



Nasco bene vivo meglio

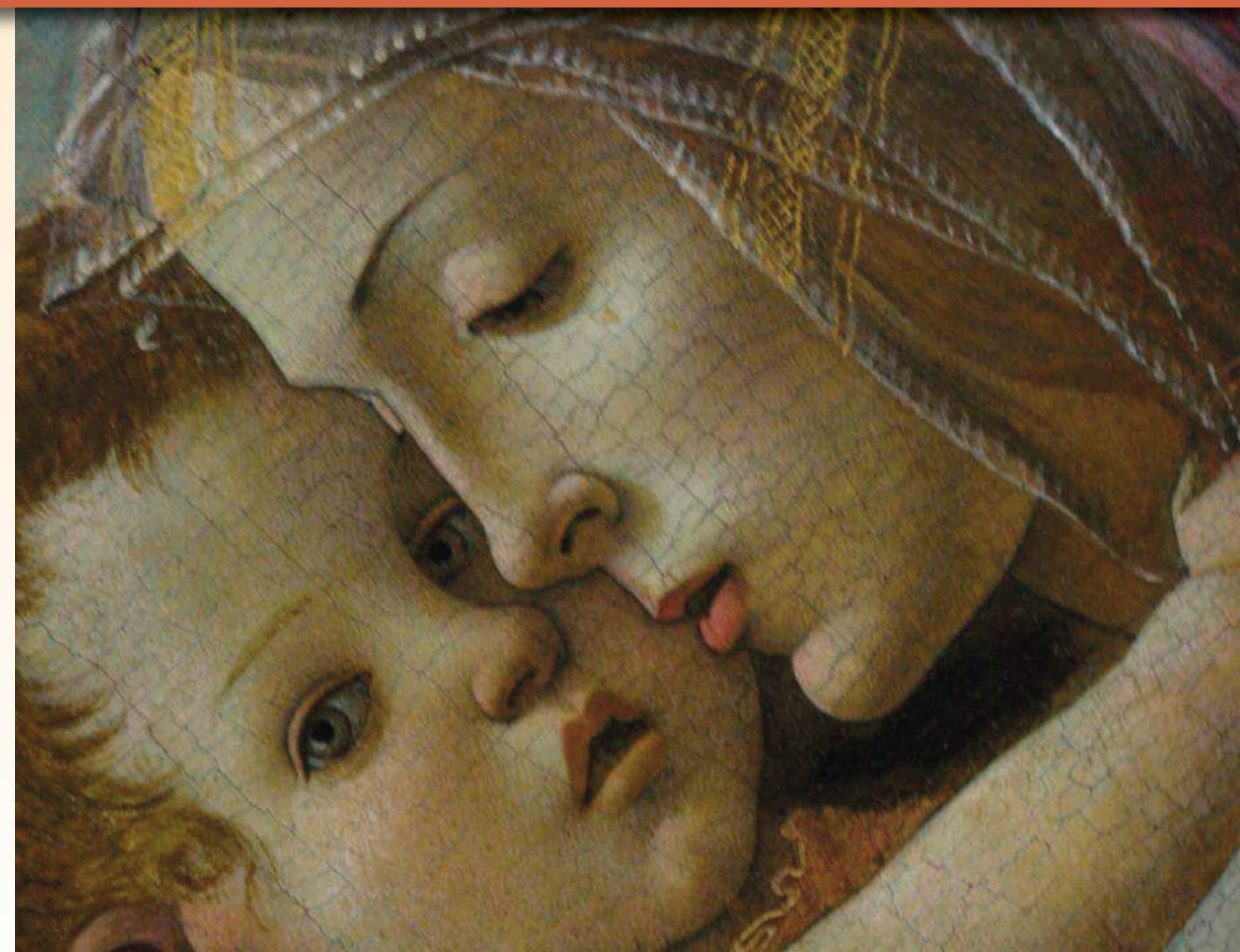
riflessioni sulla paralisi ostetrica

**Associazione Bambini Affetti
da Paralisi Ostetrica
APOS – O.N.L.U.S.**

Via Ercole 35 - 15023 Felizzano (AL)
Tel. 0131772371- 3408963170

e-mail: info@paralisiostetrica.org
sito web: www.paralisiostetrica.org

codice fiscale
96036520060 (ambito sanitario)



Nasco bene vivo meglio

riflessioni sulla paralisi ostetrica



Indice

Prefazione.....	4
I parte	
Introduzione.....	8
La storia di mio figlio Andrea.....	9
Sorry, it works.....	11
Prevenzione del rischio clinico	
Educazione per la vita.....	12
Quadro di riferimento internazionale.....	14
Quadro di riferimento nazionale.....	16
II parte	
Premessa.....	20
Introduzione.....	22
L'attività di formazione dal 2010 ad oggi.....	23
1. Opuscoli.....	24
2. Poster.....	25
3. Corsi teorico/pratici.....	26
Definizione.....	27
Fattori di rischio.....	28
Prevenzione.....	29
Diagnosi.....	30
Procedura HELPERR.....	32
Complicanze.....	38
Sequela psicologiche della distocia alla spalla.....	42
Inesperienza in sala parto.....	45
Vista dall'ostetrica.....	46
Alcune considerazioni.....	47
Bibliografia.....	48

Prefazione

*a cura del prof. Renato Balduzzi
componente del Consiglio superiore della Magistratura,
già Ministro della Salute*

Il volume curato da Federica Gismondi e Oria Trifoglio può essere letto in diversi modi. Come un racconto di vita, come una fonte di informazione per le famiglie dei bambini colpiti da paralisi ostetrica, come uno strumento di formazione e di lavoro per ginecologi e ostetriche e come il prodotto di un percorso virtuoso condotto dal volontariato insieme con le Istituzioni.

Credo però che possa essere tutte queste cose perché, anzitutto, costituisce il frutto di un incontro tra esperienze personali e professionali che le protagoniste, insieme alle molte altre persone che con esse hanno condiviso l'esperienza raccontata in queste pagine, hanno saputo trasformare in un'alleanza intelligente e generativa.

Nella vicenda difficile e dolorosa della paralisi ostetrica, tanto più dolorosa e difficile in quanto si presenta alla nascita e condiziona fin dall'inizio la vita del bambino e della sua famiglia, il rapporto tra medico e paziente, tra sistema sanitario e cittadino viene ad essere al centro di un conflitto.

Come può leggersi nel volume, la paralisi ostetrica è una patologia insidiosa che insorge come complicanza della distocia della spalla, un evento relativamente raro che si presenta quando alla fuoriuscita della testa del neonato non fa seguito nel giro di un tempo brevissimo, in genere individuato nei sessanta secondi, la fuoriuscita delle spalle. In questo delicato frangente, le manovre di estrazione del bambino possono condurre alla lesione del plesso brachiale e alla, possibile, conseguente paralisi del braccio o, nei casi più gravi, di entrambi gli arti superiori. Nonostante esistano fattori predisponenti (in parte prevenibili in parte no) connessi alla salute della madre e del feto e nonostante esista un margine di casualità irriducibile, da un punto di vista meccanico è dunque la manovra dell'operatore sanitario a provocare il danno ed è per questo che, a seconda dei casi, questa malattia può ritenersi causata da un errore medico o meno.

Ecco, dunque, il primo elemento del conflitto: l'imputazione, da parte dei genitori, dell'evento avverso al comportamento colposo dell'operatore, con un'annessa comprensibile domanda di riparazione e di giustizia.

Ma il conflitto può acuirsi, perché il neonato colpito da paralisi ostetrica è

immediatamente bisognoso di un'assistenza neonatale specifica e, laddove il problema non rientri fisiologicamente, può richiedere un delicato e complesso intervento chirurgico, tutto ciò accadendo in costanza di quella comprensibile rivendicazione da parte della famiglia. D'altro canto, la vicenda risulta non marginalmente traumatica e dolorosa anche per chi, involontariamente – con o senza colpa: a quel punto diviene un'ardua questione di tribunali –, ha concorso a provocare la malattia, la cui esperienza condiziona il percorso professionale suo e dei colleghi, aggravando le incertezze e i timori normali dell'esercizio di una professione benefica e rischiosa allo stesso tempo.

In questa situazione, che tra i sentimenti negativi annovera anche quello della sfiducia, l'esperienza della collaborazione tra l'Associazione APOS, presieduta da Federica Gismondi, e l'equipe sanitaria del reparto di "ginecologia e ostetricia" dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria, guidata da Oria Trifoglio, ha inteso superare quel conflitto, promuovere l'immedesimazione nell'altro, orientare le energie, le emozioni, le passioni e le risorse intellettuali a far sì che quanto patito, direttamente o indirettamente, nelle vicende individuali accada il meno possibile nel futuro.

È questa la conclusione che personalmente ho tratto da questo volumetto che racconta una buona prassi di prevenzione della paralisi ostetrica e che come prefatore vorrei trasmettere a chi ne intraprende la lettura. L'esperienza ivi riportata prova come il fattore umano conti, eccome, in sanità e non sia concepibile separato od opposto a quelli della buona organizzazione dei servizi e della buona preparazione degli operatori. Nel merito, gli auspici che vorrei formulare sono principalmente due: che questo esperimento, un po' artigianale nel significato ottimo dell'espressione, avanzi e trovi sia sviluppi ulteriori presso le strutture in cui si è svolto sia la più ampia diffusione presso le altre che vorranno accoglierlo; in secondo luogo, che oltre agli aspetti sanitari del percorso di formazione che le Autrici descrivono e invitano ad adottare, vengano coltivate anche le indicazioni inerenti alla gestione relazionale dell'evento patologico, quelle che tentano fin dall'inizio di comporre il conflitto, senza negarlo ma comprendendolo nella sua interezza e da tutti i punti di vista coinvolti.

Quanto ai profili di metodo, la speranza è che questo piccolo grande esempio di cooperazione tra volontariato e Istituzioni Sanitarie – e non solo sanitarie, dal momento che quanto si racconta nel volume non sarebbe accaduto se non vi fosse stato un ascolto, attento e fattivo, presso le Istituzioni che hanno sostenuto finanziariamente l'iniziativa – non resti isolato e invece caratterizzi sempre più un territorio, come il nostro, che tanto trae e può trarre da un rapporto virtuoso tra cittadini e istituzioni.



I parte

Introduzione

*A cura della dott.ssa Federica Gismondi
Presidente APOS*

L'Associazione Bambini Affetti da Paralisi Ostetrica (APOS) è nata dal desiderio di alcune famiglie di condividere i bisogni e le necessità terapeutiche che la dolorosa esperienza della lesione ostetrica del plesso brachiale comporta per i bambini che ne restano segnati a seguito del parto.

Per questo sono stati organizzati molti Convegni e momenti di studio con lo scopo di promuovere ed incentivare la prevenzione della patologia e diffondere gli aggiornamenti sulle terapie necessarie alla cura.

La lesione del plesso brachiale (LOPB) conosciuta con il termine di paralisi ostetrica, rappresenta una varietà di paresi dell'arto superiore. La patologia è di solito monolaterale e maggiormente frequente al lato destro; possono essere più o meno gravi e determinare esiti molto diversi. Nella più ampia casistica riportata, relativa alle lesioni traumatiche da parto, la paralisi ostetrica è da 10 a 20 volte più frequente rispetto alle lesioni del midollo spinale. L'incidenza varia dallo 0,4 al 4*1000 dei nati vivi nei paesi industrializzati. Era in netta diminuzione nel corso degli anni 70 grazie al miglioramento delle tecniche e delle manovre ostetriche. In uno studio fatto tra il 2005 ed il 2010 però, abbiamo assistito ad un aumento dell'incidenza a causa di una macrosomia mal gestita sia prima e che durante il parto e la conseguente scarsa adozione del cesareo in parti non considerati a rischio.

In Olanda, paese molto sviluppato in ambito sanitario, l'incidenza sfiora i 6*1000 nati vivi ciò è dovuto all'usanza di partorire in casa con il conseguente aumento del rischio di complicanze durante il parto. Data l'incidenza ne consegue che la paralisi ostetrica sia una patologia da non sottovalutare perché i dati suggeriscono che ogni anno circa 5000 neonati sono affetti da questa patologia negli Stati Uniti e in Italia si ritiene che insorgano circa 1000 nuovi casi ogni anno. La lesione ostetrica rimane ancora oggi una delle complicanze traumatiche più devastante del parto.

La prevenzione resta quindi prioritaria sia per i possibili esiti funzionali sia in quanto motivo frequente di procedimento giudiziario.

"Qualcuno ci ha mai promesso qualcosa?" scrive nel suo diario Cesare Pavese:
"Qualcuno ci ha mai promesso qualcosa? E allora perché attendiamo?"

La storia di mio figlio Andrea

Ero oltre la 41 settimana di gravidanza; la ginecologa che mi “seguiva”, se così si può dire, riteneva che al terzo figlio io non avessi più bisogno di attenzioni particolari, o forse di una qualche professionale attenzione.

In ospedale vado per un controllo; senza dirmi nulla mi viene bucato il sacco amniotico; io ho percepito questo gesto di una violenza estrema: “ma cosa mi fate ..non sono mica una bestia?!!” avrei voluto urlare .

Niente, ..passano le ore, tante ore; nessuno si rende conto, tra un turno e l'altro che il bambino va valutato rispetto alla sua grandezza, che non c'è dilatazione e che oltre alla terapia all'ossitocina forse bisogna fare delle valutazioni sulla situazione complessiva. La mia grave obesità doveva essere un segnale: scopro in seguito, che doveva portare a far rilevare con accuratezza la grandezza assunta dal bambino (kg. 4870). Nessuno pensa ad una forma di diabete gestazionale, ad una macrosomia fetale.

Dopo 20 ore di travaglio arriva la dilatazione, il bambino non passa, tutti gli operatori sanitari presenti in sala mi saltano sulla pancia, ma non passa, mi fanno l'episiotomia, niente...

Ad un certo punto stremata giro il capo dall'altra parte e vedo tre medici vestiti di verde con la mascherina in mano tesissimi che ostentano un sorriso ma non si avvicinano, quasi spaventati nella loro uniforme da campo. Non so dopo quanto tempo, ma a me è sembrata un'eternità, strappano fuori il bambino dal mio ventre, scappano via, il bambino non piange si sente solo il rumore della macchina per la ventilazione, passano istanti, minuti... Io urlo, mi hanno lasciata sola sul lettino non c'è accanto nessuno, neanche mio marito, medico, che si è lanciato dove tengono il bambino, il mio bambino.

Da dietro quella parete dove va il respiratore mi gridano di tacere.

Poi tutto si spegne mi portano il bambino me lo mettono sul grembo come un peso morto, è tutto livido, quasi nero, ma apre gli occhi, sono blu... Mi guarda: è lui il mio desiderio!

Andrea ha adesso 19 anni e, a causa delle manovre errate durante il parto distocico, ha una paralisi ostetrica, cioè un uso limitato del braccio destro; soffrirà sempre, fisicamente e psicologicamente; il comportamento errato dei sanitari presenti in quella sala parto ha corrotto la sua integrità fisica, il suo destino; essi hanno generato una situazione in cui la loro impreparazione, un male morale, ha creato disordine sul loro agire umano.

Chiudo il mio racconto parlando del lavoro, in questo caso del lavoro dei medici: il lavoro è per S. Agostino l'occasione che l'uomo ha per collaborare alla creazione divina, per rendere le realtà naturali più belle e feconde. Esso è, dunque, in tutte le sue espressioni non una concessione dell'uomo alla dura necessità di sopravvivere, ma prima ancora, espressione della razionalità umana.

Ogni lavoro manuale (*opus corporale*), spiega Agostino, è buono, se è utile alla

società; e moralmente buono è il praticarlo, purché lo si faccia *cum innocentia et sine fraude* (cioè a regola d'arte e senza rubare).

Sembra riecheggiare, in questa concezione del lavoro, qualcosa dell'insegnamento del Socrate della Apologia, che parlava della vita come di "un posto di combattimento che ci è stato assegnato e che non ci è lecito disertare". Lavorare in corsia dunque è un posto di combattimento in cui occorre arrivare preparati.

In questo senso la prevenzione attraverso l'educazione continua in medicina è la decisione vincente.

Lo scopo adeguato del lavorare non è esclusivamente né principalmente realizzare guadagno (nonostante il guadagno sia subordinatamente parte dello scopo): scopo adeguato del lavoro è quello di "ordinare" (indirizzare) la vita umana al fine che le è proprio.

È l'apertura trascendentale dello sguardo umano a generare la differenza di potenziale tra l'orizzonte infinito del possibile e la realtà finita del già dato, del già disponibile. E tale differenza di potenziale, costituisce anche il campo energetico in cui scocca la scintilla della libertà. Libertà è trattare ciò che è, secondo quel che potrebbe essere.

La vita di mio figlio aveva, nel suo stesso essere, necessità di quest'espressione di libertà da parte degli operatori sanitari!

Allora continuare ad imparare, rinnovare le proprie conoscenze è un gesto di libertà. Così abbiamo inteso insieme alla Dott.ssa Trifoglio e alla dott.ssa Foti, che ringrazio, il lavoro di prevenzione attraverso i corsi per l'apprendimento delle tecniche adeguate a risolvere i parti con distocia, evitando ai neonati la paralisi ostetrica; tutto quello che è stato fatto è risultato decisivo, in quanto svolto da persone che vivono il loro impegno in ospedale come soggetti capaci di viverne intensivamente l'esperienza.

Se il lavoro è vissuto in modo moralmente autentico allora si apre a destinazioni anche ulteriori rispetto alla vita individuale. Tali destinazioni sono il bene del neonato, della sua famiglia, il bene comune dell'intera società e altro ancora. Per questo da molti anni ho creato l'Associazione APOS, per aiutare i bambini affetti da paralisi ostetrica, ed insieme al responsabile ed ai medici del reparto di ginecologia dell'Ospedale ss. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, per ottenere un Bene comune.

Ho capito che per realizzare questo tipo di risultato, occorre però abituarsi ad orientare il mondo emotivo in modo che si rinforzi il giudizio della ragione e non ci si opponga invece ad esso. È necessaria una disposizione a trovare il "meglio" in ogni circostanza. Per questi motivi l'associazione si sta impegnando nella prevenzione della P.O. e nella gestione del rischio clinico.

Sorry, it works

Secondo i principi di trasparenza e responsabilità che devono far parte degli assunti fondamentali della cultura organizzativa in azienda sanitaria, si è sviluppato un approccio alla gestione del rischio clinico che la letteratura indica come **“Sorry, it works”**. Tale espressione si traduce nell’attuare concretamente un insieme di iniziative per la gestione della relazione tra strutture sanitarie e pazienti al verificarsi di un evento avverso. Questa richiede un approccio chiaro e definito, basato su una procedura condivisa, che includa la gestione dell’evento avverso e la comunicazione aperta e trasparente con i pazienti ed i loro familiari rispetto a quanto avvenuto.

Occorre cioè una fase di intervento che svolga attività di composizione nei casi in cui si verifichi una paralisi ostetrica, che prenda in carico il dolore di tutte le parti in causa.

Il **mediatore sanitario** è una figura molto importante che va assolutamente prevista nella rete ospedaliera, un soggetto che riesca a condurre le parti in un processo volto ad esprimere il dolore, l’amarezza, la rabbia e tutte quelle emozioni che lo attraversano. Le parti in questo modo non solo illustrano i fatti, ma soprattutto fanno emergere i bisogni sottostanti al contenzioso, al fine di permettere di superare il blocco emozionale e ristabilire una comunicazione fra le parti. Il mediatore quindi, non solo e non tanto deve proporre soluzioni razionali per risolvere il conflitto, ma dovrà soprattutto tentare di capire gli stati d’animo delle parti secondo l’assioma per cui l’emotività del conflitto implica l’impossibilità di risolvere il conflitto stesso. La mediazione dunque è un procedimento volontario nel quale un terzo neutrale, il mediatore, nel rispetto della riservatezza riattiva e facilita la comunicazione fra i soggetti al fine di individuare accordi soddisfacenti per entrambe le parti.

La mediazione aiuta le parti, medico e paziente, a cercare un dialogo che li porti a ragionare alla pari, componendo la rabbia, la solitudine, la paura, attenuando il dolore. Del resto questa capacità dell’uomo di risolvere i conflitti mediando opposte esigenze, come prima fonte di risoluzione delle controversie, è innata nell’uomo, poiché nella vita quotidiana, tutti noi, ci troviamo ogni giorno a mediare piccoli conflitti accettando di vivere il dolore.

Normalmente accettare la sfida del dolore, accettare di soffrire, significa trasformare il grido in domanda, in invocazione, viverlo come un mistero che possa indicarci qualcosa di positivo. Accettare il dolore della paralisi di un figlio significa allargare il cuore, lasciarti portare a non considerare, a non avvertire più niente come estraneo da se, né persone, né cose, né avvenimenti. La seconda cosa che accade è che si capisce che questa sofferenza non solo allarga il cuore, ma lo approfondisce, lo scava, nel senso che scava dentro di noi e ci rende come una tazza d’accoglienza, in cui **gli altri**, presto o tardi, **verranno versati, accolti, custoditi**.

Prevenzione del rischio clinico

Educazione per la vita

Il numero delle denunce sinistri nel 2012 è stato di circa 12.000. Ma è un dato che va correlato all'impressionante numero di prestazioni sanitarie fornite: oltre 9 milioni di ricoveri e circa un 1 miliardo di prestazioni specialistiche.

Secondo il rapporto, realizzato in collaborazione con il Comitato tecnico delle Regioni per la Sicurezza del Paziente di Agenas, l'indice di sinistrosità, ovvero la frequenza con cui si verificano malpratiche che vengono denunciate, è pari a 13 su 10 mila casi.

Le fondamenta del sistema sanitario italiano poggiano sui principi di responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute della comunità e della persona, di universalità e di uguaglianza e di accesso alle prestazioni, di libera scelta, d'informazione, di partecipazione di cittadini e di globalità della copertura assistenziale.

Si assiste però ad una sorta di "spreco di sistema" che riguarda la carenza di prevenzione, in particolare per la riduzione dei rischi clinici e organizzativi potenziali, tenendo conto che fare prevenzione significa creare valore per la salute e la sicurezza del cittadino utente e al tempo stesso creare risparmio.

In tale ottica "la gestione del rischio clinico" è posta dal piano sanitario nazionale "a salvaguardia e tutela della sicurezza dei pazienti e del personale" tra gli elementi determinanti per il successo del Governo Clinico inteso come "lo strumento per il miglioramento della qualità delle cure per i pazienti e per lo sviluppo delle capacità complessive e dei capitali del SSN".

La tutela della salute e la sicurezza del paziente vanno contestualizzate nella fase che stanno vivendo il sistema sanitario italiano e i sistemi sanitari regionali. Il tema del contenimento della spesa, la necessità del buon uso delle risorse e la ricerca delle possibili modalità di allocazione sono dominanti in Italia, come in quasi tutti i paesi industrializzati europei.

Nel 2011 il Ministero della Salute, presso il Dipartimento della qualità, Direzione Generale della programmazione sanità, dei Livelli di Assistenza e dei principi etici di sistema, ha predisposto le Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità.

Successivamente nel 2012 il Ministero della Salute ha elaborato in collaborazione con Regioni, Province Autonome ed esperti nazionali apposite linee guida per disegnare una cornice concettuale con l'obiettivo, al verificarsi di un evento avverso, di trasmettere un supporto di riferimento utile allo sviluppo ed aggiornamento delle politiche e dei processi operativi di una struttura sanitaria.

Il "Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli

operatori 2012” è stato realizzato dal Ministero della Salute in collaborazione con FNOMCEO e IPASVI.

Le Linee guida individuano 2 fasi principali rispetto alle quali predisporre le procedure per la gestione dell’evento avverso.

Fase 1 - analisi dell’evento con le seguenti azioni prioritarie:

- a. segnalazione dell’evento;
- b. identificazione dei fattori causali e/o contribuenti;
- c. azioni di miglioramento e valutazione.

Fase 2 - azioni di comunicazione e di contenimento del danno e/o di ristoro, con le seguenti azioni prioritarie:

- a. esprimere rincrescimento e relazionarsi con il paziente e con i familiari;
- b. attivare le azioni di sostegno agli operatori;
- c. attivare una comunicazione istituzionale esterna veritiera, completa, seria ed esaustiva;
- d. favorire la definizione stragiudiziale.

Nella prospettiva di attivare processi di prevenzione del rischio, diventa fondamentale rafforzare le competenze dei professionisti, valore essenziale e necessario per assicurare l’erogazione di cure efficaci e sicure; a tal fine la formazione si configura come strumento indispensabile, privilegiando anche il lavoro d’équipe.

In tal senso la gestione dell’équipe deve favorire il confronto costruttivo su tematiche professionali, mantenendo un’attenzione continua per incrementare i livelli di qualità e di sicurezza del paziente, mentre vanno scoraggiati scontri di tipo relazionale e di prevaricazione.

Il benessere del gruppo e l’impegno da parte di tutti e, di conseguenza efficacia, sicurezza ed efficienza nella cura, deve essere perseguito ed incentivato, monitorando la percezione dei membri del gruppo rispetto alla operatività e accertare lo stato della cultura e del clima per la sicurezza (Sperof et al, 2010), avvalendosi di appropriati strumenti e coerenti strategie per il suo costante sviluppo (Poletti, 2011).

Prevenzione del rischio clinico

Quadro di riferimento internazionale

Tra gli obiettivi della ricerca vi è stato quello di individuare le esperienze internazionali atte a costituire un confronto per i modelli di gestione sinistri sviluppati a livello regionale e nazionale.

La ricerca bibliografica mediante consultazione di database online, articoli e documenti di recente pubblicazione, su eventuali analoghe esperienze realizzate in Paesi stranieri ha inteso favorire un confronto col percorso intrapreso a livello nazionale, tenendo in considerazione le peculiarità del contesto italiano.

Dall'analisi sono emerse le esperienze della National Health Service Litigation Authority (NHSLA), della State Claims Agency (SCA) irlandese e dell'Office of Professional Medical Conduct (OPMC) statunitense. Il principale ruolo della britannica NHSLA è quello di amministrare il fondo istituito dal Servizio sanitario nazionale (NHS) per la copertura delle richieste di risarcimento, supportando gli organismi dello stesso Servizio Sanitario nella condivisione dei costi derivanti da malpractice e da responsabilità civile in genere. Per espletare detta funzione la NHSLA raccoglie e analizza tutte le denunce di sinistri pervenute alle organizzazioni sanitarie del NHS.

In Irlanda, la State Claims Agency (SCA) ha principalmente due obiettivi:

- gestire i sinistri in modo da garantire che la responsabilità dello Stato, le spese legali ad essa connesse e le spese di altro tipo siano contenute al livello più basso possibile;
- offrire servizi di consulenza agli organi dello Stato al fine di ridurre, nel tempo, la frequenza e la gravità dei sinistri.

Per quanto attiene i principali modelli inerenti la responsabilità medica, all'interno del panorama europeo si è distinto l'approccio dei Paesi scandinavi i quali, abbandonando i tradizionali sistemi di attribuzione di responsabilità per malpractice, sono approdati a sistemi di tipo **no-fault**.

Paesi quali Francia, Inghilterra, Germania e Olanda hanno adottato sistemi no-fault per specifiche tipologie di danni, affiancandoli a un sistema generale basato sulla responsabilità civile.

Negli Stati Uniti, dove la crisi da malpractice è particolarmente acuta, è stata introdotta la mediazione quale strumento alternativo per la risoluzione delle controversie. Facendo alcuni accenni all'impegno europeo per la predisposizione di un percorso più strutturato per la prevenzione del rischio clinico, occorre far riferimento alla Commissione Europea nel 2005 con la *"Luxembourg Declaration on patient safety"* del 2005, ha caldeggiato

l'inserimento della promozione della sicurezza dei pazienti come materia di studio e formazione universitaria degli operatori sanitari.

Il Consiglio d'Europa nel 2006 con la raccomandazione *"Management of Patient Safety and Prevention of Adverse Events in Health Care"* ha promosso non solo lo sviluppo di programmi di formazione a tutti i livelli del personale sanitario, compresi i dirigenti, per rendere migliore il processo decisionale clinico, la sicurezza, il risk management, ma ha anche insistito per l'adozione di approcci appropriati nel caso di eventi avversi.

Infine, la Conferenza di esperti *"Statement on Education in Quality Care and Patient Safety"*, svoltatasi a Cracovia nel Settembre 2011, ha indicato che: *"garantire una migliore assistenza sanitaria comporta l'introduzione e lo sviluppo di differenti modelli di formazione per tutti gli operatori sanitari, focalizzata sul miglioramento della didattica ai vari livelli di istruzione, prelaurea, post-laurea e continua e che lo sviluppo della cultura della qualità e della sicurezza contribuisce ad una migliore sanità"*.



Prevenzione del rischio clinico

Quadro di riferimento nazionale

Nell'ambito delle attività avviate dal Ministero della Salute in tema di Qualità dei servizi sanitari, è stata istituita presso la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, la Commissione Tecnica sul Rischio Clinico (DM 5 marzo 2003), avente come finalità lo studio della prevalenza e delle cause del rischio clinico, la formulazione di indicazioni generali e l'individuazione di tecniche per la riduzione e gestione del problema. La Commissione ha elaborato un documento *"Risk Management in Sanità. Il problema degli errori"* che fornisce una raccolta di riflessioni e raccomandazioni per gli operatori che lavorano in ambiente sanitario.

È operativo dal 2004 presso la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria il Gruppo di lavoro ("Valutazione degli approcci metodologici in tema di rischio clinico"), per produrre un rapporto sugli orientamenti metodologici in tema di rischio clinico, adottati nelle diverse iniziative esistenti, con particolare riguardo all'individuazione di soluzioni operative per la definizione di un sistema di monitoraggio degli eventi avversi e le modalità di formazione per gli operatori sanitari.

Il supporto tecnico di tale gruppo di lavoro, ha permesso l'elaborazione di un Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella.

È stata avviata, in forma sperimentale, sul territorio nazionale, all'interno delle aziende sanitarie, una procedura di sorveglianza e di gestione degli eventi, finalizzata ad individuare le cause che determinano o favoriscono la manifestazione di eventi avversi (Circolare ministeriale del 13 settembre 2005). Insieme al monitoraggio degli Eventi Sentinella, sono state avviate iniziative per la realizzazione di Raccomandazioni, specifiche per ciascun evento, tali da permettere alle strutture sanitarie di avere un quadro di riferimento da adattare ed implementare nelle singole realtà.

Un altro strumento utilizzato per la sorveglianza dello stato di salute della popolazione è fornito dal Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità e si tratta del sito EPICENTRO per gli operatori della sanità pubblica, prodotto per migliorare l'accesso all'informazione epidemiologica, nell'ambito del servizio sanitario, tramite l'uso della rete internet.

Alla sua realizzazione collaborano i reparti del CNESPS e dell'ISS nel suo complesso, le Regioni, le Aziende Sanitarie, gli istituti di ricerca, le associazioni di epidemiologia, i singoli operatori della sanità pubblica.

Le principali istituzioni che si occupano di gestione del rischio sono: SiVeAS, Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, istituito con

Decreto del 17 giugno 2006 presso il Ministero della salute, in attuazione dell'articolo 1, comma 288, della legge 23 dicembre 2005, n.266. Ha l'obiettivo di provvedere alla verifica del rispetto dei criteri di appropriatezza e qualità delle prestazioni sanitarie erogate, in rapporto a quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza, ed ai criteri di efficienza nell'utilizzo dei fattori produttivi, compatibilmente con i finanziamenti erogati.

Il Ministero, attraverso l'attività del SiVeAS, svolge due fondamentali compiti:

- assicurare un supporto generale per la produzione di strumenti valutativi ed implementativi di buone pratiche sul versante dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità dell'assistenza sanitaria nei vari ambiti regionali;
- garantire tutte le attività necessarie per l'affiancamento ed il controllo delle Regioni impegnate nei Piani di rientro.

Nelle attuali condizioni economiche stagnanti o di crescita lenta, la posta in gioco è quindi contenere la spesa e al tempo stesso migliorare la qualità dei servizi e dare più salute e sicurezza al cittadino utente, intendendo per qualità dei servizi sanitari la capacità di soddisfare, in uno specifico contesto, i bisogni di salute e di sicurezza di una popolazione, secondo le evidenze scientifiche e le risorse disponibili.

Sebbene la sicurezza del paziente vada contestualizzata rispetto al contenimento della spesa pubblica e alla qualità dei servizi, è necessario definire e delimitare il campo specifico dei rischi clinici e della loro gestione.





II parte

Premessa

a cura di

Oria Trifoglio, responsabile SC del reparto di ostetricia e ginecologia dell'ospedale SS. Antonio e Biagio

Roberta Foti, dirigente medico SC del reparto di ostetricia e ginecologia dell'ospedale SS. Antonio e Biagio

Elisabetta Campese, capo osterica del reparto di ostetricia e ginecologia dell'ospedale SS. Antonio e Biagio

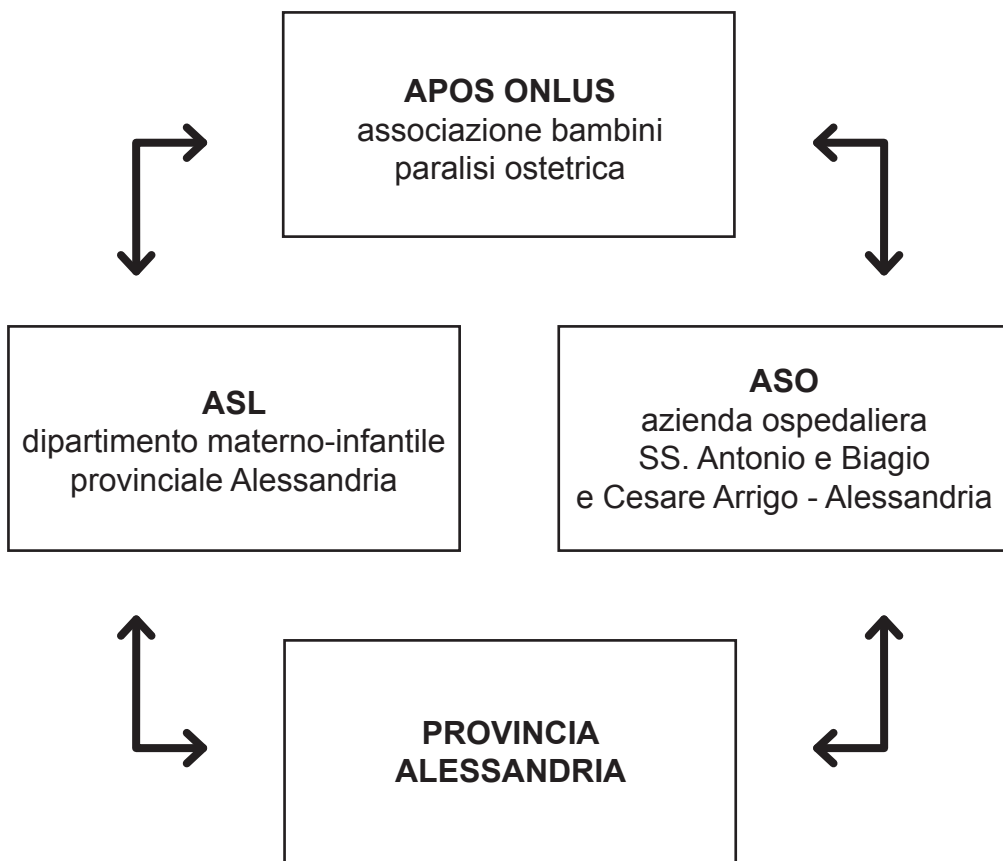
Sono strani i percorsi nella vita: scopri che nel salone di rappresentanza dell'Azienda in cui tu lavori si svolge un convegno sulla paralisi ostetrica e tu, operatore di sala parto in quella stessa azienda, non hai ricevuto nessun invito a partecipare. Decidi allora di andarci per scoprire chi è l'APOS e quali sono gli argomenti che verranno trattati.

Apri la giornata la Presidente, madre di un bambino portatore di paralisi ostetrica. Intervengono pediatri, neurochirurghi ed ortopedici. Aleggias in sala la responsabilità degli operatori di sala parto, senza che nessun ostetrico intervenga parlando di distocia di spalla, evento causa della patologia tema della giornata. Decido di prendere la parola per far capire all'uditorio, quasi accusatorio nei confronti della figura professionale che io rappresento, la difficoltà che si incontra nell'affrontare questa emergenza. Esco dalla sala demoralizzata e quasi sentendomi colpevole, ma rifletto: sono convinta di essere in buona fede e di cercare di affrontare sempre con impegno e competenza il mio lavoro. Mi chiedo: è possibile fare di più?

Trascorsi alcuni giorni ricevo una telefonata "Pronto? Sono Federica Gismondi presidente dell'APOS, quando possiamo incontrarci?".

Nasce così una collaborazione fra l'associazione ed il reparto di ginecologia ed ostetricia dell'ASO di AL che coinvolge la Provincia di AL, la Fondazione Cassa di Risparmio di AL e l'ASL AL.

Viene tracciato un percorso di formazione degli operatori per una patologia rara, spesso imprevedibile e che i giovani operatori, sia medici che ostetriche, sono ancor meno abituati ad affrontare rispetto agli anziani in un'epoca in cui l'aumentata incidenza dei tagli cesarei ha ridotto la pratica dell'ostetricia operativa vaginale.



Introduzione

La distocia di spalla è un raro evento ostetrico spesso imprevedibile e talvolta drammatico che richiede una rapidissima risoluzione.

Agire prontamente, sapere cosa è da evitare e cosa è utile fare, può rappresentare la differenza tra un neonato sano ed uno con danno talvolta irreparabile.

Purtroppo non esiste una sola manovra ideale o più efficace di altre, ma esistono una serie di manovre proposte negli anni da autori diversi, che mirano tutte a cercare di allargare la pelvi materna o a ridurre il diametro bisacromiale (spalla-spalla) del feto per permettere l'espulsione delle spalle. Nell'urgenza improvvisa del momento si può essere in difficoltà nel ricordare, nel decidere e nell'eseguire la sequenza delle manovre più utili, iniziando dalle meno invasive e pericolose.

Anche noi, all'Ospedale di Alessandria, così come in altri importanti punti nascita, abbiamo promosso ripetuti incontri e confronti sulla tempistiche e sul tipo di manovre ritenuti più utili nella realtà della nostra sala parto con l'intento di mantenerci allenati e preparati.

Negli incontri formativi del passato, solo teorici, era possibile unicamente mimare l'intervento con descrizione verbale o tramite disegni senza la possibilità pratica di eseguire ed in seguito verificare l'apprendimento delle manovre. Grazie all'associazione APOS onlus, che ci ha dotato di un manichino didattico che riproduce la pelvi della donna ed il feto, oggi è possibile una formazione pratica simulando le manovre più invasive, verificandone la correttezza, la forza, la rapidità, l'efficacia e la destrezza individuale. La simulazione è la "forza" della medicina moderna perché permette di raggiungere automatismi in situazioni di emergenza che possono provocare panico e difficoltà di ragionamento soprattutto negli operatori più inesperti. Confidiamo che la formazione effettuata tramite manichino, e ripetuta periodicamente, possa rappresentare la vera svolta per gli operatori nella capacità di controllo dell'emergenza, in modo che, anche il paziente abbia la percezione di comportamenti corretti, competenti e controllati. Non si dovrebbe più sentire raccontare di confusione, agitazione ed incertezza nella gestione, così come oggi viene descritta dalla stragrande maggioranza delle gravide e dei loro familiari, che hanno vissuto una tale esperienza, spesso con esito infausto. Nei punti nascita è inoltre necessario uno standard di verifica che comprenda un'analisi critica delle manovre usate nella gestione della distocia, la documentazione dell'evento, la percentuale dei neonati con lesione del plesso branchiale e la frequenza dello staff a programmi di esercitazione fortemente raccomandati dal RCOG e da RC of Midwife.

L'attività di formazione dal 2010 ad oggi



- 1- Opuscoli
- 2- Poster
- 3- Corsi teorico/pratici
con l'ausilio del manichino

1. Opuscoli

- Larga diffusione
- Sintesi clinicamente utile dei dati disponibili in letteratura
- Scrematura delle varie manovre descritte con focalizzazione di quelle utilizzabili nelle realtà delle nostre sale parto (Gaskin Position)



2. Poster

- Visualizzazione immediata
- Manovre da eseguire
- Manovre da NON eseguire
- Da affiggere in tutte le sale parto



3. Corsi teorico/pratici con l'ausilio del manichino

- Formazione dei “formatori”
Realizzazione dei corsi in modo da coinvolgere gli operatori di sala parto dei vari ospedali dell'ASL
- Ripetizione periodica dei corsi



Definizione

La distocia di spalle è un'emergenza ostetrica del parto in presentazione cefalica che si verifica quando dopo la fuoriuscita della testa non si verifica l'espulsione delle spalle.

Esistono tre tipi di distocia:

- 1. Grado 1:** Un forte attrito tra un bambino grosso e le pareti vaginali; però il normale meccanismo della rotazione è conservato.
- 2. Grado 2 - Distocia unilaterale:** la spalla posteriore ha negoziato la pelvi mentre la spalla anteriore è bloccata sopra la sinfisi pubica.
- 3. Grado 3 - Distocia bilaterale:** entrambe le spalle sono bloccate sopra la pelvi.

Nella letteratura è riportata una frequenza di questa complicanza, nella popolazione non selezionata, dello 0,6% con grande variazione in base al peso fetale:

- 0,3-1 % dei feti con peso alla nascita compreso tra 2500 e 4000 gr.
- 5-7% dei feti tra 4000 e 4500 gr.
- 50% dei casi si verifica in feti con normale peso alla nascita.

Fattori di rischio

- Pregressa distocia di spalle
- Diabete gestazionale (il macrosoma di madre diabetica ha in habitus che lo rende particolarmente suscettibile al verificarsi di questa complicanza)
- Gravidanza protratta
- Macrosomia fetale
- Bassa statura materna
- Eccessivo incremento ponderale
- Obesità (BMI >30)
- Anomalie della pelvi
- Travaglio indotto
- Prolungamento del primo e secondo stadio del travaglio
- Parto operativo vaginale

Prevenzione

L'identificazione dei fattori di rischio sia in gravidanza che in travaglio devono indurci a pensare alla possibilità di una distocia di spalle senza però purtroppo darci garanzia che la corretta identificazione degli stessi equivalga a prevenzione certa.

L'attenzione durante la gravidanza ed un corretto comportamento durante il travaglio possono sicuramente aiutarci. Dare possibilità alle gestanti di muoversi liberamente durante il travaglio migliora l'adattamento del feto allo scavo pelvico, il rispetto dei fisiologici meccanismi del parto consente che il diametro bisacromiale si disponga in maniera più favorevole durante la rotazione interna e la progressione della testa fetale. Un'attenta valutazione prima di ricorrere ad un parto operativo è indispensabile onde evitare una patologia iatrogena dovuta al mancato rispetto di questi meccanismi fisiologici.

Ricordarsi sempre che dopo l'espulsione della testa, in un travaglio fisiologico, è necessario un tempo di attesa perché avvenga la rotazione interna delle spalle, contemporanea al movimento di restituzione esterna della testa che avviene con la contrazione successiva a quella che ha portato al disimpegno della testa fetale (parto in due tempi).

Diagnosi

- SEGNO DELLA TARTARUGA come fa la tartaruga quando ritrae la testa, la testa del feto viene espulsa e poi si ritrae come se volesse rientrare.
- MANCATO DISIMPEGNO DELLE SPALLE in seguito ad una modesta trazione sulla testa, che retratta non accenna a nessun movimento di rotazione esterna, eseguita alla contrazione successiva all'espulsione della testa.

Gestione

Se si teme una distocia di spalla una preparazione preventiva può essere d'aiuto prima di ricorrere all'applicazione della sequela di manovre previste dal protocollo:

- Preallertare il personale più esperto
- Informare la paziente delle possibili difficoltà
- Convocare l'anestesista (se non già presente in quanto la paziente è in analgesia peridurale)
- Convocare il neonatologo
- Svuotare la vescica
- Eseguire episiotomia

Se tutto ciò è possibile in normale orario di servizio o quando esistono fattori di rischio predittivi non è così quando non c'è preallarme ed in servizio sono presenti unicamente il medico e l'ostetrica di guardia.

La distocia di spalla è un'emergenza che deve essere risolta in tempi brevi onde evitare danni fetali ipossici in aggiunta alla possibile lesione del plesso brachiale. Non si può confidare nell'aiuto del medico più esperto se non già presente in sala parto, ragion per cui tutti gli operatori devono essere in grado di affrontarla nel migliore dei modi.

Indispensabile dare informazioni chiare e precise alla gravida e a chi l'assiste: "potrebbe esserci un'emergenza, e ci stiamo preparando ad attuare le manovre previste in sicurezza".

Se la paziente è in analgesia peridurale gli operatori si trovano in una situazione favorevole perchè se devono intervenire possono usufruire di un'anestesia perineale chirurgica. La paziente non avverte dolore e non oppone resistenza. Il neonatologo è stato informato sulla possibilità del verificarsi di una distocia e la sua presenza è indispensabile nel caso in cui si prolunghino i tempi del parto

e sia necessaria una rianimazione neonatale che deve iniziare quanto più precocemente possibile. Svuotare la vescica è utile sia per ampliare gli spazi, sia per evitare traumatismi materni. Infine l'episiotomia non è certo risolutiva della distocia, ma permette di ampliare gli spazi di manovra.

Se effettivamente dopo il disimpegno della testa questa rimane strettamente appoggiata alla vulva, la rotazione esterna non si verifica o è appena accennata, il mento si accorcia e deprime il perineo come se la testa volesse rientrare in vagina ed una modesta trazione esercitata sulla testa fetale non consente la fuoriuscita delle spalle: siamo in emergenza.

Occorre evitare di applicare una forza eccessiva, evitare di esercitare pressione sull'addome materno per spingere il feto verso l'esterno "manovra di Kristeller" in quanto tali manovre non permettono di risolvere la distocia ma causano lesioni materne, fetali e perdita di tempo prezioso.

Non è facile standardizzare quanta forza debba essere esercitata né quanto tempo debba intercorrere tra la fuoriuscita della testa ed il disimpegno delle spalle prima di mettere in atto le manovre previste dal protocollo.

Riteniamo pertanto che si debba aspettare la contrazione successiva alla fuoriuscita della testa fetale, e che la forza da esercitare non debba essere superiore a quella di un "accompagnamento" all'espulsione spontanea.

Procedura HELPERR

Ogni manovra deve durare 30'' - 60'' e deve avvenire in ordine sequenziale tenendo conto della minore invasività.

H HELP
E EPISIOTOMIA
L LEGS
P PRESSURE
E ENTER
R REMOVE THE ARM
R ROLL

H Chiamare aiuto è sicuramente importante, ma ribadiamo la necessità che l'equipe di sala parto sia opportunamente formata in modo da approcciare l'emergenza (si sottolinea emergenza e non urgenza) in maniera autonoma. Questo si può ottenere solo con formazione sul manichino ripetuta periodicamente tanto da ottenere comportamenti caratterizzati da automatismi acquisiti e standardizzati che non vengono sconvolti dall'ansia generata da una gestione improvvisata.

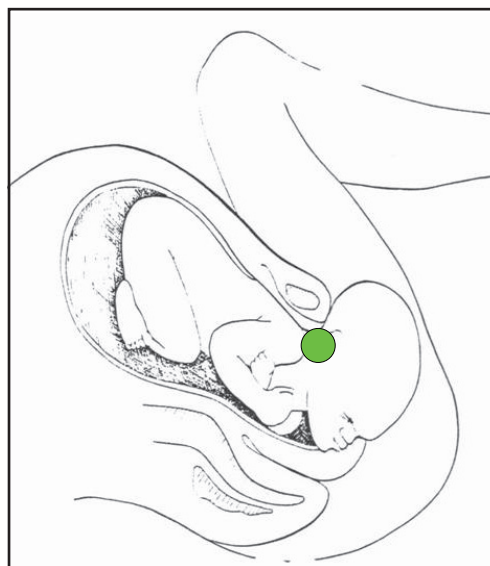
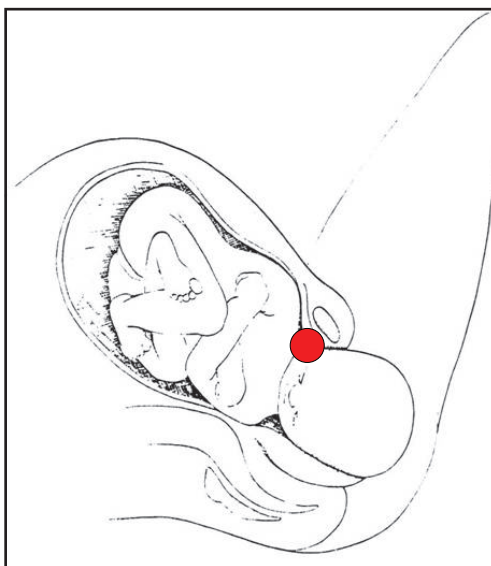
E L'episiotomia secondo alcuni autori è parte essenziale nella gestione di tutti i casi, mentre altri suggeriscono che non influenzi l'outcome della distocia di spalle. È dimostrato che la sua esecuzione non riduce il rischio di lesione del plesso brachiale, ma sicuramente facilita l'esecuzione delle manovre interne (liv.evidenza IV).

L **Manovra di McRoberts:** consiste in una flessione ed abduzione delle anche materne in maniera tale da avere le ginocchia al petto della donna posizionando i femori materni sull'addome.

Questo movimento raddrizza l'angolo lombo-sacrale e ruota la pelvi anteriormente, aumentandone l'ampiezza.

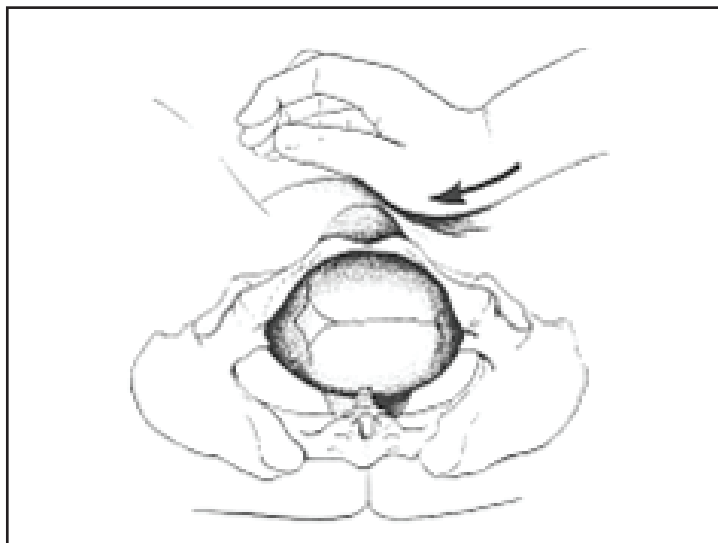
È l'intervento singolo più efficace, con una bassa percentuale di complicanze con una percentuale di successo del 90% e deve quindi essere utilizzata per prima (liv.evidenza III).

McRobert's

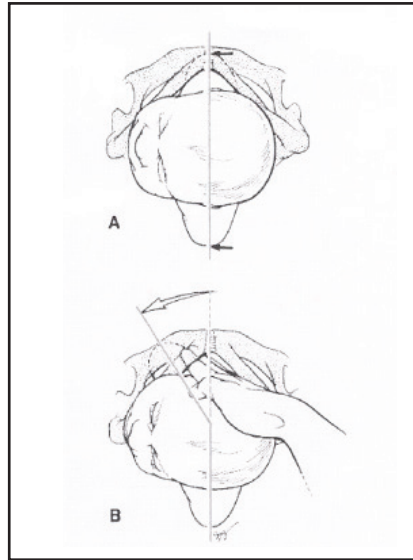


P Una pressione sovrapubica può essere utilizzata insieme alla manovra di McRoberts. Non va esercitata perpendicolarmente rispetto alla paziente ma in direzione laterale e verso il basso per spingere la parte posteriore della spalla anteriore verso il torace del feto riducendo il diametro bisacromiale e guidandolo a confrontarsi con il diametro obliquo del bacino (liv.evidenza IV). È indispensabile a questo punto ricordare quanto sia importante la diagnosi di situazione fetale durante il travaglio in modo da poter individuare correttamente il dorso ed eseguire questa manovra così come le altre in maniera corretta. È altresì importante la collaborazione e la conoscenza tra gli operatori in maniera tale che se una manovra viene dichiarata già eseguita correttamente, e quindi considerata fallita, non venga ripetuta inutilmente con inutile spreco di tempo e peggioramento dell'out come fetale.

Rubin I



Rubin II

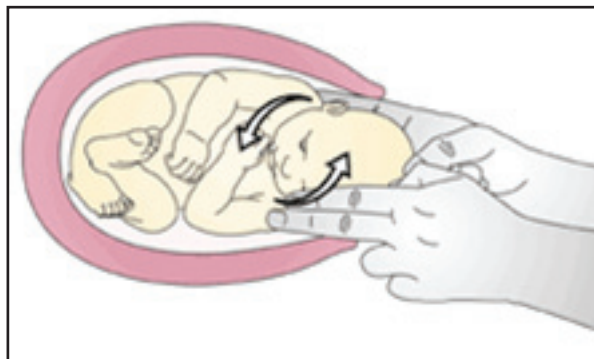


E La manovra di Rubin II consiste nell'inserzione delle dita (indice e medio) in vagina, dietro il dorso della spalla anteriore del feto per addurla verso il torace e diminuirne il diametro. La manovra di Wood consiste nell'approcciare la spalla posteriore del feto ventralmente per ruotarla nella stessa direzione della Rubin I.

Può essere associata alla Rubin I agevolando così la rotazione.

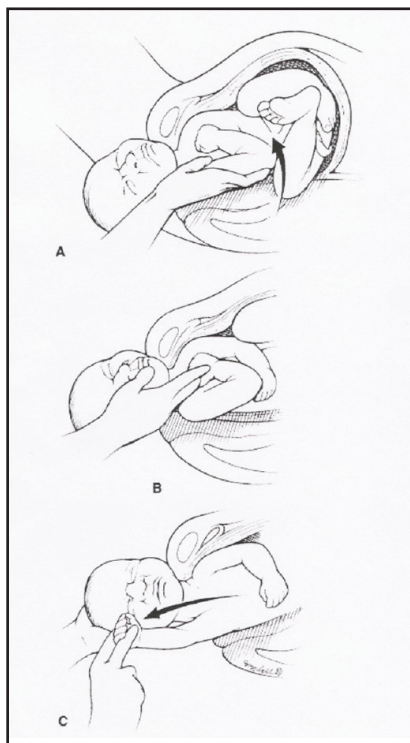
Viene eseguita con entrambe le mani per cui è obbligatoria un'episiotomia.

Wood screw

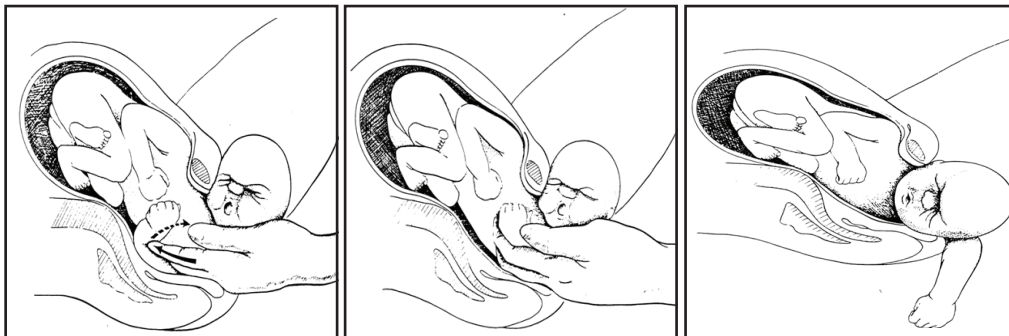


La manovra di Jacquemier prevede l'estrazione del braccio posteriore. L'operatore introduce la mano nello scavo pelvico, raggiunge l'omero, lo flette mediante una pressione nella fossa antecubitale, afferra l'avambraccio e poi il polso e lo estrae mobilizzando ampiamente il braccio sopra il torace. L'obiettivo è di far scivolare la spalla al di sotto della sinfisi disincagliandola. La manovra può essere accompagnata da pressione sovrapubica e moderata trazione sulla testa fetale.

Jacquemier – dorso a destra



Jacquemier - dorso a sinistra



R La posizione a quattro zampe o gaskin position o allfours.

La sola posizione a carponi riduce il rischio di distocia di spalle (posizione che viene utilizzata anche nel parto a basso rischio). Ruotando la paziente, la coniugata ostetrica (o vera) aumenta di circa 10 mm e la misura sagittale del piccolo bacino di 20 mm, pertanto il solo posizionamento a carponi ha successo in un numero rilevante di casi (83% in uno studio osservazionale). Tradizionalmente tale posizione è inserita come ultima manovra, ma è difficile ipotizzarne il potere risolutivo dopo l'insuccesso delle manovre interne. La nostra esperienza infatti ci fa dire che la posizione carponi è utile prima delle manovre interne e nelle sole condizioni in cui la donna si posizioni agevolmente e rapidamente così da poterla eventualmente riportare in posizione supina. Riteniamo che le manovre interne e soprattutto la manovra di Jacquemier debbano essere risolutive della distocia. Crediamo che soprattutto nelle sale parto dove non vi è l'abitudine all'assistenza alla paziente carponi sia difficile ricorrervi in situazioni di tale gravità ed emergenza, così come è utile ricordare ancora come la partoanalgesia può agevolare le manovre interne. Ricordiamo inoltre come in letteratura siano ancora descritte manovre di terzo livello quale la rottura deliberata della clavicola, la manovra di Zavanelli e la sinfisiotomia, ma a nostro avviso non più attualmente proponibili.

Complicanze materne

- Lesioni traumatiche dei tessuti molli:
lacerazioni vagino-perineali IV grado (3,8 %)
lacerazioni cervico-vaginali (19,3%)
- Emorragie del post-partum
- Ematomi del canale del parto
- Atonia uterina
- Infezioni pelviche
- Rottura d'utero
- Diastasi della sinfisi pubica
- Atonia vescicale
- Fistola retto-vaginale

Complicanze fetali

- Frattura della clavicola
- Frattura dell'omero

Se adeguatamente trattate non determinano esiti.

- Lesione del plesso brachiale (con paralisi ostetrica)

Sono una delle più importanti complicanze raggiungendo una percentuale del 4-16%. La maggior parte dei casi si risolve senza disabilità permanenti. Meno del 10% sono permanenti.

- Grave ipossia > Morte fetale

Il PH fetale diminuisce di circa 0,04 per minuto, fino a quando la distocia di spalla non viene risolta.

Feto non compromesso + travaglio non complicato = 7 min
ph 7,25 6,97

Se per un feto non compromesso un'asfissia acuta della durata inferiore a sette minuti è improbabile che determini un danno permanente cognitivo e della corteccia motoria lo stesso non si può affermare in un feto compromesso in cui le riserve sono minori.

Si calcola che la distocia di spalle sia responsabile del 7,5% delle convulsioni entro 72 h dalla nascita di neonati a termine.

Documentazione

Un'accurata documentazione di un parto difficile e potenzialmente traumatico è essenziale.

È importante:

- documentare l'ora di disimpegno della testa
- la direzione verso cui guarda la faccia dopo il movimento di restituzione
- le manovre eseguite, il loro timing e la sequenza
- il tempo di disimpegno del corpo
- lo staff di assistenza e l'orario del loro arrivo
- le condizioni del neonato
- ph del sangue cordonale



Azienda Ospedaliera Nazionale
SS. Antonio e Biagio e Cesare
Arriva - ASL ALESSANDRIA

**Gestione delle
emergenze cliniche:
LA DISTOCIA DELLE SPALLE**



DISTOCIA DELLA SPALLA

Data.....

Disimpegno della testa: spontaneo ☐ operativo ☐

Medico chiamato: si ☐ no ☐ Ora chiamata..... Ora di arrivo.....

.....

Pediatra chiamato: si ☐ no ☐ Ora chiamata..... Ora di arrivo.....

.....

Anestesista chiamato si ☐ no ☐ Ora chiamata..... Ora di arrivo.....

.....

PROCEDURA UTILIZZATA PER ASSISTERE A PARTO SPALLE

	Segnare	Ordine	Ora	Eseguito da
Manovra di McRoberts	☐			
Pressione sovrapubica	☐			
Episiotomia	☐			
Manovre interne	☐			
Madre a carponi/altra	☐			

Ora della fuoriuscita della testa.....

Ora della fuoriuscita del corpo.....

Al parto faccia fetale rivolta verso destra ☐ sinistra ☐ della madre

CONDIZIONI FETALI

PesoKG APGAR 1° minuto 5° minuto..... 10° minuto.....

Ph ombelicale: arterioso..... venoso.....

Giudizio del pediatra alla nascita:

.....



Provincia di Alessandria

Associazione APOS-ONLUS

Algoritmo 1

- chiedi aiuto
- informa la paziente
- non tirare troppo sulla testa
- non spingere sul fondo uterino
- chiedi alla paziente di non spingere
- esegui l'episiotomia se non già praticata prima



Algoritmo 2

- McRobert's
- Rubin I
- Rubin II
- Wood screw
- Jacquemier
- Zavanelli / Zarate



Obiettivo



Sequela psicologiche della distocia di spalla: il dolore, il trauma e le possibili ricadute sulla relazione di attaccamento.

La paralisi ostetrica è indubbiamente un evento improvviso e complesso, sia per le pazienti, sia per i curanti, caratterizzato da importanti implicazioni psicologiche che richiedono una gestione clinica attenta e competente.

La prima considerazione necessaria riguarda l'aspetto potenzialmente traumatico dell'evento dovuto alle sue caratteristiche di imprevedibilità, immediatezza e incontrollabilità, con tutte le possibili conseguenze che questo può comportare sulle condizioni psicologiche della puerpera e della coppia genitoriale; la presa di coscienza di una condizione di disabilità del proprio bambino è inoltre un momento di dolore e di paura per i genitori e genera un intenso senso di colpa dovuto al fatto che l'incidente si sia verificato proprio durante la nascita, attraverso il parto.

Il processo psichico attivato da tale evento assume un'ulteriore complessità a causa della fisiologica e intensa vulnerabilità emotiva tipica della donna durante la nascita e il puerperio e a questi aspetti è doveroso dedicare un breve approfondimento.

La gravidanza è un evento che comporta un grande cambiamento nella vita della donna e della coppia, è un momento di svolta nel processo di maturazione affettiva ed è un passaggio centrale dell'esistenza.

Si attiva un processo di regressione psichica, che in natura ha lo scopo di facilitare l'accesso a una memoria antica, passaggio necessario per potersi costruire come genitore. Come Daniel Stern, noto neuropsichiatra americano, già molti anni fa aveva brillantemente intuito, si struttura nella donna attraverso la maternità un nuovo assetto psichico, spesso profondamente diverso dal precedente, più sintonico e adatto alla relazione col nascituro e ai compiti di cura materni.

Tale situazione psichica si manifesta ai curanti attraverso una provvisoria espressione più libera e meno regolata dell'emotività della gestante e un'attività cognitiva ridotta, più infantile, che comporta un abbandono, un distacco dal mondo esterno.

All'interno di tale processo si rivela preziosa la presenza di alcuni fattori protettivi per favorire la resilienza, ossia il completamento del processo psichico precedentemente descritto e l'avvio di una buona relazione di attaccamento tra mamma e neonato: tali fattori sono costituiti dalla presenza di un compagno complice e protettivo, di una rete di caregiver affettiva e affidabile e di una solida struttura di personalità preesistente.

Ciò significa che, per alcune pazienti, ripercorrere i vissuti emotivi del proprio passato, in un certo senso ritornare piccola, può comportare il riemergere improvviso e inaspettato di ricordi e frustrazioni mai elaborate che possono trovare espressione sia a livello affettivo con l'esplicita richiesta di aiuto, con stati di acuita ansietà, insonnia, paura, panico, sia a livello somatico: in entrambi i casi diventa fondamentale fornire alla donna un appoggio psicologico che possa favorire la comprensione del fenomeno e che le fornisca gli strumenti per poterlo affrontare e superare.

In quest'ottica il momento della comunicazione della diagnosi diventa estremamente importante e decisivo. La comunicazione ai neo-genitori deve essere chiara, semplice e autentica, ovvero orientata su un asse di sintonizzazione emotiva tra curante e paziente; è necessario dedicare del tempo a questo momento per poter lasciar spazio alle domande e per poter ripetere le informazioni più volte, atto necessario per garantirne la comprensione e la memorizzazione.

In ultimo è doveroso tenere in seria considerazione che un evento come la paralisi ostetrica possa interferire con il fisiologico processo di costruzione della relazione di attaccamento tra i genitori e il proprio figlio.

Oggi possiamo affermare con sicurezza che nei primi anni di vita uno sviluppo psicofisico armonico del bambino dipenda in maniera rilevante dal buon funzionamento della relazione di attaccamento tra il bimbo e i suoi genitori.

Quando parliamo di relazione di attaccamento (Bowlby, 1968) ci riferiamo, in un'ottica evoluzionista, a un sistema motivazionale innato nell'essere umano che lo induce a chiedere vicinanza protettiva nei momenti di vulnerabilità e di bisogno a figure che egli riconosce come forti e affidabili; il neonato ne costituisce un ottimo esempio perché dalle cure della mamma dipende la sua stessa sopravvivenza.

Bowlby con i suoi studi ha dimostrato che la relazione che si instaura tra la madre e il figlio costituisce la base dello sviluppo della personalità adulta e spiega numerosi fenomeni psicopatologici che si instaurano successivamente. Il tipo di relazione di attaccamento che si struttura nella diade dipende da come e quando la mamma risponde ai bisogni e alle richieste del suo bambino e dalla sintonia emotiva che si viene a creare.

Più tardi gli studi sulla teoria dell'attaccamento sono stati ampliati dalle neuroscienze e, grazie alle moderne tecniche di neuroimaging, sono stati mostrati sorprendenti legami tra la relazione interpersonale e la formazione del cervello; infatti, all'interno di una comunicazione affettiva il caregiver sensibile individua le stimolazioni del neonato e ne regola gli stati affettivi, costruendo processi di interazione attraverso meccanismi di sintonizzazione, desintonizzazione e risintonizzazione che danno luogo alla "nascita psicologica" del bambino.

Le esperienze di attaccamento modellano la maturazione, dipendente dall'esperienza, del cervello destro e in questo modo esse influiscono sul successivo sviluppo delle funzioni emotive e della personalità (Shore et al).

La costruzione della relazione di attaccamento dipende da numerosi fattori, tra cui la struttura di personalità della donna madre, la sua storia di vita, l'esperienza della gravidanza e del parto e la presenza di eventi traumatici in concomitanza con questi ultimi.

Dunque, una mamma spaventata, tenderà a rispondere in maniera ansiosa e spaventante alle richieste del figlio; una mamma che si sente in colpa, più facilmente si sentirà inadeguata come madre; una mamma addolorata e ansiosa fatterà ad assolvere i compiti di cura e questo stato psichico potrebbe interferire con la relazione di attaccamento.

Alla luce di quanto affermato finora, risulta evidente come l'intervento psicologico al momento della diagnosi possa avere una funzione importante: accompagnare i genitori nel difficile processo di accettazione e integrazione dell'evento infausto, favorendo il raggiungimento di quell'equilibrio psichico necessario affinché la nuova famiglia e la personalità stessa del bambino non si costruiscano intorno alla sua disabilità, creando in questo modo un'occasione di prevenzione della psicopatologia del bambino e dei suoi familiari.

Sarebbe dunque di grande utilità che la gestione di questo evento clinico fosse effettuata secondo un approccio multidisciplinare integrato, volto ad affrontare la problematica nella sua complessità, costruendo in tal modo le fondamenta di un futuro stato di benessere e di salute del nuovo nato e della sua famiglia, con e oltre la disabilità.

Dr.ssa Benedetta Chiara Lombardi
Psicologa psicoterapeuta

Inesperienza in sala parto

Entrare in sala parto è veramente un'emozione unica. Assistere la nascita di un bambino è bellissimo, ma tu sei lì per risolvere eventuali problemi che possono insorgere in qualunque travaglio ed in qualsiasi momento del travaglio.

Una dilatazione che non procede, una testina che fatica a venire giù, un battito fetale che non va bene... ma alla distocia di spalle non ci pensavo. L'avevo studiata, il mio primario me ne aveva parlato, mi aveva descritto, cercando di spiegarmi come farle, quali erano le manovre che aveva eseguito in un caso che gli era capitato. Ma la vedevo come una possibilità remota, come una patologia con la quale a me non sarebbe capitato di dovermi confrontare e che comunque da sola non sarei riuscita a risolvere se non chiamando qualcuno più esperto. Una domenica mattina mentre ero di guardia e stavo facendo le dimissioni mi chiama l'ostetrica: "nasce".

Arrivo in sala parto con tranquillità, un primo figlio con una gravidanza decorsa in maniera regolare, un tracciato perfetto, un liquido chiaro. Fuoriesce la testa ed incitiamo la signora a spingere di più perché la testa del bimbo sembra non disimpegnarsi completamente, ma rimane adesa alla vulva della paziente. L'ostetrica, ancor più giovane di me, inizia le normali manovre di assistenza e ad un certo punto mi dice "non viene"... Cosa ho pensato io non lo ricordo neanche, so di avere chiesto all'anestesista, già presente perché la paziente era in peridurale, di chiamare il mio reperibile e, subito dopo, di essermi messa i guanti. Ho provato, sbagliando, ad esercitare trazione sulla testa del bambino, ho capito subito che dovevo smettere, che non dovevo usare troppa forza, ma ricorrere ad una di quelle tante manovre di cui mi avevano parlato, che avevo studiato, ma che non ero certa di saper eseguire. Ricordavo una serie innumerevole di manovre studiate ma non sapevo decidere quale provare ad eseguire. Mi sono venute in soccorso le parole del mio primario che mi spiegava la manovra di Jacquemier ed ho deciso di tentarla. Che strano, c'era molto più spazio di quanto non pensassi a disposizione nella pelvi materna!!! Cercando di afferrare il braccio posteriore del bambino ho provocato lo spostamento del diametro delle spalle ed è nato immediatamente. Il bambino sta bene, fortunatamente ho capito in tempo che non dovevo usare troppa forza quando ho esercitato trazione sulla testa fetale. Fortunatamente non ho provocato lesioni alla madre eseguendo una manovra interna senza prima fare l'episiotomia perché troppo occupata a ripassare nelle mie mente le varie manovre possibili ed a come eseguirle. L'anestesista ha richiamato il mio reperibile e gli ha comunicato che la situazione era risolta, lui era appena uscito di casa, dalla prima telefonata erano passati tre minuti soltanto.

Anonimo

Vista dall'ostetrica...

Mi avvio al mio turno notturno.

Sono le 21 ed entro in sala parto dove la collega mi consegna una signora in travaglio di parto.

Mi dice che partorirà tra non molto in quanto la dilatazione è avanti.

Entro in sala parto, conosco la signora e penso... "cribbio che bella panciona! Sto bambino è bello grosso mi sa!"...

Dopo un'oretta circa la signora mi segnala che ha un desiderio di premere, come se dovesse andare in bagno.

La visito ed effettivamente la dilatazione è completata... ma la testina del bimbo non è impegnata profondamente. La invito a non spingere, a trattenere il desiderio.

Dopo poco mi riconferma il suo desiderio di spingere e che non riesce a trattenersi.

La controllo, la testa del bambino è ancora alta rispetto a ciò che mi aspettavo visto il desiderio della donna.

Invito il medico di guardia a condividere con me lo stato delle cose. D'accordo decidiamo di far spingere la signora non convinti della riuscita. La testa del bambino progredisce molto lentamente. Continuiamo a far spingere la donna. Sono molto preoccupata, il non progredire della testa del bimbo mi mette ansia... ci mette ansia! Sembra venire piano piano... ecco! Decidiamo di mettere in posizione parto la donna... il medico di guardia mi dice ti aiuto dall'alto... spinge forte la donna... spinge il medico sull'utero della donna... una volta, due, tre...

Fuoriesce la testa finalmente. Ho subito l'impressione che venga risucchiata dentro. Il medico mi incita urlando "tiralo fuori!". "tira tira...ruotalo e tira..." lo faccio, ma il bimbo sembra inchiodato nella vagina della madre, quasi a non volerla lasciare... sono terrorizzata! Ho una distocia di spalle!

La testa fuori diventa violacea... "le spalle non ruotano dottore, non c'è verso è bloccato..."

Urla: "Ma non hai forza abbastanza?" mi dice il medico che è tra i più giovani del reparto, più spaventato di me. Lui agitatissimo mi dice che c'è una distocia di spalle, ad alta voce che va a chiamare il medico esperto... e mi lascia in balia del mio panico che cerco di controllare ma che comunque la donna percepisce mentre continuo a cercare di liberare le spalle... ci raggiunge il medico esperto che esordisce con "accidenti che casino, fammi mettere i guanti, e tu spingi dalla alto che vedrai che lo tiriamo fuori!"... e tira lui!

Sento un crac, è la clavicola che si rompe, mette una mano in vagina alla donna, tira fuori un braccio, sblocca le spalle e il bambino esce.

È flaccido sembra senza vita, inerme... lo aspiriamo, lo ossigeniamo... e

vediamo che un braccino si muove verso il petto ma l'altro è esamine e ruotato come se non appartenesse al corpo dello stesso neonato... ma è vivo! Pesa 4300 gr... "l'avevo detto che era grosso!" dice il medico esperto! "accidenti! Ma non così grosso!". La donna: ah ecco c'è anche lei! Ci chiama, chiede del bambino, le diciamo che piange, che è vivo e che sta bene e che è un bel pacioccone!! Non è la verità.

Le spieghiamo che ha avuto un problema con le spalle al momento di uscire perché era grosso davvero, ma che tutto adesso si risolverà al meglio. Noi sappiamo che non sarà probabilmente così, ma non diciamo tutta la verità sino in fondo. Mi sento male. Un verme! Mi chiedo dove ho, abbiamo sbagliato. Se avremmo dovuto fare scelte diverse, attenzioni diverse, manovre diverse.

Se l'arto avrà subito un trauma permanente di chi sarà la colpa? Mia?

No! non voglio più che mi succeda una cosa simile...

Anonimo

Alcune considerazioni

Fortunatamente nella mia lunga carriera vissuta in sala parto non mi è capitato molte volte di trovarmi ad affrontare una distocia di spalle. Al di là delle conoscenze, delle competenze e della formazione che devono essere obbligatorie per offrire un'assistenza adeguata alla gravida, io ritengo che sia ugualmente importante la comunicazione con la coppia e la partecipazione all'evento ancor più se infausto. Il parto è la conclusione fisiologica di un evento altrettanto fisiologico: la gravidanza.

I medici ostetrici sono abituati ad accompagnare questo evento importante e felice nel quale oggi ancor più che in passato la coppia investe con aspettative di un risultato garantito. Molto difficile quindi confrontarsi con un evento infausto: la tentazione è quella di fuggire e sfuggire ad un senso di colpa presente anche quando immotivato. Ecco dunque il tentativo spontaneo di minimizzare l'accaduto ed in questo modo alimentare false speranze.

È necessario essere obiettivi già con la documentazione scritta dell'accaduto in sala parto ed in seguito con l'informazione verbale fornita ai genitori che si aspettano sostegno ma anche verità su quello che potrebbe essere il futuro del loro bambino. Nostro compito è aiutarli nel percorso successivo con informazioni puntuali e precise su quello che dovranno affrontare anche se non è possibile avere nell'immediato una prognosi certa ma con la certezza invece che interventi adeguati e tempestivi possono migliorarla. Il supporto psicologico è indispensabile e nell'informare dovremmo essere quanto più possibile empatici, non limitarci a fornire con freddezza solo dati tecnici che non ci avvicinano ai genitori e che non sono utili a trasferire quella forza necessaria per superare un momento traumatico imprevisto che li trasporta in una realtà completamente diversa rispetto a quella immaginata.

Bibliografia

1. Resnick, R., *Management of shoulder dystocia girdle*. Clin Obstet Gynecol, 1980. **23**: p. 559-564.
2. Al Hadi, M., et al., *Shoulder dystocia: risk factors and maternal and perinatal outcome*. Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2001. **21**(4): p. 352-354.
3. Gherman, R.B., J.G. Ouzounain, and T.M. Goodwin, Obstetric maneuvers for shoulder dystocia and associated fetal morbidity. Am J Obstet Gynecol, 1998. **178** (6): p.1126-1130.
4. Gherman, R.B., et al., The McRobert's maneuver for the alleviation of shoulder dystocia: how successful is it? Am J Obstet Gynecol, 1997. **178**: p. 656-61.
5. Acker, D., B. Sachs, and E. Friedman, Risk factors for shoulder dystocia. Obstet Gynecol, 1985. **66**: p. 476-80.
6. Sandmire, H.F. and R.K. DeMott, Erb's Palsy Causation: A historical Perspective. Birth, 2003. **29**: p. 52-54.
7. Mocanu, E.V., et al., Obstetric and neonatal outcome of babies weighing more than 4.5 kg: an analysis by parity. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2000. **92** (2): p.229-33.
8. Gherman, R.B., et al., *Spontaneous vaginal delivery: a risk factor for Erb's palsy?* Am J Obstet Gynecol, 1998. **178** (3): p.423-7
9. Menjou, M., et al., Common intra partum denominators of Obstetric Brachial Plexus Injury. NHSLA Journal, 2003. **Supplement** (2): p. i-viii.
10. Sandmire, H.F. and R.K. DeMott, Erb's palsy without shoulder dystocia. Int J Gynaecol Obstet, 2002. **78**(3): p. 253-6.
11. Gherman, R.B., et al., Brachial plexus palsy associated with cesarean section: an in utero injury? Am J Obstet Gynecol, 1997. **177**(5): p.1162-4.
12. Stirrat, G. and R. Taylor, Mechanisms of obstetric brachial plexus palsy: a critical analysis. Clinical Risk, 2002. **8**: p. 218-222.
13. Clements, R.V., *Shoulder Dystocia, in Risk Management and Litigation in Obstetrics & Gynaecology*, R.V. Clements, Editor. 2001, RSM Press in association with RCOG: London. p. 224-235.
14. Maternal & Child Health Consortium, CESDI - 5th Annual Report. *Shoulder Dystocia Focus Group*. 1996: London. p. 71-79.
15. RCOG and RCM, Towards Safer Childbirth. 1999: London.

16. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, *Searching for Evidence*. Clinical Governance Advice No. 3, 2001.
17. Naef, R.W., 3rd and J.N. Martin, Jr., *Emergent management of shoulder dystocia*. Obstet Gynecol Clin North Am, 1995. **22**(2): p. 247-59.
18. Baskett, T.F. and A.C. Allen, *Perinatal implications of shoulder dystocia*. Obstet Gynecol, 1995. **86**(1): p. 14-7.
19. Rouse, D.J. and J. Owen, Prophylactic cesarean delivery for fetal macrosomia diagnosed by means of ultrasonography - A Faustian bargain? Am J Obstet Gynecol, 1999. **181**(2): p. 332-8.
20. Nesbitt, T.S., W.M. Gilbert, and B. Herrchen, *Shoulder dystocia and associated risk factors with macrosomic infants born in California*. Am J Obstet Gynecol, 1998. **179**(2): p. 476-80.
21. Gross, T.L., et al., Shoulder dystocia: a fetal-physician risk. Am J Obstet Gynecol, 1987. **156**(6): p. 1408-18.
22. Bahar, A.M., Risk factors and fetal outcome in cases of shoulder dystocia compared with normal deliveries of a similar birthweight. Br J Obstet Gynaecol, 1996. **103**(9): p. 868-72.
23. Reviews, N.H.S.C.f. and Dissemination, Expectant management versus labor induction for suspected fetal macrosomia. Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness, 2004. **2**: p. 2.
24. Irion, O. and M. Boulvain, *Induction of labour for suspected fetal macrosomia*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004. **2**: p. 2.
25. Boulvain, M., C. Stan, and O. Irion, *Elective delivery in diabetic pregnant women*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004. **2**: p. 2.
26. Kjos, S.L., et al., Insulin-requiring diabetes in pregnancy: a randomized trial of active induction of labor and expectant management. Am J Obstet Gynecol, 1993. **169**(3): p611-5.
27. ACOG, Clinical Management Guidelines for Obstetricians & Gynaecologists: Shoulder Dystocia. ACOG Practice Bulletins, 2002. **40**(2): p. 593-597.
28. Lewis, D.F., Recurrence rate of shoulder dystocia. Am J Obstet Gynecol, 1995. **172**(5): p. 1369-71.
29. Smith, R.B., C. Lane, and J.F. Pearson, *Shoulder dystocia: what happens at the next delivery?* Br J Obstet Gynaecol, 1994. **101**(8): p.713-5.
30. Ginsberg, N.A. and C. Moisisdis, *How to predict recurrent shoulder dystocia*. Am J Obstet Gynecol, 2001. **184**(7): p. 1427-9; discussion 1429-30.
31. Lewis, D.F., et al., Can shoulder dystocia be predicted? Preconceptive and prenatal factors. J Reprod Med, 1998. **43**(8): p. 654-8.

32. Poggi, S.H., et al., Randomized trial of McRoberts versus lithotomy positioning to decrease the force that is applied to the fetus during delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 2004. 191(3): p.874-8.
33. Hope, P., et al., Fatal shoulder dystocia: a review of 56 cases reported to the Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy. *Br J Obstet Gynaecol*, 1998. **105**(12): p. 1256-61.
34. Gonik, B., C.A. Stringer, and B. Held, *An alternate maneuver for management of shoulder dystocia*. *Am J Obstet Gynecol*, 1983. **145**(7): p. 882-4.
35. Bonnaire and Bue, *Influence de la position sur la forme et les dimensions du bassin*. *Annales de Gynecologie et d'Obstetrique*, 1899. **Tome L11**: p. 296-310.
36. Buhimschi, C.S., et al., Use of McRoberts' position during delivery and increase in pushing efficiency. *Lancet*, 2001. **358**(9280): p. 470-1.
37. McFarland, M.B., et al., *Perinatal outcome and the type and number of maneuvers in shoulder dystocia*. *Int J Gynaecol Obstet*, 1996. **55**(3): p. 219-24.
38. Lurie, S., A. Ben-Aire, and Z. Hagay, The ABC of shoulder dystocia management. *Asia Oceania J Obstet Gynaecol*, 1994. 20(2): p. 195-7.
39. O'Leary, J.A. and H.B. Leonetti, Shoulder dystocia: prevention and treatment. *Am J Obstet Gynecol*, 1990. 162(1): p. 5-9.
40. Gibb, D., Clinical Focus: Shoulder Dystocia. *Clinical Risk*, 1995. **1**: p.40-54.
41. Nocon, J.J., et al., Shoulder dystocia: an analysis of risks and obstetric maneuvers. *Am J Obstet Gynecol*, 1993. **168**(6 Pt 1): p. 1732-7; discussion 1737-9.
42. Hinshaw, K., *Shoulder Dystocia, in Managing Obstetric Emergencies and Trauma - The MOET Course Manual*, R. Johanson, et al., Editors. 2003, RCOG: London. p. 165-174.
43. Rubin, A., *Management of Shoulder Dystocia*. *Jama*, 1964. **189**: p. 835-7.
44. Hinshaw, K., *ALSO: Advanced Life Support in Obstetrics instructor course syllabus*. Vol. 67. 2002, Leawood, Kansas: American Academ of Family Physicians.
45. Naef, R.W., 3rd and J.C. Morrison, *Guidelines for management of shoulder dystocia*. *J Perinatol*, 1994. **14**(6): p. 435-41.
46. Poggi, S.H., C.Y. Spong, and R.H. Allen, Prioritizing posterior arm delivery during severe shoulder dystocia. *Obstet Gynecol*, 2003. 101(5 Pt 2): p. 1068-72.

47. Bruner, J.P., et al., *All-fours maneuver for reducing shoulder dystocia during labor*. J Reprod Med, 1998. **43**(5): p. 439-43.
48. Sandberg, E.C., The Zavanelli maneuver: a potentially revolutionary method for the resolution of shoulder dystocia. Am J Obstet Gynecol, 1985. **152**(4): p. 479-84.
49. Spellacy, W.N., The Zavanelli maneuver for fetal shoulder dystocia. Three cases with poor outcomes. J Reprod Med, 1995. **40**(7): p. 543-4.
50. van Roosmalen, J., *Shoulder dystocia and symphysiotomy*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 1995. **59**(1): p.115-6.
51. Hartfield, V.J., *Symphysiotomy for shoulder dystocia*. Am J Obstet Gynecol, 1986. **155**(1): p. 228.
52. Wykes, C.B., et al., *Symphysiotomy: a lifesaving procedure*. Bjog, 2003. **110**(2): p. 219-21.
53. Goodwin, T.M., et al., *Catastrophic shoulder dystocia and emergency symphysiotomy*. Am J Obstet Gynecol, 1997. **177**(2): p. 463-4.
54. NHS Litigation Authority, *CNST Standards - Maternity Manual*. 2002. p. 89.
55. Black, R.S. and P. Brocklehurst, A systematic review of training in acute obstetric emergencies. BJOG: An Internal Journal of Obs Gyn, 2003. **110**(9): p. 837-841.
56. Deering, S., et al., Improving resident competency in the management of shoulder dystocia with simulation training. Obstet Gynecol, 2004. **103**(6): p.1224-8.
57. Crofts, J., Shoulder Dystocia Training using an Innovate Birth Training Mannequin. 2004.
58. Draycott, T., G. Broad, and K. Chidley, *The development of an eclampsia box and fire drill*. British Journal of Midwifery, 2000. **8**(1): p. 26-30.
59. Maternal and Child Health Research Consortium, *CESDI 6th Annual Report - The '4kg and over' enquires*. 1997: London. p.35-47.
60. M. Ammaniti, *Pensare per due. Nella mente delle madri*, 2008 Ed.Laterza,Roma-Bari.
61. B. Bara, *Nuovo Manuale di psicoterapia cognitiva*, 2005, Bollati Boringhieri, Torino.
62. B. Bara, *Dinamica del cambiamento e del non-cambiamento*, 2007, Bollati Boringhieri, Torino.
63. J. Bowlby, *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, 1982, Raffaello Cortina Editore, Milano.

64. D. Casadei, P. L. Righetti, T. Maggino, G. Marangon. *Lo psicologo in ostetricia e ginecologia: Progetto Integrato e multifocale medico-psicologico*, Franco Angeli
65. G. Caviglia, *Attaccamento e psicopatologia*, 2003 Carocci Editore, Roma.
66. Cox J. e Holden J. *Maternità e psicopatologia, Guida all'uso dell'Edinburgh Postnatal Depression Scale*, 2008, Ed. Erickson, Trento.
67. V. Guidano, *La psicoterapia tra arte e scienza*, 2008, Franco Angeli, Milano.
68. F. Lambruschi, a cura di, *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva*, 2004, Bollati Boringhieri, Torino
69. G. Liotti, *La dimensione interpersonale della coscienza*, 2005, Carocci, Roma.
70. L. Isola, F. Mancini a cura di, *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza*, seconda edizione, 2007, Franco Angeli, Milano
71. G. Mieli, *Il bambino non è un elettrodomestico*, 2005, Feltrinelli, Milano.
72. P. L. Righetti, D. Casadei a cura di, *Sostegno psicologico in gravidanza*, 2006, Magi, Roma.
73. P. L. Righetti a cura di, *Gravidanza e contesti psicopatologici*, 2010, Franco Angeli, Milano.
74. A. Salvini, *Personalità femminile e riproduzione umana*, 1993, Lombardo Editore, Roma.
75. Schore, Allan N. *Affect Regulation and the Repair of the Self (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)*, Vol. 2, WW Norton & Company, 2003.
76. D. Stern, *La costellazione materna, il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino*, 1995, Bollati Boringhieri, Torino.
77. D. Stern, N. Bruschweiler Stern, *Nascita di una madre*, 1999, Mondadori, Milano.
78. M. Zaccagnino, *I disagi della maternità, individuazione, prevenzione e trattamento*, 2009, Franco Angeli, Milano.



La città ideale

“una città immaginaria che riesce a realizzare in modo ideale e in forma precisa, per così dire scientifico-matematica, i desideri materiali e spirituali che una determinata epoca vede nella fondazione di una città”.

Georg Münter, Idealstädte. Ihre Geschichte vom 15.-17. Jahrhundert, Berlino, 1957

“[...] una città ideale rappresenta una visione religiosa o laica in cui la coscienza sociale dei bisogni della popolazione si sposa a un'armoniosa concezione di unitarietà artistica [...] le immagini ideali hanno in comune questa importantissima caratteristica: sono basate sulla fede in un miglioramento, o qui in terra o nell'aldilà”.

Helen Rosenau, The Ideal City. Its Architectural Evolution, Londra, 1974

*L'associazione Apos rivolge un particolare ringraziamento al
Centro Servizi Asti Alessandria per il prezioso aiuto.*



