

Natalità, segnali di ripresa

di **Paolo Rosati***

e **Stefania Triunfo***



La natalità in Italia sta evidenziando in questi ultimi anni segnali di ripresa e ciò non più solamente legato al contributo della popolazione extracomunitaria. Tutto ciò fa affiorare vecchie ed in parte ancora irrisolte problematiche gestionali che si vanno ad affiancare ad una serie di altre difficoltà che la nostra sanità dovrebbe avere la forza di affrontare con una visione ed uno slancio del tutto nuovo ponendo sempre più attenzione da una parte alle esigenze del cittadino come fruitore di servizi pubblici di sempre più elevato livello, dall'altra alle enormi esborsi economici che l'erogazione di tali servizi comporta, senza trascurare il lato umano e professionale che ha sempre contraddistinto la figura del sanitario. Purtroppo talora le esigenze economico-sanitarie sembrano avere il sopravvento o comunque svolgere un ruolo importante nel condizionare il management sanitario.

Questo anche alla luce del fatto che al giorno d'oggi, pur nel rispetto e nella salvaguardia del ruolo professionale, si chiede all'operatore sanitario un recupero di alcune funzioni quali quelle di un maggiore e più presente operatività sul territorio con un ritorno alla politica diagnostica ed assistenziale, per quanto possibile, in prima battuta decentrata, oltre che un nuovo e più moderno approccio della gestione ospedaliera che si basi sempre più su servizi ambulatoriali oltre che su modelli operativi snelli ed a breve degenza quali i day hospital, day service e day surgery.

Nell'ambito dell'ostetricia una tra le problematiche spesso non adeguatamente affrontate e gestite spesso attraverso il ricovero ospedaliero, quale modo ideale per ottemperare ad una adeguata sorveglianza del benessere fetale in prospettiva dell'evento parto, è quella della gravidanza protratta. Genericamente viene definita gravidanza protratta la gestazione che supera i canonici 280 giorni (fine delle 40 settimane). In ostetricia si differenzia una situazione particolare quale quella della gravidanza oltre termine, nella quale la gestazione ha raggiunto e superato i 294 giorni (42 settimane compiute). In realtà, mediante una sempre più precisa datazione della gravidanza attraverso una adeguata sorveglianza e con il diffondersi, in particolare nelle prime fasi della stessa, di approcci di diagnostica strumentale non invasiva, oltre che alla luce delle possibili ripercussioni negative in termini di morbilità e di mortalità neonatale in caso gestazione protratta oltre i 294 giorni, si preferisce riservare la terminologia di gravidanza oltre termine a quei casi in cui la gestazione si protragga oltre i 287 giorni (41 settimane).

E' noto infatti come la mortalità perinatale aumenta dal 2.2 per 1000 a 40 settimane fino a circa un 11.5 per mille a 43 settimane mentre non si assiste ad un incremento della mortalità intrapartum con il progredire dell'epoca gestazionale. Svariati sono gli approcci diagnostici proposti nella gestione della gravidanza oltre termine anche se nessuno di loro ha dimostrato una maggiore efficacia rispetto agli altri o ha evidenziato una assai elevata affidabilità nella gestione clinica. Allo stato attuale non esistono, e non possono esistere per motivazioni etiche, trial randomizzati su gravidanze oltre termine sottoposte o no a sorveglianza.

La sorveglianza del benessere fetale attraverso l'effettuazione del monitoraggio cardiotocografico fetale presenta un elevato valore predittivo negativo anche se è inficiato da uno scarso valore predittivo positivo. Stesso significato ha dimostrato la valutazione ecografica della quantità del liquido amniotico da solo o assieme al monitoraggio cardiotocografico in quello che viene definito profilo biofisico fetale. Oltre al problema della sorveglianza fetale vi è quello della gestione clinica della gestante oltre termine.

Alcuni consigliano un atteggiamento di attesa basata esclusivamente sulla sorveglianza, mentre altri reputano più corretta l'induzione pianificata del travaglio di parto. Permane il problema di fino a quando è lecito assumere un atteggiamento di sola sorveglianza della gravidanza ed eventualmente qual è il momento ideale in cui attivarsi nell'induzione del travaglio di parto? Secondo l'agency for healthcare research and quality del 2002, l'età gestazionale in cui il rischio di esito perinatale e materno infausto giustifica le potenziali complicanze di un management attivo è ancora incerta. Inoltre le evidenze cliniche che mettono a confronto il management attivo nei confronti dell'attesa sono tra loro discordanti sia in termini di modalità di parto che di benessere feto-neonatale. In ogni caso appare certo che la gravidanza protratta, ed in

particolare la gravidanza oltre termine rappresenta un momento del tutto particolare sia per la gestante e per le persone che orbitano attorno a lei che per il curante, con non solo una notevole quota di ansie, ma spesso anche con una oggettiva difficoltà gestionale.

Molte volte queste pazienti incontrano una non indifferente difficoltà ad effettuare in tempi ragionevolmente brevi, avendo ormai superato il termine della gestazione (280 giorni) i normali controlli stabiliti e consigliati dal clinico. Si tratta di pazienti in cui alla crescente ansia di un travaglio di parto che non sopraggiunge si somma quasi una sensazione di abbandono nel dedalo delle innumerevoli difficoltà gestionali. Spesso l'unica possibile condotta per ottemperare ad una stretta sorveglianza fetale si traduce in un ricovero non raramente improprio della gestante. Anche questa condotta, oltre ad aumentare ulteriormente lo stato di disagio, spesso in funzione dell'importante ruolo che ricopre la donna nella gestione del management familiare, fomenta un crescente senso di ansia e pone il sanitario stesso di fronte al dilemma della condotta clinica da attuare.

Sulla base di assai diverse risultanze oggettive nella condotta clinico-assistenziale, come sopra riportato, e sollecitati da una sempre crescente pressione nei confronti dell'aspetto economico in sanità, si rischia di perdere di vista l'interesse dei due principali protagonisti, la madre e il figlio. Sulla base di queste osservazioni, presso il **Policlinico A. Gemelli in Roma** è stato reso operativo da circa due anni un

centro per la sorveglianza gestazionale

presso il quale, tra le varie mansioni specialistiche svolge, vi è la sorveglianza della gravidanza protetta/oltre termine. Vengono prese in gestione le gravidanze che abbiano superato i 280 giorni di gestazione e, attraverso una via d'accesso preferenziale, vengono svolti nella stessa sede e nello stesso momento della giornata controlli ravvicinati nel tempo della gravidanza stessa e del benessere fetale. Da parte di personale dedicato vengono effettuati monitoraggio

cardiotocografico fetale, valutazione ecografia della quantità del liquido amniotico, velocimetria Doppler in arteria ombelicale oltre che visita ostetrica con una occupazione media tempo/paziente di circa 45 minuti. In tal modo le gestanti vengono sorvegliate e accompagnate fino alla comparsa fisiologica del travaglio di parto o, qualora questo non sopraggiunga, fino al massimo al termine del 294mo giorno (fine 42 settimane), limite oltre il quale si consiglia ricovero della paziente per induzione del travaglio stesso.

Una prima analisi dell'esperienza da noi maturata in questo arco temporale, con una gestione giornaliera a pieno regime di circa 8-10 pazienti con gravidanza protratta ha evidenziato, oltre ad una notevole compliance da parte dell'utenza, una riduzione drastica del numero di ricoveri, del numero di induzioni di travaglio oltre che dei tempi di degenza per le pazienti ricoverate con un notevole beneficio economico per la struttura stessa.

L'auspicio è che questa esperienza svolta in regime ambulatoriale possa allargarsi ad altre realtà ospedaliere. Da parte nostra, impegno futuro è quello di ottimizzare le prestazioni cercando di dare una risposta ai quesiti tuttora irrisolti: è quella dell'attesa una condotta clinica sempre ed in tutti i casi corretta o bisogna attuare una gestione personalizzata ed in tal caso sulla base di quali parametri? Fino a quando è consentita l'attesa, e quale è il momento ideale in cui ricoverare la paziente e quale deve essere la condotta susseguentemente al ricovero?

*Dipartimento della tutela della salute

della donna e della vita nascente

del Policlinico A.Gemelli di Roma