno ricordato la loro esperienza del parto come meno dolorosa (Smith et al, 2006; Madden et al, 2016).

Uno studio, incluso in una revisione sistematica della Cochrane (Madden et al, 2016), ha riscontrato che, le donne del gruppo sottoposte ad ipnosi hanno avuto una durata del travaglio più lunga; altri studi non hanno riportato differenze nette tra il gruppo di ipnosi e quello di controllo.

Supporto continuo

Una revisione sistematica della Cochrane sul supporto continuo durante il travaglio di parto (Bohren et al, 2017), ha analizzato 26 studi condotti su 15.858 donne, in strutture ospedaliere di 17 paesi. Il sostegno individuale continuo è stato fornito da operatori sanitari diversi (ad es. infermieri, ostetriche, educatrici del parto), ma anche dal coniuge, un parente o un amico della donna. Si è evidenziato che, le donne a cui è stata fornita un'assistenza continua, avevano maggiori probabilità di avere un parto vaginale spontaneo e una durata del travaglio più breve (prove di bassa qualità). Inoltre, il sostegno durante il travaglio sembra essere efficace nel ridurre sensazioni emotive come la paura e l'ansia.

Conclusioni e implicazioni per la pratica

I metodi non farmacologici esaminati in questa revisione breve, hanno riportato risultati efficaci rispetto alla riduzione del dolore durante la prima fase del travaglio di parto e una maggior soddisfazione materna, relativamente all'esperienza del parto. Non tutti gli studi hanno rilevato una differenza sostanziale nella durata del travaglio. Solo uno studio ha riportato una durata del travaglio maggiore nel gruppo di donne sottoposte ad ipnosi.

Nonostante gli effetti benefici abbiano una variabilità eterogenea, nessuno studio ha riportato effetti collaterali nell'impiego di queste tecniche non farmacologiche.

Offrire l'utilizzo di queste pratiche alle donne che desiderano evitare l'utilizzo di metodi farmacologici, presuppone un'assistenza continua da parte del personale sanitario competente.

Le raccomandazioni n°21 e 22 in Intrapartum care for a positive childbirth experience (OMS, 2018), sostengono che le tecniche di rilassamento (respirazione, musica, consapevolezza) e le tecniche manuali (massaggio, applicazione di impacchi caldi), possono essere offerte alle donne in gravidanza in buona salute, che richiedono un sollievo dal dolore durante il travaglio e secondo le loro preferenze.

Tuttavia, non tutte le strutture ospedaliere o case maternità possono offrire tecniche non farmacologiche, quali l'immersione in acqua o ipnosi, per mancanza di personale sanitario formato oppure per primaria assenza di attrezzature.

Le donne in gravidanza dovrebbero essere informate circa la possibilità dell'utilizzo di metodi non farmacologici per il contenimento del dolore nel travaglio di parto, riportando che, l'efficacia del loro impiego ha una variabile soggettiva, ma comunque non vengono riscontrati effetti negativi.

Si auspica che il personale sanitario sia a conoscenza delle tecniche non farmacologiche che riportano i maggiori effetti positivi, secondo gli studi più recenti, e che sia in grado di offrire, secondo le proprie competenze, il metodo desiderato dalla donna.

Ugualmente, secondo le raccomandazioni n°19 e 20 (OMS, 2018), devono essere offerti metodi farmacologici, come l'analgesia epidurale o gli oppioidi parenterali, alla donna che ne richiede l'utilizzo, se le sue condizioni di salute lo permettono. È necessario informare la donna in merito ai rischi e i benefici del loro impiego.

Bibliografia

- Azizi M, Yousefzadeh S, Rakhshandeh H, Behnam HR, Mirteymouri M. (2020). The Effect of Back Massage with and without Ginger Oil on the Pain Intensity in the Active Phase of Labor in Primiparous Women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*
- Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*
- Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. (2018). Immersion in water during labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*
- Costantini W, Calistri D, Bianco V, Bossi A, Mauri PA. (2013). *Ostetrica, La fisiologia della donna: realtà e confini*. Piccin: Padova
- Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfrevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T, Neilson JP. (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*
- Madden K, Middleton P, Cyna AM, Matthewson M, Jones L. (2016). Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*
- Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. (2006). Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*
- Smith CA, Levett KM, Collins CT, Armour M, Dahlen HG, Sukanuma M. (2018). Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*
- Smith CA, Levett KM, Collins CT, Dahlen HG, Ee CC, Sukanuma M. (2018). Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*
- World Health Organization (WHO) (2018). Recommendation: intrapartum care for a positive childbirth experience ISBN 978-92-4-155021-5



SISOGN

Società Italiana di Scienze
Ostetrico-Ginecologico-
Neonatali

The Official Journal
ISSN 2723-9179

SISOGN The Official Journal [on line] ISSN 2723-9179
June 2020, 02: N. 1

The impact of Covid-19 on pregnancy - short review of the available literature

L'impatto del Covid-19 sulla gravidanza – breve revisione della letteratura disponibile

Alessandra D'Alpaos^a, Norma Nilde Guerrini Contini^a, Paola Agnese Mauri^{a b}

^a School of Midwifery, Department of Clinical Sciences and Community Health, Università degli Studi di Milano- Milan, Italy

^b 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
via Manfredo Fanti 6, 20122 Milan, Italy – paola.mauri@unimi.it fax number +39 0255036542 tel number +39 0255038599

Copyright:

DOI:

Abstract

Purposes or investigation. On March 20th 2020, WHO has declared COVID-19, an infective disease caused by SARS-CoV-2 (virus belonging to the coronavirus family), a pandemic. As of today there are over 4.300 millions of infected people worldwide and we are going through an unprecedented health crisis.

Considering that it is an infection of which the symptoms occur mainly at respiratory level and that pregnant women are at risk, it is good to know what the possible effects of the infection on the pregnancy are. The objective of this work is the revision of the literature available at the moment to provide an overview of the new coronavirus and to identify potential risks and complications for pregnant women, focusing on vertical transmission, delivery methods and transmission through breast milk, in order to guarantee a management of assistance to women who tested positive which can safeguard the newborns' and their health, as well as that of the healthcare workers.

The basic procedures. The research of the material was carried out from 27th April 2020 to 4th May 2020 and the database used was Pudmed, as well as SaperiDoc. The key-words used are "Covid-19 and Pregnancy", "Coronavirus in Gravidanza", "Outcomes of Covid Disease on Pregnancy", "Management of Pregnants during Covid-19 Disease", "Vertical Transmission of SARS-CoV-2", "Breastfeeding and Covid".

The main findings. The research generated several results and studies and reviews of the available literature aimed towards identifying the risks generated by the infection during pregnancy especially regarding the vertical transmission, the transmission during delivery and through breastmilk were selected

Conclusions and implication for practice. Even though no insurgence of more severe symptoms compared to the rest of the population was proven, it is advisable for positive pregnant women to be monitored with particular attention. According to the available literature, there is no evidence of intrauterine transmission of SARS-CoV-2 and the risk of transmission during vaginal delivery is minimal. The virus was not found in breastmilk, although newborns are at risk of being infected through respiratory droplets during post-partum and puerperium. It is essential to comply with the prevention

rules and adapt the assistance to the situation in order to safeguard the health of women, newborns and healthcare workers.

Keywords

SARS-CoV-2; COVID-19; Pregnancy

Introduzione

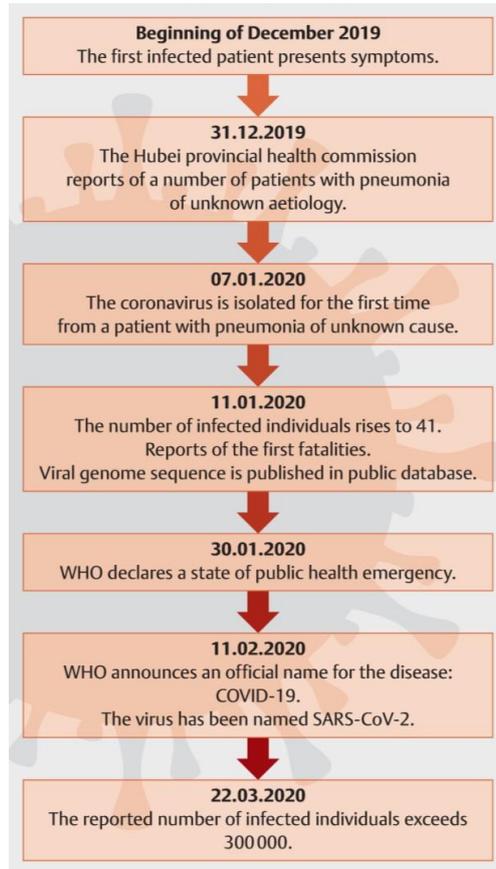
La World Health Organization ha definito Covid-19 la malattia infettiva causata dal tipo di coronavirus di più recente scoperta e responsabile di una pandemia diffusa in molti paesi del mondo.

A dicembre 2019 a Wuhan, città della provincia cinese di Hubei, iniziarono a essere registrati sempre più casi di polmonite di origine sconosciuta. Grazie all'impiego dell'avanzata tecnologia diagnostica e molecolare è stato presto identificato l'agente eziologico responsabile: si tratta di un nuovo coronavirus, denominato SARS-CoV-2. In poche settimane, il virus si è diffuso in diversi paesi del mondo; la velocità è una caratteristica tipica delle pandemie attuali, frutto della globalizzazione, degli intensi spostamenti di persone e di scambi commerciali.

Il 30 gennaio 2020 la World Health Organization ha dichiarato uno stato di emergenza internazionale di sanità pubblica (vedi figura 1). L'11 marzo 2020 è stata dichiarata la pandemia di Covid-19.

Il primo caso registrato in Italia si ebbe a Codogno, in provincia di Lodi, il 19 febbraio 2020 e, rapidamente, si ebbe la diffusione del virus in Lombardia e Veneto e successivamente in altre Regioni. Ad oggi, l'Italia è una delle zone maggiormente colpite in tutto il mondo: al 21 maggio 2020, 228.006 sono le persone risultate positive al virus SARS-Cov-2 e, di queste, 32.486 decedute e 134.560 sono guarite (comunicato stampa Protezione Civile, 21 maggio 2020).

Figura 3 - Important milestones of the infections with SARS-CoV-2 since December 2019 SARS-CoV-2 Infection in Pregnancy – a Review of the Current Literature and Possible Impact on Maternal and Neonatal Outcome Stumpfe et al, 2020



Nonostante i sintomi siano spesso lievi, nella popolazione a rischio l'infezione può causare una polmonite severa con conseguente ricovero presso il reparto di Terapia Intensiva, intubazione e, nei casi più gravi, anche morte (Dotters-Katz et al, 2020).

A prescindere dal Covid-19, la gravida appartiene a una fascia di popolazione a rischio di infezioni respiratorie e la polmonite rappresenta un'importante causa di morbilità e mortalità (Stumpfe et al, 2020). Le più importanti complicazioni sono rottura prematura delle membrane, travaglio pretermine, morte fetale intrauterina, riduzione della crescita fetale (IUGR) e morte neonatale (Stumpfe et al, 2020). Nonostante non sia dimostrata una maggior suscettibilità delle gravide all'infezione da SARS-CoV-2, le modificazioni fisiche che si verificano in gravidanza potrebbero essere associate a sintomi più severi. Sono stati riportati casi di donne positive che al momento del parto hanno avuto necessità di ventilazione meccanica (Morris et al, 2020) e di donne morte per complicazioni dell'infezione dopo il parto (Karimi-Zarchi et al, 2020); questo ci porta quindi a includere le gravide nella popolazione a rischio.

Dall'inizio della pandemia, sono stati condotti diversi studi al fine di individuare gli effetti dell'infezione sulla gravidanza, facendo riferimento anche alla letteratura disponibile sull'epidemia da SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) del 2002/3 e da MERS (Middle-East Respiratory Syndrome) del 2012, i cui agenti eziologici appartengono alla famiglia dei coronavirus (Ferrazzi et al, 2020). Gli aspetti su cui focalizzare principalmente l'attenzione sono la trasmissione verticale del virus, la trasmissione al parto e la trasmissione con l'allattamento.

A distanza di cinque mesi dai primi casi, i dati a disposizione riguardo l'infezione da SARS-CoV-2 in gravidanza sono ancora limitati e non vi sono evidenze di infezioni intrauterine da trasmissione verticale del virus in donne che hanno sviluppato l'infezione nel terzo trimestre di gravidanza (Ferrazzi et al, 2020). Nel primo e nel secondo trimestre l'infezione potenzialmente potrebbe comportare aborto spontaneo, parto pretermine, difetti alla nascita o infezione congenita (Shah et al, 2020).

Per quanto riguarda l'allattamento, sono stati condotti pochi studi di ricerca del virus nel latte materno e sono tutti risultati negativi (Morris et al, 2020).

Fra le problematiche cliniche e di salute pubblica, la recente epidemia solleva anche quelle relative alla possibile trasmissione dell'infezione in gravidanza, al parto e nel post-partum con l'allattamento e all'organizzazione della rete perinatale.

Lo scopo di questo lavoro è fornire una revisione della letteratura scientifica ad oggi disponibile, confrontando studi e ricerche condotti, al fine di conoscere l'impatto che questa pandemia ha e può avere sulla salute di madri e bambini e nell'ambito dell'assistenza sanitaria.

Materiali e Metodi

Le fonti bibliografiche citate nella presente revisione sono state individuate tra il 27 aprile e il 4 maggio 2020. La ricerca bibliografica ha incluso gli studi e la letteratura disponibili a partire da dicembre 2019 fino ad aprile 2020, compreso.

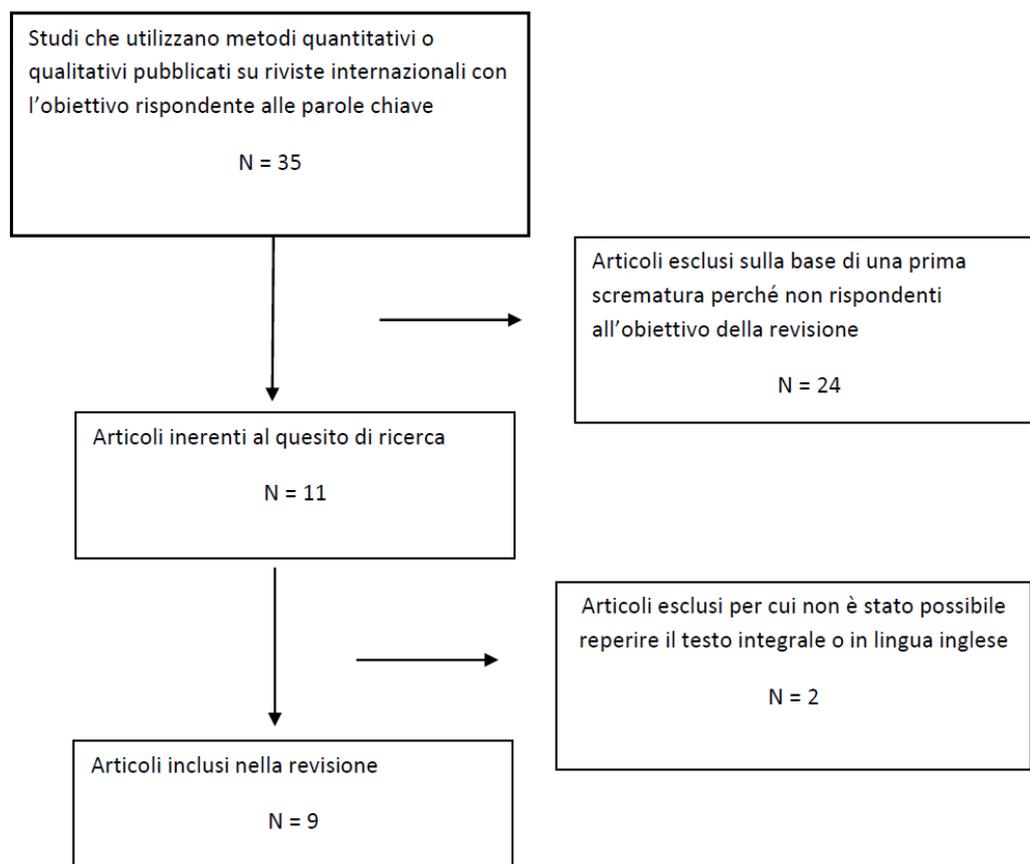
Come banche dati sono stati utilizzati PubMed e SaperiDoc. Le parole chiave utilizzate per la raccolta della letteratura a disposizione sono: "Covid-19 and Pregnancy", "Coronavirus in Gravidanza", "Outcomes of Covid Disease on Pregnancy", "Management of Pregnants during Covid-19 Disease", "Vertical Transmission of SARS-CoV-2", "Breastfeeding and Covid".

La ricerca ha prodotto numerosi risultati e 35 sono gli articoli presi in considerazione. Una prima scrematura ha previsto l'esclusione di 24 articoli perché non inerenti all'obiettivo della revisione. Successivamente, una seconda scrematura ha portato all'esclusione di altri 2 articoli in quanto non era disponibile il testo integrale o in lingua inglese. Pertanto, sono 9 gli articoli utilizzati per la stesura della revisione.

Nella flow-chart (Figura 2), è stato graficamente sintetizzato il processo di selezione degli articoli.

Oltre al materiale raccolto da PubMed e SaperiDoc, nella revisione sono riportate le linee guida proposte dal Ministero italiano della Salute e dalla Società Italiana di Ginecologi e Ostetrici (SIGO).

Figura 2. 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 3.

Figura 3 – Livelli di evidenza cui si è fatto riferimento per la compilazione dell'ultima colonna della Tabella 1 d'estrazione. (Tratta da US Agency For Healthcare Research and Quality – AHCPR)

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: numero progressivo degli studi presi in analisi e titolo, anno di pubblicazione, autori, disegno, scopo, alcuni 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 (Tabella di estrazione)

N	Autore e anno di pubblicazione - Contesto	Disegno dello studio	Scopo	Materiali e metodi (campionamento e metodo raccolta dati)	Risultati (comprese le caratteristiche del campione)	Livello della prova
1	Dotters-Katz SK, Hughes BL – New York, 2020	Revisione della letteratura	Discussione di quanto è conosciuto sul virus in relazione alla gravidanza al fine di produrre delle considerazioni per la gestione della gravidanza	Ricerca della letteratura con utilizzo delle seguenti parole chiave: COVID-19, pandemic, Coronavirus, pregnancy, vertical transmission, prenatal care	Sulla base dei 43 riferimenti bibliografici inclusi nella revisione, si afferma che il COVID-19 non sembra essere associato ad esiti peggiori nelle donne gravide. Non vi è alcuna evidenza di trasmissione del virus da madre a feto. Il parto operativo deve essere eseguito sulla base delle indicazioni ostetriche. In assenza di un trattamento e di un vaccino, è fondamentale rispettare le norme di prevenzione.	Ib
2	Stumpfe FM, Titzmann A, Schneider MO, Stelzl P, Kehl S, Fasching PA, Beckmann MW, Ensser A – New York, 2020	Revisione della letteratura	Presentare una panoramica sulla nuova sindrome respiratoria da SARS-CoV-2 e, in particolare, individuare possibili rischi e complicanze nelle donne gravide	Utilizzo della letteratura relativa all'epidemia da SARS e da MERS e della letteratura disponibile sull'attuale pandemia in relazione alla gravidanza. Riguardo l'infezione da SARS-CoV-2 in gravidanza sono stati riportati due studi condotti in due differenti ospedali cinesi, per un totale di 19 casi di gravide positive. Sono stati valutati sia gli esiti materni che gli esiti neonatali.	Facendo riferimento a 49 fonti bibliografiche, la revisione si è conclusa affermando che ad oggi la letteratura disponibile è ancora limitata e, sulla base di quanto pubblicato, non pare esserci rischio di trasmissione verticale del virus ma è bene che le donne positive siano monitorate con maggiore attenzione. La gravidanza potrebbe inoltre complicare i sintomi dell'infezione e potrebbe essere associata a tassi di mortalità più elevati. Al momento, non è dimostrata la trasmissione del virus attraverso il latte materno.	Ib
3	Morris E, O'Brien P, Goodyear G, Relph S, Jardine J, Powell A, Gilgunn-Jones E, Mullins E, Viner R, Evans D, Ross-Davie M - UK, 2020	Revisione della letteratura	Ricerca condotta sulla base della letteratura disponibile per fornire agli operatori sanitari del Regno Unito le evidenze disponibili, buone pratiche e consigli degli esperti al fine di ridurre la trasmissione del virus in donne gravide e di garantire alle donne positive	Utilizzo della letteratura disponibile	La lettura e la revisione di 47 riferimenti bibliografici ha permesso di stilare linee guida per l'assistenza a donne positive o sospette in gravidanza e al parto e nelle cure post-partum della madre e post-natali del neonato.	Ia

			o sospette una cura adeguata			
4	Karimi-Zarchi M, Neamatzadeh H, Dastgheib SA, Abbasi H, Mirjalili SR, Behforouz A, Ferdosian F, Bahrami R – Iran, 2020	Revisione della letteratura	Esaminare il rischio di trasmissione verticale al feto in donne positive al SARS-CoV-2	Inclusione di articoli e studi pubblicati dal 4 marzo 2020 e ricerca di informazioni su siti web ufficiali. Le parole chiave utilizzate per la ricerca del materiale sono: coronavirus, COVID-19, vertical transmission, placenta, pregnant mothers, neonate	31 donne gravide positive al SARS-CoV-2, virus non individuato in neonati e placenti. Due donne sono morte per peggioramento dei sintomi respiratori dell'infezione e si può quindi affermare che le gravide potrebbero sviluppare dei sintomi più severi del resto della popolazione.	Ib
5	Ferrazzi E, Frigerio L, Savasi V, Vergan P, Prefumo F, Barresi S, Bianchi S, Ciriello E, Facchinetti F, Gervasi MT, Iurlaro E, Kustermann A, Mangili G, Mosca F, Patanè L, Spazzini D, Spinillo A, Trojano G, Vignali M, Villa A, Zuccotti G, Parazzini F, Cetin I – 12 ospedali del Nord Italia (Milano, Bergamo, Brescia, Monza, Pavia, Seriate, Treviglio, Padova, Modena), 2020	Studio retrospettivo	Analizzare la modalità del parto e gli immediati esiti neonatali in donne positive al SARS-CoV-2 assistite nella fase iniziale dell'epidemia in Lombardia	Utilizzo di un questionario standardizzato per il campionamento. Inclusione di donne positive al SARS-CoV-2 che hanno partorito in uno degli ospedali considerati nel periodo 1-20 marzo. Per la ricerca di letteratura sull'attuale pandemia come parole chiave sono state utilizzate: delivery, COVID.19, transmission.	42 donne positive al Covid-19, 24 parti vaginali e 18 cesarei, di cui 8 eseguiti per ragioni ostetriche e 10 per peggioramento dei sintomi dell'infezione.	Ila
6	Shah PS, Diambomba Y, Acharya G, Morris SK, Bitnun A - Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology, 2020	Articolo editoriale	Sistema di classificazione e di definizione dei casi di infezione da SARS-CoV-2 in gravide, feto e neonati	Inclusione di articoli, revisioni o studi che trattassero diversi aspetti legati alla pandemia da SARS-CoV-2, quali trasmissione verticale del virus e organizzazione dell'assistenza	Classificazione e definizione dei casi di infezione, con riferimento alla letteratura disponibile	IV
7	Liao J, He X, Gong Q, Yang L, Zhou C, Li J – Wuhan, Cina, 2020	Analisi retrospettiva	Analisi degli esiti del parto vaginale sulla donna e il neonato e sintesi della gestione del parto vaginale durante la pandemia da Covid-19	Revisione delle cartelle cliniche di donne positive e negative che hanno partorito per via vaginale nel periodo 20 gennaio-2 marzo presso lo Zhongnan Hospital of Wuhan University	88 donne gravide positive o sospette ammesse nel periodo considerato, di cui 10 positive e 53 negative hanno partorito per via vaginale. Le donne positive con sintomi moderati possono partorire per via vaginale, senza un aumento del rischio di	Iib

					trasmissione dell'infezione ai neonati.	
8	Parazzini F, Bortolus R, Mauri PA, Favilli A, Gerli S, Ferrazzi E – Milano, Verona, Perugia, 2020	Revisione sistematica della letteratura	Revisione delle informazioni disponibili sulla modalità di parto, sulla trasmissione verticale e sugli esiti neonatali in donne positive al SARS-CoV-2	Come banche dati sono stati utilizzati PubMed ed Embase Selezione di articoli che riportassero casi di donne positive al SARS-CoV-2 che abbiano partorito. Come parole chiave nella ricerca della letteratura sono state utilizzate: COVID-19, SARS-CoV-2, pregnancy. Sono stati inclusi studi clinici, studi con dati originali, studi di donne positive che hanno partorito. Periodo di ricerca: 1° gennaio-31 marzo.	13 studi inclusi per un totale di 64 donne; 6 parti per via vaginale e 31 tagli cesarei per peggioramento delle condizioni materne. Il rischio di trasmissione con taglio cesareo, sempre se possibile, è basso mentre non ci sono dati disponibili per il parto vaginale. La frequenza di parti pretermine è bassa. In generale, si sono ottenuti esiti neonatali rassicuranti.	Ia
9	Yu N, Li W, Kang Q, Zwng W, Feng L, Wu J Wuhan, Cina, 2020	Studio retrospettivo	Esecuzione di amniocentesi per la ricerca del SARS-CoV-2 nel liquido amniotico per valutare il rischio di trasmissione verticale in caso di infezione al primo trimestre di gravidanza	Revisione delle cartelle cliniche, compresa analisi dei risultati di indagini di laboratorio condotte	2 donne positive ammesse al Tongji Hospital di Wuhan al primo trimestre di gravidanza. Entrambe le amniocentesi ebbero un esito negativo. Sulla base di questo studio il rischio di trasmissione del virus in gravidanza non può essere escluso in quanto si tratta di uno studio con campione estremamente limitato, RNA è molto meno stabile del DNA nel liquido amniotico e il virus potrebbe non essere stato individuato per esecuzione dell'amniocentesi a età gestazionale precoce.	III

Discussione

La famiglia dei Coronavirus

Quella che stiamo vivendo oggi è considerata la più vasta pandemia del secolo e responsabile è un virus appartenente alla famiglia dei coronavirus, di cui, fino a dicembre 2019, si conoscevano 6 specie patogene per l'uomo (Stumpfe et al, 2020), tra cui il SARS-CoV e il MERS-CoV.

L'epidemia da SARS-CoV si verificò tra novembre 2002 e luglio 2003 e causò gravi polmoniti in quasi 9000 soggetti, di cui morirono 916 in un totale di 29 paesi (Stumpfe et al, 2020). Il numero totale di gravide che contrassero l'infezione non è noto ma piccoli studi sono stati condotti per analizzare gli esiti dell'infezione sulla gravidanza e sul neonato (Stumpfe et al, 2020).

Lo studio più vasto comprende 12 gestanti di Hong Kong. I sintomi che si svilupparono nelle donne furono gli stessi che si ebbero in donne non gravide e uomini; la polmonite si ebbe in tutte le gravide e portò 4 di loro a necessitare di ventilazione meccanica, e di queste 3 morirono per insufficienza respiratoria o sepsi (Stumpfe et al, 2020). Delle 12 donne, 7 svilupparono l'infezione nel primo trimestre, ma solo una portò a termine la gravidanza, mentre 5 la svilupparono dopo la 24° settimana. Dei 6 neonati, 2 presentarono IUGR associato a oligodramnios mentre gli altri nacquero sani; in nessun caso, si ebbe la trasmissione verticale del virus (Stumpfe et al, 2020).

Il primo caso di infezione da MERS si registrò ad aprile 2012 in Arabia Saudita e successivamente si ebbe una rapida diffusione nella Penisola Arabica, negli USA e nella Corea del Nord. I dati a disposizione sull'infezione in gravidanza sono estremamente ridotti ma sono stati riportati 11 casi di gravide sintomatiche, che hanno sviluppato sintomi più severi di donne non gravide: 6 vennero

ricoverate in Terapia Intensiva e 3 morirono dopo il parto (Stumpfe et al, 2020). Per quanto riguarda gli esiti neonatali, si registrarono 2 morti intrauterine per sofferenza fetale, una morte neonatale dopo taglio cesareo a 25 settimane, 7 nascite, di cui 2 premature e 5 a termine, con esiti irrilevanti nei neonati (Stumpfe et al, 2020).

Come nella precedente epidemia, non è stata dimostrata la trasmissione verticale del virus.

Figura 4- Sintomi caratteristici da infezione SARS-CoV-2 in gravidanza (tratta da Stumpfe et al, 2020)

Symptom	Frequency
Fever	87.9%
Dry cough	67.7%
Fatigue	38.1%
Sputum production	33.4%
Shortness of breath	18.6%
Sore throat	13.9%
Headache	13.6%
Myalgia/arthralgia	14.8%
Chills	11.4%
Nausea/vomiting	5.0%
Nasal congestion	4.8%
Diarrhoea	3.7%
Haemoptysis	0.9%
Conjunctival congestion	0.8%

Il virus responsabile dell'attuale pandemia appartiene al gruppo β -CoV (β -Coronavirus) ed è molto simile al virus SARS-CoV, responsabile della SARS.

La trasmissione avviene attraverso le goccioline respiratorie emesse con la fonazione, la tosse e gli starnuti e causa iniziali sintomi atipici, simili a quelli dell'influenza (vedi tabella 3). Nella popolazione a rischio si ha però la manifestazione di sintomi più severi, che richiedono cure mediche intensive e possono portare a morte.

La polmonite è un'infezione acuta dei polmoni provocata da un'infezione, generalmente batterica o virale. La gravidanza è uno stato fisiologico che predispone la donna a sviluppare problematiche respiratorie in caso di infezione virale e, proprio per le modificazioni che si attuano, soprattutto a livello del sistema immunitario e cardiorespiratorio, è più probabile che si abbia la manifestazione di sintomi più severi rispetto al resto della popolazione in caso di infezione a livello respiratorio.

A causa di questa preoccupazione sono stati condotti diversi studi dall'inizio della pandemia ad oggi, il cui fine è confrontare i sintomi sviluppati nelle gravide con quelli sviluppati nel resto della popolazione. Attualmente, non vi è alcuna evidenza di maggiore suscettibilità al SARS-CoV-2 nelle donne gravide (Stumpfe et al, 2020) ma, in generale, hanno un maggior rischio di evoluzioni severe in caso di infezioni respiratorie. Pertanto, nel momento in cui si presentano alla struttura sanitaria con sintomatologia respiratoria, necessitano di una presa in carico appropriata.

Per quanto riguarda l'esecuzione del tampone naso-faringeo in donne con sospetto di Covid-19, devono essere seguite le indicazioni del Ministero della Salute.

Trasmissione verticale del virus

La possibilità di trasmissione del virus SARS-CoV-2 dalla madre al feto in corso di gravidanza è un argomento ancora molto dibattuto.

L'infezione materna nel primo o nel secondo trimestre di gravidanza potrebbe comportare aborto spontaneo, parto pretermine, difetti congeniti o infezione congenita fetale (Shah et al, 2020). In tarda gravidanza bisogna invece considerare la possibilità che il neonato contragga l'infezione e, di conseguenza, c'è il rischio di esiti avversi (Shah et al, 2020).

Per valutare la trasmissione verticale del virus, in due studi cinesi ("Wuhan Patient Population" e "Hubei Patient Population") sono stati esaminati il liquido amniotico delle donne positive e il sangue cordonale dei neonati e sono stati eseguiti tamponi faringei per la ricerca del virus.

I risultati del primo studio hanno portato solamente esiti negativi (Stumpfe et al, 2020) ma si tratta di uno studio limitato in quanto sono stati riportati solo 9 casi, registrati tra il 20 e il 31 gennaio 2020 presso lo Zhongnan Hospital di Wuhan (Stumpfe et al, 2020).

Il secondo studio invece riporta di 10 neonati da madre positiva, assistiti tra il 20 gennaio e il 5 febbraio 2020 in 5 diversi ospedali della provincia di Hubei. Non si sono raccolti campioni di liquido amniotico o di sangue cordonale ma si sono solamente eseguiti i tamponi faringei neonatali, tutti risultati negativi (Stumpfe et al, 2020).

Sempre a Wuhan, si è ricercato il virus in altri 7 neonati da madri positive. Sia l'emocromo che il tampone faringeo, eseguito due volte a distanza di 24 ore, sono risultati negativi (Liao et al, 2020).

In uno studio condotto nel Nord-Italia, in 3 neonati da madri positive sono stati trovati anticorpi IgM contro il SARS-CoV-2 (Parazzini et al, 2020). Nonostante si tratti di un dato da interpretare con cautela in quanto il campione è molto ridotto e l'esito positivo potrebbe rappresentare un artefatto di laboratorio, questo dimostra che la trasmissione verticale del virus non può essere esclusa con certezza ma il rischio è comunque molto limitato (Parazzini et al, 2020).

Per quanto riguarda la modalità del parto, durante l'attuale pandemia di Covid-19, nella maggior parte dei casi, il taglio cesareo è stato preferito al parto vaginale al fine di evitare eventuali problemi respiratori che richiedano un'assistenza di emergenza e al fine di ridurre il rischio di esposizione al virus del neonato e degli operatori sanitari (Liao et al, 2020). Gli effetti di questa scelta non sono ancora stati completamente provati e inoltre bisogna tenere in considerazione l'ipotesi di sviluppo di esiti avversi a lungo medio-termine in seguito all'intervento (Liao et al, 2020). Come conseguenza di questa scelta, sono estremamente ridotti i dati riguardanti la trasmissione del virus al momento del parto per via vaginale (Parazzini et al, 2020).

Diversi esperti cinesi hanno condotto uno studio al fine di analizzare gli esiti del parto vaginale nelle donne positive al SARS-CoV-2, confrontandoli con gli esiti registrati nelle donne non positive che hanno partorito nello stesso lasso di tempo presso l'ospedale universitario Zhongnan di Wuhan. Delle 88 donne positive ricoverate, 10, di età compresa tra i 27 e i 36 anni, partorirono per via vaginale; 53 furono invece le donne non positive, di età tra i 21 e i 37 anni, che partorirono per via vaginale. Il confronto tra questi due gruppi mostrò che non vi era alcuna significativa differenza statistica riguardo la prematura rottura delle membrane, il parto pretermine, l'asfissia neonatale, l'emorragia post-partum (Liao et al, 2020). Dei 10 neonati da madri positive, 7 vennero messi in isolamento, nel rispetto delle linee guida adottate nel corso della pandemia; 6 erano a termine, un solo prematuro. In tutti i 7 casi l'emocromo risultò normale e i due tamponi faringei, eseguiti a distanza di 24 ore in ciascun neonato, risultarono tutti negativi (Liao et al, 2020). Questo studio ha sottolineato che gli esiti di un parto vaginale, sia materni che neonatali, sono simili a quelli registrati in donne non affette da Covid-19 e in donne positive in cui è stato eseguito il taglio cesareo. Non vi è alcuna evidenza che il parto vaginale possa comportare esiti avversi nelle donne positive o infezione nel neonato (Liao et al, 2020).

Anche nel Nord Italia è stato condotto uno studio per valutare gli esiti neonatali e materni da parto vaginale. Sono state incluse 42 donne, ricoverate in 12 ospedali, di cui 24 (57,1%) hanno partorito per via vaginale, con 3 casi di induzione per ragioni ostetriche. Nelle restanti 18, si eseguì il taglio cesareo: in 8 casi l'indicazione non era correlata all'infezione ma in 10 casi si ebbe un peggioramento dei sintomi respiratori a causa del virus. Valutando gli esiti materni e neonatali ottenuti, non può essere escluso un minimo rischio di trasmissione dell'infezione al parto per via vaginale in quanto rispetto al taglio cesareo è maggiore il rischio di ingestione di secrezioni cervico-vaginali da parte del neonato mentre non è stato dimostrato alcun rischio aumentato di parto pretermine (Ferrazzi et al, 2020).

Il parto vaginale è appropriato nei casi di infezione moderata e il taglio cesareo dovrebbe essere riservato solamente alle donne con severi problemi respiratori (Ferrazzi et al, 2020).

Trasmissione attraverso il latte materno

Nei diversi studi condotti, nessun patogeno è stato isolato nel latte materno (Stumpfe et al, 2020; Morris et al, 2020) e risulta quindi improbabile la possibilità di trasmissione dell'infezione attraverso la miglior fonte di nutrizione per i neonati. Il numero degli studi è però molto ridotto ed è necessario che ne siano condotti ulteriori al fine di confermare quanto osservato.

La problematica legata all'allattamento è la trasmissione del virus attraverso le goccioline respiratorie ed è quindi fondamentale rispettare le norme di prevenzione previste (Morris et al, 2020). In caso di donne positive che non se la sentono di allattare o che non sono nelle condizioni per farlo, gli operatori sanitari esperti devono garantire loro supporto e sostegno e devono aiutarle nella pratica di spremitura del latte (Stumpfe et al, 2020; WHO, 2020). Il latte materno rappresenta la miglior

fonte di nutrizione per i neonati e l'utilizzo della formula del latte deve essere limitato ai soli casi di necessità, su prescrizione del neonatologo.

Conclusioni e implicazioni per la pratica

Attualmente e sulla base di pochi studi condotti, non vi è alcuna evidenza di trasmissione intrauterina del virus (Stumpfe et al, 2020; Karimi-Zarchi et al, 2020; Parazzini et al, 2020; Liao et al, 2020). Non potendo però escludere questa possibilità e non conoscendo i rischi correlati alla possibile infezione nel feto e nel neonato, le gravide che risultano positive devono essere sorvegliate con particolare attenzione al fine di monitorare la crescita del bambino e identificare precocemente eventuali problematiche.

Ad oggi, non sono stati riportati casi di Covid-19 nel primo trimestre di gravidanza e restano quindi sconosciuti i rischi (Dotters-Katz et al, 2020). Analizzando la letteratura disponibile sull'infezione da MERS e SARS in gravidanza, si è riscontrato un caso di MERS nel primo trimestre di gravidanza; la gravidanza fu non complicata (Dotters-Katz et al, 2020). Tre furono invece i casi di infezione da SARS nel primo trimestre di gravidanza e in nessuno si ebbe aborto spontaneo o anomalie fetali (Dotters-Katz, 2020). Trattandosi di infezioni il cui agente eziologico appartiene alla famiglia dei coronavirus, questi dati sono rassicuranti ma non si può escludere con certezza il rischio di aborto o di sviluppo di anomalie per assenza di dati relativi all'attuale pandemia.

Dopo la nascita, è bene che i neonati da madri positive siano isolati al fine di tutelare la salute degli altri bambini e che siano monitorati attentamente dai neonatologi al fine di individuare precocemente eventuali sintomi di infezione (Stumpfe et al, 2020).

Dall'inizio della pandemia, si è preferito il taglio cesareo al parto vaginale in quanto si teme un rischio più elevato di trasmissione del virus al bambino attraverso il materiale biologico della donna.

Facendo riferimento alle attuali conoscenze e agli esiti negativi degli studi di ricerca del virus in liquido amniotico e sangue cordonale di donne positive, nella circolare del Ministero della Salute del 31 marzo 2020 si afferma che non vi è alcuna indicazione elettiva al taglio cesareo nelle donne affette da Covid-19. Inoltre, considerando che il taglio cesareo rappresenta un fattore di rischio per la mortalità materna, è opportuno limitare la sua esecuzione solamente ai casi di necessità, in rispetto delle attuali indicazioni ostetriche al taglio cesareo (Morris et al, 2020).

È invece esclusa la possibilità di parto in acqua per donne positive o sospette in quanto il SARS-CoV-2 è stato identificato nelle feci di soggetti positivi (Morris et al, 2020) e quindi si avrebbe un elevato rischio di trasmissione del virus al neonato.

Secondo le principali società e federazioni italiane di ginecologia e ostetricia, nelle donne con triage clinico-anamnestico e/o test negativo, non vanno modificate le procedure di pelle a pelle e di clampaggio del cordone ombelicale mentre nelle donne positive o sospette è suggerito il clampaggio precoce ed è prevista la separazione di mamma e bambino.

Sulle indicazioni del Ministero della Salute, qualsiasi sia la modalità del parto, delle donne positive devono essere conservati la placenta per l'esecuzione del tampone placentare e gli annessi fetali; nel neonato deve essere eseguito il tampone naso-faringeo.

Negli studi finora effettuati, il SARS-CoV-2 non è stato individuato nel latte materno di donne positive ma permane il rischio di trasmissione del virus per il contatto diretto tra madre e bambino, attraverso le goccioline respiratorie emesse dalla donna. A tal proposito, è bene invitare le donne a rispettare le comuni norme di prevenzione previste per le malattie infettive, quali lavare le mani prima di toccare il bambino e prima di allattare, evitare di tossire o starnutire con il bambino in braccio o molto vicino a sé, indossare una mascherina chirurgica ad ogni contatto con il bambino se si è positive o sospette (Morris et al, 2020). L'importanza dell'adozione di norme di prevenzione adeguate viene sottolineata nella Position Paper pubblicata l'8 aprile 2020 dalla World Health Organization. In questa pubblicazione si ribadisce che il latte materno rappresenta la miglior fonte di nutrizione per il neonato e che è molto importante, soprattutto in una situazione come quella attuale, che gli operatori sanitari offrano supporto e sostegno a tutte le donne che ne abbiano necessità.

Gli studiosi condividono l'idea che il rischio di trasmissione del virus attraverso il latte materno sia irrilevante rispetto ai benefici (Morris et al, 2020). Il latte materno è fondamentale per la crescita e la salute del neonato ed è ricco di anticorpi e di altre sostanze immunologiche che possono prevenire lo sviluppo di malattie respiratorie.

La letteratura disponibile è limitata ed è quindi molto importante che vengano condotti nuovi e vasti studi che permettano di conoscere i reali rischi dell'infezione in gravidanza e che consentano agli operatori sanitari di ottenere tutte le informazioni utili al fine di affrontare le sfide che questa pandemia comporta.

Con l'obiettivo di rilevare e analizzare i casi di infezione da virus SARS-CoV-2 nelle donne gravide o in puerperio, il 25 marzo 2020 l'Istituto Superiore di Sanità ha avviato lo studio osservazionale di coorte "L'infezione da SARS-CoV-2 in gravidanza e in puerperio: studio dell'Italian Obstetric Surveillance System", in collaborazione con le Regioni e le Province Autonome italiane.

In diverse Regioni e nella provincia di Trento, il progetto prevede anche la raccolta di campioni biologici materni, fetali e annessiali per la ricerca del virus e lo studio delle possibili vie di trasmissione materno-fetali.

Il Covid-19 rappresenta la più vasta pandemia del secolo e la diffusione di questo virus ha portato la popolazione mondiale ad affrontare una situazione di emergenza, che ha mostrato le fragilità e le problematiche dei sistemi sanitari di alcuni dei paesi più colpiti. La modalità di trasmissione del SARS-CoV-2 e la contagiosità dell'infezione hanno reso necessarie delle modificazioni della normale organizzazione dell'assistenza a gravide e partorienti al fine di contenere la diffusione del virus e tutelare la salute di mamme, bambini e operatori sanitari. In assenza di un vaccino e di un trattamento efficace, l'arma migliore contro un'ulteriore diffusione del virus è la prevenzione: anche in ambito ospedaliero è importante rispettare la distanza sociale e utilizzare tutti i dispositivi di protezione individuale a disposizione.

La circolare del Ministero della Salute del 31 marzo 2020 afferma che "le Prestazioni del Percorso Nascita vanno garantite a tutte le donne, anche in questo periodo di emergenza, nelle settimane previste di epoca gestazionale, con l'obbligo di adottare tutte le disposizioni di sicurezza".

Ad ogni accesso in ospedale, di fondamentale importanza è il triage clinico-anamnestico per l'identificazione dei casi sospetti, con conseguente isolamento.

Al momento del travaglio e durante il parto, è auspicabile la presenza del partner, o di una persona di fiducia, solo in seguito ad adeguato triage clinico-anamnestico con rispetto delle distanze e utilizzo dei dispositivi di protezione individuale.

Durante il ricovero in ospedale, per quanto riguarda la pratica del rooming-in, la circolare del Ministero della salute del 31 marzo 2020 dichiara che non è praticabile nel caso in cui la madre presenti un'infezione fortemente sintomatica e sia positiva al test per il SARS-CoV-2.

Gli operatori sanitari sono fortemente invitati ad aggiornarsi e informarsi continuamente, restando al passo con le gradualmente scoperte che riguardano la trasmissione del virus da mamma a bambino al fine di garantire alle donne la migliore e più sicura assistenza possibile.

Si tratta di una situazione nuova ed estremamente difficile, sia da un punto di vista organizzativo che da un punto di vista psicologico. La gravidanza rappresenta già di per sé un momento molto delicato per la donna e una pandemia in corso può solo alimentare l'ansia e le paure, rendendo ancor più necessaria la presenza di una figura esperta di riferimento che possa sostenere la donna e aiutarla ad affrontare al meglio la gravidanza, nonostante la situazione generale. Al fine di vivere serenamente una gravidanza, ogni donna ha bisogno di qualcuno che la ascolti, che la comprenda, che la aiuti a superare le sue paure, senza giudicarla.

Bibliografia

- Dotters-Katz SK, Hughes BL (2020). Considerations for Obstetrics Care During the Covid-19 Pandemic. *American Journal of Perinatology*
- Ferrazzi E, Frigerio L, Savasi V, Vergan P, Prefumo F, Barresi S, Bianchi S, Ciriello E, Facchinetti F, Gervasi MT, Iurlaro E, Kustermann A, Mangili G, Mosca F, Patanè L, Spazzini D, Spinillo A, Trojano G, Vignali M, Villa A, Zuccotti G, Parazzini F, Cetin I (2020). Vaginal delivery in SARS-CoV-2 infected pregnant women in Northern Italy: a retrospective analysis. *BJOG*
- Karimi-Zarchi M, Neamatzadeh H, Dastgheib SA, Abbasi H, Mirjalili SR, Behforouz A, Ferdosian F, Bahrami R (2020). Vertical Transmission of Coronavirus Disease 19 (COVID-19) from Infected Pregnant Mothers to Neonates: A Review. *Fetal and Pediatric Pathology*
- Liao J, He X, Gong Q, Yang L, Zhou C, Li J (2020). Analysis of vaginal delivery outcomes among pregnant women in Wuhan, China, during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*
- Morris E, O'Brien P, Goodyear G, Relph S, Jardine J, Powell A, Gilgunn-Jones E, Mullins E, Viner R, Evans D, Ross-Davie M (2020). Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy – Version 8 – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Website: <https://www.rcog.org.uk>
- Parazzini F, Bortolus R, Mauri PA, Favilli A, Gerli S, Ferrazzi E (2020). Delivery in pregnant women infected with SARS-CoV-2: A fast review. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*

- Shah PS, Diambomba Y, Acharya G, Morris SK, Bitnun A (2020). Classification System and Case Definition For SARS-CoV-2 Infection In Pregnant Women, Fetuses And Neonates. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*
- Stumpfe FM, Titzmann A, Schneider MO, Stelzl P, Kehl S, Fasching PA, Beckmann MW, Ensser A (2020). SARS-CoV-2 Infection in Pregnancy – A Review of The Current Literature and Possible Impact On Maternal and Neonatal Outcome. *Geburtshilfe Frauenheilkd*
- Yu N, Li W, Kang Q, Zwng W, Feng L, Wu J (2020). No SARS-CoV-2 Detected in Amniotic Fluid in Mid-Pregnancy – *The Lancet*



SISOGN

Società Italiana di Scienze
Ostetrico-Ginecologico-
Neonatali

The Official Journal
ISSN 2723-9179

SISOGN The Official Journal [on line] ISSN 2723-9179
June 2020, 02: N. 1

Perinatal mental health: analysis of the phenomenon from the point of view of women and midwives

La salute mentale perinatale: analisi del fenomeno dal punto di vista delle donne e delle ostetriche

Federica Ludovico^a, Norma Nilde Guerrini Contini^a, Paola Agnese Mauri^{a b}

^a School of Midwifery, Department of Clinical Sciences and Community Health, Università degli Studi di Milano- Milan, Italy

^b 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
via Manfredo Fanti 6, 20122 Milan, Italy – paola.mauri@unimi.it fax number +39 0255036542 tel number +39 0255038599

Copyright:
DOI:

Abstract

Purposes or investigation. Perinatal mental health is often an underrated topic, even if it has negative consequences on both mothers' and children's health. An early identification of risk factors through screening can help ameliorate care. In most cases, it's difficult for women to express their concerns about mental health as well as healthcare providers are not confident to manage a disclosure when it occurs. The aim of this review is to identify which are the most common barriers encountered by midwives and women.

The basic procedures. The analysis started with a research in different electronic databases of articles published in the last 10 years. 8 articles were identified as those with the most relevant results, and they came not only from obstetrics journals, but also psychological magazines.

The main findings. Common themes about barriers reported by midwives include uncertainties about their role in women's health, lack of knowledge that determined less confidence during the screening, time pressure that leads to prioritize physical health, stigma about mental health problems, poor clarity and information about available services and paths to follow after screening. Women reported similar obstacles in disclosing their worries: difficulty in identifying their problems, desire to manage them without any help, unwillingness from healthcare providers to discuss, unmet need of information, shame and stigma

Conclusions and implication for practice. Mental health should have more consideration within perinatal care. Midwives' training could be improved with a greater attention to the whole spectrum of mental health problems and more practice on screening tools. Also available services for women could be ameliorated. Introducing the topic during antenatal classes could be a possibility to stop assessing mental health as a taboo and give women the opportunity to disclose their concerns with healthcare providers, if they needed to. Lastly, continuity of care could be an instrument to help on one hand women expressing themselves within a trusted relationship with the healthcare provider, and on the other hand midwives detecting easily changes about mother's psychological state.

Keywords

Mental health; Mothers' health; Children's health; Midwifery

Introduzione

La salute mentale perinatale fa riferimento al periodo che va dalla gravidanza a un anno dopo il parto. I cambiamenti fisiologici ed emotivi della gravidanza, del parto e della cura di un neonato possono rendere il periodo perinatale un momento di vulnerabilità per madri e padri. (Istituto Superiore di Sanità). In tutto il mondo, circa il 10% delle donne in gravidanza e il 13% delle donne nel periodo del post partum presentano un disturbo mentale, tra cui principalmente la depressione. Nei paesi sviluppati, l'incidenza è ancora più alta: 15,6% in gravidanza e 19,8% dopo il parto. (OMS, 2020). Oltre alla depressione, che è il disturbo più comune, possono coesistere con essa o presentarsi in maniera isolata anche i disturbi d'ansia, inclusi gli attacchi di panico, il disturbo d'ansia generalizzato (GAD), il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), il disturbo post traumatico da stress (PTDS) e la tocofobia. La gravidanza e il post partum possono esacerbare o far riemergere la psicosi, che nel post partum riguarda 1-2 donne su 1000 e può comparire anche senza una precedente storia psichiatrica. (NICE, 2020). Nonostante l'opinione pubblica colleghi la nascita di un figlio ad un periodo felice della propria vita, è evidente che non è sempre così. I problemi mentali in gravidanza hanno come conseguenze cure prenatali scadenti, parto prematuro e basso peso alla nascita dei neonati, e sono anche associati a problematiche di sviluppo neurologico, cognitivo e sociale nei bambini, oltre ad avere conseguenze sulla salute dell'intera famiglia. (Nagle, 2018).

Un'altra conseguenza dei disturbi mentali perinatali è il rischio di suicidio materno. L'ultimo report sulla mortalità materna nel Regno Unito pubblicato nel 2019 da MMBRACE-UK, e relativo alla sorveglianza eseguita tra 2015 e 2017, ha definito il suicidio come seconda causa di morte materna diretta durante la gravidanza o entro i 42 giorni dal parto. Anche il Sistema di Sorveglianza Ostetrica in Italia portato avanti dall'Istituto Superiore della Sanità (ItOSS) ha identificato nel 2016 il suicidio come seconda causa di morte materna tra 43 e 365 giorni dalla fine della gravidanza in 7 regioni italiane. Data l'importanza della salute mentale perinatale, emersa soprattutto negli ultimi anni, l'Organizzazione Mondiale della Sanità l'ha definita come un problema di salute pubblica. Un'identificazione precoce durante la gravidanza e degli interventi appropriati costituiscono dei passaggi fondamentali per promuovere la salute della madre e lo sviluppo ottimale del feto, e le ostetriche rivestono un ruolo centrale nell'individuazione di eventuali fattori di rischio e nella discussione con la donna del suo benessere mentale. (Noonan M, 2018) Nonostante ciò, i problemi di salute mentale perinatale spesso restano non diagnosticati e non trattati nel contesto delle cure alla maternità. (Bayrampour, 2018)

L'obiettivo di questo lavoro è quello di analizzare le percezioni delle donne e delle ostetriche riguardo all'importanza che viene data alla salute mentale durante le cure perinatali, soffermandosi sulle barriere che impediscono talvolta di discutere dell'argomento.

Materiali e Metodi

Per raggiungere l'obiettivo, è stata eseguita una revisione breve della letteratura. Il primo passo è stato quello di ricercare articoli attinenti all'argomento e pubblicati negli ultimi 10 anni in diversi database, tra cui PubMed, Google Scholar, Cochrane Library. Le parole chiave utilizzate sono state: perinatal mental health, mental health and midwifery, pregnancy and mental health, perinatal mental health and screening. Sono state prese in considerazione anche le bibliografie degli articoli per individuare ulteriori studi correlati. Trattandosi di un argomento che unisce l'ambito dell'ostetricia con quello della psicologia, sono stati individuati articoli appartenenti sia a riviste dell'ambito strettamente medico e ostetrico ma anche psicologico. La scrematura degli articoli è stata eseguita escludendo quelli non rispondenti all'obiettivo della revisione e quelli in cui non è stato possibile reperire il testo integrale o in lingua inglese, come appare nella Figura 1.

Il modo in cui sono stati selezionati gli articoli ha fatto riferimento alla rilevanza degli studi e dei risultati raggiunti, utilizzando come criterio quello riportato dalla Figura 2.

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

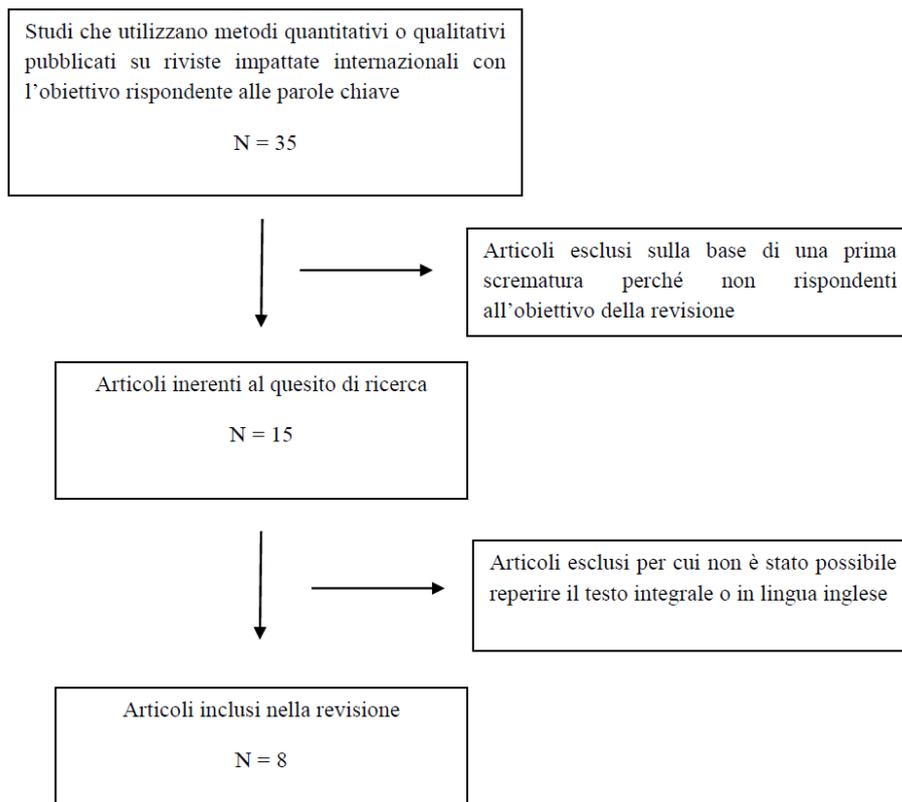


Figura 2 – Livelli di evidenza cui si è fatto riferimento per la compilazione dell'ultima colonna della Tabella 1 d'estrazione. (Tratta da US Agency For Healthcare Research and Quality – AHCPR)

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

Dall'analisi degli articoli selezionati, sono emerse alcune tematiche comuni riguardo alle barriere che ostacolano la discussione dei problemi di salute mentale perinatale. Nella Figura 3 sono state sintetizzate distinguendo il punto di vista delle ostetriche da quello delle donne.

Figura 3 – Barriere alla discussione della salute mentale perinatale dal punto di vista delle ostetriche e delle donne



In Tabella 1, vengono analizzati gli articoli estratti per la revisione breve.

Tabella 1 – Analisi in sintesi delle fonti analizzate per la stesura della Revisione (Tabella di estrazione)

N progressivo articoli analizzati	Autore e anno di pubblicazione - Contesto	Disegno dello studio	Scopo	Materiali e metodi	Risultati	Classe dello studio
Barriers to addressing perinatal mental health issues in midwifery settings	Bayrampour H, Hapsari AP, Pavlovic J. <i>Midwifery</i> , 2018.	Revisione integrativa	Determinare le barriere percepite dalle ostetriche per lo screening e la gestione dei problemi di salute mentale perinatale.	Ricerca in 4 database di studi che avessero come obiettivo primario o secondario quello della revisione. In seguito, due revisori si sono occupati di accertarsi che gli articoli selezionati incontrassero i criteri d'inclusione ed hanno estratto le informazioni principali da ciascun articolo, che infine sono state inserite in una matrice di dati. Quest'ultima ha permesso di riassumere le informazioni simili, individuando temi e sotto-temi.	Sono stati inclusi 20 studi sia quantitativi che qualitativi, condotti in Paesi diversi. Le barriere emerse dall'analisi degli studi sono state suddivise in due categorie: - barriere a livello degli operatori - barriere a livello del sistema.	IIb

Experience of care for mental health problems in the antenatal or postnatal period for women in the UK	Megnin-Viggars O, Symington I, Howard LM, Pilling S. <i>Archives of Women's Mental Health</i> , 2015.	Meta-sintesi: revisione sistematica di studi qualitativi	Sintetizzare le evidenze qualitative sulle esperienze di cura delle donne con (o a rischio di sviluppare) problemi di salute mentale prenatale o postnatale.	Ricerca in 6 database di studi pubblicati tra il 2000 e il 2014 e analizzati per individuarne i temi emersi.	Sono stati inclusi 39 studi, in cui sono stati identificati 7 temi ricorrenti: - bisogno insoddisfatto di cure collaborative e integrate, - stigmatizzazione e paure riguardo alla perdita di custodia dei figli, - incapacità o non volontà degli operatori sanitari di rispondere ai bisogni psicologici, - attenzione sui bambini piuttosto che sulle madri, - importanza di un supporto non giudicante e compassionevole, - necessità insoddisfatta di informazioni, - coinvolgimento della donna nelle decisioni sul trattamento.	IIb
Seeking help for perinatal psychological distress	Button S, Thornton A, Lee S, Shakespeare K, Ayers S. <i>British Journal of General Practice</i> , 2017.	Meta-sintesi: revisione sistematica di studi qualitativi	Comprendere i fattori che influenzano la decisione delle donne di cercare aiuto per problemi di salute mentale perinatale.	Ricerca in 6 database di studi che riguardassero le esperienze di donne nel Regno Unito che hanno cercato aiuto per problematiche psicologiche durante la gravidanza e il primo anno successivo al parto. Mediante un approccio meta-etnografico, sono state sintetizzate le informazioni ed estratti i temi chiave.	Sono stati inclusi 24 studi, nei quali si sono identificati 3 temi principali: - identificazione del problema come primo passo nel processo di ricerca d'aiuto - influenza da parte degli operatori sanitari - stigmatizzazione.	IIb
Women's views and experiences of having their mental health needs considered in the perinatal period	Nagle U, Farrelly M. <i>Midwifery</i> , 2018.	Studio qualitativo	Indagare le opinioni e le esperienze delle donne riguardo a quanto viene presa in considerazione la loro salute mentale nel periodo perinatale.	Interviste semistrutturate a 8 donne nei primi giorni dopo il parto, in una clinica ostetrica in Irlanda con accesso ai servizi di salute mentale perinatale. Le interviste sono state registrate, trascritte e successivamente analizzate per individuare i temi e le idee emerse.	Le donne hanno riportato che la gravidanza è stato un periodo emotivo, in cui ci si aspettava fossero felici, perciò sono state individuate barriere alla discussione come la stigmatizzazione, la vergogna e la mancanza di tempo. Le donne con storie significative di problematiche psicologiche hanno preferito non essere indirizzate ai servizi a disposizione a meno	IIa

					che non fossero loro a chiedere aiuto. La presenza del bambino è stata, per alcune donne, una motivazione per chiedere aiuto.	
Barriers and facilitators of mental health screening in pregnancy	Kingston D, Austin MP, Heaman M, McDonald S, Lasiuk G, Sword W, Giallo R, Hegadoren K, Vermeyden L, Veldhuyzen van Zanten S, Kingston J, Jarema K, Biringer A. <i>Journal of Affective Disorders</i> , 2015.	Studio trasversale	Identificare le barriere e i facilitatori che influenzano le risposte delle donne allo screening e i fattori associati alla loro identificazione.	Studio condotto mediante l'utilizzo di un questionario a cui hanno partecipato 460 donne in gravidanza di età superiore ai 16 anni, reclutate sia da corsi parto che da cinque diverse cliniche ostetriche in Canada. Il questionario veniva compilato dalle donne stesse prima dell'incontro parto o mentre aspettavano la loro visita prenatale.	Le barriere più comuni individuate dalle donne sono state: - persone care che normalizzavano le loro difficoltà emotive - desiderare di gestire i problemi di salute mentale da sole - preferire discutere dei propri sentimenti con persone care piuttosto che con un operatore - non sapere quali fossero le emozioni "normali". I principali facilitatori individuati sono stati: - caratteristiche rassicuranti degli operatori - rassicurazione riguardo al fatto che la cura della salute mentale è parte delle cure prenatali - esperienze di altre donne che avevano affrontato problemi mentali durante la gravidanza e sapere che fossero disponibili aiuti.	Ila
Survey of midwives' perinatal mental health knowledge, confidence, attitudes and learning needs	Noonan M, Jomeen J, Galvin R, Doody O. <i>Women and birth</i> , 2018.	Studio trasversale	Determinare: a) conoscenza e sicurezza delle ostetriche nell'identificare i problemi di salute mentale perinatale b) atteggiamenti delle ostetriche nei confronti di donne che sperimentano problematiche mentali severe c) bisogni formativi	Studio condotto mediante la somministrazione di un questionario ad un campione di ostetriche non randomizzato in Irlanda. Il questionario consisteva in una prima sezione di informazioni sociodemografiche, seguita da due tipologie di questionari validati sulla salute mentale perinatale e gli	157 ostetriche hanno completato il questionario. La maggior parte ha indicato alti livelli di conoscenza e sicurezza per quanto riguarda l'identificazione delle donne che sperimentano depressione e ansia, ma non per quanto riguarda il resto dello spettro di problemi di salute mentale perinatale. Inoltre, le ostetriche hanno	Ila

			percepiti dalle ostetriche.	atteggiamenti dei clinici a questo proposito, e infine delle domande aperte per testare le conoscenze delle ostetriche. I dati raccolti sono stati analizzati attraverso misure di statistica descrittiva.	riportano una minore sicurezza nella gestione di queste donne, per questo è emerso il desiderio di una formazione approfondita riguardo all'intero spettro dei problemi di salute mentale perinatale.	
Midwives' experiences of asking the Whooley questions to assess current mental health: a qualitative interpretive study	McGlone C, Hollins Martin CJ, Furber C. <i>Journal of Reproductive and Infant Psychology</i> , 2016.	Studio qualitativo	Esplorare le esperienze delle ostetriche sul porre le domande di Whooley alle donne in gravidanza.	Interviste semistrutturate a 8 ostetriche in un reparto maternità in Inghilterra. Un criterio d'inclusione è stata la conduzione regolare da parte dell'ostetrica di appuntamenti prenatali, che sono la prima occasione in cui vengono poste le domande di Whooley. Le interviste sono state registrate e trascritte, per poi essere analizzate.	I temi emersi sono stati: - mancata chiarezza del fine per cui si pongono le domande di Whooley - sensazione di essere sotto pressione a causa del poco tempo a disposizione - conseguente insoddisfazione e frustrazione.	IIa
Perceptions of barriers to accessing perinatal mental health care in midwifery	Viveiros CJ, Darling EK. <i>Midwifery</i> , 2018.	Scoping review	Esplorare le percezioni delle ostetriche e delle donne sui fattori che impediscono l'accesso alla cura della salute mentale perinatale in contesti ad alte risorse.	Ricerca sistematica della letteratura, eseguita escludendo gli studi in lingue diverse dall'inglese, pubblicati prima del 2000 o riguardanti Paesi con un rapporto di mortalità materna > 14.	Sono stati inclusi nella review 26 studi, che hanno permesso di individuare barriere sia dal lato dell'offerta (mancanza di formazione e conoscenza da parte delle ostetriche, mancanza di servizi specializzati) che da quello della domanda (isolamento emotivo, normalizzazione dei sintomi relativi a problemi di salute mentale perinatale come sintomi della gravidanza, idee culturali sulla salute mentale e la maternità).	IIb

Discussione

La salute mentale in gravidanza e nel post partum è un tema di cui spesso non si discute, nonostante siano molte le conseguenze che possono determinare i problemi mentali non trattati adeguatamente. Questa breve revisione della letteratura si è occupata di individuare le opinioni delle ostetriche e delle donne riguardo all'argomento, da cui sono emerse le barriere esistenti sia per le une che per le altre.

Innanzitutto, le ostetriche hanno riportato incertezze riguardo alle proprie responsabilità professionali e ai propri limiti nell'ambito della salute mentale delle donne, poiché spesso non percepiscono loro stesse come gli operatori più qualificati per gestire questo tipo di problemi. (Bayrampour, 2018).

A questo proposito, la Confederazione Internazionale delle Ostetriche afferma nella propria filosofia di cura che "la cura delle ostetriche è di natura olistica, fondata sulla comprensione delle esperienze sociali, emotive, culturali, spirituali, psicologiche e fisiche delle donne".

Questo fa comprendere quanto sia importante per le ostetriche occuparsi della donna in una visione olistica, poiché non si può parlare di salute senza considerare tutti gli aspetti che la compongono.

La mancanza di sicurezza nelle proprie capacità di gestire una discussione con la donna riguardo a problemi di salute mentale deriva da una carenza di conoscenze teoriche riguardo all'argomento e, spesso, anche riguardo allo screening. (McGlone, 2016).

È stata riportata frequentemente anche una carenza di formazione pratica su come condurre uno screening nelle diverse situazioni cliniche. Per esempio, le ostetriche esitano nell'eseguire lo screening in presenza del partner della donna, oppure se la donna appartiene ad una minoranza etnica, o in caso di difficoltà linguistiche. Uno screening selettivo di questo tipo, però, non permette di individuare le donne più vulnerabili e provenienti da contesti emarginati, ad alto rischio di sviluppare problematiche di salute mentale. (Bayrampour, 2018).

È da ciò che proviene l'importanza di una formazione più approfondita per le ostetriche riguardo alla salute mentale. C'è spesso, infatti, un'attenzione spropositata sulla depressione, che porta a ridurre le abilità delle ostetriche nell'identificazione di altri problemi di salute mentale, che non rientrano necessariamente nella sintomatologia depressiva. (Viveiros, 2018).

Una barriera fortemente percepita dalle ostetriche è il sentirsi sotto pressione a causa dei tempi troppo ristretti a disposizione. Eseguire uno screening durante la prima visita prenatale risulta abbastanza impegnativo, sia per il poco tempo che porta a dare una priorità alle cure concentrate sull'aspetto fisico, ma anche per la difficoltà di creare fin da subito una relazione di fiducia con la donna, che possa permetterle di aprirsi con l'ostetrica. Per questo motivo, le ostetriche percepiscono come un senso di colpa la mancanza di tempo, poiché hanno l'impressione che una gran parte delle donne che sperimentano problematiche di salute mentale non ricevano le cure e le attenzioni di cui necessitano. Una soluzione per questo tipo di problema potrebbe essere la continuità assistenziale, sia affinché si crei un rapporto di fiducia reciproco tra la donna e l'operatrice, ma anche per identificare eventuali cambiamenti emotivi nella donna, che permetterebbero di individuare sin dal principio lo sviluppo di problemi mentali. (Bayrampour, 2018).

La stigmatizzazione dei problemi di salute mentale è una barriera per delle cure perinatali efficaci, che le ostetriche hanno il potere di modificare, ma è importante che loro stesse per prime eseguano una de-stigmatizzazione. Lo studio irlandese condotto da Noonan, pubblicato nel 2018, ha riportato che la maggior parte delle ostetriche non avrebbe problemi a lavorare con una collega che soffre di una malattia mentale, ma sarebbe esitante nel caso in cui fosse lei a soffrire di una malattia mentale e dovesse discuterne con qualcuno. In questo caso, una maggiore preparazione riguardo all'argomento potrebbe ridurre la stigmatizzazione e favorire atteggiamenti positivi nei confronti di coloro che soffrono di disturbi mentali.

Infine, in molti casi, la carenza di informazioni riguardo a percorsi chiari da seguire nel caso in cui una donna risultasse positiva allo screening provoca insoddisfazione e frustrazione nelle ostetriche. (McGlone, 2016)

Dal punto di vista delle donne, il primo grande ostacolo da superare riguarda l'identificazione del problema, infatti molte hanno riportato di non sapere quali emozioni fossero considerate "normali" e correlabili alla gravidanza o al post partum e quali, invece, rappresentassero dei sintomi da non trascurare. (Nagle, 2018). In molti casi, è stato grazie all'aiuto del partner o di una persona cara, oppure di un operatore sanitario, se la donna si è resa conto di avere un problema. A questo fine, lo screening risulta molto utile poiché permette un'individuazione precoce oppure può offrire alle donne un'occasione per chiedere aiuto. Spesso, però, accade che le donne sperimentino un conflitto tra il bisogno di chiedere aiuto e l'incapacità di farlo per soddisfare un proprio ideale di madre competente e in grado di risolvere qualsiasi cosa da sola. (Megnin-Viggars, 2015). A questo desiderio si aggiunge un sentimento di vergogna nel parlare di problemi mentali, che scaturisce principalmente dalla stigmatizzazione. Essa può manifestarsi in diversi modi: come auto-giudizio verso sé stesse, giustificazioni per i sintomi attribuendoli a cause diverse, preoccupazioni per i giudizi altrui e per eventuali conseguenze, come la perdita di custodia del proprio figlio. (Button, 2017). La difficoltà delle donne di esprimere le proprie emozioni, soprattutto nel periodo del post partum, deriva anche dalla percezione che i professionisti sanitari siano focalizzati sul neonato piuttosto che sulla madre. Un'altra barriera percepita riguarda la poca disponibilità degli operatori, a causa del carico di lavoro che li fa apparire agli occhi delle donne sempre molto impegnati, tanto che queste ultime spesso rinunciano a discutere delle proprie difficoltà emotive per non rappresentare un

ulteriore peso per loro. (Nagle, 2018). In altri casi, la richiesta d'aiuto non viene presa in considerazione dagli operatori, per una mancanza di esperienza, che però ha come conseguenza una sensazione di maggiore isolamento e paura per la donna. L'atteggiamento non giudicante ed accogliente degli operatori, così come il supporto da parte del partner o dei familiari, rappresentano elementi fondamentali per abbattere le barriere. È importante, quindi, che le donne percepiscano che la salute mentale è parte integrante delle cure perinatali e che sappiano della possibilità di poterne parlare con le ostetriche ed ottenere aiuti. (Kingston, 2015).

Conclusioni ed implicazioni per la pratica

Dall'analisi effettuata emergono molte difficoltà nell'ambito delle cure alla salute mentale perinatale che impediscono di prestare alle donne l'assistenza completa di cui necessitano. Innanzitutto, una formazione più approfondita sul tema della salute mentale potrebbe aiutare le ostetriche ad aumentare la propria consapevolezza e sicurezza nell'affrontare una discussione con la donna nel momento in cui viene proposto lo screening. Sarebbe opportuno non focalizzare l'attenzione solo sui disturbi più comuni ma avere un'ampia visuale sullo spettro dei problemi di salute mentale. Anche un approfondimento pratico su come eseguire lo screening potrebbe migliorare le capacità di identificazione delle donne a rischio. L'aspetto formativo degli operatori sanitari non è però l'unico a dover essere ampliato, poiché da solo non basta per migliorare il tipo di assistenza. La revisione eseguita ha evidenziato, infatti, carenze dal punto di vista dei servizi a disposizione delle donne, che potrebbero essere colmate con l'introduzione di collegamenti efficaci tra le strutture e i professionisti che si occupano prettamente della maternità e l'ambito della salute mentale. È necessario, dunque, dare alla salute mentale l'importanza che merita anche durante il periodo perinatale e, per farlo, bisogna includerla nelle cure di routine facendo in modo che essa non rappresenti un tabù né per gli operatori né per le donne. A tal proposito, potrebbe essere utile dedicare uno spazio a questo argomento anche durante gli incontri di accompagnamento alla nascita. Attraverso l'informazione data alle donne e ai rispettivi partner o accompagnatori, si riuscirebbe a trasmettere una maggiore consapevolezza, che renderebbe più semplice affrontare questi problemi, qualora essi si presentino. Infine, un bisogno emerso sia dal punto di vista delle ostetriche che da quello delle donne è quello di favorire una continuità assistenziale, che oltre a migliorare l'assistenza ostetrica, permette anche una valutazione più semplice ed efficace dell'aspetto emotivo e psicologico della donna.

Bibliografia

- Bayrampour H, Hapsari AP, Pavlovic J. (2018) Barriers to addressing perinatal mental health issues in midwifery settings. *Midwifery*.
- Button S, Thornton A, Lee S, Shakespeare K, Ayers S. (2017) Seeking help for perinatal psychological distress. *British Journal of General Practice*.
- International Confederation of Midwives. (2014) ICM Core Document: Philosophy and Model of Midwifery Care.
- Istituto Superiore di Sanità. ItOSS. (2016)
- Kingston D, Austin MP, Heaman M, McDonald S, Lasiuk G, Sword W, Giallo R, Hegadoren K, Vermeyden L, Veldhuyzen van Zanten S, Kingston J, Jarema K, Biringier A. (2015) Barriers and facilitators of mental health screening in pregnancy. *Journal of Affective Disorders*.
- MBRRACE-UK. (2019) Saving Lives, Improving Mothers' Care.
- McGlone C, Hollins Martin CJ, Furber C. (2016) Midwives' experiences of asking the Whooley questions to assess current mental health: a qualitative interpretive study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*.
- Megnin-Viggars O, Symington I, Howard LM, Pilling S. (2015) Experience of care for mental health problems in the antenatal or postnatal period for women in the UK. *Archives of Women's Mental Health*.
- Nagle U, Farrelly M. (2018) Women's views and experiences of having their mental health needs considered in the perinatal period. *Midwifery*.
- NICE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance (2014, Last updated 11 February 2020).
- Noonan M, Jomeen J, Galvin R, Doody O. (2018) Survey of midwives' perinatal mental health knowledge, confidence, attitudes and learning needs. *Women and Birth*.

Viveiros CJ, Darling EK. (2018) Perceptions of barriers to accessing perinatal mental health care in midwifery. Midwifery.

WHO. Maternal mental health. (2020) https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/



SISOGN

Società Italiana di Scienze
Ostetrico-Ginecologico-
Neonatali

The Official Journal
ISSN 2723-9179

SISOGN The Official Journal [on line] ISSN 2723-9179
June 2020, 02: N. 1

Postpartum psychosis: risk factors, diagnosis and treatment

Psicosi del postpartum: fattori di rischio, diagnosi e trattamento

Francesca Montanaro^a, Norma Nilde Guerrini Contini^a, Paola Agnese Mauri^{a,b}

^a School of Midwifery, Department of Clinical Sciences and Community Health, Università degli Studi di Milano- Milan, Italy

^b 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
via Manfredo Fanti 6, 20122 Milan, Italy – paola.mauri@unimi.it fax number +39 0255036542 tel number +39 0255038599

Copyright:
DOI:

Abstract

Purposes or investigation. This study presents a review about a pathology called postpartum psychosis. The aim of this work is to summarize information about a pathology that does not display certain knowledge and a standardized way of action, because of its rarity and its variable manifestations.

The basic procedures. For this project, six articles have been chosen using a search engine named PubMed and a guideline published by the NICE in 2014 and updated in February 2020. The studies included in this article were reviews and clinic or epidemiologic cohort studies, which discuss this disease considering symptoms, risk factors, diagnostic methods, treatments and the importance of the baby during recovery time.

The main findings, conclusions and implication for practice. Results show that higher risks are associated to women with a history of bipolar disorder and that three profiles of symptoms can be identified: a maniac profile, a depressive profile and an atypical one.

Moreover it is of great relevance to do an accurate differential diagnosis with other diseases. For this reason, some laboratory tests and a specific interview are necessary.

Furthermore there are a lot of therapies that had been analysed and used: benzodiazepines, antipsychotics, lithium, the most effective, and ECT (electroconvulsive therapy). Usually treatment and recovery take place into the maternal-baby unit of centres for mental health, which permits to support their bonding, thanks to the help of the centres' staff.

At the end, the gravity of the postpartum psychosis, which leads to a higher risk of infanticide and suicide, suggests us to continue doing researches and increase them, in order to prevent and treat it in a more effective way.

Keywords

Postpartum psychosis; Mental health; Perinatal mental health

Introduzione

La psicosi del postpartum (PPP) è un raro e grave disordine psichiatrico il cui legame con l'evento parto è evidente (Osborne, 2018) e continua ad essere studiato da diversi ricercatori, ma il cui meccanismo molecolare e cellulare sotteso ad esso rimane sfuggente (Bergink et al, 2016). Diverse sono le denominazioni che, negli anni, le sono state riservate: "mania lactea", "amentia", "insanità puerperale", "psicosi puerperale", "mania puerperale" e "delirio onirico" (Kamperman et al, 2017). Si tratta di una patologia che ha un'incidenza tra 0,25 e 0,6 su 1000 nascite (dati che riguardano solo le donne che sono state ricoverate e non tengono conto di quelle trattate al di fuori di un ospedale o che proprio non siano state trattate) e il cui rischio relativo di una prima insorgenza è 23 volte maggiore entro 4 settimane dal parto rispetto a qualsiasi altro momento della vita della donna. Inoltre donne che presentano già un disordine bipolare sono più a rischio di eventi psichiatrici puerperali, in confronto a donne con altre patologie psichiatriche. Generalmente i sintomi compaiono tra i 3 e i 10 giorni dopo il parto (Bergink et al, 2016). La psicosi puerperale richiede un immediato trattamento e ospedalizzazione, in quanto porta a un aumentato rischio di suicidio e di infanticidio (Bergink et al, 2015; Osborne, 2018). Nei paesi industrializzati esistono delle unità psichiatriche specifiche per madre e bambino, le quali promuovono il legame tra i due durante il periodo di trattamento (Osborne, 2018). Infatti le linee guida della NICE del 2015 raccomandano che le donne che debbano essere ricoverate per problemi di salute mentale entro 12 mesi dal parto, vengano accolte in un'unità per madre e bambino, così da evitare complicazioni nel bonding (Plunkett et al, 2016).

Il primo caso viene descritto già da Ippocrate nel 400 a.C., su una donna che aveva partorito da pochi giorni che presentava gli stessi sintomi ora associati alla psicosi puerperale. Alla fine del 1800 il numero di scritti che trattano questa patologia aumentano in Germania e in Francia. In particolare lo psichiatra francese Louis Victor Marcé si era occupato di studiare dei trattamenti per donne che presentavano i sintomi di questa malattia (Osborne, 2018).

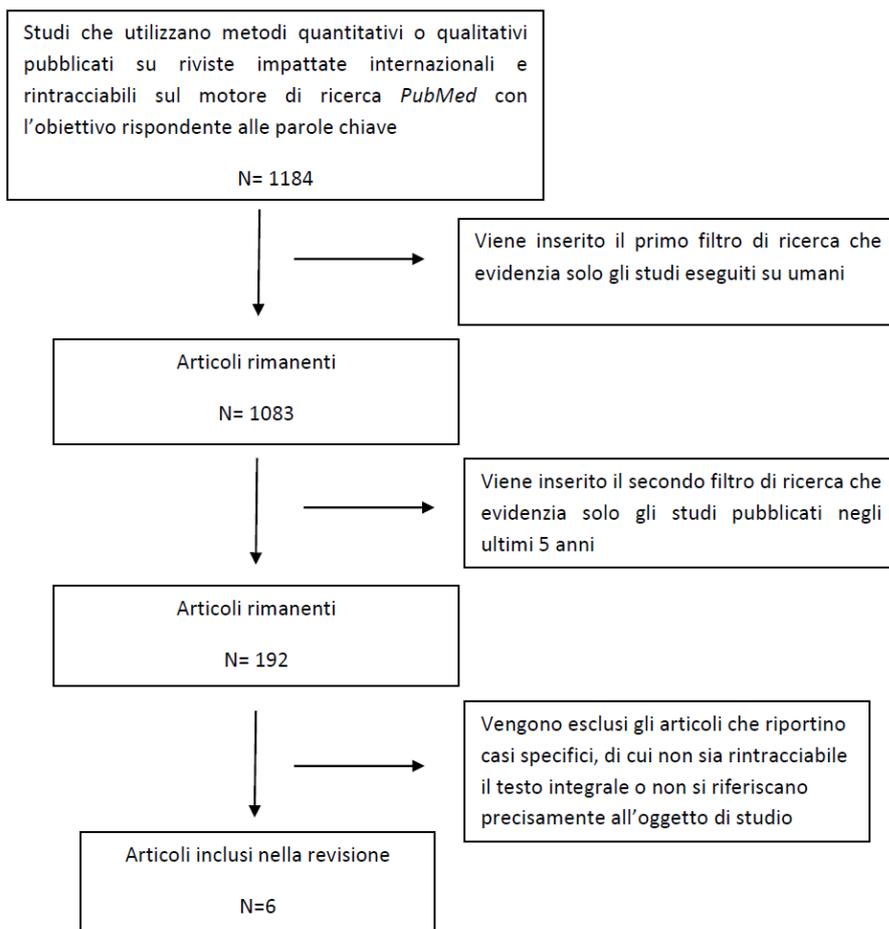
L'insorgenza della psicosi puerperale è generalmente improvvisa e avviene nelle prime due settimane del postpartum. I sintomi riportati sono specifici: quelli più lievi possono essere insonnia, ansia, irritabilità e labilità dell'umore, ma manifestazioni più severe possono includere anche illusioni, allucinazioni, un atteggiamento confuso, manie e depressione. (Osborne, 2018). Dato che la manifestazione clinica, la storia familiare e il decorso della malattia si sovrappongono notevolmente con quelli del bipolarismo, la psicosi del postpartum viene considerata nello spettro delle malattie bipolari e non un disturbo psicotico primario (Bergink et al, 2015). Diversi sono i trattamenti che si stanno studiando che comprendono l'uso di benzodiazepine, antipsicotici, litio, ECT, estrogeni, progesterone e propranololo (Bergink et al, 2015).

Lo scopo di questo lavoro è quello di fare una revisione della letteratura che tratta la psicosi puerperale, andando a esporre alcuni dati inerenti a quelle che sono le conoscenze ad oggi raggiunte per quanto riguarda sintomi, fattori di rischio, diagnosi e trattamento della PPP. Una conoscenza più approfondita di questa patologia permetterà di strutturare un'assistenza sempre più personalizzata e ridurre l'incidenza di suicidi e infanticidi dovuti al mancato o errato trattamento della malattia stessa.

Materiali e Metodi

Il lavoro è stato svolto tra Aprile e Maggio 2020, attraverso l'utilizzo del motore di ricerca PubMed. Per facilitare la ricerca sono state inserite le parole chiave "Postpartum psychosis", "prevention", "risk factors" insieme all'operatore booleano "AND". Attraverso queste parole chiave sono stati ottenuti 1184 articoli. Sono poi stati selezionati dei filtri che evidenziassero solo studi svolti sugli umani (1083) e che fossero stati pubblicati entro 5 anni (192). Infine sono stati esclusi gli articoli che riportavano casi specifici o che di cui non era ottenibile il testo per intero e sono stati selezionati quelli strettamente inerenti allo scopo della revisione. Il processo di selezione degli articoli è rappresentato nella flow chart della 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 Tabella 1 d'estrazione. (Tratta da US Agency For Healthcare Research and Quality – AHCPR)

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

I contenuti dei diversi articoli presi in considerazione sono stati riportati in una tabella di estrazione (Tabella 1) che permette di riportare in sintesi i nomi degli autori dello studio, la sua data di pubblicazione e il contesto in cui è stato svolto, insieme con lo scopo dello studio, i metodi utilizzati per svolgerlo e i risultati ottenuti. Infine per ogni articolo viene segnalato nell'ultima colonna della tabella d'estrazione il grado di raccomandazione basato sugli indicatori della tabella in Figura 2, la quale è stata tratta da US Agency For Healthcare Research and Quality – AHCPR.

Tabella 1 – Analisi in sintesi delle fonti analizzate per la stesura della Revisione (Tabella di estrazione)

N.	Autore e anno di pubblicazione - Contesto	Disegno dello studio	Scopo	Materiali e metodi (campionamento e metodo raccolta dati)	Risultati (comprese le caratteristiche del campione)	Liv.
1	Veerle Bergink, M.D., Ph.D., Natalie Rasgon, M.D., Ph.D., Katherine L. Wisner, M.D., M.S., 2016- Paesi Bassi, Stanford e Chicago	Review	Lo scopo di questa review è quello di rendere evidente l'emergenza legata alla psicosi puerperale, in quanto porta a un aumento del rischio di suicidio e di infanticidio. Viene quindi riportato una sintesi dell'epidemiologia, della fenomenologia, della patofisiologia, dell'andamento, della prognosi, delle raccomandazioni diagnostiche, delle opzioni di trattamento e delle strategie di prevenzione di questa patologia.	Questo lavoro raccoglie le informazioni riportate da ricerche epidemiologiche e genetiche e le cause fisiologiche scatenanti legate al postpartum. Inoltre vengono sintetizzate le review sistemiche e alcuni studi clinici per fornire raccomandazioni diagnostiche, opzioni di trattamento e strategie di prevenzione	L'incidenza della prima insorgenza della psicosi puerperale, ottenuta da studi basati sugli accessi in reparti psichiatrici varia tra 0,25 e 0,6 per 1000 nascite. Probabilmente lo scatenarsi della malattia è legato ai cambiamenti fisiologici del postpartum (ormonali, immunologici, circadiani) che precipitano nella patologia in donne vulnerabili geneticamente. Alcune donne presentano cause trattabili o patologie concomitanti. Uno studio abbastanza grande riporta che il litio è molto efficace sia per il trattamento della fase acuta che per la fase di mantenimento. Anche l'ECT viene descritto come un trattamento di successo. Il rischio di recidiva in donne con un evento isolato di psicosi del postpartum è del 31%. Tra le strategie di prevenzione ci sono la profilassi con il litio e un attento monitoraggio.	Ib
2	Astrid M Kamperman, Marian J Veldman-Hoek, Richard Wesseloo, Emma Robertson Blackmore, Veerle Bergink, 2017- Paesi Bassi e USA	Studio clinico di coorte	Descrivere la sintomatologia della psicosi del postpartum e definire tre profili basati sui sintomi	È stato eseguito uno screening su 285 donne ricoverate tra agosto del 2005 e gennaio del 2015 nell'unità per madre e bambino del Dipartimento di Psichiatria dell'ospedale Erasmus di Rotterdam. Tra queste, 130 sono state incluse nello studio. Per analizzare i sintomi sono stati utilizzati questionari (DSM-IV Axis Disorders, The Young Mania Rating Scale, Edinburgh Postpartum depression Scale e Hamilton Rating Scale for Depression) e interviste cliniche diagnostiche. Infine i dati sono stati analizzati utilizzando modelli di classi latenti.	I sintomi riscontrati prevalentemente sono: irritabilità (73%), disturbi del pensiero (72%) e ansia (71%). I pensieri di suicidio sono presenti nel 19% delle donne, mentre nell'8% sono presenti pensieri di infanticidio. Sono stati rilevati tre profili: maniaco (34%) caratterizzato da sintomi maniacali e agitazione, depresso (41%) con sintomi di depressione e ansia e atipico (25%) che presenta disturbi della coscienza e disorientamento.	Iib
3	Lauren M. Osborne, 2018- Baltimora	Review	Una guida clinica per ostetrici per conoscere quali sono i fattori di rischio della psicosi puerperale, come	Vengono riassunti dati riportati da diversi studi che danno indicazioni sull'eziologia, fattori di rischio, screening, diagnosi	Sono ancora molte le informazioni ignote riguardo i fattori di rischio, la prevenzione e il trattamento. Ci sono però alcuni dati importanti da conoscere: donne che	Ila

			ricoscerla e quali trattamenti utilizzare	differenziale e trattamento della psicosi del postpartum	presentano bipolarismo presentano un rischio maggiore, ma solo 1/3 delle donne con psicosi hanno una storia psichiatrica precedente; le donne primipare hanno un rischio più elevato; fare attenzione alle donne che non riescono a dormire quando ne hanno l'opportunità; verificare se la donna pensa mai di ferire se stessa o suo figlio.	
4	Bergink V, Burgerhout KM, Koorengel KM, Kamperman AM, Hoogendijk WJ, Lambregtse-van den Berg MP, Kushner SA, 2015- Paesi Bassi	Studio sperimentale di coorte	Studio per verificare i risultati a 9 mesi dal parto di un trattamento basato su 4 passaggi in donne con una prima insorgenza di psicosi o mania nel periodo del postpartum.	Il trattamento includeva l'utilizzo in sequenza di benzodiazepine, antipsicotici, litio e ECT. Viene fatto uno screening di 200 donne ricoverate da Agosto 2005 a Giugno 2011 nell'unità per madre e bambino del reparto di psichiatria dell'ospedale Erasmus di Rotterdam. Di queste, 64 sono state selezionate per lo studio. Step1: tutte le donne trattate con lorazepam per 3 giorni; Step2: se persistevano i sintomi, somministrati antipsicotici dal 4° giorno; Step3: aggiunto il litio per le donne che non avevano un responso clinico significativo; Step4: per le donne che non hanno significative risposte dal trattamento nei 3 passaggi precedenti a 12 settimane, viene raccomandato l'ECT. A tutte le donne è stato consigliato di continuare la monoterapia per i primi 9 mesi dal parto. Durante l'ospedalizzazione la valutazione clinica è stata eseguita utilizzando la "Young Mania Rating Scale", la "Edinburgh Postnatal Depression Scale", e la "Clinical Global Impressions-Bipolar Disorder Scale"	Quasi tutte le donne hanno raggiunto la completa guarigione grazie ai primi 3 passaggi (98.4%), per nessuna delle donne è stata utilizzata la terapia ECT. A 9 mesi dal parto è stata osservata una guarigione prolungata nel 79.7% delle donne. Le donne trattate con il litio hanno un più basso tasso di recidiva rispetto a quelle trattate con la sola terapia di antipsicotici.	IIa
5	Meltzer-Brody S, Larsen JT, Petersen L, Guintivano J, Florio AD, Miller WC, Sullivan PF, Munk-Olsen T, 2017- Danimarca	Studio di coorte	Lo studio ha come scopo quello di analizzare se eventi avversi nell'infanzia delle donne possono aumentare il rischio di episodi psichiatrici nel postpartum	Vengono utilizzati dei registri danesi per identificare le donne nate tra gennaio del 1980 e dicembre del 1998 (129,439). Gli eventi avversi considerati sono quelli avvenuti tra gli 0 e i 15 anni che includevano: la distruzione familiare, malattie dei genitori, esclusione dei genitori dal mercato del lavoro, criminalità dei genitori, morte dei genitori, psicopatologie dei genitori e disordini da uso di sostanze dei genitori. Sono state poi condotte delle analisi usando il rischio proporzionale di regressione (Cox) di episodi psichiatrici del postpartum.	Circa il 52% del campione degli eventi avversi infantili aumentano il rischio di ogni tipo di diagnosi psichiatrica del postpartum. Rischi maggiori sono stati osservati nella donna che hanno vissuto fuori casa. Inoltre donne che hanno vissuto due eventi avversi hanno maggior rischio rispetto a quelle che hanno vissuto un solo evento avverso nell'infanzia.	III
6	Charlene Plunkett, Sarah Peters,	Studio di coorte	Lo studio ha analizzato il ruolo del bambino nell'esperienza di	Le partecipanti sono state reclutate tra Agosto 2014 e Marzo 2015 da un'unità per	Le donne intervistate hanno riportato eventi di psicosi del postpartum che erano avvenuti	III

	<p>Angelika Wieck, Anja Wittkowski, 2016- Regno Unito</p>		<p>guarigione di 12 donne affette da psicosi del postpartum.</p>	<p>madri e bambini in Inghilterra che si occupa di seguire le donne per quanto riguarda la loro salute mentale durante la gravidanza e dopo il parto e attraverso degli annunci su internet all'interno di forum di donne che hanno avuto esperienze di psicosi del postpartum. Per verificare la diagnosi delle donne reclutate attraverso internet, sono stati raccolti i loro sintomi e le loro diagnosi attraverso un questionario. Inoltre sono state escluse donne che avevano già presentato episodi di psicosi o schizofrenia, in quanto le loro esperienze di guarigione sarebbero state presumibilmente diverse da quelle di soggetti con un primo evento di psicosi nel postpartum. Dopo aver ottenuto i consensi informati firmati, è stata fatta alle donne un'intervista registrata (alcune di persona, altre per telefono) basata su delle domande aperte o chiuse. Le interviste sono state poi trascritte e rilette per poter creare una mappa con i diversi temi in modo tale da riuscire a scrivere un resoconto dell'analisi estraendo alcuni pezzi delle interviste che rispondessero all'obiettivo dello studio.</p>	<p>tra i 2 mesi e 24 anni precedenti all'intervista. Nessuna delle donne aveva mai avuto altri problemi seri di salute mentale, se non una donna che aveva sofferto di depressione del postpartum dopo la nascita di un figlio precedente. Tre sono i temi principali che sono stati riscontrati dalle interviste: il bambino ha un ruolo nella guarigione, il bambino è un ostacolo nel percorso di guarigione (che includeva due sotto temi: il bambino aumenta lo stress emotivo, il bambino ostacola la possibilità di ottenere aiuto e di prendersi cura di sé) e il bambino facilita la guarigione (che includeva altri tre sotto temi: il bambino riduce lo stress emotivo, il bambino interagisce con la madre e il bambino aumenta l'autoefficacia).</p>	
--	---	--	--	--	---	--

Discussione

Essendo la psicosi del postpartum una malattia rara, le informazioni che si hanno riguardo ad essa non presentano una certezza assoluta. Per questo è necessario continuare a fare ricerche e ulteriori studi che permettano di ottenere dati sempre più certi, in quanto si tratta di una patologia grave che porta a un rischio maggiore di suicidio e infanticidio delle donne che ne sono affette (Bergink *et al*, 2015; Osborne, 2018).

Fattori di rischio

Tra i fattori di rischio è stata osservata un'incidenza maggiore della malattia nelle donne primipare (Bergink *et al*, 2016; Osborne, 2018), questo potrebbe essere legato a uno stress maggiore che accompagna la prima gravidanza, ma anche a fattori biologici ignoti. In realtà, l'incidenza maggiore nelle donne primipare, potrebbe essere ricondotta anche al fatto che poche donne, che abbiano avuto psicosi del postpartum con la prima gravidanza, decidano di averne una successiva. Il fattore di rischio maggiore per l'insorgenza della malattia è legato alle donne che presentano una storia di bipolarismo, o comunque di patologie psichiatriche. Allo stesso tempo però solo un terzo delle donne con PPP hanno un'anamnesi positiva per disturbi psichiatrici. Inoltre ci sono forti evidenze che indicano che il rischio sia legato anche alla storia familiare che riguarda la PPP (Osborne, 2018). Alcuni studi invece si sono occupati di valutare l'associazione tra la perdita di sonno e l'insorgenza della malattia, di fatto è stato trovato un legame con donne che avevano avuto lunghi travagli o avevano partorito durante la notte. Uno studio recente ha riportato che le donne che soffrono di disturbo bipolare e che individuano nei disturbi del sonno una causa scatenante delle loro manie, sono a più alto rischio di episodi di psicosi del postpartum. Tra gli studi più attivi dal punto di vista delle cause biologiche scatenanti questa patologia sono quelli che analizzano i problemi di regolazione del sistema immunitario: sono stati trovati alti tassi di tiroiditi autoimmuni, un fallimento della normale crescita delle cellule T, un aumento del tasso dei monociti rispetto ai non monociti e una significativa

"up-regulation" in geni relativi al sistema immunitario di soggetti con psicosi del postpartum (Bergink *et al*, 2016; Osborne, 2018). Un altro studio ha trovato variazioni importanti nelle cellule di tipo T e nelle cellule Natural Killer di donne con PPP (Osborne, 2018). Dal punto di vista ormonale invece alcune ricerche non hanno mostrato grandi differenze tra i livelli degli ormoni riproduttivi di donne sane e quelli di donne con disturbi psichiatrici. Di fatto sono molto pochi gli studi che abbiano analizzato l'influenza degli ormoni nella psicosi del postpartum (Bergink *et al*, 2016; Osborne, 2018). Jones e Craddock hanno identificato l'arricchimento di specifiche varianti genetiche del gene trasportatore della serotonina e un segnale di legame significativo a livello del cromosoma 16p13 in soggetti con una storia di disordine bipolare e di PPP (Bergink *et al*, 2016). Secondo lo studio di Meltzer *et al* del 2017, eventi avversi avvenuti nell'infanzia portano a un maggior rischio di insorgenza di PPP, soprattutto per le donne che hanno vissuto fuori casa. Inoltre le donne che hanno vissuto due eventi avversi hanno un rischio maggiore rispetto a quelle che ne hanno vissuto solo uno.

Diagnosi

I primi sintomi che essa può scatenare sono insonnia, labilità emotiva e irritabilità, con insorgenza anche di mania e depressione. Spesso le donne possono presentare un comportamento strano e pensieri ossessivi riguardanti il bambino. Alcuni dei sintomi di questa patologia sono riconducibili ai sintomi del delirio, come per esempio sintomi cognitivi quali disorientamento, confusione e depersonalizzazione. (Bergink *et al*, 2016). Di fatto sono stati definiti tre profili di sintomi: quello maniaco, che è caratterizzato da sintomi maniacali e agitazione (34%); quello depressivo, con sintomi depressivi e di ansia (41%); e quello atipico, con disturbi della coscienza e disorientamento (25%) (Kamperman *et al*, 2017). Secondo l'articolo di Kamperman *et al*, 2017, i disturbi di coscienza, il disorientamento e la depersonalizzazione hanno una prevalenza minore rispetto a quella riportata in studi precedenti. Sono prevalenti invece i sintomi depressivi che spesso però possono non essere diagnosticati e portare a un ritardo nel trattamento. Nello studio di coorte da loro condotto è stato rilevato che il 72% delle donne presentava pensieri strani, in particolare di persecuzione e illusioni di riferimento. Il 39% presentava anche allucinazioni auditive, mentre quelle visive erano presenti in un terzo delle donne. Infine l'8% delle donne aveva presentato pensieri infanticidi e pensieri di suicidio o di ferirsi erano maggiori tra le donne con sintomi depressivi.

Conoscere questi sintomi è fondamentale per poter fare una diagnosi precoce di psicosi del postpartum e non confonderla con altri disturbi quali il bipolarismo, permettendo così di strutturare un'assistenza specializzata e limitandone gli episodi ed evitando eventi tragici come suicidio e infanticidio (Kamperman *et al*, 2017).

Non esistono un set di domande e di test di laboratorio standardizzati che ne permettano una diagnosi certa proprio a causa della rarità di questa patologia, però ci sono alcune domande e alcuni test riconosciuti come importanti nella diagnosi di PPP. Tra le domande da porre alla donna e alla famiglia ci sono: è il primo evento psichiatrico della donna?; Se ha un'anamnesi psichiatrica positiva, è legata alla depressione, alla mania o a entrambe?; Presenta una storia familiare di disturbi bipolari?; La signora ha fatto uso di qualche sostanza? La donna pensa mai di ferire se stessa o il suo bambino? (è importante chiederlo in maniera delicata) (Bergink *et al*, 2015; Bergink *et al*, 2016; Osborne, 2018). Utile per la diagnosi può anche essere il questionario sui disordini dell'umore (Bergink *et al*, 2016). Tra gli esami di laboratorio da seguire ci sono invece: un esame fisico completo, esami neurologici, un pannello metabolico completo, un esame del sangue completo, esame delle urine (anche tossicologico), esami degli ormoni tiroidei, esami dei livelli di ammoniaca e, se presenti sintomi neurologici, utilizzare la diagnostica per immagini per il cervello e fare test per un'encefalite limbica (Bergink *et al*, 2015; Bergink *et al*, 2016; Osborne, 2018).

Infine deve venire eseguita una diagnosi differenziale che escluda malattie infettive, eclampsia, tiroidite da postpartum, encefalite autoimmune, ipoparatiroidismo primario, carenza vitaminica, ictus e psicosi indotta da droghe (Bergink *et al*, 2015).

Trattamento

Data la gravità della malattia, il trattamento solitamente viene iniziato immediatamente con l'ospedalizzazione che è associata con una maggiore soddisfazione della donna e può aiutare a ridurre i tempi di guarigione (Bergink *et al*, 2015). Generalmente questa avviene su base volontaria nelle donne con sintomi depressivi, mentre quelle con profili maniacali e atipici vengono più frequentemente ricoverate obbligatoriamente (Kamperman *et al*, 2017). In generale se la donna

avverte sintomi che possano essere riconducibili alla PPP, deve far riferimento a un servizio che si occupa di sanità mentale per una immediata valutazione (NICE guideline, 2020).

Poiché non esistono delle vere e proprie linee guida per quanto riguarda il trattamento, normalmente la pratica clinica si basa sulla severità dei sintomi. Per insonnia e agitazione vengono utilizzate le benzodiazepine, per sintomi psicotici e maniacali vengono usati antipsicotici e stabilizzatori dell'umore, gli antidepressivi per sintomi depressive e l'ECT (terapia elettroconvulsivante) in caso di catatonìa (Bergink *et al*, 2015). Inoltre in alcuni studi sono state trovate evidenze di efficacia per tutte queste terapie tranne che per quella ormonale (Osborne, 2018). Nello studio di Bergink *et al* del 2015 sono stati valutati i risultati ottenuti da una sequenza di quattro trattamenti che includevano benzodiazepine, antipsicotici, litio e ECT. La guarigione era stata definita come l'assenza di sintomi psicotici, maniacali e depressivi per almeno una settimana. Il tempo medio di guarigione è stato di 40 giorni. Per le donne che erano guarite grazie alla mono terapia con antipsicotici è stato indicato di continuare il trattamento come terapia di mantenimento, mentre per quelle che erano guarite sia grazie agli antipsicotici che a litio, è stato indicato di continuare esclusivamente la terapia con il litio. Dallo studio è risultato che il 98.4% delle donne aveva raggiunto la completa guarigione solo con i primi tre passi e nessuna aveva avuto bisogno della terapia elettroconvulsivante. A 9 mesi dal parto è stata osservata una remissione sostenuta nel 79,7% delle donne. Inoltre le signore che erano state trattate con il litio hanno presentato minori tassi di recidiva rispetto a quelle curate con solo antipsicotici. Non è stato però ancora valutato se il completo potenziale benefico del litio è presente solo in combinazione con gli antipsicotici o anche se assunto come terapia esclusiva.

Quando si utilizzano antipsicotici è importante tenere conto del fatto che ci sono dati limitati sulla sicurezza nell'assunzione di questo medicinale in gravidanza e nel puerperio. Per quanto riguarda l'uso di litio durante l'allattamento, le donne devono essere a conoscenza della sua potenziale tossicità per il neonato (NICE guideline, 2020).

Le donne con episodi acuti più brevi hanno una prognosi migliore rispetto a quelle con episodi più lunghi (Bergink *et al*, 2016). Inoltre è di fondamentale importanza anche il supporto del compagno nel percorso di guarigione per mantenere l'unità familiare (Bergink *et al*, 2015) e per supportare l'interazione tra madre e bambino (Bergink *et al*, 2016; Osborne, 2018). Infatti il ruolo del bambino è fondamentale nell'iter di cura della donna, sia in positivo che in negativo, in quanto viene definito dalle puerpere stesse o come un ostacolo che aumenta lo stress emotivo e non permette la cura di se stesse, oppure come facilitatore di questo percorso, perché riduce lo stress emotivo e aumenta l'autoefficacia. In più il personale ospedaliero può provvedere a supportare la madre anche dal punto di vista pratico, così da permettere alle donne di riposarsi e mantenere energie da sfruttare per interagire legarsi al suo bambino (Plunkett *et al*, 2016). Inoltre la privazione di sonno dovuta all'allattamento può contribuire agli eventi maniaci, per cui ristabilire i normali ritmi circadiani è fondamentale per il processo di guarigione; molte donne però insistono che l'allattamento sia una condizione per accettare la terapia. Per questo ci sono diversi studi che valutano i benefici e i rischi dell'allattamento durante il trattamento. Per esempio l'uso di benzodiazepine con un'emivita breve è consigliato rispetto a quelle con emivita maggiore, in quanto possono provocare la sedazione del neonato (Bergink *et al*, 2016). Per questo motivo bisogna discutere con la donna sulla possibilità o meno di interrompere i trattamenti e i rischi legati all'allattamento del bambino (NICE guideline, 2020)

Nelle donne con disordine bipolare, i tassi di recidiva nel postpartum sono significativamente maggiori nelle donne che non utilizzano una terapia durante la gravidanza, rispetto a quelle che la utilizzano. Le evidenze maggiori sono state osservate con l'uso di litio. Nelle donne con disordine bipolare la profilassi durante la gravidanza ha effetti migliori sul mantenimento della stabilità umorale durante la gravidanza e a ridurre le ricadute nel postpartum. Ovviamente però i benefici della profilassi devono essere misurati insieme con i rischi per il feto. Infatti, le linee guida pubblicate dalla NICE nel 2014 e revisionate nel 2020 raccomandano che la donna sia al corrente che non ci sono dati certi sul rischio di malformazioni cardiache quando il litio viene assunto nel primo trimestre di gravidanza. Infine il trattamento profilattico immediatamente dopo il parto è appropriato per le donne che hanno una storia di psicosi limitata al periodo puerperale (Bergink *et al*, 2016).

Conclusioni ed implicazioni per la pratica

Essendo la psicosi del postpartum una patologia grave che aumenta il rischio di infanticidio e di suicidio, è di fondamentale importanza promuoverne una conoscenza sempre più approfondita, in quanto gli studi fino ad adesso eseguiti presentano ancora alcuni fattori ignoti. Solo così si potranno

avere maggiori certezze per quanto riguarda la sua eziologia, i suoi fattori di rischio e trovare quindi una modalità di prevenzione e trattamento sempre migliori.

Di grande importanza potrebbe essere la realizzazione di ulteriori studi che analizzino le associazioni con variazioni metaboliche, genetiche, ormonali, immunologiche, neuronali e legate ai ritmi circadiani in donne che presentino tale malattia e quali siano le implicazioni future, dal punto di vista della salute mentale, per le donne che manifestino la PPP.

Inoltre di alto rilievo sarebbe un'ulteriore valutazione su quale possa essere la modalità migliore per supportare il legame tra madre e bambino in un momento così delicato e verificare quali siano rischi e benefici dell'allattamento durante la terapia.

Infine, se l'assistenza da parte dell'ostetrica in gravidanza fosse continuativa, la professionista potrebbe evidenziare già dal primo incontro, attraverso un'anamnesi accurata, le donne che presentano dei fattori di rischio associati a insorgenza di PPP. Questo permetterebbe di effettuare un'assistenza personalizzata per tutta la gravidanza, con una maggiore attenzione all'aspetto psicologico-psichiatrico. Potrebbe essere utile formare le ostetriche ad utilizzare particolari questionari che riguardino la salute mentale, nell'immediato postpartum, per intervistare tutte le donne sia a rischio che non, così da poterle direzionare tempestivamente verso specialisti nella materia, nel caso ci fosse il sospetto di una deviazione dalla fisiologia. Un continuum assistenziale durante tutta la fase riabilitativa potrebbe aiutare la donna nel legame con il suo bambino e nel sostegno all'allattamento (nel caso questo fosse consentito) e potrebbe aiutare a cooperare con lo specialista grazie a un'osservazione più ravvicinata dei comportamenti della donna e dei suoi miglioramenti.

Bibliografia

- Bergink V, Burgerhout KM, Koorengevel KM, et al. (2015). Treatment of psychosis and mania in the postpartum period
- Bergink V, Rasgon N, Wisner KL. (2016). Postpartum Psychosis: Madness, Mania, and Melancholia in Motherhood. *Am J Psychiatry*
- Kamperman AM, Veldman-Hoek MJ, Wesseloo R, Robertson Blackmore E, Bergink V. (2017). Phenotypical characteristics of postpartum psychosis: A clinical cohort study
- Meltzer-Brody S, Larsen JT, Petersen L, et al. (2018). Adverse life events increase risk for postpartum psychiatric episodes: A population-based epidemiologic study
- NICE guidance. (2020). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. https://www.epicentro.iss.it/materno/pdf/LG_Nice-puerperio.pdf
- Osborne LM. (2018). Recognizing and Managing Postpartum Psychosis: A Clinical Guide for Obstetric Providers
- Plunkett C, Peters S, Wieck A, Wittkowski A. (2017). A qualitative investigation in the role of the baby in recovery from postpartum psychosis. *Clin Psychol Psychother.* 24(5):1099-1108. doi:10.1002/cpp.2074



June 2020 – Issue – N. 2 – 2020
Società italiana di scienze ostetrico-ginecologico-neonatali
SISOGN - The official journal [online] ISSN 2723-9179