

OSTETRICA: RICERCA, FORMAZIONE E MANAGEMENT

Rivista Online

Italian Journal of Midwives:
Research, Learning and Management



SYRIO

Società Italiana di Scienze
Ostetrico Ginecologiche Neonatali

Membro EMA-European Midwives Association

MAGGIO - SETTEMBRE | 7-2018 |

Direttore Responsabile



Miriam Guana

*Presidente, Syrio Società Italiana di
Scienze ostetrico-ginecologico
neonatali*

REDAZIONE

Sede

Via Gioberti, 71 10128 Torino

Contatti

SitoWeb: www.syrio.org

Email: info@syrio.org

SIRYO-Società Italiana di Scienze Ostetrico-Ginecologiche-Neonatali
Produzione, amministrazione, distribuzione e copyright
www.syrio.org

Comitato Editoriale



Antonella Nespoli (MZ)



Angelo Morese (SV)



Edda Pellegrini (BG)



Cristina Pavesi (PC)



Irene Marzetti (AP)



Antonella Cinotti (FI)



Elio Lopresti (PA)



Marina Lisa (TO)



*Maria Pompea
Schiavelli (BA)*



Domenica Mignuoli (CS)



Simona Fumagalli (MZ)



Dila Parma (BO)

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 Cristina (PC), Parma Dila (BO), Mignuoli Domenica (CS), Pellegrini Edda (BG), Lopresti Elio (PA).

GRAFICA A CURA DI: Colosio Marta, Dottoressa in Ostetricia (BS)

EDITORIALE

Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)" - Analisi del documento del Ministero della Salute:"

Angelo Morese

pag.

05

STORIA

Il 1800 e l'inizio della legittimazione sociale dell'ostetrica in Italia
The 1800s and the beginning of the social legitimization of the midwife in Italy

Miriam Guana

pag.

10

RICERCA NELLA PROFESSIONE

La percezione della professione ostetrica nella popolazione femminile.
Presentazione di un' indagine

"Women's Perceptions of Midwives Report of a survey"

Flavia Marchi, Miriam Guana

pag.

15

OSSERVATORIO INTERNAZIONALE

Le competenze core ed i requisiti dell'ostetrica formatore: Linee Guida OMS 2013

"Midwifery Educator Core Competence World Health Organization 2013"

Idili Stefania

pag.

23

RICERCA OSTETRICA

Il percorso nascita nella provincia di Cosenza e di Reggio Calabria:

Sintesi dei risultati

Michele Grandolfo, Emanuela Pagliato, Paola Infortuna, Domenica Migliuoli

pag.

28

RICERCA OSTETRICA

Disturbo post traumatico da stress nell'evento parto: i vissuti delle puerpere e le conoscenze delle ostetriche

"Post Traumatic Stress disorder in childbirth Women's experience and midwives knowledge"

Giulia Toffolo, Maria Sangiuliano, Marina Baldan

pag.

36

OSSERVATORIO INTERNAZIONALE

Gli eventi sentinella occorsi in ambito ostetrico-neonatale: il panorama internazionale

Manuela Ghilardi

pag.

42

Editoriale

05

LINEE DI INDIRIZZO PER LA DEFINIZIONE e L'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA IN AUTONOMIA DA PARTE DELLE OSTETRICHE alle Gravidanze a Basso Rischio Ostetrico (BRO)

*Analisi del documento del
Ministero della Salute*

"Guidelines for the definition and organization of independent care by midwives to low-risk obstetric pregnancies"

Angelo Monese

Vicepresidente SYRIO, Società Italiana di Scienze
Ostetrico-Ginecologiche-Neonatali

ABSTRACT

ITA: In questo editoriale è proposta un'analisi del documento "Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)", ormai conosciuto come Documento BRO, prodotto dal Comitato Percorso Nascita Nazionale, organo istituito con Decreto del Ministro della Salute il 12 aprile 2011 e costituito per assicurare la funzione di coordinamento nazionale permanente per il percorso nascita. Scopo principale di questo documento è proprio quello di promuovere modelli assistenziali per le donne con gravidanza e travaglio/parto a basso rischio con l'obiettivo di incoraggiare soluzioni organizzative che rispondano a criteri di qualità e sicurezza, in modo da garantire continuità nell'assistenza e offrire alla donna opzioni diversificate sulla scelta del setting assistenziale.

ENGL: In this editorial is proposed an analysis of the document "The guideline for the definition and organization of autonomous care by midwives to pregnancies at low risk obstetric (BRO)", now known as BRO Document, produced by the National Birth Path Committee, established by Decree of the Minister of Health (Italy) on April 12, 2011 and established to ensure the function of permanent national coordination for the birth path. The main purpose of this document is precisely to promote care models for women with low-risk pregnancy and labor / delivery with the aim of encouraging organizational solutions that meet quality and safety criteria, so as to guarantee continuity of care and offer women diversified options on the choice of care setting.

Il 31 ottobre 2017 il Ministero della Salute ha inviato agli Assessorati alla Salute delle Regioni e Province Autonome il documento "*Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)*", ormai conosciuto come *Documento BRO*.

Questo documento è stato in realtà prodotto dal Comitato Percorso Nascita Nazionale, organo istituito con Decreto del Ministro della Salute il 12 aprile 2011 e costituito per assicurare la funzione di coordinamento nazionale permanente per il percorso nascita.

Prima di addentrarci all'analisi del suddetto documento, è utile comprendere il compito attribuito al Comitato, così come riportato sul sito del Ministero della Salute: "*... supportare tutte le Regioni e Province Autonome nell'attuare le migliori strategie di riorganizzazione dei Punti Nascita, verificare che esse siano coerenti con quanto definito nell'Accordo Stato-Regioni ed assicurare, nel contempo, un efficace coordinamento permanente tra le istituzioni centrali e periferiche in funzione della qualità e sicurezza del percorso nascita.*"

Il sito del Ministero della Salute riporta ancora che "...nel periodo 2011-2015, il Comitato ha costantemente monitorato l'attuazione da parte delle Regioni e Province Autonome (PA) delle seguenti 10 Linee di indirizzo previste dall'Accordo:

- Misure di politica sanitaria ed accreditamento Carta dei Servizi per il percorso nascita Integrazione territorio-ospedale
- Sviluppo di Linee guida sulla gravidanza fisiologica e di Linee guida sul taglio cesareo del SNLG-ISS
- Programma di Implementazione delle linee guida
- Elaborazione, diffusione ed implementazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita
- Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto
- Formazione degli operatori
- Monitoraggio e verifica delle attività
- Istituzione di una funzione di coordinamento permanente per il percorso nascita."

Sul sito del Ministero della Salute è possibile reperire informazioni dettagliate sulle attività del Comitato sui documenti pubblicati di sicuro interesse all'indirizzo: <http://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4483&area=Salute%20donna&menu=nascita>.

Passando all'analisi del documento BRO, il riferimento all'indicazione dell'OMS "*l'assistenza al percorso nascita garantisca una mamma ed un bambino in perfetta salute con il livello di cure più basso possibile compatibilmente con la sicurezza*" evidenzia, già nella premessa, quelli che sono i punti caratterizzanti le linee d'indirizzo proposte.

Infatti si precisa che, nonostante la gravidanza ed il parto rientrano con alte percentuali nella fisiologia, spesso i modelli clinico/organizzativi orientati alla prevenzione del rischio ed alla gestione della patologia, hanno generato un'assistenza medicalizzata, con frequente ricorso ad interventi inappropriati, costosi e rischiosi per la salute della mamma e bambino.

A tal fine, lo scopo principale di questo documento è proprio quello di promuovere modelli assistenziali per le donne con gravidanza e travaglio/parto a basso rischio con l'obiettivo di incoraggiare soluzioni organizzative che rispondano a criteri di qualità e sicurezza, in modo da garantire continuità nell'assistenza e offrire alla donna opzioni diversificate sulla scelta del setting assistenziale.

I **setting assistenziali** a cui il documento fa riferimento sono di tre tipi:

- modelli organizzativi di Gestione Autonoma BRO nelle UU.OO. (unità operative) di Ostetricia e Ginecologia;

- i centri nascita "*Freestanding*", esterni ai presidi sanitari;
- gli "*Alongside*", aree collocate nello stesso edificio dell'U.O. di Ostetricia, adiacenti e direttamente collegate ad esso; è considerato un modello avanzato di autonomia ostetrica.

La **Gestione Autonoma BRO** nelle UU.OO. di Ostetricia (quello più rappresentato in Italia) e le **Aree BRO** (considerati come Alongside, di cui si hanno pochissime realtà in Italia) sono le aree funzionali a cui fa riferimento il documento BRO.

Indifferentemente dalla tipologia di modello organizzativo, le gravidanze a basso rischio possono essere seguite sul territorio da parte di un'ostetrica, la quale si avvale dell'integrazione con un ginecologo sulla base di protocolli e griglie di definizione del rischio condivise. Questa tipologia di offerta assistenziale in autonomia da parte dell'ostetrica è ancora molto scarsa sul territorio italiano.

Lo stesso modello di gestione autonoma può essere adottato, con la presa in carico della donna da parte dell'ostetrica, sia nei Punti Nascita con Gestione Autonoma BRO che nelle Aree BRO.

La promozione di questi modelli organizzativi/assistenziali evidenzia che l'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio dev'essere modulata nel rispetto della sua natura fisiologica, rimarcando più volte che è l'ostetrica, come evidenziato da

numerose evidenze scientifiche, la figura professionale idonea a garantire in autonomia tale assistenza.

Questa autonomia, già ben definita da tutta la normativa nazionale sull'esercizio professionale dell'ostetrica, viene ulteriormente rafforzata nel documento BRO dal riferimento alle raccomandazioni della Linea Guida "Gravidanza Fisiologica" (Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità).

Al fine di promuovere la continuità assistenziale, l'integrazione territorio-ospedale e l'umanizzazione della nascita, come sancito dall'Accordo 16 dicembre 2010 (Conferenza unificata Stato-Regioni), dev'essere garantita la presa in carico da parte dei consultori della gravidanza fisiologica.

I primi dati italiani rilevati in Italia sui Punti Nascita in cui è stato realizzato il modello organizzativo di gestione autonoma delle ostetriche sono promettenti e in linea con quelli di altri paesi.

Questo il motivo per cui il documento invita le regioni e le provincie autonome di istituire e attivare Aree funzionali BRO in ogni Punto Nascita, purché in possesso dei requisiti e degli standard organizzativi-tecnologici-sicurezza previsti dalle norme di riferimento e dall'Accordo Stato-Regioni del 16/12/2010. In alternativa, qualora le Aree BRO fossero di difficile attivazione, è raccomandata l'implementazione del modello a Gestione autonoma BRO, previa definizione di protocolli clinico/assistenziali, per offrire alle partorienti anche nelle tradizionali Unità Operative di Ostetricia l'assistenza esclusiva da parte delle ostetriche.

Al fine di assicurare un'organizzazione ottimale sia della Aree funzionali BRO che di Gestione autonoma BRO, nelle linee d'indirizzo vengono riportate una serie di specifiche indicazioni:

- **Collocazione delle Aree funzionali BRO:** devono essere situate in presidi ospedalieri sede di Punti Nascita e UU.OO. di Pediatria/Neonatologia per il rapido trasferimento della partorienti o del neonato in caso di emergenze/urgenze;
- **Percorsi assistenziali territorio-ospedale:** predisposizione di specifici percorsi assistenziali per la presa in carico della gravidanza da parte del territorio favorendo una rete integrata tra consultori, medici di medicina generale, ginecologi libero professionisti;
- **Protocolli e check list:** è necessario predisporre protocolli e check list condivisi con tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza materno/neonatale per il corretto inquadramento del rischio e selezionare le donne che possono essere gestite in autonomia dalle ostetriche;
- **Rivalutazione del rischio:** prevedere in gravidanza e nel parto una costante rivalutazione del rischio. Durante il travaglio la rivalutazione del rischio dev'essere a cura dell'ostetrica;
- **Protocolli per screening neonatali e problematiche cliniche:** è raccomandato di definire specifici protocolli insieme alle UU.OO. di Pediatria/Neonatologia, sia per gli screening neonatali che per problematiche cliniche e gli aspetti formativi;
- **Esperienza e competenza dell'ostetrica:** si ritiene indispensabile, per avere un discreto livello di esperienza nelle Aree BRO e Gestione autonoma BRO, che le ostetriche abbiano svolto attività, secondo il modello one to one, almeno in 50 parti;
- **Aziende Sanitarie:** a loro spetta il compito di definire i livelli di responsabilità e autonomia delle ostetriche e di adottare sistemi di monitoraggio annuale dei volumi di attività delle ostetriche e verificare il mantenimento della loro expertise;
- **Aggiornamento interdisciplinare:** tutto il personale medico e ostetrico deve condividere periodici percorsi di aggiornamento interdisciplinare, soprattutto per le eventuali condizioni di urgenza/emergenza;
- **Indicatori:** definire a livello regionale opportuni indicatori di processo, prodotto ed esito per una valutazione ed il monitoraggio dei nuovi modelli organizzativi;
- **Audit clinici:** programmare a cadenza annuale Audit clinici con le ostetriche e gli altri professionisti coinvolti nel percorso assistenziale per rilevare eventuali scostamenti dagli standard assistenziali di riferimento ed attuare le relative azioni di miglioramento;
- **Periodica rivalutazione delle classificazioni di rischio:** porre particolare attenzione alle motivazioni in base alle quali non sia stato attivato l'affidamento in autonomia all'ostetrica o alle condizioni che hanno portato al cambiamento

assistenziale dal basso rischio a condizioni per la gestione medica.

Queste linee d'indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO) rappresentano una grande opportunità per ridisegnare il percorso assistenziale alla gravidanza a basso rischio ed è un'occasione che non può trovare impreparata la categoria delle ostetriche: conoscenze, ostetricia basata sulle evidenze, competenza, autonomia, motivazione, organizzazione, esperienza, professionalità sono elementi necessari e inderogabili.

Alcuni punti critici contenuti nel documento andrebbero ulteriormente puntualizzati e rafforzati:

- le regioni e province autonome possono istituire e attivare Aree funzionali BRO o Gestione autonoma BRO: il "possono" ha un valore ben diverso dal "devono", e questo potrebbe portare ad una nuova disegualianza territoriale nel vedere garantito un diritto della partoriente ed una facoltà operativa da parte dell'ostetrica, in disaccordo con i principi ispiratori di questo documento;
- l'attivazione di questi modelli alternativi "previa valutazione costo/beneficio e costo/efficacia" corre il rischio di non essere avviate perché ancora in assenza di dati italiani certi e oggettivi su questi parametri;
- si parla di assistenza alla gravidanza fisiologica e alla continuità assistenziale ma il documento pone maggiore attenzione all'organizzazione dell'assistenza nei Punti Nascita e meno sull'intero percorso;
- laddove si citano i percorsi assistenziali territorio-ospedale, nel favorire la cosiddetta "rete integrata", non è menzionata l'ostetrica libero professionista;
- un modello organizzativo integrato territorio/ospedale a gestione autonoma da parte dell'ostetrica richiederebbe una figura di coordinamento del profilo ostetrico in grado di garantire il rispetto della fisiologia e tutelare il percorso assistenziale alla donna in gravidanza, nel parto e in puerperio.

Raccomandazione

"Alle donne con gravidanza fisiologica deve essere offerto il modello assistenziale basato sulla presa in carico da parte dell'ostetrica/o. In collaborazione con l'ostetrica/o, il medico di medicina generale, i consultori e le altre strutture territoriali costituiscono la rete di assistenza integrata alla donna in gravidanza. Questo modello prevede, in presenza di complicazioni, il coinvolgimento di medici specializzati in ostetricia e di altri specialisti."

Integrazione territorio-ospedale

- garantire la presa in carico, la continuità assistenziale, l'umanizzazione della nascita attraverso l'integrazione dei servizi tra territorio ed ospedale e la realizzazione di reti dedicate al tema materno-infantile sulla base della programmazione regionale;
- prevedere percorsi assistenziali differenziati favorendo la gestione delle gravidanze fisiologiche presso i consultori.

Questa ricerca non ha ricevuto alcuna sovvenzione specifica da parte delle agenzie di finanziamento nei settori pubblico, commerciale o non profit

Alla realizzazione della stesura degli articoli non ha interferito alcuna tipologia di conflitto di interesse

Storia

10

Il 1800 e L'INIZIO DELLA LEGITTIMAZIONE SOCIALE DELL'OSTETRICA IN ITALIA

Miriam Guana

"The 1800 And The Beginning Of The Social Legitimacy Of Midwife In Italy"

Professore Associato di Scienze ostetrico-ginecologico neonatali, Università degli Studi di Brescia, Presidente di SYRIO

ABSTRACT

ITA: In questo articolo viene descritto l'inizio del processo di legittimazione sociale dell'ostetrica italiana, nota con il termine "levatrice", che si verifica dopo l'Unità d'Italia (1861). Al fine di contrastare pregiudizi e nocive abitudini quali cause dell'alta mortalità materna e neonatale ed ovviare al disinteresse dei medici per l'ostetricia, lo Stato unitario investe su un'ostetrica formata, rispettosa della scienza medica ed avversa alle pratiche popolari. Diverse quindi le normative per definire e regolamentare la formazione e l'esercizio della levatrice. Si provvede, a tal fine, ad istituire nuove scuole di ostetricia. Le ostetriche diplomate dovettero però tutelarsi dalla concorrenza delle cosiddette abusive. Infatti il regolamento Bonghi contemplava una sanatoria valida per chi già praticava l'attività di levatrice, senza aver acquisito un'abilitazione, ovvero, ottenere il diploma sottoponendosi al solo esame pratico. Seppur la levatrice in particolare nei piccoli centri abitati, è una figura stimata, rispettata le sue condizioni di vita e di lavoro comunque non sono facili.

ENGL: This article describes the beginning of the process of social legitimization of the Italian midwife, which occurs after the Unification of Italy (1861). In order to counteract prejudices and harmful habits as causes of maternal and newborn mortality, the unitary state invests on a trained midwife, respectful of medical science and opposed to popular practices. Various regulations define and regulate the obstetric profession. To this end, new schools of obstetrics were established. The qualified midwives, however, had to protect themselves from the competition of the so-called abusive. In fact the Bonghi regulation contemplated a valid amnesty for those who already practiced the activity of midwife without having acquired a qualification. Although the midwife in particular in small towns, is an estimated and respected figure, his living conditions and work are not easy anyway.

Nel 1800 la levatrice, così identificata in questo periodo, prestava la propria opera nell'ambiente contadino, dove godeva di una grande stima nella collettività poiché proteggeva la vita, assicurava l'identità di ogni nascituro ed era partecipe della vita familiare. Depositaria di intimi segreti, era discreta, rispettata ed apprezzata non solo perché si prendeva cura della partoriente e del neonato ma anche perché era coinvolta in questioni familiari, che andavano oltre il suo specifico ufficio, con ad esempio appianare conflitti e suddividere lasciti, patrimoni.

Quello della levatrice era un'attività considerata anche con qualche ombra ed ambiguità, poiché associata a pratiche talvolta superstiziose, ad indicazioni volte a contrastare la vita, ad esempio raccomandare metodi contraccettivi, o praticare gli aborti nelle gravidanze non volute, ecc.

T. Lovati, nel 1868, così descriveva l'identità di una levatrice nel suo Manuale di Ostetricia Minore, 3^{ed.}, Milano: *..l'esercizio dell'arte ostetrica, nei*

casi di parti naturali e facili viene ordinariamente affidato alle donne, le quali si dicono Comari, Mammane, Levatrici, Raccogliatrici. Deve la Levatrice essere di età non troppo avanzata, robusta di corpo, ambidestra, ben conformata nelle mani, prudente, paziente, disinteressata, decente negli abiti, moderata e dolce nel parlare, e fornita di tutte quelle cognizioni che costituiscono la scienza ostetrica".

Dopo l'Unità d'Italia (1861), al fine di contrastare pregiudizi e nocive abitudini quali cause dell'alta mortalità materna e neonatale ed ovviare al disinteresse dei medici per l'ostetricia si ricorse alle giovani considerate adeguate ad entrare nelle case e quindi essere a disposizione donne.

Lo Stato unitario quindi investì su un'ostetrica formata, rispettosa della scienza medica ed avversa alle pratiche popolari.

Diverse le normative per definire e regolamentare la formazione e l'esercizio della levatrice. L'iter normativo di questi anni prevede l'emanazione del

Regio Decreto Legge (RDL) del 10 febbraio 1876 recante il Regolamento delle Scuole di Ostetricia per Levatrici, più noto come **Regolamento Borghi**, il quale stabilisce i requisiti di ammissione: *un'età compresa tra i 18 ed i 36 anni, la licenza di terza elementare ed un certificato di buona condotta rilasciato dal Comune. Il corso di studi è abilitante all'esercizio professionale dopo il superamento di un esame pratico.*

A tale norma fa seguito la legge n.5849 del 22 dicembre 1888, nota come **Legge sanitaria Crispi**; all'interno di essa si stabilisce che, per l'esercizio di alcune professioni tra cui quella di levatrice, è necessario essere maggiorenni e laureati o diplomati presso una università o scuola del Regno; è inoltre obbligatorio presentare un certificato di buona condotta rilasciato dal Comune. Successivamente il RDL n. 6678 del 1890 approvò il regolamento per l'esecuzione della legge Crispi.

Si provvide, a tal fine, ad istituire nuove scuole di ostetricia. Si trattava di scuole convitto con ben definite modalità di ammissione, legate ad una sede universitaria ed annesse ad un ospizio/casa di maternità o ad un ospedale e con corsi della durata di due anni universitari.

Corradi A. nella sua opera *"Dell'ostetricia in Italia dalla metà dello scorso secolo fino al presente. Commentario. 1874*, così recita .. *E' la Clinica, è l'Ospizio di Maternità che occorre frequentare assiduamente, e nei quali il Governo non dovrebbe risparmiare i mezzi".*

Per gli insegnamenti si incaricarono i medici esperti in ostetricia.

Dal metodo dialogico alla dimostrazione teorico-pratica nella formazione ostetrica

Se per molto tempo aveva prevalso nelle precedenti scuole di ostetricia il metodo dialogico fondato su domanda e risposta, è in questi anni che comincia a svilupparsi un nuovo metodo di insegnamento che unisce la lezione alla dimostrazione pratica, rese più facili dall'introduzione, nel 1883, del famoso *Dizionario ostetrico ad uso delle levatrici del dottor L.P.*, di Luigi Porta.

Nella prefazione del testo viene specificato che non si tratta di un trattato alfabetico di ostetricia ma di un *semplice dizionario di termini usati nella teorica e nella pratica dell'arte, con l'intento di aiutare lo studio e la cognizione di questa.* Inoltre si indica che, all'interno del testo, vengono fornite le

informazioni che si pensano utili per una Comare, quali la semplice definizione delle parole, la spiegazione dell'idea che la parola racchiude e descrizioni aggiuntive volte a meglio delucidare i vocaboli. Si tratta quindi di un vero e proprio sussidio allo studio e all'apprendimento, grazie al quale le allieve, nella frequentazione della clinica ed esposizione o relazione dei parti e dei puerperi sappiano parlare e scrivere correttamente e comprendere i vocaboli che ascoltano durante le lezioni e impiegano nella pratica quotidiana.

Un giornale per le levatrici

Ben presto comincia a porsi il problema dell'evoluzione culturale e della formazione permanente; nascono così le riviste per levatrici, come ad esempio il giornale per le levatrici, edito a partire dal 1887 dalla Guardia Ostetrica di Milano. La volontà era quella di garantire una conoscenza adeguata alle levatrici, diversa da quella già esistente grazie a libri e trattati e fondata su un'applicazione pratica. La struttura comprendeva una serie di articoli originali, una nutrita serie di Casistica (con rilevante presenza delle levatrici quali autrici), una parte dedicata agli interessi professionali delle levatrici e la sezione dedicata alla pubblicazione delle lettere pervenute in redazione. È importante chiarire che all'esordio della rivista gli autori degli articoli erano solo medici, mentre dal 1872 sono molti gli argomenti che vedono le levatrici dare apporti significativi.

Società italiana delle levatrici

Esse nel 1888, fondarono la Società italiana delle levatrici per difendere, tutelare e garantire le addette, individuandole rispetto alle levatrici tradizionali e difendendo l'ideologia medica ufficiale che, nella gerarchia delle professioni sanitarie, faceva, però, dell'ostetrica una figura subordinata al medico

Conflitto tra abusive e ostetriche diplomate

Le ostetriche diplomate dovettero, tutelarsi dalla concorrenza delle cosiddette abusive.

Il regolamento Borghi infatti, contemplava anche una sanatoria valida per chi già praticava l'attività di levatrice, senza aver acquisito un'abilitazione, ovvero, ottenere il diploma sottoponendosi al solo esame pratico; tutto ciò per far fronte alle esigenze della popolazione.

Questa convivenza tra empiriche e diplomate creò delle difficoltà di riconoscimento e inserimento di

queste ultime perché meno conosciute e, per mentalità, e meno vicine alle necessità del contesto. Infatti il confronto con le mammane "abilitate", le abusive e le giovani ostetriche diplomate spesso si giocava anche sulla relazione che queste ultime instauravano con le donne. Accadeva spesso che le giovani diplomate, entusiaste della nuova scientificità di cui si rivestiva la professione, devote ai principi di igiene, adottassero un comportamento quasi asettico e distante, come se tutte quelle conoscenze le impedissero di entrare in empatia naturale con le donne che avevano accanto e con le umili condizioni di vita dei ceti meno abbienti. Questo momento storico della professione ostetrica viene puntualmente descritto nella novella "donna mimma" di Luigi Pirandello. Al di là della storia e delle concessioni letterarie dell'autore, la novella risulta essere emblematica del rinnovo inarrestabile della professione ostetrica, avvenuto non senza vittime, proprio come Donna Mimma, che non ha saputo adeguarsi al cambiamento dei tempi: la sua solida pratica non l'ha infatti sostenuta di fronte a tutte le neonate conoscenze che le ostetriche della nuova generazione dovevano saper maneggiare con destrezza. Risulta anche ragionevole considerare come sia stato necessario avallare la frattura tra la nuova conoscenza scientifica ostetrica e una pratica nata con l'umanità anche attraverso un corollario di valori e comportamenti antitetici con le mammane, fino al raggiungimento di un punto di equilibrio che ha permesso di integrare il nuovo sapere ad aspetti naturalmente insiti nel genere umano, in particolare nella donna. Tecnica sì, certamente, ma anche testa, mani e cuore ...

Istituzione della condotta ostetrica

La legge sulla tutela dell'igiene e della sanità pubblica del Governo Crispi del 1888 che istituzionalizzò la professione, impose i Comuni ad assumere una levatrice con l'obbligo di assistenza gratuita dei poveri, mentre le famiglie benestanti avrebbero dovuto pagare il servizio ricevuto. L'ostetrica condotta svolgeva la propria attività in modo relativamente autonomo fornendo assistenza alla partoriente e limitandosi a richiedere l'intervento medico nei casi di insorgenza di patologie. L'immagine della levatrice in particolare nei piccoli centri abitati, era circondata "da un'aurea di sacralità per il suo essere protagonista dello

straordinario evento della nascita" (Gissi, 2006), e il suo ruolo era riverito e incontestato.

Accanto al parroco, al sindaco, al medico, al farmacista, l'ostetrica era considerata un'istituzione, una figura degna di stima e di fiducia. È stato anche l'ascendente emanato da questa figura a stimolare molte donne ad intraprendere, in seguito, quello stesso cammino professionale.

La Legge Crispi del 1889 prevedeva pure l'emanazione di un regolamento applicativo (09/10/1889) che introdusse l'obbligo, per le levatrici, di denunciare le malattie infettive.

L'anno successivo un ulteriore regolamento (*Regolamento speciale con istruzioni per l'esercizio ostetrico delle levatrici dei Comuni del Regno*, Ministro dell'interno Crispi, 23/02/1890) stabilì una serie di disposizioni sanitarie, decretò l'obbligo della levatrice di chiamare il medico in caso di eventi irregolari durante il parto o di febbre elevata della puerpera e definì un registro in cui l'ostetrica avrebbe dovuto annotare i parti a cui aveva dato assistenza. Inoltre, allegò un elenco dettagliato di istruzioni sugli strumenti ed accessori da portare con sé, sui movimenti da compiere presso la partoriente, sulle cure igieniche da applicare alla madre e al bambino.

La borsa ostetrica I "ferri del mestiere" della levatrice

Dall'analisi dei testi regolamentari del 1890, possiamo rilevare il corredo strumentario contenuto nella busta della levatrice, seppur con qualche approssimazione. Da uno studio e confronto dei Regolamenti possiamo dedurre come le mansioni della levatrice, alla fine dell'Ottocento, fossero incentrate quasi esclusivamente sulla disinfezione. Unico strumentario presente era la forbice a punta smussa e la forbice per tagliarsi le unghie.

Le responsabilità professionali

Il Codice Penale del 1888, inoltre, punì la procurata morte, l'occultamento e la sostituzione d'infante, il procurato aborto, e regolamentò il dovere della levatrice di fornire, nel caso in cui vi fosse una richiesta dell'autorità giudiziaria, chiarimenti ed informazioni circa diagnosi di gravidanza, di parto avvenuto, di età e situazioni di infanti abbandonati. Nel 1894 la Prefettura di Milano prevede l'obbligo (Circolare del 15/12/1894) di denuncia a carico di medici e ostetriche dei casi di aborto per raccogliere statistiche e per non occultare aborti

criminosi che a detta di alcuni avvenivano con il concorso delle stesse levatrici, ed autorizzò (Circolare del 28/05/1894), per tutelare le situazioni di gravidanze illegittime, le levatrici a tenere a pensione partorienti, registrando questi pensionati e sottoponendoli a controlli igienici.

Conclusioni

La legislazione dopo l'Unità d'Italia è scandita dalla trasformazione delle comari o mammane in ostetriche professioniste, rispettose dei principi della scienza e delle leggi finalizzate a tutelare la salute della donna e del bambino. Quindi l'avvio del processo di legittimazione sociale.

Seppur la levatrice in particolare nei piccoli centri abitati, è una figura stimata, rispettata le sue condizioni di vita e di lavoro comunque non sono facili: le numerose responsabilità addossate, la concorrenza con le empiriche, le scarse retribuzioni erogate dai Comuni o l'opposizione di essere pagate dalle clienti, l'assenza di garanzia e sicurezza, poiché potevano essere trasferite in qualsiasi momento dal loro incarico, l'a mancanza

del diritto alla pensione ed a forme di assicurazione in caso di malattia.

Numerose le testimonianze di levatrici pubblicate sulla rivista "il Giornale delle Levatrici" sorto nel 1886, nata per divulgare informazioni scientifiche, casi clinici interessanti, ma riportante anche varie critiche e lamentele.

Sitografia

1. Elena Spina. La professione ostetrica: mutamenti e nuove prospettive, CAMBIO Anno IV, Numero 7/Giugno 2014
2. https://www.researchgate.net/publication/310798214_La_professione_ostetrica_mutamenti_e_nuove_prospettive
3. LA LEVATRICE di Paolo Gaifami, da Enciclopedia Italiana (1934) http://www.treccani.it/enciclopedia/levatrice_%28Enciclopedia-Italiana%29/
4. Mestieri da donna Le italiane al lavoro tra '800 e '900 Le professioni sanitarie
5. Le levatrici di Angela Frulli Antioccheno <http://medea.provincia.venezia.it/est/frulli/sanit/lev.htm>

Fonti bibliografiche

Nadia Maria Filippini, Generare, partorire, nascere Una storia dall'antichità alla provetta, Viella Editore, Roma, 2017

Questa ricerca non ha ricevuto alcuna sovvenzione specifica da parte delle agenzie di finanziamento nei settori pubblico, commerciale o non profit

Alla realizzazione della stesura degli articolo non ha interferito alcuna tipologia di conflitto di interesse



La Levatrice

Presta la propria opera nell'ambiente rurale.



Regolamento Bonghi

Le ostetriche formate devono resistere alla concorrenza delle abusive. Questo regolamento prevede una sanatoria per coloro che esercitavano la professione di levatrice senza una regolare abilitazione.

Nascono le prime



La Società Italiana delle Levatrici

nasce per difendere, tutelare e garantire le levatrici

Legge sulla tutela dell'Igiene e della sanità pubblica

1800

1876

1888

1861

Dopo l'unità d'Italia mancano levatrici, i medici sono poco interessati all'ostetricia e bisogna eliminare le abitudini "nocive" che portano alla morte e alla febbre puerperale.

1886

Le levatrici sentono il bisogno di divulgare le informazioni scientifiche e i casi clinici, ma anche critiche e lamentele

nasce *il Giornale delle Levatrici*

1894

Obbligo per medici e ostetriche di denuncia dei casi di aborto e consentiva alle levatrici di tenere a pensione le partorienti.

Circolare 15/12/1894



Ricerca
nella
Professione

15

LA PERCEZIONE DELLA PROFESSIONE OSTETRICA nella POPOLAZIONE FEMMINILE

Presentazione di un'indagine

Flavia Marchi¹, Miriam Guana²

¹Dottore in Ostetricia, Libera Professionista Ostetrica (BS)

²Professore Associato di Scienze ostetrico-ginecologico neonatali
Università degli Studi di Brescia, Presidente di SYRIO

"Women's Perceptions of
Midwives Report of a survey"

ABSTRACT

ITA: Oggi all'innegabile sviluppo e riconoscimento della professione sul piano formale, non sembra corrispondere un'evoluzione della percezione femminile della figura e del ruolo dell'ostetrica/o. Scopo: indagare l'attuale percezione femminile della professione ostetrica, rilevando conoscenze e opinioni in donne di diverse generazioni, che hanno o meno incontrato un'ostetrica/o nella loro vita. Metodi: studio quantitativo osservazionale descrittivo con campionamento per quote in quattro classi d'età, corrispondenti a distinte generazioni; il campione è costituito da 249 donne. Risultati: la percezione femminile della professione è strettamente legata alla gravidanza e al travaglio e parto; ciò nonostante, la figura di riferimento in ambito ostetrico risulta quella del medico ginecologo. L'ostetrica/o è discretamente presente nella vita delle donne oltre i 25 anni, ma pressoché assente tra le più giovani.

Parole chiave: donne, percezione, professione ostetrica

ENGL: Aim: to investigate current women's perceptions of midwifery, detecting knowledge and opinions in women of different generations, in various phases of the life cycle, with and without experience of pregnancy and childbirth and who have met or not midwife in their life, in order to design targeted corrective actions, aimed at giving greater visibility to the professional profile and at regaining the respect, the esteem and the consideration enjoyed in the past. Methods: it was undertaken a quantitative observational descriptive study with quota sampling in four age groups, corresponding to different generations; data were collected from a sample of 249 women - Italian.

Keywords: perception, midwifery, women, Brescia, observational study.

INTRODUZIONE

La millenaria storia della professione ostetrica appare caratterizzata nei secoli da un percorso oscillante, in cui fasi di valorizzazione e relativa autonomia si sono alternate a periodi di subordinazione e di involuzione sociale⁹.

In Italia, a partire dagli anni novanta del secolo scorso la figura ostetrica viene coinvolta in un processo di riqualificazione e di riposizionamento socio-professionale e disciplinare, attraverso una profonda revisione delle leggi perdendo il carattere ausiliario e ancillare che aveva in passato, acquisendo lo status di professionista sanitario (L. n. 42/1999).

Si configura come professionista con specifiche competenze e ambiti di intervento, con una piena responsabilità e autonomia, non solo nel limitato

contesto del travaglio e parto, ma nell'intera presa in carico della persona (donna, coppia, feto/neonato, famiglia, comunità), nell'ambito degli eventi/fenomeni naturali/fisiologici che caratterizzano le diverse fasi del ciclo sessuale riproduttivo: nascita, pubertà, età fertile, gravidanza, parto, puerperio, meno- pausa.

Oggi l'ostetrica/o inoltre si propone con uno specifico corpus dottrinale (le scienze ostetrico-ginecologico-neonatali), riconosciuto dal mondo accademico e sviluppato e consolidato attraverso la ricerca di settore.

Tuttavia, all'innegabile sviluppo e riconoscimento della professione sul piano formale, non sembra corrispondere un'evoluzione della percezione femminile della figura e del ruolo dell'ostetrica/o, che anzi sembra aver subito negli ultimi decenni

una progressiva perdita di legittimazione sociale, come risulta da recenti indagini, condotte sia nel contesto italiano^{24,25} che internazionale^{26,27,30, 31,33}. In esse si rileva un sostanziale cambiamento della visione da parte delle donne: permane, ormai radicata, una concezione medicalizzata dell'assistenza relativa al ciclo riproduttivo di genere, difficile da contrastare, mentre la professione viene offuscata nel territorio, a causa dell'eccessiva ospedalizzazione e della sua limitata presenza nei servizi preposte all'erogazione delle cure primarie.

Inoltre la figura di riferimento predominante, in ambito ostetrico-ginecologico, risulta quella del medico, identificato nel "gestore" esclusivo della salute di genere, come risulta da fonti bibliografiche autorevoli.

SCOPO e Obiettivi Specifici

Lo studio intende indagare la percezione della professione ostetrica nella popolazione femminile del territorio bresciano, determinando se e in che grado ciò che le donne fanno o credono sia in accordo con la moderna ed effettiva configurazione scientifica, giuridica e sociale della professione: il "sapere di fondo-disciplinare", il percorso formativo, il profilo professionale, le competenze e gli ambiti operativi nel mondo del lavoro, il grado di autonomia, le relazioni con gli altri professionisti sanitari. Lo scopo generale dell'indagine si traduce in **due obiettivi**:

- 1 **quello primario** è mettere in luce le eventuali disparità di conoscenze e opinioni esistenti tra donne di diverse generazioni, in varie fasi del ciclo vitale riproduttivo, con e senza vissuto di gravidanze e parti, con o senza esperienza di incontro con la figura dell'ostetrica/o, al fine di identificare le variabili che potrebbero influenzare la percezione femminile;
- 2 **quello secondario** è fornire alcuni spunti per la progettazione di opportuni interventi correttivi, volti a conferire maggiore visibilità alla professione, a restituirle il prestigio di un tempo e a ricostituire l'alleanza tra ostetrica/o e donna nelle diverse fasi della vita sessuale e riproduttiva.

MATERIALI e METODI

In considerazione degli obiettivi prefissati e delle risorse disponibili, si è optato per uno **studio quantitativo osservazionale descrittivo**, realizzato

nel periodo compreso tra **agosto 2016** e **marzo 2017**.

Il campione è rappresentato da donne di nazionalità italiana, residenti nella provincia di Brescia e di età compresa tra i 18 e i 75 anni.

Il totale della numerosità del campione ipotizzato

Poiché l'oggetto di indagine è un fenomeno di natura sociale e, come tale, verosimilmente influenzato dalla struttura per età della popolazione, si è scelto di adottare un campionamento per quote, suddividendo le unità campione in quattro sottogruppi, corrispondenti a distinte generazioni:

giovani: 18-25 anni

prima età adulta: 26-39 anni

seconda età adulta: 40-59 anni

terza età: 60-75 anni

(250 unità) è stato quindi stratificato in classi in modo da rispecchiare le proporzioni esistenti nella popolazione femminile ricavate dai dati ISTAT recenti ottenendo così il numero di unità da reclutare in ogni sottogruppo.

Il campione è costituito da **249 donne**, reclutate presso il **Servizio Prelievi Esterni-area Stauffer dell'ASST Spedali Civili di Brescia**, attraverso la somministrazione *de visu* di un **questionario cartaceo**, corredato di lettera di presentazione dello studio, da compilare e riconsegnare in loco.

Lo strumento utilizzato per la raccolta dati è un questionario anonimo strutturato, costruito ad hoc a partire da modelli rintracciati in letteratura^{1,24,25, 36,37}, suddiviso in quattro sezioni tematiche, codificate con le lettere A, B, C e D, che indagano rispettivamente: le conoscenze sulla professione ostetrica, inerenti il percorso formativo (domanda 1), i luoghi di lavoro (domande 2 e 3), i livelli di autonomia e responsabilità (domanda 4), la libera professione (domanda 5), il Codice Deontologico (domanda 6), l'albo (domanda 7) e le competenze (domanda 8); la storia clinico-ostetrica (domande 9-12); le opinioni sulla professione ostetrica e le scelte sulle figure professionali a cui rivolgersi per specifici bisogni di salute o aree di intervento (domande 13-17); i dati anagrafici (età, comune di residenza, titolo di studio e professione).

Si è fatto ricorso alla statistica descrittiva per sintetizzare e presentare l'insieme dei dati raccolti, attraverso il calcolo di frequenze assolute, relative

e percentuali e l'utilizzo di indici di posizione e variabilità.

RISULTATI

Le 249 intervistate provengono da 77 diversi comuni dei 205 della provincia di Brescia. Sono per lo più diplomate (38,96%) o laureate (38,96%); il 16,06% ha conseguito il diploma di scuola media inferiore, mentre il 4,82% non possiede alcun titolo di studio o ha terminato la scuola elementare; l'1,20% non ha indicato il proprio livello di istruzione. La maggior parte delle partecipanti lavora come dipendente (57,03%), il 6,83% opera in proprio, il 2,41% è disoccupata, il 17,27% pensionata, il 9,64% casalinga e il 6,02% studentessa; infine lo 0,80% non ha specificato la propria professione.

Se si considera il campione nel suo insieme, la percentuale di donne che ha incontrato l'ostetrica almeno una volta nella vita è consistente (oltre il 76%) e cresce all'aumentare dell'età delle classi; inoltre, la quota di intervistate di età inferiore ai 40 anni che non ha mai interagito con tale figura (43%) risulta inferiore rispetto al dato rilevato in letteratura (53%)^[25]. Tuttavia, se si prende in esame il sottogruppo tra i 18 e i 25 anni, poco più del 30% ha avuto contatto con l'ostetrica/o; se poi si escludono le ragazze che l'hanno incontrata grazie a legami familiari o d'amicizia e non per bisogni di salute, la percentuale scende al 12%. L'ostetrica/o sembra quindi una figura pressoché assente nella vita delle giovani donne.

Da quanto emerge dallo studio, rispetto alle occasioni di incontro con l'ostetrica, alcune sue importanti competenze non trovano riscontro nei rispondere; infatti, allattamento, puerperio, controlli a domicilio, cure al neonato, riabilitazione del pavimento pelvico, contraccezione e menopausa sono state indicate con frequenza decisamente inferiore rispetto a travaglio e parto, gravidanza, corsi di accompagnamento alla nascita e screening ginecologici, che nel complesso queste ultime tre opportunità di relationship costituiscono quasi il 70% delle risposte.

Per quanto riguarda i luoghi di incontro con l'ostetrica/o, si evidenzia una netta sproporzione tra l'ospedale e gli ambulatori ostetrico-ginecologici da una parte, che insieme rappresentano quasi il 70% delle risposte fornite, ed il consultorio familiare, il domicilio e lo studio

privato dall'altra, indicati rispettivamente nel 17%, nel 10% e nel 2% dei casi.

In più della metà delle occasioni, le donne non sono entrate in relazione con l'ostetrica in modo mirato, per propria conoscenza o su indicazione di altri professionisti sanitari, ma casualmente nella struttura a cui si sono rivolte. Tuttavia, l'85% delle intervistate che l'hanno incontrata la ricorda come una professionista fondamentale, competente e preparata.

Oltre il 67% del campione ha avuto gravidanze e la percentuale in ogni classe cresce all'aumentare dell'età considerata. Di tale quota, circa il 7% non ha mai avuto occasioni di incontro con la figura dell'ostetrica, né durante la gestazione, né in occasione di travaglio e parto, né in puerperio; il dato risulta inferiore a quanto rilevato in letteratura (14%)²⁴.

Rispetto ai servizi e alle figure professionali a cui le intervistate si sono rivolte per essere seguite in gravidanza, i risultati avvalorano la tesi, ampiamente documentata in letteratura, che la figura di riferimento principale sia il medico ginecologo; infatti, più del 79% delle rispondenti si è rivolto unicamente ad esso, solo il 5% esclusivamente all'ostetrica/o del consultorio o libero professionista e poco più del 14% ad entrambi; sulla stessa linea si colloca la scelta dei servizi, che è ricaduta sull'ospedale in più della metà dei casi, su un servizio privato (per lo più medico) nel 35% e soltanto nel 12% su un consultorio familiare.

Tuttavia, a differenza di quanto evidenziato in letteratura²⁵, ovvero che al diminuire dell'età aumenti la percentuale di donne che si rivolgono esclusivamente al ginecologo per l'assistenza in gravidanza, nel campione in esame tale percentuale, pur restando alta, risulta inferiore nella classe della prima età adulta (68%), rispetto a quelle della seconda età adulta (83%) e della terza età (77%). Complessivamente, la conoscenza media sulla professione appare buona, pari al 70% circa. Il grado di conoscenza risulta superiore, anche se non di molto, nel gruppo della prima età adulta (74%) e delle giovani (71%), rispetto a quelli della seconda età adulta e della terza età (69%). Inoltre, le donne che hanno incontrato un'ostetrica/o nella propria vita mostrano un livello medio di conoscenza superiore rispetto a quelle che non ne hanno mai avuto occasione; lo scarto è maggiore al di sotto dei 60 anni.

Più che buona (76%) è la consapevolezza dell'autonomia e responsabilità proprie dell'ostetrica rispetto al medico ginecologo, al quale solo il 20% del campione ritiene che essa sia subordinata; minore è la cognizione rispetto al fatto che l'ostetrica/o collabora con il medico ginecologo in situazioni di patologia (51%). Adeguatamente riconosciuta (78%) è l'esistenza di uno specifico codice deontologico, mentre poco noti sono l'obbligo di iscrizione ad un albo (48%) e la possibilità di esercitare la libera professione (50%). Relativamente alle competenze proprie dell'ostetrica/o, le intervistate mostrano livelli di conoscenza diversificati in relazione alle aree di intervento considerate (fig.3): se in ambito ostetrico la conoscenza media è più che buona (84%), si abbassa progressivamente in ambito neonatale (60%) e ginecologico (55%), fino a scendere sotto il 50% nell'ambito del coordinamento, della formazione e della ricerca (44%). In merito alle figure professionali a cui le donne si rivolgerebbero preferenzialmente per determinati bisogni di salute o aree di intervento, che rientrano negli ambiti di competenza dell'ostetrica, emerge quanto segue: in area ostetrica, benché l'88% del campione riconosca che assistere e consigliare la donna nel periodo della gravidanza è una competenza propria dell'ostetrica, solo il 28% le si rivolgerebbe di preferenza per tale scopo e ancor meno le si è effettivamente rivolto nella pratica (19%), scegliendo nella maggior parte dei casi il medico ginecologo; per l'assistenza al travaglio e parto, invece, un buon 70% opterebbe per l'ostetrica; in area ginecologica, difficilmente le intervistate si rivolgerebbero di preferenza all'ostetrica per disturbi legati alla menopausa (10%), riabilitazione del pavimento pelvico (35%) e informazioni sui metodi contraccettivi (14%), prediligendo invece il medico specialista; soltanto per l'esecuzione di screening ginecologici la quota di donne che sceglierebbe l'ostetrica/o (49%) supera, anche se di poco, quella che preferirebbe il medico ginecologo (45%); in area neonatale, verrebbero in genere prediletti il medico pediatra e la puericultrice.

CONCLUSIONI

In questo studio la fotografia della situazione è nel complesso incoraggiante e se comparata con il quadro descritto in letteratura, mostra che, negli ultimi anni, piccoli ma significativi passi in avanti

sono stati compiuti dalla categoria ostetrica nell'arduo cammino volto a riconquistare il terreno sottrattole dalla medicalizzazione della

- ▶ Riorganizzazione dei servizi da parte degli organi competenti, che aumenti il numero di ostetriche/ci sul territorio, non relegandole/li alla sala parto e consentendo loro di riappropriarsi del proprio ruolo e delle proprie competenze;
- ▶ Rilancio della libera professione, come opportunità di recupero di spazi di autonomia e strumento per rispondere ai bisogni di salute (nelle sue dimensioni biologica, psichica e sociale) della donna, della coppia, della famiglia e della collettività;
- ▶ Educazione degli altri professionisti sanitari circa gli scopi e i valori della midwifery, perché indirizzino le donne verso l'ostetrica/o quando è la figura più indicata a cui rivolgersi;
- ▶ Impegno collettivo da parte della comunità ostetrica e in particolare delle nuove generazioni di professioniste/i, che seguitino ad attivarsi per divulgare le proprie competenze distintive e modificare il pensiero sociale, sensibilizzando l'opinione pubblica circa il proprio ruolo;
- ▶ Sviluppo costante della professionalità, attraverso la formazione e la ricerca continue (dovere per altro affermato nel Codice 14. Deontologico); infatti, impegnarsi nella crescita professionale significa contribuire ad elevare il prestigio della categoria e aumentare l'autorevolezza sociale, derivante dalla percezione da parte del singolo cittadino e della collettività di un professionista dotato di alta professionalità e degno di stima e fiducia.

nascita e ad affermare il proprio valore in ambito sanitario e sociale.

Tuttavia, la strada per restituire all'ostetrica la pienezza del suo ruolo è ancora lunga e sembra necessario operare su più fronti, ovvero:

Proposte per il Futuro

rilevare le conoscenze e le opinioni sulla professione ostetrica dei professionisti sanitari che condividono gli stessi ambiti di intervento, per capire come possano influenzare la percezione e le scelte delle donne, ma anche indagare l'altra faccia della medaglia, cioè come le ostetriche ritengono di essere percepite/i dalle

donne e dagli altri professionisti sanitari, quanto si sentono riconosciute e valorizzate, per confrontare i risultati con la percezione effettivamente riscontrata.

Fonti Bibliografiche

- Vincifori E, Molinar Min M. L'identità della professione ostetrica, tra codice deontologico e realtà lavorativa. *Lucina. La rivista dell'ostetrica/o*. 2013;1:8-12.
- Collegio delle Ostetriche della Provincia di Verona. Storia dell'ostetrica. Dalle origini al Medioevo [internet]. Disponibile su: <<http://www.ostetricheverona.it/storia/storia0.php>> [ultimo accesso il 5 marzo 2017].
- Debiasi E. Raccogliatrice - comare - mamma - levatrice - ostetrica. *Atti della Accademia Roveretana degli Agiati*. 1980;20(B):233-56.
- Fiandra F. Status della professione sanitaria ostetrica [internet]. Disponibile su: <[http://www.med.unipg.it/ostetrica/Materiale_Didattico/Scienze%20Infermieristiche%20\(FIANDRA\)/CLO%20%20lezione%20STORIA.pdf](http://www.med.unipg.it/ostetrica/Materiale_Didattico/Scienze%20Infermieristiche%20(FIANDRA)/CLO%20%20lezione%20STORIA.pdf)> [ultimo accesso il 5 marzo 2017].
- Spina E. Ostetriche e Midwives. Spazi di autonomia e identità corporativa. Milano: FrancoAngeli; 2009.
- Frongia ML. Uno sguardo al passato: chi era l'ostetrica [internet]. Disponibile su: <<http://unica2.unica.it/ginost/old/DIDATTICA/presentazione%20CLO2.htm>> [ultimo accesso il 5 marzo 2017].
- Cimino M. Storia dell'ostetrica [internet]. Disponibile su: <<http://www.ginecologia.unipd.it/collezione/Storia%20Collezione%20Ostetrica1.htm>> [ultimo accesso il 5 marzo 2017].
- Collegio delle Ostetriche della Provincia di Verona. Storia dell'ostetrica. Dal Medioevo al Seicento [internet]. Disponibile su: <<http://www.ostetricheverona.it/storia/storia1.php>> [ultimo accesso il 5 marzo 2017].
- Spina E. La professione ostetrica: mutamenti e nuove prospettive. *Cambio. Rivista sulle trasformazioni sociali* [internet]. 2014;7:53-64. Disponibile su: <http://www.cambio.unifi.it/upload/subNumero%207/08_Spina.pdf> [ultimo accesso il 5 marzo 2017].
- Pancino C. Il bambino e l'acqua sporca. Storia dell'assistenza al parto dalle mammane alle ostetriche (secoli XVI-XIX). Milano: FrancoAngeli; 1984.
- Betta E. Il corpo dell'anima. La chiesa e i limiti delle terapie abortive. *Storia delle donne*. 2005;1:169-85.
- Collegio delle Ostetriche della Provincia di Verona. Storia dell'ostetrica. Dal Seicento al Servizio Sanitario Nazionale [internet]. Disponibile su: <<http://www.ostetricheverona.it/storia/storia2.php>> [ultimo accesso il 5 marzo 2017].
- Lanzardo L. Per una storia dell'ostetrica condotta. *Rivista di storia contemporanea*. 1985;14:136-52.
- Vitiello A. Il tempo delle ostetriche condotte: formazione e autonomia professionale. Un percorso di ricerca tra carte d'archivio e racconti. In: Fasano Guarini E, Galoppini A, Peretti A (a cura di). *Fuori dall'ombra. Studi di storia delle donne nella provincia di Pisa (secoli XIX-XX)*. Pisa: Plus; 2006. pp. 461-511.
- Duden B. I geni in testa e il feto nel grembo. *Sguardo storico sul corpo delle donne*. Torino: Bollati Boringhieri; 2006.
- Pierotto A, Del Bo E. Essere ostetrica oggi: la nostra professionalità nella percezione delle donne. *Lucina. La rivista dell'ostetrica/o*. 2015;4:30-3.
- Mascolo MR, Camera G. La professione ostetrica in Italia negli ultimi 60 anni. *Indagine sulla visione delle donne*. *Lucina. La rivista dell'ostetrica/o*. 2015;1:28-32.
- Brodie P. Addressing the barriers to midwifery. *Australian midwives speaking out*. *Aust Coll Midwives Inc J*. 2002;15:5-14.
- Shaban I, Barclay L, Lock L, Homer C. Barriers to developing midwifery as a primary health-care strategy: a Jordanian study. *Midwifery*. 2012;28:106-11.
- Lavender T, Chapple J. Models of maternity care: report for the maternity and neonatal workforce group. London: HMSO; 2002.
- Houghton G, Bedwell C, Forsey M et al. Factors influencing choice in birthplace: an exploration of the views of women, their partners and professionals. *Evidence Based Midwifery*. 2008;6:59-64.
- Cooper T. Perceptions of the midwife's role: a feminist technoscience perspective [internet]. aprile 2011. Disponibile su <http://clok.uclan.ac.uk/2404/2/CooperTthesis-hardbound_final_collated.pdf> [ultimo accesso il 5 marzo 2017].
- Cooper T, Lavender T. Women's perceptions of a midwife's role: an initial investigation. *Br J Midwifery*. 2013;21:264-73.
- Becker G, Nachtigall RD. Eager for medicalisation: the social production of infertility as a disease. *Social Health Illn*. 1992;14:456-71. Vermeulen J, Swinnen E, D'haenens F et al. Women's preferences and knowledge about the legal competences of midwives in Brussels, Belgium. A descriptive observational study. *Midwifery*. 2016;40:177-86.
- Vicario M, Di Paolo AM, Piacente G et al. Status, competenze e responsabilità dell'ostetrica/o. In: Guana M, Cappadona R, Di Paolo AM et al (a cura di). *La disciplina ostetrica. Teoria, pratica e organizzazione della professione*. 2. ed. Milano: McGraw-Hill; 2011. pp. 318-27.
- Guana M, Rampini EM, Cinotti A. *Organizzazione della midwifery internazionale*. In: Guana M, Cappadona R, Di Paolo AM et al (a cura di). *La disciplina ostetrica. Teoria, pratica e organizzazione della professione*. 2. ed. Milano: McGraw-Hill; 2011. pp. 281-93.
- Di Paolo AM, Vicario M, Guana M et al. Deontologia professionale e principi di bioetica in campo sessuale e riproduttivo. In: Guana M, Cappadona R, Di Paolo AM et al (a cura di). *La disciplina ostetrica. Teoria, pratica e organizzazione della professione*. 2. ed. Milano: McGraw-Hill; 2011. pp. 294-317.
- Cenerelli D, Marchioni G, Brunelli M et al. 46. pp. 294-317.
- Profili di competenza dell'équipe. In: Marchioni G, Salerno S, Scalorbi S, Quarella P (a cura di). *Infermieristica in area maternoinfantile*. Milano: McGraw-Hill Education; 2014. p. 17.
- Giusti A. *La Midwifery Care: report internazionale e situazione italiana* [internet]. 28 luglio 2011. Disponibile su: <<http://50.www.epicentro.iss.it/temi/materno/MidwiferyCare.asp>> [ultimo accesso il 5 marzo 2017].
- Filippini NM. Levatrici e ostetricanti a Venezia tra sette e ottocento. *Quaderni storici*. 1985;20:150-80.
- Gissi A. *Le segrete manovre delle donne*.
- Levatrici in Italia dall'Unità al fascismo. Roma: Binklink; 2006.
- Spina E. Il processo di neo-professionalizzazione. Il ruolo dell'ostetrica. Paper del Dipartimento di Studi Sociali dell'Università di Brescia n. 4 [internet]. 2007. Disponibile su: <<https://www.unibs.it/sites/default/files/ricerca/allegati/Spina07.pdf>> [ultimo accesso il 5 marzo 2017].
- Guana M, Gremmo M, Porro A et al. Teorie e concetti nella disciplina ostetrica. In: Guana M, Cappadona R, Di Paolo AM et al (a cura di). *La disciplina ostetrica. Teoria, pratica e organizzazione della professione*. 2. ed. Milano: McGraw-Hill; 2011. pp. 1-50.
- Newick L, Vares T, Dixon L et al. A midwife who knows me: women tertiary students' perceptions of midwifery. *New Zealand College of Midwives Journal*. 2012;47:5-9.
- Pulimeno AML, Bove D, Renda A. *Indagine conoscitiva: immagine e riconoscimento sociale dell'infermiere*. *Infermiere oggi*. 2008;4:25-9.
- Papa A, Masera G, Siri P. *La percezione della professione infermieristica fra i giovani*. *L'Infermiere*. 2013;2:20-3.

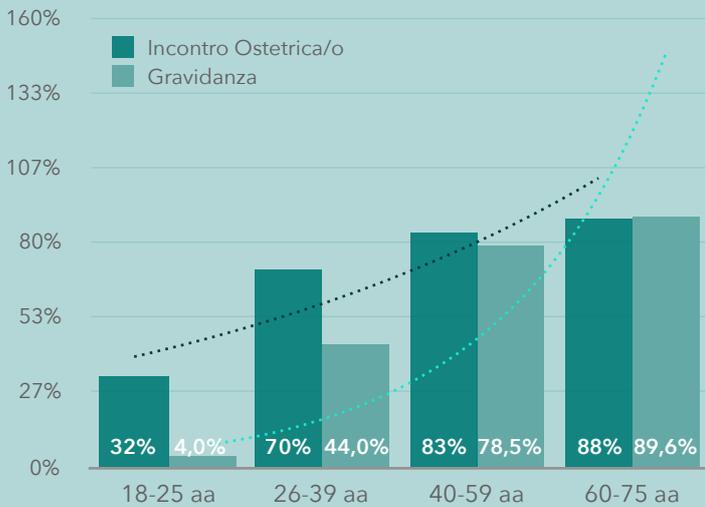
Sitografia

- epicentro.iss.it [internet]. Portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica. Disponibile su: www.epicentro.iss.it/.
- figo.org [internet]. International Federation of Gynecology and Obstetrics. Disponibile su: <<http://www.fgfnco.it>> [internet]. Federazione Nazionale Collegi Ostetriche. Disponibile su: <<http://www.fnco.it/>>.
- istat.it [internet]. Istituto nazionale di statistica. Disponibile su: <<http://www.istat.it/>>.
- ostetrichebergamo.it [internet]. Collegio delle Ostetriche della provincia di Bergamo. Disponibile su www.ostetrichebergamo.it/.
- ostetrichebrevescia.it [internet]. Collegio delle Ostetriche di Brescia. Disponibile su: <<http://www.ostetrichebrevescia.it/>>.
- salute.gov.it [internet]. Ministero della Salute. Disponibile su: <<http://www.salute.gov.it/>>.
- saperidoc.it [internet]. Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva. Disponibile su www.saperidoc.it/.

Questa ricerca non ha ricevuto alcuna sovvenzione specifica da parte delle agenzie di finanziamento nei settori pubblico, commerciale o non profit

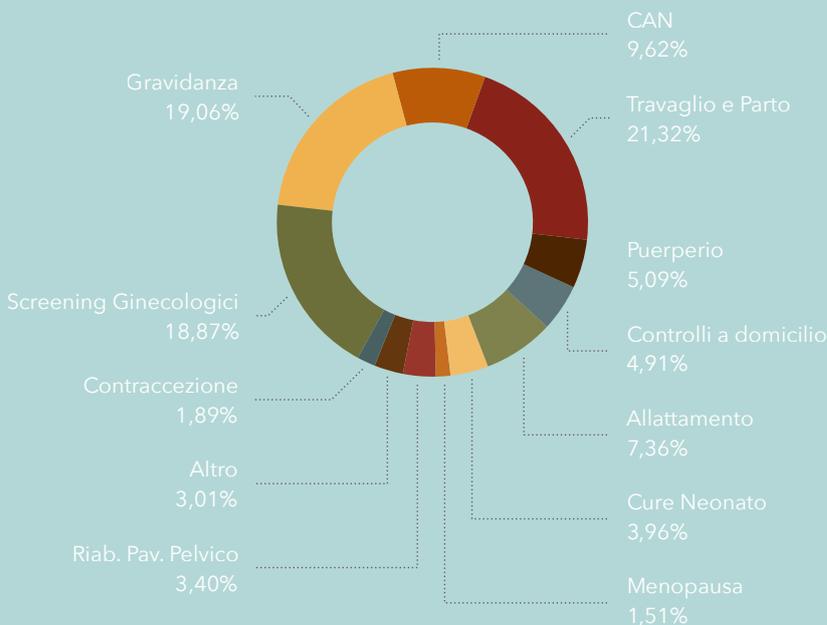
Alla realizzazione della stesura degli articoli non ha interferito alcuna tipologia di conflitto di interesse

249 *Donne*



L'ostetrica/o sembra quindi una figura pressoché assente nella vita delle giovani donne.

Occasioni di incontro con la Figura dell'Ostetrica



1,20%

Astenute

8,03%

Figura Professionale presente in tutto l'arco della mia vita e non solo in gravidanza

21,29%

Figura Professionale occasionalmente presente nella mia vita

28,11%

Figura Professionale totalmente assente

41,37%

Figura Professionale presente solo in gravidanza

Scopo

Indagare l'attuale percezione femminile della professione ostetrica, rilevando conoscenze e opinioni in donne di diverse generazioni, che hanno o meno incontrato un'ostetrica/o nella loro vita.

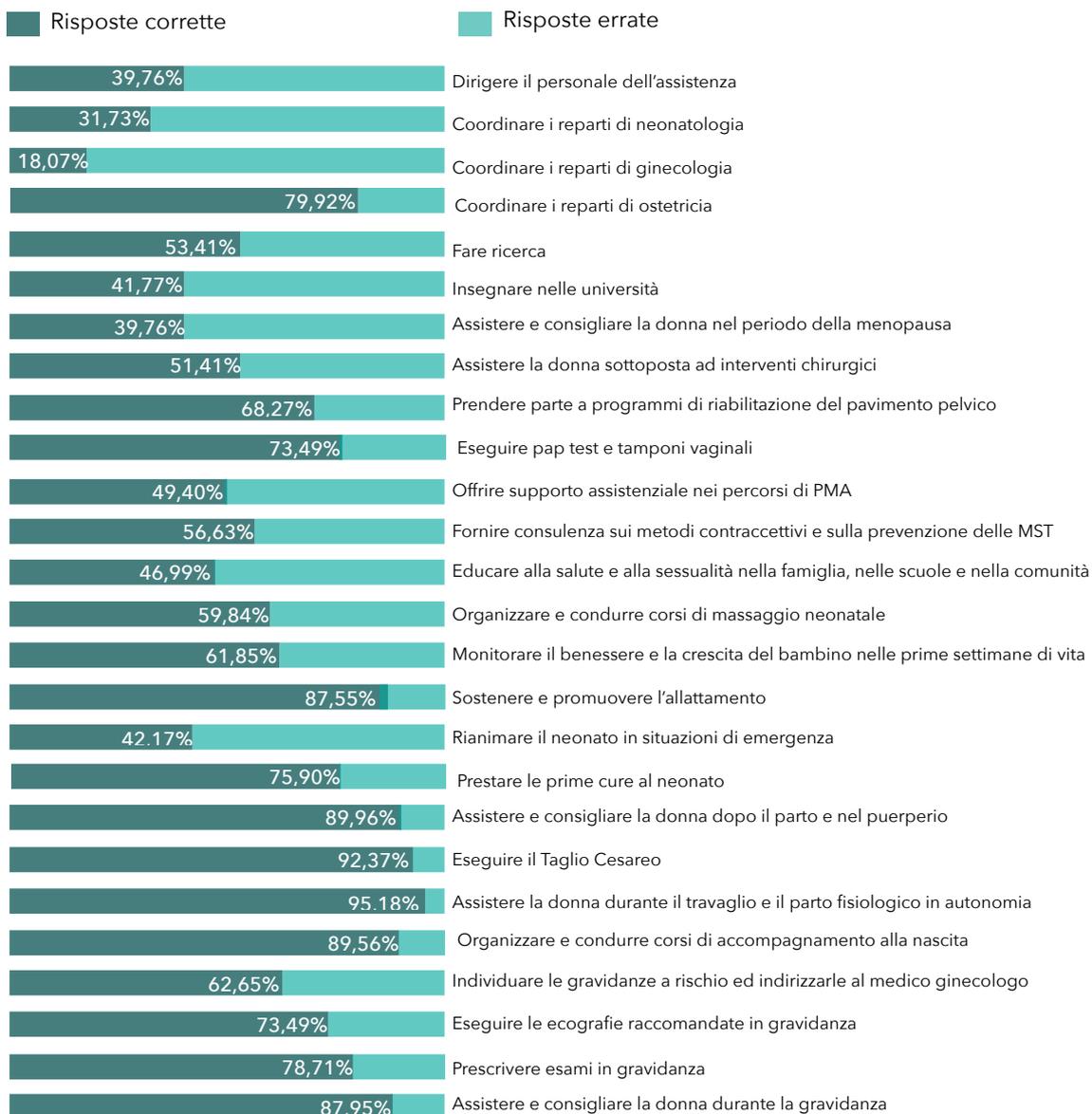
Obiettivi:

1 quello primario è mettere in luce le eventuali disparità di conoscenze e opinioni esistenti tra donne di diverse generazioni, in varie fasi del ciclo vitale riproduttivo, con e senza vissuto di gravidanze e parti, con o senza esperienza di incontro con la figura dell'ostetrica/o, al fine di identificare le variabili che potrebbero influenzare la percezione femminile;

2 quello secondario è fornire alcuni spunti per la progettazione di opportuni interventi correttivi, volti a conferire maggiore visibilità alla professione, a restituirle il prestigio di un tempo e a ricostituire l'alleanza tra ostetrica/o e donna nelle diverse fasi della vita sessuale e riproduttiva.

	Medico	Ostetrica/o	Puericultrice	Infermiera/e	Astenute
Informazioni sui metodi contraccettivi	80,72%	14,46%	0,00%	0,80%	4,02%
Assistenza in gravidanza	65,06%	27,71%	0,00%	0,40%	6,83%
Assistenza al travaglio e parto	22,49%	71,08%	0,40%	0,80%	5,23%
Assistenza in puerperio	18,07%	45,38%	27,31%	1,20%	8,04%
Informazioni e sostegno per l'al- lattamento	11,24%	49,40%	30,92%	2,01%	6,43%
Consigli sulla cura del neonato	22,89%	26,91%	43,78%	1,20%	5,22%
Controlli sul neonato	69,88%	8,43%	17,27%	0,40%	4,02%
Consigli sullo svezzamento	43,78%	19,68%	29,72%	0,80%	6,02%
Esecuzione screening ginecologi- ci	45,38%	49,00%	0,40%	2,41%	2,81%
Disturbi legati alla menopausa	87,55%	9,64%	0,00%	0,00%	2,81%
Disturbi e riabilitazione del pavimento pelvico	57,03%	35,34%	0,80%	1,20%	5,63%

Figura professionale preferita dai risponder in relazione ai bisogni di salute o aree di intervento indicati. Tabella 2



Le competenze ostetriche conosciute dalle donne. Tabella 3

Osseervatorio
Internazionale

23

LE COMPETENZE CORE ED I REQUISITI DELL'OSTETRICA FORMATORE

Linee Guida OMS 2013

Idli Stefania

Ostetrica, dottore magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche (BS)

"Midwifery Educator Core Competence
World Health Organization 2013 "

ABSTRACT

ITA: L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha pubblicato nel 2013, una linea guida dal titolo "Le Competenze chiave degli educatori ostetrici" - "Midwifery Educator Core Competencies". Lo scopo di questa linea guida parte dal presupposto che dall'analisi del fabbisogno di assistenza ostetrica a livello mondiale emerge una continua domanda di servizi di qualità. A fronte di queste premesse, queste LG si concentrano sulle competenze del formatore in Ostetricia (Midwifery) che è una componente spesso trascurata nell'ambito educativo. Le LG proposte tracciano le competenze fondamentali per i formatori Ostetrici. Questi indirizzi mirano ad abbracciare una filosofia comune; fornire un quadro per la progettazione, l'attuazione e la valutazione del programma; promuovere pratiche sicure; rafforzare l'autonomia dell'ostetrica e favorire il miglioramento continuo della qualità delle cure.

ENGL: In 2013 The World Health Organization (WHO) published a guideline entitled "Key skills of obstetric educators" - "Midwifery Educator Core Competencies". The aim of this guideline is based on the assumption that the demand for quality services emerges from the analysis of obstetric care needs. Against this background, these LGs focus on the skills of the trainer in Midwifery, which is a component often neglected in the educational field. The LG proposals trace the basic skills for Obstetric trainers. These addresses aim to embrace a common philosophy; provide a framework for the planning, implementation and evaluation of the program; promote safe practices; strengthen the autonomy of the midwife and encourage the continuous improvement of the quality of care.

INTRODUZIONE

Lancet ha posto l'attenzione sul ruolo dell'ostetrica e su quanto questa professione possa garantire una qualità dell'assistenza a donne e neonati a livello globale (Renfrew et al. 2014); chiarisce che un'assistenza ostetrica di qualità e costante ha un ruolo vitale nella riduzione della mortalità materna e neonatale. Gli esiti materno-fetali e neonatali sono migliorati quando l'assistenza è gestita da ostetriche formate, abilitate, regolamentate, integrate nel sistema sanitario e che lavorano in team interdisciplinari, con accesso immediato a cure specialistiche quando necessario (Sakala e Newburn, 2015: 2).

La **Confederazione internazionale delle ostetriche** (ICM) pubblica da alcuni anni le competenze di base delle ostetriche ed i risultati attesi della formazione ostetrica (The International Confederation of Midwives, 2013a). Una persona che ha acquisito tutte le competenze di base è considerata dall'ICM come un'ostetrica "pienamente qualificata" (The International Confederation of Midwives, 2013b). L'ICM inoltre ritiene che alle ostetriche possano essere trasmesse conoscenze ed abilità rilevanti attraverso una varietà di percorsi

educativi presso istituti di formazione, associazioni di ostetriche e organismi di regolamentazione. L'ICM ha anche prodotto una serie di standard minimi per l'educazione ostetrica (The International Confederation of Midwives, 2013b) da raggiungere da parte delle ostetriche formatori al fine di contribuire a ridurre la variazione delle qualifiche. Questi indirizzi mirano ad abbracciare una filosofia comune; fornire un quadro per la progettazione, l'attuazione e la valutazione del programma; promuovere pratiche sicure; rafforzare l'autonomia dell'ostetrica e favorire il miglioramento continuo della qualità delle cure.

OMS Le Competenze chiave del formatore Ostetrica

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha pubblicato nel 2013, una linea guida dal titolo "Le Competenze chiave degli educatori ostetrici" - "Midwifery Educator Core Competencies".

Lo scopo di questa linea guida parte dal presupposto che dall'analisi del fabbisogno di assistenza ostetrica a livello mondiale emerge una continua domanda di servizi di qualità.

L'OMS pertanto, per garantire un'adeguata assistenza ostetrica fornisce specifiche Linee Guida.

Le LG sono basate sulla revisione della seguente letteratura:

- > OMS standard globali per l'istruzione iniziale degli infermieri e ostetriche professionali (WHO, 2009)
<http://www.who.int/hrh/resources/standards/en/>
- > Classificazione internazionale degli operatori sanitari (ISCO, 2008)
http://www.who.int/hrh/statisticsHealth_workers_classification.pdf
- > La definizione internazionale dell'ostetrica (ICM, 2011).
- > Le competenze essenziali per la pratica ostetrica di base (ICM, 2010)
www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Global%20Standards%20Comptencies%.pdf
- > Gli standard globali per l'istruzione ostetrica (ICM, 2010)
http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/GlobalStandardsforMidwiferyEducation_CompanionGuidelines-Eng.pdf
- > Modelli di schema del curriculum per l'istruzione professionale di ostetricia (ICM, 2012)
<http://www.internationalmidwives.org/what-we-do/education-coredocuments/model-curriculum-outlines-for-professional-midwifery-education.html>

A fronte di queste premesse, le LG si concentrano sulle competenze del formatore in Ostetricia (Midwifery), che è una componente spesso trascurata nell'ambito educativo. L'adozione delle competenze di base ivi identificate secondo l'OMS, permetterebbero un solido substrato per un significativo miglioramento della qualità delle cure per le donne e i loro neonati.

Le competenze del formatore contenute nelle LG, possono essere strategiche sia per lo sviluppo di

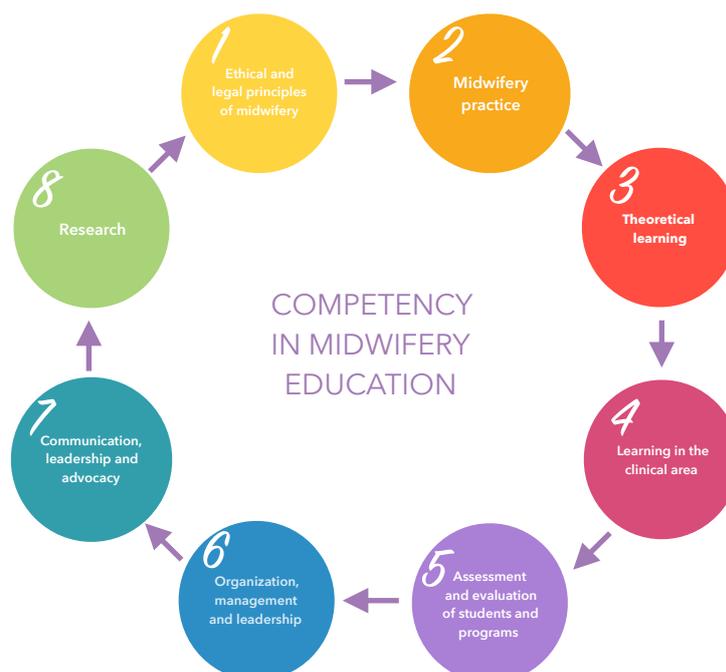
curricula innovativi che per l'applicazione di diversi approcci di insegnamento, con forti legami tra la teoria e la pratica ostetrica.

Di fatto un'ostetrica opportunamente formata è fondamentale per l'erogazione di servizi sanitari di qualità; quindi riconoscendo la necessità di rafforzare l'istruzione delle ostetriche, l'OMS e i suoi partners, hanno declinato una serie di competenze che gli educatori ostetrici debbono possedere per migliorare la formazione Ostetrica e in ultima analisi, la qualità dei servizi in ostetricia.

La linea guida traccia quindi le competenze fondamentali per i formatori ostetrici; è importante evidenziare che il suo sviluppo è evoluto attraverso un processo consultivo elaborato dai membri che ha affrontato questioni in materia di completezza, pertinenza, adattabilità e accessibilità.

Successivamente, una volta che le competenze sono state opportunamente adottate o adattate agli istituti di formazione, essi saranno ritenuti idonei per una formazione Ostetrica di qualità che soddisfi le esigenze

Nelle LG le competenze del formatore ostetrica sono organizzate in otto domini o campi della pratica pedagogica: i principi etici e legali dell'ostetrica; la pratica ostetrica; l'apprendimento teorico; l'apprendimento nell'area clinica; valutazione degli studenti e dei programmi; organizzazione, gestione e leadership; comunicazione, leadership e advocacy e infine la ricerca.



<p>1</p> <p>Principi etici giuridici della Midwifery</p>	<p>Le Ostetriche formatori possiedono e promuovono gli aspetti etici e giuridici dell'assistenza Ostetrica nelle attività d' insegnamento e apprendimento at- traverso modelli di ruolo coerenti.</p> <p>Competenza 1: Comportamento che rifletta gli standard etici del formatore e della professione Ostetrica.</p> <p>Competenza 2: Dimostrare conoscenze per le normative, rilevanti per l'insegnamento e la pratica Ostetrica.</p>
<p>2</p> <p>Pratica Ostetrica</p>	<p>Le Ostetriche formatori mantengono aggiornate le conoscenze e le competenze sia nella teoria che nella pratica ostetrica, nel rispetto delle migliori evidenze disponibili.</p> <p>Competenza 3: mantenere la competenza nella pratica Ostetrica.</p> <p>Competenza 4: Possedere una pratica Ostetrica che rifletta le più recenti conoscenze evidence-based.</p>
<p>3</p> <p>Apprendimento Teorico</p>	<p>Le Ostetriche formatori creano un ambiente che facilita l'apprendimento.</p> <p>Competenza 5: Adottare diverse strategie educative per promuovere l'apprendimento attivo.</p> <p>Competenza 6: selezionare e utilizzare materiali / risorse didattiche e di apprendimento efficaci.</p> <p>Competenza 7: Riconoscere e sostenere i diversi stili di apprendimento e le esigenze di apprendimento degli studenti.</p>
<p>4</p> <p>L'apprendimento nell'area clinica</p>	<p>Le Ostetriche formatori creano un ambiente che favorisca un efficace insegnamento clinico nell'assistenza Ostetrica.</p> <p>Competenza 8: Facilitare un ambiente sicuro ed efficace per l' apprendimento in ambito clinico.</p> <p>Competenza 9: Favorire l'apprendimento esperienziale individualizzato.</p>
<p>5</p> <p>Valutazione degli studenti e dei programmi</p>	<p>Le Ostetriche formatori sono responsabili dello svolgimento di un regolare monitoraggio e valutazione dei programmi e degli studenti.</p> <p>Competenza 10: Monitorare e valutare in modo continuo l'efficacia del programma educativo</p> <p>Competenza 11: Valutare la padronanza delle abilità degli studenti.</p>
<p>6</p> <p>Organizzazione, gestione e leadership</p>	<p>Le Ostetriche formatori partecipano nella formulazione de gli elementi del curriculum (obiettivi formativi, politiche e programmi) e nella progettazione e realizzazione di piani di studio.</p> <p>Competenza 12: Partecipare attivamente nell'organizzazione e attuazione di un programma di studi in ostetricia.</p> <p>Competenza 13: Implementare e rivedere i programmi dei corsi di ostetricia.</p>
<p>7</p> <p>Comunicazione, leadership e advocacy</p>	<p>Le Ostetriche formatori sono efficaci ed efficienti comunicatori e fungono da difensori, agenti di cambiamento e leader.</p> <p>Competenza 14: Comunicare in modo efficace utilizzando una varietà di metodi nei diversi contesti.</p> <p>Competenza 15: Dimostrare competenze culturali nella progettazione e sviluppo del corso e nell'insegnamento della teoria e della pratica Ostetrica.</p> <p>Competenza 16: Essere un sostenitore ed un leader del cambiamento al fine di migliorare sia la pratica che la formazione ostetrica.</p> <p>Competenza 17: Utilizzare una varietà di strategie a favore della promozione della formazione Ostetrica coinvolgendo altri professionisti, le comunità, nel rispetto dei diritti umani.</p>
<p>8</p> <p>Ricerca</p>	<p>Le Ostetriche formatori promuovono l'uso della ricerca e la utilizzano per la formazione teorico e pratica.</p> <p>Competenza 18: Utilizzare la ricerca per divulgare sia i contenuti di insegnamento e sia la pratica.</p> <p>Competenza 19: Coltivare una cultura che promuova un'analisi critica della pratica basata sulle evidenze.</p>

La linea guida WHO identifica anche i maniera sistematica i requisiti necessari per diventare un formatore ostetrico, come riportato nella tabella sottostante.

Domini *Requisiti del Formatore Ostetrica*

Educazione Ostetrica	Il docente ha completato un programma di formazione Ostetrica riconosciuta sia nella teoria che nella pratica.
Qualificazione Ostetrica	Il docente possiede una licenza o altra forma di riconoscimento legale di pratica Ostetrica.
Esperienza in pratica clinica	Il docente ha completato un minimo di due anni a tempo pieno di esperienza clinica in tutto il campo di applicazione della pratica Ostetrica nel corso degli ultimi cinque anni.
Formazione	Il docente ha avuto una preparazione formale all'insegnamento prima o subito dopo l'inizio dell'insegnamento.

Tabella 9 - Requisiti del Midwifery Educator

(Fonte World Health Organization 2013 Midwifery Educator Core Competencies)

CONCLUSIONI

La LG proposta si concentra sulle competenze del formatore nella Midwifery, dimensione spesso trascurata nell'ambito educativo.

Questo documento è una guida pratica sviluppata principalmente per aiutare i responsabili della formazione ostetrica a rafforzare le competenze educative dell'ostetrica ma anche consolidare i legami tra la teoria e la pratica ostetrica. I domini di apprendimento dell'ostetrica formatore pertanto sono: principi etici e legali della midwifery, pratica ostetrica, apprendimento teorico, apprendimento nell'area clinica, Valutazione di studenti e programmi, Organizzazione, gestione e leadership, Comunicazione e advocacy e ricerca.

Sitografia

https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/educator_competencies/en/

https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/midwifery_educator_core_competencies.pdf

Questa ricerca non ha ricevuto alcuna sovvenzione specifica da parte delle agenzie di finanziamento nei settori pubblico, commerciale o non profit

Alla realizzazione della stesura degli articolo non ha interferito alcuna tipologia di conflitto di interesse

Ricerca

Ostetrica

28

IL PERCORSO NASCITA nella PROVINCIA DI COSENZA E DI REGGIO CALABRIA

*Presentazione di una
Indagine*

"The Birth Service in Cosenza e
Reggio Calabria Provinces"

*Michele Grandolfo¹, Emanuela Pagliato², Paola
Infantina³, Domenica Miglioli⁴*

Epidemiologo, già dirigente di ricerca ISS¹ - Ostetrica Caseload- IBCLC
Lewisham Hospital Londra²- Ostetrica territoriale, Reggio Calabria³- Ostetrica,
Pedagogista , Dipartimento Tutela della Salute Regione Calabria⁴

ABSTRACT

ITA: Il collegio delle ostetriche di Cosenza, in collaborazione con quello di Reggio Calabria, ha deciso di realizzare un'indagine conoscitiva riguardante il percorso nascita, secondo il modello utilizzato nel programma nazionale dell'Istituto Superiore della Sanità ed adattato alla situazione locale. L'indagine è stata condotta nel 2015 presso il Centro nascita delle rispettive Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) di Cosenza e Reggio Calabria. I risultati dell'indagine confermano il quadro già conosciuto di medicalizzazione spinta nei punti nascita considerati, eccessive pratiche non appropriate ed eccessive procedure raccomandate non garantite. Sono evidenti gli esiti negativi delle prime e i benefici delle seconde quando applicate.

ENGL: The midwifery association of Cosenza, in collaboration with Reggio Calabria association, decided to carry out a survey regarding "The Birth Service". This survey is based on the model used by ISS (Istituto Superiore della Sanità) and adapted to the local situation. The survey was conducted in Cosenza e Reggio Calabria Birth Center during 2015. The results of the survey prove what we already know about the medication of this Birth Center: the presence of inappropriate practice and unsecured recommended procedures. Are evident negative evidence of inappropriate practice and benefit of recommended procedure.

INTRODUZIONE

Il percorso nascita è l'ambito in cui occorre introdurre cambiamenti importanti per contrastare l'eccesso di medicalizzazione.

Il modello assistenziale che si è affermato negli ultimi vent'anni, nel nostro Paese, è quello biomedico e direttivo in cui le donne rischiano di perdere le loro competenze riguardo alla maternità. Questo modello ha fatto sì che eventi fisiologici, come la gravidanza e il parto, subissero un eccesso di pratiche e procedure ostetriche esponendo le donne anche ad interventi assistenziali inappropriate, come evidenziato in precedenti indagini condotte dall'ISS nel 1996, nel 2002 e nel 2010.

Il collegio delle ostetriche di Cosenza, in collaborazione con quello di Reggio Calabria, ha deciso di realizzare un'indagine conoscitiva riguardante il percorso nascita, secondo il modello utilizzato nel programma nazionale dell'Istituto Superiore della Sanità ed adattato alla situazione locale.

Presentazione dello Studio

MATERIALI e METODI

L'indagine è stata condotta nel 2015 dai Col presso il Centro nascita delle rispettive Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) di Cosenza e Reggio Calabria.

Il Campione

Sono state considerate eleggibili tutte le donne che hanno partorito nell'arco di 45 giorni, a partire dal 18 Maggio 2015, che non avessero seri problemi di salute o non comprendessero l'italiano.

Lo strumento di raccolta dati

Somministrazione di questionari *vis a vis* e realizzazione di interviste telefoniche a tre e sei mesi dal parto da parte di ostetriche e studenti del Corso di Laurea in Ostetricia adeguatamente addestrate da parte di ricercatori dell'ISS.

Raccolta e Analisi dei dati

Il controllo di qualità e l'analisi dei dati è stata curata da un ricercatore dell'ISS già responsabile scientifico di indagini nazionali precedenti.

I RISULTATI

Hanno aderito allo studio l'87% delle donne eleggibili, (974/1115), con un range di accettazione del 72-97%. Al terzo mese ha accettato l'intervista telefonica il 61% (685/1115) e al sesto il 50% (561/1115). L'accettazione dell'intervista al terzo e al sesto mese non è associata a fattori come l'età, l'istruzione, la partecipazione agli incontri di accompagnamento alla nascita, all'abitudine al fumo prima della gravidanza, se allattato al seno in modo completo alla dimissione.

Caratteristiche socio demografiche

Le intervistate si distribuiscono nelle tre classi di età <30, 30-34 e >34, il 35% ha meno di 30 anni ed il 27% più di 34 anni, come dimostrato nella tabella n. 1.

Il 75,9% ha titolo di studio maggiore o uguale alla media superiore e il 24,1% con laurea, risultano più istruite chi ha partorito all'Annunziata di Cosenza, al Riuniti di Reggio Calabria e Villa Aurora. Prima della gravidanza risultavano occupate il 56%. Avevano già figli il 49,5%. il 6% era di cittadinanza straniera.

La Gravidanza

L'assistenza in gravidanza è stata assicurata dal ginecologo privato che lavora nella struttura pubblica per il 93% dei casi.

Solo il 7% delle donne intervistate ha dichiarato di essere stata seguita in Consultorio Familiare (C.F.), presumibilmente dall'Ostetrica. La percentuale di donne straniere seguite dai consultori è risultata del 34,5%.

L'8% delle donne intervistate (il **23% se seguite dal Consultorio**) dichiara di aver effettuato meno di 5 ecografie in gravidanza; il 65%, 7 o più.

Ai corsi di accompagnamento alla nascita ha partecipato il 22% delle intervistate.

L'assunzione di acido folico nel periodo periconcezionale ha riguardato il 14% (in un'indagine effettuata nel 2006 a Trebisacce la prevalenza era del 4%).

974 *Donne*

Età compie intervistato tab.n.1

ginecologo
93%consultorio
7%

22%

Ha partecipato ai corsi di
accompagnamento alla nascita

14%

Ha assunto Acido Folico in
gravidanza*Il Parto*

Il 63% ha partorito per via vaginale e il 37% con taglio cesareo. L'induzione in travaglio è stata praticata nel 34% dei casi. Il 24% entro la 40esima settimana gestazionale. La posizione libera al parto è stata possibile solo nel 6% dei casi.

In caso di epidurale in travaglio nell'81,5% l'esito è stato il parto vaginale non operativo, nel 4,5% operativo e nel 14,5% in cesareo (le percentuali corrispondenti di esiti senza epidurale in travaglio sono rispettivamente: 87,5%, 3% e 10%).

La manovra di Kristeller è stata subito dal 44% delle donne che hanno travagliato. In caso di epidurale la stessa manovra è stata praticata nel 51% dei casi. Nell'81% dei casi non è stata registrata nella cartella clinica.

Ha subito l'episiotomia il 48,5% delle donne che hanno partorito per via vaginale con un range di 32,5% e 61,5% (il 65,5% delle primipare, range 38% - 81%).

Lacerazioni superiori di secondo grado si sono verificate nel 4% dei casi. Complessivamente hanno subito trauma perineale (episiotomia o lacerazioni di terzo o quarto grado) il 47%, molto meno se si è partorito con posizione libera.

Il 37,5% del campione ha dichiarato che l'esperienza è stata peggiore rispetto alle sue aspettative in particolare per chi ha subito un trauma perineale o ha partorito con epidurale.

Tra le pluripare ha partorito con taglio cesareo il 9,5% di quelle che nella precedente gravidanza aveva partorito per via vaginale, mentre il vaginale dopo cesareo è stato possibile solo nel 3%.

La degenza ospedaliera dopo il parto è risultata maggiore o uguale a 4 giorni ha riguardato meno del 3,5% delle donne con parto per via vaginale e il 34,5% in caso di taglio cesareo.

Durante il parto il 76,5% delle intervistate (range 45,5% - 92,5%) ha potuto avere una persona vicina di cui l'83% lo ha ritenuto di grande aiuto.

Le ostetriche sono le figure professionali maggiormente gradite e presenti sulla scena del parto.

La percezione del dolore "terribile/atroce" riferita a 24 ore dal parto è stata riportata dal 33% delle donne che hanno partorito per via vaginale e senza

traumi perineali, dal 33% in caso di traumi perineali, dal 38,5% con epidurale, dal 50% in caso di parto operativo, dal 43% in caso di cesareo.

Il giudizio "ottimo" sull'esperienza vissuta è stato riferito dal 45% di chi ha partorito senza traumi perineali, dal 26,5% con traumi, dal 36% con epidurale, dal 17% se operativo e dal 25,5% in caso di cesareo d'urgenza e dal 39,5% se elettivo.

Il 25% riferisce un giudizio inferiore a "buono".

Il contatto pelle pelle c'è stato garantito nel 58,5% dei casi (ma meno del 5% per più di 5 minuti); il 68,3% in caso di parto vaginale, 38,2% in caso di cesareo. Anche l'attacco al seno entro la mezz'ora ha riguardato il 47,5% dei casi, di più (52,3%) in caso di parto vaginale, molto di meno in caso di cesareo (27,2%); il rooming in ha riguardato oltre l'85% delle partorienti.

L'intenzione ad allattare al seno è stata dichiarata dall'88% delle intervistate, indipendentemente dall'abitudine al fumo. Alla dimissione allattava al seno in modo esclusivo il 62%, di più se con parto vaginale.

Il 79% ha dichiarato di gradire una visita domiciliare dopo il parto (range 66%-91%).

Molto scarsa è risultata l'informazione ricevuta in gravidanza e al parto sulle cure del bambino (31% e 33,5%, rispettivamente), sulla ripresa dei rapporti sessuali (5%) e sui metodi per la procreazione consapevole.

L'85% ritiene che la nascita arricchirà il rapporto di coppia.

L'84% conosce il consultorio familiare e il 27,5% lo ha utilizzato.

L'attacco al seno entro la mezz'ora, il contatto pelle pelle e l'aver allattato al seno per almeno tre mesi nel puerperio precedente sono tutti fattori associati all'allattamento esclusivo. L'attacco al seno entro la mezz'ora è determinato in modo significativo dal contatto pelle pelle. Il 34% ha avuto il contatto pelle pelle e l'attacco al seno entro la mezz'ora; entrambi condizionanti l'allattamento esclusivo.

A tre mesi

Nei rarissimi casi in cui viene offerta, la visita in puerperio viene accettata (50%).

A tre mesi il 45% riferisce problemi nell'allattamento e alla ferita, il 48,5% nella gestione della casa e nelle relazioni familiari il 61%.

Allatta in modo esclusivo il 44% il 11,5% usa solo il latte artificiale; la partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita e il contemporaneo contatto pelle-pelle e attacco al seno entro la mezz'ora sono associati a una maggiore prevalenza di allattamento al seno completo.

La partecipazione ai gruppi di sostegno all'allattamento è quasi assente (4%).

Il 92% ha iscritto al pediatra entro 15giorni e il 93,5% ha avuto la prima visita dal pediatra entro il mese.

A tre mesi ha ripreso i rapporti sessuali il 36% delle intervistate. Solo il 19% ha ricevuto informazione sulla contraccezione (di più le meno istruite) quando c'è stata ha influito notevolmente sull'uso di metodi per evitare gravidanze, il metodo più frequentemente usato è quello di barriera.

Il partner aiuta in modo significativo nelle cure del bambino solo nel 44% dei casi e nella prima settimana dopo il parto sempre il partner e i genitori hanno dato un aiuto importante in casa. In generale il supporto del marito è stato definito significativo dal 58,5% delle intervistate.

L'85% delle intervistate dichiara di poter riposare meno di quanto ritenuto necessario e, costruendo un punteggio di disagio (se la vita è cambiata in peggio, se si sente meno serena, se più stanca, se con meno tempo per sé, se percepisce meno attenzione nei suoi confronti, se meno compresa, se con minore aiuto), il 52% segnala più di due condizioni di disagio e il 7,5% più di tre.

Le donne che fumavano prima della gravidanza, nel 23% dei casi hanno ripreso, ma tra quelle che avevano smesso ed allattavano al seno in maniera completa hanno ripreso a fumare, solo nell'8% dei casi.

A 6 mesi

Allatta in modo completo il 7%, il 23% con la supplementazione di latte artificiale. L'allattamento al seno è associato, anche se in modo non significativo, all'aver potuto attaccare al seno entro la mezz'ora e con contatto pelle-pelle e con l'aver frequentato gli incontri di accompagnamento alla nascita.

Ha ripreso a fumare il 53% di chi fumava prima della gravidanza ma solo una su otto se allattava al seno.

CONCLUSIONI

I risultati dell'indagine confermano il quadro già conosciuto di medicalizzazione spinta nei punti nascita considerati, eccessive pratiche non appropriate ed eccessive procedure raccomandate non garantite. Sono evidenti gli esiti negativi delle prime e i benefici delle seconde quando applicate. Di particolare rilievo è la catena viziosa degli eventi: si inizia con un intervento non appropriato che interferisce con il processo e si è costretti a operare con altri interventi normalmente non raccomandati. Il che non deve meravigliare se si tiene conto delle dinamiche ormonali che entrano in gioco e come interventi o fattori stressori interferiscano l'evoluzione. Procedure, necessarie nei pochi casi di emergenza ostetrica, applicate nella generalità dei casi producono danni.

E' opportuno sottolineare che se *la fisiologia è espressione di competenza, le interferenze paradossalmente inducono in chi le subisce il senso di incompetenza*, anche per la persona che nasce, ma è proprio il senso di competenza necessario per affrontare l'avventura della nuova situazione.

C'è ancora strada da fare con il potenziamento dei consultori familiari e della figura dell'ostetrica, fondamentale figura pivotale, nel gioco di squadra, in tutto il percorso nascita, anche al fine di migliorare e aumentare l'offerta degli incontri di accompagnamento alla nascita e le visite domiciliari in puerperio.

Sarebbe auspicabile favorire *la trasformazione di centri nascita piccoli, destinati alla chiusura, in case di maternità a conduzione autonoma da parte di ostetriche*. Questo modello dovrebbe prevedere l'implementazione dello STAM e dello STEN per l'emergenza ostetrica, e la rete dei consultori

familiari che dovrebbe essere il pilastro dell'assistenza in gravidanza e in puerperio.

Come sarebbe altamente auspicabile sperimentare nei centri nascita, reparti a gestione autonoma da parte delle ostetriche dei travagli, parti e puerperi fisiologici, le prove scientifiche consolidate a livello internazionale e incorporate nelle linee guida più accreditate garantiscono maggiore soddisfazione delle donne, migliori esiti di salute e notevole riduzione di sprechi di risorse per pratiche inappropriate.

Come pure l'implementazione delle linee guida regionali riguardanti il percorso nascita, D.P.G.R. n. 28 del 21 Marzo 2012, in cui tra l'altro è previsto l'utilizzo dell'agenda della gravidanza. Un percorso normativo per favorire l'evoluzione verso la demedicalizzazione, potrebbe vedere come prima tappa, il ricettario ostetrico e il rimborso del parto a casa. La sperimentazione delle cosiddette "free standing unit" (case di maternità a conduzione autonoma da parte delle ostetriche) potrebbe essere una tappa intermedia importante.

In tale percorso è necessario l'aggiornamento professionale nell'assistenza della gravidanza fisiologica, nella gestione del puerperio e sull'emergenza ostetrica. *Perché è opportuno muoversi in tale direzione?* Perché oggi il tema dell'appropriatezza è la sfida centrale per la valorizzazione delle professionalità; perché il contenimento delle risorse lo impone; perché nel percorso nascita si può promuovere competenza e consapevolezza nella capacità di controllo sulla propria salute e quella della comunità con l'effetto di mantenere la condizione di benessere e ridurre i rischi di malattia aumentando la capacità di interagire validamente con le professionalità e i servizi verso le misure e gli interventi appropriati.

Il tutto in un contesto di evoluzione della società, le donne sono sempre più istruite (anche di più dei loro partner) e hanno maggiore capacità di accesso, con senso critico, visto l'alto livello di istruzione, ai nuovi strumenti della conoscenza, a partire da Internet.

Il modello storico, con innegabili meriti, del paternalismo direttivo deve lasciare il posto al modello della partecipazione e dell'empowerment ben rappresentato dal POMI.

Le donne sono oggi più esigenti.

Intervistatrici

Rosa Reale, Maria Napoli, Cristina Zappa, Francesca La Rosa, Ilenia Cosoleto, Daniela Gatto, Vanessa Focà, Vita Libro, Alessandra Stelitano, Lucia Battaglia, Fabiana Sereno, Domenica Moragito, Lencka Vagalová, Veronica Banini, Liliana Romeo, Maria Cannataro, Teresa Mastrotta, Cristina Mancina, Assunta Pigna, Manuela Pagliro, Valentina Turco.

Un ringraziamento particolare a tutte le donne intervistate per la cortesia e la disponibilità dimostrate, ai Direttori delle UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia della Provincia di Cosenza e Reggio Calabria.

Lo studio è stato condotto nel 2015 dai Collegi Delle Ostetriche di Cosenza e Reggio Calabria, coordinato dalle Presidenti *Anna Domenica Mignuoli* e *Paola Infortuna*.

La selezione del campione, l'addestramento delle intervistatrici, il controllo di qualità e l'analisi dei dati sarà è stata curata a titolo completamente gratuito da *Michele Grandolfo*, già dirigente di ricerca dell'ISS e al tempo responsabile scientifico delle indagini nazionali.

Questa ricerca non ha ricevuto alcuna sovvenzione specifica da parte delle agenzie di finanziamento nei settori pubblico, commerciale o non profit

Alla realizzazione della stesura degli articolo non ha interferito alcuna tipologia di conflitto di interesse

Fonti bibliografiche

1. Regione Calabria (23 marzo 2012). Linee Guida per la riorganizzazione del percorso nascita. (Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 28). Catanzaro, BUR Calabria. Disponibile in http://www.regione.calabria.it/sanita/allegati/dpgr_2012/d.p.g.r._n._28_del_21.03.2012.pdf
2. Ministero della Salute, SNLG-ISS. (2012) Linea guida 22. Taglio Cesareo: una scelta appropriata e consapevole (Seconda parte). Brescia. Consultabile in www.snlg-iss.it/IGN_cesareo_II_parte
3. Ministero della Salute, SNLG-ISS. (2011). Linea Guida 20. Gravidanza fisiologica. Aggiornamento 2011. Padova. Consultabile in: http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Gravidanza.pdf
4. Lauria, L., Lamberti, A., Buoncristiano, M., Bonciani, M., & Andreozzi, S. (2012). Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011. (Rapporti ISTISAN 12/39). Roma, Italia: Istituto Superiore di Sanità.
5. Grandolfo, M., Donati, S., & Giusti A. (2002). Indagine Conoscitiva sul percorso nascita, aspetti metodologici e risultati nazionali. Consultato in marzo 2015 da <http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/ind-pdf/nascita-1.pdf>

Il Parto

La posizione libera al parto è stata possibile solo nel

6%

44%

delle donne che ha travagliato ha subito la manovra di Kristeller

37,5%

ha dichiarato che l'esperienza è stata peggiore rispetto alle sue aspettative

Il parto vaginale dopo cesareo è stato possibile solo nel

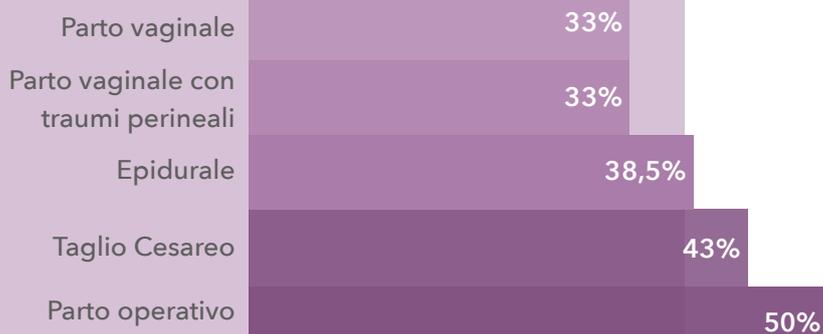
3%

In meno del 5%

dei casi il contatto pelle a pelle è durato più di 5 minuti

L'attacco al seno entro 30 minuti ha riguardato il

47,5%



A 3 mesi..

L'intenzione ad allattare al seno è stata dichiarata dall'88% delle intervistate. a 3 mesi..

Allatta in modo esclusivo il 44%

il 11,5% usa solo il latte artificiale.

La partecipazione ai gruppi di sostegno all'allattamento è quasi assente.

A 6 mesi..

Allatta in modo esclusivo il 7%

il 23% con la supplementazione di latte artificiale.



DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS NELL'EVENTO PARTO: I Vissuti delle Puerpere e le conoscenze delle Ostetriche

*Giulia Toffolo*¹ *Maria Sangiuliano*²
*Marina Baldan*³

¹Ostetrica, P.O. Macedonio Melloni (MI), ² Ostetrica, Dottore in Psicologia e Psicoterapeuta, docente corso di Laurea in Ostetricia UNIMI, ³Ostetrica IBCLC Tutor Didattico Laurea in Ostetricia UNIMI

"Post Traumatic Stress disorder in childbirth Women's experience and midwives knowledge "

ABSTRACT

ITA: Il Disturbo da Stress Post Traumatico (PTSD) è una sindrome che può svilupparsi a seguito di un evento traumatico e consiste nel rivivere le stesse reazioni di sofferenza provate durante quell'avvenimento catastrofico.

Inizialmente riscontrato in soldati coinvolti in situazioni belliche di particolare drammaticità, il PTSD è un disturbo che può manifestarsi nelle puerpere a seguito del parto. Diversi sono i motivi che possono trasformare quello che nell'immaginario collettivo è un momento di gioia in un evento traumatico (es.: insufficienti informazioni/mancanza di comunicazione tra ostetriche/ginecologi e partorienti, mancanza di supporto ed empatia, interventi invasivi per l'espletamento del parto). Questo è quello che spesso emerge dal racconto di alcune neomamme in merito a ciò che hanno vissuto durante il parto e dai sintomi che riportano. Diversi studi in letteratura evidenziano un possibile legame tra la tipologia di parto e l'insorgenza di PTSD. In questo contesto diventa importante per le ostetriche conoscere a fondo tale argomento. Il presente studio analizza i vissuti delle puerpere dopo il parto e le informazioni sul PTSD in possesso delle ostetriche. È stato considerato per la ricerca un campione di 63 puerpere e un campione di 36 ostetriche di un punto nascita di Milano. Alle puerpere, suddivise in base al tipo di parto avuto (spontaneo, distocico, cesareo programmato, cesareo d'urgenza), è stato somministrato un questionario volto a valutare la presenza di sintomi di PTSD. Alle ostetriche è stato somministrato un questionario volto a sondare la loro conoscenza in merito a questo disturbo. I risultati evidenziano che i parti operativi e i cesarei in emergenza favoriscono l'insorgere del PTSD. Emerge inoltre la necessità di aggiornamento per le ostetriche in merito all'argomento. Diventa essenziale rivedere l'assistenza ostetrica nelle varie fasi della maternità, in modo tale da prevenire l'insorgere di tale disturbo e prevedere una formazione specifica per le ostetriche volta alla diagnosi precoce e favorire la salute di madre e bambino.

ENGL: Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a syndrome that may develop as the consequence of a traumatic event and consists in experiencing over and over again the same suffering reactions felt during that catastrophic happening. PTSD was first observed in soldier involved in war situations of particular dramatic force. New mothers sometimes exhibit this disturb as a result of the childbirth. The collective imagination usually depict childbirth as a joyous moment, however several reasons may transform it into a traumatic event (e.g., poor information or lack of communication among midwives/ gynecologists and women, lack of support and empathy, invasive intervention for the childbirth completion). This is what often arises from the report of some new mothers concerning what they experienced during childbirth and from their symptoms. In literature, several studies highlight a possible correlation among childbirth type and PTSD onset. In this context, having a comprehensive knowledge of this disease is of paramount importance for midwives. The present study makes an in- depth analysis of new mothers experience after childbirth and of midwives knowledge about PTSD. A sample of 63 new mothers and a sample of 36 midwives of a birth point in Milano was considered. New mothers, divided on the basis of their childbirth (spontaneous, shoulder dystocia, planned cesarean, emergency cesarean), received a questionnaire aimed at identifying PTSD symptoms, whereas midwives received a questionnaire intended to probe their knowledge with regard to this disturb. Results highlights that medicalized deliveries and emergency caesarean foster PTSD onset. Furthermore, the need to train midwives on this topic arises. A review of the midwifery care during the different phases of maternity becomes essential to prevent the onset of this disturb. A specific training for midwives can help early diagnosis and improve the health of both mother and child.

INTRODUZIONE

Il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) definisce il trauma come *“un’esperienza che implica morte o minaccia di morte, la presenza di gravi lesioni, la violenza sessuale, l’aver assistito a evento traumatico altrui o venire a conoscenza di eventi traumatici accaduti a persone care”*. I sintomi principali sono: ricordi spiacevoli, sogni ricorrenti e incubi, reazioni dissociative, sofferenza psicologica, evitamento degli stimoli associati, alterazioni negative di pensieri ed emozioni associate all’evento, iperarousal e intensa reattività di fronte all’evento traumatico ¹.

tabella 1

Sintomi

INTRUSIVITÀ

- ☉ Pensieri immagini sgradevoli ripetitivi
- ☉ Flashback o incubi relativi all’evento
- ☉ Agire o sentire come se l’evento si stesse ripresentando

EVITAMENTO

- ☉ Sforzi per evitare pensieri il ricordo
- ☉ Sforzi per evitare luoghi o persone che rievocano il ricordo
- ☉ Incapacità a ricordare qualche aspetto dell’evento
- ☉ Riduzione di interesse per altre attività
- ☉ Distacco nei confronti degli altri
- ☉ Riduzione delle prospettive per il futuro

MODIFICAZIONI DELL’UMORE

- ☉ Ipervigilanza
- ☉ Irritabilità
- ☉ Scoppi di ira o collera
- ☉ Disperazione
- ☉ Senso di colpa

AUMENTATO AROUSAL

- ☉ Disturbi del sonno
- ☉ Difficoltà a concentrarsi
- ☉ Ipervigilanza
- ☉ Associazione con altri stimoli in risposta
- ☉ Vulnerabilità rispetto al futuro

Di fronte allo stesso evento traumatico non tutti manifestano gli stessi disturbi, la soggettività riveste un ruolo di particolare importanza.

L’organismo può andare incontro a una serie di reazioni da stress fisiologico che nel 70-80% (2) dei casi tende a risolversi naturalmente senza un intervento specialistico.

Questo avviene perché l’innato meccanismo di elaborazione delle informazioni presenti nel cervello è stato in grado di integrare le informazioni relative a quell’evento all’interno delle reti anamnestiche, con un processo di rivalutazione, adattamento e cambiamento di prospettiva. È possibile quindi “convivere” col ricordo dell’evento trovando strategie di adattamento che consentono di narrare l’evento dandone le proprie spiegazioni.

Ma cosa succede quando questo non avviene?

Gli eventi ordinari in genere passano attraverso di noi senza lasciare alcun segno, l’evento traumatico invece resta “intrappolato”

e forma un blocco emotivo che compromette le funzioni dell’io nel presente. Tali stati di disagio, successivi all’evento sono indice di “ferite non guarite”. Il “congelamento” del ricordo, nonostante lo scorrere del tempo (si parla di tempistiche molto lunghe, anche in termini di anni), genera nel presente reazioni di sofferenza provate al momento dell’evento: la stessa rabbia, lo stesso dolore, lo stesso rancore e pensieri negativi, come se il tempo non fosse mai passato. In questi casi quindi, “il passato diventa il presente”. Questo quadro caratterizzato dal “rivivere” continuamente l’evento traumatico è definito “Disturbo da Stress Post Traumatico” o “Post Traumatic Stress disorder” ¹.

La sindrome da Stress Post Traumatico è, quindi, l’insieme dei sintomi (figura 1) e, in alcuni casi, delle reazioni fisiche quali senso di nausea, cefalea, stanchezza, tachicardia che compaiono in seguito all’esposizione al trauma e che durano per più di un mese, ma anche in reazione all’esposizione ai trigger consistenti in scene, oggetti e luoghi che richiamano, per catena associativa, l’esperienza traumatica ¹.

In letteratura è stato dimostrato che l’evento parto può portare allo sviluppo del Post Traumatic Stress Disorder nella neo-madre a seguito del parto ³.

J.Gamble, D. Creed ⁴ si occupano di comprendere, tramite uno studio sulle donne che hanno partorito nell’ospedale di Brisbane in Australia da aprile 2001 e febbraio 2002 con

interviste a 72 ore dal parto e a 4/6 settimane dal parto, quali sono le donne, in base alla tipologia del parto affrontato, più a rischio di sviluppare il PTSD. Da questo studio emerge che l'esperienza di un taglio cesareo in emergenza o un parto vaginale operativo aumentano il rischio di sviluppare il PTSD rispetto a donne che hanno sperimentato un parto vaginale spontaneo o un cesareo elettivo. Vi sono però molteplici fattori che influiscono e possono trasformare le situazioni difficili in risorse disponibili per le donne.

Che cosa può rendere questa esperienza negativa?

Le caratteristiche della nascita, in particolare l'imprevedibilità, la pericolosità cioè avvertire che la propria vita o quella del bambino è a rischio (per le donne la percezione del proprio vissuto è molto più rilevante rispetto ai reali fatti medici che sono accaduti), il deficit di controllo sull'evento e la mancanza di aiuto, possono influenzare il vissuto della donna⁵.

Come le donne possono vivere positivamente un parto difficile?

È necessario che capiscano cosa sta succedendo, è importante spiegare alla donna il motivo per cui si stanno prendendo determinate decisioni, per la sua salute e per quella del suo bambino⁶.

I sintomi, se non riconosciuti e trattati, possono persistere per mesi e prendere la forma di una vera e propria depressione³.

Esistono fattori di rischio pre parto e intra parto per il PTSD³, ai fini di un miglioramento dell'assistenza ostetrica è importante il loro riconoscimento da parte delle ostetriche. La prevenzione primaria di questo disturbo riguarda la riduzione del dato di incidenza attraverso l'identificazione dei fattori di rischio e l'intervento diretto su questi.

Risultano fondamentali i professionisti sanitari ed in particolare le Ostetriche presenti nell'area nascita per il riconoscimento dei segnali d'allarme e il supporto empatico alla donna durante l'intero percorso. Le donne appaiono maggiormente disposte a parlare con l'Ostetrica, il che attribuisce a quest'ultima un ruolo chiave nella valutazione del rischio depressivo⁷.

Lo studio di Ayers del 2014 dimostra che la formazione di ostetriche specializzate sulla salute psicologica delle donne nel post partum soprattutto a seguito di un parto traumatico è una sfida⁸

che gioca un ruolo chiave nella rielaborazione dei vissuti dell'evento parto.

Obiettivi della ricerca

I principali obiettivi dello studio sono stati:

- > PTSD in puerperio in base al tipo di parto affrontato e all'assistenza ostetrica
- > Indagare le conoscenze delle Ostetriche su tale disturbo

MATERIALI e METODI

Il progetto è stato sottoposto al Comitato Etico di riferimento e approvato. Il consenso informato è stato inoltre verbalmente ottenuto da ogni partecipante.

Lo studio è stato suddiviso e strutturato in diverse fasi:

1 **Revisione della letteratura e delle evidenze scientifiche** tramite il motore di ricerca Pubmed con l'utilizzo delle keywords: disturbo da stress post traumatico + evento parto, parti più traumatici, post traumatic stress disorder in puerperio.

Definizione degli strumenti utilizzati:

- Griglia pre impostata per la raccolta dei dati anamnestici del campione delle puerpere **2**
- Creazione di un questionario cartaceo anonimo per le puerpere da somministrare entro 72 ore dal parto che comprende, oltre ad 8 domande aperte mirate a raccogliere la percezione del parto tramite metafore e parole proprie delle donne, la scala dei sintomi del PTSD secondo il DSM V.
- Questionario anonimo rivolto alle ostetriche composto da 4 domande per l'inquadramento professionale e 12 domande di cui le ultime due aperte

3 **Reclutamento dei campioni, somministrazione dei questionari** previo consenso delle donne e delle ostetriche (nei mesi di giugno e luglio 2016) e raccolta dei dati.

4 **Analisi ed elaborazione dei risultati.**

DISCUSSIONE

Allo studio hanno aderito **63 puerpere** e **36 ostetriche**.

L'età **media** delle donne è 35,2 anni, il 76% sono laureate e il 98% sono occupate.

Il 39% del campione delle **ostetriche** ha dai 5 ai 10 anni di esperienza lavorativa, il 22% ha più di vent'anni di esperienza, il 20% meno di 5 anni e il 19% da 11 a 20 anni. Il 44% delle ostetriche che hanno aderito allo studio lavorano nel reparto di puerperio, il 31% in patologia della gravidanza, il 17% in pronto soccorso ostetrico e l'8% in sala parto.

I **questionari** delle puerpere sono stati suddivisi in 4 categorie in base al tipo di parto affrontato: *parto spontaneo (30%), parto distocico (24%), taglio cesareo programmato (24%), taglio cesareo in urgenza (22%) in modo da facilitare il confronto delle risposte (figura 2).*

Dai risultati ottenuti emerge una corrispondenza con la consultazione bibliografica⁹: *infatti le donne che hanno affrontato un parto descritto in letteratura come potenzialmente più traumatico presentano sia più sintomi del PTSD (figura 3) che ricordi più disturbanti.*

In riferimento alla domanda sulla richiesta di associare il proprio parto ad una parola, come mostra la *figura 4*, si nota una sostanziale differenza tra le donne che hanno partorito spontaneamente e chi ha avuto un parto distocico: *entrambi i campioni associano la metafora della montagna ma con accezioni diverse. Le prime come percorso affrontato e superato, le altre sottolineando la fatica e la meta sconosciuta che riporta all'intrinseca paura per l'ignoto.* Un'altra differenza si nota tra le risposte delle donne che hanno avuto un cesareo programmato che descrivono il parto con aggettivi positivi, mentre chi ha avuto un taglio cesareo in urgenza, conferma il dato presente in letteratura cioè un chiaro riferimento al traumatismo nei vissuti della donna¹⁰.

In riferimento alla domanda sulla richiesta di ripensamento all'evento le donne che hanno avuto un taglio cesareo in urgenza sono quelle che più frequentemente affermano di averci ripensato ripetutamente, invece le donne che più spesso non ricordano tutti i momenti del loro parto sono coloro che hanno affrontato un parto distocico.

Ciò può essere dovuto ad un aumento della stimolazione emotiva, ragion per cui il ricordo può

risultare offuscato dalle emozioni negative del momento¹⁰.

Le uniche donne che riportano di sentirsi a disagio al ricordo del parto appartengono al gruppo delle donne con parto distocico. Inoltre, le puerpere che associano più spesso una comunicazione negativa con il personale appartengono sempre a questo gruppo¹⁰. **Queste due categorie di donne sono quelle che più frequentemente necessitano di una spiegazione rispetto al loro parto: chi ha affrontato un parto distocico, in particolare, chiede più spesso dell'ostetrica mentre chi ha avuto un taglio cesareo urgente del ginecologo.**

Dall'analisi delle risposte della tabella dei sintomi del PTSD di ogni singola puerpera si rileva in due casi la corrispondenza ai criteri per la diagnosi di PTSD. Si può solo presumere che quelle donne avessero più probabilità di aver sviluppato questo disturbo o esserne fortemente a rischio. Infatti per la conferma di diagnosi di PTSD è necessario un colloquio clinico e diagnostico con lo psicologo.

Sono state inoltre analizzate le storie cliniche delle donne che presentano più sintomi di PTSD e si mette in luce che l'anamnesi e la storia della donna sono fattori di rischio e quindi è bene conoscerli, ma che la percezione personale e soggettiva del momento è la predisposizione principale¹¹.

Va comunque tenuto presente che in caso di evento ostetrico traumatico pregresso la donna è più esposta alla traumatizzazione anche perché la situazione della gravidanza e parto attuali di per sé possono riattivare il pregresso trauma, se non del tutto elaborato. Questo mette in luce **l'importanza di conoscere, il passato, il carattere, i vissuti e le paure della donna.** Se questo non è possibile dalla gravidanza è bene attivare l'assistenza one to one in travaglio dando possibilità di tempo alla relazione, personalizzando l'assistenza ostetrica¹².

Per quanto riguarda il campione delle ostetriche, nonostante il 72% di esse ammetta di conoscere questo disturbo, il 61% afferma che non c'è abbastanza informazione in merito (*figura 5*). I sintomi più frequenti che le ostetriche associano al PTSD dopo il parto sono: *distacco ed estraneità nei confronti del bambino e pensieri e immagini sgradevoli sul parto ripetitivi mentre le donne riportano più spesso sintomi come difficoltà ad addormentarsi e irritabilità.*

Le ostetriche riconoscono che i parti potenzialmente più traumatici sono i parti operativi (89%) e i

tagli cesarei in urgenza (81%). Per quanto riguarda la possibilità di un colloquio dopo il parto il 97% delle ostetriche lo ritiene utile, dato confermato anche dalle puerpere. Le ostetriche riportano come potenzialmente traumatiche le frasi: *“non si è impegnata”, “non spingi bene”, “tumore da parto”, “farai quello che dico io”, “la paziente perde”, “ci lasci lavorare”,* mentre le donne, riguardo la comunicazione ricevuta in sala parto, più spesso riportano non una frase in particolare come disturbante ma la mancata empatia e sostegno da parte dell’ostetrica e la comunicazione, nei casi in cui è considerata negativa viene descritta come *“distaccata”, “di incomprensione reciproca”, “un po’ deludente”, “troppe poche informazioni”.*

CONCLUSIONI

Il miglioramento dell’assistenza e l’arricchimento professionale delle ostetriche deriverebbe dall’individuazione dei soggetti a rischio per l’insorgenza di un PTSD. ***L’obiettivo da porsi è l’assistenza durante la gravidanza, il travaglio, il parto ed il puerperio attenta, personalizzata e mirata alla prevenzione di questo disturbo.*** Di conseguenza, un’adeguata formazione delle Ostetriche e degli altri professionisti sanitari che vengono a contatto con la gestante durante il percorso nascita, in particolare durante il travaglio e il parto, così che si possano prevenire o riconoscere precocemente i fattori di rischio e i sintomi del PTSD e quindi supportare le donne, eventualmente indirizzandole verso i professionisti dedicati e lavorare in équipe con essi.

Questa ricerca mostra quanto il **counselling e debriefing** dopo il parto siano ancora un obiettivo da raggiungere nostra realtà; soprattutto nei casi in cui l’intervento è di emergenza o urgenza, sarebbe auspicabile un colloquio dopo l’evento.

La rielaborazione successiva è essenziale e di centrale importanza.

Il PTSD associato all’evento nascita può avere conseguenze negative a breve e a lungo termine non solo sulla salute fisica e psichica della donna, ma anche sulla relazione madre-bambino in termini di sintonizzazione con il neonato: una madre con il PTSD è certamente più in difficoltà in tutte le sue capacità relazionali. Il parto, infatti, è il punto di snodo fra la gravidanza e il puerperio con l’inizio della vita genitoriale. L’Ostetrica sa che ***un buon puerperio matura da una gravidanza ed un parto accettato ed elaborato.***

Sarebbe utile, dunque, che nei reparti di Sala Parto e Puerperio si cominci a introdurre la cultura e la conoscenza del PTSD connesso al post-parto, perché tratta di un problema che coinvolge profondamente i vissuti della donna proprio nei primi giorni e nelle prime settimane dopo il parto.

Il fatto che l’attenzione sia spostata sul neonato e che spesso i sintomi da stress nel puerperio vengano identificati come sintomi di Depressione Post Partum, porta come conseguenza l’errata diagnosi (e di conseguenza l’errato trattamento) che si può ripercuotere in una non remissione della sintomatologia, e, nel peggiore dei casi, in un aggravamento della stessa. Affrontare questo tema per le Ostetriche è dunque necessario per non rimanere sulla superficie del problema ma utilizzare tutti gli aspetti valoriali della prevenzione e dello strumento rielaborazione dell’evento, nell’ambito del parto.

Fonti bibliografiche:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) Washington, D.C (2013)
2. Pieraccini, Bossini, Lombardelli, Calossi, Tra- verso, Annese, Castrogiovanni, Il disturbo post traumatico da stress. Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di psichiatria, Università di Siena (2004)
3. P.L. Righetti, Gravidanza e contesti psicopatologici. Dalla teoria agli strumenti di intervento. Franco Angeli, Milano, (2010), pp 21-38
4. J.Gamble, D. Creedy, Psychological trauma symptoms of operative birth. British Journal of Midwifery (2005)
5. K.Kendall-Tackett, The psychological impact of Birth Experience: an underreported source of trauma in the lives of women. Trauma Psychology Newsletter, 2007
6. C.Tatano Beck. Post Traumatic stress disorder due to childbirth. Nursing Research (2004)
7. S. Segre, W. O’ Hara, S. Arndt, T. Beck, Screening and Counseling for Postpartum Depression by Nurses: The Women’s Views. Maternal Child Nurs (2010)
8. S. Ayers PhD, Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. Midwifery (2014)
9. P. Dikmen-Yildiz, S. Ayers, L. Phillips, Factors associated with post-traumatic stress symptoms 4-6 weeks and 6 months after birth: a longitudinal population-based study. Elsevier (2017)
10. U. Lopez, M. Meyer, V. Loures, I. Iselin-Chaves, M. Epiney, C. Kern, G. Haller, Post- traumatic stress disorder in parturients delivering by cesarean section and the implication of anaesthesia: a prospective cohort study. Health quality of life outcomes (2017)
11. S. Peeler, J. Stedmon, M. Cheung Chung, H. Skirton Women’s experience of living with postnatal PTSD. Midwifery (2018)
12. V. Schmied, C. Dickson, H. G. Dahlen, Postnatal post-traumatic stress: an integrative review. Women and birth (2017)

Questa ricerca non ha ricevuto alcuna sovvenzione specifica da parte delle agenzie di finanziamento nei settori pubblico, commerciale o non profit

Alla realizzazione della stesura degli articolo non ha interferito alcuna tipologia di conflitto di interesse

63 *Puerpere*

36 *Ostetriche*

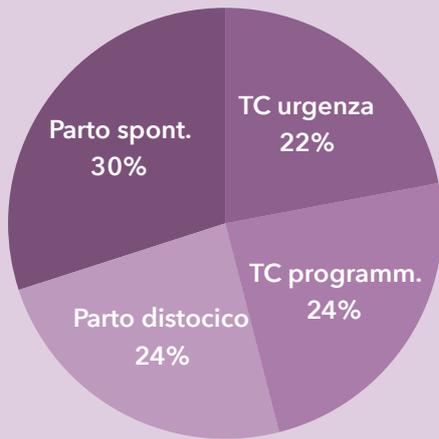


Figura 2

Metafore utilizzate per descrivere il parto

PARTO SPONTANEO

- Una passeggiata in montagna tra alti e bassi
- Una breve camminata in montagna
- Un percorso in montagna

TC PROGRAMMATO

- Un regalo tanto atteso
- Un sogno
- Un miracolo

PARTO DISTOCICO

- Un percorso sterrato
- Un percorso con una meta sconosciuta
- Una scalata in montagna

TC URGENTE

- Un trauma
- Un inferno
- Qualcosa di tremendo

Sintomi PTSD



Figura 4

Figura 3

Ossevatorio Internazionale

42

GLI EVENTI SENTINELLA OCCORSI IN AMBITO OSTETRICO-NEONATALE:

Il Panorama Internazionale

"Alarming events occurring in
obstetric-neonatal settings:
international landscape"

Manuela Ghilardi

Ostetrica, Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche ed
Ostetriche Esperta in Risk Management ostetrico, Bergamo

ABSTRACT

ITA: In questo articolo viene proposta una revisione della letteratura internazionale su gli eventi sentinella accorsi in ambito ostetrico-neonatale. Ciò è stato possibile mediante la consultazione dei rapporti messi a disposizione dei servizi e degli ospedali che operano a livello internazionale. Tra gli eventi sentinella di maggiore gravità emerge la morte materna correlata al travaglio ed al parto, quindi meritevole di indagini immediate e di interventi correttivi

ENGL: This article proposes a revision of the international literature on sentinel events in the obstetric-neonatal field. This was possible through the consultation of the reports made available to services and hospitals operating internationally. Among the sentinel events of major pregnancy emerges maternal death related to labor and delivery, therefore worthy of immediate investigations and corrective interventions.

Definizione di un'assistenza Sanitaria di Qualità'

L'Institute of Medicine (IOM, 1999) ha definito un'assistenza sanitaria di qualità come "il livello dei servizi per la salute alle persone e alla popolazione capace di aumentare la probabilità di outcome di salute favorevoli e coerenti con le conoscenze disponibili". La qualità dell'assistenza sanitaria si avvale di diverse componenti, quali l'equità, l'efficienza, la sicurezza della persona assistita.

Nondimeno, la sicurezza delle cure, definibile come "l'assenza dell'evenienza potenziale di un danno al paziente derivato dalle cure mediche", è parte integrante del più ampio concetto di qualità dell'assistenza sanitaria.

Il raggiungimento della sicurezza della persona assistita in ambito ostetrico, è divenuto, nel tempo, focus di importanza crescente. La ragione di questa aumentata attenzione agli eventi avversi occorsi in ambito ostetrico-neonatale è dovuta, almeno in parte, alla spinta generata dal cosiddetto Rapporto "To err is human", pubblicato dall'Institute of

Medicine (IOM) nel 1999¹ e che mise in luce, in generale, la numerosità degli eventi avversi prevenibili nell'erogazione dell'assistenza sanitaria.

Legge Gelli :sicurezza delle cure e del rischio sanitario in Italia

In Italia, la legge Gelli (8 marzo 2017-N. 24)², affronta e disciplina i temi della *sicurezza delle cure e del rischio sanitario, della responsabilità dell'esercente la professione sanitaria e della struttura sanitaria pubblica o privata, delle modalità e caratteristiche dei procedimenti giudiziari aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria, nonché degli obblighi di assicurazione e dell'istituzione del Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria.*

L'obiettivo consiste nella riduzione del contenzioso, civile e penale, avente ad oggetto la responsabilità medica, garantendo al tempo stesso un più efficace sistema risarcitorio nei confronti del paziente. **La nuova legge agisce dunque su tre fronti, amministrativo, penale e civile.** La legge

chiarisce all'articolo 1 che la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute, assumendo così un vero e proprio valore costituzionale alla luce dell'art. 32 della Costituzione.

Nell'ambito dei 16 eventi sentinella declinati nel decreto del 2009 sull'istituzione di SIMENS per il monitoraggio degli errori in sanità, due sono esclusivi dell'ambito ostetrico-neonatale e ciò conferma la meritata attenzione alla sicurezza delle cure in ambito ostetrico-neonatale. In particolare, si fa riferimento all'evento sentinella n.7 "Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto" e al n.8 "Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita".

Per quanto attiene agli aspetti epidemiologici del percorso nascita, il Rapporto basato sulla elaborazione dei Certificati di Assistenza al parto (CeDAP)⁶, principale fonte di dati correnti a disposizione di quanti si occupano di salute materno-infantile e che raccoglie informazioni di carattere socio-demografico e di carattere sanitario, fa emergere che il totale dei nati nella Regione Lombardia nel 2014 è pari a 87.063.

Il tasso di **natimortalità è pari a 2,5 nati morti ogni 1.000 nati**. È possibile comprendere, quindi, come

sia prioritario il mantenere alta l'attenzione sulla sicurezza del percorso nascita e, in generale, sull'ambito ostetrico-neonatale.

La sicurezza della persona assistita in ambito ostetrico può rappresentare un problema ostetrico reale poiché la progressione del travaglio e del parto possono presentare particolari vulnerabilità, anche se trattasi di "percorso fisiologico" e favorire l'occorrenza di eventi avversi.

Gli eventi sentinella occorsi in ambito ostetrico-neonatale:

il panorama internazionale

A livello internazionale, è possibile approfondire il tema degli eventi sentinella mediante la consultazione dei Rapporti messi a disposizione dai Servizi Sanitari e dagli Ospedali che operano a livello internazionale.

Similmente a quanto accade in Italia, i Paesi hanno elaborato un elenco degli eventi considerati sentinella, tenendo conto della prevedibilità dell'evento e del grave danno o morte conseguiti dalla persona assistita.

EVENTO SENTINELLA: "Morte materna o grave morbosità correlata al travaglio e/ o al parto"

Categorie Fattori

Procedure e linee guida (includono la disponibilità, l'aggiornamento e l'aderenza alle procedure e alle linee guida adottate dalla struttura sanitaria e che governano i comportamenti, l'osservazione del paziente, l'identificazione del paziente e del sito chirurgico, nonché il coordinamento delle cure): 3

Risorse umane (tra cui l'assegnazione del personale, il mix di competenze, la formazione, la supervisione, la valutazione e l'assunzione): 1

Comunicazione (tra i membri dello staff, con i pazienti/care giver e con i mediatori culturali): 1

Educazione sanitaria (include la documentazione clinica, la tempestività dei referti diagnostici e la comunicazione con l'esterno): 1

Apparecchiature (includono la disponibilità, l'appropriatezza, e la funzionalità delle apparecchiature utili per la valutazione clinica del paziente o altri dispositivi medici (ad esempio, le pompe ad infusione): 1

Ambiente fisico (include le distrazioni ambientali, l'idoneità del design del luogo di lavoro e le preoccupazioni in materia di sicurezza): 0

Gestione delle attrezzature (compresi i problemi di trasferimento e di trasporto dei pazienti intra-e inter- ospedalieri): 2

Il comportamento del paziente (include le azioni compiute dal paziente, le omissioni, le preferenze e le scelte individuali): 0

Decorso della malattia (comprende il deterioramento della salute fisica o mentale e le complicazioni di una procedura o di un intervento): 1

Altro: (include la cultura sul posto di lavoro e la normalizzazione delle devianze. In molti casi, possono essere identificati diversi fattori che contribuiscono al verificarsi dell'evento sentinella): 2 per un totale di 10 fattori contribuenti identificati per i 5 casi di morte materna o grave morbosità correlata al travaglio o al parto.

La revisione della letteratura ha consentito di rilevare che *la morte materna correlata al travaglio o al parto è di norma considerato un evento di particolare gravità, meritevole di un'indagine immediata e dell'implementazione di azioni correttive.*

Prendendo in considerazione i lavori maggiormente significativi emerge che, per quanto attiene all'esperienza australiana del *Safer Care Victoria*, nel Report triennale sul programma degli Eventi Sentinella 2013-2016⁸ si descrivono 143 eventi sentinella occorsi in ospedali pubblici e privati tra il 2013 e il 2016. L'evento sentinella classificato con morte materna o grave morbosità correlata al travaglio e/o al parto si è verificato nel 3% degli eventi segnalati (5 casi). Tra i fattori contribuenti questo evento sentinella si segnalano le categorie e la numerosità dei fattori (si specifica che è possibile attribuire più fattori contribuenti ad ogni singolo evento sentinella). La consultazione dei risultati descritti nel report sopra menzionato, non permette di individuare se le persone assistite in ambito ostetrico siano state coinvolte in eventi sentinella di diversa natura, quali, ad esempio, la ritenzione di materiale estraneo nel sito chirurgico. Da segnalare che, sul fronte "neonato", l'Australia considera la consegna del neonato alla famiglia sbagliata un evento sentinella che rientra nella classificazione da loro adottata.

In **Australia Occidentale**, sulla base dei risultati ottenuti dal WU Sentinel Event report⁹, emerge che nel periodo 2010-2011 si sono verificati 18 casi di morte materna o grave morbosità correlata al travaglio e/o parto.

In particolare, sono stati segnalati 3 eventi nel 2010/2011, 1 evento ha causato la morte perinatale e materna, 1 evento ha determinato la morbidità materna e 1 evento ha determinato la morbidità infantile. Nel 2009/2010 sono stati notificati 2 eventi, 1 evento ha causato una perdita permanente di una funzione e 1 evento ha causato la mortalità materna e fetale. Gli eventi notificati in questa categoria sono stati associati al parto pretermine, all'emorragia intrapartum, all'emorragia post-partum e alla cardiomiopatia peripartum.

I fattori contribuenti identificati sono i seguenti: la comunicazione, altri fattori (fattori legati al paziente), attrezzature e policy/ procedure/linee guida.

Le raccomandazioni che sono **discese dall'analisi** e dalla gestione degli eventi sentinella presi in esame **sono i seguenti:**

- la necessità di migliorare e revisionare l'assistenza al parto pretermine;
- la valutazione della possibilità di creare un team ostetrico dedicato all'emergenza, includendo anche un protocollo per la gestione delle emorragie massive nel periodo intra e post-partum.

L'AHRO (Agency for Healthcare and Research and Quality), facendo riferimento al Programma sugli Eventi Sentinella, ha reso disponibile il report annuale sugli eventi sentinella relativo all'anno 2012¹⁰; in questo caso, non è possibile ricercare l'informazione sulle morti materne poiché non appare nella classificazione degli eventi sentinella ed è, verosimilmente ricompreso, all'interno della definizione più ampia di "Morte inaspettata", che nel periodo 2007-2012, si è verificata in 233 casi.

Per quanto attiene all'esperienza britannica, il National Health Service, diffonde il report sui Never events che si sono verificati nel periodo 2015-2016¹¹.

Con **Never events** si riferisce a eventi in gran parte prevenibili che non si sarebbero verificati se fossero state applicate le raccomandazioni nazionali e/o le raccomandazioni sulla sicurezza esistenti. Essi si caratterizzano per il principio imperativo che anche un **singolo Never Event funge da bandiera rossa** per l'organizzazione in cui esso si è verificato. Il rapporto dimostra che, nel periodo considerato, si sono verificati 442 eventi e non si trovano riferimenti agli eventi in ambito materno- neonatale.

Per quanto attiene all'esperienza statunitense, il Sentinel Event Alert ISSUE 30, pubblicato da JCI nel luglio del 2004, rivela che il tasso d'incidenza della mortalità perinatale negli Stati Uniti nel 2001 era pari a 6.9 morti ogni 1.000 nati vivi, rivelando un decremento costante nel tempo. Analizzando i casi di morte perinatale e di grave disabilità registrati da JCI nell'ambito della Politica di gestione degli eventi sentinella, dal 1996 al 2004, sono stati registrati 47 casi. Sul piano semantico, la Politica di gestione degli eventi sentinella prevista da JCI considera la morte perinatale o la grave disabilità come "le morti perinatali o i danni maggiori con perdita di funzione non correlata a malattia congenita in neonati con un peso alla nascita superiore a 2500 grammi". Nel periodo considerato da JCI, sono stati segnalati 40 morti perinatali e 7 casi in cui il neonato aveva riportato una disabilità permanente.

L'età materna era compresa tra 13 e 41 anni con un'età media di 27 anni e, in più della metà dei casi, si trattava del primo parto. L'età gestazionale media era pari a trentanove settimane.

Sulla base dello studio dei 47 casi occorsi, la mancanza di una precoce diagnosi prenatale ha rappresentato, nel 4% dei casi, il principale fattore contribuente sul piano del rischio di morte perinatale.

Altri fattori di rischio materni includevano: l'età materna (13% dei casi); un precedente taglio cesareo (11% dei casi); il riscontro di diabete (4%) e, infine, l'abuso di sostanze (4%). Sono state identificate le complicanze correlate al parto: condizioni fetali non rassicuranti (77%), distacco di placenta (8%), rottura d'utero (8%) e, infine, nel 6% della casistica analizzata, la presentazione del feto era podalica. Nel 49% dei casi è stato eseguito un taglio cesareo emergente; parti per via vaginale: 46%. Sul totale dei parti vaginali, nel 21% dei casi è stata applicata una ventosa ostetrica/tentativi di applicazione della ventosa ostetrica; nel 13% dei casi è stato applicato un forcipe/ tentativi di applicazione del forcipe. Nell'8% dei casi si è trattato di un parto dopo precedente cesareo.

JCI, analizzando i casi di morte perinatale e di disabilità permanente sul neonato, nell'ambito dei 47 casi segnalati, ha identificato come causa radice (Root Cause), nel 72% dei casi, la comunicazione, in più della metà dei casi descrive la cultura organizzativa come una barriera alla comunicazione efficace e al lavoro di team tra i professionisti, la presenza di istanze gerarchiche, il mancato funzionamento dei professionisti come un team, oltre a failure nella cascata della comunicazione.

Altre cause profonde identificate sono state le seguenti: nel 47% dei casi, le competenze dello staff, l'orientamento e l'addestramento al processo (40%), CTG non rassicurante/anormale (34%), l'indisponibilità di apparecchiature e/o farmaci (30%), criticità nella supervisione dei medici e delle ostetriche (30%), problemi di personale (25%), medico indisponibile o in ritardo rispetto alla chiamata (19%), indisponibilità di informazioni prenatali (11%)¹².

In tempi più recenti, **Joint Commission** ha pubblicato il Report sugli eventi sentinella dal 2014 al I semestre del 2017 e registra un totale di 400 eventi sentinella, prevedendo una lista composta da 30 eventi sentinella.

Concentrando l'attenzione sugli eventi dedicati all'ambito materno neonatale si rilevano le seguenti informazioni (Tabella 1)

	Morte materna	Grave morbilità materna	Morte perinatale/ grave disabilità
2014	11	0	35
2015	6	0	43
2016	7	9	23
I trim 2017	3	13	10
Totale	27	22	111

Il report, la cui raccolta dati è iniziata nel 2005, mostra, in generale, un **aumento della segnalazione spontanea degli eventi sentinella** da parte delle strutture sanitarie statunitensi, dal 60% del 2005 al 89% del 2017. Similmente a quanto riporta il Ministero della Salute in Italia, nel report si precisa che **la segnalazione degli eventi sentinella a JC è volontaria e rappresenta una piccola quota degli eventi accaduti**, pertanto, non ha valore epidemiologico e non possono essere tratte conclusioni sulla reale incidenza del trend degli eventi avversi/sentinella¹³.

Sul piano della revisione della letteratura intrapresa sulla materia, preme precisare che, lo studio degli eventi sentinella occorsi in ambito ostetrico-neonatale, conduce, inevitabilmente, alla consultazione di lavori condotti a livello internazionale e finalizzati a riportare il tasso d'incidenza di morte materna e perinatale.

Nel 2014, è stata pubblicata su **Lancet** un'analisi sistematica delle cause di morte materna analizzando i dati disponibili sulla mortalità materna in 188 Paesi dal 1990 al 2013, basando la raccolta dei dati sulle fonti amministrative disponibili e integrando l'analisi sulla base delle revisioni sistematiche presenti in letteratura.

Le morti materne nel 1990 erano pari a 376.034, mentre nel 2013 ammontavano a 292.982.

In particolare, le cause di morte materna sono state classificate in **nove categorie**:

1. Emorragia
2. Epsi e altre infezioni correlate alla gravidanza
3. Disordini ipertensivi in gravidanza
4. Distocie dinamiche o meccaniche in corso di travaglio di parto
5. Aborto

6. Patologie materne correlate alla gravidanza
7. Patologie materne non direttamente correlata alla gravidanza
8. Sindrome dell'immunodeficienza acquisita (HIV)
9. Morti materne tardive

Come si comprenderà, lo studio verte sull'analisi delle cause cliniche di morte materna, che possono includere morti materne che sono da considerarsi eventi sentinella, ma anche e soprattutto, il complesso delle complicanze che possono riguardare il percorso nascita. Lo studio rileva che il tasso di mortalità materna in Italia, mostra un trend decrescente¹⁴.

Sempre in tema di mortalità materna, nel 2015 è stato pubblicato uno studio prospettico longitudinale di coorte che ha indagato le cause di morte materna in un campione di gestanti arruolate nel periodo 2010-2013 nell'ambito del Global Network for Women's and Children's Health research Maternal and Neonatal Health Registry (MNHR). Su un campione totale di 277,736 gravidanze si sono registrate 402 morti materne con un tasso di mortalità materna pari a 153/100,000 nati vivi. Lo studio ha utilizzato modelli di regressione lineare per valutare la relazione tra potenziali fattori clinici e sociali e la mortalità materna, sviluppando stime di intervallo del rischio relativo associato ai citati fattori.

Le condizioni prenatali e intrapartum che si associano ad un aumentato rischio di morte materna, includono: l'inadeguata assistenza prenatale, il parto operativo, il travaglio distocico, la malposizione fetali, l'emorragia antepartum, i disordini ipertensivi e la necessità di trattamenti aggiuntivi sulla madre (ad esempio, emotrasfusioni, somministrazione di farmaci anticonvulsivanti/liquidi per via endovenosa). Le condizioni postpartum associate alla morte materna includono la comparsa di convulsioni, l'emorragia, l'anemia, le riammissioni per l'effettuazione di ulteriori trattamenti. È fondamentale, dunque, **l'identificazione precoce dei fattori di rischio** per mettere in atto strategie che prevengano le complicazioni legate alla gravidanza. Lo studio ha individuato fattori più frequentemente associati alla morte materna sui quali è possibile intervenire, ovvero, **emorragia ed ipertensione**. Lo studio ha inoltre rilevato un aumentato rischio di morte nelle **donne assistite dai medici** e in quelle che avevano subito un **precedente taglio cesareo**.

Come si comprende, l'MNHR identifica cause *prevenibili* di morte materna nelle Regioni arruolate¹⁵.

Altri lavori hanno indagato la prevalenza di mortalità neonatale precoce e/o tardiva nelle gravidanze che presentavano complicanze ostetriche e/o cliniche. Mantenendo il disegno dello studio adottato dal *Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health* promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, sono state arruolate 359 gestanti nell'ambito di 29 Paesi. Lo scopo consisteva nell'individuare il rischio di morte perinatale alla presenza di complicanze materne gravi quali: l'emorragia, i disordini ipertensivi e altre condizioni patologiche. Il rischio di morte perinatale aumenta significativamente, in presenza delle seguenti patologie: distacco di placenta, rottura d'utero, sepsi, preeclampsia, eclampsia e grave anemia¹⁶.

Le considerazioni menzionate poc'anzi, risultano molto interessanti anche ai fini della discussione dei risultati del presente elaborato, come si evincerà nel paragrafo dedicato ai risultati dell'analisi condotta sugli eventi sentinella occorsi in ambito ostetrico-neonatale nella Regione Lombardia.

Nel 2014, il British Journal of Obstetrics and Gynaecologists (BJOG) pubblica una revisione sistematica degli studi che hanno indagato i fattori associati alla morte perinatale dal 2000 al 2013 nei Paesi a basso e medio reddito e conclude che è necessario disporre di linee guida e sviluppare adeguati sistemi di classificazione per categorizzare le cause di morte perinatale.

I sistemi di classificazione esistenti, sostengono gli Autori, debbono essere adattati¹⁷.

Ciò detto, nel 2017 Christian Pettker pubblica due studi (parte I e parte II), nei quali affronta aspetti di natura metodologica, e quindi utili alla redazione del presente elaborato, nei quali affronta la necessità di disporre di approcci sistematici nella gestione degli eventi avversi in Ostetricia, esplodendo l'identificazione degli eventi e la loro classificazione (parte I); nella II parte, affronta gli aspetti legati all'analisi degli eventi sentinella le azioni correttive che ne derivano. Partendo dal presupposto che l'errore umano è ineliminabile, l'autore sostiene che soltanto negli ultimi dieci anni si pone attenzione all'analisi degli eventi avversi discesi da errori commessi durante la pratica clinica.

Fattori umani e fattori sistemici sono una componente innata di sistemi complessi quale è quello sanitario. A livello internazionale, gli sforzi sono tesi alla costruzione di modalità per reagire agli eventi avversi derivati da errori, con metodi sistematici. Lo studio illustra una rassegna dei sistemi utilizzati per identificare gli eventi avversi, in particolare, i sistemi di reporting degli eventi sentinella, i sistemi di segnalazione spontanea degli eventi avversi (Incident Reporting) e il sistema di raccolta di eventi critici, altrimenti noti come trigger¹⁸.

Analizzando l'elenco dei trigger che l'autore sostiene di aver implementato all'interno della sua organizzazione (Dipartimento di Ostetricia, Ginecologia e Scienze della Riproduzione presso la Yale School of Medicine nel Connecticut-USA) è possibile rilevare la quasi identica congruenza con i trigger materni e fetali pubblicati dal Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) nel 2009¹⁹.

Per quanto attiene alla parte II dello studio analizzato, l'autore mette in luce come lo strumento più appropriato per approcciarsi alla gestione degli eventi avversi e sentinella, in linea con la letteratura internazionale, sia rappresentato dalla Root Cause Analysis (Analisi della Causa Profonda), sebbene l'autore sostenga che lo strumento sia spesso male interpretato.

Qui, preme sottolineare come, sul piano della gestione degli eventi sentinella, le politiche intraprese dalla Regione Lombardia, anche in chiave formativa, siano in linea con le indicazioni della letteratura: gli eventi sentinella debbono essere analizzati prioritariamente mediante la metodologia della Root Cause Analysis.

A proposito di trigger, dalla revisione della letteratura, è possibile comprendere che, con riferimento all'ambito ostetrico-neonatale, i ricercatori mettono a disposizione sistemi di raccolta degli eventi critici che possono essere più o meno articolati, a seconda delle scelte operate.

In uno studio prospettico di coorte, condotto presso Unità Operative di Ostetricia Universitarie e pubblicato nel 2006 su *Obstetrics & Gynecologists*, è possibile apprendere che lo studio registra un totale di 72 trigger (organizzativi/materni/fetali), indicativi dell'occorrenza di eventi avversi. La coorte studiata includeva 425 persone assistite che sono state coinvolte in 110 eventi critici, di questi, 6 sono stati classificati come eventi avversi prevenibili²⁰.

Per quanto riguarda il panorama europeo, nel 2006 è stata emessa la Raccomandazione del Consiglio d'Europa sulla gestione della sicurezza dei pazienti e prevenzione degli eventi avversi in sanità, che ribadiva l'importanza della cooperazione internazionale e della costruzione di una piattaforma per il mutuo scambio di esperienze e conoscenze su ogni aspetto della qualità e sicurezza delle cure. Questi elementi sono stati parte integrante anche della successiva raccomandazione del 9 giugno 2009 sulla sicurezza dei pazienti, nella quale si sottolineava la necessità di condividere le conoscenze, le esperienze e le migliori pratiche tramite azioni condotte collegialmente dai Paesi membri, con la Commissione Europea e con le altre agenzie ed organizzazioni europee ed internazionali.

Anche il programma mondiale Alliance for Patient Safety e i successivi progetti internazionali hanno sollecitato i singoli Paesi all'introduzione di soluzioni per la sicurezza dei pazienti, basate sull'evidenza scientifica e adattabili a tutte le realtà, in un approccio condiviso e multidisciplinare.

Nel 2011 la Commissione Europea ha lanciato il progetto Joint Action on Patient Safety and Quality of Health (PaSQ) con l'obiettivo di supportare l'implementazione delle raccomandazioni del Consiglio dell'Unione Europea sulla sicurezza dei pazienti e rafforzare la cooperazione tra gli Stati membri e gli stakeholder europei su argomenti relativi alla qualità delle cure, inclusi la sicurezza e il coinvolgimento dei pazienti.

La Joint Action PaSQ si prefigge di individuare e sperimentare metodi e strumenti per favorire la collaborazione e stabilire meccanismi di apprendimento (sistemi per la segnalazione degli eventi avversi), tra gli Stati membri e tutte le parti interessate. L'obiettivo finale è quello indicato nella Raccomandazione del 2006 del Consiglio d'Europa: costruire un network tra gli Stati membri dell'Unione Europea e promuovere l'organizzazione di piattaforme per la qualità e sicurezza delle cure attraverso la condivisione di informazioni e di esperienze, favorire l'attuazione di buone pratiche e la comunicazione al pubblico.

In particolare:

- **Implementazione di sistemi di segnalazione e di apprendimento relativi agli eventi sfavore-voli:** tali sistemi sono attualmente in vigore in 27 Paesi (erano 15 nel 2012), tra i quali l'Italia;
- **Rafforzamento del ruolo dei pazienti:** 18 Paesi informano i pazienti sulle norme relative alla

sicurezza dei pazienti, sulle misure di sicurezza per ridurre o prevenire gli errori, sul diritto al consenso informato alla terapia, sulle procedure di reclamo e sui mezzi di ricorso disponibili (soltanto cinque nel 2012)²¹.

Altri lavori hanno indagato la prevalenza di mortalità neonatale precoce e/o tardiva nelle gravidanze che presentavano complicanze ostetriche e/o cliniche.

Mantenendo il disegno dello studio adottato dal Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, sono state arruolate 359 gestanti nell'ambito di 29 Paesi. Lo scopo consisteva nell'individuare il rischio di morte perinatale alla presenza di complicanze materne gravi quali: l'emorragia, i disordini ipertensivi e altre condizioni patologiche.

Il rischio di morte perinatale aumenta significativamente, in presenza delle seguenti patologie: distacco di placenta, rottura d'utero, sepsi, preeclampsia, eclampsia e grave anemia¹⁶.

Le considerazioni menzionate poc'anzi, risultano molto interessanti anche ai fini della discussione dei risultati del presente elaborato, come si evincerà nel paragrafo dedicato ai risultati dell'analisi condotta sugli eventi sentinella occorsi in ambito ostetrico-neonatale nella Regione Lombardia.

Nel 2014, il *British Journal of Obstetrics and Gynaecologists* (BJOG) pubblica una revisione sistematica degli studi che hanno indagato i fattori associati alla morte perinatale dal 2000 al 2013 nei Paesi a basso e medio reddito e conclude che è necessario disporre di linee guida e sviluppare adeguati sistemi di classificazione per categorizzare le cause di morte perinatale. I sistemi di classificazione esistenti, sostengono gli Autori, debbono essere adattati¹⁷.

Ciò detto, nel 2017 Christian Pettker pubblica due studi (parte I e parte II), nei quali affronta aspetti di natura metodologica, e quindi utili alla redazione del presente elaborato, nei quali affronta la necessità di disporre di approcci sistematici nella gestione degli eventi avversi in Ostetricia, esplorando l'identificazione degli eventi e la loro classificazione (parte I); nella II parte, affronta gli aspetti legati all'analisi degli eventi sentinella le azioni correttive che ne derivano.

Partendo dal presupposto che l'errore umano è ineliminabile, l'autore sostiene che soltanto negli ultimi dieci anni si pone attenzione all'analisi degli

eventi avversi discesi da errori commessi durante la pratica clinica. Fattori umani e fattori sistemici sono una componente innata di sistemi complessi quale è quello sanitario. A livello internazionale, gli sforzi sono tesi alla costruzione di modalità per reagire agli eventi avversi derivati da errori, con metodi sistematici. Lo studio illustra una rassegna dei sistemi utilizzati per identificare gli eventi avversi, in particolare, i sistemi di reporting degli eventi sentinella, i sistemi di segnalazione spontanea degli eventi avversi (Incident Reporting) e il sistema di raccolta di eventi critici, altrimenti noti come trigger¹⁸.

Analizzando l'elenco dei trigger che l'autore sostiene di aver implementato all'interno della sua organizzazione (Dipartimento di Ostetricia, Ginecologia e Scienze della Riproduzione presso la Yale School of Medicine nel Connecticut-USA) è possibile rilevare la quasi identica congruenza con i trigger materni e fetali pubblicati dal Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) nel 2009¹⁹.

Per quanto attiene alla parte II dello studio analizzato, l'autore mette in luce come lo strumento più appropriato per approcciarsi alla gestione degli eventi avversi e sentinella, in linea con la letteratura internazionale, sia rappresentato dalla Root Cause Analysis (Analisi della Causa Profonda), sebbene l'autore sostenga che lo strumento sia spesso malinterpretato. Qui, preme sottolineare come, sul piano della gestione degli eventi sentinella, le politiche intraprese dalla Regione Lombardia, anche in chiave formativa, siano in linea con le indicazioni della letteratura: gli eventi sentinella debbono essere analizzati prioritariamente mediante la metodologia della Root Cause Analysis.

A proposito di trigger, dalla revisione della letteratura, è possibile comprendere che, con riferimento all'ambito ostetrico-neonatale, i ricercatori mettono a disposizione sistemi di raccolta degli eventi critici che possono essere più o meno articolati, a seconda delle scelte operate. In uno studio prospettico di coorte, condotto presso Unità Operative di Ostetricia Universitarie e pubblicato nel 2006 su *Obstetrics & Gynecologists*, è possibile apprendere che lo studio registra un totale di 72 trigger (organizzativi/materni/fetali), indicativi dell'occorrenza di eventi avversi. La coorte studiata includeva 425 persone assistite che sono state coinvolte in 110 eventi critici, di questi, 6 sono stati classificati come eventi avversi prevenibili²⁰.

Esula dagli scopi del presente lavoro, l'analisi puntuale dei trigger censiti negli studi disponibili in letteratura, nondimeno, l'intento, in questa sede, è quello di aver dimostrato che l'attenzione all'ambito ostetrico-neonatale al fine di disporre di informazioni derivanti dai diversi sistemi di raccolta di eventi critici, suscettibili di approfondimenti mediante lo svolgimento di audit clinici o di altri strumenti è un importante aspetto della Gestione del Rischio Clinico in ambito ostetrico da consolidare, laddove non sia già previsto.

Per quanto riguarda il panorama europeo, nel 2006 è stata emessa la Raccomandazione del Consiglio d'Europa sulla gestione della sicurezza dei pazienti e prevenzione degli eventi avversi in sanità, che ribadiva l'importanza della cooperazione internazionale e della costruzione di una piattaforma per il mutuo scambio di esperienze e conoscenze su ogni aspetto della qualità e sicurezza delle cure. Questi elementi sono stati parte integrante anche della successiva raccomandazione del 9 giugno 2009 sulla sicurezza dei pazienti, nella quale si sottolineava la necessità di condividere le conoscenze, le esperienze e le migliori pratiche tramite azioni condotte collegialmente dai Paesi membri, con la Commissione Europea e con le altre agenzie ed organizzazioni europee ed internazionali.

Anche il programma mondiale Alliance for Patient Safety e i successivi progetti internazionali hanno sollecitato i singoli Paesi all'introduzione di soluzioni per la sicurezza dei pazienti, basate sull'evidenza scientifica e adattabili a tutte le realtà, in un approccio condiviso e multidisciplinare. Nel 2011 la Commissione Europea ha lanciato il progetto Joint Action on Patient Safety and Quality of Health (PaSQ) con l'obiettivo di supportare l'implementazione delle raccomandazioni del Consiglio dell'Unione Europea sulla sicurezza dei pazienti e rafforzare la cooperazione tra gli Stati membri e gli stakeholder europei su argomenti relativi alla qualità delle cure, inclusi la sicurezza e il coinvolgimento dei pazienti.

La Joint Action PaSQ si prefigge di individuare e sperimentare metodi e strumenti per favorire la collaborazione e stabilire meccanismi di apprendimento (sistemi per la segnalazione degli eventi avversi), tra gli Stati membri e tutte le parti interessate. L'obiettivo finale è quello indicato nella Raccomandazione del 2006 del Consiglio d'Europa: costruire un network tra gli Stati membri dell'Unione Europea e promuovere l'organizzazione di piattaforme per la qualità e sicurezza

delle cure attraverso la condivisione di informazioni e di esperienze, favorire l'attuazione di buone pratiche e la comunicazione al pubblico.

In particolare:

- **Implementazione di sistemi di segnalazione e di apprendimento relativi agli eventi sfavorevoli:** tali sistemi sono attualmente in vigore in 27 Paesi (erano 15 nel 2012), tra i quali l'Italia;
- **Rafforzamento del ruolo dei pazienti:** 18 Paesi informano i pazienti sulle norme relative alla sicurezza dei pazienti, sulle misure di sicurezza per ridurre o prevenire gli errori, sul diritto al consenso informato alla terapia, sulle procedure di reclamo e sui mezzi di ricorso disponibili (soltanto cinque nel 2012).

Fonti bibliografiche:

1. Institute of Medicine. (US). To err is human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press, 2000
6. Institute of Medicine. (US). To err is human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press, 2000
7. Grobman WA. Obstetric Patient Safety: An Overview. Am j Perinatol. 2012;29:3-6
8. Safer Care Victoria. Supporting Patient Safety. Sentinel Event Program Triennial Report 2013 to 2016. Victoria State Government. 2017
9. Delivering Safer Healthcare in Western Australia. WA Sentinel Event Report 2010/2011. Department of Health. 2011
10. Department of Health and Human Services. Division of Licensing and Regulatory Services. Annual Report to the Maine State legislature. Sentinel Event Annual Report CY. 2012
11. NHS. Improvement, Never Events reported as occurring between 1 April 2015 and 31 March 2016 - 31 January 2017. 2017
12. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Preventing Infant Death and Injury During Delivery. Sentinel Event Alert Issue 30-July 21. 2004
13. The Joint Commission. Summary Data of Sentinel Events Reviewed by The Joint Commission. 2017
14. Kassebaum NJ et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet 2014; 348: 980-1004
15. Bauserman M et al. Risk Factors for maternal death and trends in maternal mortality in low- and middle-income countries: a prospective longitudinal cohort analysis. Reproductive Health 2015, 12(Suppl 2): 55
16. Vogel JP et al. Maternal complications and perinatal mortality: findings of the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. RCOG. 2014
17. Amimu M Et al. Causes and factors associated with stillbirth in low- and middle-income countries: a systematic literature review. BJOG 2014; 121 (Suppl. 4): 141-153
18. Pettker M. Systematic approaches to adverse events in obstetrics, Part I: Event identification and classification. Elsevier Inc. 2017. Pettker M. Systematic approaches to adverse events in obstetrics, Part II: Event identification and classification. Elsevier Inc. 2017
19. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Setting Standards to improve women's health. Improving Patient Safety: Risk Management for Maternity and Gynaecology. Clinical Governance Advise No. 2 September 2009
20. Forster A J et al. Adverse Events Detected by Clinical Surveillance on an Obstetric Service. VOL. 108, NO. 5, NOVEMBER 2006

Questa ricerca non ha ricevuto alcuna sovvenzione specifica da parte delle agenzie di finanziamento nei settori pubblico, commerciale o non profit

Alla realizzazione della stesura degli articolo non ha interferito alcuna tipologia di conflitto di interesse



SYRIO

Società Italiana di Scienze Ostetrico
Ginecologiche Neonatali



SYRIO

Società

Italiana

di Scienze

Ostetrico

Ginecologiche

Neonatali

www.syrio.org

In caso di Pubblicazione di un articolo si
prega di consultare il sito: www.syrio.org
per prendere visione delle linee editoriali