



SYRIO

SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE
OSTETRICO-GINECOLOGICO-NEONATALI

OSTETRICA

ricerca, formazione e management

Rivista scientifica online

ITALIAN JOURNAL OF MIDWIVES

Research, Learning and Management

SYRIO, SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE OSTETRICO-GINECOLOGICO-NEONATALI (ITALIA)

SETTEMBRE/DICEMBRE N°5/2017

www.syrio.org

DIRETTORE RESPONSABILE



MIRIAM GUANA

COMITATO DI REDAZIONE

**ANGELO
MORESE
(SV)**



**ANTONELLA
CINOTTI
(FI)**



**DOMENICA
MIGNUOLI
(CS)**



**ANTONELLA
NESPOLI
(MZ)**



**EDDA
PELLEGRINI
(BG)**



**ELIO
LOPRESTI
(PA)**



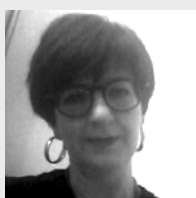
**SIMONA
FUMAGALLI
(MZ)**



**IRENE
MARZETTI
(AP)**



**CRISTIANA
PAVESI
(PC)**



**MARINA
LISA
(TO)**



**DILA
PARMA
(BO)**



**MARIA POMPEA
SCHIAVELLI
(BA)**



DIRETTORE RESPONSABILE

Miriam Guana

COMITATO EDITORIALE

Lisa Marina (To), Fumagalli Simona (MB)
Marzetti Irene (AP), Schiavelli Maria Pompea (Ba),
Morese Angelo (Sv), Cinotti Antonella (Fi), Nespoli Antonella (MB),
Pavesi Cristiana (Pc), Parma Dila (Bo), Mignuoli Domenica (Cs),
Pellegrini Edda (Bg), Lopresti Elio (Pa)

REDAZIONE**SEDE**

Via Gioberti, 71
10128 Torino

-----**CONTATTI**

SITOWEB www.syrio.org

EMAIL info@syrio.org

Syrio – Società Italiana di Scienze Ostetrico- Ginecologico-Neonatali

Produzione, amministrazione, distribuzione e copyright

www.syrio.org

INDICE

EDITORIALE

SYRIO, una "levatrice" della nascita di SISOGN (Società italiana di Scienze Ostetrico-Ginecologico-Neonatali)

Soci fondatori Syrio

pag. 5

STORIA

Tratti essenziali del profilo sociale e professionale dell'ostetrica nella storia. Caratteristiche e competenze

pag. 7

Essential traits of the social and professional midwife's profile in the history

Miriam Guana, Elisa Turini

FILOSOFIA DELLA MIDWIFERY

Il modello di assistenza nel percorso nascita: midwife e obstetrician a confronto di Judith P. Rooks

THE CARE MODEL IN THE BIRTH MIDWIFE AND OBSTETRICIAN COMPARISON

By JUDITH P. ROOK

pag. 13

Miriam Guana, Elisa Turini. Viviana Lira

RICERCA NELLA FORMAZIONE

Spendibilità del titolo di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche nel mercato del lavoro. Un'indagine tra le ostetriche

pag. 17

Quality and relevance of master degree education for the professional development of italian midwives

Miriam Guana, Antonella Nespoli, Giulia Giavera, Viviana Lira

RICERCA OSTETRICA -

Raccolta e conservazione allogenica cordonale per la donazione solidale.

Indagine nazionale sulla posizione delle ostetriche

pag. 22

Umbilical cord blood collection and storage for solidarity donation.

National survey on the midwives' position

Giulia Giavera, Miriam Guana, Monica Lussignoli

REVISIONE DELLA LETTERATURA

L'impiego dell'emogasanalisi al parto nei neonati fisiologici: revisione della letteratura

pag. 27

Routine blood gas analysis (EGA) in healthy infants:

literature review

Chiara Furlan', Simona Fumagalli, Sofia Perego, Antonella Nespoli

OSSERVATORIO INTERNAZIONALE

Le strategie della ICM per il 2017-2020

pag. 39

ICM Strategy 2017-2020".

EDITORIALE

SYRIO quale “levatrice” della nascita di **SISOGN** (Società italiana di Scienze Ostetrico-Ginecologico-Neonatali)

SISOGN acronimo di “Società italiana di Scienze Ostetrico-Ginecologico-Neonatali”, è nata il 6 novembre 2017 a Roma, grazie all’adesione, come soci fondatori, di SYRIO, a SIRONG, altra società scientifiche di ostetriche e di 32 ostetriche individuate dai rispettivi collegi provinciali ed interprovinciali. Infatti l’atto costitutivo dell’associazione è stato firmato il 6 novembre 2017 presso uno studio notarile di Roma. Nello specifico i soci fondatori risultano essere le due società scientifiche di ostetriche: **SYRIO, SIRONG e le ostetriche:**

Fausta Scarcelli (Cs), Antonio Bene (Na), Sebastiana Santanello (Sr), Incoronata Masi (Pz), Enrico Naldi (Bo), Antonella Nespoli (Mi/Bg/Cr/Lo/MB), Alba Ricchi (Mo), Cristina Ferriolo (Co/Lc/So), Monica Albini (Pv), Patrizia Messina (Roma), Nidia Manocchio (Cb/Is), Luigia Soldati (Bs), Del Pivo Silvia (PU), Caterina Cingolani (An), Daiane Foppa (Bz), Edvige Proietti (Lt), Olga Guaresse (Tn), Jessica Fasan (Ud/Pd), Maria Antonella Auci (Pa), Raffaellina Feola (Ce), Francesca Gaudino (Vr), Luana Rossana Rodini (Mn), Iliaria Catania (Ct), Francesca Bartolomeo (Ba-Bat), Rita Pulpito (Ta), Enza Michela Bottalico (Mt), Cristiana Pavesi (Pr/Pc), Laura Iannuzzi (Fi/Po/Ar/Si/Lu/Gr/Pt), Matilde Maria Canepa (Ge/Sp, Valentina Parodi (To/At), Marica Falini (Pg), Giovanna Martini (Vt).

In sostanza dei 34 soci fondatori fanno parte ben 5 “syriani”.

Nella stessa giornata è stato eletto il Consiglio Direttivo provvisorio costituito da 9 componenti, che rimarrà in carica fino alla prima assemblea degli iscritti. Come atto dovuto, nel rispetto della trasparenza, le cariche di presidente e di vicepresidente di **SISOGN** sono state attribuite alle due presidenti delle SS. Si è resa disponibile per la carica di Presidente la rappresentante legale di SIRONG (Punzo Raffaella) e per quella di vicepresidente la rappresentante legale di Syrio (Miriam Guana) Per l’individuazione dei restanti 7 componenti si è proceduto con il sorteggio, come indicato dal notaio. Quindi dopo la nomina delle prime due cariche si è passati al conferimento di quelle restanti.

Pertanto il **Consiglio Direttivo provvisorio** è così composto:

Presidente Raffaella Punzo (SIRONG)

Vice Presidente Miriam Guana (SYRIO)

Tesoriere Antonio Bene (Collegio di Napoli)

Segretario Incoronata Masi (Collegio di Potenza)

Consiglieri

Auci Maria Antonella (Collegio di Palermo)

Iliaria Catania (Collegio di Catania)

Laura Iannuzzi (Collegio interprovinciale di Fi, Po, Ar, Si, Lu, Gr, Pt)

Cristiana Pavesi (Collegio interprovinciale di Parma/Piacenza)

Luigia Soldati (Collegio di Brescia)

Un traguardo da ritenersi epocale per le ostetriche italiane considerato il rilevante numero di adesioni, 5636 ostetriche in attività che si sono iscritte nel mese di ottobre 2017 su sollecitazione dei propri colleghi di appartenenza. Tutto è avvenuto e concluso in tre mesi: dall'emanazione della normativa ovvero il 3 agosto 2017 alla data finale per la registrazione ovvero il 7 novembre 2017.

Il traguardo è stato raggiunto *in primis*, grazie alla FNCO ed alle Società di ostetriche SIRONG e SYRIO, che hanno condiviso questo obiettivo e di seguito, al **Consiglio Nazionale straordinario del giorno 8 ottobre 2017, approvando la nascita di una società scientifica rappresentata solo da ostetriche.**

Il connubio tra FNCO, società scientifiche italiane e colleghi ostetriche, rappresentava l'unica strategia efficace affinché fosse garantita la nascita, quanto prima, di una società scientifica nazionale di ostetriche con le caratteristiche indicate nell'art. 2 del Decreto attuativo della legge 24/2017 pubblicata il 2 agosto 2017.

Perdere questa occasione (come precisato da SISOGN), significava rinunciare ad avere standard clinico/assistenziali definiti dalla comunità scientifica ostetrica, per i nostri utenti/ donne, neonati, famiglie, collettività e per la professione.

SISOGN, secondo l'art.2 del proprio statuto non ha scopo di lucro, diretto né indiretto, non ha finalità sindacali, ma nel rispetto dell'autonomia dei singoli soggetti enti/ associazioni aderenti, è volta a promuovere il progresso e la diffusione delle scienze ostetrico-ginecologico-neonatali in ambito clinico, socio-assistenziale, formativo e manageriale anche attraverso la ricerca, a livello nazionale ed internazionale. Favorisce la valorizzazione delle competenze distintive della professionista ostetrica/o in ossequio alle normative nazionali ed europee, anche attraverso iniziative formative. Nel dettaglio sempre nell'art. 2 sono declinati gli obiettivi specifici (vedi copia statuto in allegato).

Un augurio sincero di grandi successi a SISOGN affinché cresca rigogliosa e propositiva, anche con l'aiuto di SYRIO

I SOCI FONDATORI

Di SYRIO

STORIA

TRATTI ESSENZIALI DEL PROFILO SOCIALE E PROFESSIONALE DELL'OSTETRICA NELLA STORIA

Caratteristiche e competenze

Essential traits of the social and professional midwife's profile in the history.

Miriam Guana¹, Elisa Turini²

¹Professore associato MED 47 Università degli Studi di Brescia, Syrio Società Italiana di Scienze ostetrico-ginecologico neonatali, ²Dottore in Ostetricia, Brescia

ABSTRACT

ITA. L'ostetrica e dell'arte ostetrica rappresentano un capitolo fondamentale della storia delle donne, in particolare, di quelle che partoriscono; pertanto questa figura ha sempre giocato un ruolo centrale nel parto e nella nascita. In questi breve articolo verranno evidenziati i tratti essenziali del suo profilo sociale e professionali tracciati da personaggi appartenenti a diverse epoche, come ad esempio: Socrate, Sorano da Efeso, Scipione Mercurio, Sebastiano Melli e Paolo Gaifami

ENGL. The history of midwives and midwifery practice represents a fundamental chapter in the history of women in particular of those who give birth; so this figure has always played a central role in childbirth and birth. In these short articles will be highlighted the essential traits of his social and professional profile drawn by people belonging to different eras, such as: Socrates, from Sorano da Ephesus, Scipione Mercurio, Sebastiano Melli and Paolo Gaifami

INTRODUZIONE

L'ostetrica e l'arte ostetrica rappresentano un capitolo fondamentale nella storia delle donne, in particolare, di quelle che partoriscono; pertanto questa figura e la sua arte hanno sempre giocato un ruolo centrale nel parto e nella nascita.

L'interesse per le vicende storiche dell'ostetrica si è appalesato e reso tangibile nei secoli, in molteplici forme ed in diversissimi prodotti editoriali e di ricerca (soprattutto posteriormente all'introduzione nell'uso della stampa a caratteri mobili). Essi costituiscono infatti il risultato di riflessioni condotte da autori di diversa estrazione, sia provenienti dall'ambito medico-sanitario sia provenienti da altri ambiti (sociologico, filosofico, letterario, psicologico, giuridico)

In questi breve articolo verranno evidenziati i tratti essenziali del profilo sociale e professionali dell'ostetrica tracciati in diverse epo-

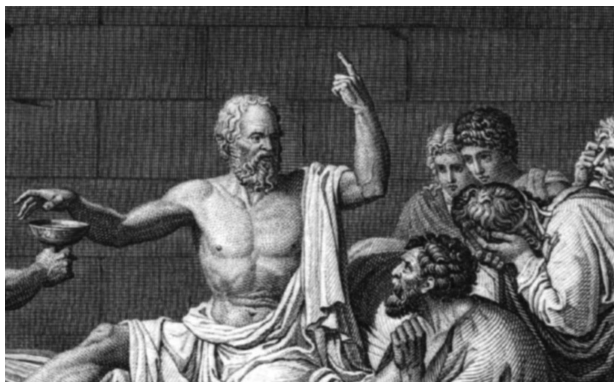
che storiche da insigni personaggi, come ad esempio: Socrate, Sorano da Efeso, Scipione Mercurio e più recentemente da Paolo Gaifami.

LA LEVATRICE SECONDO SOCRATE

(470 a.C. -399 a.C.)

Questo grande filosofo figlio di Fenatrete un'ostetrica, asserisce di avere appreso l'arte della *maieutica*, ossia, l'arte di *mettere in luce la verità*. Maieutica, derivazione di "maia" (mamma, levatrice), significa infatti colei che alla nascita aiuta, sostiene la partoriente nel "dare alla luce" il proprio figlio. Tale termine nell'ambiente socratico-platonico indicava ricercare la verità mediante la collaborazione e la partecipazione attiva del soggetto che doveva "trarla fuori" dalla propria anima. Socrate paragona la propria filosofia all'arte della maieutica, nel noto passo del *Teeto* di Platone, in cui dichiara di praticare la stessa arte di sua madre. Come

lei aiuta le donne a partorire, così Socrate aiuta i suoi allievi a dare alla luce qualcosa di "vitale e di vero", cioè concetti e verità, in una sorta di "travaglio intellettuale". Dunque anche il filosofo fa l'ostetrico, ma esercita la sua arte sulle menti, non sui corpi, sugli uomini e non sulle donne, a riprova del fatto che il pensiero, all'epoca, era "sessuato" al maschile. Egli sosteneva: *"La mia arte di ostetrico in tutto il rimanente assomiglia a quella delle levatrici, ma differi-*



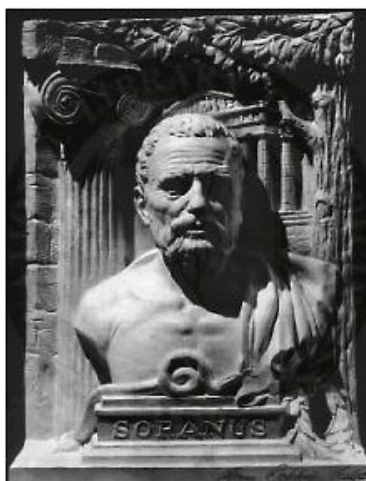
sce in questo, che opera sugli uomini e non sulle donne e provvede alle anime partorienti e non ai corpi".

L'analogia si arricchisce di ulteriori dettagli: come a una donna che sta per partorire si affianca una donna che l'aiuta, così all'uomo che genera pensieri si affianca un altro uomo che lo aiuta attraverso le domande a elaborare i concetti in un travaglio intellettuale attraverso cui si produce la verità. E come la levatrice è una donna anziana non più feconda, così Socrate definisce se stesso "sterile", ma di sapienza, perché la sua arte consiste nell'interrogare gli altri, non nel produrre egli stesso pensieri.

LA LEVATRICE SECONDO SORANO DI EFESO

(ca 90 d.C. -150 d.C.)

Sorano d'Efeso (in greco Σορανός από την Ἐφέσο; in latino Soranus Ephesius), detto anche Sorano il Giovane (medico greco, I - II sec. d.C.). avrebbe operato nel II sec. d.C. dapprima ad Alessandria d'Egitto e successivamente a Roma, dove giunse intorno all'anno 100 d.C. e dove visse sotto gli imperatori Traiano ed Adriano (98-138 d.C.).



Viene considerato il fondatore della ginecologia

e dell'ostetricia scientifica. Ciò accadde in quanto, sebbene la pratica dell'ostetricia fosse da tempo remoto in mano alle levatrici, la parte tecnico-scientifica aveva trovato vasto interesse tra gli studiosi del tempo. Questi fu autore di un trattato suddiviso in quattro libri, dal titolo **Gynaecia**, che fu il principale riferimento per questa branca della medicina per tutto il Medioevo.

Per Sorano i requisiti di una perfetta *maia* (ostetrica) indicati nel trattato, consistevano soprattutto in istruzioni prettamente pratiche. *"Ebbene, la levatrice deve saper leggere e scrivere, essere perspicace, avere buona memoria, amare il proprio lavoro, essere ordinata e onesta, avere sensi sviluppati, essere sana e robusta, e, per alcuni, essere dotata di dita lunghe e sottili, nonché di unghie ben tagliate...."* Oltre a possedere solide competenze mediche e terapeutiche, non si deve lasciar agitare e turbare nelle situazioni critiche; deve essere in grado di fornire spiegazioni adeguate dei rimedi che intende applicare e, deve saper incoraggiare le pazienti e comprenderne la sofferenza. Questo comportamento va tenuto da tutte le ostetriche, non soltanto da quelle che hanno già partorito. E' un requisito connaturato a tale figura professionale, alla quale è richiesta una notevole preparazione "psicologica".

Difatti, la maia perfetta è saggia e sobria ha un atteggiamento riservato (perché è partecipe di molti segreti delle sue pazienti); non deve essere, inoltre, avida di danaro priva di scrupoli, non deve procurare aborti in maniera rischiosa e dietro compenso; non deve essere superstiziosa tanto da lasciarsi ostacolare dal compiere ciò che è giusto nel suo lavoro da un sogno, da un presagio o da qualche altro rito. Infine, deve essere curata e pulita nell'aspetto fisico. In particolare, è bene che le mani siano delicate: eviterà quindi di lavorare la lana perché questo le rende dure, mentre ricorrerà ad unguenti per ammorbidirle, qualora non lo siano per natura.

Le levatrici, come indicato nel testo, dovevano poi essere in grado di provvedere alla dilatazione manuale del collo dell'utero, e subito dopo la fase espulsiva di tagliare il cordone ombelicale con un coltello, evitando l'uso di pezzi di vetro, di canna affilata o di una crosta di pane duro, procedure più facilmente soggette a contaminazione. Per i parti difficili Sorano raccomanda alle levatrici di chiamare in loro aiuto un medico esperto, prima di procedere ad inopinate ed errate operazioni di scuotimento o sollevamento dalla partorientente.

Continua, appunto Sorano: .. *innanzitutto, l'o-*

stetrica deve calmare i dolori della donna per mezzo del contatto di mani calde, in modo che il parto avvenga con la minore sofferenza della donna.

Per Sorano si trattava di un mestiere faticoso e pesante che richiedeva forza e una "resistenza" tutta maschile, perché il travaglio poteva durare molte ore; nonché coraggio e sangue freddo, in quanto il parto poteva presentare difficoltà improvvise. Ambizione costante di Sorano, è il raggiungimento di una perfetta armonia psicofisica, tanto per l'ostetrica e per la nutrice, quanto per la partorientente e per il neonato.

Il profilo emerso ci permette non solo di accostarci alla materia squisitamente tecnica, ma, soprattutto, di poter rimarcare l'inclinazione "umanistica" dell'autore, interessato al risvolto antropologico, che rimane costante in tutti e quattro testi.

La levatrice secondo SCIPIONE MERCURIO

Nacque a Roma presumibilmente tra il 1540 ed il 1550 e morì nel 1615 probabilmente a Venezia. Fu filosofo, medico, e cittadino romano. Nel 1596, quando era medico a Lendinara, pubblicò a Venezia il suo trattato più famoso, *La comare o ricogli-trice*, destinato a rimanere, sino agli anni Venti del Settecento, l'unico manuale di ostetricia in volgare, con numerose edizioni anche in lingua non italiana.

L'opera è articolata in tre libri (il parto normale, i vari parti distocici, le complicanze del post-partum), in cui non mancano indicazioni sull'arte della levatrice.



L'importanza di quest'opera risiede non tanto nei contenuti scientifici o terapeutici proposti, quanto piuttosto nel suo intento volgarizzatore. È un testo pensato per essere utilizzato dai medici, ma soprattutto dalle levatrici, donne non istruite che l'autore reputa spesso più capaci dei medici, le quali, «per il poco sapere», rischiavano spesso di mettere in pericolo «ne' parti vitiosi le madri, e i figli» (Prefazione, in *La comare*, 1596). Il Mercurio riteneva che il suo libro poteva essere utilizzato non soltanto dalle levatrici ma

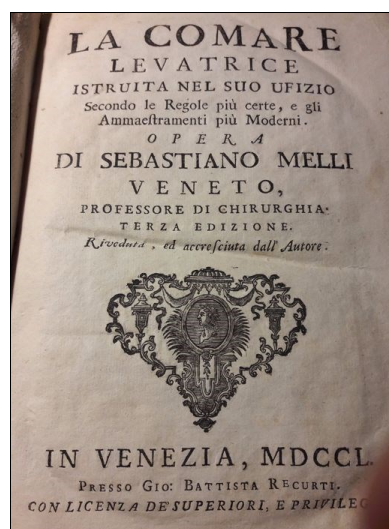
anche «da padri di famiglia, e da qualche altro, il quale non intenda latino, che in bisogni di questa sorte potrà porgere aiuti importanti» (ibid.)

Per Mercurio la medicina non deve rimanere confinata agli specialisti, ma deve trasformarsi in uno strumento da diffondere al numero maggiore possibile di persone.

Ciò che di questo eccezionale libro colpisce il lettore moderno sono quelle doti umane e, nello stesso tempo, quelle conoscenze di prima mano, maturate nell'esperienza vissuta a fianco delle partorienti, che così sovente mancano negli uomini del Cinquecento. Tutto ciò è unito ad una tale immediatezza e spontaneità espressiva da rendere questo testo una vera rarità nel panorama scientifico europeo dell'epoca. L'autore ci introduce non solo nell'ostetricia medica del tempo, ma anche nel mondo quotidiano, fra i gemiti delle donne e "l'arte" delle comari.

Per Scipione la comare doveva essere "esercitatissima et prudentissima nell'ufficio, (...) ma soprattutto timorata di Dio, non strega et ministra del diavolo, et (...) di buoni et honesti costumi et non ruffiana....". Doveva possedere coraggio e sangue freddo, perché il parto poteva presentare difficoltà improvvise; calma e ottimismo, per incoraggiare la partorientente per non perdersi d'animo: .. "sia la comare affidabile allegra, graziosa, burliera, coraggiosa". Inoltre scrive Scipione Mercurio "e faccia sempre buon animo alle gravide col prometterlo che partoriranno un figlio maschio al sicuro e che non sentiranno molto dolore, bugie che si possono dire" precisava, "senza scrupolo di peccato". (Mercurio, *La Comare*, p.79).

LA LEVATRICE SECONDO SEBASTIANO MELLI (ILLUSTRE CHIRURGO VENEZIANO—1700)



Il Melli nel 1738 stampa a Venezia il suo volume "*La Comare levatrice istruita nel suo uffizio secondo le regole più certe e gli ammaestramenti più moderni*". Egli così la definisce: "... *La comare levatrice è una donna savia che nella sua professione ha tre uffizi principali. Il primo è di far perizia della verginità e di di-*

scernere avanti il matrimonio quali donne siano feconde per produr figli e quali uomini con esse possono procreare. Il secondo, di conoscere se le donne sono gravide o no. Il terzo di aiutare la donna gravida, avanti il parto, nel parto e dopo il parto. Inoltre secondo il Melli per poter svolgere la professione "La Donna (ostetrica) deve.. "Primo saper leggere, ed a questo oggetto, prima d'ogn'altro esame le sia dato per testo il libro intitolato la Comare. Secondo: porti fede giurata dell'Incisore dell'Anatomia, di aver per due anni assistito alle pubbliche ostensioni della matrice e incisione delle parti genitali della donna, Terzo. Abbia altra fede giurata di due anni di pratica con Commare approvata... Se non sarà esaminata ed approvata, Donna alcuna non debba esercitarsi in tal Professione... pena 50 ducati da esserle irremissibilmente levata, e maggiori ad arbitrio".

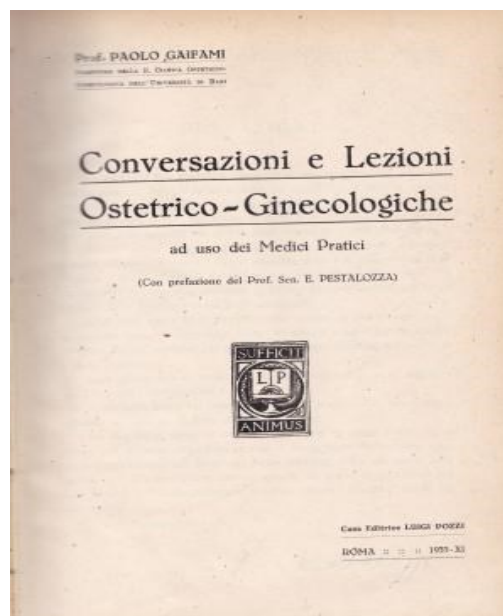
Il Melli nella sua opera fornisce inoltre indicazioni alla comare su come ella debba agire nella pratica: oggi, potremmo dire, nel rispetto delle buone pratiche e della sicurezza delle cure ... "Non deve la savia Donna (l'ostetrica) poner in positura la gravida partoriente, se non è l'ora del partorire. Per ordinario questa si accosta quando l'acque si uniscono o formano, per parlar colla Comare, che s'intende quando vengono in parte spinte avanti colle membrane. Quando quest'acque saranno bene raccolte, il che la Comare dovrà conoscere col metter il dito nel seno pudendo, dovrà situare la sua Cliente per accogliere il figliuolo, e non si dovrà prender premura di rompere dette membrane, perché uscendo l'acque avanti il tempo, restano asciutte le vie (da cui il tento temuto "parto asciutto", spauracchio delle partorienti... e si diffulta il partorire; può ancora la Signora Comare nell'atto che fa ispezione per sentire le acque ungersi i diti nell'oglio di mandorle fatto di fresco, o col butirro, oppure con qualche pinguedine emolliente, il che si fa per lassare, ammolire, e addolcire le vie, per le quali deve viaggiare la creatura. L'impulsione delle acque nelle seconde serrate, serve ad ampliare, e dilatare poco alla volta l'osculo uterino, come tra gli altri il Sig. Blancardi spiegò. Difatto in principio alla grandezza di una nocciuola si ritrova; e quanto più gli sforzi sempre crescono, tanto e più spinte, e respinte le seconde con l'acque, premono all'orifizio, e l'apiano un poco alla volta; cessando gli sforzi, l'acque recedono dal luogo che avevano imboccato, e restano flaccidette le membrane. Ritornando nuovi sforzi, ritornano di bel nuovo le acque ad imboccare, le membrane ad estendersi, e così sempre più resta la cervice uterina dilatata ; à segno tale che dal sentirsi imboccate le seconde alla grandezza di una nocciuola, come sopra dissi, si passa a scoprirle della grandezza di un uovo di gallina, e non poche volte corri-

sponde al capo dell'infante, così che occupa tutto il passo: rotte queste, lubrificate le vie, ecco l'infante alla luce, colle seconde ancora. Avverta la Comare di non aver unghie lunghe, di levarsi anelli, o smanigli, perché quelli ornamenti non possono se non molestare le parti molli della partoriente, e impedire la speditezza di operare. Avvertirà ancora che la partoriente non sia cinta da cosa alcuna, non stretta ne' capelli, non legata le coscie, o gambe, acciò nei premiti dal parto non patisca, e possino i fluidi liberamente scorrere. Noto di nuovo, che la Signora Comare non si deve pigliar premura di far uscire l'acque col rompere le membrane; perché tal cosa non deve essere fatta se non in occasione de' Gemelli.."

LA LEVATRICE SECONDO PAOLO GAIFAMI

(Como, 16 giugno 1883 - Roma, 14 marzo 1944) è stato un noto medico professore univer-

sitario e
ostetrico
italiano



E g l i
nell'Enci-
clopedia
italiana—
Treccani
del 1934
traccia il
profilo
dell'ostetri-
ca dei pri-
mi
i
trent'anni
del 1900.
Egli ne
definisce
pure la sua
identità il

suo valore sociale e le sue responsabilità professionali. È la donna, debitamente diplomata, che assiste la gravida, la partoriente, la puerpera e il neonato. Da qualche anno, Gaifani sottolinea, che si nota l'aspirazione a usare il nome di "ostetrica" e un primo riconoscimento ufficiale si ebbe nei sindacati, che sono detti appunto "delle ostetriche".¹

In Italia, la quasi totalità dei parti è assistita dalle levatrici; solo in pochi centri e nelle classi agiate si vuole anche la presenza del medico ostetrico, e solo nei centri ad assistenza sanitaria più evoluta è largo il ricovero alle maternità e alle cliniche per il parto anche fisiologico. Data l'abitudine della generalità della popolazione, è dunque grande l'importanza sanitaria e sociale delle levatrici; da qui le opportune misure per migliorarne sempre più l'efficienza; donde la maggiore severità nell'ammissione alle scuole ostetriche (si richiede il titolo di studio equiva-

lente alla terza tecnica o ginnasiale); la maggiore durata dei corsi (portata a tre anni); la parte data al tirocinio pratico durante l'istituzione di corsi di perfezionamento; l'istituzione di corsi di perfezionamento, favoriti anche di recente dall'Opera nazionale per la protezione della maternità e infanzia; infine la precisa regolamentazione di tutto quanto compete alla levatrice nel suo esercizio professionale.

L'ultimo regolamento per l'esercizio delle levatrici è del 1930 (Gazz. uff., n. 123). Per esso "la levatrice, consapevole della grande importanza sanitaria e sociale della sua attività professionale, deve tener sempre presente che la salute ed anche la vita della donna gestante o partoriente, del feto e del neonato sono ad essa affidate e che dalla capacità, dalla accortezza, dalla prudenza che essa addimosterà nella assistenza ostetrica può derivare vantaggio o danno all'individuo ed alla società".

L'opera della levatrice è fondamentale per il precoce riconoscimento delle anomalie della gravidanza, del parto, del puerperio e del neonato; può molto concorrere per ridurre la parte evitabile, ancora grande, della natimortalità; può soprattutto moltissimo nella prevenzione e nel sollecito riconoscimento dell'infezione puerperale, che pur oggi è causa di morbidità e mortalità alte. L'opera delle levatrici è infine utile nell'individuare i postumi ginecologici della maternità e nella lotta per la diagnosi precoce dei tumori maligni dell'apparato genitale femminile. Per giungere a tale intento occorrono levatrici colte, istruite, ma anche rispettose delle disposizioni legislative, secondo le quali la

"levatrice deve occuparsi solo della assistenza alla gravidanza al parto e al puerperio fisiologici". Dove comincia la patologia e l'irregolarità, essa non è più competente; si deve chiamare il medico. Secondo il citato regolamento la levatrice deve procedere all'esame del bacino, alle condizioni del feto nell'utero, all'esame delle urine nei riguardi dell'albumina; deve spiegare opera di persuasione perché, soprattutto nelle primipare, sia sentito il parere di un medico. Il medico dovrà sempre essere chiamato nelle minacce d'aborto e negli aborti in atto. Minuziosa deve essere la disinfezione delle mani e sistematico l'uso dei guanti di gomma che, soli, garantiscono l'asepsi delle mani e l'impossibilità del trasporto di materiale infettante da altre malate. Ogni sorta di operazione è vietata; è proibito fare manipolazioni vaginali allo scopo presunto di affrettare il parto (dilatazioni, unzioni con sostanze grasse), fare trazioni sul funicolo, fare iniezioni di sostanze eccitanti, ecc. Dopo ogni parto, la levatrice deve trattenersi almeno due ore; controlla se si sono prodotte lacerazioni e reclama in tale caso l'opera del medico; deve curare la pulizia degli occhi del neonato col permanganato, e, se ci sono segni d'infiammazione nella madre, anche mettendo una goccia di soluzione di nitrato d'argento; deve avvertire il medico quando si abbiano nel puerperio febbri, emorragie, scarsità o cattivo odore delle perdite puerperali, ecc.

La stessa addimosterà nella assistenza ostetrica può derivare vantaggio o danno all'individuo ed alla società".

L'opera della levatrice è fondamentale per il pre-

DIVERSE DENOMINAZIONI A CONFRONTO DELL'OSTETRIA

Obstetrix	Dal latino ob ostando, perché si oppone, scrive il Melli (1700) – "acciocché, aperte le chiusure pudente, il feto non cada in terra"
Raccoglitrice	Ovvero colei che raccoglie e alza al cielo il bambino
Comare	"co-mare" perché quasi come la madre; con amorosa assistenza leva dalle tenebre alla luce la creatura, partecipando quasi alla maternità". La levatrice veniva scelta come madrina, assumendo un ruolo che ribadiva l'importanza attribuita alla sua figura.
Levatrice	Forse dal verbo allevio o allevio; aiuto ossia sollievo; oppure dal verbo levare, sollevare
Mammana	Da due voci greche: mamma e ana (simile o uguale), cioè quasi altra madre
Sage-femme (saggia donna); bonne mère o matrone	Dal francese, perché "nell'aiutare la partoriente e nel consolarla le serve di alleviamento dei dolori e di aiuto in tali affanni"
Midwife	dall' inglese, "quasi una persona a cui si attribuiscono i doveri di moglie."
Ebamme	In tedesco da heben, levare, alzare e amme da balia

coce riconoscimento delle anomalie della gravidanza, del parto, del puerperio e del neonato; può molto concorrere per ridurre la parte evitabile, ancora grande, della natimortalità; può soprattutto moltissimo nella prevenzione e nel sollecito riconoscimento dell'infezione puerperale, che pur oggi è causa di morbidità e mortalità alte. L'opera delle levatrici è infine utile nell'individuare i postumi ginecologici della maternità e nella lotta per la diagnosi precoce dei tumori *maligni dell'apparato genitale femminile*. Per giungere a tale intento occorrono levatrici colte, istruite, ma anche rispettose delle disposizioni legislative, secondo le quali la "levatrice deve occuparsi solo della assistenza alla gravidanza al parto e al puerperio fisiologici". Dove comincia la patologia e l'irregolarità, essa non è più competente; si deve chiamare il medico. Secondo il citato regolamento la levatrice deve procedere all'esame del bacino, alle condizioni del feto nell'utero, all'esame delle urine nei riguardi dell'albumina; deve spiegare opera di persuasione perché, soprattutto nelle primipare, sia sentito il parere di un medico. Il medico dovrà sempre essere chiamato nelle minacce d'aborto e negli aborti in atto. Minuziosa deve essere la disinfezione delle mani e sistematico l'uso dei guanti di gomma che, soli, garantiscono l'asepsi delle mani e l'impossibilità del trasporto di materiale infettante da altre malate. Ogni sorta di operazione è vietata; è proibito fare manipolazioni vaginali allo scopo presunto di affrettare il parto (dilatazioni, unzioni con sostanze grasse), fare trazioni sul funicolo, fare iniezioni di sostanze eccitanti, ecc. Dopo ogni parto, la levatrice deve trattenersi almeno due ore; controlla se si sono prodotte lacerazioni e reclama in tale caso l'opera del medico; deve curare la pulizia degli occhi del neonato col permanganato, e, se ci sono segni d'infiammazione nella madre, anche mettendo una goccia di soluzione di nitrato d'argento; deve avvertire il medico quando si abbiano nel puerperio febbri, emorragie, scarsità o cattivo odore delle perdite puerperali, ecc.

Conclusione

Dai diversi profili dell'ostetrica tracciati in questo articolo emerge una figura con forte impatto nella società. Ossia, da sempre, stimata ed apprezzata dalla comunità per la sua arte orientata ad aiutare, prendersi cura, assistere confortare le donne ed in particolare le partorienti, le madri ed i loro bambini (bonne mère, così chiamata in Francia) e le cui competenze vengono ampiamente tracciate e mantenute nel tempo. Alla quale vengono richieste particolare qualità psichiche necessarie per far fronte alle situazioni di emergenza o a parti "non naturali", ossia: tranquillità, coraggio destrezza, forza, prontezza, oltre alle abilità pratiche e manuali. Ma pure le sono attribuite competenze relazio-

nali finalizzate a sostenere ed incoraggiare la partoriente.

Un'attività, quella dell'ostetrica, realizzata prevalentemente nel contesto rurale, colma di grandi responsabilità, che richiede massima disponibilità e sacrificio; esercitata da coloro "avanti con gli anni", come se ciò fosse un requisito che garantiva maggior perizia, competenza. Un'attività che si tramandava spesso all'interno della famiglia, da madre a figlia o nipote e che frequentemente condivideva con il marito nel caso praticasse l'arte medica, situazione molto frequente.

Un'arte alla quale veniva richiesto il rispetto di importanti valori etici come ad esempio, l'onesta, la conoscenza, la beneficenza, la perizia, la diligenza, la prudenza, la riservatezza. Valori costantemente presenti nel codice deontologico dell'ostetrica nazionale ed internazionale.

Fonti bibliografiche

N. M. Filippini "generare, partorire, nascere", Ed Viella, 2017, Roma

M. Guana et all. ; La Disciplina Ostetrica. Teoria, pratica ed organizzazione, McGrawHill, Milano, 2011

Sitografia

http://www.treccani.it/enciclopedia/scipione-mercurio_%28Dizionario-Biografico%29/

http://www.treccani.it/enciclopedia/maieutica_%28Dizionario-di-filosofia%29/

<http://ilmedicodifamiglia.altervista.org/sorano.html>

http://www.agiati.it/UploadDocs/6889_E_Debiasi_p_233.pdf

FILOSOFIA DELLA MIDWIFERY

IL MODELLO DI ASSISTENZA OSTETRICA NEL PERCORSO NASCITA : MIDWIFE E OBSTETRICIAN A CONFRONTO Di JUDITH P. ROOKS -

THE CARE MODEL IN THE BIRTH MIDWIFE AND OBSTETRICIAN COMPARISON By JUDITH P. ROOK

Miriam Guana¹, Elisa Turini², Viviana Lira³

¹Professore associato MED 47 Università degli Studi di Brescia, Syrio Società Italiana di Scienze ostetrico-ginecologico neonatali, ²Dottore in Ostetricia, Brescia, ³Docente e Tutor didattico Corso di Laurea in Ostetricia, Università degli Studi di Brescia

ABSTRACT

ITA Nel 1999 Judith P. Rooks, ha descritto nella sua pubblicazione "The Midwifery Model of care" le peculiarità del modello di assistenza ostetrica nel percorso nascita, evidenziandone le sue differenze con quello a gestione medica. I modelli descritti sono il risultato di ricerche sull'assistenza fornita da entrambi i professionisti coinvolti

In questo articolo vengono tracciato le rispettive filosofie, focus e obiettivo principale delle cure fornite come tracciato dalla stessa Judith P. Rooks, nella sua pubblicazione . "The Midwifery Model of Care". *Journal of Nurse - Midwifery*. 1999; 4

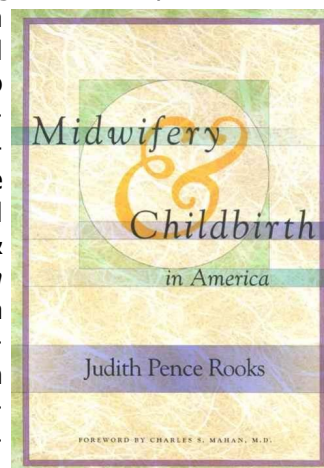
ENGL. In 1999, Judith P. Rooks described in her *The Midwifery Model of Care* the peculiarities of the model of obstetric care in the birth path, highlighting its differences with that with medical management. The models described are the result of research on the assistance provided by both professionals.

The authors of this article traced the respective philosophies, focus and main objective of the care provided as traced by the same Judith P. Rooks, in its publication. "The Midwifery Model of Care". *Journal of Nurse -*



BREVI NOTE BIO- GRAFICHE

Judith P. Rooks, past president dell'American College of Nurse-Midwives. Come epidemiologa, ha lavorato per molti anni presso Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie. È stata la principale ricercatrice di importanti studi pubblicati su riviste specializzate, tra cui il *New England Journal of Medicine* e il *Journal of American Medical Association*. È stata consulente di programmi di pianificazione familiare e ostetrica a livello internazionale ed ha prestato servizio presso l'Ufficio del Surgeon General statunitense. È autrice di oltre 100 articoli pubblicati ed è l'autrice di *Midwifery & Childbirth in America* (2007). Nel 1993, ha ricevuto il premio dell'American Public Health Association per l'eccezionale servizio alla sa-



lute di madri e bambini. Attualmente è impegnata in attività legate alla sicurezza e ai rischi delle nascite negli Stati Uniti. Sebbene in pensione, continua a lavorare per le madri, i bambini e ostetriche.

Nel 1999 Judith P. Rooks, ha descritto nella sua pubblicazione *The Midwifery Model of care* le peculiarità del modello di assistenza ostetrica nel percorso nascita, evidenziandone le differenze da quello a gestione medica. I modelli descritti sono il risultato di ricerche sull'assistenza fornita da entrambi i professionisti. L'esistenza di due distinti approcci alla cura delle donne in gravidanza è presente sin dall'antichità ed entrambi hanno portato allo sviluppo di due differenti ambiti disciplinari: la midwifery e l'ostetricia medica. Ognuna di queste discipline si basa su una diversa cognizione della natura e del significato della gravidanza e del parto. La midwifery si è evoluta come sostegno sociale, informativo, fisico e pratico alle donne. Le midwives vedevano la gravidanza seppur critica, vulnerabile, un normale momento della vita riproduttiva delle donne. Gli obstetrician si sono formati all'interno dell'accademia, al fine di affrontare le patologie della gravidanza e del parto. Ognuna di queste prospettive suscita un approccio diverso della cura e dell'assistenza nel percorso nascita: il modello ostetrico e il modello medico.

DIFFERENZA TRA MIDWIFERY E OBSTETRICS - Secondo Judith P. Rooks

Filosofia e focus. La midwife e l'obstetrician sono professioni distinte ma complementari, con filosofie, scopi e corpus di conoscenze ben definite.

I medici/ginecologici specialisti sono esperti della patologia e dovrebbero avere la responsabilità primaria dell'assistenza alle donne gravide alle quali sono state riscontrate malattie o gravi complicanze. Le midwives sono le esperte della gravidanza fisiologica e soddisfano, in autonomia, i diversi bisogni della donna che non sono legati alla patologia. Nella maggior parte dei Paesi, le ostetriche sono responsabili dell'assistenza alle donne con gravidanze non complicate. La midwifery si concentra sulla normalità della gestazione sul suo potenziale per la salute. La nascita è vista come un processo naturale che ha un profondo significato per molte persone e deve essere considerata tale fino a quando vi sia evidenza di un problema. Il verificarsi di complicanze non ostacola la possibilità di affrontare gli altri aspetti associati all'esperienza della gravidanza e del parto della donna. Le midwives sono esperte nella protezione, nel sostegno e nell'incoraggiamento della normale fisiologia del travaglio, del parto e dell'allattamento al seno. Il modello di gestione medica si concentra sul potenziale patologico della gravidanza e del parto. Quale spe-

cialità medica, l'obiettivo principale degli obstetrician è la diagnosi e il trattamento delle complicanze e la gestione delle patologie che colpiscono le donne gravide e i feti in utero. L'attenzione per l'evento patologico della gravidanza è di vitale importanza, perché, anche se la maggior parte potrebbero procedere fisiologicamente senza alcun intervento medico, gravi complicazioni e patologie, non rare, possono essere mortali.

I medici, utilizzando dispositivi di monitoraggio per la diagnosi delle complicanze, hanno però ampliato la percentuale di gravidanze considerate anormali o patologiche basandosi su definizioni di normalità eccessivamente restrittive e trattando le variazioni di tale definizione come prova della patologia. L'esigenza di identificare precocemente le complicanze hanno favorito l'impiego di una sequenza di interventi preventivi (per evitare le complicanze o per trattarle prima che ci sia prova della loro esistenza) ed un focus sui "fattori di rischio" (condizioni che non sono patologiche, ma sono associate a un'aumentata incidenza di complicanze). In molti casi si è persa la distinzione tra fattori di rischio e reale patologia e le donne con alto fattore di rischio sono trattate come se avessero reali complicanze. Dal momento che una complicanza imprevista può capitare a qualsiasi donna, in qualsiasi momento, il modello di gestione medica si orienta all'urgenza.

Differenze nel rapporto tra l'operatore e la donna.

Il modello della midwifery stabilisce che la donna gravida è un soggetto attivo nella sua cura e riconosce di esserne il principale attore e di avere potere decisionale. Il ruolo principale delle midwives è quello di provvedere all'informazione e al supporto della donna nel momento decisionale. Le midwives aiutano la donna a identificare il problema e forniscono informazioni, opzioni e la guida ad esercitare le proprie scelte. Molte midwives evitano di dire che "fanno nascere bambini", piuttosto affermano che "partecipano" al travaglio della donna e "accolgono" il bambino, riconoscendo i bisogni dell'assistita durante le fasi del travaglio e del parto. I medici sono più propensi a vedere se stessi come i principali responsabili delle decisioni, e la maggior parte dichiarano che "fanno nascere bambini".

L'obiettivo principale dell'assistenza prenatale.

Il modello di midwifery vede la donna e la sua vita il tema centrale dell'assistenza prenatale. Gran parte dell'attenzione dell'ostetrica si concentra sulla donna gravida come una persona unica, all'interno del contesto familiare e della sua vita. L'ostetrica è interessata alle aspettative della donna ed all'esperienza che sta vivendo, alle sue percezioni ed alle sue credenze, conoscenze, opinioni,

"THE MIDWIFERY MODEL OF CARE" (Judith P. Rooks)	MIDWIFERY (modello ostetrico)	OSTETRICIA MEDICA (modello medico)
Filosofia del percorso nascita	Normale evento della vita della donna Un'esperienza da vivere positivamente	Momento che può essere segnato dall'insorgenza di patologie
Scopi e obiettivi di cura	◆ promuovere la salute bio-psico-sociale e la sicurezza di madre e bambino; ◆ fornire alla donna informazioni, sostegno al fine di promuovere il suo empowerment	Promuovere salute e sicurezza di madre e bambino
Ambito di competenza: differenza di filosofia e di focus	Competente nella gestione della fisiologia ◆ gravidanza fisiologica, ◆ bisogni della donna in salute; ◆ protezione, sostegno e incoraggiamento della normale fisiologia del travaglio, del parto e dell'allattamento al seno;	Competente nella gestione della patologia ◆ gravidanza patologica, assistenza alla donna gravida con patologie o gravi complicanze; ◆ attenzione al potenziale patologico della gravidanza e del parto; ◆ diagnosi e trattamento delle complicanze e gestione delle patologie materno-fetali;
Rapporto professionista -donna	◆ donna: soggetto attivo, con potere decisionale; ◆ ostetrica: aiuta la donna nella presa di decisioni, la guida e fornisce informazioni;	◆ medico: maggior propensione a considerare se stesso come responsabile delle decisioni;
Obiettivo dell'assistenza prenatale	Prestare attenzione alla donna, alla sua vita ed alla sua esperienza di maternità	Prestare attenzione all'evoluzione della gravidanza e all'esclusione della patologia
Assistenza durante il travaglio	Alta intensità di relazione, sostegno e conforto	Impiego della tecnologia per una maggiore efficienza nell'assistenza
Ricorso agli interventi	- si evita di interferire con i processi fisiologici; - si interviene solo alla comparsa di segni	- si tende a uno stretto controllo e monitoraggio; - interventi applicati in via preventiva;

Tavola sinottica—Confronto tra il modello di cura ostetrica Vs quello medico secondo **Judith P. Rooks**

A cura di Miriam Guana, Elisa Turini, Viviana Lira

alle sue domande e preoccupazioni, alle sue soddisfazioni e insoddisfazioni, ai suoi comfort e disagi, ai suoi desideri, alle decisioni e azioni; ed alle ricadute di tutto ciò sulla sua gravidanza, sul feto, sul travaglio-parto sull'allattamento al seno, sul recupero post-partum e sulla sua evoluzione come madre. Le donne in gravidanza necessitano di molte informazioni ed alcune hanno bisogno di aiuto e sostegno nel riconoscere e modificare gli aspetti del loro stile di vita o circostanze che espongono loro e/o i loro bambini ad un aumentato rischio. Le midwives aiutano le donne ad apportare modifiche per favorire il suo stato di salute, del bambino e della famiglia.

L'assistenza prenatale all'interno del modello di gestione medica si concentra principalmente sul feto e sugli screening della patologia. L'assistenza prenatale medicalizzata spesso non pone sufficiente attenzione ai problemi connessi alla vita delle donne gravide, come il fumo e l'abuso domestico.

Presenza continua e assistenza "hands-on" durante il travaglio. Il modello di assistenza ostetrica prevede una notevole attività ad alta intensità di relazione. Le ostetriche usano le proprie energie fisiche ed emotive per incoraggiare, sostenere e confortare la donna durante il parto; il modello di gestione medica, al contrario, tende ad utilizzare di più l'uso della tecnologia per ottimizzare il tempo a disposizione.

Utilizzo degli interventi ostetrici. Le midwives cercano di proteggere, sostenere e di sottrarsi dall'interferire con i processi fisiologici: così si cerca di evitare l'uso non necessario di interventi ostetrici. Il modello di gestione medica, al contrario, vede il corpo delle donne come inadeguato per affrontare il parto e prevede uno stretto controllo e il monitoraggio dell'andamento del processo. I medici tendono a gestire il travaglio fisiologico con criteri relativamente limitati e tendono ad intervenire quando lo stesso è al di fuori di tali criteri.

Le ostetriche possono accettare dei range più ampi di normalità, a condizione che la donna e il feto tollerino bene il travaglio. I travagli che si discostano da questi standard sono oggetto di maggiore attenzione per i primi segni di complicazioni reali, ma non per un uso automatico di interventi.

La gestione medica spesso richiede l'applicazione di trattamenti come misure preventive. Il modello ostetrico raccomanda di aspettare che ci siano segni perché un intervento sia necessario. Trattare molti travagli come normali potrebbe aiutarli a rimanere fisiologici.

Scopi e obiettivi di cura. La salute e la sicurezza, della madre e del bambino, sono di fondamentale importanza sia nell'assistenza ostetri-

ca e sia nei modelli medici di gestione delle donne gravide. Quindi non sono obiettivi esclusivi delle ostetriche. Le ostetriche paragonano il parto ad un'esperienza emotivamente, socialmente, culturalmente, e spesso spiritualmente significativa, un "qualcosa da vivere positivamente" per le donne, un'esperienza dalla quale bisogna ricavare forza ed energie per rafforzare il rapporto familiare, sia tra madre e padre, ma anche tra il bambino ed eventuali altri figli. Bisogna ricordare inoltre che il bambino non è l'unico e il solo importante risultato della gravidanza.

La gravidanza, (soprattutto la prima), è un processo critico per la crescita di una donna, dove quest'ultima porta alla nascita di un bambino.

E' di fondamentale importanza che il passaggio allo status di gravida risulti un'esperienza positiva, ed è altresì importante che tutti i membri della sua famiglia assumano comportamenti sani nel rispetto della gravidanza e della futura nascita. La donna gravida deve essere aiutata affinché riceva le informazioni necessarie, il sostegno a sviluppare l'empowerment indispensabile per affrontare le scelte e assumersi le responsabilità della gravidanza. L'allattamento al seno e tutti gli aspetti che riguardano il rapporto madre-bambino sono specifici del profilo ostetrico.

CONCLUSIONI

I modelli di assistenza ostetrica ed a gestione medica delle donne gravide si basano su specifiche prospettive disciplinari. Entrambe queste prospettive sono valide e fondamentali e la misura in cui la scelta di una prevalga sull'altra, è frutto di un diverso stato di salute della donna in gravidanza. Concettualmente, i due approcci sono complementari piuttosto che alternativi, e ne è dimostrazione il fatto che ostetriche e medici lavorino insieme da sempre. Anche se questi "punti di vista" a volte sono in competizione, ostetriche e medici nel lavorare insieme condividono due modelli che in certa misura confluiscono.

Riferimenti bibliografici

Rooks JP. "The Midwifery Model of Care". *Journal of Nurse – Midwifery*. 1999; 4

Fonti elettroniche

<https://www.ourbodiesourselves.org/about/contributors/judith-rooks/>

RICERCA NELLA FORMAZIONE

MIDWIFERY E-REASERCH

SPENDIBILITA' DEL TITOLO DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE NEL MERCATO DEL LAVORO STUDIO PILOTA TRA LE OSTETRICHE

Quality and relevance of master degree education for the
professional development of *italian* midwives

Miriam Guana¹, Antonella Nespoli², Giulia Giavera³, Viviana Lira⁴

¹Professore associato MED 47 Università degli Studi di Brescia, Syrio Società Italiana di Scienze ostetrico-ginecologico neonatali, ²Ricercatore MED 47 Università degli studi di Milano Bicocca, SISOGN Società Italiana di Scienze ostetrico-ginecologico neonatali ³Dottore in Ostetrica, Brescia, ⁴Dottore in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Brescia

ABSTRACT

ITA. INTRODUZIONE. Da più di 10 anni è attivo presso le università italiane il Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche il cui obiettivo è di fornire allo studente una formazione di livello avanzato per l'esercizio di attività di elevata qualificazione in ambiti specifici nonché le basi per sviluppare, in più contesti clinico-assistenziali, la capacità di analizzare i bisogni, pianificare, progettare e gestire interventi, valutare e fare ricerca. SCOPO DEL LAVORO: indagare, in ambito nazionale, la spendibilità del titolo di laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche da parte delle ostetriche, nonché la loro percezione relativa alla qualità del percorso formativo accademico. MATERIALI E METODI: Disegno di studio: Indagine nazionale realizzata nel mese di maggio 2017. Campione: ostetriche italiane in possesso del titolo di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche. Strumento di raccolta dati: questionario anonimo online, costruito attraverso i moduli Google Forms. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI: La qualità del percorso viene considerato valido, dalle ostetriche laureate in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche (64%), per lo sviluppo delle conoscenze e delle abilità in ambito formativo (76%), della ricerca (72%) e del management (66%). Scarso in ambito clinico-assistenziale (23%). Rispetto all'attuale occupazione emerge, dopo l'acquisizione del titolo, una bassa possibilità di applicazione delle conoscenze/competenze avanzate, un basso tasso di sviluppo professionale, di attribuzione di nuove responsabilità e di vantaggi economici.

ENGL. INTRODUCTION. the Italian Master of Science degree in Nursing and Midwifery has been in operation for more than 10 years. The aim of this course is to provide the student with an advanced level of training in the pursuit of high qualification activities in specific areas as well as the basics for Develop, in multiple clinical and nursing contexts, the ability to analyze needs, plan, design and manage interventions, evaluate and research. PURPOSE: to investigate, in a national context, the students of the master's degree in Nursing and Midwifery, as well as their perception of the quality of the academic training course. MATERIALS AND METHODS: Design: cross-sectional survey conducted in May 2017. Participants: Italian midwives holding a Master's Degree in Nursing and Midwifery. Data Collection Tool: anonymous online questionnaire, built using Google forms Forms. DISCUSSION AND CONCLUSION: The quality of the study path is considered valid, from the midwives graduated in nursing and midwifery (64%), for developing knowledge and skills in learning (76%), research (72%) and management (66%). Poor in clinical care (23%). After the acquisition of the title, a low level of application of advanced knowledge / skills, a low level of professional development, attribution of new responsibilities and economic benefits, emerges from the current employment. The interviewees were given the opportunity to comment on the completion of the questionnaire. No. 34 very interesting and useful reflections for any future improvement of the course. From the evaluation of the content of the text (narrative form) emerge, in summary, the following most common requests: Provide more taught midwifery matrices for the teaching of disciplinary content in the field of research, management and learning. Ensure learning experiences related to organizational / management models in the midwifery field.

INTRODUZIONE

Da più di 10 anni è attivo presso le università italiane il Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche (CLMSIO). L'obiettivo è di fornire allo studente una formazione di livello avanzato per l'esercizio di attività di elevata qualificazione in ambiti specifici nonché le basi per sviluppare, in più contesti clinico-assistenziali, la capacità di analizzare i bisogni, pianificare, progettare e gestire interventi, valutare e fare ricerca. La formazione culturale e professionale avanzata delle ostetriche quindi è indispensabile per intervenire con elevate competenze nei processi assistenziali, gestionali, formativi e di ricerca peculiari al proprio ambito disciplinare e per garantire alle donne, ai bambini ed alle famiglie servizi sanitari sicuri, di alta qualità, efficienti e coerenti con i bisogni di salute riproduttiva, di genere.

Tra le professioni sanitarie quella ostetrica è quella che maggiormente contribuisce nel mondo a salvaguardare la salute della donna e del bambino e che negli anni è riuscita ad evolvere professionalmente, scientificamente e costruendo una nuova figura di ostetrica, ovvero, quale esperta nella promozione e nella tutela della salute riproduttiva della donna in relazione alle fasi del ciclo vitale (Lancet, 2014). La complessità dei sistemi sanitari nell'ambito della salute riproduttiva e di genere è in costante evoluzione così pure la modifica dei bisogni di salute delle donne e con l'aumentata richiesta di specializzazione clinico-manageriale e di governo. Le ostetriche sempre più stanno acquisendo questa importante consapevolezza e sempre più le sfide del futuro devono intravedere la professione ostetrica inclusa a livello decisionale e strategico nei sistemi di governo sanitario, di competenza.

La nascita che possiamo attribuire formalmente alla figura del **Dirigente Ostetrica** è da riferirsi alla **Legge 251/2000** "*Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*", dove si stabilisce che le ostetriche in possesso dei titoli di studio rilasciati con i precedenti ordinamenti possono accedere alla laurea di secondo livello in Scienze infermieristiche ed Ostetriche, ma soprattutto vi è un riconoscimento ufficiale della dirigenza (art.7 ... "*Disposizioni transitorie*)

Al fine di migliorare l'assistenza e per la qualificazione delle risorse le aziende sanitarie possono istituire il servizio dell'assistenza infermieristica ed ostetrica e possono attribuire l'incarico di dirigente del medesimo servizio).

Anche per le ostetriche **si aprono così le porte** per l'accesso alla nuova qualifica unica di

dirigente del ruolo sanitario.

SCOPO DEL LAVORO

Lo studio ha lo scopo di indagare, in ambito nazionale, la spendibilità del titolo di laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche da parte delle ostetriche, nonché sulla loro percezione relativa alla qualità del percorso formativo accademico.

OBIETTIVI DELLO STUDIO

Esplorare:

- ♦ la collocazione attuale del campione nel mondo del lavoro;
- ♦ la qualità, attrattività e rilevanza del corso;
- ♦ l'applicazione, nel lavoro, delle competenze acquisite durante il corso;
- ♦ lo sviluppo di carriera dopo il corso

MATERIALI E METODI

Disegno di studio: Indagine esplorativa, nazionale, nel mese di maggio 2017.

Popolazione target: ostetriche italiane in possesso della LMSIO

Campione. Di convenienza, rappresentato da ostetriche in possesso del titolo di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche. Il reclutamento delle unità campione è avvenuto mediante diffusione di un questionario online attraverso un social network (face book) di SYRIO, Società Italiana di Scienze Ostetrico-ginecologico-neonatali.

Si invitavano le ostetriche in possesso del titolo LMSIO ad aderire all'indagine nonché a condividere l'iniziativa con colleghe con tale requisito. Pertanto si è realizzato di seguito un campionamento non probabilistico, "a palla di neve".

Strumento di raccolta dati. Si è scelto di somministrare un questionario anonimo online, costruito attraverso i moduli Google Forms. Per la codifica degli items si è fatto riferimento alla letteratura pubblicata ed ai risultati di un'indagine affine realizzata con le stesse finalità nella popolazione che ha concluso il percorso formativo. (Azzurra Massimi et al. "Quality and relevance of master degree education for the professional development of nurses and midwives" Nurse Education Today 53 (2017) 54-60

Per la organizzazione ed analisi dei dati si è costruito un database mediante programma macroexcel 2011.

ANALISI DEI DATI

L'analisi dei dati è avvenuta attraverso l'utilizzo della statistica descrittiva (frequenze, percentuali, media).

I RISULTATI

Dati socio anagrafici e collocazione attuale nel mondo del lavoro

A questa e-research, realizzata nel mese di maggio 2017, hanno aderito 153 ostetriche in possesso della LMSIO, quasi tutte di genere femminile (96%) con un'età media di 37 anni, che hanno frequentato il corso presso 23 università italiane in prevalenza del Nord Italia tra il 2003 e il 2016.

Il 92% è occupato e il 3% non ha un lavoro nella professione, il 5% risponde altro. La maggioranza opera presso: ospedali pubblici e/o accreditati (46%), sedi accademiche (14%), ospedali universitari (23%), strutture territoriali (5%) ospedali privati (4%), libera professione (4%) altro (5%).

In merito alla posizione lavorativa è occupata in particolare in area ostetrica nel 65%, mentre nelle altre aree di competenza i risultati mostrano che l'1% è collocato in area ginecologica, così pure l'1% in area neonatale; come coordinatore ostetrica l'7% e come libera professionista nel 7%: Il 3% ricopre la carica di responsabile in area dipartimentale di settore o come Dirigente in applicazione L.251/2000. Il 10% lavora presso le università ricoprendo il ruolo di Ostetrica tutor (4%) Coordinatore/direttore didattico CLO (6%).

Qualità, attrattività e rilevanza del corso

La qualità del corso è stata giudicata positivamente nel 64% dalle intervistate le quali hanno confermato che avrebbero fatto la stessa scelta di laurea nel 69% mentre il 19% in un'altra università. Prima di iniziare il corso l'87% riponeva aspettative utili per il proprio futuro professionale in termini di nuove conoscenze ed abilità. Il 71% del campione non ha modificato il proprio giudizio al termine del corso.

Inoltre nel 59% suggeriscono di intraprendere il CdLM ad altri studenti.

Solo il 21% riferisce che il CdLM è stato fondamentale per il lavoro attuale.

Durante il percorso le intervistate dichiarano nel 90% di aver effettuato un'esperienza di tirocinio, di cui il 62% lo ha ritenuto utile per il proprio apprendimento. Rispetto alla modalità di realizzazione sono indicati: "on the job" (formazione, coordinamento-direzione, ricerca, organizzazione) e progetti. La sua durata è molto variegata: da alcuni giorni a 3 mesi.

Nel 90% hanno potuto contare su docenti ostetriche e nel 92% su docenti infermieri per i rispettivi SSD.

Applicazione nel lavoro delle competenze acquisite durante il Corso

Il 58% delle ostetriche indica di aver acquisito abilità/conoscenze utili per l'attuale occupazione. Nello specifico, a seguito del CdLM, il campione così si esprime:

1. Rispetto alle abilità cliniche, nel 23%,
2. Rispetto alle abilità in area formativa, nel 76%
3. Rispetto alle abilità in area gestionale, nel 66%
4. Rispetto alle abilità in area della ricerca, nel 72%

In merito alla reale applicazione delle abilità/conoscenze acquisite, nell'attuale lavoro, le intervistate dichiarano:

1. Il 30% in ambito clinico
2. Il 49% nell'area formativa
3. Il 32% nell'area gestionale
4. Il 52% nell'area della ricerca

Sviluppo di carriera dopo il corso

Dopo l'acquisizione della LM le intervistate hanno avuto nel 20% un avanzamento professionale, un vantaggio economico nel 4% e l'attribuzione di nuove responsabilità nel 20%.

Osservazioni personali

Alle intervistate è stata offerta la possibilità di esprimere delle osservazioni personali a conclusione della compilazione del questionario. Sono state raccolte n. 34 riflessioni di utilità per eventuali futuri interventi di miglioramento del corso di studi.

Dalla valutazione dei contenuti del testo (forma narrativa) le richieste più ricorrenti emerse tra le ostetriche laureate magistrali sono state riportate in Tabella n° 3.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

La qualità del percorso viene considerato valido, dalle ostetriche laureate in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche (64%), per lo sviluppo delle conoscenze e delle abilità in ambito formativo (76%), della ricerca (72%) e del management (66%). Scarse in ambito clinico-assistenziale (23%).

Rispetto all'attuale occupazione emerge, dopo l'acquisizione del titolo, una bassa possibilità di applicazione delle conoscenze/competenze avanzate, un basso tasso di sviluppo professionale, di attribuzione di nuove responsabilità e di vantaggi economici.

Alle intervistate è stata offerta la possibilità di esprimere delle osservazioni personali a conclusione della compilazione del questionario. Sono state raccolte n. 34 riflessioni molto interessanti e di utilità per eventuali futuri interventi di mi-

CONFRONTO TRA ALCUNI RISULTATI		Studio M. Guana, A. Nespoli, G. Giavera, Lira, 2017		Studio Azzurra Massimi et al. "Quality and relevance of master degree education for the professional development of nurses and mid- wives". <i>Nurse Education Today</i> 53 (2017)	
		POPOLAZIONE Ostetrica (n. 153)		POPOLAZIONE Infermiere (n. 374) Ostetriche (n. 40) Infermiere pediatrico (n. 12)	
GENERE	FEMMINILE	96%			70.7%
ETÀ	media	37 aa	media		38,6 aa
POSIZIONE LAVORATIVA POST- LM	Presso SSN e libera professione	74%	Infermiere di base		78%
LUOGHI DI LAVORO	ospedale	46%	ospedale		58%
	Ospedale universitario	23%	Ospedale universitario		15.9%
	Sede accademica	14%	Sede accademica		--
	Territorio (cure primarie)	5%	Territorio (cure primarie)		10.5%
	Libera professione	4%	Libera professione		0.7
	altro	5%	altro		3.7
QUALITÀ, ATTRATTIVITÀ E RILEVANZA DEL CORSO	Aspettative positive del corso per il futuro profes- sionale	87%	Aspettative positive del corso per il futuro professio- nale		80,9%
	Qualità del corso ritenuta positiva	64%	Qualità del corso ritenuta positiva		71%
CONFERMA DI RIPETERE LA STESSA SCELTA DI CORSO	SI	69%	SI		64%
	Ma in altra università	19%	Ma in altra università		11,3%
ACQUISIZIONE DELLE CONOSCENZE/ABILITÀ'	Area formativa	76%	Area formativa		86%
	Area clinica	23%	Area clinica		53%
	Area del management	66%	Area del management		79%
	Area della ricerca	72%	Area della ricerca		77%
APPLICAZIONE EFFETTIVA DELLE CONOSCENZE/ABILITÀ' NELL'ATTUALE OCCUPAZIONE	Area formativa	49%	Area formativa		70%
	Area clinica	30%	Area clinica		48,7%
	Area del management	32%	Area del management		54,7%
	Area della ricerca	52%	Area della ricerca		52,8%
RILEVANZA DEL CORSO SULL'ATTUALE OCCUPAZIONE	SI	21%	SI		58,7%
SVILUPPO DI CARRIERA DOPO IL CORSO	Avanzamento professionale	20%	Avanzamento professionale		19,8%
	Miglioramento economico	4%	Miglioramento economico		10.6%
	Nuove responsabilità	20%			30%

Tabella n° 3

ANALISI QUALITATIVA DELLO STUDIO PILOTA

PERCORSO FORMATIVO	SVILUPPO PROFESSIONALE
◆ - Prevedere più docenti di matrice ostetrica per l'apprendimento di contenuti disciplinari (Scienze Ostetriche) nell'ambito della ricerca, management e didattica. ◆ - Garantire esperienze di apprendimento relative a modelli organizzativi/gestionali in ambito ostetrico. Tabella n° 4	◆ Necessità di individuare, le aree in cui la professionista ostetrica possa applicare le proprie conoscenze e competenze avanzate, aree che frequentemente da altri professionisti non ostetriche; ◆ Necessità di individuare modalità attraverso cui garantire l'appropriatezza delle figure professionali che abbiano le competenze disciplinari adeguate per una specifica popolazione target. ◆ Esigenza di una leadership Ostetrica a tutti i livelli. ◆ Costruire una rete tra laureati magistrali per la progettazione e realizzazione modelli gestionali, nonché ricerche e per proporsi alle istituzioni del sistema salute con più forza e autorevolezza.

Riferimenti bibliografici

- Massimi A et al. "Quality and relevance of master degree education for the professional development of nurses and midwives" *Nurse Education Today*, Volume 53, June 2017, Pages 54-60
- Goemaes R, Beeckman D, Goossens J et al. 2016 «Advanced midwifery practice: An evolutionary concept analysis» *Midwifery*. 2016 Nov;42:29-37. doi: 10.1016/j.midw.2016.09.004. Epub 2016 Sep 13
- Begley C¹, Elliott N, Lalor J, Coyne I, Higgins A, Comiskey CM. Differences between clinical specialist and advanced practitioner clinical practice, leadership, and research roles, responsibilities, and perceived outcomes (the SCAPE study). *J Adv Nurs*. 2013 Jun;69(6):1323-37. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06124.x. Epub 2012 Aug 29.
- DM 22 ottobre 2004 n. 270 - DM 19 febbraio 2009

RICERCA OSTETRICA

RACCOLTA E CONSERVAZIONE ALLOGENICA DEL SANGUE CORDONALE PER LA DONAZIONE SOLIDALE. INDAGINE NAZIONALE SULLA POSIZIONE DELLE OSTETRICHE

Umbilical cord blood collection and storage for
solidarity donation.
National survey on the midwives' position

Giulia Giavera¹, Miriam Guana², Monica Lussignoli³

¹Ostetrica, Università degli Studi di Brescia, ¹Professore associato MED 47 Università degli Studi di Brescia, Syrio Società Italiana di Scienze ostetrico-ginecologico neonatali, ³ Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche ed ostetriche, ASST Spedali Civili di Brescia

ABSTRACT

ITA. INTRODUZIONE: L'art. 3.7 del Codice Deontologico dell'ostetrica/o, 2014 così recita.. "l'ostetrica/o promuove e sostiene la raccolta e la conservazione allogenica del sangue cordonale per la donazione solidale. Sono nate a tal proposito delle opinioni contrastanti relative all'eticità della raccolta del sangue cordonale anche all'interno della comunità delle ostetriche. SCOPO DEL LAVORO: indagare sulla posizione delle ostetriche italiane in merito alla raccolta del sangue cordonale, sulle conoscenze possedute su tale metodica e se il loro punto di vista è conforme con la deontologia professionale. MATERIALI E METODI: studio quantitativo osservazionale descrittivo. Hanno aderito 906 ostetriche. Lo strumento utilizzato è un questionario anonimo semistrutturato, diffuso online. RISULTATI: E CONCLUSIONI: la maggioranza del campione riferisce di possedere una sufficiente conoscenza sugli scopi della cura o della ricerca delle tre tipologie di raccolta del sangue cordonale; il 35% non ha avuto una formazione in merito. Il 69% del campione si ritiene concorde con quanto esplicitato nel Codice Deontologico dell'ostetrica del 2014, quindi con le modalità e finalità di raccolta del sangue cordonale ad uso autologo.

ENGL. INTRODUCTION: The art. 3.7 of the Deontological Code of the midwife / o, 2014 so states ... "the midwife promotes and supports the collection and the allogeneic preservation of the cord blood for the solidarity donation. This purpose was born of the conflicting opinions concerning ethics the collection of cord blood also within the community of midwives: PURPOSE OF THE WORK: investigating the position of Italian midwives regarding the collection of cord blood, on the knowledge possessed on this matter and on their point of view is in compliance with the professional ethics MATERIALS AND METHODS: descriptive observational quantitative study 906 obstetricians joined The tool used is a semi-structured anonymous questionnaire, disseminated online RESULTS: AND CONCLUSIONS: the democracy of the research relationship of the knowledge of cord blood collection, 35% not has had training on this matter: 69% of the sample is considered to be in agreement with what was stated in the Deontological code of the obstetrician of 2014, then with the methods and criteria of collection of cord blood for autologous

INTRODUZIONE

Le cellule staminali emopoietiche contenute nel sangue del cordone ombelicale sono utili nel trattamento di molte malattie ematologiche e non [9].

Esistono diversi tipi di raccolta del sangue del cordone ombelicale (SCO): ad uso allogenico, dedicato ed autologo. Secondo la legge italiana è possibile raccogliere il sangue cordonale ad uso allogenico. Quindi donarlo per il suo utilizzo da parte di terzi, e ad uso dedicato, ovvero ad uso personale o familiare in presenza di malattia per cui è clinicamente indicato il trapianto di tali cellule staminali. Non è invece permessa l'istituzione di banche nazionali per la sua conservazione privata a scopo autologo; questa tipologia di raccolta è possibile, in Italia, solo avvalendosi di banche private estere.

Per poter raccogliere e donare il sangue cordonale al momento del parto è necessario intraprendere un percorso specifico, in modo da valutare l'idoneità della donna/coppia/neonato a tale procedura [14].

Un aspetto fondamentale da tenere in considerazione riguarda il *timing* del clampaggio del cordone ombelicale. E' stato scientificamente dimostrato che il clampaggio tardivo del cordone ombelicale comporta numerosi vantaggi per il neonato, per esempio: la riduzione della deficienza di ferro (anche fino al primo anno di vita), l'aumento del volume ematico, del peso e dell'ematocrito e dell'emoglobina alla nascita.

Della donazione del sangue cordonale se ne fa riferimento anche in documenti fondamentali per la professione ostetrica ovvero, nel Codice Deontologico aggiornato nel 2014. L'art 3.7 così recita .. " *L'ostetrica/o promuove e sostiene la raccolta e la conservazione allogenica del sangue cordonale per la donazione solidale* "[39].

Tale aggiornamento del CD ha suscitato un importante dibattito tra le ostetriche italiane.

Si sono osservate a tal proposito diverse correnti di pensiero in opposizione alla raccolta del sangue cordonale considerati gli svantaggi per il neonato. Noti professionisti sanitari mettono in discussione tale tecnica, come ad esempio, l'ostetrica Ibu Robin Lim e il ginecologo Frèdèrick Leboyer (20,21,22).

SCOPO DELLO STUDIO

Indagare le opinioni e le posizioni delle ostetriche italiane in merito alla donazione solidale del sangue cordonale. Quindi se il loro punto di vista è conforme con l'art. 3.7 del Codice Deontologico dell'ostetrica/o, aggiornato nel 2014.

MATERIALI E METODI

Disegno di ricerca. Indagine nazionale condotta da dicembre 2016 a febbraio 2017.

Identificazione del campione. Hanno aderito allo studio 906 ostetriche iscritte/i ai Collegi delle Ostetriche di propria competenza geografica

Lo strumento di raccolta dati. E' stato somministrato online un questionario, anonimo, alle ostetriche dei collegi che hanno aderito allo studio. Il questionario, costruito ad hoc è composto da 33 domande, a risposta chiusa, semichiusa o aperta, suddiviso in più sezioni: dati socio anagrafici, formazione, status ed esperienza professionale, background sulla metodica, gestione della metodica, opinioni sulla finalità delle diverse modalità di raccolta,

Analisi dei dati. I dati raccolti sono stati inseriti in apposite tabelle di lavoro utilizzando il programma Microsoft Excel (2011). Sono state calcolate le frequenze assolute e percentuali, ricorrendo all'arrotondamento per semplificare i dati.

RISULTATI

Dato socio-anagrafici, formazione di base ed occupazione

Il campione, costituito da 906 ostetriche, di cui il 97% di sesso femminile e con età inferiore a 30 anni (45%). Attualmente l'80% è occupata (f 707), prevalentemente in area ostetrica (94%, f 665) e soprattutto presso una struttura ospedaliera pubblica (63%, f 445). Il 3% lavora all'estero in particolare in Inghilterra, Francia, Germania e Afghanistan.

Poco più della metà delle intervistate (54%, f 480) ha ricevuto una formazione dedicata durante il percorso di base abilitante, soprattutto in merito all'esecuzione della raccolta del sangue cordonale ed alle sue finalità (93% e 90%).

Background su metodiche di raccolta del sangue cordonale

Il 96% del campione è a conoscenza dell'esistenza delle diverse metodiche. In merito agli scopi terapeutici o di ricerca la maggioranza del campione si ritiene discretamente informato sulle tre tipologie di SCO (allogenico 43% e 28%; dedicato 33% e 32%,; autologo 38% e 36%.

Per quanto riguarda il timing del clampaggio del cordone ombelicale il 68% (f 381) si ritiene informato sui vantaggi/svantaggi materno-neonatali di quello precoce Vs quello tardivo, come riportati in letteratura.

Il 59% dei partecipanti ritiene che sia *molto* importante proporre iniziative scientifiche per aumentare nelle ostetriche le competenze spe-

cifiche teorico-pratiche.

Trasmissione delle conoscenze sulla metodica all'utenza

L'offerta attiva di "counselling dedicato" viene garantita nel 81% dalle ostetriche che effettuano i corsi di accompagnamento alla nascita (CAN nel 41% del campione); ovvero informazioni alle gravide sulle diverse modalità di raccolta del SCO, sue finalità (93%) e modalità di esecuzione (66%).

L'11% dei responders svolge la funzione di docente, ma solo la metà garantisce alle studente ostetriche l'apprendimento circa gli scopi e le tecniche di raccolta.

Opinioni e atteggiamenti delle ostetriche

Il 69 % del campione è a conoscenza delle nuove indicazioni contenute nell'art 3.7 del CD 2914; inoltre il 70% (f 623) si ritiene in accordo con tale dovere deontologico, ossia, che l'ostetrica/o debba sostenere e promuovere la raccolta e la conservazione allogenica del sangue cordonale per la donazione solidale, (grafico 1); il 55% era a conoscenza delle diverse correnti di pensiero in disaccordo con la promozione la donazione del sangue cordonale che sostenendo invece la tutela dei diritti del neonato.

Analizzando le opinioni delle intervistate su scopi e finalità delle tre tipologie di raccolta si rileva non totale accordo come riportato nella tabella 1 e nel grafico 2

CONCLUSIONI

I partecipanti allo studio possiedono una buona conoscenza su modalità e finalità delle tre tipologie di raccolta del sangue cordonale, seppur non tutti abbiano ricevuto una formazione dedicata durante il corso di laurea abilitante. Un 1/3 delle ostetriche però non si ritiene sufficientemente informata sui vantaggi/svantaggi per madre e bambino legati ad un clmpaggio precoce o tardivo.

Sulla base dei dati raccolti è emerso che non tutte le ostetriche intervistate sono in accordo con la raccolta del sangue del cordone ombelicale e di riflesso con il dovere indicato nell'art. 3.7. del CD attualmente in vigore e di cui una parte del campione non era adeguatamente informata; questo vale sia per l'uso solidaristico e dedicato ma soprattutto per l'uso autologo ritenuto privo di evidenze scientifiche o mera speculazione economica, come si rileva dalle opinioni di alcune ostetriche.

Dalla ricerca inoltre emerge che solo una parte delle ostetriche impegnate nei CAN (corsi di accompagnamento alla nascita) offrono un counselling dedicato alle gravide su tale metodica, così pure non tutte le ostetriche docenti del campione

Tab. 1

Accordo (molto e abbastanza) con scopi e finalità delle modalità di raccolta SCO

(MOLTO, ABBASTANZA)

USO SOLIDARISTICO/ ALLOGENICO	USO DEDICATO	USO AUTOLOGO
70%	63%	21%

garantiscono la diffusione delle conoscenze teorico-pratiche alle proprie studente.

L'auspicio è che questo studio possa essere di utilità per la comunità professionale e scientifica delle ostetriche italiane in particolare rappresenti un momento di stimolo alla discussione e alla riflessione su un tema di attualità sotto il profilo scientifico ed etico considerato che non tutte le intervistate sono allineate con le indicazioni deontologiche attualmente in vigore. A torto o a ragione?

Alcune opinioni personali intorno al tema "Raccolta sangue cordonale"

"... La donazione in genere è un atto bellissimo. Ma purtroppo sono pochi gli ospedali che offrono tali servizi e di questi pochi molti nemmeno lo fanno bene. Per cui le donne e famiglie optano sempre di più per la conservazione ad uso autologo che per la donazione allogenica".

"Machiavelli diceva "il fine giustifica i mezzi". Dare la precedenza ad una raccolta dedicata credo sia doveroso; ad una raccolta per uso solidaristico, se il feto è in buona salute e non necessita dei vantaggi ormai noti legati al clampaggio tardivo, credo sia auspicabile; per la raccolta autologa ho qualche riserva soprattutto legata alla speculazione che ruota intorno".

"Credo che i benefici del taglio del cordone ritardato (e con ritardato intendo almeno a 5 minuti dalla nascita dato che numerosi studi hanno confermato che il cordone continua a pulsare) siano tanti e importanti

"Non sono in generale a favore della donazione del sangue neonatale da cordone e non approvo assolutamente le informazioni poco obiettive che si trasmettono alle famiglie sull'argomento. Sebbene le raccomandazioni del Ministero siano quelle di clampare il cordone non prima di 60 secondi dalla nascita, gli studi osservazionali mostrano come le sacche raccolte dopo questo tempo e anche prima, siano nella grande maggioranza non utilizzabili

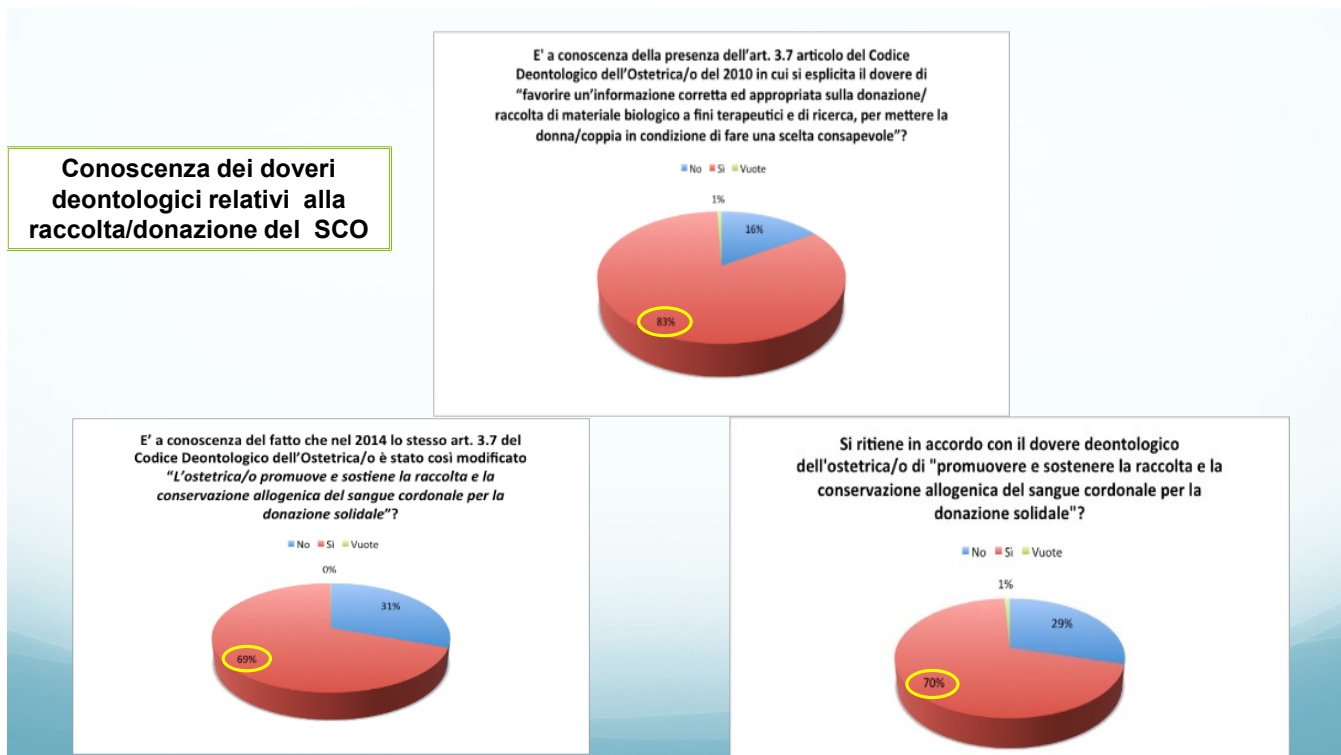


Grafico 1

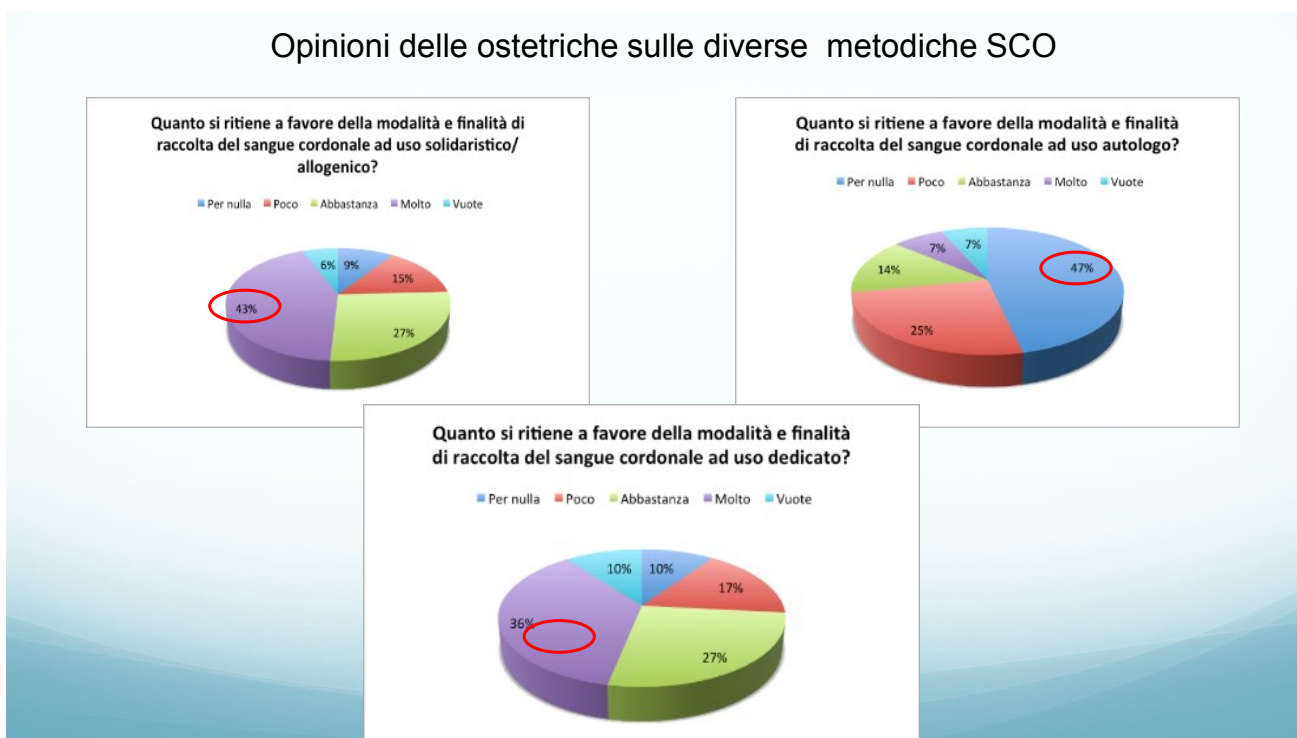


Grafico 2

Riferimenti bibliografici

1. Ladewig P., London M., Davidson M. "Concepimento e sviluppo fetale". In: Guana M (a cura di). *Assistenza alla maternità*. Padova, Piccin, 2013; pp 63-65.
2. Zeuner A, Palio E. *Le cellule staminali: spunti per un'azione didattica*. Roma. Istituto Superiore di Sanità. 2011. (Dispense per la scuola 11/1). Disponibile da: http://www.iss.it/binary/publ/cont/Dispensa_11_1_web.pdf (Data ultima visita: 21/02/2017)
3. Contu L. *Nati per donare. Guida per professionisti sanitari. Donazione, raccolta, conservazione e impiego del sangue del cordone ombelicale*. 2012. Disponibile da: <http://www.adoces.it/wordpress/wp-content/uploads/2012/05/Guida-SCO-2012.pdf> (Data ultima visita: 21/02/2017)
4. Harris DT. *Non-haematological uses of cord blood stem cells*. Br J Haematol. 2009; 147: 177-184.
5. Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali. *Uso appropriato delle cellule staminali del sangue e del cordone ombelicale. Elementi formativi essenziali*. Disponibile da: http://www.trapianti.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_941_allegato.pdf (Data ultima visita: 21/02/2017)
6. Gerotto I., Bandiera A. V., Vicario M. *Le cellule staminali cordonali. Risorsa biologica per l'intera umanità. Guida per la conoscenza delle cellule staminali cordonali, le donazioni e le normative*. 2009. Disponibile da: <http://www.adocesfederazione.it/documenti/Guida%20sulla%20donazione%20del%20sangue%20cordonale%20per%20operatori%20sanitari.pdf> (Data ultima visita: 21/02/2017)
7. Rocha, V., Labopin M., Sanz G. *Transplants of umbilical-cord blood or bone marrow from unrelated donors in adults with acute leukemia*. N Engl J Med. 2004; 351(22): 2276-85.
8. Associazione Sostegno Ematologia Pediatrica. *Guida alla donazione del sangue cordonale*. Disponibile da: www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeAttachment.php/L/IT/D/.../P/.../E/pdf (Data ultima visita: 21/02/2017)
9. Rebullà P., Lecchi L. *Cord blood banking accreditation*. ISBT Science Series. 2007; 2: 91-95.
10. Roboredo NM., Diaz A., Castro A. *Collection, processing and cryopreservation of umbilical cord blood for unrelated transplantation*. Bone Marrow Transplantation. 2000: 1263-70.
11. Manrique MM., Rojas OL. *Establishing a minimum cord blood volume collected before cryopreservation for a public umbilical cord blood bank in Colombia*. Conference Paper. 2010. Disponibile da: <https://www.researchgate.net/publication/273001686> (Data ultima visita: 21/02/2017)
12. *Protocollo Gestione raccolta di sangue cordonale*. Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia. 1° e 2° divisione di Ostetricia e Ginecologia. (Aggiornato al 01/02/2015)
13. *Milano cord blood bank. La raccolta del sangue cordonale. Milano Cord Blood bank. Medicina Trasfusionale, Terapia Cellulare e Criobiologia. Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico*. 2010 Disponibile da: <http://www.policlinico.mi.it/DonneEGravidanza/DonazioneCordoneOmbelicale.html> (Data ultima visita: 21/02/2017)
14. Usl Pescara. Banca Regionale del sangue placentare. Ultimo aggiornamento il 05/07/2016. Disponibile da: <http://www.ausl.pe.it/Sezione.jsp?idSezione=507> (Data ultima visita: 21/02/2017)
15. FACT-NETCORD. *International standards for cord blood collection, banking and release for administration accreditation manual*. 6th Edition. September 2015. Disponibile da: <http://www.factwebsite.org/uploadedFiles/Standards/NetCord%20FACT%206th%20Ed%20Manual%20Draft.09.01.15.pdf> (Data ultima visita: 22/02/2017)
16. Italian Bone Marrow Donor Registry IBMDR. *Registro italiano donatori di midollo osseo. Report di attività*. 2016. Disponibile da: <http://ibmdr.galliera.it/statistiche-1> (Data ultima visita: 21/02/2017)

17. Centro nazionale sangue. *Banche di sangue di cordone ombelicale- report 2015*. 2015. Disponibile da: <http://www.centronazionalesangue.it/pagine/rapporti-di-attivita> (Data ultima visita: 21/02/2017)
18. Volpe G., Miscio G., Santoditocco M. *Impatto dei fattori ostetrici sulla donazione del sangue cordonale: due anni di attività*. Giorn It Ost Gin. Luglio- Agosto 2012; 14(4): 459-65.
19. Royal college of Obstetricians and Gynaecologist. *Umbilical cord blood banking*. Scientific paper n2. June 2006.
20. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. *Ula donazione del sangue e di emocomponenti*. Decreto 3/03/2005 (GU Serie Generale, n.85 del 13/4/2005)
20. Elena Skoko. *Aspetti pratici, economici ed etici della raccolta del sangue neonatale*. Convegno Diritti Umani dei Neonati e la Donazione del sangue cordonale. Camera dei Deputati. 13 Marzo 2015. Disponibile da: https://www.academia.edu/13450968/Aspetti_pratici_economici_ed_etici_della_raccolta_del_sangue_neonatale (Data ultima visita: 06/03/2017)
21. Comitato CORDIN. *La sicurezza nel parto e la donazione di sangue cordonale*. Lettera aperta. 28 Gennaio 2016. Disponibile da: <https://cordinblog.wordpress.com/2016/01/28/la-sicurezza-nel-parto-e-la-donazione-del-sangue-cordonale/> (Data ultima visita: 06/03/2017)
22. Ibu Robin Lim. *Il diritto del bambino al suo sangue*. D&D. Dicembre 2014; 87.
50. Leboyer F. *Per una nascita senza violenza*. Tascabili Bompiani. Milano. Gennaio 1988. 4ed, pp 67-70.

□ Ministero della salute. *Attuazione della direttiva 2004/23/CE sulla definizione delle norme di qualità e di sicurezza per la donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani*. Decreto Legislativo 6/11/2007, n. 191. (GU Supplemento ordinario, n. 228 del 9/11/2007)

□ Parlamento Europeo e consiglio dell'Unione Europea. *Direttiva 2004/23/CE del parlamento europeo e del consiglio del 31 Marzo 2004 sulla definizione di norme di qualità e di sicurezza per la donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani*. Direttiva 2004/23/CE, 31/03/2004. (GU Unione Europea L 120/48 del 07/04/2004)

□ Commissione delle Comunità Europee. *Direttiva 2006/17/CE dell'8 Febbraio 2006 che attua la direttiva 2004/23/CE del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda determinate prescrizioni tecniche per la donazione, l'approvvigionamento e il controllo di tessuti e cellule umani*. Direttiva 2006/17/CE. 08/02/2006. (GU Unione Europea L 38/40 del 09/02/2006)

□ Senato della Repubblica. *Promozione della donazione del sangue da cordone ombelicale e della rete di banche che lo crioconservano*. Fascicolo Iter DDL S. 913. 01/02/2016

Fonti elettroniche

- <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/643>
- <https://www.clinicaltrials.gov>
- <http://www.centronazionalesangue.it/pagine/rete-banche-sangue-cordonale>
- <https://cordinblog.wordpress.com>

REVISIONE DELLA LETTERATURA

L'IMPIEGO DELL'EMOGASANALISI AL PARTO NEI NEONATI FISIOLÓGICI: REVISIONE DELLA LETTERATURA

Routine blood gas analysis (EGA) in healthy infants Literature review

Chiara Furlan¹, Simona Fumagalli², Sofia Perego³, Antonella Nespoli⁴

^{1,3} Università degli studi di Milano Bicocca, ³Direttore Didattico CLO, Università degli studi di Milano Bicocca, Direttore Didattico, SYRIO Società Italiana di Scienze ostetrico-ginecologico neonatali ⁴Ricercatore MED 47 Università degli studi di Milano Bicocca, SYRIO Società Italiana di Scienze ostetrico-ginecologico neonatali

ABSTRACT

ITA.

INTRODUZIONE: le linee guida internazionali non raccomandano l'esecuzione dell'emogasanalisi (EGA) di routine nei neonati sani nati da gravidanza e parto fisiologico, tuttavia tale procedura è ancora di largo impiego in molti centri nascita. OBIETTIVO: indagare l'impiego dell'EGA alla nascita sul cordone ombelicale in una popolazione di neonati fisiologici. METODI: gli articoli sono stati reperiti da Pubmed, CINAHL e Cochrane database tra 2/17-2/18. Gli studi inclusi avevano come popolazione i neonati fisiologici ai quali è stata effettuata l'emogasanalisi al parto. RISULTATI: dalla revisione della letteratura è emerso che vi sono sia svantaggi e sia vantaggi legati alla pratica dell'emogasanalisi così come possibili correlazioni con outcomes a breve e lungo termine. DISCUSSIONE: gli studi analizzati non sono concordi nel definire se vi sia correlazione tra emogasanalisi patologica e outcomes avversi a breve e lungo termine né sull'eventuale cut off di pH e BE.

ENGL.

INTRODUCTION: International guidelines do not recommend routine blood gas analysis (EGA) in healthy infants, but this procedure is still widely used in many birth centers. AIM: to investigate the use of EGA in a population of physiological newborns. METHODS: the articles were retrieved by Pubmed, CINAHL and Cochrane databases between 2 / 17-2 / 18. The included studies investigated the physiological neonates to whom EGA was performed at birth. RESULTS: the literature review revealed that there are disadvantages and advantages related to the practice of blood gas analysis as well as possible correlations with short and long term outcomes. DISCUSSION: The studies analyzed do not agree in defining whether there is a correlation between pathological umbilical gas analysis and short and long-term adverse outcomes or on the possible cut off of pH and BE.

INTRODUZIONE

Lo stato acido-base nel sangue del cordone ombelicale al momento della nascita riflette il metabolismo aerobio e anaerobio neonatale e rappresenta una misura retroattiva oggettiva dell'esposizione e della risposta fetale all'ipossia durante il travaglio.

Come riportato dalle linee guida nazionali SIN sull'assistenza al neonato con encefalopatia

ipossico-ischemica⁵², la valutazione dell'EGA è fondamentale per la definizione di asfissia intrapartum. La presenza di acidosi ($\text{pH} \leq 7.00$ e/ o $\text{BE} \geq 12 \text{ mmol/L}$) da emogasanalisi ottenuta entro 1 ora dalla nascita fa parte dei 4 criteri essenziali necessari per correlare un evento acuto intrapartum alla paralisi cerebrale. Tuttavia L'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)⁴⁹, l'American Academy of Pediatrics (AAP)⁴⁸ e il National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)⁵³ racco-

mandano l'esecuzione dell'EGA in determinate condizioni di rischio antepartum che potrebbero associarsi ad un malessere neonatale o in presenza di neonato in condizioni non favorevoli alla nascita (alterazioni del respiro, della FC e del tono, come da algoritmo della rianimazione neonatale).

L'importanza dell'emogasanalisi e l'impatto che essa ha sulla sorveglianza del benessere del neonato viene specificata e sottolineata chiaramente dalle linee guida internazionali; ciò che, tuttavia, non è chiaro è l'impiego e l'utilità che tale procedura può avere nella popolazione di neonati fisiologici così come le linee guida NICE⁵³ la definisce.

OBIETTIVO

L'obiettivo della revisione della letteratura è quello di indagare l'impiego dell'emogasanalisi effettuata alla nascita sul cordone ombelicale in una popolazione costituita da neonati fisiologici.

MATERIALI E METODI

Umbilical cord blood gas analysis Ph value	AND	Term birth
		Normal birth
		Outcomes
		Asphyxia
Cord-blood sample	AND	Asphyxia neonatorum
		Encephalopathy in neonates
		Hypoxic-ischaemic encephalopathy
	AND	Perinatal asphyxia

Criteri di inclusione (fig. 1) . Nella revisione della letteratura sono stati inclusi tutti i documenti pubblicati in lingua inglese e spagnola senza limitazioni temporali. Sono stati inclusi gli articoli con popolazione costituita da neonati fisiologici^{54,55} e che indagano la pratica dell'emogasanalisi effettuata al parto.

Strategia di ricerca

La ricerca è stata condotta dal 15/2/2017 al 7/2/2018 attraverso i seguenti database elettronici: Cinahl, Pubmed e Cochrane Database. Le stringhe di ricerca utilizzate nei diversi database sono state:

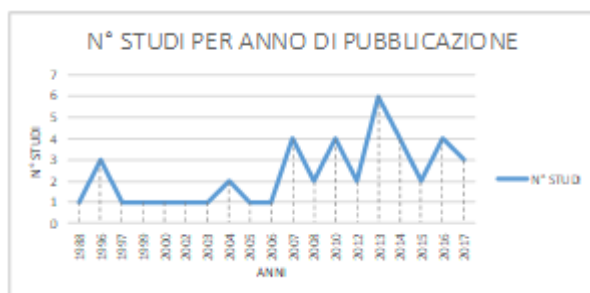
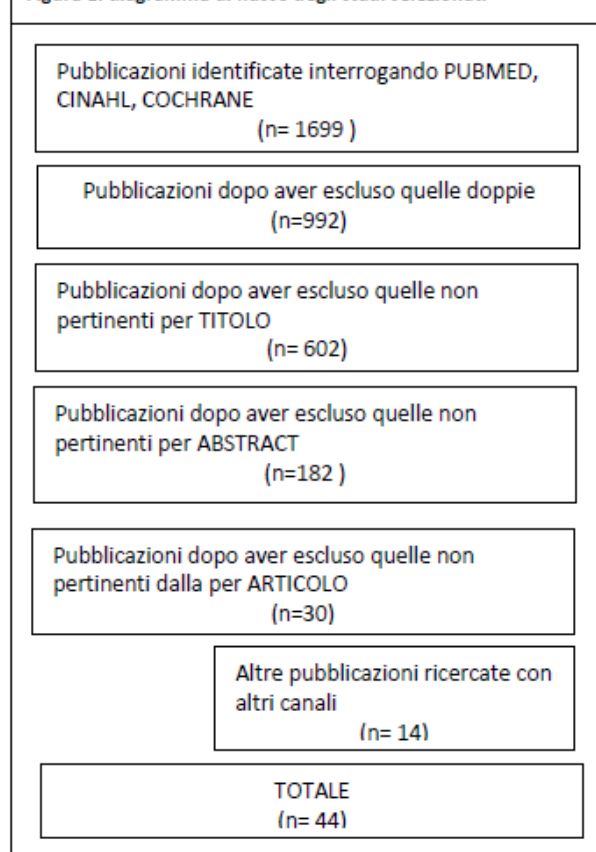


Figura 1: diagramma di flusso degli studi selezionati



RISULTATI

Contenuti. Gli studi presi in analisi sono stati pubblicati tra il 1988 e il 2017, con un 70% di articoli realizzati negli ultimi 10 anni. L'andamento è osservabile nel grafico 1 sottostante.

Rispetto alla metodologia di ricerca, gli studi analizzati sono così suddivisi: una revisione sistematica della letteratura⁴², 8 revisioni della letteratura^{7,8,14,25,26,31,32,43}, 28 studi osservazionali^{1,2,3,4,5,6,9,10,11,12,15,16,17,18,20,21,22,23,24,28,29,35,36,39,40,41,44} di cui 10 di coorte^{4,15,16,17,21,22,23,35,39,41}, 6 caso controllo^{1,2,29,34,40,44}, 7 prospettici^{5,6,9,10,18,28,36} e 5 retrospettivi^{3,11,12,20,24}. Uno studio è di tipo cross sectional¹³, mentre 2 sono studi ospedalieri^{33,38}. Infine, 2 studi sono survey^{19,27}, uno è una breve comunicazione³⁷ e uno studio è la trascrizione di un dibattito³⁰.

DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA DI EMOGASANALISI AL PARTO

Dei 44 studi selezionati, 21 articoli^{4,6,8,10,12,13,14,15,16,18,20,22,23,24,25,28,29,35,36,43,44} descrivono la metodologia attraverso cui ottenere il campione di sangue da analizzare. Subito dopo il parto, con la placenta in situ e, idealmente, prima che il neonato emetta il primo respiro, viene isolato un segmento di cordone

CUT OFF	ARTICOLI
7 < pH > 7.20	Malin et al ⁴²
	Tuuli et al ²³
	Diviney et al ¹
	Harris et al ²⁵
	Keski-Nisula et al ⁴⁰
7 < pH < 7.10	Dani et al ¹⁰
	White et al ¹⁸
pH < 7	Alkholy et al ²
	Wiberg et al ³
	Van den Berg ³⁵
	Pin et al ³¹
	Van Handel et al ³²
	Svirko et al ³⁹
	Hefler et al ³⁸
	White et al ²⁰
	Wiklund et al ³⁷
	Higgins ⁸
	Armstrong et al ²⁶
	Thorp et al ¹⁴
	Xodo et al ⁷
	Di tommaso et al ⁵
	Lynn et al ⁶
	Dudenhausen et al ¹¹
	Shallow ³⁰
	Kotaska et al ²⁹
	White et al ²⁸
pH < 7.05	Ahlberg et al ¹⁷
pH < 7.10	Wildschut et al ⁴¹
	Knutzen et al ⁴
	Yeh et al ²²
	Sabol et al ²¹
	Vandenbussche et al ⁴³
pH < 7.15	Ghosh et al ⁴⁴
pH < 7.20	Victory et al ²⁴
	Ruth et al ³⁶
	Mikkelsen et al ¹⁶
Non definito	Hayakawa et al ¹⁹
	Georgieva et al ¹²
	Marlow et al ³⁴
	White et al ³
	Wiberg et al ⁹
	Villamonte et al ¹³
	Carli et al ³³
	Manomayangkul et al ¹⁵

Tabella 1: cut off per definire emogasanalisi patologica.

ombelicale utilizzando due clamp. Un campione di sangue venoso e uno arterioso viene raccolto utilizzando una siringa eparinata di 1 ml con un ago di 21 gauge. I campioni vengono, poi, analizzati nell'arco di 5-10 minuti. Due studi^{11,39}, invece, utilizzano solo il campione di sangue arterioso ottenuto con la stessa tecnica descritta in precedenza. Studi più recenti^{5,7,9}, tuttavia, introducono una

nuova metodologia di emogasanalisi al parto per permettere un clampaggio ritardato del cordone ombelicale prelevando un campione di sangue venoso e uno arterioso a cordone ombelicale ancora pulsante non clampato. Infine, 18 studi^{1,2,3,17,19,21,26,27,30,31,32,33,34,37,38,40,41,42} non descrivono la tecnica utilizzata per effettuare l'emogasanalisi da funicolo.

OUTCOMES	ARTICOLI
Morte	Malin et al ⁴²
	Tuuli et al ²³
	Georgieva et al ¹²
	Van den Berg ²⁴
Encefalopatia ipossico ischemica	Malin et al ⁴²
	Alkholy et al ²
	Knutzen et al ⁴
	Tuuli et al ²³
	Hayakawa et al ¹⁹
	Dani et al ¹⁰
	Yeh et al ²²
Emorragia intraventricolare	Wiberg et al ³
	Malin et al ⁴²
Paralisi cerebrale	Malin et al ⁴²
Sindrome da distress respiratorio (RDS)	Sabol et al ²¹
	Dani et al ¹⁰
Sindrome da aspirazione di meconio (MAS)	Sabol et al ²¹
	Tuuli et al ²³
Ricovero in terapia intensiva neonatale	Sabol et al ²¹
	Knutzen et al ⁴
	Yeh et al ²²
	Victory et al ²⁴
	Van den Berg ³⁵
Necessità di rianimazione	Dani et al ¹⁰
	Georgieva et al ¹²
Apgar < 7 a 5 minuti	Knutzen et al ⁴
	Yeh et al ²²
	Wiberg et al ³
	Victory et al ²⁴
Apgar < 4 a 1 minuto	Georgieva et al ¹²
Outcomes neurologico avverso composito identificato con: encefalopatia, convulsioni, ipotonia, risonanza magnetica (RMN) e elettroencefalogram-	Knutzen et al ⁴
	Dani et al ¹⁰
	Georgieva et al ¹²
	Van den Berg ³⁵
	Ruth et al ³⁶
Outcomes sistemici: ventilazione > 24 ore; danni epatici, renali, coagulopatia, necessità di inotropi	Knutzen et al ⁴
Intubazione	Tuuli et al ²³
Ventilazione meccanica	Tuuli et al ²³
	Victory et al ²⁴
Ipotermia terapeutica	Tuuli et al ²³
Ipoglicemia	Dani et al ¹⁰
Necessità di fototerapia	Dani et al ¹⁰
Esiti neurologici	Ghosh et al ⁴⁴
Esiti ematologici	Ghosh et al ⁴⁴
Esiti respiratori, cardiovascolari e gastrointestinali	Dani et al ¹⁰
	Van den Berg ³⁵

Tabella 2: outcomes a breve termine indagati negli studi.

DEFINIZIONE DI EMOGASANALISI PATOLOGICA

Nella tabella 1 vengono riportati i cut off utilizzati dai vari studi per identificare un'emogasanalisi al parto patologica.

OUTCOMES A BREVE TERMINE

Gli studi che indagano gli outcomes sono 24, di questi, 14 indagano quelli a breve termine e 10 quelli a lungo termine.

La tabella 2 descrive gli outcomes a breve termine indagati da ciascuno studio.

OUTCOMES A LUNGO TERMINE

La tabella 3 rappresenta, invece, la distribuzione degli studi rispetto agli outcomes a lungo termine descritti.

OUTCOMES	ARTICOLI
Morte	Pin et al ³¹
Paralisi cerebrale	Pin et al ³¹
Sviluppo cognitivo	Pin et al ³¹
	Van Handel et al ³²
	Diviney et al ¹
	Marlow et al ³⁴
	Wildschut et al ⁴¹
Sviluppo motorio	Pin et al ³¹
Sviluppo neurologico	Wildschut et al ⁴¹
	Carli et al ³³
Sviluppo comportamentale	Van Handel et al ³²
	Diviney et al ¹
	Marlow et al ³⁴
Asma	Keski-Nisula et al ⁴⁰
Disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD)	Mikkelsen et al ¹⁶
Intelligenza	Svirko et al ³⁹
	Hefler et al ³⁸

Tabella 3: outcomes a lungo termine indagati negli studi .

Descrizione degli studi

VANTAGGI E SVANTAGGI DELL'EMOGAS DI ROUTINE

I principali vantaggi emersi dagli studi presi in considerazione sono visibili nel grafico 2:

GRAFICO 3

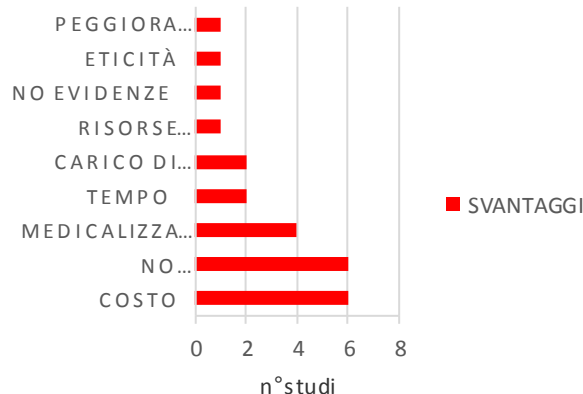
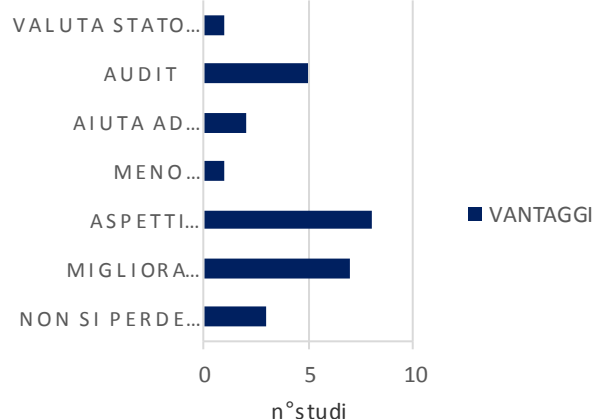


GRAFICO 2



I principali svantaggi emersi, invece, sono visibili nel grafico 3:

Come emerge, i principali vantaggi associati a tale procedura sembrano essere la possibilità di rivalutare a posteriori il proprio lavoro in base allo stato acido basico del neonato e gli aspetti medico legali. Infatti, risultati dell'emogasanalisi normali sono rassicuranti e possono escludere una diagnosi di asfissia al parto cosa che riduce le perdite finanziarie dell'ospedale in caso di denuncia.

Altro aspetto importante è la necessità di effettuare l'emogasanalisi di routine affinché questa venga effettuata anche nei casi definiti ad alto rischio. A tale proposito è stato condotto uno studio di coorte¹⁷ che compara 6 centri che utilizzano l'emogasanalisi di routine e 2 che la utilizzano in modo selettivo per andare ad indagare il rischio di perdita di campioni nei neonati definiti ad alto rischio. Ciò che è emer-

so è che, rispetto ai centri con emogasanalisi di routine, il rischio di perdita dei campioni nei centri con emogasanalisi selettiva aumentava del 67% nei casi di taglio cesareo e del 24% nei casi di parto operativo vaginale; mentre nei casi di neonati prematuri il rischio aumentava di 8 volte. Anche per i neonati nati con Apgar < 7 al 1° minuto e al 5° minuto vi era un rischio aumentato di perdita del campione con un rischio relativo pari a 2.36 nel primo caso e 1.79 nel secondo. Stesso risultato anche per i neonati nati piccoli o grandi per la loro epoca gestazionale con un rischio pari a 7.94 e 9.07 di perdita del campione rispetto ai centri dove si effettua l'emogasanalisi di routine. Infine anche per i neonati con diagnosi di HIE, MAS e convulsioni il rischio di perdita triplicava. Una critica, però, a questo studio viene mossa da Shallow³⁷ che afferma che le ostetriche sono in grado di determinare quando un parto è normale e quando il neonato è sano anche solo attraverso l'Apgar score e, quindi, sono in grado di discriminare i casi in cui è necessario effettuare l'emogasanalisi su cordone ombelicale in modo che, questo intervento, sia effettuato solo nei casi che presentano una reale indicazione non andando a medicalizzare l'evento nascita. Infatti, nell'articolo emerge il fatto che l'andare a testare il neonato alla nascita potrebbe portare i genitori e lo staff a credere che sia necessario controllare che effettivamente il bambino sia sano mettendolo di conseguenza in dubbio.

Due studi^{18,20}, invece, hanno indagato l'impatto che ha avuto l'introduzione dell'emogasanalisi come procedura di routine. Lo studio osservazionale condotto da White et al nel 2010²⁰ in un ospedale di terzo livello in Australia dimostra una riduzione dei neonati con uno stato di acidosi al parto così come una riduzione di neonati ricoverati in TIN. Lo studio osservazionale condotto nel 2013¹⁸, sempre da White et al, invece, valutava l'introduzione dell'emogasanalisi di routine in un ospedale di secondo livello non trovando cambiamenti nei valori di pH e BE in seguito all'utilizzo della tecnica in modo routinario.

In merito agli svantaggi associati all'introduzione dell'emogasanalisi di routine, il principale sembra essere l'incremento dei costi associato a tale procedura. In realtà, uno studio prospettico condotto da White et al²⁸, non dimostra un incremento dei costi, ma bensì, una riduzione di questi in seguito all'introduzione dell'emogasanalisi di routine a fronte anche di vantaggi, quali la riduzione dei ricoveri in TIN.

Infine, uno studio²⁷ indaga le attitudini e le barriere presentate dai professionisti sanitari (ostetriche, studentesse ostetriche, medici os-

tetrici strutturati, medici ostetrici specializzandi, studenti di medicina e pediatri) all'introduzione dell'emogasanalisi come procedura di routine. Tale studio è stato condotto somministrando un questionario con 13 domande con 5 opzioni di risposta (molto d'accordo, d'accordo, neutrale, in disaccordo, in totale disaccordo) in 4 centri ospedalieri, di cui uno effettuava emogasanalisi di routine già da protocollo e altri 3 no. Sono stati analizzati 127 questionari. Di questi il 67.3 % ritiene l'emogasanalisi una procedura con benefici per l'assistenza perinatale, tra cui: valutazione oggettiva del benessere neonatale (59,8 %), aspetti medico legali (69,2%) e audit (59,8%). Rispetto al costo non viene fornita una risposta univoca con un 54% di professionisti che non hanno risposto o hanno risposto in modo neutrale. In merito all'introduzione dell'emogasanalisi di routine i principali ostacoli vengono identificati in: mancanza di tempo dopo il parto, incremento del carico di lavoro e medicalizzazione dell'evento nascita, quest'ultimo dato emerso soprattutto nella categoria delle ostetriche.

Molto importante è un verbale³⁰ riportato sul Royal college of Midwives (RCM) di un dibattito tenutosi nel Febbraio 2000 in merito all'introduzione dell'emogasanalisi come procedura di routine. Tra i vari aspetti dibattuti, nel verbale si leggono le motivazioni che spingono le ostetriche a non voler introdurre tale procedura di routine. Tra le principali motivazioni vi è la mancanza di evidenze scientifiche a supporto di tale pratica e la sua non eticità. Le ostetriche, infatti, sostengono che, essendo una procedura effettuata su un neonato, sia necessario che i genitori ne siano a conoscenza, leggendo e, di conseguenza, firmando un consenso informato, cosa che tuttora non accade. Inoltre, nel dibattito ci si interroga sull'utilità di effettuare un prelievo su neonati fisiologici nati da parto a basso rischio sostenendo che, qualora si ottenessero valori patologici da emogasanalisi, da una parte si potrebbe far finta di nulla, proprio per il benessere che presenta il neonato, dall'altra, invece, si potrebbe intervenire medicalizzando il momento e sottoponendo il bambino a controlli che potrebbero risultare normali. In entrambi i casi si potrebbe andare incontro a problematiche, nel primo caso di tipo medico legale, qualora il neonato sviluppasse in epoche successive patologie, nel secondo caso, si potrebbe instaurare nei genitori ansia riguardo alla salute del proprio bambino dovendo giustificare a posteriori la buona riuscita del parto. Altro aspetto molto importante da valutare nell'introduzione dell'emogasanalisi di routine è l'impatto che questa ha nella relazione ostetrica-mamma-bambino, infatti, la necessità di dover effettuare tempestivamente il prelievo

da funicolo interrompe il contatto mamma bambino subito dopo il parto e, nella maggior parte dei casi, non permette al padre di tagliare il cordone generando nei genitori il timore che ci sia qualcosa di problematico. Altra domanda che le ostetriche si ponevano rispetto all'emogasanalisi di routine era in merito a procedure assistenziali quali il parto in acqua e il clampaggio ritardato del cordone che possono interferire con il prelievo da funicolo.

EMOGASANALISI E OUTCOMES AVVERSI A BREVE TERMINE

Sono stati identificati 14 studi^{2,3,4,10,12,19,21,22,23,24,35,36,42,44} che hanno indagato il significato di pH e BE patologici (vedi tabella 2) analizzati su cordone ombelicale in relazione a mortalità e morbosità neonatale a breve termine.

STUDI CHE TROVANO CORRELAZIONE

La revisione della letteratura condotta da Malin et al⁴² nel 2010, include 51 articoli per un totale di 481.753 campioni provenienti da una popolazione ad alto e basso rischio. Andando ad analizzare i risultati della revisione prenderò in considerazione solo quelli provenienti dal campione di neonati a basso rischio, in quanto questi costituiscono il campione della mia revisione. Rispetto alla correlazione con la mortalità neonatale, la revisione dimostra una correlazione significativa con il pH alla nascita patologico, < 7.15 (9.3, 1.4 to 63.2, $I^2=84\%$). Anche per quanto riguarda la correlazione tra emogasanalisi patologica alla nascita e rischio di sviluppo di HIE (13.8, 6.6 to 28.9, $I^2=0\%$), emorragia intraventricolare o leucomalacia periventricolare (2.9, 2.1 to 4.1, $I^2=0\%$), e paralisi cerebrale (2.3, 1.3 to 4.2, $I^2=0\%$) viene trovata una significatività statistica.

Lo studio caso controllo condotto da Alkholi et al nel 2017² ha un campione costituito da 25 neonati nati a termine con diagnosi di sofferenza fetale e ricoverati in TIN come casi e 20 neonati sani paragonabili per età e sesso come controlli. L'articolo identifica, nei neonati con encefalopatia ipossico ischemica (definita secondo la classificazione di Sarnat e Sarnat⁵⁶), valori di Apgar a 1, 5 e 10 minuti inferiori rispetto ai neonati nel gruppo di controllo con valore statisticamente significativo. Inoltre, nel medesimo studio viene ritrovata un'associazione statisticamente significativa con i seguenti parametri:

- ⇒ Globuli bianchi: aumentati nei neonati asfittici;
- ⇒ Piastrine, pH, BE, PO_2 , PCO_2 : ridotti nei neonati asfittici rispetto al gruppo di con-

trollo;

- ⇒ Frazione di creatinina e lattati urinari e valori di CK-BB sierici: aumentati nei neonati asfittici soprattutto in quelli con HIE severa rispetto a quelli con HIE moderata o debole.

Lo studio di coorte condotto da Knutzen et al nel 2015⁴, utilizza una coorte di 8.797 neonati nati a termine da gravidanza singola ai quali è stato fatto un prelievo da funicolo per determinare pH e BE. Gli outcomes indagati sono:

- ⇒ Encefalopatia di 2°/3° e/o morte;
- ⇒ Ricovero in TIN;
- ⇒ Apgar a 5 minuti < 7;
- ⇒ Outcomes neurologico avverso composito identificato con: encefalopatia, convulsioni, ipotonia, RMN e EEG anormali;
- ⇒ Outcomes sistemici: ventilazione > 24 ore, danni epatici, renali, coagulopatia, necessità di inotropi.

Nello studio viene identificata una correlazione positiva tra pH < a 7 e rischio di insorgenza degli outcomes descritti in precedenza; correlazione non rilevata analizzando la componente metabolica (BE).

Lo stesso risultato era stato descritto dallo studio di coorte condotto da Yeh et al²² nel 2012 utilizzando un campione di 51.519 neonati nati a termine da gravidanza singola con valori di pH alla nascita validati. Gli esiti avversi indagati nello studio sono: HIE con convulsioni e/o morte entro 4 settimane HIE con convulsioni che richiedono trattamenti farmacologici anti-convulsivanti, HIE con convulsioni che richiedono trattamenti entro 24 ore dal parto, Apgar < 7 a 5 minuti e ricovero in TIN. Ciò che emerge è che il rischio di outcomes neurologici avversi inizia a crescere a partire da un pH < 7.10, mentre per il ricovero in TIN il pH di riferimento è < 7.20, ma con differenze minime fino a pH < 7.

A partire da questo studio ne è stato condotto un'ulteriore¹², sempre retrospettivo, andando a confrontare pH e BE arterioso e venoso in relazione ad outcomes avversi nei neonati fisiologici. Ciò che è emerso è che il pH arterioso è significativamente superiore nel definire outcomes avversi rispetto agli altri indicatori. In particolare, un neonato con un pH di 7.10 ha un rischio aumentato di 5 volte di avere un Apgar basso e/o la necessità di rianimazione rispetto ad un neonato con pH di 7.3. Inoltre, lo studio dimostra che il rischio di sviluppo di complicanze severe (convulsioni e/o morte) aumenta a partire da un pH < 6.96.

Anche lo studio di coorte retrospettivo condotto nel 1996 da Van den Berg³⁵ con un campione di 84 neonati con pH < 7 confrontati a 84 neonati con pH > 7.24 identificava un'associazione positiva tra condizioni critiche alla nascita quali la necessità di rianimazione, intubazione e Ap-

gar <7 a 1 e 5 minuti, e pH < a 7. I neonati nati asfittici presentavano anche complicazioni neurologiche, polmonari, gastrointestinali e cardiovascolari in misura maggiore rispetto ai non asfittici. Tuttavia, come già emerso nel precedente studio, si identifica un 27% di neonati nati in acidosi con pH compreso tra 6.80 e 7 che non hanno sviluppato morbosità.

Un ulteriore studio²⁴, sempre retrospettivo, invece, condotto su 20.456 neonati nati a termine da gravidanza singola, correla pH e BE patologici con Apgar < 7 a 5 minuti, ricovero in TIN e ventilazione assistita.

Ghosh et al⁴⁴ conduce uno studio caso controllo utilizzando un campione di 75 neonati nati a termine dividendoli in due gruppi in base all'Apgar al 1° minuto (cut off di 6) e il pH da arteria ombelicale (cut off 7.15). Il gruppo I comprende 26 neonati con Apgar al 1° minuto < 6 e pH ≤ 7.15, mentre nel gruppo II 49 neonati con Apgar > 6 e pH > 7.15. Nel gruppo I 10 neonati sviluppano HIE cosa che non accade nel gruppo II. Questo dato presenta significatività statistica dimostrando che Apgar < a 6 al 1° minuto e pH < 7.15 aumenta il rischio di insorgenza di HIE nonostante il follow up a 16 settimane non mostra sviluppo di esiti neurologici.

Un ulteriore studio²¹ di coorte utilizza, invece, come campione, i neonati nati a termine da gravidanza singola con Apgar score a 5 minuti < a 7 e ai quali è stato effettuato un prelievo da funicolo per determinare pH e BE. Nell'articolo viene descritta una significatività statistica tra pH alla nascita patologico (pH < 7.10), nonostante un Apgar score a 5 minuti normale, nei casi di liquido tinto (4.3% vs 3.2%; P<.001), distacco di placenta (13.2% vs 3.4%; P<.001), taglio cesareo (5.8% vs 2.8%; P<.001) e gravidanze complicate da preeclampsia (6.3% vs 3.9%; P<.001). Inoltre, un pH < 7 con un Apgar a 5 minuti > di 7 è stato dimostrato essere associato con un maggior rischio di sviluppo di RDS e ricovero in TIN anche dopo aver condotto un'analisi multivariata controllata per potenziali effetti di confondimento quali parità, età materna, etnia, tipo di assicurazione, ipertensione cronica, diabete gestazionale e preeclampsia. In modo analogo anche per un pH < 7.10 e Apgar score normale vi è correlazione significativa con insorgenza di RDS, MAS e ricovero in TIN. Oltre al pH è stato analizzato anche il BE trovando un'associazione statisticamente significativa con BE ≤ -12 mmol/L e rischio di sviluppo di MAS (aOR, 4.2; 95% CI, 2.1e8.4), sepsi neonatale (aOR, 4.7; 95% CI, 1.9e12.1), RDS (aOR, 2.2; 95% CI, 1.1e4.4) e ricovero in TIN (aOR, 2.9; 95% CI, 2.0e4.4). Un trend simile è stato dimostrato anche per BE ≤ -10 mmol/L. Infine, quando

esaminati insieme, pH ≤ a 7 e BE ≤ a 12 mmol/L continuano ad essere correlati con un incremento del rischio per il ricovero in TIN e per l'insorgenza di RDS. Il rischio rimane, poi, anche con pH ≤ 7.1 e BE ≤ -10 mmol/L.

Lo studio, però, suggerisce che solo lo 0,5-3,4 % di neonati con Apgar score normale e tracciato cardiocografico rassicurante sviluppa acidosi sostenendo che nella maggior parte dei casi i neonati asfittici non necessitano di interventi addizionali e non sviluppino conseguenti morbosità.

Infine, lo studio di coorte retrospettivo di Tuuli et al²³ utilizza un campione di 4.910 neonati nati a termine da gravidanza singola ai quali è stata effettuata un'emogasanalisi al parto. L'outcome avverso composito definito da morte neonatale, intubazione, ventilazione meccanica, MAS, HIE e necessità di ipotermia terapeutica viene presentato dall'1,1% del campione (56 neonati).

Nello studio emerge che i neonati che hanno sviluppato morbosità hanno più probabilità di essere nati tramite taglio cesareo o parto operativo vaginale (55.3 % rispetto a 22.2 %, P < .001) e che hanno valori di lattati due volte più elevati rispetto ai neonati non asfittici (6.49 ± 3.38 rispetto a 3.26 ± 1.48 mmol/L, P<.001) e pH ridotto (7.19 ± 0.13 rispetto a 7.29 ± 0.06, P<.001). Gli autori, però, concludono che, rispetto al pH, sono i lattati ad essere più predittivi di outcomes avversi (ROC curve area: 0.84 rispetto a 0.78, P=.03).

STUDI CHE NON TROVANO CORRELAZIONE

Lo studio retrospettivo di Wiberg et al³ condotto su un totale di 13,735 campioni validati di pH e BE provenienti da neonati nati a termine da gravidanza singola, identifica una percentuale di neonati che sviluppano HIE di 2°-3° stadio pari allo 0,046%. Cosa molto sorprendente, nessuno dei 6 neonati con diagnosi di HIE alla nascita aveva un pH < 7.

Questa tesi viene confermata anche da uno studio retrospettivo precedente condotto in Giappone¹⁹ nel quale si indaga l'incidenza e i fattori di rischio per l'insorgenza di encefalopatia ipossico ischemica. Nello studio, infatti, i neonati con HIE mostrano valori di pH e BE nelle analisi effettuate all'ingresso in TIN più bassi rispetto ai neonati che non presentavano tale outcome, mentre i valori di pH e BE cordoni non mostrano una differenza statistica. Altro fattore di rischio identificato come indicatore predittivo di outcome neurologico sfavorevole è l'Apgar score < a 7 a 1 e 5 minuti.

Lo studio prospettico condotto da Dani et al¹⁰ indaga gli outcomes associati a un pH arterioso alla nascita inaspettato compreso tra 7 e 7.10

in un campione di neonati nati a termine con sviluppo adeguato all'epoca gestazionale. Dei 53 neonati inclusi nello studio, 13 sono stati ventilati alla nascita, ma solo 2 sono stati intubati per un sospetto di MAS non confermata. 11 neonati hanno sviluppato un distress respiratorio durato poche ore (circa 3) in 7 neonati, 1 giorno in 3 bambini e 5 giorni in un bambino con un'infezione polmonare. 12 neonati hanno avuto un esame neurologico alla nascita patologico che si è risolto dopo poche ore. Nessuno di questi neonati ha sviluppato convulsioni. Nessun neonato ha sviluppato segni di danno cardiaco né renale. Solo 2 neonati hanno sviluppato ipoglicemia transitoria che non ha richiesto la somministrazione di glucosata endovena. 7 neonati sono stati sottoposti a fototerapia. Lo studio conclude che i neonati nati con pH compreso tra 7 e 7.10 asintomatici hanno un normale decorso clinico. Infine, uno studio prospettico datato 1988³⁶ riteneva l'Apgar score scarsamente correlato con outcomes neurologici avversi avendo un basso valore predittivo trovando quindi un 80% di neonati definiti a rischio perché aventi Apgar basso ma con un follow up regolare. Anche per quanto riguarda il pH, lo studio non trovava correlazione tra un pH basso alla nascita e il rischio di sviluppare sequele neurologiche.

EMOGASANALISI E OUTCOMES AVVERSI A LUNGO TERMINE

Tra i 44 articoli trovati ve ne sono 10^{1,16,31,32,33,34,38,39,40,41} che indagano le conseguenze che la sofferenza fetale può avere nello sviluppare outcomes a lungo termine. Tra questi vi sono 2 revisioni della letteratura^{31,32}. La revisione condotta da Pin et al³¹ descrive la presenza di outcomes avversi come morte, sviluppo di paralisi cerebrale, deficit cognitivi e sensoriali nel 50% dei neonati con HIE. Nella revisione di Van Handel et al³², invece, vengono valutati 4 ambiti: sviluppo cognitivo generale, risultati accademici, funzioni neuropsicologiche e problemi comportamentali. Per quanto riguarda lo sviluppo cognitivo dalla revisione emerge che i neonati con diagnosi di HIE moderata e paralisi cerebrale hanno tra 0 e 12 mesi un ritardo nello sviluppo, mentre i neonati con diagnosi di HIE debole senza paralisi cerebrale hanno risultati di sviluppo simili a quelli della popolazione generale. Questo dato rimane confermato, per questa seconda categoria di bambini, anche in epoche successive, tra i 2 e i 6 anni e tra i 7-9 anni. Rispetto alle abilità scolastiche i bambini con HIE moderata e debole non mostrano differenze in confronto al gruppo di controllo, mentre i bambini con HIE severa mostrano livelli di preparazione scolastica ri-

dotta all'età di 5 anni. Anche nell'ambito dello sviluppo delle funzioni neuropsicologiche i bambini che hanno sofferto di una debole HIE hanno mostrato normali livelli di vocabolario e visione motoria integrata a 3, 5 e 8 anni. I bambini con encefalopatia ipossico ischemica moderata, invece, mostrano deficit nel vocabolario ricettivo, nel linguaggio e nell'integrazione delle abilità visive e motorie, mentre le funzioni di attenzione ed esecuzione, le abilità visuospaziali, la memoria e la lettura sono risultate essere normali nel gruppo di bambini di 7 anni. Nonostante la memoria e l'apprendimento non sembrano essere compromesse in questo gruppo di bambini, rimane una difficoltà nei sottogruppi della memoria narrativa e nella ripetizione di frasi, mentre è intatta la memoria per facce, nomi, eventi quotidiani e per l'orientamento. Inoltre, l'apprendimento verbale uditivo e il ricordo sono ridotti nel gruppo di bambini dei 9 e 16 anni con HIE moderata. Rispetto ai problemi comportamentali, nella revisione della letteratura³² vengono individuati 4 studi che riscontrano un maggior tasso di iperattività nei bambini con HIE moderata, ma non in quella debole. Inoltre, uno studio, che utilizza l'osservazione del comportamento dei bambini da parte dei genitori, rivela problemi di trattabilità, aggressività, passività e ansietà nel gruppo di bambini con HIE rispetto al gruppo di controllo. Non sono state trovate differenze, invece, rispetto all'attenzione, adattamento e impulsività. Uno studio recente, invece, riportava un'inaspettata proporzione elevata di bambini con HIE moderata e severa che sviluppava disturbi dello spettro autistico anche se i criteri di inclusione differivano notevolmente da quelli di Sarnat⁵⁶. Uno studio di coorte recente¹⁶, condotto nel 2017 su una popolazione di 295.687 neonati nati da gravidanza singola, intendeva indagare la correlazione tra valore di pH da arteria ombelicale alla nascita, Apgar score e epoca gestazionale con l'insorgenza di ADHD. Tale disturbo è definito come disordine ipercinetico insorto dopo i 5 anni di età. Lo studio utilizzava come gruppo di controllo neonati con pH alla nascita ≥ 7.20 , Apgar 7-10 e epoca gestazionale 37-41 sg. Dai risultati emerge che vi è un'effettiva correlazione tra pH arterioso < 7.20 e incremento del rischio di sviluppo di ADHD che aumenta del 32% se il pH è < 7.10 rispetto ai neonati con pH > 7.20 (HR 1.32, 95% CI 1.10; 1.58). In particolare, anche dopo aver aggiustato i risultati per epoca gestazionale e peso alla nascita permaneva tale correlazione. Rispetto al punteggio di Apgar lo studio trova una correlazione statisticamente significativa tra basso punteggio di Apgar (0-3) e incremento del rischio di sviluppare ADHD, associazione che permane anche dopo aver ag-

giustato i risultati per epoca gestazionale e peso alla nascita. Rispetto alla correlazione tra insorgenza di ADHD e epoca gestazionale alla nascita dai risultati emerge un rischio aumentato dell'83% di sviluppare tale patologia per i neonati nati prima delle 32 sg rispetto ai neonati nati a termine. Combinando i punteggi di Apgar e il valore di pH da arteria ombelicale rispetto all'insorgenza di ADHD emerge che il rischio maggiore si osserva nei neonati con Apgar basso indipendentemente dal valore di pH, mentre combinando il pH e l'epoca gestazionale si osserva una tendenza all'incremento del rischio al decrescere dei due parametri. 4 studi^{1,33,34,41} hanno indagato lo sviluppo neurologico nei bambini nati con sofferenza fetale: lo studio caso controllo condotto da Diviney et al¹ non ha mostrato correlazione tra neonati nati con acidemia senza segni clinici di HIE e deficit cognitivi e comportamentali a 7 anni di vita così come uno studio di coorte precedente⁴¹, condotto su una popolazione di 84 neonati nati a termine da gravidanza singola, che indagava la qualità e la quantità dei movimenti al parto e a 3 mesi di vita che non trovava correlazione con il pH alla nascita < 7.10. Anche i risultati nei test cognitivi e comportamentali nei bambini di 4 anni non trovava associazione con pH < 7.10. Tali test sono:

- ⇒ Movement Assessment Battery for Children (Movement-ABC) creato per identificare e quantificare difficoltà del movimento;
- ⇒ Neurological Examination for Toddlers of Hempel, Kaufman Assessment Battery for Children information processing (Kaufman ABC) che valuta un'ampia gamma di abilità riferite ai processi sequenziali e simultanei, all'apprendimento, alla pianificazione e alle abilità cristallizzate;
- ⇒ Visuomotor Integration (VMI) che valuta il modo in cui bambini e ragazzi integrano le loro abilità visive e motorie;
- ⇒ Child Behaviour Checklist (CBCL) che valuta le competenze sociali e i problemi emotivo-comportamentali di bambini ed adolescenti;
- ⇒ Precursors ADHD Questionnaire (PAQ) che valuta l'insorgenza di un disturbo da Deficit di attenzione con Iperattività.

Anche lo studio ospedaliero condotto da Carli et al³³ dimostra uno sviluppo neurologico regolare a 1 anno di vita nei bambini con HIE moderata alla nascita. Sempre riguardo i medesimi outcomes, invece, lo studio caso controllo condotto da Marlow et al³⁴ trova una correlazione positiva nei bambini che hanno sviluppato HIE con score ridotti nella valutazione cognitiva, neurofisiologica, educativa e comportamentale so-

prattutto nei bambini con HIE severa. Nello studio si trova associazione tra bassi score nella scala BAS II che valuta lo sviluppo delle funzioni cognitive e in quella NEPSY che, invece, valuta lo sviluppo neurofisiologico in modo particolare nel confronto tra gruppo di controllo e neonati con HIE severa, meno marcato, invece, nel confronto con HIE moderata.

2 studi^{38,39}, invece, hanno indagato la correlazione tra emogasanalisi patologica alla nascita e funzione intellettiva. Lo studio di coorte condotto da Svirko et al³⁹ analizza la funzione intellettiva nell'infanzia di bambini in un'età compresa tra i 6 e gli 8 anni con un pH alla nascita > 7. Le valutazioni che vengono effettuate comprendono test di intelligenza non verbale (NNAT), comprensione grammaticale (TROG) e alfabetizzazione (WORD). Prendendo in considerazione neonati con un pH alla nascita < 7 vi era una correlazione significativa negativa con l'ambito dell'alfabetizzazione, mentre la comprensione grammaticale e le abilità nell'ambito del non verbale non differivano in modo significativo. Nel momento in cui venivano esclusi i neonati con acidemia severa al parto (pH < 7), la correlazione con WORD aumentava e la correlazione con NNAT diventava statisticamente significativa. Lo studio giunge, quindi, alla conclusione che gradi meno estremi di acidemia al parto non inficiano sulle funzioni intellettive valutate con i test WORD, NNAT e TROG. Inoltre, in contrasto con le aspettative, c'è una correlazione inversa tra l'aumento del pH e l'alfabetizzazione nell'infanzia ovvero, più sono nati con pH basso, più elevati sono gli score nell'ambito dell'alfabetizzazione e dell'intelligenza. Lo studio ospedaliero condotto da Hefler et al³⁸, invece, valuta la correlazione tra emogasanalisi al parto e livelli di intelligenza negli adulti. In particolare, il campione comprende 1236 maschi nati con pH > 7 chiamati a partecipare alla leva militare a 18 anni. I parametri indagati nei test di valutazione di questi ragazzi sono: performance generale, intelligenza generale, conoscenza tecnica, concentrazione, precisione operativa, velocità lavorativa e coordinazione. Il pH arterioso si è dimostrato non avere influenza su nessuno dei parametri investigati. Inoltre, i parametri sopra descritti sono stati correlati con Apgar score a 1, 5 e 10 minuti, con livelli di pH arterioso, epoca gestazionale e tipo di parto non trovando, però, correlazione tra questi parametri e livelli di intelligenza e di performance a 18 anni. Uno studio caso controllo⁴⁰, indaga la correlazione tra pH al parto e il rischio di insorgenza di asma a 5-6 anni di età. Il campione è costituito da 800 neonati selezionati in modo random dal registro dei parti corrisposti da altri 800 neonati equivalenti per età e sesso. A ciascuna famiglia è stato inviato un questionario da compilare con domande relative alla storia clinica del bambino, all'ambiente biologico e sociale e alla demografia parentale. Un bambino veniva considerato asmatico se questo risultava registrato per il rimborso delle spese mediche per l'asma. I bambini nati con un pH compreso tra 7.20 e 7.25 hanno un rischio aumentato di 2.62 (95% intervallo di confidenza [CI], 1.31-5.23), mentre i bambini nati con pH

≤7.19 ha un rischio di 3.22 volte aumentato di sviluppare asma (95% CI, 1.51-6.87) rispetto ai bambini nati con pH compreso tra 7.26 e 7.29. Questa associazione non è stata dimostrata, invece, per la rinite allergica.

EMOGASANALISI E CLAMPAGGIO RITARDATO DEL CORDONE

Un altro aspetto importante che emerge dall'analisi degli studi presi in considerazione è la relazione tra emogasanalisi e clampaggio ritardato. Il clampaggio ritardato del cordone ombelicale (DCC) sembra avere benefici per i neonati prematuri e a termine. Nei neonati a termine incrementa i livelli di emoglobina al parto e le riserve di ferro nei primi mesi di vita, cosa che porta ad avere effetti favorevoli sullo sviluppo. L'unico svantaggio osservato è un leggero incremento nella necessità di utilizzo di fototerapia nel gruppo di neonati con DCC. Rispetto alla puerpera, il DCC non si associa ad un aumentato rischio di emorragia postpartum o nella necessità di trasfusioni di sangue. Per questi motivi, l'ACOG⁵⁷ raccomanda l'esecuzione del clampaggio nei neonati a termine e prematuri nati vigorosi ad almeno 30-60 secondi dopo il parto¹⁴. La revisione condotta da Xodo et al⁷ indaga i cambiamenti che avvengono nei valori di emogasanalisi in campioni ottenuti tardivamente o nei casi di clampaggio ritardato. Alcuni studi presi in considerazione dalla revisione della letteratura sostenevano che, una volta isolato un segmento di cordone con due clamp, in cordoni ombelicali tenuti a temperatura ambiente, i valori di pH, BE, PCO₂ e pO₂ non cambiavano per 30-60 minuti a differenza della concentrazione dei lattati che, invece, aumentava significativamente. Un altro studio prospettico⁶, invece, indaga l'accuratezza dei campioni di sangue arterioso ottenuto tardivamente dal cordone ombelicale in una popolazione di neonati nati a termine da gravidanza singola. Tale popolazione viene suddivisa in tre gruppi:

- ⇒ I gruppo: parti spontanei;
- ⇒ II gruppo: tagli cesarei elettivi;
- ⇒ III gruppo: parti ad alto rischio (compresi TC urgenti in travaglio, parti operativi vaginali e parti con sospetto di distress fetale).

Dopo il parto, il cordone è stato clampato con due clamp e il campione di sangue è stato ottenuto al tempo 0, ovvero a 5 minuti, poi a 30, 60 e 90 minuti. Ciò che emerge dallo studio è che il valore medio del pH nei tre gruppi è rispettivamente 7.180 (±0.06) e -9.0 mmol/L (±3.3) per il gruppo I, 7.226 (±0.07) e -4.4 mmol/L (±3.2) per il gruppo II e 7.215 (±0.09) e -7.5 mmol/L (±4.3) per il gruppo III. Quan-

do vengono confrontati i vari gruppi rispetto ai valori di pH non vi è differenza significativa ($p=0.05$), cosa che succede, invece, per i valori di BE ($p<0.001$). Nello studio viene poi confrontato il gruppo dei parti spontanei con quello dei TC elettivi mostrando un effetto protettivo di quest'ultimo con valori di pH e BE significativamente più elevati ($p=0.01$ and $p<0.001$ rispettivamente). Rispetto ai valori di pH e BE analizzati ai vari timing, il pH diminuisce significativamente di 0.050 (95% CI 0.036-0.063) a 30 minuti, 0.087 (95% CI 0.069-0.105) a 60 minuti, e 0.112 (95% CI 0.086-0.138) a 90 min. Rispetto ai valori di BE, al tempo 0 il valore medio era -7.0 mmol/L (±4.1), a 30 minuti 4.1 mmol/L (95% CI 3.4-4.7), a 60 minuti 7.1 mmol/L (95% CI 6.1-8.0), e a 90 minuti 9.0 mmol/L (95% CI 7.9-10.0). Dunque, a partire da questi risultati, lo studio conclude che la raccolta di campioni di sangue in modo tardivo porta ad avere risultati anormali che potrebbero non riflettere le reali condizioni del neonato al parto.

Ciò che è stato introdotto, quindi, è la possibilità di effettuare l'emogasanalisi subito dopo il parto evitando però di clampare il cordone. Uno studio osservazionale condotto da Wiberg et al⁹ su un campione di neonati vigorosi nati a termine da parto spontaneo di vertice ha indagato i valori dell'emogasanalisi su campioni di sangue venoso e arterioso ottenuti ogni 45 secondi finché il cordone non smetteva di pulsare. È emerso che nel sangue arterioso vi era una riduzione significativa dei valori di pH (7.24-7.21), HCO₃⁻ (18.9-18.1 mmol/L) e BE (da -4.85 a -6.14 mmol/L), e un incremento significativo della PaCO₂ (7.64-8.07 kPa), PO₂ (2.30-2.74 kPa) e dei lattati (5.3-5.9 mmol/L) dal tempo T₀ al tempo T₉₀, con i cambiamenti più pronunciati tra il tempo T₀ e T₄₅. Cambiamenti simili si sono verificati anche nei valori del sangue venoso: pH (7.32-7.31), HCO₃⁻ (19.54-19.33 mmol/L), BE (da -4.93 a -5.19 mmol/L), PaCO₂ (5.69-5.81 kPa) e lattati (5.0-5.3 mmol/L), anche se i cambiamenti erano ridotti e più pronunciati tra il tempo T₄₅ e T₉₀. Un studio osservazionale⁵ più recente, invece, avendo sempre come obiettivo quello di indagare l'accuratezza dei valori di emogasanalisi su campioni di sangue ottenuti da cordoni non clampati rispetto a quelli ottenuti con la tecnica standard, non trova differenze nei valori di pH, PO₂, pCO₂, SaO₂ e Hb nel sangue arterioso dei campioni ottenuti a cordone clampato e non. L'unico valore a mostrare una differenza significativa era il BE ($p<0.001$). Per i campioni di sangue venoso, i valori di pH, PO₂, pCO₂ erano comparabili nei due gruppi, mentre i valori di SaO₂, Hb and BE erano significativamente diversi ($p<0.05$).

A sostegno di questi risultati, anche la revisione condotta da Xodo et al⁷ raccomanda la raccolta di campioni di sangue venoso e arterioso dal cordone ombelicale non clampato e ancora pulsante subito dopo il parto senza effetti né sull'accuratezza dei valori di emogasanalisi né sulla trasfusione di sangue durante la DCC.

CONCLUSIONI

Dagli studi analizzati emergono molti aspetti tuttora non ben definiti nell'ambito dell'emogasanalisi effettuata alla nascita a partire dai cut off da utilizzare per definire l'emogasanalisi patologica alla quale si associano eventuali outcomes avversi.

Gli studi analizzati, infatti, riportano outcomes neonatali avversi con un pH da arteria ombelicale $\leq 7.2, 4, 35$, inclusi mortalità, HIE, convulsioni e ricovero in TIN, mentre altri studi riportano outcomes avversi con un valore di pH $\leq 7.10^{12, 21, 22, 23, 24, 42, 44}$.

Oltre a non emergere un cut off unico, negli studi analizzati vi è ancora molta variabilità in merito a quali effettivamente siano e se ci siano outcomes avversi sia a breve che a lungo termine associati all'emogasanalisi patologica, infatti, alcuni studi riportano outcomes neurologici avversi a breve termine^{4, 22, 23, 35, 42}, mentre altri articoli non li riportano^{3, 10, 36}. Rispetto agli outcomes a lungo termine, invece, gli studi sono più concordi nel non riscontrare correlazione con un'emogasanalisi patologica alla nascita^{1, 31, 32, 33, 38}.

Nonostante quanto espresso finora, ovvero, la mancanza di evidenze scientifiche circa l'utilità dell'emogasanalisi effettuata al parto, tale procedura viene eseguita di routine principalmente per aspetti di tipo medico legale^{7, 8, 14, 18, 20, 25, 27, 30, 43}, per effettuare audit clinici^{8, 25, 27, 43} e per analizzare la qualità dell'assistenza erogata^{7, 8, 14, 17, 18, 27, 43}.

Altro aspetto da dover tenere in considerazione rispetto all'emogasanalisi al parto e che, tuttora è un argomento controverso, è il timing del clampaggio del cordone rispetto al momento di esecuzione dell'emogasanalisi. Le recenti raccomandazioni⁵⁷ rispetto alla gestione del terzo stadio raccomandano, infatti, di non clampare il cordone ombelicale prima di 1 minuto dopo il parto. Inoltre, le linee guida⁵⁷ affermano che aspettare un minuto prima di effettuare l'emogasanalisi non influisca sul campione di sangue e che, piuttosto che effettuare tale procedura, i professionisti sanitari possono focalizzarsi sui bisogni del bambino.

Riferimenti bibliografici

- Diviney, M., Pinnamaneni, R. A. G. A. M. A. L. L. I. K. A., Murphy, J. F. A., Lynch, B., Rushe, H., Madigan, C., & Foran, A. (2015). Neurodevelopmental outcome at seven years in term, acidotic newborns. *Irish medical journal*.
- Alkholi, U. M., Abdalmonem, N., Zaki, A., Ali, Y. F., Mohamed, S. A., Abdelsalam, N. I., & Elsherbiny, Y. M. (2017). Early predictors of brain damage in full-term newborns with hypoxic ischemic encephalopathy. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 2133.
- Wiberg, N., Källén, K., Herbst, A., & Olofsson, P. (2010). Relation between umbilical cord blood pH, base deficit, lactate, 5-minute Apgar score and development of hypoxic ischemic encephalopathy. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 89(10), 1263-1269.
- Knutzen, L., Svirko, E., & Impey, L. (2015). The significance of base deficit in academic term neonates. *American journal of obstetrics and gynecology*, 213(3), 373-e1.
- Di Tommaso, M., Seravalli, V., Martini, I., La Torre, P., & Dani, C. (2014). Blood gas values in clamped and unclamped umbilical cord at birth. *Early human development*, 90(9), 523-525.
- Lynn, A., & Beeby, P. (2007). Cord and placenta arterial gas analysis: the accuracy of delayed sampling. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 92(4), F281-F285.
- Xodo, S., Xodo, L., & Berghella, V. (2017). Delayed cord clamping and cord gas analysis at birth. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*.
- Higgins, C. (2014). Umbilical-cord blood gas analysis.
- Wiberg, N., Källén, K., & Olofsson, P. (2008). Delayed umbilical cord clamping at birth has effects on arterial and venous blood gases and lactate concentrations. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(6), 697-703.
- Dani, C., Bresci, C., Berti, E., Lori, S., Di Tommaso, M. R., & Pratesi, S. (2013). Short term outcome of term newborns with unexpected umbilical cord arterial pH between 7.000 and 7.100. *Early human development*, 89(12), 1037-1040.
- Dudenhausen, J. W., Luhr, C., & Dimer, J. S. (1997). Umbilical artery blood gases in healthy term newborn infants. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 57(3), 251-258.
- Georgieva, A., Moulden, M., & Redman, C. W. (2013). Umbilical cord gases in relation to the neonatal condition: the EveREst plot. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 168(2), 155-160.
- Villamonte, W., Escalante, D., Yabar, J., Jeri, M., Peralta, P., & Ochoa, R. (2014). Umbilical artery blood gases of term neonates at altitude. *Revista peruana de medicina experimental y salud publica*, 31(1), 84-87.
- Thorp, J. A., Dildy, G. A., Yeomans, E. R., Meyer, B. A., & Parisi, V. M. (1996). Umbilical cord blood gas analysis at delivery. *American journal of obstetrics and gynecology*, 175(3 Pt 1), 517-522.
- Manomayangkul, Kattiya, et al. (2016). Reference values for umbilical cord blood gases of newborns delivered by elective cesarean section. *J Med Assoc Thai* 99.5: 611-7.
- Mikkelsen, Susanne Hvolgaard, et al. (2017). Birth asphyxia measured by the pH value of the umbilical cord blood may predict an increased risk of attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatrica* 106.6: 944-952.
- Ahlberg, M., Elvander, C., Johansson, S., Cnattingius, S., & Stephansson, O. (2017). A policy of routine umbilical cord blood gas analysis decreased missing samples from high-risk births. *Acta Paediatrica*, 106(1), 43-48.
- White, C. R., Doherty, D. A., Newnham, J. P., & Pennell, C. E. (2014). The impact of introducing universal umbilical cord blood gas analysis and lactate measurement at delivery. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 54(1), 71-78.
- Hayakawa, M., Ito, Y., Saito, S., Mitsuda, N., Hosono, S.,

- Yoda, H., & Masumoto, K. (2014). Incidence and prediction of outcome in hypoxic-ischemic encephalopathy in Japan. *Pediatrics International*, 56(2), 215-221.
- White, C. R., Doherty, D. A., Henderson, J. J., Kohan, R., Newnham, J. P., & Pennell, C. E. (2010). Benefits of introducing universal umbilical cord blood gas and lactate analysis into an obstetric unit. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 50(4), 318-328.
- Sabol, B. A., & Caughey, A. B. (2016). Acidemia in neonates with a 5-minute Apgar score of 7 or greater—What are the outcomes?. *American journal of obstetrics and gynecology*, 215(4), 486-e1
- Yeh, P., Emary, K., & Impey, L. (2012). The relationship between umbilical cord arterial pH and serious adverse neonatal outcome: analysis of 51 519 consecutive validated samples. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(7), 824-831.
- Tuuli, M. G., Stout, M. J., Shanks, A., Odibo, A. O., Macones, G. A., & Cahill, A. G. (2014). Umbilical cord arterial lactate compared with pH for predicting neonatal morbidity at term. *Obstetrics and gynecology*, 124(4), 756.
- Victory, R., Penava, D., da Silva, O., Natale, R., & Richardson, B. (2004). Umbilical cord pH and base excess values in relation to adverse outcome events for infants delivering at term. *American journal of obstetrics and gynecology*, 191(6), 2021-2028.
- Harris, M., Beckley, S. L., Garibaldi, J. M., Keith, R. D., & Greene, K. R. (1996). Umbilical cord blood gas analysis at the time of delivery. *Midwifery*, 12(3), 146-150.
- Armstrong, L., & Stenson, B. J. (2007). Use of umbilical cord blood gas analysis in the assessment of the newborn. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 92(6), F430-F434.
- White, C. R., Kohan, R., Doherty, D. A., Newnham, J. P., & Pennell, C. E. (2013). Attitudes and barriers to the introduction of umbilical cord blood gas and lactate analysis at birth. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 53(3), 271-276.
- White, C. R., Doherty, D. A., Cannon, J. W., Kohan, R., Newnham, J. P., & Pennell, C. E. (2016). Cost effectiveness of universal umbilical cord blood gas and lactate analysis in a tertiary level maternity unit. *Journal of perinatal medicine*, 44(5), 573-584.
- Kotaska, K., Urinowska, R., Klapkova, E., Prusa, R., Rob, L., & Binder, T. (2010). Re-evaluation of cord blood arterial and venous reference ranges for pH, pO₂, pCO₂, according to spontaneous or cesarean delivery. *Journal of clinical laboratory analysis*, 24(5), 300-304.
- Shallow, H. (2003). Should cord pH be performed routinely after normal birth?. *RCM midwives: the official journal of the Royal College of Midwives*, 6(1), 28-31.
- Pin, T. W., Eldridge, B., & Galea, M. P. (2009). A review of developmental outcomes of term infants with post-asphyxia neonatal encephalopathy. *European journal of paediatric neurology*, 13(3), 224-234.
- Van Handel, M., Swaab, H., De Vries, L. S., & Jongmans, M. J. (2007). Long-term cognitive and behavioral consequences of neonatal encephalopathy following perinatal asphyxia: a review. *European journal of pediatrics*, 166(7), 645-654.
- Carli, G., Reiger, I., & Evans, N. (2004). One-year neurodevelopmental outcome after moderate newborn hypoxic ischaemic encephalopathy. *Journal of paediatrics and child health*, 40(4), 217-220.
- Marlow, N., Rose, A. S., Rands, C. E., & Draper, E. S. (2005). Neuropsychological and educational problems at school age associated with neonatal encephalopathy. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 90(5), F380-F387.
- Van den Berg, P. P., Nelen, W. L., Jongsma, H. W., Nijland, R., Kollée, L. A., Nijhuis, J. G., & Eskes, T. K. (1996). Neonatal complications in newborns with an umbilical artery pH < 7.00. *American journal of obstetrics and gynecology*, 175(5), 1152-1157.
- Ruth, V. J., & Raivio, K. O. (1988). Perinatal brain damage: predictive value of metabolic acidosis and the Apgar score. *Bmj*, 297(6640), 24-27.
- Wiklund, I., Ahlberg, M., Dahlström, A., Weichselbraun, M., & Sjörs, G. (2014). Routine testing of umbilical cord blood after normal delivery should be discontinued. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5(4), 165-166.

OSSERVATORIO INTERNAZIONALE

ICM-International Confederation on Midwives

LE STRATEGIE DELLA ICM PER IL 2017-2020 *ICM Strategy 2017-2020".*

ABSTRACT

ITA. Questo breve report è una sintesi della presentazione del documento di ICM "ICM Strategy 2017-2020". La finalità è di mettere a disposizione delle ostetriche italiane le principali direzioni strategiche di ICM per il triennio 2017-2020 indicate da Franka Cadée President dell' ICM . L'ICM è rappresentata da più di 500.000 ostetriche, da 132 Associazioni, da 113 Paesi inclusi in 6 Regioni del Mondo.

ENGL.

This brief report elaborated by Syrio is a summary of the presentation of the ICM document "ICM Strategy 2017-2020". The aim is to make available to the Italian midwives the main strategic directions of ICM for the three-year period 2017-2020 indicated by Franka Cadée President of the ICM . The ICM is represented by more than 500,000 midwives, 132 Associations, 113 countries included in 6 World Regions.

LE PRINCIPALI DIREZIONI STRATEGICHE DI ICM: QUALITÀ, EQUITÀ E LEADERSHIP

Nella sua prefazione Franka Cadée, Presidente ICM fornisce le seguenti indicazioni:

"L' ICM impiegherà l'energia, l'entusiasmo e le intuizioni delle ostetriche e dei propri stakeholder di tutto il mondo in modo che possa guidare le ostetriche e le donne a livello globale, regionale e locale per un migliore potenziamento dei servizi nel percorso nascita. Per le donne e le loro famiglie è un diritto umano fondamentale avere accesso alle ostetriche, in quanto sono le professioniste della salute più competenti per garantire cure rispettose, personalizzate e di alta qualità durante tutto il continuum del parto/nascita. Anche le ostetriche hanno il diritto di

essere riconosciute, rispettate e rappresentate come professionisti sanitari formati, regolati e autonomi per fornire tale "care" fondamentale. È un'aspirazione del ICM lavorare più strettamente a contatto con i governi affinché tali diritti siano soddisfatti. Investire nelle ostetriche è essenziale per garantire un'assistenza di alta qualità a tutte le donne e ai loro neonati - non solo per ridurre gli interventi non necessari e le morti materne e neonatali prevenibili, ma anche per migliorare e proteggere i loro esiti sanitari su scala globale, nonché raggiungere gli obiettivi di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite. L'ICM riconosce la necessità non solo di richiedere per le donne un migliore disponibilità di ostetriche competenti e di servizi per l'assistenza al parto/nascita centrati sulle donne, ma an-

che di fornire esperienze, risorse, leadership e supporto alle proprie Associazioni aderenti, ai partner ed alle parti interessate che sostengono lo sviluppo delle ostetriche e dei servizi ostetrici centrati sulle donne. Questa dualità di diritti e responsabilità è il razionale degli obiettivi strategici per questo triennio. Si deve promuovere e difendere l'esperienza e la competenza professionale specifiche dell'ostetrica, sia nei confronti dei nostri partner, che delle parti interessate a livello globale, regionale e locale. Bisogna garantire equità di rappresentanza in tutti gli spazi e in tutti i contesti che riguardano le donne, le ostetriche e la loro partnership unica durante il conti-

nuum del parto. Bisogna esigere una regolamentazione, un'educazione e il sostegno delle ostetriche per garantire la qualità dell'assistenza alle donne, ai loro neonati, alle loro famiglie e alla comunità.

Si attende pertanto una collaborazione continua in questo prossimo triennio di tutti i portatori di interesse per sostenere donne e bambini in ogni angolo del mondo, garantendo quindi che le ostetriche siano più visibili, apprezzate e accessibili che mai".

A livello globale, l'ICM è uno dei principali stakeholder e partner per il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDG) delle Nazioni Unite entro il 2030. Il lavoro dell'ICM ha un impatto su tutti i 17 obiettivi, ma in particolare si concentra su SDG 3 - Buona salute e benessere e SDG 5 - Uguaglianza di genere.

L'ICM riconosce l'importanza strategica di sostenere le ostetriche a lavorare vicino a dove vivono le donne, se l'obiettivo è che le donne e le loro famiglie possano accedere equamente ai servizi di ostetricia di qualità, come componente chiave per raggiungere la copertura sanitaria universale.

IN PARTNERSHIP

ICM è inoltre un partner fondamentale nell'ambito della salute sessuale, riproduttiva, materna, neonatale, infantile e dell'adolescenza, con l'intento di migliorare gli esiti di salute per questi soggetti. ICM collabora con numerosi organismi, tra cui "Every Woman Every Child", l'iniziativa del precedente Segretario generale delle Nazioni Unite, Ban Ki-Moon, il "Partnership for Maternal, Newborn and Child Health" (PMNCH), "SheDecides", "White Ribbon Alliance" (WRA), "Respectful Maternity Care partnership" e "Quality, Equity, Dignity" (QED).

ICM garantisce competenze professionali, oltre che iniziative di partnership che determinano e influenzano il quadro politico a livello globale.

SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS



UN APPROCCIO BASATO SUI DIRITTI

L'elemento principale alla base di ICM è la profonda convinzione che i diritti delle donne, così come i diritti delle ostetriche, siano diritti umani. Così come una donna ha diritto all'assistenza da parte di un'ostetrica durante il percorso della maternità, allo stesso modo anche l'ostetrica ha diritto al rispetto, al riconoscimento, all'istruzione e alla possibilità di coltivare il suo potenziale. Nel momento in cui questi messaggi chiave si riflettono anche in ambito politico e si traducono in concrete iniziative, è possibile creare sinergia e determinare così un vero miglioramento della salute per tutti: alta qualità delle cure, equi risultati di salute, oltre che una professione ostetrica solida e integra.

STRATEGIE DIRETTIVE: qualità, equità e leadership

⇒ QUALITÀ

Un'assistenza ostetrica di qualità è rispettosa, focalizzata sui bisogni delle donne e dei loro neonati, fatta di cure in sicurezza, fornite da ostetriche esperte e competenti. Le ostetriche hanno il diritto di lavorare in ambienti sicuri e che forniscano le risorse necessarie per lavorare efficacemente.

⇒ EQUITÀ

ICM si impegna a favore di un equo accesso da parte delle ostetriche all'istruzione e allo sviluppo professionale continuo, oltre che a un equo accesso da parte delle donne ai servizi offerti dalle ostetriche.

⇒ LEADERSHIP

ICM si propone come un partner forte e stabile, ma allo stesso tempo capace di flessibilità, che tende a promuovere i migliori risultati per le donne e i neonati, oltre che a valorizzare la competenza delle ostetriche.

L'intento è quello di introdurre le ostetriche ai più alti livelli politici e decisionali e di fornire una efficace leadership nell'ambito della Midwifery.

Vision

ICM immagina un mondo in cui ogni donna abbia accesso alle cure di un'ostetrica per se stessa e il suo neonato.

Mission

Rafforzare le associazioni di ostetriche e promuovere la professione ostetrica a livello globale, promuovendo le ostetriche autonome come le caregivers più appropriate per le donne in età fertile e nel mantenere la nascita normale, al fine di migliorare la salute riproduttiva e la salute dei neonati e delle loro famiglie.



Fonti elettroniche

<https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Triennial%20Report/FINAL%20COPY%20ICM%20Strategy%202017-20%20ONLINE.pdf>