

Ma l'anamnesi diventa strumento di screening efficace solo a condizioni molto stringenti:

- prevede la conoscenza e la condivisione di saperi e di obiettivi tra territorio e ospedale e tra figure professionali diverse;
- deve essere raccolta con tecniche comunicative e linguistiche appropriate (l'anamnesi non è una banale lista di domande ma deriva da un processo complesso di reciproca fiducia ed empatia, e spesso è possibile solo con l'aiuto dei mediatori culturali);
- devono essere previsti strumenti di raccolta delle informazioni MOLTO RIGOROSI e sarebbe auspicabile che, tramite l'informatizzazione, questi elementi fossero disponibili in tempo reale per il Punto Nascita che può accogliere in qualunque momento la gravida in condizioni di emergenza.
- Ad ogni dato anamnestico significativo deve essere connessa una flow chart di interventi chiari, di semplice accesso per l'utente;
- Ogni intervento per la conferma del rischio come patologia in atto o per l'esclusione del rischio (e quindi per la restituzione della gravida al suo percorso "fisiologico") deve essere registrato e reso disponibile a tutte le "stazioni del percorso nascita".
- L'anamnesi permette interventi tanto più efficaci quanto più precocemente viene raccolta ed analizzata, richiede una certa quantità di tempo, ma solo ad un incontro (cruciale).
- Necessita di strumenti culturali e di training, NON SI IMPROVVISA.

Nei punti nascita di II livello (> di 1000 parti anno e presenza di una patologia neonatale in grado di accogliere bimbi fino a 32 settimane) esiste l'Ambulatorio di Patologia Ostetrica che si configura come il punto di coordinamento per gli interventi diagnostici di II livello in campo materno fetale.

L'Ambulatorio di Patologia Ostetrica non ha come obiettivo la presa in carico della gravidanza ad alto rischio anamnestico o attuale; l'obiettivo è quello di affiancare le figure professionali che già seguono la gravida (ostetrica, ginecologo ed eventuali specialisti per patologie della donna preesistenti al momento riproduttivo).

Bibliografia:

1. Assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico. Linee guida Nazionali di riferimento. I stesura 2005
2. William's Obstetrics ,21th editino. McGraw-Hill 2003
3. High Risk Pregnancy. 2nd edition. Elsevier Science , Saunders 2003
4. Filo diretto con le malattie genetiche. UTET periodici 2001

L'ostetrica e la documentazione clinica

Ostetrica Paola Serafini*, Ostetrica Elena Maria Mollo**

*Coordinatore Corso di Laurea in Ostetricia - A.S.O. O.I.R.M - S. Anna

**Tutor Corso di Laurea in Ostetricia - A.S.O. O.I.R.M - S. Anna

Università degli Studi di Torino

Parole chiavi: documentazione ostetrica, percorso nascita, ostetrica, prove di efficacia, responsabilità professionale

Abstract

Sul piano dei requisiti formali, la documentazione ostetrica o cartella ostetrica è del tutto assimilabile ad una cartella clinica o documentazione clinica tradizionale; sul piano dei contenuti emergono interessanti specificità.

Tra gli aspetti peculiari è possibile sottolineare: la necessità di documentare il percorso nel suo insieme ed il valore della continuità assistenziale; la necessità di inserire nella documentazione ostetrica anche le informazioni relative alla condizione di salute psicosociale delle persone assistite; la necessità di utilizzare un lessico descrittivo del percorso clinico assistenziale più appropriato al percorso nascita e condiviso tra i diversi operatori; la necessità di migliorare la definizione dei dati da registrare, la registrazione dei dati e la successiva fase di elaborazione statistica degli stessi e comunicazione delle informazioni che ne derivano.

Il recente documento del National Institute for Clinical Excellence "Routine antenatal care for healthy pregnant woman" sottolinea, in molte sue parti, l'importanza di una corretta informazione e documentazione clinico/assistenziale del percorso della donna in gravidanza, evidenziando anche l'importanza che le informazioni e il progetto assistenziale vengano chiaramente discussi con la donna e che la documentazione clinica del percorso sia lasciata sempre in possesso della gravida stessa.

Le ostetriche e gli altri operatori perinatali devono conoscere e saper raccogliere e descrivere correttamente gli eventi biologici della nascita (anatomici, fisiologici e biochimici) e parallelamente quelli psicologici e sociali, ai fini clinico/assistenziali ed ai fini epidemiologici.

Una cartella ostetrica di qualità deve sapere integrare gli aspetti relativi alle informazioni oggettive (dati obiettivi, risultati di indagini diagnostiche e test di screening - quando previsti) alle informazioni soggettive che descrivono le percezioni delle persone assistite e raccolgono i loro desideri e le loro preferenze; queste ultime, in ambito ostetrico, assumono un valore strategico poiché aiutano gli operatori a chiarire i problemi ed a pianificare una corretta assistenza (si pensi alla percezione e al trattamento del dolore del travaglio/parto, alla percezione dei movimenti attivi del feto, alla autodiagnosi da parte delle donne di inizio del travaglio, alla corretta datazione della gravidanza, etc...). Il coinvolgimento della donna e della sua famiglia nelle decisioni relative alla sua salute è un elemento imprescindibile di un progetto di assistenza ostetrica che, non solo può migliorare la qualità dell'assistenza ma può anche essere un valido contributo alla riduzione del tanto temuto contenzioso medico legale; la cartella ostetrica è lo strumento che raccoglie, sostiene e promuove il progetto assistenziale concordato con la persona assistita.

Nell'ultimo decennio l'assetto giuridico della formazione e dell'esercizio professionale delle cosiddette "professioni sanitarie non mediche", tra le quali quella dell'ostetrica, ha subito numerose e profonde riforme. Per citare solo le più recenti: la legge 42/99ⁱ ha portato all'abolizione, per le suddette professioni, dell'aggettivo e del concetto di "ausiliarie" e all'abrogazione di anacronistici mansionari; la legge 251/00ⁱⁱ, oltre a prevedere la possibilità di carriera come dirigenti dei servizi sanitari, afferma la diretta responsabilità delle attività di assistenza ostetrica, nonché la necessità di pianificare per obiettivi l'assistenza erogata. Il Codice deontologico dell'ostetrica approvato nel marzo del 2000 è inoltre esplicito sugli ambiti di assistenza dell'ostetrica dichiarando che: "L'ostetrica/o è il professionista sanitario che (...) opera (...) in ambito ginecologico-ostetrico-neonatale...con piena autonomia e responsabilità per quanto è di sua competenza"ⁱⁱⁱ ed emerge da numerose norme ed ampia letteratura che l'attività e le prestazioni dell'ostetrica abbracciano il campo della promozione e tutela della salute, della prevenzione, della diagnosi, del sostegno alla cura, della riabilitazione e dell'educazione sanitaria^{iv}.

Benché "scarsi e poveri siano i riferimenti *normativi* che richiamano, per l'ostetrica, l'opportunità di strumenti per la documentazione dell'attività professionale"^v e benché non siano uniformemente diffuse sul territorio nazionale esperienze rilevanti di predisposizione ed utilizzo sistematico di "cartelle ostetriche" (intese come possibile definizione di forme diverse di documentazione dell'assistenza ostetrica erogata) è difficile pensare che un'ostetrica, oggi, possa erogare un'assistenza di qualità senza l'ausilio di una pertinente documentazione.

Riteniamo che l'attenzione sia da focalizzare non tanto sulla oramai indiscutibile necessità di adottare una "cartella ostetrica" (intesa come documento integrato o inte-

grante la "cartella clinica tradizionale") quanto sulla necessità di utilizzarla in modo appropriato, riflettendo su cosa e su come documentare e descrivere l'assistenza erogata dall'ostetrica.

Infatti, se sul piano dei requisiti formali, la documentazione ostetrica o cartella ostetrica è del tutto assimilabile ad una cartella clinica o documentazione clinica tradizionale, sul piano dei contenuti emergono interessanti specificità.

È in particolare la documentazione inerente il "percorso nascita", tra i diversi campi dell'assistenza ostetrica, che suggerisce alcune riflessioni.

Per definizione la gravidanza, il parto ed il puerperio sono eventi naturali di solito fisiologici che, tuttavia, hanno subito nel corso dell'ultimo trentennio un graduale processo di "medicalizzazione" e ospedalizzazione che li hanno sovente assimilati, nel trattamento e nella descrizione, a condizioni di malattia.

Inoltre, benché l'ostetrica sia definita "...l'operatore sanitario che...assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato...in grado di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono intervento medico e di praticare, ove occorra, le relative misure di particolare emergenza..."^{vi}, è stato prioritariamente il medico ginecologo che, nel corso del tempo, ha sviluppato concettualmente i contenuti descrittivi dell'ostetrica anche se fisiologica.

Tra gli aspetti peculiari a nostro avviso più interessanti vorremmo rilevare:

1. la necessità di documentare il percorso nel suo insieme ed il valore della continuità assistenziale espressa anche nella sua forma documentale,
 2. la necessità di inserire nella documentazione ostetrica anche le informazioni relative alla condizione di salute psico-sociale della persona assistita,
 3. la necessità di utilizzare un lessico descrittivo del percorso clinico assistenziale più appropriato al percorso nascita e condiviso tra i diversi operatori,
 4. la necessità di migliorare: la definizione dei dati da registrare, la registrazione dei dati e la successiva fase di elaborazione statistica degli stessi e comunicazione delle informazioni che ne derivano (attenendosi, ove disponibili ad indicazioni basate su prove di efficacia, come nel caso del partogramma).
1. Assistere "la nascita" significa assistere più soggetti in un percorso lungo e complesso. Schematicamente si potrebbe affermare che il percorso inizia con il concepimento e termina con la fine del periodo puerperale. Nonostante vi siano molte prove di efficacia che sostengono la necessità di organizzare una assistenza che promuova

modelli di continuità assistenziale, in Italia sono poche le esperienze in tal senso e ancora meno esempi di cartella ostetrica che seguano per tutto il percorso le persone assistite.

Il recente documento inglese del National Institute for Clinical Excellence "Routine antenatal care for healthy pregnant woman" sottolinea, in molte sue raccomandazioni, l'importanza di una corretta informazione e documentazione clinica del percorso della gravidanza/parto della donna, evidenziando anche l'importanza che le informazioni e il progetto assistenziale vengano chiaramente discussi con la donna e che la documentazione clinica del percorso sia lasciata sempre in possesso della gravida stessa. Per rispondere a tale necessità l'NHS (National Health System) ha elaborato e diffuso il "Pregnancy Notes" (PN), che permette di documentare il percorso assistenziale nel suo insieme. Il PN è una cartella che accompagna donna in tutto il percorso, compilabile da tutti i professionisti, identica su tutto il territorio nazionale sia per consentire un'uniformità nella raccolta del dato, sia per finalità cliniche che per finalità di organizzazione dei servizi e di ricerca.

Il termine "continuità assistenziale" può esprimere diversi significati: condividere filosofie e modelli assistenziali uguali; la presenza dello stesso team di operatori per tutto il percorso nascita; continuità territorio - ospedale - territorio; utilizzo di procedure e protocolli comuni e condivisi^{vii}. La Cochrane Collaboration ha pubblicato molte revisioni sistematiche sugli effetti di un'assistenza continua da parte degli stessi operatori durante la gravidanza, la nascita e il puerperio, confrontate con un'assistenza tradizionale fornita da più operatori sanitari. Gli studi riguardanti un'assistenza fornita continuamente dalle stesse persone (in particolare dalle ostetriche) dimostrano che questo tipo di assistenza ha effetti benefici tra i quali segnaliamo: minori probabilità di ricoveri impropri in gravidanza, minore ricorso a farmaci analgesici in travaglio, minore numero di episiotomie, maggiore probabilità di essere soddisfatte dell'assistenza^{viii,ix,x,xi,xii,xiii,xiv}).

I suddetti diversi aspetti della continuità assistenziale possono essere contestualmente presenti o essere solo in parte presenti; il supporto documentativo dell'assistenza è in ogni caso uno strumento favorente l'integrazione e la continuità. Recenti dati dell'Istituto Superiore di Sanità indicano che, in Italia la gravidanza è seguita prevalentemente da un ginecologo privato, che non sempre opera in stretto contatto con la struttura (prevalentemente pubblica) nella quale avverrà il parto. In Italia non esiste uno strumento "obbligatorio" di documentazione dell'andamento della gravidanza

za e per questo molto spesso chi accoglie le persone assistite al momento del parto fatica a ricostruire il percorso, a discapito di una migliore selezione dei fattori di rischio ed una migliore pianificazione dell'assistenza. Nel già citato "Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman" è presente una raccomandazione GPP (Good practice point) che afferma: "Una cartella standard e nazionale, con un minimo di dati comuni, dovrebbe essere sviluppata e ed usata per aiutare gli operatori a fornire l'assistenza EbO alle donne gravide".

2. I soggetti dell'assistenza, nel percorso nascita, sono molteplici e legati da rapporti interdipendenti e dinamici: una donna che diventerà madre; un embrione che diventerà un feto e quindi un neonato; un uomo che diventerà padre; una coppia che diventerà una famiglia.

Le relazioni biologiche, psicologiche e sociali tra questi diversi soggetti rappresentano il cuore del progetto assistenziale eppure, molto spesso, le cartelle ostetriche contengono solo sintetici dati inerenti agli aspetti biologici relativi alla donna/madre ed al feto/neonato e molto più raramente sono rilevabili dati inerenti all'uomo/padre e soprattutto quelli relativi agli aspetti psicologici e sociali della gravidanza del parto e ancor meno del puerperio.

Eppure numerosi studi di buon livello confermano che la valutazione clinica dei soggetti del percorso nascita non può prescindere dalla storia personale di tutte le persone assistite coinvolte nel percorso stesso.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) nel documento: "Valori e principi per l'assistenza perinatale nel contesto Europeo"^{xv} raccomanda che "l'assistenza dovrebbe essere centrata sulla famiglia" ma i dati ISTAT rilevano notevoli sperequazioni territoriali: se il padre è quasi sempre presente al parto nel nord-ovest (85.5%) lo è molto meno nelle isole (48.4%) e ancora meno al sud 31.7%.

Sappiamo che le condizioni sociali e lavorative, le disposizioni legislative vigenti, il desiderio o non desiderio di maternità/paternità, gli stili di vita, le dipendenze, i legami parentali, la religione di appartenenza e molti altri elementi potranno influenzare il potenziale di salute della madre e del bambino nel percorso ed offrire utili elementi per pianificare l'assistenza e prevenire alcuni problemi potenziali.

La raccolta dei dati relativi e soprattutto la loro traduzione in informazione significative per il piano di assistenza non è ancora un uso abituale nella documentazione ostetrica.

3. La progressiva "medicalizzazione" del parto ha comportato l'abitudine di descrivere la gravidanza ed il parto più come condizioni di malattia che non come condizioni naturali della vita della donna, con una conseguente costruzione di modelli concettuali e lessicali che poco si adattano al sostegno ed alla promozione della fisiologia. Ecco quindi che nelle cartelle sono descritte *pazienti che effettuano visite mediche* (atte a rilevare ed escludere condizioni di malattia dal punto di vista della cura - salute come problema) e non *donne in gravidanza che effettuano bilanci di salute* (atti a descrivere i potenziali di salute dal punto di vista della prevenzione in senso olistico - salute come soluzione^{xvi}); le stesse donne, magari poco supportate durante la gravidanza ed il parto, sviluppano strane patologie, come la "tocofofia" ed i loro feti presentano molto spesso (anche in assenza di accertamenti idonei) condizioni di *sofferenza fetale* piuttosto che *condizioni non rassicuranti*^{xvii}; molte donne hanno anamnesi positive per "gravidanze pregresse" ed hanno un'età di "insorgenza del coitarca" (ovvero l'età del primo rapporto sessuale) che varia a seconda delle condizioni sociali, etniche, etc. Infinite sono i vocaboli utilizzati nelle cartelle cliniche del percorso nascita che evidenziano come il modello concettuale dell'assistenza sia ancora troppo orientato a "curare" la gravidanza ed il parto come una malattia, piuttosto che a prendersene cura per mantenere e promuovere il potenziale di salute. Benché l'O.M.S. raccomandi^{xviii} che, in ambito ostetrico, "l'assistenza dovrebbe essere basata sull'uso di tecnologie appropriate", i dati ISTAT^{xix} dimostrano che il numero medio di ecografie eseguito dalle donne in gravidanza verificato dall'indagine è stato 5.2 e che una donna su quattro ne aveva addirittura eseguite sette; numero in netto contrasto con le tre previste dal DLgs 10 ottobre 1998 e con le numerose ricerche che ne propongono per la gravidanza fisiologica addirittura una soltanto. In netto contrasto che con l'elevato e spropositato numero di ecografie in gravidanza, si pone spesso la cattiva qualità della documentazione relativa alla refertazione delle stesse con problematiche ricadute sull'assistenza.
4. La definizione dei dati da registrare nella documentazione ostetrica, la registrazione degli stessi e la successiva fase di elaborazione statistica e comunicazione delle informazioni che ne derivano è un aspetto molto importante in campo perinatale; senza adeguate informazioni è infatti impossibile procedere ad una corretta pianificazione dell'assistenza: dalla definizione delle politiche sanitarie a vari livelli, alla allocazione delle risorse, sino al coinvolgimento delle donne nel prendere decisioni.

In ambito perinatale rilevano da questo punto di vista, oltre alla "cartella ostetrica" relativa al parto ed al neonato, il Certificato di Assistenza al Parto (CEDAP), il partogramma, e la scheda di dimissione ospedaliera (SDO).

Il nuovo modello di CEDAP allegato al D.M. della sanità 16 luglio 2001, n.349^{xx} ha, oltre alle tradizionali finalità certificative, evidenti finalità statistiche.

Il "partogramma" è il prodotto della registrazione sistematica, prevalentemente grafica e otticamente chiara, dell'evoluzione del travaglio e delle concomitanti condizioni del feto e della donna (consente una visione di insieme di quello che è stato e di quello che è l'andamento del parto e di prevederne l'ulteriore evoluzione e di promuovere con tempestività gli eventuali interventi correttivi). Nel "partogramma" devono essere registrati: parametri statici quali le variabili antecedenti al travaglio (età, parità, aspettative, peso materno, presentazione e posizione della parte presentata all'inizio del periodo dilatante), le variabili contemporanee al travaglio (ora di inizio del periodo dilatante, espulsivo, etc.) le variabili posteriori al travaglio (tipo e ora del parto, sesso, peso e condizioni del neonato, caratteristiche funicolo e placenta) e parametri dinamici quali: l'evoluzione del travaglio (curva cervicometrica, progressione della parte presentata, caratteristiche dinamica uterina), indicatori del benessere fetale (b.c.f., caratteristiche liquido amniotico), le condizioni materne (polso, temperatura, p.a.o., minzioni, alimentazione, etc, atteggiamento) e gli eventuali trattamenti farmacologici. Chiare prove di efficacia dimostrano che l'utilizzo del "partogramma" promuove la continuità dell'assistenza, perché gli operatori vi riportano le loro osservazioni e promuove formazione e aggiornamento se usato come strumento di discussione nell'audit di reparto^{xxi}.

Benché il documento dell'O.M.S. "Care in Normal Birth: a Practical Guide" già nel 1996 classificasse l'utilizzo del "partogramma" tra le modalità assistenziali di utilità dimostrata da chiare prove di efficacia e che pertanto devono essere incoraggiate (categoria A)^{xxii}, la sua diffusione nella pratica clinica italiana è scarsa e disomogenea.

Le difficoltà legate alla correttezza, alla completezza ed alla successiva elaborazione dei dati raccolti nella succitata documentazione sono ancora moltissime e anche per questo sono povere le informazioni epidemiologiche italiane sulla nascita.

L'epidemiologia costituisce una delle basi della conoscenza per la promozione della salute^{xxiii} e per la pianificazione delle scelte assistenziali, ma sono ancora pochi i modelli di pianificazione per obiettivi basati sui bisogni delle persone e su evidenze scientifiche ed ancora meno le evidenze derivanti da studi anche italiani.

In conclusione, considerare la nascita come processo biologico, psicologico e sociale è basilare per una corretta assistenza. Le ostetriche e gli altri operatori perinatali devono conoscere e saper raccogliere e descrivere correttamente gli eventi biologici della nascita (anatomici, fisiologici e biochimici) e parallelamente quelli psicologici e sociali, ai fini clinici ed ai fini epidemiologici

Una cartella ostetrica di qualità deve sapere integrare gli aspetti relativi alle informazioni oggettive (dati obiettivi, risultati di indagini diagnostiche e test di screening - quando previsti -) alle informazioni soggettive^{xxiv} che descrivono le percezioni ed i desideri delle persone assistite; questi ultimi aspetti, in ambito ostetrico, assumono un valore strategico poiché aiutano gli operatori a chiarire i problemi ed a pianificare una corretta assistenza^{xxv} (si pensi alla percezione e al trattamento del dolore del travaglio/parto, alla percezione dei movimenti attivi del feto, alla autodiagnosi da parte delle donne di inizio del travaglio, alla corretta datazione della gravidanza, etc...).

La raccolta dei dati soggettivi non può prescindere dall'incontrare le persone assistite in un setting che consenta non solo l'osservazione diretta ma anche e soprattutto l'ascolto e la discussione dei problemi, poiché è fondamentale integrare il tradizionale piano di assistenza oltre che con le aspettative e i desideri delle persone assistite anche con imprescindibili elementi intuitivi, sessuali e spirituali.

Il coinvolgimento della donna e della sua famiglia nelle decisioni relative alla sua salute è un elemento imprescindibile di un progetto di assistenza ostetrica che non solo può migliorare la qualità dell'assistenza ma può anche essere un valido contributo alla riduzione del tanto temuto contenzioso medico legale; la cartella ostetrica è lo strumento che raccoglie, sostiene e promuove il progetto assistenziale concordato con la persona assistita.

^I Legge 26 febbraio 1999, n. 42 Disposizioni in materia di professioni sanitarie (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 50 del 2 marzo 1999).

^{II} Legge 10 agosto 2000, n. 251 Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica (Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 208 del 6 settembre 2000).

^{III} Lai, I. I principi e le regole deontologiche. Guida all'esercizio della professione di ostetrica/o. C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2002

^{IV} Arcadu I, Lisa M, Di Lorenzo G, Roascio R, Serafini P. L'attività e le prestazioni dell'ostetrica/o. Guida all'esercizio della professione di ostetrica/o. C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2002

^V Rodriguez, D. Professione Ostetrica/o - Aspetti di Medicina Legale e Responsabilità. ELED A Edizioni, Milano, 2001

^{VI} D.M. 14 settembre 1994, n. 740 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o.

^{VII} Hodnett ED. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. Cochrane Database Systematic reviews, 2001(3).

^{VIII} Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Systematic reviews, 2003 (4).

^{IX} Hodnett ED. Caregiver support for women during childbirth. Cochrane Database Systematic reviews, 2003(2).

^X Warren C. L'esplorazione del valore della continuità dell'ostetrica nell'assistenza British Journal of Midwifery, vol 11, n.10, ottobre 2003, pp 34-37

^{XI} Walker P. Controversies in Management: Should obstetricians see women with normal pregnancies? Obstetricians should be included in integrated team care *BMJ* 1995;310:36-37 (7 January) <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/310/6971/36?maxtoshow=&eaf>

^{XII} Neilson, "Antenatal care on trial" *BMJ* 1996;312:524-525 (2 March)

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/312/7030/524>

^{XIII} National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by National Institute for Clinical Excellence (NICE) Routine antenatal care for healthy pregnant woman, RCOG Press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, London, October 2003

<http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=114953>

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by National Institute for Clinical Excellence (NICE) Routine antenatal care for healthy pregnant woman, RCOG Press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, London, October 2003

Chapter 4 Provision and organisation of care, 4.4 Documentation of care, p 30

^{XIV} Centro di documentazione sulla salute perinatale e riproduttiva - www.saperidoc.it da cui è tratto:

AAAA Progetto n. 3 Regione Emilia Romagna - Agenzia Sanitaria Regionale - CeVEAS La sorveglianza del benessere fetale in travaglio di parto. Linee guida basate su prove di efficacia. Febbraio 2004

^{XV} Villar, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M, Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Cochrane Review) The Cochrane Library, Issue 4, 2004

<http://www.update-software.com/abstracts/ab000934.htm>

^{XVI} Page L. Clinical interventions and outcomes of One-to-One midwifery practice. *J Public Health Med*, 1999;21:243-8

^{XVII} McGrath S, Kenneil J, Suresh M et al. Doula support vs epidural analgesia: impact on cesarean rates. *Pediatr Res*, 1999; 45: 16A.

^{XVIII} Hodnett ED et al. Effectiveness of Nurses as Providers of Birth Labor Support in North American Hospitals. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 2002; 288: 1373-81.

^{XIX} Scott KD, Berkowitz G, Klaus M. A comparison of intermittent and continuous support during labor: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*, 1999; 180: 1054-9.

^{XX} Kennell JH, Klaus MH. Continuous Nursing Support During Labor (letter). *JAMA*, 2003; 289: 175-6.

^{XXI} Hodnett ED. Home-like versus conventional institutional settings for birth. Cochrane Database Systematic reviews, 2001(1).

^{XXII} 1st Perinatal Task Force Meeting - Venezia 16/18 aprile 1998

^{XXIII} Wagner M. La macchina del parto - Limiti, rischi e alternative della moderna tecnologia della nascita. Red edizioni - Como 1998

^{XXIV} AAAA Progetto n. 3 Regione Emilia Romagna - Agenzia Sanitaria Regionale - CeVEAS La sorveglianza del benessere fetale in travaglio di parto. Linee guida basate su prove di efficacia. Febbraio 2004

^{XXV} O.M.S., "Care in normal birth:A practical guide", 1996 WHO/FRH /MSM/96.24 <http://www.who.int/rht/documents/MSM96-24/msm9624.htm>

^{XXVI} ISTAT, Il percorso della maternità: gravidanza, parto e allattamento al seno. Indagine multi-scopo sulle famiglie. Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000. Roma Istituto Nazionale di Statistica 2002

MINISTERO DELLA SANITÀ - DECRETO 16 luglio 2001, n.349 - Regolamento recante: Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla nati-mortalità ed ai nati affetti da malformazioni.

^{XXVII} O.M.S. Preventing prolonged labour: practical guides

The Partograph - Part I: Principles and strategy WHO/FHE/MSM/93.8

The Partograph - Part II: User's manual WHO/FHE/MSM/93.9

The Partograph - Part III: Facilitator's guide WHO/FHE/MSM/93.10

The Partograph - Part III: Facilitator's guide WHO/FHE/MSM/93.11

<http://www.who.int/reproductive-health/publications/partograph/partograph.html>

^{XXVIII} O.M.S., "Care in normal birth:A practical guide", 1996 WHO/FRH /MSM/96.24

6. Classification of practices in Normal Birth

<http://www.who.int/rht/documents/MSM96-24/msm9624.htm>

^{XXIX} Torsoli A. Manuale di metodologia clinica per studenti e giovani medici. Il pensiero scientifico editore - 1997 Roma

^{XXX} Nonis M., Braga M., Guzzanti E. Cartella Clinica e qualità dell'assistenza - Il pensiero scientifico editore - 1998 Roma

^{XXXI} Iorio M, Serafini P, Rocchietti G, La professione ostetrica. Nuovi orientamenti nell'inquadramento legislativo, profili di competenza e responsabilità. Minerva Med Leg, 1999;119: (suppl.1 al n.4): 91-103

La sindrome HELLP : una overview

Benedetta Melani*, Raffaele Fimiani, Vincenzo Viglione**, Lucia Carignani**, Alessandro Melani*****

* Scuola di specializzazione in Ginecologia ed Ostetricia - Università di Firenze

** U.O. Ostetricia e Ginecologia Ospedale di Pescia (PT)

*** U.O. Ostetricia e Ginecologia Ospedale di Lucca

La sindrome HELLP già descritta nella sua essenza da Pritchard (1) nel 1954 ma per la prima volta sistematizzata clinicamente solo trenta anni dopo da Weinstein (2), è tuttora oggetto di mancata uniformità di impostazione patogenetica e clinica.

Il termine HELLP è stato coniato nel 1982 da Weinstein a definire una sindrome clinica, complicanza e/o variante severa della grave gestosi ipertensiva, caratterizzata da emolisi (**H: hemolysis**), ipertransaminasemia (**EL: elevate liver enzymes**) e piastrinopenia (**LP: low platelet count**). Dal 1982 in poi sono comparsi in Letteratura numerosi Lavori di diversi Autori che hanno però utilizzato criteri non uniformi per formulare la diagnosi. Non tutti l'hanno ritenuta infatti una complicanza dell'ipertensione gravidica, alcuni hanno sostenuto che non esistono elementi sufficienti per poterla considerare come una entità nosologica a sé stante. In particolare, mentre si è giunti ad un accordo pressoché unanime sui criteri diagnostici da utilizzare, ancora dibattuti sono l'autonomia della sindrome in quanto tale, oppure la possibilità che si tratti di una forma variante della preeclampsia, e l'unicità della sindrome nella sua forma completa, ovvero la possibilità che esistano forme fruste di HELLP.

Inquadramento storico

Come già ricordato, già nel 1954 Pritchard descriveva tre casi di emolisi e grave trombocitopenia (1) associate a severa tossiemia gravidica. Nel 1978 Goodlin (3) pubblicava una casistica di 13 pazienti con gestosi EPH : tutte le pazienti presentavano trombocitopenia, quasi tutte una ipertransaminasemia e nessuna presentava i segni di una coagulazione intravascolare disseminata. Successivamente lo stesso Goodlin (4) ampliava la