

Prevenzione primaria degli esiti avversi della riproduzione attraverso la promozione della salute preconcezionale

Pierpaolo Mastroiacovo*, Dante Baronciani**, Renata Bortolus***

*International Centre on Birth Defects, Roma; **Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria; ***Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata, Verona

Abstract

Primary prevention of adverse reproductive outcomes can be obtained promoting the preconception health and care

A number of scientific evidence indicates that a further reduction of children's disabilities can be obtained also throughout a continuous counselling offered to women in reproductive age, especially when a pregnancy is a possibility and not actively avoided. The preconception and the interconception care has been identified as a priority of primary health care providers. The paediatrician is one of the leading health care provider in families with a child. The aims of the preconception counselling are: to reframe the well known contents of primary prevention of congenital disabilities addressing the global woman's health before a pregnancy; to help the woman (couple) to take her (their) own decisions in light of her (their) own reproductive plans.

Quaderni acp 2010; 17(4): 148-153

Key words Preconception counselling. Adverse reproductive outcomes

Numerose prove scientifiche indicano che una ulteriore riduzione delle disabilità infantili può essere ottenuta anche attraverso un counselling continuo offerto alla donna in età riproduttiva, specialmente quando una gravidanza è possibile e non attivamente evitata. L'insieme delle cure preconcezionali o interconcezionali è stato identificato come una priorità nel campo delle cure primarie. Il pediatra è uno dei sanitari di fiducia più autorevoli nelle famiglie in cui è già presente un bambino. Gli obiettivi del counselling preconcezionale sono: ripensare e organizzare i noti contenuti della prevenzione primaria delle disabilità congenite nell'ambito della promozione della salute della donna in modo globale; aiutare la donna (la coppia) a prendere le decisioni che riguardano la sua (loro) salute in piena autonomia e responsabilità alla luce dei suoi (loro) programmi riproduttivi.

Parole chiave Counselling preconcezionale. Esiti avversi della riproduzione

Introduzione

La visione d'insieme dell'evento riproduttivo e degli esiti avversi che ne condizionano il successo non è comunemente presa in considerazione. Per questo motivo è necessario chiarire dapprima la definizione di "esiti avversi della riproduzione" (EAR). Per EAR si intende qualsiasi patologia che impedisca il concepimento, il regolare decorso della gravidanza e il suo esito normale. Gli EAR comprendono quindi: a) la sterilità e la subfertilità femminile e maschile; b) le patologie della gravidanza che ne condizionano l'esito o che rappresentano un fattore di rischio per la salute materna e del neonato – per esempio la pre-eclampsia, il diabete gestazionale, le patologie placentari; c) le alterazioni dello stato di salute del feto, del neonato o del bambino di natura congenita, determinate totalmente o in parte da cause o fattori di rischio precon-

cezionali o prenatali, in particolare le malattie genetiche che si evidenziano nei primi anni di vita (es. fibrosi cistica, talassemia, distrofia muscolare, emofilia), le malformazioni e le disabilità congenite, la prematurità, la restrizione della crescita fetale, le paralisi cerebrali, alcuni tumori di natura congenita e la morte improvvisa del lattante (*tabella 1*).

Le cause o i fattori di rischio degli EAR sono ancora poco conosciuti. Conosciamo alcuni determinanti genetici e sappiamo che vari fattori di rischio, non genetici (es. fumo, alcol, alimentazione, farmaci, agenti chimici, infezioni o malattie croniche come il diabete) e affrontabili con interventi di prevenzione primaria, condizionano, individualmente o interagendo tra loro, uno o più EAR. La possibile interazione tra i vari fattori di rischio e l'influenza su singoli o molteplici EAR rappresentano il razionale più ovvio e ro-

busto per una visione d'insieme sia degli EAR che delle azioni di contrasto dei fattori di rischio (*figura 1*).

La frequenza complessiva degli EAR non è nota e fino a oggi neppure mai valutata nel loro insieme. Dati affidabili sono disponibili solo per alcune patologie, considerate singolarmente e senza tener conto della contemporanea presenza di più patologie nello stesso soggetto (*tabella 1*). Una stima ragionevole, complessiva di tutti gli EAR, potrebbe suggerire una frequenza globale del 20-25%. Le conseguenze dei vari EAR non sono trascurabili e alcune senza dubbio sono gravi. Focalizzando l'attenzione sugli EAR che alterano la salute infantile, va sottolineato per esempio che, oltre a essere associati molto spesso a disabilità di varia natura e gravità (es. malformazioni, prematurità grave e malattie genetiche), nei Paesi sviluppati sono responsabili di una quota considerevole di mortalità infantile. Per esempio, in Italia, circa il 30% della mortalità infantile è dovuto a malformazioni congenite strutturali (in particolare cardiopatie congenite) e circa il 55% a stati morbosi perinatali (anch'essi quasi sempre di origine prenatale!) [1].

Queste considerazioni costringono a riflettere sul fatto che qualsiasi tentativo di riduzione della mortalità, della morbilità e disabilità infantile oggi giorno deve affrontare seriamente il problema dei diversi fattori di rischio che condizionano i vari EAR.

L'anello mancante nella promozione della salute infantile

Il miglioramento della mortalità e della morbilità infantile nel corso degli ultimi decenni è stato ottenuto nei Paesi sviluppati sia attraverso un sensibile miglioramento delle condizioni socio-economiche, sia attraverso interventi assistenziali di prevenzione e cura dapprima nel periodo infantile e neonatale, quindi in

Per corrispondenza:
Pierpaolo Mastroiacovo
e-mail: icbd@icdb.org

salute pubblica

una seconda fase focalizzati anche al periodo perinatale e prenatale, attraverso un'adeguata assistenza alla gravidanza e un'anticipazione sempre crescente della prima visita ostetrica. Se si considera però che l'organogenesi avviene nelle prime otto settimane di vita prenatale, dal concepimento fino alla 10^a settimana di gestazione, si comprende che l'ulteriore sforzo, il nuovo paradigma della prevenzione degli EAR, deve prevedere interventi nel periodo preconcezionale, prima del concepimento e della formazione degli organi.

L'attenzione al periodo preconcezionale colma il vuoto culturale, e quindi assistenziale nel senso più ampio del termine, che intercorre tra gli interventi di educazione alla salute, alla sessualità e alla pianificazione familiare in giovane età e la gravidanza stessa (figura 2).

La promozione della salute preconcezionale si presenta quindi come un'attività innovativa e come parte integrante delle attività di promozione della salute materno-infantile [2]. Tale cambiamento sta avvenendo contemporaneamente in diversi Paesi sviluppati e non [3]. Per poter comprenderne appieno il significato sarà tuttavia necessaria una fase di assestamento non breve, con la messa a punto non tanto dei contenuti, che appaiono chiari, ma delle modalità organizzative, che devono essere ben integrate nelle attività sanitarie esistenti, soprattutto quelle di assistenza primaria.

Il periodo preconcezionale

Il periodo preconcezionale può essere definito come il tempo che intercorre tra il momento in cui la donna (la coppia) è aperta alla procreazione, perché desidera una gravidanza nell'immediato futuro o perché comunque l'accetta a medio-lungo termine, e il momento del concepimento. Si tratta di un periodo, quindi, non definito né definibile con precisione, molto variabile: intorno ai sei mesi nelle gravidanze programmate, anche di anni in quelle non programmate.

Quali interventi preventivi nel periodo preconcezionale

Gli interventi preventivi che devono essere attuati nel periodo preconcezionale sono molteplici e sintetizzati nella tabella 2. Tutti gli interventi indicati nella tabella sono basati su prove di effica-

TABELLA 1: ESEMPI DI ESITI AVVERSI DELLA RIPRODUZIONE (EAR) E LORO FREQUENZA

Esiti avversi della riproduzione	Frequenza	Referenza
Problemi di fertilità	10-15%	[8]
Aborto spontaneo	17-22%	[9]
Pre-eclampsia	4,0%	[10]
Distacco di placenta	0,4%	[10]
Diabete gestazionale	0,9%	[10]
Malattie genetiche dell'infanzia*	0,54%	[11]
Malformazioni**	2-6%	[12]
Prematurità	6,5%	[13]
Restrizione crescita fetale	3-5-10% Variabile in base alla definizione adottata	
Disabilità congenite	Non valutate nel loro insieme	
Paralisi cerebrali	0,2%	[14]
Morte improvvisa del lattante	<0,013%	[15]
Alcuni tumori congeniti	Non valutati nel loro insieme	

* Malattie genetiche da anomalie di singoli geni (0,36%) e da anomalie cromosomiche (1,8%) identificabili entro i primi 25 anni di vita.
** Variabili in base alla gravità e all'età di diagnosi considerata

FIGURA 1: ESEMPIO DI DUE FATTORI DI RISCHIO ASSOCIATI A EAR

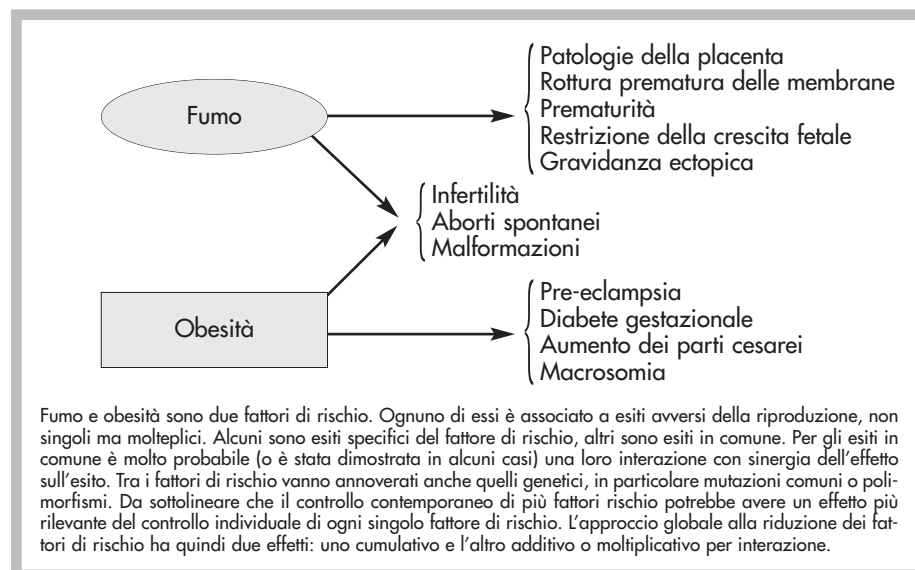
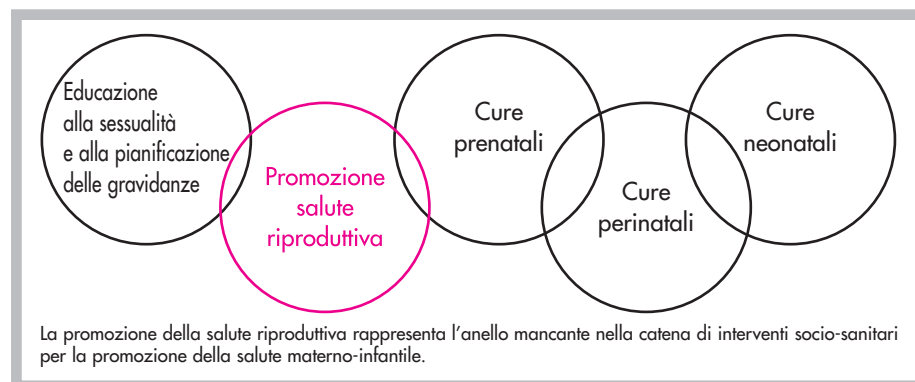


FIGURA 2: CATENA DEGLI INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE MATERNO-INFANTILE



cia più o meno robuste o su principi di buon senso ampiamente condivisi [4-5]. Altri interventi che meritano nell'immediato futuro il supporto di ulteriori studi e considerazioni sono: a) l'esame odontoiatrico e il trattamento delle periodontiti; b) lo screening preconcezionale o all'inizio della gravidanza dell'ipotiroidismo materno subclinico. Per una trattazione completa dei vari interventi e delle motivazioni che li sostengono si rimanda al sito www.pensiamociprima.net, dove sono disponibili una linea guida con 28 raccomandazioni, un set di lezioni di aggiornamento, e a breve una serie di schede informative per le coppie, con altre iniziative per l'implementazione degli interventi.

La rilevanza strategica del periodo preconcezionale

La rilevanza strategica del periodo preconcezionale è facilmente comprensibile sulla base di semplici considerazioni. Alcuni interventi preventivi sono:

- controindicati a gravidanza iniziata (es. vaccinazione contro rosolia e varicella, adeguamento della terapia antiepilettica, ottenimento di un adeguato peso corporeo nelle donne con obesità o sovrappeso);
- efficaci solo se iniziati nel periodo preconcezionale (es. supplementazione con acido folico, adeguato controllo metabolico del diabete);
- più efficaci se iniziati prima della gravidanza (es. abitudini alimentari, astensione dal fumo e dall'alcol).

Come proporre gli interventi preventivi

I vari interventi preventivi indicati nella **tabella 2** possono essere proposti alle donne (coppie) in età fertile attraverso due modalità principali: collettiva e individuale. Ambedue le modalità non si escludono tra loro, ma vanno gestite in maniera integrata.

Modalità collettiva

Usualmente viene messa in atto da organizzazioni istituzionali (Ministero della Salute, Istituto Superiore della Sanità, Assessorati alla Salute Regionali, ASL), di volontariato o di promozione sociale (es. ASBI - Associazione Spina Bifida Italia), e consiste in campagne di sensibilizzazio-

TABELLA 2: INTERVENTI PREVENTIVI DA ATTUARE NEL PERIODO PRECONCEZIONALE E LORO OBIETTIVO

Interventi preventivi	Obiettivo
Incoraggiare la programmazione della gravidanza	Evitare le gravidanze non desiderate (<i>prevenzione di IVG</i>) e attuare nei tempi dovuti i vari interventi preventivi
Identificare rischi genetici	Fornire informazioni sulle probabilità di malattia nella prole, sulle opzioni riproduttive possibili e sulle modalità di diagnosi prenatale e sue conseguenze
Identificare e ridurre i rischi psicosociali	Individuare le modalità più adatte (nonostante le difficoltà) per aiutare le donne oggetto di violenza fisica familiare o in stato di deprivazione socio-economica ad utilizzare i servizi socio-sanitari disponibili e in grado di ridurre gli effetti negativi connessi ai rischi presenti
Incoraggiare un adeguato stile di vita: alimentazione, fumo, alcol, uso di farmaci, sostanze stupefacenti, sostanze chimiche	Ridurre i rischi riproduttivi di vario tipo associati ai vari stili di vita non corretti. In linea generale una donna che programma o non esclude la possibilità di una gravidanza dovrebbe comportarsi come se fosse già incinta: astenersi da bevande alcoliche, stupefacenti di qualsiasi tipo, fumo, non assumere farmaci se non necessari e dopo consultazione medica, evitare il contatto con sostanze chimiche teratogene
Prescrivere acido folico o un multivitaminico che lo contenga ma privo di vitamina A	Ridurre il rischio di difetti del tubo neurale (<i>prove di efficacia robuste</i>), e possibilmente di altre malformazioni, altri EAR e alcune complicanze della gravidanza (<i>prove di efficacia deboli</i>)
Vaccinare le donne ancora suscettibili a rosolia, varicella, epatite B, influenza in periodo epidemico	Prevenire la malattia in gravidanza, la trasmissione al feto e i danni conseguenti
Diagnosi e trattamento malattie trasmesse sessualmente (es.: HIV, Chlamydia)	Ridurre i rischi di patologia ostetrica, perinatale e neonatale associati alla presenza di infezione o mancanza di trattamento adeguato
Diagnosi di suscettibilità a toxoplasmosi e CMV	Consigliare nelle donne ancora suscettibili norme igieniche per evitare la malattia in gravidanza
Fornire informazioni anticipate: tempestività della prima visita ostetrica, febbre, esami per la diagnosi prenatale di malattie congenite	Indicare l'importanza della prima visita ostetrica tempestiva; anticipare l'utilità dei farmaci antifebbrili in caso di febbre elevata; consentire alla coppia di riflettere con più tempo a disposizione sul significato e conseguenze degli esami di diagnosi prenatale di anomalie fetali

ne con messaggi semplici rivolti a tutta la popolazione o a specifici gruppi di essa. Alcuni di questi messaggi possono rivestire carattere di obbligatorietà, quali i messaggi sui pacchetti di sigarette e i simboli sulle bevande alcoliche (obbligatorie in alcune nazioni europee). Tuttavia a oggi la

quasi totalità di questi messaggi è rivolta alle donne già in gravidanza o è limitata a specifici interventi (es. la supplementazione con acido folico). Manca una campagna organica di promozione della salute preconcezionale nel suo insieme, seppure si registrino timidi tentativi sia in Italia

(es. Progetto “Pensiamoci Prima”, vedi sito www.pensiamociprima.net) che all'estero [3]. Va comunque sottolineato che le campagne di sensibilizzazione sono scarsamente valutate e valutabili, e la sensazione, ovviamente personale di chi scrive, è che **senza un consistente impegno economico** intersettoriale (es. sanità, scuola, aziende pubbliche e private), senza un ampio coinvolgimento dei media, in particolare della televisione, e senza il coinvolgimento attivo della classe sanitaria, **le campagne di sensibilizzazione abbiano una minima, se non nulla, capacità di modificare i comportamenti della popolazione**. A questo proposito è necessario sottolineare che le campagne di prevenzione sono spesso caratterizzate da importanti limiti nel raggiungere gli strati di popolazione che hanno sia uno svantaggio socio-culturale più marcato (es. bassa scolarità materna, minoranze etniche) che una maggiore prevalenza di esposizione a fattori di rischio per la salute.

Modalità individuale

È basata sul rapporto professionista sanitario-paziente. È ritenuta più incisiva e indispensabile per raggiungere i risultati attesi, anche per l'attività di promozione alle campagne di sensibilizzazione. Problema serio è come adoperarsi per rendere l'attività individuale davvero efficace e diffusa.

Per quanto riguarda la sua diffusione è ovvio che richiede del tempo. Va sottolineato che ogni singolo professionista sanitario ne è responsabile. Il Progetto “Pensiamoci Prima” (www.pensiamociprima.net) ha tentato di sensibilizzare e fornire un aggiornamento organico attraverso corsi di formazione e messa in rete gratuita di materiale didattico e operativo. Ha altresì sviluppato progetti per l'implementazione disponibili per le aziende sanitarie ed è in programma un corso a distanza formale.

Difficoltà ed efficacia

Per quanto riguarda l'efficacia degli interventi, l'ipotesi di lavoro del GLISP – Gruppo di Lavoro Italiano Salute Preconcezionale (vedi www.pensiamociprima.net) è che nessun intervento potrà risultare efficace se non ne viene curata la modalità di esecuzione.

Non è facile infatti fornire informazioni, raccomandazioni e prescrizioni a una

donna (coppia) che probabilmente non le richiede, che vanno a incidere su eventi non considerati dannosi per la riproduzione (es. fumo, alcol, alimentazione carente di acido folico) e su esiti considerati non frequenti (es. malformazioni, prematurità), e che istintivamente la donna (coppia) preferisce scotomizzare o rimandare a un futuro indefinito, piuttosto che affrontarli immediatamente. Se il sanitario che propone l'intervento non possiede una minima abilità di counseling, almeno di primissimo livello, se non comprende quali sono le barriere che deve affrontare la donna (coppia) per attuare ciò che le viene raccomandato, se non stabilisce insieme a lei obiettivi raggiungibili, se non ne verifica la comprensione e non crea le premesse per una libera e consapevole decisione, qualsiasi raccomandazione, anche quella basata sulle migliori prove di efficacia, può cadere nella più assoluta indifferenza e risultare del tutto inutile. E ciò non solo per quanto concerne gli interventi sugli stili di vita, i più ostici da essere attuati (es. fumo, obesità), ma anche per quelli che riguardano altri ambiti apparentemente più direttivi (es. supplementazione con acido folico, vaccinazioni, trattamento delle malattie croniche). Per questo motivo, per sottolineare l'importanza di un rapporto non direttivo e non superficiale tra il professionista sanitario e la donna (coppia) il GLISP ha mantenuto la dizione inglese di counseling (o counseling) per sottolineare la modalità di interazione necessaria a promuovere la salute preconcezionale.

Il counselling preconcezionale

Il counselling preconcezionale (CP) può essere definito come uno spazio di attenzione non episodico, integrato nell'attività clinica quotidiana, in cui il sanitario di fiducia, utilizzando le proprie conoscenze scientifiche e le proprie abilità comunicative (es. counselling sistemico), propone alla donna (coppia) aperta alla procreazione una o più raccomandazioni per ridurre i rischi biomedici, comportamentali e sociali associati agli EAR, tenendo conto dei suoi (loro) valori, dei suoi (loro) stili di vita, della sua (loro) storia clinica e riproduttiva.

Quali figure professionali

Abbiamo finora tenuto nel vago la figura professionale a cui compete proporre il

CP alle donne (coppie) in età fertile. È il momento di essere più espliciti. Il CP (non essendo un intervento episodico) deve essere proposto soprattutto dai medici in grado di attuare la continuità assistenziale, ovvero in primo luogo dai medici di medicina generale. Il pediatra è una figura professionale di riferimento per le donne (coppie) che hanno già un bambino.

Il dato che circa il 45% dei nati è secondogenito o più (anche nell'attuale situazione italiana di bassa natalità) rende il pediatra molto importante per questa funzione e molto adatto a promuovere la salute della donna (coppia) prima di un ulteriore concepimento. Alcuni usano il termine di salute o di counselling interconcezionale per sottolineare questo aspetto.

Ovviamente un ruolo importante è svolto dai ginecologi che, senza indugi, dovrebbero introdurre il CP sin dal momento in cui la donna si rivolge a loro per il controllo della fertilità o per qualsiasi problema intercorrente. Anche i genetisti medici, seppure in scarso numero sul territorio e consultati di solito per problemi specifici, hanno un ruolo importante: possono integrare e ampliare le informazioni specifiche di counselling genetico richiesto con le raccomandazioni a tutto campo che caratterizzano il CP. Infine, ostetriche e farmacisti. Le ostetriche, soprattutto nell'ambito di setting di gruppo, hanno gli strumenti conoscitivi per poter affrontare gran parte delle tematiche; i farmacisti giocano un ruolo decisivo nel sensibilizzare ad alcune tematiche sia le donne in età fertile, in generale, che quelle che acquistano un prodotto anti-concezionale o un test di gravidanza.

L'importante è che tutte le figure professionali siano sulla stessa lunghezza d'onda, ovvero abbiano le stesse motivazioni, convinzioni e conoscenze.

Risultati attesi

Argomento molto complesso, questo, per vari motivi. Innanzitutto perché un vero studio randomizzato di confronto tra donne a cui viene offerto il CP nel suo insieme e donne a cui non viene offerto è eticamente improponibile. Al massimo si possono realizzare studi randomizzati con diversa intensità dell'intervento, limitati alla valutazione delle conoscenze e delle attitudini o limitati a specifici esiti di processo [6]. Gli studi di coorte che utilizzano il confronto con gli esiti rilevati nella popolazione generale sono soggetti all'i-

TABELLA 3: ESEMPI DI EFFICACIA DI ALCUNI INTERVENTI SULLA RIDUZIONE DELLA FREQUENZA DI ALCUNI ESITI AVVERSI DELLA RIPRODUZIONE

Intervento	Esito avverso della riproduzione	Stima del numero di nati nella popolazione generale [1-2]	Riduzione ipotizzata nella popolazione a rischio [3]	Stima del numero e della percentuale di nati in meno nella popolazione generale [4-5]	NNP
Supplementazione peri-concezionale con acido folico	Difetti del tubo neurale	575	50%	215 (37,5%)	2400
	Malformaz. gravi	11.530	16%	1690 (14,6%)	310
Controllo del diabete pre-concezionale	Malformaz. gravi	11.530	68%	119 (1,04%)	25
	Prematurità	37.480	77%	633 (1,7%)	5
Trattamento ottimale dell'epilessia	Malformaz. gravi	11.530	68%	72 (0,6%)	24
Raggiungimento del peso corporeo ideale in donne obese	5 malformazioni comuni [6]	4.900	25%	64 (1,3%)	361
Fumo	Labio-palatoschisi	350	25%	22 (6,4%)	5.210
	Palatoschisi	260	18%	10 (11,4%)	10.520
	Prematurità	37.480	21%	1920 (5,1%)	60
	Morte improv. (SIDS)	73	52%	9 (17,8%)	8900
	Restrizione crescita intrauterina	17.320	45%	2440 (14,1%)	50

Nella quinta colonna i numeri indicano l'efficacia in termini assoluti: numero di soggetti *in meno* all'anno (nati e interruzioni di gravidanza dopo diagnosi prenatale di anomalie fetali) grazie all'intervento preventivo, se venisse realizzato nel 100% delle future gestanti a rischio. Nella sesta colonna, NNP indica il numero di donne necessario che seguano la raccomandazione preventiva per ridurre di un caso la frequenza dell'esito considerato.

[1] Popolazione generale: Nati in Italia 2008: 576.659.

[2] Prevalenza totale degli esiti avversi (nati e interruzione della gravidanza dopo diagnosi prenatale di anomalie fetali): Malformazioni gravi = 20 x 1000; Difetti del tubo neurale = 1 x 1000; Cardiopatie congenite = 6 x 1000; Labio-palatoschisi = 0,6 x 1000; Palatoschisi = 0,45 x 1000; Prematurità = 6,5 x 100; Morte improvvisa = 0,13 x 1000.

[3] Stima prevalenza del fattore di rischio: Necessità di supplementazione di acido folico = 90%; Diabete pre-gestazionale = 0,5%; Epilessia in trattamento farmacologico = 0,30%; Obesità = 4,0%; Fumo di sigarette all'inizio della gravidanza = 20%.

[4] Per dettagli e referenze vedi www.pensiamociprima.net

[5] Stima effettuata su tutte le donne mettono in atto l'intervento preventivo.

[6] Cardiopatie congenite, anencefalia, spina bifida, labio e palatoschisi.

inevitabile bias di adesione [7]. Una possibile soluzione è valutare l'effetto di specifici interventi su esiti specifici utilizzando studi randomizzati (disponibili solo per la supplementazione con acido folico e il trattamento ottimale del diabete pregestazionale) o derivando le stime da studi osservazionali o loro meta-analisi, come esemplificato nella *tabella 3*. Va tuttavia sottolineata l'incertezza sia sulla validità delle stime di efficacia che sulla generalizzabilità dell'effetto.

Conclusioni

In questo articolo abbiamo cercato di chiarire che la salute materno-infantile è minacciata da una serie di patologie, complessivamente definite come EAR e

in particolare, sul versante infantile, dalla prematurità e dalle malformazioni congenite (che rappresentano le due cause di mortalità e di disabilità più frequenti nei Paesi sviluppati).

Gli interventi di prevenzione primaria degli EAR realizzati fino a oggi hanno ottenuto scarsi risultati. Un piccolo (quanto è da stabilire), ma significativo passo avanti può essere fatto solo attraverso una maturazione culturale della società intera, trainata e stimolata dalla classe socio-sanitaria.

È necessario che si sviluppi una cultura della salute riproduttiva attenta non soltanto alla gravidanza (come giustamente avvenuto fino ad oggi), ma anche e soprattutto al periodo che precede il con-

cepimento e più in generale alla salute della donna in età riproduttiva.

Lo sforzo richiesto alla classe socio-sanitaria, nel suo insieme e nessuno escluso, è concentrare l'attenzione sugli stili di vita e sulle problematiche biologiche, cliniche e sociali individuali di ogni singola donna (coppia), ovvero sviluppare una capacità di orientamento della donna (coppia) in età fertile basata su specifiche abilità di ascolto e di comunicazione.

Il CP sintetizza questi obiettivi e queste esigenze. Se nei prossimi anni la comunità socio-sanitaria, nel suo insieme e in rete, riuscirà a realizzare il CP nella pratica clinica quotidiana come un naturale momento di attenzione al futuro riproduttivo della donna (coppia) riusciremo

senza dubbio a ridurre significativamente una certa quota di EAR e di disabilità congenite. Sarà compito della ricerca chiarire, anno dopo anno, la dimensione del successo ottenuto. ♦

Lavoro svolto nell'ambito del "Progetto di Ricerca per l'implementazione delle strategie utili a favorire un'assunzione ottimale di acido folico nella donna in età fertile e nella popolazione generale", finanziato dal Ministero della Salute, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), ai sensi dell'art 19, comma 1, lettera F) del D.L. 12 Aprile 2006, n. 163. Contratto n. 175.

Bibliografia

- [1] ISTAT. Tavole di mortalità per cause, 2002.
- [2] Atrash H, Jack BW, Johnson K, et al. Where is the "W"oman in MCH? Am J Obstet Gynecol 2008 Dec;199(6(Suppl 2)):S259-65.
- [3] Reeve ME. Preconception health: The missing link in the MNCH continuum of care. Beijing Da Xue Xue Bao. 2009 Aug 18;41(4):383-8.
- [4] Moos MK, Dunlop AL, Jack BW, et al. Healthier women, healthier reproductive outcomes: recommendations for the routine care of all women of reproductive age. Am J Obstet Gynecol 2008 Dec;199(6(Suppl 2)):S280-9.
- [5] HCN – Health Council of the Netherlands. Preconception care: a good beginning. The Hague: HCN, 2007. Pub N 2007/19E.
- [6] Whitworth M, Dowswell T. Routine pre-pregnancy health promotion for improving pregnancy outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2009 Oct 7;(4):CD007536.
- [7] Czeizel AE. Ten years of experience in periconceptual care. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1999 May;84(1):43-9.
- [8] Evers JL. Female subfertility. Lancet 2002 Jul 13;360(9327):151-9.
- [9] García-Enguádanos A, Calle ME, Valero J, et al. Risk factors in miscarriage: a review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2002 May 10;102(2):111-9.
- [10] Nilsen RM, Vollset SE, Gjessing HK, et al. Self-selection and bias in a large prospective pregnancy cohort in Norway. Paediatr Perinat Epidemiol 2009 Nov; 23(6):597-608.
- [11] Rimoin LD, Connor JM, Pyeritz ER, Korf RB (Eds). Emery and Rimoin's Principles and Practice of Medical Genetics. Fourth Edition. Churchill Livingstone, 2002.
- [12] Mastroiacovo P. Epidemiologia e prevenzione delle malformazioni congenite. Prospettive in Pediatria 2008;38(149-150):59-72.
- [13] Ministero della Salute. Rapporto CeDAP 2005.
- [14] Paneth N, Hong T, Korzeniewski S. The descriptive epidemiology of cerebral palsy. Clin Perinatol 2006 Jun;33(2):251-67.
- [15] Montomoli C, Monti MC, Stramba-Badiale M, et al. Mortality due to sudden infant death syndrome in Northern Italy, 1990-2000: a baseline for the assessment of prevention campaigns. Paediatr Perinat Epidemiol 2004 Sep;18(5):336-43.

UPPA HA INVENTATO IL "CERCA PEDIATRA"

UPPA circola in tutta Italia, non solo nelle case delle più di 7000 famiglie abbonate, ma anche negli studi di moltissimi pediatri che ne acquistano a decine di copie da lasciare a disposizione dei pazienti nelle sale di attesa dei loro studi. Molti ci chiedono come fare a trovare un pediatra "uppico" nella loro città o nel loro quartiere. Sollecitati da numerose email abbiamo inventato un servizio "cerca pediatra" attivo sul nostro sito.

Nella home page di UPPA in alto a destra, trovate un pulsante con la scritta "UPPA la trovi qui". Se cliccate su questo pulsante si aprirà una schermata dove potete inserire il nome della città o il Cap del luogo a cui siete interessati.

Se nella zona sono presenti pediatri sostenitori di UPPA verrà visualizzata una mappa sulla quale è indicato il loro nome e il loro indirizzo. Alcuni di questi pediatri hanno anche un loro sito personale al quale potete accedere cliccando sull'icona con la faccina che vedrete a sinistra del nome.

UPPA però non la trovi soltanto dal pediatra, ma anche in molti consultori, biblioteche, centri di assistenza alla nascita e al parto, ludoteche, scuole ecc. Questa nuova funzione del nostro sito consente anche di verificarne la presenza nella vostra zona: la procedura è la stessa e i centri sono visualizzati insieme agli studi pediatrici.

Se invece dalle vostre parti non ci dovesse essere nessun posto dove trovare il nostro giornale, potete sollecitare il vostro pediatra o il vostro consultorio a richiederne delle copie. È facilissimo: basta accedere dalla home page all'"Area pediatri" e cliccare sul pulsante Abbonati a UPPA.

Buona navigazione.

La redazione di Un Pediatra Per Amico

