



# SYRIO

SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE  
OSTETRICO-GINECOLOGICO-NEONATALI



Aline che allatta, P. A. Renoir

## **Ostetrica: *ricerca, formazione e management***

**ITALIAN JOURNAL OF MIDWIVES**

RIVISTA SCIENTIFICA ON LINE

SITOWEB [WWW.SYRIO.ORG](http://WWW.SYRIO.ORG)

**N° 2 settembre/dicembre 2016**

## DIRETTORE RESPONSABILE

---



Miriam Guana

## COMITATO DI REDAZIONE

---

ANGELO  
MORESE (SV)



EDDA PELLEGRINI (BG)



NADIA URLI (VR)



NADIA ROVELLI (BG)



ANTONELLA  
CINOTTI (FI)



ELIO LOPRESTI (PA)



MARINA LISA (TO)



CRISTIANA PAVESI (PC)



DOMENICA MIGNUOLI  
(CS)



ERIVA VACCARI (BS)



DILA PARMA (BO)



SIMONA FUMAGALLI (Mz)



ANTONELLA  
NESPOLI (MZ)



IRENE MARZETTI (AP)



MARIA POMPEA SCHIAVELLI  
(BA)



CATERINA MASE' (TN)



**DIRETTORE RESPONSABILE** Miriam Guana

**COMITATO EDITORIALE**

*Lisa Marina (To), Fumagalli Simona (MB)  
Marzetti Irene (AP), Schiavelli Maria Pompea (Ba),  
Masè Caterina (Tn), Rovelli Nadia (Bg, Morese Angelo (Sv),  
Cinotti Antonella (Fi), Nespoli Antonella (MB),  
Pavesi Cristiana (Pc), Parma Dila (Bo), Mignuoli Domenica (Cs),  
Pellegrini Edda (Bg), Lopresti Elio (Pa), Urli Nadia (Vr), Vaccari Erika (Bs).*

**REDAZIONE**

**Syrío – Società Italiana di Scienze Ostetrico- Ginecologico-Neonatali**

Produzione, amministrazione, distribuzione e copyright

Via Gioberti, 71

10128 Torino

SITOWEB [www.syrío.org](http://www.syrío.org)

Email

**[syriosegreteria@gmail.com](mailto:syriosegreteria@gmail.com)**

**SEGRETERIA**

*Simona Fumagalli (MB)*

**RIVISTA REGISTRATA PRESSO L'ORDINE DEI GIORNALISTI  
DELLA REGIONE LOMBARDIA**

# INDICE

EDITORIALE	<b>Syrio—Tempo di bilanci dell'attività</b>	Pag. 3
	Miriam Guana	
STORIA	<b>L'apprendimento dell'arte ostetrica della storia: la trasmissione del proprio sapere - (<i>Learning the midwifery practice: trasmission of knowledge</i>)</b>	Pag. 4
	Miriam Guana	
FILOSOFIA	<b>Midwifery Partnership Model: Modello teorico per la pratica— (<i>Midwifery Partnership Model: a teorical model for the Midwifery practice</i>)</b>	Pag. 10
	Edda Pellegrini, Antonella Nespoli	
CULTURA	<b>Poesie d'autore dedicate alla madre</b>	Pag. 14
AGGIORNAMENTI	<b>Le teoriche ostetriche: passato e Presente . Presentazione opuscolo mostra storica (<i>The theoretical Midwives: past and present</i>)</b>	Pag. 15
	Miriam Guana, Alessandro Porro	
	<b>ICM— Codice Etico Internazionale delle Ostetriche (<i>ICM- International Code of Ethics for Midwives</i>)</b>	Pag. 17
	Traduzione documento studenti CLO—UNIBS	
OSSERVATORIO INTERNAZIONALE	<b>ICM—filosofia e Modello di Cure ostetriche ICM- (<i>Philosophy and Model of midwifery Care</i>)</b>	Pag 20
	Traduzione documento studenti CLO—UNIBS	
RICERCA	<b>VBAC: Studio retrospettivo sui fattori predisponenti al parto vaginale in un campione di donne precesarizzate - (<i>VBAC: Elements contributing to a vaginal birth in women with a previous cesarian section. A retrospective study</i>)</b>	Pag 23
	Silvia Lovato, Viviana Lira V, Andrea Lojaco	
OSSERVATORIO	<b>Storie, racconti e narrazioni nella Midwifery: tempo di storytelling (<i>Stories, tales and narrations in Midwifery: storytelling's time</i>)</b>	Pag. 28
	Lucia Olivadoti	
	<b>Outcomes ostetrici in seguito a trattamento laser per displasia della cervice uterina: conizzazione e vaporizzazione a confronto (<i>Obstetrical outcomes related to laser terapy for the dysplasia of uterine's cervix: laser vaporization Versus laser conization</i>)</b>	Pag. 32
	Sara Grazioli, Angela Gambino	
RICERCA	<b>Relazione tra emorragia post partum e durata del travaglio di parto: Revisione della letteratura (<i>Postpartum Hemorrhage and labour length: a Literature review</i>)</b>	Pag. 36
	Furlan Chiara, Panzeri Maria, Fumagalli Simona, Pellegrini Edda, Nespoli Antonella	

## SYRIO—Tempo di bilanci delle attività

Miriam Guana, Presidente Syrio

*Siamo all'inizio del 2017 e sono trascorsi circa 18 mesi dalla fondazione della nostra Società scientifica. Quindi tempo di bilanci su ciò che si è realizzato sin d'ora. Siamo partiti con grande entusiasmo per proporci nel panorama nazionale ed internazionale della midwifery -*

*Tutto sommato in questo primo periodo di "rodaggio" diverse azioni sono state poste in essere. In ossequio agli obiettivi del nostro statuto, il bilancio delle attività più significative realizzate ad oggi, possono essere così declinate:*

**Diffusione della rivista scientifica quadriennale on line:** OSTETRICA: RICERCA, FORMAZIONE E MANAGEMENT Italian Journal Of Midwives SITOWEB [WWW.SYRIO.ORG](http://WWW.SYRIO.ORG).

*Il primo numero — n. 1 maggio/agosto 2016, visibile sul nostro sito web— sessione riservata. La rivista contiene editoriali, prodotti di ricerca di settore, contributi internazionali, storici, filosofici, aggiornamenti EBM ecc. Si è voluto integrare delle parti tradotte in inglese al fine di fornire al nostro strumento di comunicazione ufficiale una valenza anche internazionale e quindi facilitarne la sua individuazione oltre confine. La rivista, come tutti sappiamo è gratuita per gli scritti.*

**Formazione continua delle ostetriche.** *È stato organizzato nel mese di novembre 2016 e realizzato presso la sede di Syrio a Torino il corso base di "Ecografia office" - accreditato presso Age.na.s - Relatori M. Lisa e E. Viora di Torino, neopresidente di AOGOI. L'evento ha registrato una buona partecipazione di ostetriche che hanno espresso soddisfazione rispetto all'offerta formativa.*

**Documentazione e attività scientifica.** *Produzione dell'opuscolo "Le teoriche ostetriche: passato e presente", quale risultato di una mostra storica curata con la collaborazione di A. Porro, professore di Storia della Medicina - Università degli Studi Milano Statale, allestita presso l'Ateneo di Brescia in occasione del 2° meeting 2015 dal titolo "La ricerca ostetrica, esperienze a confronto" promosso dal Corso di Laurea in Ostetricia.*

*Nel mese di novembre 2016 è stata effettuata la traduzione della sintesi LG GRAVIDANZA - OMS 2016 - Richiesta all'istituzione internazionale l'autorizzazione alla diffusione del documento in lingua italiana.*

**Apertura del sitoweb - [WWW.SYRIO.ORG](http://WWW.SYRIO.ORG).**

*Dopo pochi mesi dalla fondazione di Syrio è stato aperto il nostro sito web che ha richiesto un certo impegno economico, Inoltre siamo su face book: attraverso questo social network abbiamo diffuso e promosso in particolare le nostre iniziative e sostenuto alcuni interventi di salute pubblica. Si tratta di un mezzo di comunicazione strategico per favorire la conoscenza Syrio nel modo della rete on line.*

**Diffusione di poster/locandine** *per ricordare alcune giornate significative nell'ambito della salute pubblica e riproduttiva e della professione, come ad esempio in merito alla lotta della violenza sulle donne e le bambine ed alla giornata internazionale dell'ostetrica.*

**Numerosi i nostri comunicati stampa** *su questioni affini alla nostra disciplina alla salute pubblica in particolare legati al percorso nascita ed alla salute di genere pubblicati su portali on line di grande diffusione nell'ambito dell'informazione sanitaria, in particolare su QUOTIDIANO SANITA' (nr. 13 articoli). Sul sitoweb di Syrio è visibile una specifica rassegna stampa 2015-2016.*

*Da questo resoconto, Syrio non è stata particolarmente statica nella sua fase di "rodaggio", nonostante le scarse risorse disponibili.*

*Il futuro . Per il 2017 il Consiglio Direttivo, con il supporto dei soci fondatori, ha individuato i nuovi obiettivi e le specifiche azioni/intervento, quali "road mape" per facilitare Syrio nel governo del futuro percorso da seguire al fine di agire con efficienza, efficacia nella promozione e diffusione della cultura scientifica specifica di settore, nello sviluppo del proprio sapere disciplinare attraverso la ricerca ostetrica, nella implementazione di modelli-strumenti operativi del management e del learning ostetrico, nell'essere di supporto alla comunità delle ostetriche offrendo interventi di formazione continua che favoriscano lo sviluppo delle competenze distintive.*

# L'apprendimento dell'arte ostetrica della storia. La trasmissione del proprio sapere

## Learning midwifery in history

Autore: Miriam Guana<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Presidente Syrio, Professore Associato di Scienze Ostetrico-Ginecologico-Neonatali UNIBS

### Abstract

(ITA) In questo articolo si propone un excursus storico delle metodologie utilizzate per la trasmissione del sapere teorico-pratico della midwifery, nata come arte e riconosciuta come scienza sin Italia, solo recentemente. Il periodo storico considerato va dall'antichità fino al 1700. I metodi di apprendimento adottati per la formazione delle ostetriche e qui descritti, riguardano lo storytelling, il metodo socratico, l'esperienza e l'osservazione, i libri di testo ed i casi clinici.

Seppur attualmente si è pervasi da importanti e rapide innovazioni tecnologiche nell'ambito del learning, questi metodiche antiche di apprendimento non hanno perso il loro valore e significato nella trasmissione del "sapere ostetrico" all'interno dei setting formativi dell'ostetrica del 3° millennio.

(ENGL) This article describes an historical excursus of methodologies used for the transmission of the midwifery theoretical-practical knowledge, began as an art and recognized as a science only recently in Italy. The historical period considered is from the antiquity age until the seventeenth century. The learning methods for the midwifery training described are the Storytelling, the Socratic method (Maieutics), the experience and observation, textbook and clinical cases.

Although we are permeated of important and sudden technologies in learning field, these old methodologies did not lose their value and relevance in the transmission of the "midwifery knowledge" into the midwifery training of the third millennium.

### Lo storytelling quale metodologia per la trasmissione del sapere dell'arte ostetrica- Dalla preistoria al Medio Evo

Sin dall'antichità, la trasmissione del sapere "dell'arte ostetrica" era parte integrante dell'educazione della fanciulla, concorreva quindi alla sua crescita umana, come donna ed al suo sviluppo come esperta, competente dei fenomeni riproduttivi.

La narrazione (*storytelling*) quindi ha rappresentato almeno fino a XVI secolo un basilare mezzo pedagogico e didattico di trasmissione ed apprendimento dell'arte ostetrica. I saperi venivano raccontati oralmente da donna a donna, da madre a figlia, da adepta a officiante, figure estranee agli studi universitari e quasi sempre analfabete. Per secoli l'apprendimento del far nascere e della cura delle malattie delle donne, e le cure alla madre ed al neonato costituirono un patrimonio di conoscenze che le donne si tramandavano e/o acquisivano con l'esperienza.

Attraverso il racconto le levatrici potevano trarne peculiarità educative e formative in-

tendendo il racconto sia come strumento di comunicazione delle esperienze, sia come strumento riflessivo per la costruzione di significati interpretativi della realtà.

Questa forma di conoscenza non definita e controllata istituzionalmente, non stigmatizzata dalla scrittura era legittimata dalla società almeno fino al 1500.

### L'esperienza e l'osservazione "sul campo"

L'esperienza e l'osservazione "sul campo", al letto della donna, ha rappresentato un'altra antica condizione per la l'acquisizione delle "competenze pratiche". Per secoli la levatrice giovane era l'esecutrice di ciò che aveva acquisito attraverso l'esperienza, l'osservazione dall'ostetrica anziana, quale guida e facilitatore nel processo educativo dell'adepta.

L'apprendimento della midwifery, in quanto arte, per molti secoli è avvenuta attraverso l'impiego degli organi di senso: l'utilizzo

della vista per l'osservazione dei fenomeni biologico-riproduttivi, l'auscultazione dei suoni, uso delle mani (palpazione), la rilevazione dei odori e sapori attraverso il gusto. Tutto ciò per comprendere e controllare gli eventi della gravidanza, del travaglio, del parto e del post-parto e per valutare lo stato fisico della donna e del feto.

## L'arte della maieutica ed il metodo socratico

Le ostetriche quando riflettono sulla storia delle proprie origini, sulla peculiarità della propria arte e sulla modalità di trasmissione del proprio sapere non possono non rammentare Socrate ed il metodo socratico, quale approccio dialettico d'indagine filosofica basato sul dialogo, descritto per la prima volta da Platone nei Dialoghi. Data la sua natura è chiamato anche "maieutico" Nel racconto dello stesso Socrate, l'ispirazione per questo tipo di dialettica derivava dall'esempio che il filosofo aveva tratto da sua madre, la levatrice Fenarete.



Il termine maieutica viene dal greco maieutiké (sottinteso: téchne) e significa "arte della levatrice" (o "dell'ostetrica"). Ma come portare alla luce la verità che ogni uomo racchiude nella propria coscienza? Socrate si definiva un ostetrico di anime (maieutica="arte dell'ostetrica", il mestiere della madre). Il suo compito non era tanto insegnare la verità (del resto egli "sapeva di non sapere"), quanto piuttosto quello di aiutare l'interlocutore a partorire la verità da sé, poiché ogni uomo, come si è detto, può venire a contatto con la verità nell'intimità non mediata dalla propria coscienza.

Socrate non era tanto il depositario di verità in sé, ma il portatore di un metodo pedagogico attraverso il quale favorire il raggiungimento della verità.

## Dalle competenze pratiche a quello teorico-pratiche

### La Modernità

I testi di filosofia e di storia fanno coincidere la Modernità con l'Illuminismo. Il riconoscimento della capacità di autodeterminazione della persona è il principale valore filosofico che sta alla base di questo movimento di pensiero.

In particolare, nel 1500, sono enormi i progressi nel campo dell'anatomia e della fisiologia dell'apparato riproduttivo femminile, del feto e dei processi legati al parto. Leonardo da Vinci, Berengario da Carpi, Nicola Massa, e Andrea Vesalio, Girolamo Fabrizi d'Acquapendente, Gabriele Falloppio, Giulio Cesare Aranzio, mostrano come questo secolo possa essere definito il punto di partenza della vera e propria storia dell'ostetricia. Con l'evolversi delle conoscenze relative alla medicina, anche l'ostetricia, in particolare ad opera dei medici, a poco a poco, assumerà le caratteristiche di scienza con metodi e linguaggi propri.

La levatrice in questo processo di riconoscimento scientifico dell'ostetricia, avrà una sua peculiare posizione legata prevalentemente all'assistenza al parto fisiologico e anomalo.

## I libri di testo, il metodo dialogico, le icografie

Con la nascita delle prime Scuole d'Ostetricia già attive nel 1500, in Francia, si sviluppa e si diffonde una produzione di testi scritti per e dalle levatrici come ausilio formativo fondamentale.

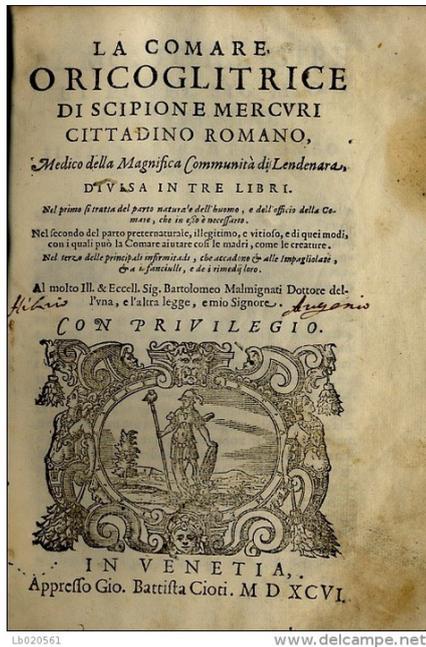
Si tratta di testi che seppur rappresentativi della medicina dotta ed accademica sono frutto della riflessione destinata al volgo, alla gente comune. I primi testi previsti per l'apprendimento clinico seguivano il cosiddetto metodo dialogico, ovvero un metodo nel quale gli argomenti venivano esposti a domanda e risposta; procedimento derivante dalle scuole di retorica e di dottrina cristiana per la facilitazione dell'apprendimento. Questa "tecnica" per il passaggio di contenuti complessi e in continuo mutamento fu ritenuta per molto tempo quella più adatta all'istruzione di levatrici e chirurghi.

In gran parte di questi testi vengono fornite indicazioni non solo pratiche ma istruzioni finalizzate ad una crescita umana orientata verso un "ideale di servizio" -

Il riferimento principe dalla fine '500 ad inizio '700 fu il testo "La Commare o Raccogliatrice" dell'agostiniano Scipione Mercurio " (nato a Roma presumibilmente tra il 1555-1615).

Realizzata dall'autore in un momento di particolare commozione, in seguito alla morte da parto di una madre e del figlio, persone a lui molto care. Trattasi di un'opera ostetrico-ginecologica complessa e dotta, chiara e dida-

scalica, che godette di fama incontrastata. Fu scritta in italiano, pubblicata fino al 1713 e dopo la morte dell'autore si andò arricchendo di capitoli nuovi. L'opera di Mercurio è suddivisa in tre libri; nel primo si tratta dell'arte della *Commare*.



Di come debba saper gestire il parto e la donna gravida e delle cure da prestare al neonato; nel secondo volume viene affrontato il problema del parto vizioso e preternaturale, illegittimo, del parto distocico e di come la *Commare* debba agire in situazioni difficili. Nel terzo si tratta delle malattie che colpiscono, come conse-

guenza del parto, i neonati e delle malattie femminili.

Sempre nel 1500 la sage femme *Madame Boursier* è nota per aver scritto dei trattati tra cui le "Istruzioni per mia figlia", a lei destinate in quanto si preparava ad intraprendere la sua stessa arte. Nelle istruzioni per la figlia è possibile intravedere un sistema i valori "di buona condotta" per le ostetriche, che ancora oggi sono di grande attualità.



Nel 1690 *Justine Siegmundin di Brandeburgo* pubblicò un libro che la portò alla notorietà. È un trattato per ostetriche considerato una pietra miliare della storia dell'ostetricia.

Insieme al libro dell'ostetrica francese Louyse Bourgeois (1564-1436), viene considerato uno dei primi testi dell'arte ostetrica/midwifery. Questo libro è illustrato da 50 tavole in rame raffiguranti in dettaglio le posizioni fetali ed il metodo per girare il feto: conteneva una eccellente versione esterna ed interna del feto e spiegava come prevenire parto podalico.

Nel lavoro della prima metà del Settecento di *Sebastiano Melli* "La comare levatrice istruita nel suo ufficio secondo le regole più certe e gli ammaestramenti più moderni [...]" si affiancano al testo le iconografie a sottolineare la già



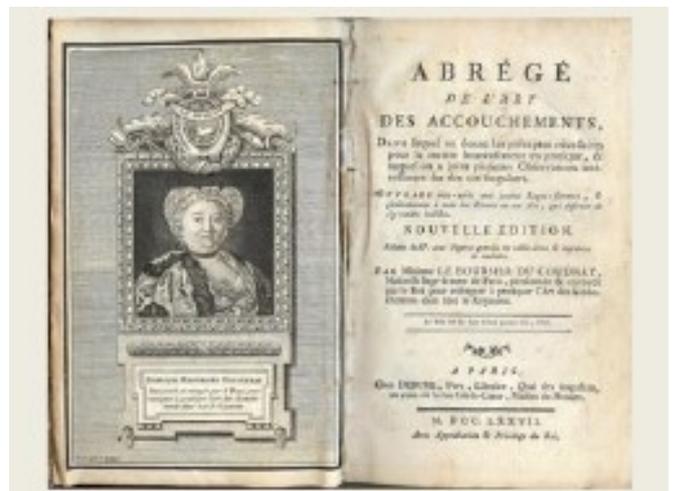
Justine Siegmundin di Brandeburgo

citata importanza ed efficacia comunicativa delle immagini.

La Du Coudray (Francia, 1700 nel suo testo "Abrégé de l'art des accouchements" scritto appunto da una levatrice per le levatrici si arricchisce di immagini esplicative, nonché di casi clinici, riportando esempi utili per prendere spunto sul come agire di fronte alle situazioni più complesse e curiose.

La creatività e l'importanza data dalla Du Coudray all'apprendimento pratico si denota, anzi, è evidenziata dalla forse più importante invenzione in campo ostetrico dell'epoca: la "Macchina". Si tratta di un manichino da lei inventato e costruito utilizzato per impraticare le future ostetriche.

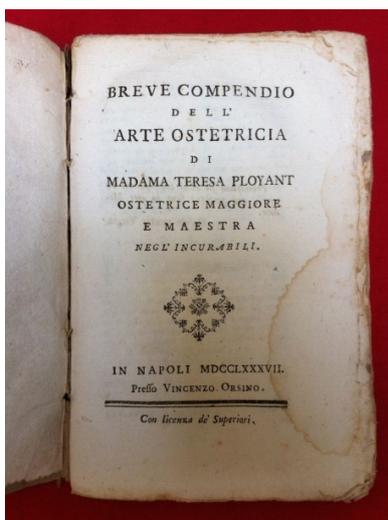
Sarah Stone, ostetrica (Inghilterra, 1701-1737) scrisse un vero e proprio manuale per le "All



female practitioners in an art so important to the lives and well-being of the sex" intitolato "A Complete Practice Of Midwifery", pubblicato nel 1737, conservato ora nella biblioteca Contway Rare Books dell'Università di Harvard. Nel suo lavoro descrive 43 casi difficili.

Dati questi presupposti europei, ben presto anche in Italia le levatrici, per lo più di provenienza estera (francese) raggiunsero posizioni di livello. Da ricordare, soprattutto per il concetto

ancora attuale dell'importanza della levatrice nell'assistenza al parto fisiologico, è la figura di Teresa (Therese) Ployant, ostetrica maggiore e maestra negli Incurabili di Napoli autrice del "Breve compendio dell'arte ostetrica". Si tratta di una figura di notevole calibro, una fra poche, poiché ancora troppe erano le levatrici "inette e non formate" praticanti la professione nell'intero paese



## L'apporto artistico: ausili iconografici

Gli ausili iconografici nonché i manufatti dei materiali più diversi per facilitare la comprensione di concetti talvolta difficili, rappresentano sin dall'antichità un metodo di apprendimento per la trasmissione di conoscenze complesse. Esempio emblematico di modalità di insegnamento ostetrico è la collazione di modelli, strumenti e apparecchi suppellex ostetrica) del chirurgo Antonio Galli (1708-1782) che raccolse negli anni per formare medici e levatrici nella pratica dell'arte.

Sono in pochi a sapere che Luigi Galvani, universalmente noto per i suoi esperimenti sull'elettricità animale, illustre professore di Anatomia presso l'Università di Bologna, fu anche medico e ostetrico di grande sensibilità, im-

suppellex ostetrica



gnato in prima persona nella cura dei malati e delle partorienti negli ospedali cittadini.

Dal maestro Antonio Galli,, oltre alla cattedra,

ereditò la Suppellex ostetrica, il museo ostetrico, nonché il metodo pratico-sperimentale, che fu alla base del suo insegnamento a futuri medici e future ostetriche. La sua concezione dell'ostetrica, e più in generale della medicina, si fonda sullo stretto legame tra anatomia, fisiologia e chirurgia, sull'osservazione diretta e su un approccio comparativo, oltre ad avvalersi di preparati anatomici in cera.

La pratica e l'insegnamento dell'Ostetrica diedero certamente modo a Galvani di approfondire la sua conoscenza del corpo umano, che gli sarà poi fondamentale per le successive ricerche elettrofisiologiche.

## Gli ospedali – Asili di maternità – "L'apprendimento sul campo"- Ostetrica Minore

A partire dal XVIII GLI OSPEDALI – ASILI DI MATERNITA' si prestano perfettamente all'organizzazione delle prime scuole di ostetrica annesse alle facoltà mediche. Quelli che oggi definiremmo i reparti di ostetrica/sale parto divennero giustamente luoghi principe per l'apprendimento dell'arte ostetrica. Da lì nascono poi gli internati per le allieve che potevano fruire di vitto e alloggio.

La trasmissione del sapere, con l'avvento delle scuole, diviene teorico-pratica, sotto forma di lezioni frontali dal docente medico di Ostetrica, nonché direttore della clinica e dai suoi assistenti; mentre per l'insegnamento pratico/clinico oltre al direttore anche da una maestra ostetrica- esso si svolgeva al letto della donna.

## Il laboratorio: setting ideale per esercitazioni/simulazioni

### La macchina del parto

Dall'Italia le levatrici guardano al Regno Unito e alla Francia dove una figura spicca fra tutte: quella di Angélique Marguerite Le Boursier Du Coudray (1715-1794) una dama, una levatrice, un'insegnante. Figura cardine e di svolta nella formazione delle levatrici, pioniera in ogni ambito dell'arte ostetrica, da quello pratico a quello formativo.

La Du Coudray riorganizzò il servizio ostetrico francese e realizzò anche per le levatrici un sistema di formazione moderno e aggiornato. Inoltre il suo testo "Abrégé de l'art des accouchements" scritto appunto per le levatrici si arricchisce di immagini esplicative, nonché di casi clinici, fondamentali per formare le future ostetriche, proponendo esempi utili per prendere spunto sul come agire di fronte alle si-

tuazioni più complesse e curiose. La creatività e l'importanza data dalla Du Coudray all'apprendimento pratico si denota, anzi, è evidenziata dalla forse più importante invenzione in campo ostetrico dell'epoca: la "Macchina". Trattasi di un manichino da lei inventato e costruito utilizzato per impraticare le future levatrici.



"La macchina" di Du Coudray, 1700

## I casi clinici - di DU COUDRAY (Parigi, 1759)

Leggendo attentamente i diversi casi clinici riportati da madame du Coudray nel suo testo *Abrégé de l'art des accouchements* una delle prime caratteristiche che colpisce l'attenzione del lettore è la varietà di casi clinici descritti, come ad esempio: una donna con utero didelfo, tipologie di viziatura del bacino femminile ma anche innumerevoli casi di gravidanze protratte o metodi di estrazione fetale che, se analizzati dal punto di vista delle conoscenze contemporanee risultano certo poco ortodossi, ma sicuramente all'avanguardia per il periodo storico considerato.

Questa straordinaria varietà di casi sottolinea la grande attenzione, nonché l'enorme curiosità che le persone, gli esperti di quei secoli dimostravano per tutto ciò che di nuovo e sconosciuto si affacciava alle loro vivaci menti.

Nel testo i casi clinici vanno anche ad affrontare tematiche alquanto particolari e moderne riguardanti, per esempio, la membrana imenale, la ritenzione di materiale placentare, la rianimazione neonatale. Questo sottolinea quanto già madame du Coudray, all'avanguardia come sempre, avesse ben chiaro che la professione ostetrica non fosse meramente improntata all'assistenza ostetrica intesa come controllo degli eventi gravidanza, travaglio e parto, ma bensì un'attività più ampia, che coinvolgesse diversi ambiti assistenziali l'ostetrico, il ginecologico e il neonatale.

In un'epoca di grandi cambiamenti dove ancora esistevano "ostetriche" analfabete ed inesperte,

e dove la mortalità materna ed infantile erano elevate, si sente l'esigenza di formare nuove figure preparate anche di fronte agli imprevisti più frequenti o ai più singolari casi clinici.

I casi clinici vengono per lo più esposti in maniera narrativo-descrittiva, la maggior parte delle situazioni vengono delineate nel dettaglio, evidenziando cause e conseguenze di ogni fatto clinico narrato. Un po' l'analogo dell'odierno esame di tirocinio effettuato al termine di ognuno del terzo anno, prima dell'esame di stato, con l'ausilio di vere e proprie cartelle cliniche, sottoposte all'attenta analisi delle alunne in modo tale da far sì che possano prendere visione precisa di una determinata storia clinica e, sulla base di quanto appreso, sia da un punto di vista teorico, che da un punto di vista pratico, possano esporre quale, a parer loro, sarebbe stata la miglior condotta clinica e/o rispondere alle eventuali domande a loro rivolte.

## Conclusioni

In questo articolo, si intravedono nei periodi storici considerati, radicali cambiamenti nell'ambito delle modalità di trasmissione del sapere nel processo formativo dell'ostetrica. Essi rispecchiano l'evoluzione scientifica, sociale, culturale di ogni periodo considerato.

Per molti secoli le ostetriche si sono avvalse della narrazione, come metodo privilegiato, per passare poi all'uso di un sapere scritto codificato con l'avvento della Modernità, che coincide con il processo di riconoscimento scientifico dell'ostetricia, in cui anche l'ostetrica ha una sua distinta posizione legata prevalentemente all'assistenza al parto fisiologico e anormale.

Da qui la produzione di testi scritti da o per ostetriche per favorire il loro apprendimento che dal '700 comincia ad avvenire presso le scuole di ostetricia anche in Italia in cui è prevista l'esperienza diretta, al letto della partoriente presso le case od ospizi di maternità, luoghi sorti inizialmente con questa finalità

Per facilitare l'apprendimento delle competenze teorico-pratico hanno pure un ruolo determinante, in particolare nel facilitare la comprensione anche di concetti complessi, l'uso di materiale iconografico. Il laboratorio per le simulazioni e le esercitazioni rappresenta anch'esso un setting irrinunciabile privilegiato per l'apprendimento delle abilità, manualità pratiche richieste nei parti anche difficili o anomali.

Anche lo studio dei casi hanno avuto un ruolo chiave per la comprensione di situazioni reali e significative legati all'esperienza della nascita ed alla salute, di importanza pedagogica, per supportare la presa di decisioni cliniche.

Le ostetriche si può dedurre che sin dall'antichità hanno avuto un ruolo da protagoniste nella formazione delle proprie "pari" progettando, proponendo o ricorrendo con dinamicità a metodologie di apprendimento con finalità diverse

e di varia natura.

Seppur attualmente si è pervasi da importanti e rapide innovazioni tecnologiche nell'ambito del learning, questi metodiche antiche di apprendimento non hanno perso il loro valore e significato nella formazione moderna dell'ostetrica del 3° millennio.

## Bibliografia

Coppola E. *La professione di ostetrica; sussidiario di fonti storiche, legislative e regolamentari per l'esercizio della professione*. Roma, Stamparia Ravegnana, 1997, pp 28-75.

Du Coudray A. "Observations sur des cas singuliers, ajoutés a l'ouvrage de l'auteur". In: Du Coudray A. *Abrégé de l'art des accouchements*. Parigi, Chez Debure, 1777, pp 161-98.

Guana M. (a cura di), Cappadona R., Di Paolo A.M. et al. *La disciplina ostetrica, teoria, pratica e organizzazione della professione*. 2<sup>a</sup> edizione, Milano, McGraw-Hill, 2011.

Porro A., Vannozi F. *Formazione delle ostetriche fra Settecento Ottocento*. Rudiano, GAM editrice, 2011.

Viana O. *Libro di testo per le Scuole Ostetriche*. Vol. II, 3<sup>a</sup> edizione, Roma, Ditta Luigi Pozzi editore, 1941.

M. Guana, A. Porro. *Le teoriche ostetriche, passato e presente*. Opuscolo Mostra Storica, 2016, sitoweb [www.syrio.org](http://www.syrio.org)

Porro A. (a cura di), Note di storia dell'ostetricia, GAM Editrice, Rudiano, 2004. Porro A. et al., *La formazione delle levatrici*. Libri di testo e appunti. Guida alla Mostra 20 settembre 2003. Facoltà di Medicina e Chirurgia, GAM Editrice, Rudiano, 2003.

Porro A., Franchini Lavarda A.F., *Aspetti della formazione delle levatrici in Milano nel primo Otto cento*, in: Atti LxxIV Congresso Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia; xxxI Congresso Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani. VI Congresso Associazione Ginecologi Uni-

versitari Italiani. Milano, 20-23 settembre 1998. Comunicazioni, Monduzzi, Bologna, 1998, pp. 713-717.

Porro A., Franchini Lavarda A.F., *Formazione sanitaria ottocentesca in Lombardia: chirurghi, levatrici, infermieri, podojatri*, GAM Editrice, Rudiano, 2003.

Porro A., *Per la formazione delle levatrici: testi Sette e Ottocenteschi nel Fondo Alfieri dell'Università degli Studi di Milano*, Lucina, FNCO, Roma, 4, 2001, pp. 28-36.

Porro A., *Può la storia rafforzare le competenze ostetrico/ ginecologiche?* SIGO Notizie, 2, 2000, pp. 8-10.

Porta L., *Dizionario ostetrico a uso delle levatrici del dottor L.[uigi] P. [orta]*, presso Luigi di Giacomo Pirola, Milano, 1833.

## Sitografia

Clotilde Cicatiello *La figura della levatrice: un percorso storiografico*  
[https://www.google.it/?gws\\_rd=ssl#q=storia+delle+levatricihttps://www.google.it/?gws\\_rd=ssl#q=storia+delle+levatrici](https://www.google.it/?gws_rd=ssl#q=storia+delle+levatricihttps://www.google.it/?gws_rd=ssl#q=storia+delle+levatrici)

Ettore De Biasi—*Raccoglitrice, Comare, Mammana, Levatrice, Ostetrica*, [http://www.agiati.it/UploadDocs/6889\\_E\\_Debiasi\\_p\\_233.pdf](http://www.agiati.it/UploadDocs/6889_E_Debiasi_p_233.pdf)  
[http://www.agiati.it/UploadDocs/6889\\_E\\_Debiasi\\_p\\_233.pdf](http://www.agiati.it/UploadDocs/6889_E_Debiasi_p_233.pdf)

Levatrice, *Enciclopedia Treccani*, [http://www.treccani.it/enciclopedia/levatrice\\_\(Enciclopedia-Italiana\)/](http://www.treccani.it/enciclopedia/levatrice_(Enciclopedia-Italiana)/)  
[http://www.treccani.it/enciclopedia/levatrice\\_\(Enciclopedia-Italiana\)/](http://www.treccani.it/enciclopedia/levatrice_(Enciclopedia-Italiana)/)

Elena Spina, *La professione ostetrica: mutamenti e nuove prospettive*. *CAMBIO*, Anno IV, Numero 7/Giugno 2014, [http://www.cambio.unifi.it/upload/sub/Numero%207/08\\_Spina.pdf](http://www.cambio.unifi.it/upload/sub/Numero%207/08_Spina.pdf)

1Najla Barnawi, 2Solina Richter and \*3Farida Habib *Midwifery and Midwives: A Historical Analysis (Review)* *Journal of Research in Nursing and Midwifery (JRNM)* (ISSN: 2315-568x) Vol. 2(8) pp. 114-121, December, 2013 DOI: <http://dx.doi.org/10.14303/JRNM.2013.064> Available online <http://www.interestjournals.org/JRNM>

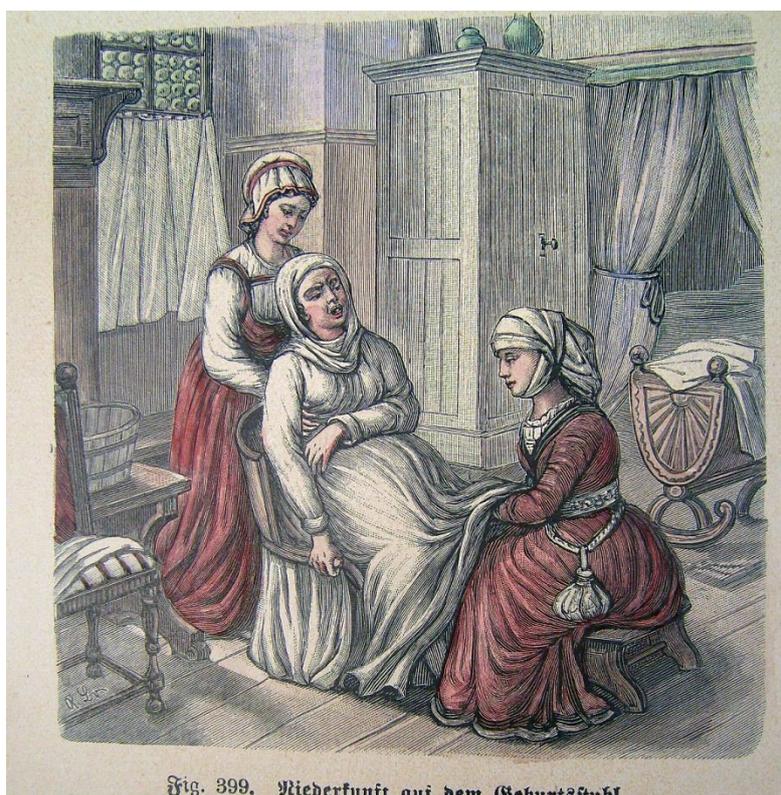


Fig. 399. Niederkunft auf dem Geburtsstuhl.

# Midwifery Partnership Model: Un modello teorico per la pratica ostetrica

Midwifery Partnership Model: A teorical model for the Midwifery Practice

Autori: Edda Pellegrini<sup>1</sup>, Antonella Nespoli<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Direttore delle attività didattiche professionalizzanti Corso di Laurea in Ostetricia, Università degli Studi Milano-Bicocca c/o ASST di Bergamo

<sup>2</sup>Ricercatore Scienze Ostetrico-ginecologiche e Neonatali, Coordinatore Generale Corso di Laurea in Ostetricia, Università degli Studi Milano-Bicocca)-----

## Abstract

**(ITA)** Chi meglio di una Donna ha a cuore la Salute del proprio figlio. Chi meglio di una Ostetrica riconosce ed ha fiducia in questo Valore. L'ideologia dominante della nascita degli ultimi anni (la medicalizzazione e la disempowerizzazione della donna) interroga tutte le ostetriche su quale modello assistenziale per la midwifery practice dovrebbe essere adottato per ri-attivare quella "forza emancipatoria e paritaria nelle relazioni nei servizi di maternità". All'ideologia dominante del parto come un intervento medicalmente assistito, le ostetriche da anni propongono l'evento parto come un *evento biologico familiare e sociale*, garantendo comunque un intervento tempestivo e competente in caso di comparsa improvvisa di fattori di rischio per la mamma ed il neonato. Questa dichiarazione impone un'importante riflessione, professionale ed individuale, poiché nella realtà italiana a tutt'oggi non trova la sua piena applicazione. Le scriventi, nel tentativo di rendere concreta e fattibile la dichiarazione sopra citata e nel tentativo di sostenere le ostetriche negli ambiti di applicazione delle Scienze ostetrico-ginecologiche e neonatali, propongono alle colleghe la lettura del "Midwifery Partnership Model" pubblicato da Guilliland e Pairman agli inizi degli anni '90 in Nuova Zelanda. La proposta alle colleghe Ostetriche trova ragione in virtù della formazione ostetrica ad accesso diretto e alla rideterminazione del settore scientifico-disciplinare che similamente hanno vissuto le autrici del modello circa 20 anni fa.

**(ENGL.)** Who better than a woman cares about the health of their child. Who better than a Midwife recognizes and has confidence in this Value. The dominant ideology of the birth of the last years (medicalization and disempowerment of woman) queries all of midwives, which care model for midwifery practices should be adopted to re-activate the "emancipatory force and equal relationships in maternity services ". At the dominant ideology of childbirth as a medically assisted surgery, midwives for years offering the childbirth event as a family and social biological event, while ensuring timely intervention and competent in case of sudden appearance of risk factors for the mother and the newborn. This statement requires an important reflection, professional and individual, in so far as the Italian situation does not find its full application.

The writers, in an effort to make concrete and feasible the declaration described above and in an attempt to support midwives in the application areas of obstetrics and gynecology and neonatal Sciences, offering to colleagues the reading of "Midwifery Model Partnership" published by Guilliland and to Pairman early 90s in New Zealand. The proposal to Midwives colleagues located right by virtue of obstetrical training and direct access to the restatement of the scientific-disciplinary sector likewise have lived the authors of the model about 20 years ago.

## I ntroduzione

L'ideologia dominante della nascita degli ultimi anni (la medicalizzazione e la **disempowerizzazione** della donna) interroga tutte le ostetriche su quale modello assistenziale per la midwifery practice dovrebbe essere adottato per attivare quella "forza emancipatoria e paritaria nelle relazioni dentro ai

servizi della maternità". Da anni, all'ideologia dominante si propone **"l'evento parto, non come un intervento medicalmente assistito, ma come un evento biologico familiare e sociale**, garantendo comunque un intervento immediato in caso di comparsa improvvisa di fattori di rischio per la mamma e il neonato". Questa dichiarazione impone un'importante riflessione, professionale ed individuale, poi-

ché nella realtà italiana a tutt'oggi non trova la sua piena applicazione.

Nel tentativo di rendere concreta e fattibile la dichiarazione sopra citata e nel tentativo di sostenere le ostetriche negli ambiti di applicazione delle Scienze ostetrico-ginecologiche e neonatali, SI si propone la lettura del "Midwifery Partnership Model" pubblicato da Guilliland e Pairman agli inizi degli anni '90 in Nuova Zelanda. La proposta alle colleghe trova ragione, in virtù della formazione ostetrica ad accesso diretto e alla rideterminazione del settore disciplinare che similmente hanno vissute le autrici del modello circa 15 anni fa.

## **W**orking with" Midwifery Partnership Model

Il Midwifery Partnership Model nasce in primis dall'osservazione della midwifery practice. Viene pubblicato per la prima volta dall'Ordine delle Ostetriche della Nuova Zelanda in forma breve come articolo scientifico (Guilliland K & Pairman S., 1994. NZCOM Journal). In seguito, nel 1995, è stato pubblicato come prima monografia dal Dipartimento di Nursing e Midwifery - Victoria University- di Wellington. Infine, nel 2010, troviamo un ulteriore e avanzato contributo delle autrici, edito nuovamente dall'Ordine delle Ostetriche della Nuova Zelanda, dove si afferma la giusta direzione intrapresa.

Il Midwifery Partnership si inserisce in un contesto storico e socio-culturale derivante da un lungo e lontano percorso di riconoscimento dei diritti della persona, del diritto delle donne ad essere informate e coinvolte nelle scelte di salute e nella realizzazione dell'autonomia dell'ostetrica, ove Guilliland e Pairman vivono attivamente e in prima persona le due ultime trasformazioni.

Le autrici neozelandesi del modello ostetrico, fermamente sostenitrici del ruolo woman-centred nella professione ostetrica, spiccano e si evidenziano nel panorama disciplinare affermando un concetto cardine della Midwifery: la "Partnership" tra la donna e l'ostetrica". La riflessione sugli aspetti professionali e politici circa la partnership ha contribuito ad una profonda riflessione filosofica, etica, teoretica all'interno della scienza-arte ostetrica e ad un periodo maggiore di teorizzazione della Midwifery rispetto ai tempi passati.

Ponendo l'accento sulla relazione di Partnership nella professione ostetrica, Guilliland e Pairman andranno ad affermare il contributo unico ed originale della professione ostetrica e ribadiscono con forza la determinazione a rispettare il mandato sociale cui le donne confidano. Questa relazione comporta fiducia, condividere il Senso e il significato attraverso la mutua comprensione, comporta responsabilità ed accountability. (Guilliland K & Pairman S., 1995).

Rappresentazione simbolica del "Midwifery Partnership Model: a model for practice". (Fig1)

Le scriventi presentano di seguito il Midwifery Partnership Model attraverso la sua rappresentazione simbolica poiché facilita ai lettori la comprensione della filosofica che lo sostiene.

Alla base della rappresentazione grafica si enunciano le "strutture filosofiche" di supporto cui si fonda il Midwifery Partnership Model, quali: 'assistenza ostetrica è **woman-centred**; 'ostetrica garantisce **continuità** assistenziale; l'ostetrica è una professione **autonoma**; la gravidanza e la nascita sono **eventi normali della vita**.

Queste strutture filosofiche distinguono e apportano l'originale contributo dell'ostetrica nell'assistenza alla maternità. Affermare che la maternità è un evento normale della vita significa comprendere a fondo il ruolo dell'ostetrica che deve proteggere, promuovere e supportare questo stato trasformativo della vita.

Affermare la normalità consente alle ostetriche di rispondere allo scopo della Midwifery e, per poter attuare tutto questo, Pairman e Guilliland affermano che deve esserci un'autonomia della professione, non solo rispondendo in autonomia dei gesti, e garantendo una continuità dell'assistenza ostetrica. Il tempo a disposizione dell'ostetrica dentro al percorso di continuità assistenziale, consente di poter rispondere con appropriatezza allo scopo della Midwifery Partnership solo e soltanto se le ostetriche diventano generose committenti di tempo.

Iniziando dal centro nella descrizione della rappresentazione simbolica del Midwifery Partnership Model, sono rappresentati due uguali ed intersecanti cerchi quale espressione della Partnership tra la donna e l'ostetrica ponendo l'accento sul loro essere agenti attivi. Il simbolo della donna nel cerchio cui afferisce indica il modello woman-centred come il focus della relazione. La sezione intersecante dei due cerchi descrive l'esperienza di partecipazione nella gravidanza, travaglio, nascita e nel periodo del post-partum. Esso è il luogo della cure-care-educator; è responsabilità dei Partners la partecipazione, il coinvolgimento, l'apporto del loro originale ed insostituibile contributo. Le azioni che i due Partners compiono nella sezione intersecata si possono raggruppare in queste affermazioni: negoziazione individuale, parità, responsabilità condivisa, empowerment, scelta informata e consenso. (Guilliland e Pairman 1995)

La rappresentazione grafica è singola in quanto il Midwifery Partnership Model riconosce l'individualità di ogni Partner, le loro differenze come persone, i loro differenti bisogni e le priorità, le loro differenti esperienze. Entrambe i partecipanti nel Midwifery Partnership Model esistono dentro ai loro stessi contesti sociali, la donna potrebbe essere influenzata dalle convinzioni e dai valori di questo gruppo. Il feto/neonato è rappresentato graficamente dentro la donna per

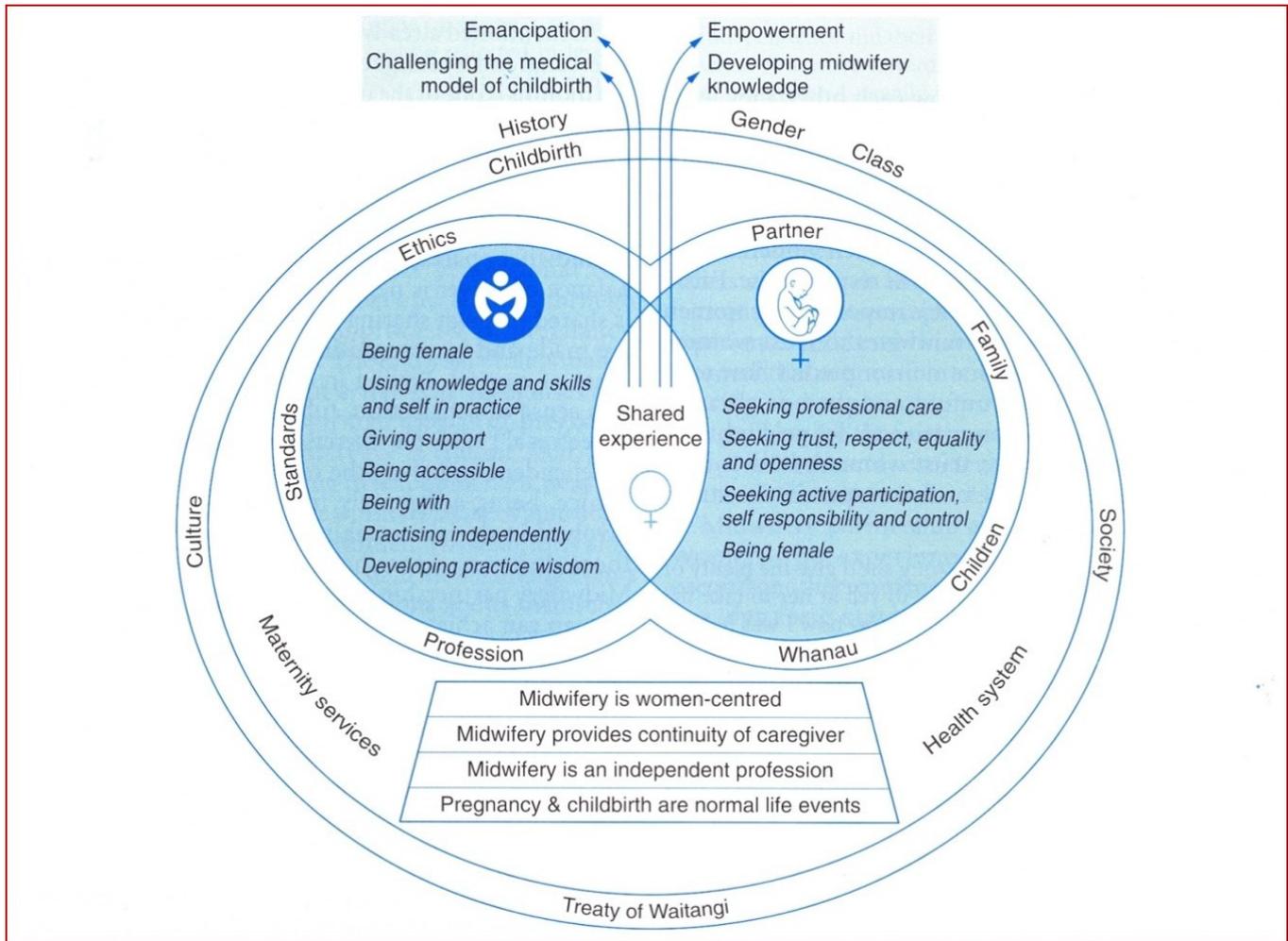


Fig 1. Midwifery Partnership Model: a model for practice: mappa concettuale

simbolizzare la loro connessione che prosegue anche dopo la nascita in quanto la madre è riconosciuta come la persona che ultimamente prende le decisioni per il suo bambino.

Per la scienza e l'arte ostetrica, le necessità di madre e neonato sono spesso percepiti in una visione integrata, "dove i bisogni dell'uno sono i bisogni per l'altro." (Guilliland & Pairman 1995)

Analogamente, ogni ostetrica è parte del suo gruppo professionale, il suo ruolo si esercita nell'esercizio professionale attenendosi agli Standard Professionali e il codice etico.

Nella rappresentazione grafica del Midwifery Partnership Model si osserva un altro cerchio posto al di sopra di quelli dedicati ai Partners e rappresenta l'impatto che i servizi di maternità, incluso il luogo della nascita, i sistemi della salute e le convinzioni sociali circa la nascita, possono riflettersi sulle donne e sulle ostetriche.

A completare la rappresentazione simbolica, un ultimo cerchio che rappresenta la cinta concettuale del Midwifery Model. Il genere, la classe, la storia, la cultura e la società danno forma e

rappresentano gli elementi in cui la donna e l'ostetrica vivono. Lo sguardo sulla società, attraverso il Midwifery Partnership Model fornisce alla donna e all'ostetrica una struttura per progettare un cambiamento sociale e, in particolare, nei servizi di maternità in quanto sovverte i canoni attuali dell'ostetricia.

## C onclusione

Midwifery identifica 'scienza e arte ostetrica' e midwife/ostetrica significa 'con la donna'. Noi abbiamo molta familiarità con queste definizioni, ma che cosa realmente significano? In cosa e come si realizzano? A parere delle scriventi la risposta è sottesa nei principi e nei presupposti filosofici del Midwifery Partnership Model.

Certamente la chiave che facilita le abilità delle ostetriche è il credere nelle donne e metterle in grado di essere confidenti in sé stesse.

In questo modo, l'utilizzo del Midwifery Partnership Model consente, sia alle ostetriche quanto alle donne, di stare in una relazione in partnership e di empowerment della donna.

na. Ne fuoriuscirà che i valori riguardanti la Midwifery saranno rinforzati diventando valori consapevoli e consentendo il reale sviluppo della medesima.

Il raggiungimento di questi obiettivi che fuoriescono dall'uso del modello, non deve essere sottostimato in quanto una positiva esperienza, che è distaccata dall'esito, è facilmente comunicata ed è in grado di risuonare per lungo tempo.

## Bibliografia

**Bickley J.,** (1992) *Attempting to involve consumers in midwifery police development.* *New Zealand College of Midwives Journal*, 1:11-3

**Downe Soo.,** (2008) *Normal childbirth. Evidence and debate.* (2 ed.) Churchill Livingstone, Elsevier

**Green J., Coupland V., Kitzinger J.,** (1990), *Expectations, experiences and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women.* *Birth* 17: 15-24  
**Guilliland K & Pairman S.,** (1994). *The Midwifery Partnership: a model for practice.* *NZCOM Journal*, October 1994, p.5

**Guilliland K., Pairman S.,** (1995) *The Midwifery Partnership: a model for practice, monograph series: 95/1 Victoria University of Wellington*

**Guilliland K., Pairman S.,** (2010) *The Midwifery Partnership: a model for practice , New Zealand College of Midwives*

**Katz Rothman B.,** (1984), *Childbirth management and medical monopoly: midwifery as (almost) a profession.* *Journal of Nurse-Midwifery* 29(5): 300-306

**Kirkham M.,** (2000b) *How can we relate? In: Kirkham M., (ed.) The midwife-mother relationship, Macmillan, London*

**Guana M., Gremmo M., Porro A., Paris S., Pellegrini E., Nespoli A.,** (2011) , *Teorie e concetti nella Disciplina Ostetrica, In: Guana M. et al., La disciplina ostetrica. Teoria, pratica e organizzazione della professione, McGraw Hill*

**Leap N.,** (2000) *The less we do the more we give. In Kirkham M., The midwife-mother relationship, pp 1-17. London: Macmillan*

**Mein-Smith P.** (1986) *Maternity in dispute: New Zealand 1920-30, Wellington: Historical publications branch, Department of Internal Affairs*

**Page L.** (1988) *The midwife's role in modern health care. In Kitzinger S., The midwife challenge, pp.251-60. London: Pandora press*

**Page L.A., McCandlish R.,** (2006) *The new midwifery. Science and Sensitivity in practice, Churchill Livingstone, Elsevier*

**Pairman S., & Guilliland K.,** (2001) *Midwifery Standards Review: a strategy for credentialling.* *New Zealand College of Midwives Journal*, ISSN.00114-7870. Issue 25, October. 23 - 28.

**Pairman S., Pincombe J., Thorogood C., Tracy S.** (2010) *Midwifery. Preparation for practice, Churchill*

*Livingstone , Elsevier*

**Project Waitangi** (1989), *The Treaty of Waitangi: a resource kit for Pakeha. Project Waitangi*

**ANMC, National Competency Standards for the Midwife** (2006): legal and professional practice; midwifery knowledge and practice; midwifery as primary health care; reflective and ethical practice

Piano Sanitario Nazionale 2011-13, p.84 e succ

Partnership = il termine viene mantenuto in originale poiché, a parere delle scriventi, nessun termine nella lingua italiana traduce in modo adeguato il Senso

La struttura costituzionale e sociale della Nuova Zelanda si fonda sul "Trattato di Waitangi" firmato nel 1840. E' un accordo raggiunto fra la popolazione indigena dei Maori e le generazioni di coloni della Corona Britannica per garantire l'equità, la protezione, la collaborazione, la partnership e la

**Guilliland K., Pairman S.,** *The Midwifery Partnership: a model for practice, monograph series: 95/1 Victoria University of*

Alla metà degli anni '80, le organizzazioni costituite dalle utenti dei servizi di maternità si uniscono alle organizzazioni professionali delle Ostetriche in una campagna che ristabilisce l'autonomia della professione e la possibilità della donna di scegliere il professionista sanitario che le accompagna nel

La **Normalità** come costruito della Disciplina ostetrica è ampiamente descritto dai lavori di Donley 1986 e successivamente di Soo Downe. Il convincimento della Normalità della gravidanza e della nascita è l'affermazione sulla quale si fondano tutti i modelli ostetrici. Nel cuore di questo c'è la fiducia nel corpo della donna e la fiducia nella fisiologia. Come Downe ed altri autori notano però, è paradossale la pretesa delle ostetriche di essere il guardiano della nascita normale mentre apparentemente implementano una varietà di interventi durante il processo della nascita, (Downe 2004, Kirkham 2000b). A questa posizione, Downe aggiunge che, una significativa sfida che

## Poesie d'autore dedicate alla madre

### La parola più bella

Mamma. Nessuna parola è più bella.  
La prima che si impara,  
la prima che si capisce e che s'ama.  
La prima di una lunga serie di parole  
con cui s'è risposto alle infinite,  
alle amorose, timorose domande  
della maternità.  
E anche se diventassimo vecchi,  
come chiameremmo la mamma  
più vecchia di noi?  
Mamma.  
Non c'è un altro nome.

MARINO MORETTI

### La mamma

La mamma non è più giovane  
e ha già molti capelli  
grigi: ma la sua voce è squillante  
di ragazzetta e tutto in lei è chiaro  
ed energico: il passo, il movimento,  
lo sguardo, la parola

ADA NEGRI

### La madre

E il cuore quando d'un ultimo battito  
avrà fatto cadere il muro d'ombra  
per condurmi, Madre, sino al Signore,  
come una volta mi darai la mano.  
In ginocchio, decisa,  
Sarai una statua davanti all'eterno,  
come già ti vedeva  
quando eri ancora in vita.  
Alzerai tremante le vecchie braccia,  
come quando spirasti  
dicendo: Mio Dio, eccomi.  
E solo quando m'avrà perdonato,  
ti verrà desiderio di guardarmi.  
Ricorderai d'avermi atteso tanto,  
e avrai negli occhi un rapido sospiro.

GIUSEPPE UNGARETTI

### Grazie mamma

Grazie mamma  
perché mi hai dato  
la tenerezza delle tue carezze,  
il bacio della buona notte,  
il tuo sorriso premuroso,  
la dolce tua mano che mi dà sicurezza.  
Hai asciugato in segreto le mie lacrime,  
hai incoraggiato i miei passi,  
hai corretto i miei errori,  
hai protetto il mio cammino,  
hai educato il mio spirito,  
con saggezza e con amore  
mi hai introdotto alla vita.  
E mentre vegliavi con cura su di me  
trovavi il tempo  
per i mille lavori di casa.  
Tu non hai mai pensato  
di chiedere un grazie.  
Grazie mamma.

JUDITH BOND

### La madre

La madre è un angelo che ci guarda  
che ci insegna ad amare!  
Ella riscalda le nostre dita, il nostro capo  
fra le sue ginocchia, la nostra anima  
nel suo cuore: ci dà il suo latte quando  
siamo piccini, il suo pane quando  
siamo grandi e la sua vita sempre.

VICTOR HUGO

## AGGIORNAMENTI

# Presentazione dell'opuscolo di una mostra storica

## Le Teoriche Ostetriche: Passato e Presente

### The Theory Midwives: Past and Present

**Autore: Miriam Guana**

<sup>1</sup>Presidente Syrio, Professore Associato di Scienze Ostetrico-Ginecologico-Neonatali UNIBS

#### Presentazione (Ita)

Questo opuscolo raccoglie i contenuti di una mostra storica "LE TEORICHE OSTETRICHE: PASSATO E PRESENTE", allestita in occasione del 2° Meeting annuale del Corso di Laurea in Ostetricia dell'Università degli Studi di Brescia, 2015 - aperto alla collaborazione interuniversitaria di differenti realtà territoriali, nonché a Syrio, Società Italiana di Scienze Ostetrico-Ginecologico-Neonatali. Allora, anche in questo contesto, la storia può indicare spunti di riflessione, a riguardo dei problemi della formazione, del management e della clinica/assistenza. Attraverso questa mostra si è voluto onorare coloro che hanno contribuito in modo originale e significativo a codificare nel tempo il "sapere di fondo" della midwifery (sia come arte, sia come scienza). Si tratta anche di riconoscere che la midwifery, proprio per questa sua peculiare attenzione alla dimensione storica del proprio operare, che si trasmette lungo i secoli fino a noi, può rappresentare un modello di riferimento per molte altre professioni sanitarie. La mostra è divisa in due sezioni: la prima si riferisce alle teoriche di un passato più lontano, mentre la seconda parte si sofferma su figure di un periodo più recente. Per quanto concerne la prima parte, siamo ben consapevoli, che la mitologia stessa ci possa introdurre in un "olimpico delle ostetriche" nel quale sono facilmente riconoscibili precisi riferimenti tecnici ed assistenziali, universalmente validi: essi possono essere tenuti presenti come concetti già acquisiti. Abbiamo scelto di concentrare la nostra attenzione iniziale ed il nostro punto di partenza sull'esperienza salernitana, espressione di una compresenza culturale e di presenza della dimensione formativa, tecnica, assistenziale (e diremmo con termine moderno anche di ricerca) già strutturata. Seguiranno altre esemplificazioni di teoriche ostetriche, relative soprattutto ai secoli XVI-XIX. La seconda parte della mostra, invece, vuole sottolineare gli apporti delle teoriche ostetriche moderne, con l'esemplificazione di temi che non cessano di essere universalmente ed ubiquitariamente validi per le ostetriche/i: la gravidanza sana, il parto dolce, l'accoglienza felice del neonato, la partnership ostetrica, la limitazione alla medicalizzazione dell'evento nascita ed anche il diritto all'alimentazione.

#### Presentation (Engl)

This booklet contains the contents of a historical exhibition "THE THEORY MIDWIVES: PAST AND PRESENT", staged on the occasion of the 2nd Annual Meeting of the Degree Course in Midwifery, University of Brescia, 2015 - open to inter-university cooperation of different territories and to Syrio, Italian Society of Midwifery. So, even in this context, the story may indicate food for thought, about the problems of training, management and clinical / care. Through this exhibition, we wanted to honor those who have contributed in an original and meaningful way to codify in time "knowledge of fund" of midwifery (both as art and as a science). It is also about recognizing that midwifery, just because of its special attention to the historical dimension of its effort, which is passed down through the centuries to us, it can be a role model for many other health professions. The exhibition is divided into two sections: the first part refers to the theoretical background of a more distant past, while the second one focuses on most recent professional figures. As regards the first part, we are well aware of the fact that mythology itself can contribute to guide us in an "Midwives Olympus" in which precise technical assistance and references are easily recognizable and universally valid: they can be taken into account as already learned concepts. We chose to focus our attention on the previous experience lived in Salerno, which can be taken into consideration both as an expression of a cultural presence and as the symbol of a formative, technical, health care and (opting for a modern term) already structured dimension. In this section, other examples of theories connected to midwifery will be illustrated (related primarily to the XVI-XIX centuries). With the aim of emphasizing the contributions of the modern theories and professionalism, the second part of the exhibition will offer several examples of the main issues that are nowadays considered as universally and ubiquitously valid for health care professionals who work in the field of midwifery: healthy pregnancy, childbirth sweet, newborn's happy acceptance, midwife partnership, limitation of the medicalization during the birth event and right to food too.

**Opuscolo gratuito per gli associati**  
**Syrio, pubblicato sul sito [www.syrio.org](http://www.syrio.org)**



Società Italiana di Scienze  
Ostetrico-Ginecologico-Neonatali



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI DI BRESCIA

## MOSTRA STORICA LE TEORICHE OSTETRICHE: PASSATO E PRESENTE

M. Guana (BS), A. Porro (MI)

Con la collaborazione di A. Cinotti (FI), V. Lira (BS), E. Naldi (BO) D. Parma (BO), B. Burlon (RM), S. Fumagalli (MZ), P. A. Mauri (MI) D. Mignuoli (CS), A. Morese (SV), M. Lisa (TO), E. Lopresti (PA), A. Nespoli (MB), C. Pavese (PC), E. Pellegrini (BG), G. Persico (MB) A. Ricchi (MO/RE), N. Urli (VR), M.P. Schiavelli (BA), E. Vaccari (BS)

BRESCIA – 16 DICEMBRE 2015

**Opuscolo della mostra disponibile on line, gratuitamente, per gli iscritti alla società italiana Syrio sito [www.syrio.org](http://www.syrio.org)**



## OSSERVATORIO INTERNAZIONALE

# ICM- Codice Etico Internazionale delle Ostetriche

## International Code of Ethics for Midwives

Reviewed and adopted at Prague Council meeting, 2014 Due for next review 2020

**Traduzione a cura di:** Veronica Alberti<sup>1</sup>, Giada Bianchi<sup>2</sup>, Sara Bonanno<sup>3</sup>, Klaudia Gavoci<sup>4</sup>, Sofia Mantelli<sup>5</sup>, Arianna Pasolini<sup>6</sup>, Giulia Rivetti<sup>7</sup>, Selika Gea Rossi<sup>8</sup>, Miriam Guana<sup>9</sup>

<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup> studenti 2° anno, A.A. 2015-16—Corso di Laurea in Ostetricia, UNIBS, <sup>9</sup> Professore Associato, Science Ostetrico-Ginecologico-Neonatali,

### Introduzione

**(ITA)** Questo contributo è il risultato di un lavoro di traduzione del Codice Etico Internazionale delle Ostetriche da parte delle studente del 2° anno del Corso di Laurea in Ostetricia di Brescia—A.A. 2015/16, atto fondamentale della Confederazione Internazionale delle Ostetriche (ICM), aggiornato nel 2016 a Praga in occasione del Council meeting. Esso costituisce la guida di riferimento dei valori deontologici per tutte le ostetriche del mondo. Il lavoro di traduzione di questo documento, quale obiettivo formativo del corso di Deontologia professionale ostetrica, ha certamente facilitato le studente nell'ambito di un'analisi comparativa tra valori deontologici internazionali con quella della professione ostetrica italiana, avvenuta durante un lavoro di gruppo in classe, con il supporto del docente.

**(ENGL.)** This contribution is the result of a translation work of the International Code of Ethics of Midwives by the students of the 2nd year of the Midwifery Bachelor University di Brescia 2015/16. It is the fundamental act of the International Confederation of Midwives (ICM), updated in 2016 in Prague in the occasion of the Council meeting. It forms the guidelines of ethical values for all midwives in the world. The translation of this document, which educational objective of the course of Professional Ethics in Midwifery, has certainly facilitated the students as part of a comparative analysis between international ethical values with the Italian midwifery values, occurred during a classroom group work with the teacher's support

### Premessa

Lo scopo della Confederazione Internazionale delle Ostetriche (ICM) è quello di migliorare gli standard di assistenza proposta alle donne, ai neonati e alle famiglie in tutto il mondo attraverso lo sviluppo, l'educazione e l'impiego adeguato dell'ostetrica professionista. Nel raggiungimento di questo obiettivo, l'ICM redige il seguente Codice per indirizzare la formazione, la pratica e la ricerca in ambito ostetrico. Questo Codice riconosce alle donne i diritti umani, vuole giustizia per tutta la popolazione ed equità nell'accesso alle cure sanitarie, inoltre è basato su reciproche relazioni di rispetto, fiducia e dignità per tutti i membri della società.

Il Codice dà indicazioni rispetto al mandato etico delle ostetriche nel perseguire la Missione, rispetto alla definizione internazionale dell'ostetrica e riguardo agli standard dell'ICM per promuovere la salute e il benessere delle donne e dei neonati insieme alle loro famiglie e alla comunità. Tale assistenza dovrebbe comprendere il ciclo riproduttivo della vita della donna a partire dal periodo pre-gravidico fino alla menopausa. Il mandato include il tipo di relazione che l'ostetrica instaura con le donne, la modalità dell'assistenza, l'onore con il quale adempiono alle loro responsabilità e ai loro doveri e come in prima persona as-

### Preamble

*The aim of the International Confederation of Midwives (ICM) is to improve the standard of care provided to women, babies and families throughout the world through the development, education and appropriate utilization of the professional midwife. In keeping with this aim, the ICM sets forth the following code to guide the education, practice and research of the midwife. This code acknowledges women as persons with human rights, seeks justice for all people and equity in access to health care, and is based on mutual relationships of respect, trust and the dignity of all members of society.*

*The code addresses the midwife's ethical mandates in keeping with the Mission, the International definition of the Midwife, and standards of ICM to promote the health and wellbeing of women and newborns within their families and communities. Such care may encompass the reproductive life cycle of the woman from the pre-pregnancy stage right through to the menopause and to the end of life. These mandates include how midwives relate to others; how they practise midwifery; how they uphold professional responsibilities and duties; and how they are to work to assure the integrity of the profession of midwifery.*

## **Il Codice**

### **Il modello di relazione delle cure ostetriche**

Le ostetriche/i sviluppano una relazione di collaborazione con la donna in cui condividono informazioni importanti che le consentano di prendere decisioni consapevoli, di sviluppare un piano di assistenza in continua evoluzione e di comprendere gli esiti delle proprie scelte.

Le ostetriche sostengono il diritto delle donne e delle famiglie di partecipare attivamente alle decisioni riguardo alla loro care.

Le ostetriche responsabilizzano le donne e le famiglie per poter prendere decisioni autonomamente riguardo la loro salute nel contesto socio-culturale.

Le ostetriche con le donne, lavorano con i rappresentanti di governo e le agenzie di finanziamento per definire i bisogni delle donne rispetto i servizi sanitari; nonché per assicurare che le risorse siano giustamente assegnate considerando priorità e disponibilità.

Le ostetriche si supportano e si sostengono vicendevolmente nei loro ruoli professionali e coltivano e valorizzano la propria autostima e quella altrui.

Le ostetriche/i collaborano in modo rispettoso con gli altri professionisti sanitari, che consultano e considerano necessari quando l'assistenza alla donna va oltre la propria competenza.

Le ostetriche/i riconoscono l'interdipendenza in campo pratico e cercano attivamente di risolvere gli eventuali conflitti.

Le ostetriche/i possiedono dei valori morali, che comprendono il rispetto verso se stesse e il mantenimento della loro integrità.

## **La pratica ostetrica**

Le ostetriche provvedono alla cura delle donne e delle famiglie in età fertile nel rispetto della diversità culturale lavorando allo stesso tempo con lo scopo di eliminare le pratiche dannose all'interno delle culture stesse.

Le ostetriche tutelano donne e ragazze nel loro diritto a non essere danneggiate a causa del concepimento e della loro fertilità.

Le ostetriche ricorrono a conoscenze continuamente aggiornate e basate su evidenze, allo scopo di garantire competenze che permettano lo svolgimento di pratiche ostetriche sicure in tutti gli ambiti e culture.

Le ostetriche rispondono ai bisogni psicologici, fisici, emotivi e spirituali di donne in cerca di assistenza sanitaria, qualsiasi sia la loro condizione (senza discriminazioni).

Le ostetriche si comportano come modelli effi-

## **The Code**

### ***Midwifery Relationships***

*Midwives develop a partnership with individual women in which they share relevant information that leads to informed decision-making, consent to an evolving plan of care, and acceptance of responsibility for the outcomes of their choices.*

*Midwives support the right of women/families to participate actively in decisions about their care.*

*Midwives empower women/families to speak for themselves on issues affecting the health of women and families within their culture/society.*

*Midwives, together with women, work with policy and funding agencies to define women's needs for health services and to ensure that resources are fairly allocated considering priorities and availability.*

*Midwives support and sustain each other in their professional roles, and actively nurture their own and others' sense of self-worth.*

*Midwives respectfully work with other health professionals, consulting and referring as necessary when the woman's need for care exceeds the competencies of the midwife.*

*Midwives recognise the human interdependence within their field of practice and actively seek to resolve inherent conflicts.*

*Midwives have responsibilities to themselves as persons of moral worth, including duties of moral self-respect and the preservation of integrity.*

### ***Practice of Midwifery***

*Midwives provide care for women and childbearing families with respect for cultural diversity while also working to eliminate harmful practices within those same cultures.*

*Midwives encourage the minimum expectation that no woman or girl should be harmed by conception or childbearing.*

*Midwives use up-to-date, evidence-based professional knowledge to maintain competence in safe midwifery practices in all environments and cultures.*

*Midwives respond to the psychological, physical, emotional and spiritual needs of women seeking health care, whatever their circumstances (non-discrimination).*

*Midwives act as effective role models of health promotion for women throughout their*

caci di promozione della salute per le donne in tutto il loro ciclo di vita, per le famiglie e per gli altri operatori sanitari.

Ostetriche cercano attivamente la crescita personale, intellettuale e professionale durante la loro carriera di ostetricia, integrando questa crescita nella loro pratica.

#### Le responsabilità professionali delle ostetriche

le ostetriche mantengono segrete le informazioni delle pazienti per tutelare i loro diritti alla privacy, essendo in grado di valutare quando condividere queste informazioni, in accordo con la legislazione vigente.

Le ostetriche sono responsabili delle loro decisioni e azioni, e devono rispondere degli esiti sulla salute delle donne.

Le ostetriche possono rifiutarsi di partecipare ad attività contrarie ai propri principi morali, tuttavia tali principi morali non devono privare le donne dei livelli essenziali di assistenza.

Le ostetriche obiettrici di coscienza indicano alle donne altri professionisti dove potranno ricevere lo stesso servizio.

Le ostetriche comprendono le conseguenze avverse della violazione dei diritti etici ed umani sulla salute delle donne e dei neonati e si impegneranno ad eliminare queste violazioni.

Le ostetriche partecipano allo sviluppo e all'attuazione delle politiche sanitarie che promuovono la salute di tutte le donne e le famiglie in età fertile.

## **P**rogresso delle conoscenze e della pratica ostetrica

Le ostetriche assicurano che il progresso della conoscenza ostetrica sia basata su attività che proteggono i diritti delle donne come persone.

Le ostetriche sviluppano e condividono le conoscenze ostetriche attraverso una serie di processi, come la revisione tra pari e la ricerca.

Le ostetriche contribuiscono alla formazione formale degli studenti di ostetricia e al loro aggiornamento professionale

*life cycle, for families and for other health professionals*

*Midwives actively seek personal, intellectual and professional growth throughout their midwifery career, integrating this growth into their practice*

#### *The Professional Responsibilities of Midwives*

*Midwives hold in confidence client information in order to protect the right to privacy, and use judgment in sharing this information except when mandated by law.*

*Midwives are responsible for their decisions and actions, and are accountable for the related outcomes in their care of women.*

*Midwives may decide not to participate in activities for which they hold deep moral opposition; however, the emphasis on individual conscience should not deprive women of essential health services.*

*Midwives with conscientious objection to a given service request will refer the woman to another provider where such a service can be provided.*

*Midwives understand the adverse consequences that ethical and human rights violations have on the health of women and infants, and will work to eliminate these violations.*

*Midwives participate in the development and implementation of health policies that promote the health of all women and childbearing families.*

#### *Advancement of Midwifery Knowledge and Practice*

*Midwives ensure that the advancement of midwifery knowledge is based on activities that protect the rights of women as persons.*

*Midwives develop and share midwifery knowledge through a variety of processes, such as peer review and research.*

*Midwives contribute to the formal education of midwifery students and ongoing education of midwives.*



**International  
Confederation  
of Midwives**

Strengthening Midwifery Globally

# OSSERVATORIO INTERNAZIONALE

## ICM– Filosofia e Modello di Cure Ostetriche

### Philosophy and Model of Midwifery Care

Reviewed and adopted at Prague Council meeting, 2014 Due for next review 2020

**Traduzione a cura di: Veronica Alberti<sup>1</sup>, Giada Bianchi<sup>2</sup>, Sara Bonanno<sup>3</sup>, Klaudia Gavo-  
 ci<sup>3</sup>, Sofia Mantelli<sup>4</sup>, Arianna Pasolini<sup>5</sup>, Giulia Rivetti<sup>6</sup>, Selika Gea Rossi<sup>7</sup>, Miriam Gua-  
 na<sup>8</sup>**

<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup> studenti 2° anno, A.A. 2015-16—Corso di Laurea in Ostetricia, UNIBS, <sup>9</sup> Professore Associato, Science Ostetrico-  
 Ginecologico-Neonatali

**(ITA)** Questo contributo è il risultato di un lavoro di traduzione della "Filosofia e Modello di Cure Ostetriche" da parte delle studente del 2° anno del Corso di Laurea in Ostetricia di Brescia—A.A. 2015/16; atto fondamentale della Confederazione Internazionale delle Ostetriche (ICM), aggiornato nel 2016 a Prague in occasione del Council meeting. Esso costituisce il paradigma di riferimento dei valori filosofici, da intendersi la cornice di riferimento del modello delle cure ostetriche che guidano la pratica di tutte le ostetriche del mondo.

Il lavoro di traduzione di questo documento, costituisce un obiettivo formativo del corso di Deontologia professionale ostetrica. Esso ha certamente favorito le studente nell'ambito di un'analisi-identificazione degli elementi caratterizzanti la filosofia ostetrica: confronto tra modello antico Vs il modello attuale della professione ostetrica. Tale esperienza formativa è stata realizzata mediante un lavoro di gruppo in classe, con il supporto del docente.

**(ENGL.)** This contribution is the result of a translation work of "Philosophy and Model of Midwifery Care" by the students of the 2nd year of the Midwifery Bachelor University di Brescia 2015/16. The document is a fundamental act of the International Confederation of Midwives (ICM), updated in 2016 in Prague in the occasion of the Council meeting. It represents the reference paradigm of philosophical values, understood the reference frame of the midwives model of care that guide the practice of all the midwives of the world.

The translation of this document, represents an educational objective of the course of Professional Ethics in Midwifery. It has certainly helped the students in an analysis-identification of the features of midwifery philosophy: a comparison between the old model versus the current midwifery model. This training experience was accomplished by a group work in the classroom, with the teacher's support.

## Contesto

In tutto il mondo, la midwifery è stata praticata nel corso dei secoli; essa possiede aspetti e caratteristiche che si sono evoluti in modo diverso in rapporto a tradizioni e conoscenze locali, regionali, culturali e sociali.

Questo documento fornisce una descrizione universale della filosofia e del modello di assistenza ostetrica, senza comprometterne le caratteristiche locali o regionali.

Secondo la definizione di ostetrica da parte dell'ICM: L'ostetrica è una persona che ha completato con successo il programma di studi in Ostetricia, ufficialmente riconosciuto nel paese di appartenenza che si basa, come indicato dall'International Confederation of Midwives (ICM), sull'acquisizione di competenze fondamentali nella pratica ostetrica e sugli Standard Internazionali della formazione in Ostetricia; che possiede i requisiti per l'iscrizione all'albo e l'abilitazione ad esercitare la professione ostetrica utilizzando il termine "ostetrica"; che dimostra di possedere competenza nella pratica ostetrica."

La ricerca indica che i modelli di continuità assistenziale ostetrica sono associati a benefici per madri e neonati, come la riduzione del ricorso all'analgesia peridurale, all'episiotomia, ai parti operativi, l'aumento di parti

## Preamble

*Throughout the world midwifery has been practiced for centuries, and has features and characteristics that have evolved differently according to local or regional cultural and social traditions and knowledge.*

*This document provides a universal, description of the philosophy and model of midwifery care, without compromising local or regional characteristics of midwifery care.*

*According to the ICM definition of the midwife : "A midwife is a person who has successfully completed a midwifery education programme that is duly recognized in the country where it is located and that is based on the ICM Essential Competencies for Basic Midwifery Practice and the framework of the ICM Global Standards for Midwifery Education; who has acquired the requisite qualifications to be registered and/or legally licensed to practice midwifery and use the title 'midwife'; and who demonstrates competency in the practice of midwifery."*

*Research indicates that midwife-led continuity models of care are associated with benefits for mothers and newborns, such as reduction in the use of epidural anaesthesia, fewer episiotomies and instrumental births, and increased spontaneous vaginal births and increased breastfeeding.*

tomia, ai parti operativi, l'aumento di parti vaginali spontanei e l'aumento dell'allattamento materno; per le donne, inoltre, è meno probabile incorrere in un parto pretermine o morte fetale prima delle 24 settimane di gestazione. E' aumentata la possibilità delle donne di essere assistite durante il travaglio e il parto da un'ostetrica che hanno già conosciuto.

ICM riconosce l'ostetrica come professionista di prima scelta per le donne in gravidanza in tutto il mondo.

Questo standard universale è basato sulla formazione universitaria e sugli aggiornamenti post-laurea. ICM promuove il modello di assistenza ostetrica basato sul rispetto della dignità umana, sull'empatia e protegge i diritti umani.

ICM crede che l'ostetrica possa offrire un sostegno basato sulla filosofia, che è influenza il modello di assistenza ostetrica.

## **I**CM - Filosofia dell'assistenza ostetrica

- La gravidanza e la nascita di un bambino sono solitamente normali processi fisiologici
- La gravidanza e la nascita di un bambino sono un'esperienza significativa che porta con sé significati profondi per la donna, la sua famiglia e la comunità.
- Le ostetriche sono le più appropriate professioniste sanitarie per l'assistenza alle donne gravide.
- L'assistenza ostetrica promuove, protegge e supporta i diritti umani, riproduttivi e di salute sessuale delle donne, inoltre rispetta le diversità etniche e culturali. E' basata sui principi etici di giustizia, equità e rispetto per la dignità umana.
- L'assistenza ostetrica è di natura olistica e continua, fondata sulla comprensione delle esperienze sociali, emozionali, culturali, spirituali, psicologiche e fisiche delle donne.
- L'assistenza ostetrica favorisce l'autonomia delle donne in quanto protegge e migliora la loro salute ed il loro stato sociale ed accresce inoltre la loro autostima nelle loro abilità di far fronte al parto.
- L'assistenza ostetrica instaura una partnership con le donne, riconoscendo i diritti di auto-determinazione, ed è rispettosa, personalizzata, continua e non autoritaria.
- Un'assistenza ostetrica eticamente corretta e competente è fondata e guidata da una formazione riconosciuta e continua, dalla ricerca scientifica e dall'applicazione delle evidenze.

## **M**odello di cura ostetrico

- Le ostetriche promuovono e proteggono la salute e i diritti delle donne e dei neonati

*Women were less likely to experience preterm birth or lose the baby before 24 weeks gestation. The chances of being cared for in labour and birth by a midwife she had got to know increased.*

*ICM recognises midwives as the professionals of choice for childbearing women in all areas of the world. This universal standard is based on initial and ongoing midwifery education that is competency based. ICM promotes the midwifery model of care based on respect for human dignity, compassion and the promotion of human rights for all persons.*

*ICM believes that midwives offer care based on a philosophy, which influences the model of midwifery care*

### *ICM Philosophy of Midwifery Care*

- *Pregnancy and childbearing are usually normal physiological processes.*
- *Pregnancy and childbearing is a profound experience, which carries significant meaning to the woman, her family, and the community.*
- *Midwives are the most appropriate care providers to attend childbearing women.*
- *Midwifery care promotes, protects and supports women's human, reproductive and sexual health and rights, and respects ethnic and cultural diversity. It is based on the ethical principles of justice, equity, and respect for human dignity.*
- *Midwifery care is holistic and continuous in nature, grounded in an understanding of the social, emotional, cultural, spiritual, psychological and physical experiences of women.*
- *Midwifery care is emancipatory as it protects and enhances the health and social status of women, and builds women's self confidence in their ability to cope with childbirth.*
- *Midwifery care takes place in partnership with women, recognising the right to self-determination, and is respectful, personalised, continuous and non-authoritarian.*
- *Ethical and competent midwifery care is informed and guided by formal and continuous education, scientific research and application of evidence.*

### *ICM Model of Midwifery Care*

- *Midwives promote and protect women's and newborns' health and rights.*
- *Midwives respect and have confidence in women and in their capabilities in childbirth.*

salute e i diritti delle donne e dei neonati

- Le ostetriche rispettano e hanno fiducia nelle donne e nelle loro capacità di partorire
- Le ostetriche promuovono e sostengono il non interventismo nei parti fisiologici
- Le ostetriche forniscono alle donne informazioni e consigli appropriati che consentono di promuovere la partecipazione e di accrescere la presa di decisioni informate
- Le ostetriche offrono un'assistenza rispettosa, preventiva e flessibile, che comprende i bisogni della donna, del suo neonato, della sua famiglia e della comunità, e comincia con la primaria attenzione alla natura della relazione tra la donna che cerca l'assistenza ostetrica e l'ostetrica
- Le ostetriche rendono capaci le donne di assumersi la responsabilità della loro salute e della salute delle loro famiglie
- Le ostetriche operano, in collaborazione e attraverso la consultazione con professionisti sanitari, per rispondere ai bisogni della donna, del suo bambino, della sua famiglia, della comunità
- Le ostetriche mantengono le loro competenze e si assicurano che la loro pratica sia basata sull'evidenza
- Le ostetriche ricorrono in modo appropriato alla tecnologia e si rivolgono ad altri specialisti, in tempi ragionevoli, quando insorgono problemi clinici
- Le ostetriche sono individualmente e collettivamente responsabili dello sviluppo dell'assistenza ostetrica, educano le nuove generazioni di ostetriche e colleghi con lo scopo di garantire una formazione continua

## **S**i raccomanda ai membri dell'associazione di:

- Usare questo documento come una guida nell'educazione delle ostetriche, nell'organizzazione dell'assistenza ostetrica e nella valutazione dell'assistenza ostetrica
- Usare questo documento per guidare la relazione tra l'ostetrica e la donna e la sua famiglia, e tra l'ostetrica e gli altri professionisti sanitari
- Condividere questa dichiarazione con altri professionisti sanitari e governi, durante lo sviluppo dei regolamenti e della legislazione sulla pratica ostetrica

- *Midwives promote and advocate for non-intervention in normal childbirth.*
- *Midwives provide women with appropriate information and advice in a way that promotes participation and enhances informed decision-making.*
- *Midwives offer respectful, anticipatory and flexible care, which encompasses the needs of the woman, her newborn, family and community, and begins with primary attention to the nature of the relationship between the woman seeking midwifery care and the midwife.*
- *Midwives empower women to assume responsibility for their health and for the health of their families.*
- *Midwives practice in collaboration and consultation with other health professionals to serve the needs of the woman, her newborn, family and community.*
- *Midwives maintain their competence and ensure their practice is evidence-based.*
- *Midwives use technology appropriately and effect referral in a timely manner when problems arise.*

- *Midwives are individually and collectively responsible for the development of midwifery care, educating the new generation of midwives and colleagues in the concept of lifelong learning*

### *Recommendations Member Associations are recommended to:*

- *Use this document as a guide in the education of midwives, the organisation of midwifery care, and evaluation of midwifery care.*
- *Use this document to guide the relationship between the midwife and the woman and her family, and the midwife and other health professionals.*
- *Share this statement with other health professions and governments during the development of regulations and legislation of midwifery practice.*

# VBAC: Studio retrospettivo sui fattori predisponenti al parto vaginale in un campione di donne precesarizzate

VBAC: Elements contributing to a vaginal birth in women with a previous cesarean section. A retrospective study

**Autori: Silvia Lovato<sup>1</sup>, Viviana Lira<sup>2</sup>, Andrea Lojacono<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Dottore in Ostetricia (Bs), <sup>2</sup>Dottore Magistrale Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Tutor Didattico CLO UNIBS ,  
<sup>3</sup>Ricercatore Ginecologia e Ostetricia , UNIBS

## ABSTRACT

**(ITA) Introduzione.** Il VBAC (Vaginal Birth After Cesarean) è una soluzione universalmente riconosciuta per ridurre il tasso di tagli cesarei. Le principali linee guida raccomandano che l'ammissione al travaglio di prova deve essere di norma offerta a tutte le donne che, in assenza di controindicazioni assolute, abbiano già partorito mediante taglio cesareo. **Obiettivi.** Individuare i fattori predisponenti al parto vaginale all'interno di un campione di donne precesarizzate. **Materiali e Metodi.** Studio quantitativo-retrospettivo su un campione di 158 donne precesarizzate afferenti ad un punto nascita di II livello. I dati sono stati ottenuti tramite la consultazione delle cartelle cliniche. **Risultati.** Il parto è stato portato a termine con successo da 137 donne (86,70%), mentre 21 (13,29%) hanno dovuto espletare il parto mediante taglio cesareo d'urgenza. I fattori predisponenti al VBAC identificati come più significativi risultano essere la passata esperienza di parto vaginale (OR 3,05), l'indicazione di "presentazione podalica" al pregresso taglio cesareo (OR 5,61), l'assenza di malattie materne pregravidiche (OR 2,20) e di interventi ginecologici (OR 2,69), un punteggio di Bishop alla prima visita in travaglio di parto superiore a sei (OR 21,5) e la presenza di un tracciato cardiocografico rassicurante in travaglio di parto (OR 3,05). Le complicanze nel post-partum e nel puerperio del gruppo di donne VBAC sono ridotte rispettivamente di tre e di due volte rispetto al gruppo di donne sottoposte a TC urgente. **Conclusioni.** Il VBAC rappresenta una valida e sicura scelta per il parto in donne precesarizzate. Esistono fattori significativamente correlati ad un aumento delle probabilità di riuscita del parto vaginale dopo un pregresso taglio cesareo che devono essere tenuti in considerazione durante l'assistenza a donne precesarizzate.

**(INGL) Background.** VBAC (Vaginal Birth After Cesarean) is a universally recognized solutions to decrease the rate of cesarean section. All major guidelines recommend that admission to trial of labor should normally be offered to all women had given birth by cesarean section. **Aim.** To analyse VBAC's (Vaginal Birth After Cesarean) epidemiology and determinate which factors influence the likelihood of successful trial of labor after prior cesarean delivery. **Material and Methods.** Retrospective study on 158 women who attempted vaginal birth after one cesarean delivery. **Results.** The VBAC and the succes of trial of labor shows an increase during the evaluating time. A trial of labor was successful in 137 women (86,70%) and 21 (13,29%) had a repeat cesarean. Variables of significant predictive value were vaginal birth before cesarean section (OR 3,05), breech presentation in last gestation (OR 5,61), absence of maternal deseases (OR 2,20) and gynecological surgery (OR 2,69), Bishop score more than 6 on the first visit in labor (OR 21,5) and reassuring CTG during labor (OR 3,05). The complications of VBAC group compared to TCu group (urgent cesarean section) were reduced three time in post-partum period and two time in postnatal period. VBAC is a valid option form women after prior cesarean delivery. There are factors significantly associated with an increased likelihood of successful VBAC that must be considered during assistance and counsellig in pregnancy, labor and delivery.

## Introduzione

La questione dell'incessante aumento dell'incidenza del taglio cesareo (TC) è sicuramente uno degli argomenti più discussi quando si tratta di salute materno-fetale.

Durante la task force tenuta dall' U.S. Public Health Service nel 2000, in conseguenza all'eccessivo ricorso al taglio cesareo, vennero deli-

neate due raccomandazioni mondiali di riferimento da raggiungere entro l'anno 2010:

- un tasso di tagli cesarei del 15,5% per le donne nullipare a 37 settimane o più, con un feto singolo in presentazione cefalica;
- un tasso di parto vaginale dopo un cesareo (VBAC) del 37% nelle donne a 37 settimane o più con un feto singolo in presentazione cefalica (se il primo TC era stato effettuato

cefalica (se il primo TC era stato effettuato mediante un'incisione trasversale sul SUI).

A evidenza dei dati resi disponibili dal Ministero della Salute<sup>1,2</sup>, questi obiettivi non sono stati raggiunti e tanto meno avvicinati.

Il numero di donne che si sottopongono al taglio cesareo, e soprattutto di donne precesarizzate, che trascurano la possibilità di partorire naturalmente affidandosi nuovamente alla chirurgia per la nascita dei loro bimbi, è ancora elevato.

Infatti, come noto, l'Italia presenta un tasso di taglio cesareo molto ingente, dato che si attesta intorno al 37,5% collocandosi tra i primi posti della classifica mondiale<sup>3</sup>. Sul territorio nazionale esistono però regioni virtuose, come per esempio il Friuli Venezia-Giulia con un tasso di interventi pari al 23,2%, ed altre meno, come la Campania in cui il tasso di tagli cesareo si attesta intorno al 62,4%<sup>1</sup>. Da sottolineare che tra tutte le indicazioni al taglio cesareo, quella che spicca è proprio quella per pregresso TC che ha un'incidenza media del 30-35%<sup>4</sup>.

Una delle soluzioni individuate per ridurre il tasso di taglio cesareo, come suggeriva l'U.S. Public Health Service con le sue raccomandazioni già nel 2000, è il VBAC (Vaginal Birth After Cesarean), ossia il parto vaginale dopo un precedente taglio cesareo. Le più importanti linee guida pubblicate dalle maggiori Società di Ginecologia ed Ostetricia a livello mondiale, infatti, affermano che l'ammissione al travaglio di prova deve essere di norma offerta a tutte le donne che, in assenza di controindicazioni assolute ed in presenza di un'organizzazione adeguata, abbiano già partorito mediante taglio cesareo<sup>5,6,7,8</sup>.

Attualmente, però, a livello nazionale l'incidenza media del VBAC è solo del 10,3%<sup>9</sup>, nonostante la soglia raccomandata sia del 37%.

## O biettivi e scopo

Lo studio si propone come **obiettivo principale** quello di analizzare, all'interno di un campione di donne precesarizzate afferenti ad un Punto nascita di II livello della regione Lombardia, l'epidemiologia del fenomeno del VBAC e di individuare i fattori predisponenti al parto vaginale dopo un pregresso taglio cesareo.

In particolare sono stati declinati alcuni **obiettivi specifici**:

- indagare il numero di donne che decidono di intraprendere o il percorso del travaglio di prova o di espletare il parto mediante il taglio cesareo;
- individuare e analizzare le donne che con successo portano a termine il VBAC e quelle donne che, dopo aver sperimentato il travaglio di prova, vengono sottoposte al taglio cesareo urgente;
- delineare nel campione quali donne hanno maggiori probabilità di riuscita del VBAC in

relazione ai fattori predisponenti indagati evinti dalla letteratura esistente.

Tutto ciò, al fine di portare ad una più facile determinazione di quelle donne, con una passata esperienza di taglio cesareo, che presentano un'elevata probabilità di riuscita del parto vaginale all'interno di una specifica realtà ospedaliera.

## M ateriali e metodi

**Disegno della ricerca:** studio quantitativo-retrospettivo. È stato coinvolto un gruppo di donne gravide precesarizzate afferenti alla sala parto dell'ASST Spedali Civili di Brescia. In tale struttura a tutte le donne gravide precesarizzate viene offerto, dal 2010, il travaglio di prova. All'interno del servizio ambulatoriale denominato "Programmazione parto" vengono effettuati: counselling personalizzato e visita medica, vengono valutati anche i requisiti d'ammissione al travaglio di prova e viene concordata con la donna/coppia la modalità del parto.

Il **campione** individuato comprende n. 158 donne precesarizzate che hanno avuto la possibilità di effettuare il travaglio di prova dal settembre 2011 ad ottobre 2013., di cui 137 hanno partorito per via vaginale (86,70%) e 21 sottoposte a taglio cesareo urgente ( il 13,29%).

I dati sono stati rilevati mediante la consultazione delle cartelle cliniche delle donne facenti parte del campione analizzato. Gli items significativi estrapolati sono stati identificati previa analisi della letteratura vigente.

Le molteplici variabili indagate sono relative all'andamento della gravidanza, del travaglio e del parto sia della gestazione passata che attuale. Nello specifico sono state analizzate le seguenti classi di fattori: fattori demografici, anamnestici familiari, generali materni fisiologici e patologici, prossimi e remoti generali e ginecologici e ostetrici, relativi all'andamento e alla condotta assistenziale della gravidanza attuale, nonché del travaglio e del part nonché relativi agli outcomes materni e neonatali nel post-partum e nel puerperio.

È stato costruito un database di raccolta dati nel quale sono stati declinati tutte le possibili caratteristiche di ogni items e ad essi sono stati assegnati opportunamente dei valori. La costruzione del database ha permesso l'elaborazione dei dati mediante l'applicazione di un'analisi statistica grazie alla quale si sono ottenuti i risultati della ricerca.

L'**analisi** è stata condotta secondo i criteri dettati dalla statistica descrittiva che è stata sia di tipo monovariata che bivariata. Sono state calcolate sia le frequenze assolute che relative, le medie e le deviazioni standard; inoltre è stato calcolato l'odds ratio per valutare la correlazione tra le diverse variabili. La statistica è stata applicata sia al campione complessivo che ai due sottogruppi di donne, ossia quelle che

stata applicata sia al campione complessivo che ai due sottogruppi di donne, ossia quelle che hanno partorito per via vaginale (VBAC) e quelle sottoposte a taglio cesareo (TCu).

Successivamente sono state approfondite alcune correlazioni tra diverse variabili ritenute predittive di VBAC sulla base della letteratura esistente e dei risultati della ricerca.

## Risultati

Dall'analisi dei risultati si evince che la probabilità generale di riuscita del parto vaginale valutata su un campione di donne precesarizzate afferenti al Punto nascita dell'ASST—Spedali Civili di Brescia è, a prescindere dai fattori potenzialmente influenti, del 86,70%.

Emerge, inoltre, che nell'evoluzione temporale le donne che scelgono di partorire spontaneamente dopo un taglio cesareo nel triennio considerato aumentano dal 13% al 20% con un conseguente calo di TC iterativi che passano dall'86,95% al 80,05%.

Questi dati probabilmente possono essere conseguenti all'apertura dell'ambulatorio precedentemente citato che offre maggiori informazioni e counselling personalizzati all'utenza. (Tab.1)

Inoltre si assiste ad un aumento del successo del travaglio di prova che sale dal 73,68% del

le loro probabilità di portare a termine con successo il travaglio di prova.

Una differenza significativa rilevata nei due gruppi del campione riguarda le condizioni morbose materne indipendenti dalla gravidanza in corso. Infatti l'anamnesi materna positiva per allergie, per malattie pregravidiche, per interventi ginecologici e per pregressi aborti spontanei riduce notevolmente la possibilità di partorire per via vaginale. In contrasto, la presenza di malattie durante la gestazione o la gravidanza classificata come ad alto rischio ostetrico non risultano incidere sulla modalità del parto.

Anche in questo campione di donne, in linea con quanto espresso in letteratura<sup>9</sup>, la condizione di pregresso parto vaginale viene indicata come la più favorevole al VBAC.

Rispetto alle indicazioni al pregresso taglio cesareo la più predittiva e la più sfavorente al VBAC, in base ai dati ottenuti, risultano essere rispettivamente la "presentazione podalica" e la "distocia cervicale".

Un'ulteriore dato significativo riguarda il peso fetale della precedente gravidanza; un neonato di peso superiore a 4000 grammi sembra incidere negativamente sulla probabilità di riuscita del parto vaginale, come dimostrato in letteratura<sup>9</sup>.

L'epoca gestazionale al parto è differente tra le donne del gruppo VBAC e quelle del gruppo TC<sup>u</sup>; l'età gestazionale predominante risulta, infatti, leggermente inferiore nelle donne che hanno espletato il parto mediante il taglio cesareo.

Le donne del campione hanno scelto di essere assistite durante la gravidanza da diversi professionisti. Le donne del gruppo VBAC sono state seguite soprattutto da un medico specialista, mentre le donne del gruppo TCu dalle ostetriche consul-

toriali.

Questo dato si discosta dalle evidenze presenti in letteratura<sup>9</sup>, in cui è mostrata una riduzione di tagli cesarei nel caso di un'assistenza alla gravidanza da parte di un'ostetrica.

Un dato rilevante riguarda l'insorgenza del travaglio nei due gruppi di donne: la necessità di induzione del travaglio risulta essere predisponente al TCu.(Fig1)

Il metodo d'induzione maggiormente utilizzato nel gruppo VBAC risulta essere l'amniorexi.

Dall'analisi dei dati si evince che l'utilizzo di ossitocina in travaglio e l'esecuzione dell'anestesia epidurale riducono le possibilità di partorire per via vaginale.

Il dato maggiormente significativo è riconducibile alle condizioni cervicali ad inizio travaglio;

	DONNE PRECESARIZZATE								
	TRAVAGLIO DI PROVA (campione)						TC ITERATIVO		TOT
	VBAC		TC urgente		TOT		F(a)	F(%)	
F(a)	F(%)	F(a)	F(%)	F(a)	F(%)	F(a)			F(%)
2011 (da sett. a dic.)	14	73,68	4	21,05	18	13,04	120	86,95	138
2012	62	88,57	8	11,42	70	18,51	308	81,48	378
2013 (fino a ottobre)	61	87,14	9	12,85	70	19,94	281	80,05	351
TOT campione	137	86,70	21	13,29	158	18,22	709	81,77	867

Tab.1 Distribuzione modalità parto nelle donne preTC

2011 al 87,14% del 2013, crescita compatibile con un miglioramento assistenziale del personale ostetrico nella gestione e condotta di travagli di donne precesarizzate.

Analizzando il campione, le donne del gruppo VBAC risultano avere un'età media leggermente inferiore rispetto alle donne del gruppo TC, segno che l'età materna avanzata, come riportato in letteratura, influisce negativamente sulla riuscita del parto vaginale.

Nelle donne con un BMI superiore a 30 il rischio di concludere il travaglio di prova con il taglio cesareo risulta aumentato; ciò è in accordo con quanto segnalato dalla letteratura<sup>9</sup> in merito ai rischi associati all'obesità materna. Allo stesso modo, le donne fumatrici riducono

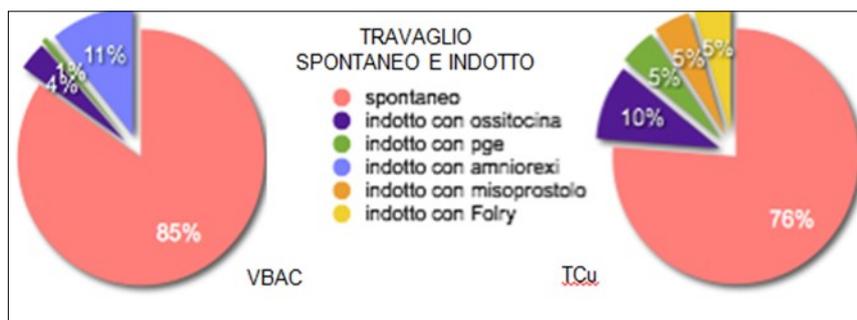


Fig.1 Insorgenza del travaglio di parto nei due gruppi a confronto

infatti quasi la totalità delle donne del gruppo VBAC presentava uno score di Bishop molto

favorevole (superiore a 6) rispetto alle donne del gruppo TCU che presentavano la stessa condizione solo nella metà dei casi.

In merito alle complicanze materne nel post-partum e nel puerperio, nel gruppo di donne sottoposte a taglio cesareo urgente sono triplicate nelle due ore post-partum e duplicate nel periodo del puerperio.

Nella totalità del campione non sono riportati casi di rottura d'utero, complicanza maggiormente temuta in corso di travaglio di prova. Inoltre non sono presenti casi di mortalità materna e/o fetale; unicamente un caso, appartenente al gruppo VBAC, di trasferimento in terapia intensiva di un neonato.

Dall'analisi dei dati sono stati individuati quei fattori predisponenti per una buona riuscita del parto vaginale. (Tab2) Essi si possono suddivi-

VARIABILI	% VBAC	DIFFERENZA VBAC-TCU	ODDS RATIO
Nazionalità italiana	85		0,73
Nazionalità straniera	88,46	+ 3,46%	1,35
BMI< 30	87,96	+ 7,96	1,82
BMI> 30	80		0,54
Fumo si	80		0,58
Fumo no	88,57	+ 8,57	1,69
Allergie no	88,57	+ 16,35	2,98
Allergie si	72,22		0,33
Malattie pregravidiche si	77,77		0,45
Malattie pregravidiche no	88,54	+ 10,77	2,20

Tab.2 Caratteristiche popolazione in studio

dere in due categorie. Nella prima, relativa alle variabili materne pregravidiche risultano essere la nazionalità straniera (OR 1,35), il BMI inferiore a 30 (OR 1,82), una passata esperienza di parto vaginale precedente al pregresso taglio cesareo (OR 3,05), un passato VBAC (OR 1,79) e l'indicazione di "presentazione podalica" al pregresso taglio cesareo (OR 5,61).

Al contrario i fattori sfavorevoli al parto vaginale rilevati sono: il tabagismo (OR 0,58), la presenza di allergie a farmaci o ad alimenti (OR 0,33), la condizione di malattia preesistente

(OR 0,45), la presenza di patologie ginecologiche (OR 0,57) e di conseguenti interventi (OR

0,37), l'anamnesi positiva per precedenti aborti spontanei (0,47) e l'indicazione "distocia cervicale" al pregresso taglio cesareo (OR 0,52).

Nella seconda categoria, ovvero quella relativa al travaglio di parto, i fattori predisponenti al VBAC sono: l'insorgenza spontanea del travaglio (OR 1,72), la rottura spontanea delle membrane (OR 1,42), il punteggio di Bishop superiore a 6 alla prima visita in travaglio (OR 21,5) e la registrazione di tracciato cardiocografico rassicurante (OR 3,05). I fattori invece controproducenti al parto vaginale sono l'utilizzo di ossitocina per accelerare il travaglio - augmentation- (OR 0,61) e l'utilizzo dell'analgesia epidurale (OR 0,60).

## Conclusioni

La probabilità di riuscita del parto vaginale nelle donne precesarizzate, viene influenzata da una molteplicità di fattori legata gravidanza/e passata/e ed attuale. Il VBAC però rappresenta una valida scelta per il parto in donne precesarizzate in quanto, va ricordato, come il taglio cesareo sia un intervento chirurgico e non una semplice alternativa al parto vaginale scevra da rischi.

Il counselling prenatale risulta essere un valido strumento per il contenimento del tasso di tagli cesarei elettivi.

Tutte le donne precesarizzate dovrebbero avere la possibilità di discutere dei rischi individuali e dei benefici specifici legati alla modalità del loro parto.

Inoltre dovrebbero essere informate riguardo le reali possibilità di riuscita del VBAC derivante da un'accurata analisi delle caratteristiche della donna assistenza (fattori predisponenti).

Lo scopo principale della ricerca era quello di individuare nel campione di donne reclutato i fattori favorevoli il VBAC, nonché di analizzare l'epidemiologia del fenomeno nel biennio 2011-2013 presso il Punto nascita degli Spedali Civili di Brescia.

Tra i fattori individuati come predisponenti, è

Tra i fattori individuati come predisponenti, è emerso che i più significativi nel nostro campione di ricerca sono: la passata esperienza di parto vaginale; l'indicazione "presentazione podalica" al pregresso taglio cesareo; l'assenza di malattie materne pregravidiche e/o di interventi ginecologici; un punteggio di Bishop alla prima visita in travaglio superiore a sei; a presenza di un tracciato cardiocografico rassicurante in travaglio di parto.

Sarebbe pertanto utile l'utilizzo di uno score predittivo da elaborare, grazie ai risultati ottenuti, appositamente per la popolazione affluente al punto nascita indagato. Per fare questo, sarebbe necessario confermare la validità dei fattori predittivi di VBAC, mediante uno studio di tipo prospettico effettuato su un campione di donne più ampio.

Tra i punti di forza della ricerca annoveriamo l'omogeneità dei due gruppi di donne, la conferma di alcuni fattori predittivi in linea con la letteratura vigente e il campione analizzato che è descrittivo della popolazione bresciana in quanto selezionato presso il punto nascita maggiormente rappresentativo del fenomeno indagato.

## Fonti bibliografiche

1. Ministero della Salute. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2011. Roma, Ottobre 2012
2. Ministero della salute. Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2010. Roma, Luglio 2013
3. Euro-Peristat project. European perinatal health report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. Maggio 2013
4. Pecorari D, Ragni N (a cura di). Ginecologia e Ostetricia. Vol 2, 4.ed. Roma, Società Editrice Universo, 2009
5. American College of Obstetricians and Gynaecologists. Vaginal birth after previous cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin No.115. Obstet Gynecol 2010; 116: 450-63
6. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. Clinical practice guidelines No.155. J Obstet Gynaecol Can 2005; 27: 164-88
7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth after previous caesarean birth. Green-top guideline no. 45. RCOG Press, Londra, 2007
8. Sistema nazionale per le linee guida. Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Parte seconda. Linea guida 21. SNLG-ISS, Roma, 2011
9. Guise JM, Eden K, Emeis C, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights. Evidence Report/Technology Assessment No.191. AHRQ Publication No.10-E003. Agency for Healthcare Re-



ASST—Spedali Civili di Brescia

## OSSERVATORIO

# Storie, racconti e narrazioni nella midwifery: tempo di Storytelling

Stories, tales and narrations in midwifery: time storytelling

**Autore: Lucia Olivadoti**

*Dottore Magistrale in Formazione e sviluppo delle risorse umane ed in Scienze Infermieristiche ed ostetriche, Coordinatore ostetrico Ufficio Formazione e sviluppo risorse umane, ASST di Lecco*

## Abstract

**(ITA)** Lo storytelling è un processo che progetta, analizza, costruisce e governa identità e relazioni, attraverso le tecniche del racconto applicate on e off line. In ambito sanitario lo storytelling è stato utilizzato principalmente negli interventi di educazione sanitaria dei pazienti, nella formazione dei professionisti sanitari, per rafforzare l'identità degli stessi e come strumento per la raccolta dei dati e per l'intervento in ambito sanitario. In questi ultimi anni, dal marketing alla sanità, si parla sempre più di storytelling. Di fatto lo storytelling è sempre esistito e l'uomo l'ha sempre utilizzato perché "funziona". Lo storytelling può fornire innumerevoli vantaggi alla Midwifery ma, fra questi, quello più strategico, in questo momento storico, è senza ombra di dubbio la divulgazione/rafforzamento, fra i vari stakeholder di riferimento, del racconto della ragione storica dell'identità Ostetrica: promuovere, proteggere e mantenere la salute di genere (donna/feto/neonato). L'utilizzo dello storytelling consentirebbe, quindi, una narrazione sull'identità dell'Ostetrica in Italia, che veicoli un'efficacia linguistica, attraverso questo credo "In Italia le ostetriche s'impegnano ogni giorno per la salute di genere, superando la difficoltà di non essere ritenute attendibili in questo ambito, per questo esercitano le loro competenze, che consentono la promozione della salute della donna, del bambino, della famiglia e della collettività".

**(ENGL.)** *The Storytelling is a process that develops, analyzes, builds and governs identity and relationships, through the techniques of narrative applied on and off line. In health care the storytelling has been used primarily in the patients' health care education, training of health care professionals, to strength their identity and as a tool for data collection and for taking action in the health care field. Recently, in marketing and in health care, there is an increasing discussion about the storytelling. In fact the storytelling has always existed and has been always used because "it works." The Storytelling can provide countless benefits to the Midwifery but, among these, the most strategic, in this historical moment, it is without a doubt the disclosure / strengthening, between the various stakeholders concerned, the story of the historical reason of the midwives' identity: to promote, to protect and to*

## Introduzione

In questi ultimi anni, dal marketing alla politica, dal sociale al ludico, dall'arte alla sanità, risuona, in maniera amplificata ed assordante, la parola storytelling. Lo storytelling è oggi vissuto come una sorta di panacea, cioè una presunta guarigione universale e onnipotente ottenuta per mezzo dell'uso della narrazione, quasi a voler rievocare il culto di Esculapio, attraverso sua figlia, la divinità Panacea che cura tutti i mali. Per comprendere a fondo cosa sia lo storytelling è importante partire da ciò che non è. Non è raccontare aneddoti aziendali, di un'organizzazione, di un ordine o di un collegio professionale; neppure descrivere la biografia di una azienda, di un'organizzazione, di un ordine o di un collegio; non è scattare

una foto e diffonderla su un social media. Lo storytelling, invece, è un processo, attraverso il quale elaboriamo racconti significativi, in cui proiettiamo noi stessi; un processo che progetta, analizza, costruisce e governa identità e relazioni, attraverso le tecniche del racconto applicate on e off line (Fontana A., 2009).

Lo Storytelling è una scienza molto complessa e varia; per questo è possibile suddividerla in tre ambiti diversi, a seconda del punto di vista impiegato: individuale, strategico, di consumo. Si parla, quindi, di:

1. ORGANIZATIONAL STORYTELLING,
2. STORYTELLING MANAGEMENT,

### 3. MARKETING NARRATIVO O STORYSELLING.

1. L'Organizational Storytelling include tutte le narrazioni, attraverso cui le persone esprimono la propria esperienza lavorativa e professionale all'interno della comunità; si tratta di un ambito che va dalle ricerche qualitative alle operazioni di comunicazione interna (Cortese C., 1999; Boje D.M., 1991; 1993; 1995; 2001).
2. Lo Storytelling Management è un set strategico di storie atte a promuovere attività, iniziative, progetti e a migliorare la visibilità dell'azienda in termini di identità, immagine e reputazione (Van Riel C.B.M., 2000; Salmon C., 2008; Fontana A., 2009).
3. Il Marketing Narrativo o Storyselling comprende le storie che si occupano della promozione di prodotti, del modo di orientare il cliente all'acquisto, dei brand identity e brand positioning. Queste storie afferiscono al mondo del marketing e dell'advertising (Fontana A., 2010).  
 Utilizzare lo storytelling, all'interno della midwifery, è sicuramente un atto originale e inconsueto, ma è, indubbiamente, un atto coraggioso e creativo, quanto efficace, efficiente e sostenibile.

Lo storytelling, narrazione o narration, è un mezzo fondamentale per l'uomo; esso è sempre esistito e sempre esisterà. Attraverso la narrazione si cerca di dare un senso alle cose ed alla propria esistenza, si cerca di fare esperienza del passato e di immaginare il futuro, nonché di afferrare pienamente il presente.

La narrazione è una caratteristica inalienabile del pensiero umano, è linguaggio e forma della mente. L'esperienza veicola la conoscenza ed è veicolata dalla narrazione; così si presenta il circolo virtuoso dell'esistenza umana; così si accede al senso.

La stretta correlazione fra le tre dimensioni - esperienza, conoscenza e narrazione - è interiormente chiara in ognuno di noi; basta pensarci un attimo per rendersi conto che ogni forma di conoscenza deriva da un'esperienza e che la narrazione non è altro se non il veicolo attraverso cui l'esperienza, dunque le conoscenze, possono venire trasmesse, condivise, scambiate tra soggetti, ma anche comprese, introiettate, valutate. Il significato ultimo dell'esistenza è affidato alla narrazione.

Nell'articolarsi del pensiero, è fondamentale riconoscere l'intreccio dei tempi, essere consapevoli di ciò che è stato, di ciò che è e di ciò che è ancora da venire. Attraverso la narrazione possiamo - e riusciamo - a ricostruire e a reinventare il nostro passato, così come a costruire e ad inventare il nostro futuro: "L'immaginazione narrativa - la narrazione - è lo strumento fondamentale del pensiero. Le capacità razionali dipendono da essa, in quanto mezzo principale per guardare al futuro, per prevedere, pianificare e spiegare" (Denning S., 2005).

Attraverso la costruzione e la narrazione di

storie, da sempre, le persone danno un senso al proprio agire e poiché le organizzazioni e i contesti sanitari sono costituiti da persone, risulta evidente come lo storytelling sia intimamente correlato con il mondo sanitario.

Lo storytelling costituisce, pertanto, una dimensione importante all'interno del contesto sanitario, popolato da persone, sia clienti interni che esterni: le storie che ruotano attorno al brand, ai prodotti e servizi, alle persone rappresentano una leva strategica per il mondo sanitario, ma sono anche una necessità profonda degli individui che le abitano.

In questo modo l'organizzazione sanitaria è "vitale": un'organizzazione in cui le "vite" delle persone sostituiscono le risorse umane. Un luogo in cui i valori organizzativi non sono concetti astratti raccolti in un codice etico, ma valori reali: persone, relazioni, ambiente, comunità, prodotti, servizi.

Quindi, fare storytelling per un'organizzazione sanitaria significa saper gestire meglio il cambiamento culturale e organizzativo, raccontando con nuovi codici e stili linguistici. Equivale, anche, a raccontarsi con nuova forza persuasiva alle persone che, ormai, sono abituate ai codici della comunicazione pubblicitaria.

Le organizzazioni pubbliche o private, profit e non profit che si raccontano e raccontano i loro prodotti e servizi, evocano sensazioni, tracce emotive, suggestionano la memoria individuale e di gruppo: generano una serie di emozioni.

L'organizzazione cerca, in questo modo, di creare un solido legame con il suo cliente, raccontando una storia di tradizione e valori coerente e continuativa, in cui le persone si possano identificare: la narrazione, per essere efficace e significativa, deve essere credibile, convincente, coerente, straordinaria, aderente ad una certa visione del mondo, autentica.

### **L'applicazione dello storytelling in ambito sanitario**

In ambito sanitario lo storytelling è stato utilizzato principalmente negli interventi di educazione sanitaria dei pazienti, nella formazione dei professionisti sanitari, per rafforzare l'identità degli stessi e come strumento per la raccolta dei dati e per l'intervento in ambito sanitario.

Il suo impiego in sanità, inoltre, può essere utile per i pazienti, nella creazione di un ambiente per la condivisione delle esperienze e per la creazione di gruppi di sostegno. Le storie possono essere utilizzate per informare i gruppi emarginati sulle questioni relative alla salute e sono più efficaci se utilizzate con le popolazioni che hanno una forte tradizione narrativa. Ancora più importante, possono essere utilizzate per fornire agli studenti gli approfondimenti sulle esperienze del servizio che forniscono.

In ambito sanitario, in particolare, i professionisti sanitari, in qualità di educatori, iniziano ad essere consapevoli del fatto che le storie

ad essere consapevoli del fatto che le storie possono promuovere l'interazione con gli operatori sanitari, ridurre la sensazione di isolamento e promuovere sentimenti di empatia e compassione (Haigh C., Hardy P., 2011).

Le storie possono essere importanti per l'apprendimento dei professionisti sanitari, poiché questi, come individui, vivono una grande varietà di esperienze nuove e talvolta sconcertanti. Attraverso lo scambio di storie e interpretazioni, i professionisti sanitari possono derivare il senso, o dare un senso all'esperienza, che può diventare un modo fruttuoso di esplorare questioni professionali complesse e spesso correlate (Edwards S.L., 2014).

Le esperienze dei professionisti sanitari, in forma narrativa, possono chiarire le pratiche professionali così come avviene attraverso il problem solving e la riflessione in azione, e spiegare la complessità e l'imprevedibilità del contesto nel quale essi operano.

Utilizzare le storie può generare progressi nella comprensione, poiché ogni storia genera nuovi interrogativi, che possono condurre a "dare un senso". I professionisti sanitari giungono ad una comprensione più profonda di particolari problemi o fenomeni. Possono comprendere qualcosa in modo diverso da come l'avevano compreso prima. Le storie possono fornire un più profondo apprezzamento della complessità, che può portare ad un aumento della competenza interpretativa, incrementando in tal modo l'expertise. Trovare molteplici interpretazioni di un evento particolare ed essere in grado di notare ciò che non era stato mai visto prima, può aiutare i professionisti sanitari a riconoscere e valorizzare gli eventi particolari e ad estrarre i punti specifici dell'apprendimento dalle esperienze, organizzate come storie. Le storie che sono vissute, analizzate e criticate hanno il potenziale di cambiare la vita personale e professionale dei professionisti sanitari (Edwards S.L., 2014).

Le storie contribuiscono allo sviluppo emotivo, all'intuizione etica, all'intuizione e all'apprendimento. I professionisti sanitari, attraverso le storie, giungono ad un apprendimento olistico, perché nella pratica clinica non è possibile scomporre l'esperienza in più parti, poiché ogni parte è un pezzo collegato di un intero.

Inoltre, secondo May e Fleming (1996), utilizzando le storie derivate dalla disciplina dei professionisti sanitari qualificati, lo storytelling è stato utilizzato, anche, per esplorare e erodere i confini simbolici tra le varie professioni sanitarie (Haigh C., Hardy P., 2011).

Cangelosi e Whitt (2006) descrivono l'efficacia dello storytelling nella possibilità di fornire agli studenti universitari (gli storyteller) nuovi metodi di insegnamento e come un modo per sviluppare l'identità di gruppo in una comunità online.

Schwartz e Abbott (2007) enfatizzano come l'uso delle storie dei pazienti, nell'educazione universitaria, ha determinato da parte degli studenti un cambiamento nell'approccio alla

cura dei pazienti e un miglioramento nel modo in cui loro ottengono le informazioni sui loro pazienti (Haigh C., Hardy P., 2011).

I professionisti sanitari utilizzano lo storytelling per rispondere alle esigenze delle popolazioni svantaggiate e per aiutarle a comprendere i processi di malattia cronica, per incoraggiare pratiche di prevenzione primaria e per gestire i comportamenti di salute (Palacios J.F. et al., 2014).

Lo storytelling, rappresenta, inoltre, un modo facilmente accessibile e culturalmente sensibile per la raccolta dei dati. Lo storytelling, infatti, condivide anche alcune comunanze con l'intervista di ricerca, come strumento di raccolta di dati. Entrambi sono co-costruiti dai partecipanti e mirano a scoprire i fenomeni che possono essere le esperienze, le conoscenze, le idee, le opinioni e le credenze.

Utilizzare lo storytelling per le organizzazioni sanitarie può, quindi, essere un asset strategico. Le organizzazioni sanitarie, infatti, che saranno in grado di cogliere le potenzialità dello storytelling e di sfruttarle al meglio, gestendone il processo in modo globale e in assonanza con la strategia complessiva dell'organizzazione, avranno la possibilità produrre una serie di miglioramenti a diversi livelli: organizzativo, comunicazionale, conoscitivo e relazionale.

Le organizzazioni sanitarie che narrano e si narrano attraverso storie di tradizione e valori coerenti e continuative, in cui le persone si possano identificare, saranno in grado di entrare in contatto con le emozioni del suo pubblico e, di conseguenza, di ottenere anche un vantaggio competitivo sul proprio mercato di riferimento e nei confronti dei concorrenti.

Lo storytelling, per l'organizzazione sanitaria può rappresentare il collante ideale per ricostituire all'interno dell'organizzazione lo spirito di squadra. Lo storytelling mette in evidenza il talento. Fa emergere l'eccellenza. Propone una visione di solidarietà. Si fonda su principi di meritocrazia.

Il corporate storytelling è un processo di ricostruzione dell'anima di un'organizzazione. Mette insieme sul medesimo piano narrativo le singole storie di chi lavora all'interno d'un'organizzazione per costituirne poi, un canovaccio comune.

Sentirsi parte di una storia. È questo il valore di una modalità di comunicazione che va oltre ai dati di fatturato, alle politiche commerciali e le strategie di mercato. Lo storytelling mette al centro il capitale più importante: le persone.

Questo perché lo storytelling è in grado di facilitare l'adozione di modalità di comunicazione e di lavoro in armonia con le necessità delle persone, di dare il giusto riconoscimento al contributo di ognuno nel successo dell'organizzazione.

Investire su un personale motivato, in grado di dare il massimo e felice di sentirsi parte di una grande organizzazione, può avere degli ottimi ritorni in termini di efficacia, efficienza e sostenibilità; ancora di più oggi, in una situazione

dove le incertezze regnano e il senso di smarrimento aumenta.

Oggi, qualunque organizzazione, che desideri distinguersi e raggiungere dei buoni risultati, deve oramai dimostrare di essere pronta ad intraprendere processi innovativi: lo storytelling, narrazione o narration sembra la chiave giusta per avviarli.

## Storytelling e Midwifery: quali vantaggi per la disciplina

Di fatto lo storytelling è sempre esistito e l'uomo l'ha sempre utilizzato. Negli ultimi anni, però, lo "storytelling" è balzato improvvisamente sotto la luce dei riflettori. Da cosa deriva questa improvvisa attenzione per un atto che è connaturato in noi dalla notte dei tempi? La ragione del fatto che l'efficacia dello storytelling è innegabile, soprattutto quando lo si utilizza nel settore corporate, è molto semplice. Lo "storytelling" funziona!

Allora, se lo storytelling funziona, sorge spontaneo interrogarsi su quali vantaggi può fornire alla Midwifery.

Per comprendere, pienamente, le aree-funzioni nelle quali lo storytelling può essere applicato e, pertanto, può generare dei vantaggi per la Midwifery, risulta funzionale partire dalla visualizzazione schematica dei sei suoi principali ambiti di applicazione (Figura 1)

Queste sei grandi aree corrispondono, poi, ad attività manageriali specifiche che, nell'ottica

della Midwifery, possono essere lette come:

- ◆ governance dell'identità e dell'immagine della F.N.C.O. (Federazione Nazionale Collegi Ostetriche);
- ◆ gestione del cambiamento interno/esterno sia a livello strategico, che a livello individuale e di servizio (F.N.C.O. - Midwife - Servizi prodotti per i vari stakeholder di riferimento);
- ◆ guida complessa delle relazioni istituzionali (F.N.C.O.);
- ◆ presidio e sviluppo dei servizi prodotti per i vari stakeholder di riferimento.

Vedere la Federazione Nazionale Collegi Ostetriche, sotto questo punto di vista porta a ripensare i ruoli: dei vertici F.N.C.O. e di chi declina le linee guida valoriali in strategic statements; della comunicazione interna e delle sue capacità di orientare e sensibilizzare i pubblici interni (Midwives); del training e dello sviluppo organizzativo (che oggi più che mai, per le Midwives, ha l'esigenza di formare comportamenti e indicare atteggiamenti di lavoro ad estesa endurance); del brand management e della possibilità di creare una personalità narrante della F.N.C.O. - capace di parlare all'animo delle persone (i diversi stakeholder di riferimento); della comunicazione esterna con l'opportunità di fidelizzare i diversi stakeholder esterni (Donne - Famiglie - Collettività - Policy maker); della creazione di servizi (che necessitano sempre più di un nuovo ordine narrativo, che sia in grado di promuovere, proteggere e mantenere la salute di genere).

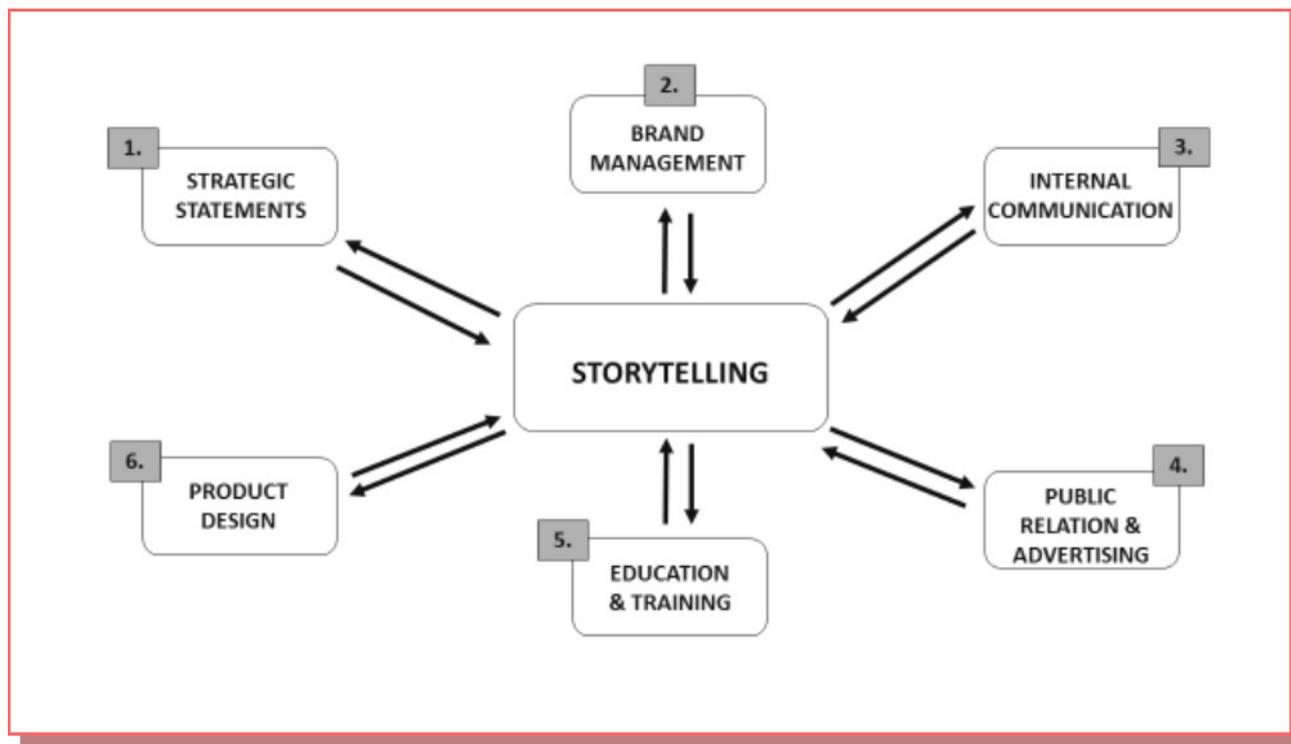


FIGURA I: Gli ambiti/aree di applicazione dello storytelling (Fontana A., 2009)

Da questo breve excursus sono evidenti i vari vantaggi che lo storytelling può fornire alla Midwifery ma, fra questi, quello più strategico, in questo momento storico, è senza ombra di dubbio la divulgazione/rafforzamento, fra i vari stakeholder di riferimento, del racconto della ragione storica dell'identità Ostetrica: promuovere, proteggere e mantenere la salute di genere (donna/feto/neonato).

L'importanza della divulgazione/rafforzamento di questo racconto ai pubblici di riferimento è indubbia, non solo per garantire loro la presenza del professionista più competente ma, anche, per mantenere lo status della professione.

L'utilizzo dello storytelling, nell'ambito della disciplina, permetterebbe di creare un racconto nel quale sia presente uno schema narrativo allineato con la storia di vita e gli interessi dei lettori (Donne - Famiglie - Collettività - Policy maker). Un racconto che descriva i "live changing events", legati alla impresa esistenziale della donna (vita intrauterina, nascita, pubertà ed adolescenza, età fertile, gravidanza, parto, puerperio, menopausa e climaterio).

Una narrazione nella quale, nei "live changing events", da un lato emergano le competenze materne (emancipazione, empowerment, essere donna, essere figlia, essere madre, ecc.), che le permettono di giungere a una nuova identità, attraverso una trasformazione del proprio sé e, dall'altra risaltino le competenze e gli strumenti delle midwives, per consentano alla donna di raggiungere la scoperta del suo vero sé, dei talenti e delle attitudini profonde, per arrivare al riconoscimento della propria identità femminile e, quindi, incominciare un nuovo cammino esistenziale.

Nel racconto, quindi, andrebbero inseriti tutti i "life changing events related to woman lifetime health and safety", narrati con impatto emotivo molto forte, attraverso un "wider spectrum of human live experiences" e la cui efficacia sia enfatizzata, grazie alla sua divulgazione su tutti i vari media, in più canali e strumenti (cartacei, relazionali e digitali).

Una narrazione di grande efficacia linguistica, che veicoli un "credo" che affermi l'identità dell'Ostetrica in Italia, quale "Aiutante" in tutti i "life changing events related to woman lifetime health and safety" e, pertanto, che sia memorabile, incisiva, chiara, forte e di grande impatto, anche, estetico.

L'utilizzo dello storytelling consentirebbe, quindi, una narrazione sull'identità dell'Ostetrica in Italia, che veicoli un'efficacia linguistica, attraverso questo credo "In Italia le ostetriche s'impegnano ogni giorno per la salute di genere, superando la difficoltà di non essere ritenute attendibili in questo ambito, per questo esercitano le loro competenze, che consentono la promozione della salute della donna, del bambino, della famiglia e della collettività".

Un racconto efficace che narri la partnership fra la donna e l'ostetrica, veicolata attraverso lo slogan "Tanto più una donna è libera nelle scelte decisionali sulla sua salute, tanto più si può contribuire allo sviluppo dell'Italia: scegli la tua ostetrica!".

## Bibliografia

Boje D.M., "The storytelling organization: a study of story performance in an office-supply firm", in *Administrative Science Quarterly*, n. 36, 1991

Boje D.M., Dennehy R.F., "Managing in the Postmodern World: America's Revolution Against Exploitation", Kendall-Hunt, Dubuque Io, 1993

Boje D.M., "Stories of the storytelling organization: a post-modern analysis of Disney as 'Tamara-land'", *Academy of Management Journal*, 38, 4, 1995

Boje D.M., "Narrative Methods for Organizational & Communication Research", Sage, London, 2001

Cortese C., "L'organizzazione si racconta", Guerini e Associati, Milano, 1999

Denning S., "The leader's guide to storytelling: mastering the art and discipline of business narrative", Jossey-Bass: San Francisco, 2005

Edwards S.L., "Using personal narrative to deepen emotional awareness of practice", *Nursing Standard*, n. 28, 2014

Fontana A., "Manuale di Storytelling. Raccontare con efficacia prodotti, marchi e identità di impresa", Rizzoli Etas, Milano, 2009

Fontana A., "Storyselling. Strategie del racconto per vendere se stessi, i propri prodotti, la propria azienda", Rizzoli Etas, Milano, 2010

Haigh C., Hardy P., "Tell me a story - a conceptual exploration of storytelling in healthcare education", *Nurse Education Today*, n. 31, 2011

Palacios J.F., Salem B., Schanche Hodge F., Albarrán C.R., Anaebera A., Hayes-Bautista T.M., "Storytelling: A qualitative tool to promote health among vulnerable populations", *Journal of transcultural nursing*, 2014

Salmon C., "Storytelling. La fabbrica delle storie", trad. it. Fazi, Roma, 2008

Van Riel, C.B.M., "Corporate communication orchestrated by a sustainable corporate story", in Schultz M., Hatch M.J., Larsen M.H. (Eds), *The Expressive Organisation: Linking Identity, Reputation and the Corporate Brand*, Oxford University Press, Oxford, 2000

## Outcomes ostetrici in seguito a trattamento laser per displasia della cervice uterina: conizzazione e vaporizzazione a confronto

Obstetrical outcomes related to laser therapy for the dysplasia of uterine's cervix: laser vaporization Versus laser conization

**Autori: Sara Grazioli<sup>1</sup>, Angela Gambino<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Dr.ssa Ostetrica ASST— Spedali civili di Brescia, <sup>2</sup>Ricercatore, Clinica Ostetrico-Ginecologia, Dipartimento di Scienze cliniche e Sperimentali—UNIBS

### Abstract

**(ITA) OBIETTIVI.** Lo scopo dello studio è analizzare gli outcomes ostetrici successivi all'applicazione della laser vaporizzazione VS laser conizzazione nel trattamento conservativo della displasia cervicale uterina, confrontando i risultati ottenuti. Le variabili confrontate sono: la modalità di parto, le settimane di gestazione, la necessità di ricorrere al cerchiaggio, la percentuale di neonati IUGR, di basso peso alla nascita, e la percentuale di pPROM tra i due trattamenti.

**MATERIALI E METODI.** Sono state analizzate 347 pazienti. I criteri di inclusione sono stati: donne tra i 19 e i 44 anni che hanno portato a termine una gravidanza successivamente all'esecuzione di laser-conizzazione o laser-vaporizzazione; sia il trattamento, sia il parto avvenuti tra il Gennaio 1989 e Luglio 2013.

**RISULTATI.** Dall'analisi statistica dei risultati si evince che il 7,3% delle donne del gruppo laser vaporizzazione hanno partorito un neonato di peso inferiore ai 2500 grammi, così come 12 donne su 112 (10,5%) trattate con laser conizzazione ( $p < 0,05$ ). Parti pretermine sono stati nel 7,3% dopo laser-vaporizzazione e 19,3% successivamente a laser-conizzazione ( $p < 0,05$ ). Feti IUGR si sono verificati in sole cinque gravidanze: 2 nel gruppo laser-vaporizzazione (0,9%) e 3 in laser-conizzazione (2,6%) ( $p < 0,05$ ). Nello 0,9 % delle gravidanze in seguito a laser vaporizzazione si è verificata la rottura prematura delle membrane (pPROM), VS in 6,2 % delle gravidanze dopo laser conizzazione ( $p < 0,05$ ). Il cerchiaggio è stato applicato nell' 1,3% delle donne sottoposte a laser vaporizzazione VS 4,4% nelle donne sottoposte a laser conizzazione. Le nascite a termine sono state 92,7% ( $n=216$ ) a confronto con l'80,7% ( $n=92$ ) verificatosi nelle donne post-conizzazione ( $P < 0,05$ ).

**CONCLUSIONI.** Questi elementi dovrebbero essere considerati soprattutto nei confronti di donne giovani e nell'ottica di preservare l'anatomia della cervice uterina in funzione del buon esito di gravidanze future.

**(ENGL.) OBJECTIVES.** The aim of the study is to analyse obstetrics outcomes related to laser vaporization therapy VS laser conization in the conservative treatment of dysplasia of uterine, compared to the obtained outcomes. The variables compared are: type of birth, gestational weeks, cervical cerclage, intra uterine grow restriction (IUGR), newborns with low birth weight, preterm premature rupture of membranes (pPROM).

**MATERIALS AND METHODS.** Were enrolled 347 women in pregnancy. The inclusion criteria were: women from 19 to 44 years old, at term after laser vaporization or laser conization therapy from January 1989 to July 2013.

**RESULTS.** From the results we infer that 7,3% of women with laser vaporization delivered a newborn of 2500 grammes or less, compared to 10,5% (12/112 women) treated with laser conization ( $p < 0,05$ ). Preterm deliveries happened in 7,3% after laser vaporization and in 19,3% after laser conization ( $p < 0,05$ ). We had 5 pregnancies with IUGR: 2 in the laser vaporization group (0,9%) and 3 in laser conization group (2,6%) ( $p < 0,05$ ). pPROM happened in 0,9% in the laser vaporization group VS 6,2% into the laser conization group ( $p < 0,05$ ). Cervical cerclage was adopted in 1,3% women in the laser vaporization group VS 6,2% into laser conization group. Birth at term were

## Introduzione

Nel mondo, il tumore della cervice è al 2° posto tra i tumori più frequenti, è la 4° causa di morte nelle donne e rappresenta circa il 9% del totale dei tumori femminili.

La scelta di una terapia medica o chirurgica e le relative metodiche sono condotte in base all'estensione e la gravità della neoplasia, del grado di displasia, dell'età della donna, relativamente al suo desiderio di gravidanza ed eventuali altri problemi ginecologici. Limitatamente alle neoplasie intraepiteliali (displasie), il trattamento di scelta è generalmente di tipo

trattamento di scelta è generalmente di tipo conservativo. Tra le numerose procedure chirurgiche distruttive o escissionali, la laser terapia è quella che per la sua versatilità appare la più adatta al trattamento conservativo cervicale. Il tessuto colpito dal laser viene eliminato istantaneamente evitando il danneggiamento delle zone limitrofe, e viene utilizzato per distruggere il tessuto (vaporizzazione) o per asportarlo al fine di una valutazione microscopica (conizzazione). Lo scopo dello studio è dunque quello di analizzare gli outcomes ostetrici in seguito a queste due tipologie di trattamento, analizzando in particolare il decorso della gravidanza, l'esito del parto, eventuali complicanze, le settimane di gestazione ed il peso alla nascita.

## Materiali e metodi

I dati sono stati ottenuti per gentile concessione dell'U.O. di ginecologia e ostetricia dell'ASST Spedali civili di Brescia e racchiudono un totale di **347** pazienti afferenti presso il dipartimento stesso.

**I criteri di inclusione** prevedono: donne che hanno avuto una gravidanza in seguito al trattamento della lesione cervicale dovuta ad HPV, in particolare successivamente alla laserterapia (laser vaporizzazione e laser conizzazione).

I casi analizzati sono quelli che prevedono sia la data del trattamento che il successivo parto nel periodo di tempo compreso fra Gennaio 1989 e Luglio del 2013, presso l'ASST Spedali Civili di Brescia.

## Analisi statistiche

Le variabili categoriche sono state rappresentate con percentuali. Le differenze nella distribuzione delle variabili considerate sono state valutate mediante il test del Chi-quadrato o il test esatto di Fisher.

È stato considerato statisticamente significativo un valore di  $p < 0,05$ .

È stato stimato il Rischio Relativo tenendo conto dei fattori confondenti (età delle donne e diagnosi della lesione al momento del trattamento), utilizzando il modello di regressione logistica.

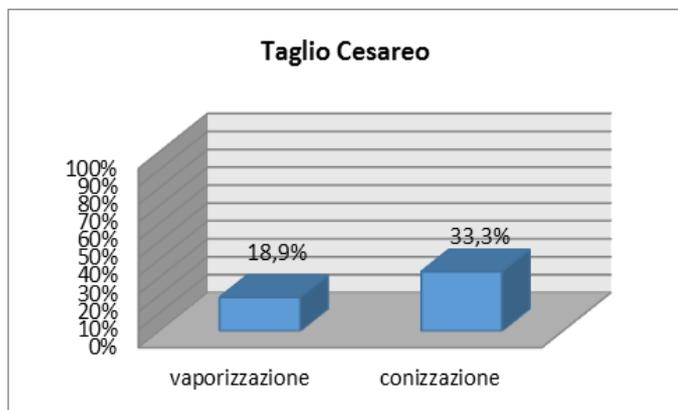


FIG. 1 taglio cesareo

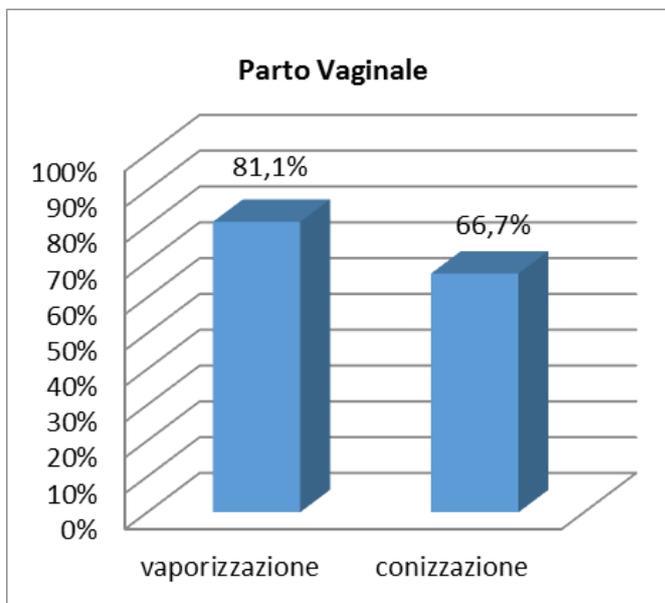


FIG. 2 Parto vaginale

## Risultati

In questo studio sono state analizzate complessivamente **347** gravidanze concluse dopo un trattamento con laserterapia. In particolare:

114 dopo laser-conizzazione (32,9%)

233 dopo laser-vaporizzazione (67,1%)

Al trattamento il 21% delle donne presentava semplicemente un'infezione da HPV.

Il 30,8% era stata riscontrata una neoplasia cervicale intraepiteliale di tipo 1 (CIN1), con alterazione dei processi di maturazione delle cellule dello strato basale, aumentata proliferazione associata a mitosi atipica, nuclei ingranditi e rare atipie nucleari.

Le lesioni cervicali intraepiteliale 2 e 3 (CIN2-3) erano state diagnosticate rispettivamente al 28,2 % e al 16,2% delle donne analizzate. Per quest'ultimi due quadri diagnostici, si è notato che si è proceduto nella maggior parte dei casi a laser conizzazione in quanto displasia severa.

Le Fig.1 e 2 rappresentano le modalità di parto in seguito ai due trattamenti.

Tra le 233 gravidanze in seguito a laser vaporizzazione, l'81,1% di esse hanno partorito per via vaginale, ed alle restanti 18,7 % è stato effettuato il taglio cesareo.

Le 114 gravidanze dopo laser conizzazione invece, si sono concluse nel 66,7% con un parto vaginale e nel 33,3% con un taglio cesareo.

La Fig.3 mostra la percentuale di parto pretermine (< 37W) in seguito ai due trattamenti laser. Dal grafico è possibile notare come questa differenza in seguito ai due diversi trattamenti sia rilevante: 7,3% dopo laser-vaporizzazione e 19,3% successivamente a laser-conizzazione.

Come in letteratura non vi è nessuna evidenza riguardo alla relazione laser terapia-IUGR, così anche all'interno del nostro studio non è stato dimostrato che le gravidanze insorte successivamente a vaporizzazione e conizzazione comportino un aumentato rischio di feto con ritardo di crescita intrauterino.

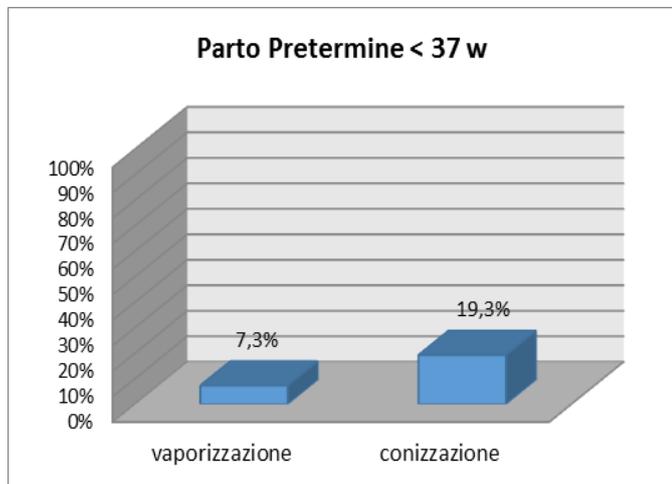


Figura 3: Parto pretermine < 37 w

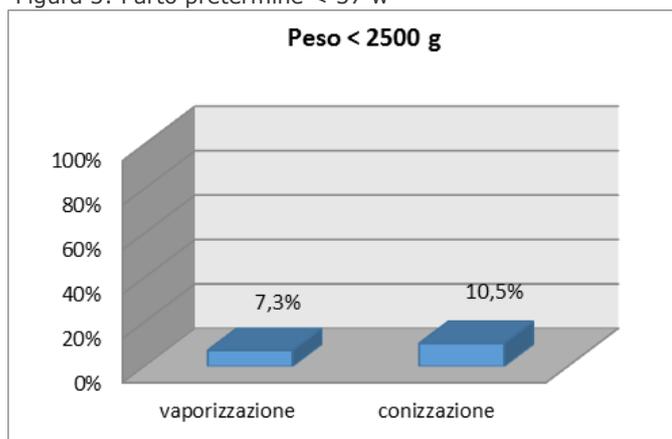


Fig. 4 Peso alla nascita

	LASER-VAPORIZZAZIONE	LASER-CONIZZAZIONE
$\geq 2500$ gr	217 (92,7%)	102 (89,5%)
< 2500 gr	17 (7,3%)	12 (10,5%)

Il basso peso alla nascita è un altro elemento che la letteratura considera tra gli esiti negativi in seguito

ai trattamenti laser. La Fig.4 illustra i risultati di questa relazione all'interno del nostro studio. 17 donne tra le 233 (7,3%) che erano state sottoposte a laser vaporizzazione hanno partorito un neonato di peso inferiore ai 2500 grammi, così come 12 donne su 112 (10,5%) trattate con laser conizzazione. La percentuale superiore nelle pazienti trattate con conizzazione è giusti-

ficata dal maggior numero di parti pretermine in questo gruppo.

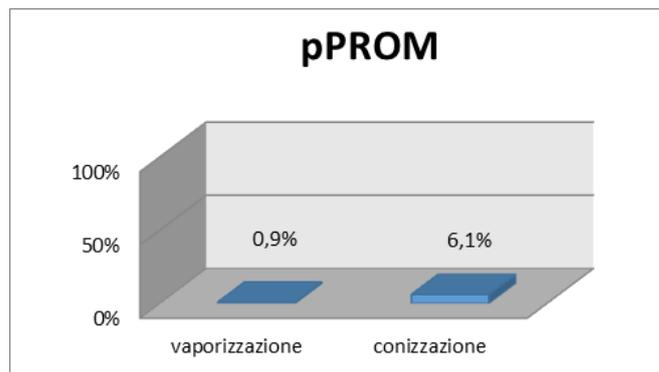


Fig. 5 pPROM

La Fig.5 mostra l'ultimo elemento esaminato.

Ci siamo soffermati sulla percentuale di pPROM nelle gravidanze insorte successivamente ai due trattamenti per la displasia della cervice.

Come è possibile osservare, in 0,9 % delle gravidanze in seguito a laser vaporizzazione si è verificata la rottura prematura delle membrane (pPROM), evento riscontratosi in 6,2 % delle gravidanze dopo laser conizzazione, evento che può essere determinato da una diminuzione del supporto meccanico della cervice, aumentando la suscettibilità alle infezioni per la perdita della produzione di muco cervicale.

## Conclusioni

Il ricorso al Taglio Cesareo è un rischio significativamente comune nelle donne gravide trattate precedentemente con laser-conizzazione per displasia della cervice, ed in queste pazienti si potrebbe verificare un rischio maggiore di rottura delle membrane.

Per questo motivo, riteniamo che il trattamento di laser-conizzazione della cervice uterina dovrebbe essere utilizzato con parsimonia nelle donne più giovani e quelle con una precedente storia di conizzazione dovrebbero essere strettamente monitorate durante la gravidanza.

È fondamentale sottolineare che è veramente importante nel trattamento delle giovani donne con lesioni intraepiteliali cervicali, utilizzare un trattamento personalizzato, sulla base dell'esperienza e della capacità del medico di eseguire la colposcopia per scoprire il miglior equilibrio tra la necessità di sradicare la malattia e la possibilità di andar incontro a minimi difetti e/o disturbi dell'anatomia cervicale.

In conclusione, il nostro studio evidenzia chiaramente che l'escissione della zona di trasformazione è associato ad un piccolo ma reale aumento del rischio di morbilità legata alla gravidanza. Questi risultati dovrebbero essere considerati quando viene eseguita la consulenza alle donne, prima del loro consenso al trattamento e soprattutto ricordarsi di proporre alle donne che presentano anomalie di grado lieve un adeguato periodo di osservazione prima di prescrivere un eventuale intervento.

## Bibliografia

- 1) **Chris J.L.M. Meijer e al.** Screening for cervical cancer: Should we test for infection with high-risk HPV? *CMAJ* 2000; 163(5): 535-538.
- 2) **Ghanem KG, Datta SD, Unger ER et al.** The association of current hormonal contraceptive use with type-specific HPV detection. *Sex Transm Infect* 2011 Aug;87 (5):385-8.
- 3) **Alam S, Conway MG, Chen HS et al.** The cigarette smoke carcinogen benzo[a]pyrene enhances human papillomavirus synthesis. *J Virol.* 2008; 82:1053-1058.
- 4) **ACOG practice bulletin.** Cervical insufficiency. *Int J Gynaecol Obstet* 2004; 85:81-9.
- 5) **Weber T, Obel EB.** Pregnancy complications following conization of the uterine cervix (II). *Acta Obstet Gynecol Scand* 1979; 58:347-51.
- 6) **Valle A, Bottino S, Meregalli V et al.** "Ritardo di crescita fetale". *Manuale di Sala Parto.* 2ed. Milano, EdiErmes, 2008, pp.225-29.
- 7) **Bruinsma F, Quinn M.** The risk of preterm birth following treatment for precancerous changes in the cervix: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2011;118:1031- 41.
- 8) **Mi Lee S, Jun JK.** Prediction and prevention of preterm birth after cervical conization. *J Gynecol Oncol.* 2010 December 30; 21 (4): 207-08
- 9) **Ajello L, Barbanti Brodano G.** "Papillomavirus e Poliomavirus". In: La Placa M (a cura di). *Principi di microbiologia medica.* 11 ed. Bologna, Società editrice Esculapio, 2008, pp. 604-10.
- 10) **Bernard HU.** The clinical importance of the nomenclature, evolution and taxonomy of human papillomaviruses. *J Clinical Virol.* 2005; 32: 1-6.
- 11) **Bosch FX, Lorincz A, Munoz N et al.** The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol.* 2002; 55: 244-65.
- 12) **Brinton LA, Reeves WC et al.** Parity as a risk factor for cervical cancer. *Am J Epidemiol* 1989; 130:486-96.
- 13) **Castellsagué X, Muñoz N.** Chapter 3: Cofactors in human papillomavirus carcinogenesis-role of parity, oral contraceptives, and tobacco smoking. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2003; (31):20-8.
- 14) **Chiaradia G, La Torre G, Ricciardini W.** Epidemiologia dell'infezione da HPV e delle malattie correlate. *It J Public Health.* 2007; 4 (2):3-11.
- 15) **Confortini M.** Impatto delle patologie HPV correlate in Italia. *Riv It Ost Gin.* 2008; 19: 886-90.
- 16) **Crane J.M.G.** Pregnancy outcome after loop electrosurgical excision procedure: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2003;102:1058-1062.
- 17) **Daling JR, Madeleine MM, Schwartz SM, et al.** A population based study of squamous cell vaginal cancer: HPV and cofactors. *Gynecol Oncol* 2002;84:263-70.
- 18) **De Aloysio D, Guida G.** Gestione e trattamento della displasia cervicale HPV-relata. *Riv It Ost Gin.* 2008; 19: 900-07.
- 19) **Doorbar J.** The papillomavirus life cycle. *J Clinival Virol.* 2005; 32S: S7-S15.
- 20) **Fallani M.G, Penna C, Fambrini M et al.** Laser CO2 vaporization for high-grade cervical intraepithelial neoplasia: a long-term follow-up series. *Gynecol Oncol* 2003;91:130-3.
- 21) **Forsmo S, Hansen MH, Jacobsen BK.** Pregnancy outcome after laser surgery for cervical intraepithelial neoplasia. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996;75:139-43.
- 22) **Hagen B, Skjeldestad FE.** The outcome of pregnancy after CO2 laser conisation of the cervix. *J Obstet Gynaecol* 1993;100:717-20.
- 23) **Hyun Nam K, Young Kwon J, Kin YH et al.** Pregnancy outcome after cervical conization: risk factors for preterm delivery and the efficacy of prophylactic cerclage. *J Gynec Oncol.* 2010 December 30; 21(4): 225-29.
- 24) **Kristensen J, Langhoff-Ross J, Wittrup M, et al.** Cervical conisation and preterm delivery/low birth weight: a systematic review of the literature. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72:640-4.
- 25) **Kyrgiou M, Koliopoulos G, Martin-Hirsch P et al.** Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2006; 367: 489-98.
- 26) **Marks M, Gravitt PE, Gupta SB et al.** Combined oral contraceptive use increases HPV persistence but not new HPV detection in a cohort of women from Thailand. *J Infection Dis.* 2011 Nov 15; 204 (10): 1505-13.
- 27) **Munoz N, Franceschi S et al.** Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. *Lancet* 2002; 359:1093-101.
- 28) **Munoz N, Bosch FX, de Sanjosé S et al.** Epidemiologic Classification of Human Papillomavirus Types Associated with Cervical Cancer. *N Eng J Med.* 2003; 348: 518-27.
- 29) **Murray PR, Rosenthal KS, Kobayshi GS et al.** "Papovavirus". In. Palù G ( a cura di). *Microbiologia medica.* 2ed. EdiSES, pp.472-80.
- 30) **Parkin M, Bray F, Ferlay J et al.** Estimating the world cancer burden: globocan 2000. *Int J Cancer.* 2001; 94: 153-56.
- 31) **Reynolds L A, Tansey E M. (eds) (2009)** *History of Cervical Cancer and the Role of the Human Papillomavirus, 1960-2000.* Wellcome Witnesses to Twentieth Century Medicine, vol. 38. London: Wellcome Trust.
- 32) **Sadler L, Saftlas A, Wang W et al.** Treatment for cervical intraepithelial neoplasia and risk of preterm delivery. *JAMA* 2004;91:2100-6.
- 33) **MH, Bauer HM, Hoover RN, et al.** Epidemiologic evidence showing that human papillomavirus infection causes most cervical intraepithelial neoplasia. *J Natl Cancer Inst.* 1993;85:958-64.
- 34) **Sjoberg KD, Vistad I, Myrh SS, et al.** Pregnancy outcome after cervical cone excision: a case-control study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 86:423-428.
- 35) **Smith JS, Green et al.** Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet* 2003 Apr5;361(9364):1159-67.
- 36) **Sopracordevole F, Angelini M, Gardonio V et al.** Trattamento della Neoplasia Intraepiteliale Cervicale (CIN). *La Colposcopia in Italia.* 2000; 3:16-23.
- 37) **Szarewski A, Maddox P et al.** The effect of stopping smoking on cervical Langerhans' cells and lymphocytes. *BJOG* 2001 Mar; 108(3):295-303.
- 38) **Tan L, Pepra E, Haloob RK.** The outcome of pregnancy after large loop excision of the transformation zone of the cervix. *J Obstet Gynaecol.* 2004;24:25-7.
- 39) **Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, et al.** Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol* 1999; 189: 12-9.
- 40) **Winkelstein W Jr.** Smoking and cancer of the uterine cervix: hypothesis. *Am J Epidemiol* 1977 Oct; 106(4):257-9.
- 41) **Zivadinovic R, Lilic G, Dordevic B et al.** Outcome of the pregnancies after uterine cervix conization. *Med Biol.* 2007 Nov 2; 14: 88-91.

## RICERCA

# Relazione tra emorragia post partum e durata del travaglio di parto: Revisione della letteratura

## - Postpartum Hemorrhage and labour length: a Literature review -

Autori: Furlan Chiara<sup>1</sup>, Panzeri Maria<sup>2</sup>, Fumagalli Simona<sup>3</sup>, Pellegrini Edda<sup>4</sup>, Nespoli Antonella<sup>5</sup>.  
<sup>1,2,3,4,5</sup> *Dipartimento di Medicina e Chirurgia Università degli Studi di Milano Bicocca*".

### Abstract

**Background:** La letteratura propone il travaglio prolungato come fattore di rischio per l'emorragia post partum (EPP), tuttavia questa non definisce la durata dei singoli stadi in relazione all'outcome indagato. Questa revisione della letteratura ha come obiettivo primario quello di valutare la presenza di una correlazione tra durata dei singoli stadi del travaglio e rischio di EPP. Obiettivo secondario è determinare i cut off relativi ad ogni stadio, oltre i quali aumenta il rischio di EPP.

**Metodi:** gli articoli sono stati reperiti da Pubmed e CINAHL in febbraio 2016. Gli studi inclusi riportavano la definizione di EPP e della durata degli stadi.

**Risultati:** dalla revisione della letteratura è emerso che c'è correlazione tra la durata dei singoli stadi e l'EPP ma non si identifica un cut off comune tra gli studi.

**Discussione:** gli studi inclusi non permettono di stabilire un limite temporale comune per ogni stadio in quanto il campione di ogni studio ha caratteristiche differenti (parità, tipo di parto, età gestazionale, insorgenza del travaglio, utilizzo dell'epidurale); inoltre gli studi non descrivono le singole fasi di ogni stadio.

**Background:** literature shows that prolonged labour is a risk factor for the postpartum haemorrhage (HPP); although studies don't define the specific stage associated with HPP. This literature review was conducted to evaluate evidence for the influence of each stage on the risk of HPP; and eventually, to define temporary cut off beyond whom there is an increase of HPP.

**Methods:** articles were searched using Pubmed and CINAHL in February 2016. Studies were included according to 2 criteria: definition of HPP and length of each stage.

**Results:** our literature review found evidence of association between the length of each stage and HPP; however, the literature review is not able to define a shared cut for each stage.

**Discussion:** included studies don't allow to define a unique cut off due to the heterogeneity of sample (parity, delivery, gestational age, onset of labor, use of epidural analgesia); moreover, the studies don't evaluate the single phases of each stage.

## Introduzione

L'emorragia post partum (EPP) è la principale causa di mortalità e morbidità materna non solo nei paesi in via di sviluppo [RCOG, 2009-2011]. Secondo il WHO l'EPP occorre in circa il 2% di tutti i parti e costituisce una delle cause più frequenti di mortalità e morbidità nella popolazione ostetrica a livello globale, provocando circa un quarto delle morti materne all'anno e rappresentando la prima causa di morte materna nel mondo [WHO, 2012]. A livello europeo il rapporto European Perinatal Health Report [EURO-ISTAT, 2010] identifica l'emorragia post partum come principale contribuente tra le cause ostetriche dirette al tasso di mortalità materna (MMR) con un'incidenza di 0.68 per 100 000 nati vivi. Anche il rapporto ISTISAN conferma l'emorragia e i disordini ipertensivi in gravidanza come cause principali di mortalità materna (MMR) e di morbosità materna grave (SMR), in particolare l'EPP risulta essere la causa del 57% delle morti materne dirette, che rappresentano il 22% del totale delle morti materne rilevate, entro 42 giorni dal parto [ISTISAN 12/39, 2012] Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, per

EPP si intende una perdita ematica nelle prime

24 ore uguale o superiore a 500 mL nel parto vaginale e maggiore a 1000 mL nel taglio cesareo [WHO, 2012]. L'emorragia post partum può anche essere classificata a seconda della distanza temporale della comparsa del sanguinamento dal parto in: *primaria* se la perdita ematica insorge entro 24 ore dal parto, *secondaria* se avviene tra 24 ore e 12 settimane dopo il parto [RCOG, 2009-2011]. Tra i fattori di rischio per l'EPP si riconosce la durata del travaglio di parto [RCOG, 2009-2011; Queensland, 2012; NICE, 2014] senza distinzione tra i diversi stadi. In caso di travaglio prolungato, il miometrio è sottoposto ad una prolungata sollecitazione che potrebbe influire sull'emostasi meccanica dopo il secondamento causando un aumentato rischio di EPP [Pairman *et al*, 2015] Tuttavia il cut off oltre il quale considerare la lunghezza del travaglio di parto un fattore di rischio per EPP non è definito [ACOG, 2006; Queensland, 2012; NICE 2014]; solo uno ne definisce la durata ponendo il limite a 12 ore [RCOG, 2009-2011]. Per tale motivo si è deciso di condurre una revisione della letteratura per indagare l'in-

## O biettivi

L'obiettivo della revisione della letteratura è quello di valutare la presenza di un'associazione tra la durata di ciascuno stadio e l'EPP e di definire per ogni stadio il cut off oltre il quale aumenta il rischio di EPP.

## M ateriali e metodi

**Criteri di inclusione:** Nella revisione sono stati inclusi tutti i documenti pubblicati in lingua inglese. La selezione degli articoli è stata fatta da due ostetriche. I criteri di inclusione degli studi sono stati due: la descrizione della durata degli stadi del travaglio di parto e la valutazione dell'outcome materno emorragia post partum correlato alla durata degli stadi. Sono stati inclusi tutti gli articoli indipendentemente dal profilo di rischio ostetrico del campione analizzato.

**Strategia di ricerca:** La ricerca è stata condotta dal 5 febbraio 2016 al 15 febbraio 2016 attraverso i seguenti databases elettronici: Pubmed e CINAHL. Le key words utilizzate sono riassunte in Tabella 1 e sono state opportunamente combinate utilizzando l'operatore booleano AND.

duration of labor; first/second/third stage of labor; length of first/second/third stage of labor; prolonged/precipitous labor; active phase of second stage; prolonged first/second/third stage of labor; risk factor	postpartum hemorrhage; perinatal/maternal outcomes
--	---

Tabella 1: keywords

## R isultati

La revisione della letteratura ha portato ad identificare 24 documenti, escludendo quelli in comune alle due banche dati. In seguito viene riportato il diagramma di flusso per la ricerca nelle banche dati utilizzate (Figura 1)

## C ontentuti

La revisione della letteratura ha portato all'analisi di 24 studi pubblicati in lingua inglese tra il 1976 e il 2015; nella Tabella 2 vengono descritte le principali caratteristiche degli studi inclusi. Tutti gli articoli sono stati sottoposti alla valutazione critica tramite Critical Appraisal Skills Programme (CASP) risultando essere di buona qualità (<http://www.casp-uk.net/>). Questi studi hanno un alto grado di eterogeneità rispetto al disegno di studio (1 revisioni sistematiche della letteratura<sup>e</sup>, 2 RCT<sup>t,u</sup>, 18 studi osservazionali retrospettivi<sup>b,c,d,g,h,i,j,k,l,m,n,o,p,q,v,w,x</sup>, 2 studi prospettici<sup>x,y</sup> e 1 studio caso controllo<sup>s</sup>).

Differenze tra gli studi emergono rispetto al setting (16 USA, 4 Europa, 2 Israele, 1 Australia) e alle caratteristiche del campione. La popolazione di donne incluse negli studi analizzati è eterogenea: la gravidanza singola è stato utilizzato come criterio

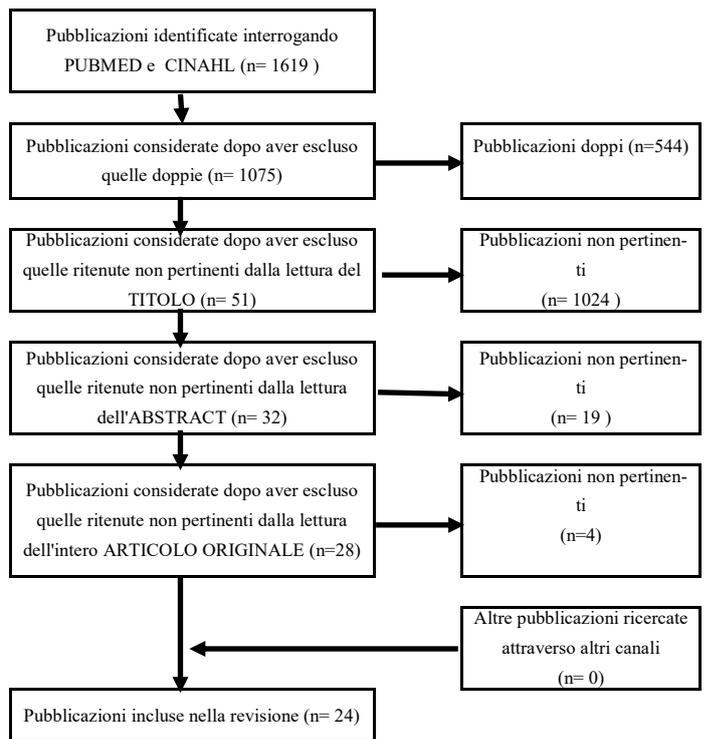


Figura 1: diagramma di flusso degli studi selezionati

di inclusione per 19<sup>a,b,c,d,e,g,h,i,j,k,l,m,n,o,p,t,u,y,z</sup> studi; di questi, 9 analizzano solo la popolazione con gravidanza con età gestazionale superiore a 37 settimane<sup>a,b,c,d,i,j,k,m,n</sup>.

Dato l'obiettivo della revisione gli studi sono stati classificati in base allo stadio del travaglio preso in considerazione come descritto in Figura 2. Dei 25 studi, 4<sup>a,b,c,d</sup> sono stati inclusi nell'analisi del primo stadio del travaglio, 14 del secondo<sup>e,g,h,i,j,k,l,m,n,o,p,q,s,x</sup> e 8 del terzo<sup>s,t,u,v,w,x,y,z</sup>. Due studi<sup>s,x</sup> sono stati considerati sia per il secondo che per il terzo stadio.

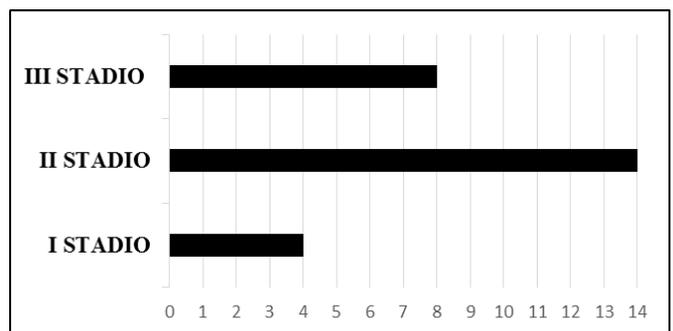


Figura 2: distribuzione degli studi in relazione allo stadio indagato

### Definizione emorragia postpartum

La definizione di EPP è disomogenea nei diversi studi inclusi nella revisione. I parametri utilizzati per definirla sono: perdite ematiche (esprese in ml), differenza di emoglobina (pre e post partum), differenza di ematocrito (pre e post partum) e necessità di trasfusione. La figura 3 riporta la distribuzione degli studi per i parametri considerati nella definizione.

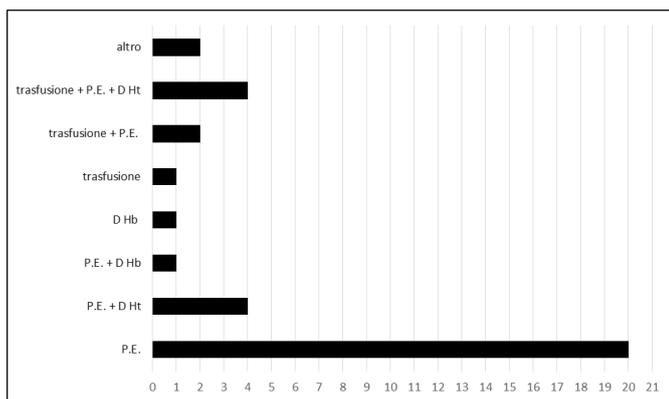


Figura 3: Distribuzione degli studi per parametri considerati nella definizione di EPP

Solo due articoli non hanno utilizzato i parametri sopracitati, definendo EPP come atonia postpartum<sup>l</sup> oppure riportando i casi di EPP senza la stima della perdita ematica<sup>a</sup>.

Tra i 20 studi che considerano come parametro la perdita ematica, 11<sup>g,h,j,k,m,n,o,q,r,s,x,y</sup> la definiscono superiore a 500 ml, 4<sup>b,c,d,e</sup> la definiscono superiore a 500 ml nel parto vaginale e 1000 nel TC, 5<sup>i,t,u,w,z</sup> la definiscono superiore a 1000 ml nel parto vaginale.

Tra i 4 studi che considerano come parametro la differenza di ematocrito pre e postpartum, uno<sup>q</sup> si riferisce ad un decremento del 6%, due<sup>t,u</sup> ad un decremento di 10 punti e uno<sup>z</sup> ad una riduzione del 10%. Dei due studi che utilizzano il parametro dell'emoglobina quello di Dionne et al (2015)<sup>g</sup> fa riferimento ad un decremento di emoglobina di 4 gr/dl, mentre quello di Janni et al (2002)<sup>p</sup> non specifica un delta.

Quando si ricorre all'utilizzo del parametro trasfusione si fa riferimento alla necessità di trasfondere emazie senza indicare le condizioni.

### Primo stadio

Tutti e 4 gli studi<sup>a,b,c,d</sup> che prendono in considerazione il primo stadio del travaglio di parto sono studi osservazionali retrospettivi. Di questi, due studi<sup>b,c</sup> lo definiscono come il periodo di tempo caratterizzato dalla comparsa di contrazioni regolari e dolorose con frequenza di almeno 3 in 10 minuti o ogni 5 minuti e con modificazioni cervicali fino alla dilatazione completa.

Un articolo<sup>a</sup> lo definisce a partire da 4 centimetri di dilatazione fino alla dilatazione completa. L'ultimo studio<sup>d</sup> analizza esclusivamente l'arresto della fase attiva, definito come mancanza di modificazioni cervicali per almeno 2 ore in presenza di attività contrattile adeguata.

L'EPP, in 3 studi<sup>b,c,d</sup>, viene definita come perdita ematica; l'articolo di Harper et al. (2014)<sup>a</sup> la considera EPP solo se definita tale dal ginecologo.

Di 4 studi analizzati, 3<sup>b,c,d</sup> descrivono una correlazione tra incidenza di EPP e durata del primo stadio (vedi Tabella 2). Di questi Cheng et al (2009)<sup>c</sup> riporta in un primo lavoro, una durata del primo stadio superiore a 24 ore oltre la

quale si osserva un aumento del rischio di EPP per un gruppo di donne con travaglio di parto indotto; in un lavoro del 2010b la prolunga fino a 30 ore in caso di travaglio spontaneo non accelerato (OR 1.81 IC 95% 1.06-3.09).

In entrambi i lavori non viene fatta distinzione tra fase latente e fase attiva del primo stadio. La correlazione tra i due eventi analizzati viene descritta anche da Henry et al. (2008)<sup>d</sup>, tuttavia perde significatività se corretta per età materna, parità, etnia, BMI, pre TC, induzione del travaglio di parto, analgesia epidurale.

### Secondo stadio

Tra i 14 articoli che analizzano il secondo stadio ve ne sono 10 che non distinguono la fase attiva e quella passiva del secondo stadio<sup>h,j,l,m,n,o,p,q,r,s,x</sup>, 1<sup>i</sup> le descrive entrambe e i restanti due articoli<sup>g,k</sup> prendono in analisi solo la fase attiva.

L'EPP viene definita con il solo parametro delle perdite ematiche in 8<sup>h,j,k,m,n,o,s,x</sup>, mentre l'articolo di Le Ray et al. (2011)<sup>i</sup> la definisce come perdita ematica maggiore di 1000 ml o necessità di trasfusione. Tre studi<sup>e,g,p</sup> la definiscono con la presenza di almeno uno tra i parametri perdite ematiche e differenza di emoglobina; l'articolo di Cohen et al. (1976)<sup>q</sup>, invece, valuta le perdite ematiche o la differenza di ematocrito.

Solo uno studio<sup>l</sup> la definisce come atonia postpartum. Lo studio proposto da Rouse et al. (2009)<sup>l</sup>, Cheng et al. (2004 - 2007)<sup>n,m</sup>, Cohen et al. (1977)<sup>q</sup> riportano la correlazione tra EPP e durata del secondo stadio maggiore di 3 ore. Il cut off viene anticipato a 2 ore dagli articoli di Myles et al. (2003)<sup>o</sup>, Janni et al. (2002)<sup>p</sup>.

Lo studio prodotto da Henry et al. (2005)<sup>s</sup> anticipa ulteriormente la soglia a 1 ora, durata ridotta a 30 minuti nello studio di Bais et al. (2004)<sup>x</sup>. Anche il lavoro di Laughon et al. (2014)<sup>h</sup> trova questa correlazione ponendo dei limiti differenti in relazione alla parità: 3 ore per le nullipare con epidurale e 2 ore per le pluripare con l'epidurale; l'associazione si indebolisce per nullipare e pluripare senza epidurale, i cui cut off sono rispettivamente 2 e 1 ora. Quest'ultimo limite era stato identificato come significativo anche da Allen et al. (2009)<sup>j</sup>. L'articolo<sup>l</sup> che analizza separatamente le due fasi del secondo stadio non trova correlazione tra la durata della fase passiva e l'EPP, mentre correla la durata della fase attiva maggiore di 40 minuti.

Tra i 2 studi che analizzano solo la fase attiva, uno<sup>g</sup> trova la correlazione tra i due eventi, ponendo il cut off a 18 minuti; l'altro<sup>k</sup> posticipandolo a 2 ore.

Tra gli studi inerenti al secondo stadio c'è una revisione sistematica della letteratura<sup>e</sup> condotta da Altman et al. (2006)<sup>e</sup> che trova forte associazione tra durata del secondo stadio maggiore di 2 ore e l'EPP: 4 dei 5 studi analizzati riportano questa correlazione.

I dati significativi sono riassunti nella Tabella 2.

	N° articoli analizzati	N° articoli che correlano con EPP	Descrizione risultati significativi	
I stadio	4	3	>24 ore	OR 3.16 I.C. 95% (1.73-5.79)c
			Arresto fase attiva	OR 1.70 I.C. 95% (1.32-2.18)d
II stadio	14	14	>18 minuti	OR 1.35 I.C. 95% (1.10-1.67)g
			>40 minuti	OR 3.5 I.C. 95% (1-12.3)i
			>2 ore	OR 1.51 I.C. 95% (1.38-1.65)j
			>1 ora	OR 1.6 I.C. 95% (1.10-2.30)k
			>3 ore	P value < 0.011
			>3 ore	OR 2.27 I.C. 95% (1.66-3.11)m
			>3 ore	OR 1.48 I.C. 95% (1.24-1.78)n
			>2 ore	P value < 0.001o
			>2 ore	OR 2.3 I.C. 95% (1.60-3.31)p
			>3 ore	P value < 0.001q
			>1 ora	OR 2.13 I.C. 95% (1.28-3.55)s
			>30 minuti	OR 2.74 I.C. 95% (1.37-5.49)x
III stadio	8	8	>30 minuti	OR 7.56 I.C. 95% (2.25-25.45)s
			>10 minuti	OR 2.70 I.C. 95% (1.13-6.42)t
			>10 minuti	OR 2.70 I.C. 95% (1.13-6.42)u
			>10 minuti	OR 1.43 I.C. 95% (1.15-1.79)v
			>10 minuti	OR 2.1 I.C. 95% (1.60-6)w
			>30 minuti	OR 4.07 I.C. 95% (3.07-5.40)x

Tabella 2: Descrizione degli studi che correlano la durata dei singoli stadi del travaglio con l'EPP

### Terzo stadio

Gli 8 articoli che analizzano il terzo stadio sono concordi nel considerare questo stadio dal momento della nascita del feto all'espulsione della placenta e degli annessi fetali.

Un solo studio<sup>v</sup> definisce l'EPP come necessità di trasfusione; 3<sup>t,u,z</sup> studi la definiscono con la presenza di almeno uno tra i parametri perdite ematiche, differenza di ematocrito pre e post partum o necessità di trasfusione; lo studio di Magann et al. (2005)<sup>w</sup> la definisce utilizzando le perdite ematiche o la necessità di trasfusione; due articoli<sup>x,y</sup> la definiscono utilizzando solo la perdita ematica.

Per quanto riguarda la correlazione tra EPP e durata del terzo stadio (vedi Tabella 3), 3 studi<sup>s,x,z</sup> pongono il limite di 30 minuti oltre il quale aumenta il rischio di EPP: in particolare, nel paper di Bais et al. (2004)<sup>x</sup> la correlazione è significativa sia per EPP minore che maggiore, sia nella popolazione a basso rischio sia ad alto rischio ostetrico; mentre nello studio condotto da Henry et al. (2005)<sup>s</sup>, su una popolazione di

donne che hanno avuto un parto vaginale, vi è correlazione solo per EPP maggiore. Lo studio condotto da Dombrowsky et al (1994)<sup>y</sup> mostra un incremento del tasso di EPP a partire da 10 minuti con un picco a 40 minuti. Magann et al. (2005-2006-2008)<sup>w,u,t</sup> conferma nei tre studi condotti che la durata del terzo stadio superiore a 10 minuti è fattore di rischio per EPP.

Nel primo studio<sup>w</sup> il campione è costituito da 6588 donne che partoriscono per via vaginale e che ricevono un trattamento attivo del terzo stadio; nel secondo<sup>u</sup> e nel terzo<sup>t</sup> vengono reclutate 1607 donne con feti singoli e senza controindicazioni al parto per via vaginale.

Lo studio di Shinar et al. (2015)<sup>v</sup> è stato condotto su un campione formato da 25160 donne, di cui 345 caratterizzate da EPP, il cui secondamento era spontaneo e completo; il management del terzo stadio era attivo.

Questo studio introduce, attraverso l'utilizzo della ROC curves, un cut off per la durata del terzo stadio per prevenire l'EPP a 17 minuti, con sensibilità pari a 35% e specificità pari al 78%.

## **D**iscussione e implicazioni per la pratica

Gli studi analizzati nella revisione della letteratura portano ad identificare la correlazione tra durata dei singoli stadi del travaglio ed Emorragia Post Partum.

Dalla revisione condotta possiamo concludere che è riduttivo parlare genericamente di "Travaglio prolungato" come fattore di rischio per l'EPP: è risultato

necessario definire il contributo dei singoli stadi nell'incidenza di EPP. Infatti la definizione generica di Travaglio prolungato non sostiene il clinico nella pratica assistenziale, in particolare nella sorveglianza del rischio per EPP.

Per quanto riguarda il primo stadio c'è concordanza nel definire la sua durata come fattore di rischio, ma non c'è concordanza sul cut off. I due studi condotti da Cheng et al. (2010<sup>b</sup>, 2009<sup>c</sup>) identificano due limiti differenti, 30<sup>b</sup> e 24<sup>c</sup> ore, probabilmente riconducibile alle differenze del campione analizzato: donne con parto spontaneo<sup>b</sup> e donne indotte<sup>c</sup>.

Nello studio condotto da Henry et al. (2008)<sup>d</sup> la correlazione tra i due eventi perde di significatività se corretta per età materna, parità, etnia, BMI, pre TC, induzione del travaglio di parto, analgesia epidurale; molti di questi fattori sono però già identificati come fattori di rischio per EPP. [RCOG 2009-2011; ACOG, 2006; NICE, 2014; QUEENSLAND, 2012].

Si potrebbe ipotizzare che correggere l'effetto della durata del primo stadio sull'EPP con altri

fattori di rischio specifici ne annulla l'impatto sull'outcome primario. Diventa quindi opportuno condurre nuovi studi su campioni stratificati per profilo di rischio ostetrico, per ottenere dei cut off adeguati. Inoltre, sarebbe conveniente condurre studi che separino per il primo stadio la fase latente dalla fase attiva.

Gli articoli revisionati con oggetto di studio il secondo stadio sono in numero maggiore e tutti correlano la durata di questo stadio con il rischio di EPP. Anche in questo caso, i cut off proposti non sono omogenei: da 18 minuti a 3 ore. Questa disomogeneità potrebbe dipendere dalla definizione di secondo stadio: alcuni studi lo differenziano nelle due fasi, attiva e passiva, altri no e altri considerano solo la fase attiva. Anche le caratteristiche del campione potrebbero influenzare la variabilità dei limiti temporali descritti (parità, epidurale, epoca gestazionale, modalità del parto, storia ostetrica).

Vista l'influenza che la tipologia di management ha sulla durata del terzo stadio del travaglio, e quindi la correlazione con il rischio di EPP, sarebbe opportuno condurre studi che stratifichino il campione analizzato per management. Lo studio di Laughton et al (2014)<sup>h</sup> ben descrive questa variabilità riprendendo i cut off proposti dalle linee guida [ACOG, 2006] e trovando correlazione tra i due eventi; correlazione che si indebolisce nel caso di nullipare e pluripare senza epidurale. Anche questi dati confermano che la presenza di fattori di rischio concomitanti indeboliscono la correlazione tra durata del secondo stadio ed EPP.

L'unico studio che analizza separatamente la fase passiva e quella attiva del secondo stadio non trova correlazione tra durata della fase passiva e rischio di EPP.

Inoltre tra gli studi analizzati vi è una revisione della letteratura<sup>e</sup> che propone come cut off 2 ore. Per questi motivi sarebbe necessario condurre studi con caratteristiche omogenee del campione e che suddividano e analizzano separatamente le fasi del secondo stadio. Nel caso del terzo stadio, gli studi considerati identificano un range compreso tra 10 e 40 minuti avendo, anche in questo caso, campioni con caratteristiche disomogenee (modalità del parto, nulliparità, storia ostetrica, età gestazionale). La maggior parte degli studi identifica il cut off a 10 minuti, tra questi sono presenti due studi<sup>w,y</sup> che utilizzano il management attivo.

Anche nello studio di Shinar et al (2015)<sup>v</sup>, il cui campione è numeroso (25160) e con caratteristiche che rispecchiano la popolazione generale, il management utilizzato è attivo, ma il limite viene posticipato a 17 minuti tramite l'utilizzo della ROC curves.

Questo limite individua solo un valore oltre il quale aumenta il rischio di EPP, non fornendo un cut off di importanza clinica. Gli altri studi non specificano il tipo di management utilizzato nella gestione del terzo stadio.

Vista l'influenza che la tipologia di management ha sulla durata del terzo stadio del travaglio, e quindi la correlazione con il rischio di EPP, sarebbe opportuno condurre studi che stratifichino il campione analizzato per management.

## C onclusioni

La revisione della letteratura ha portato a descrivere una correlazione tra la durata dei singoli stadi e il rischio di EPP. Per quanto riguarda i limiti temporali di ciascuno stadio non possono essere definiti in modo univoco per la disomogeneità delle caratteristiche dei campioni e delle fasi del travaglio presi in considerazione.

I limiti emersi posso fungere da guida nella pratica clinica per la prevenzione dell'EPP: la revisione non ha lo scopo di definire la durata del travaglio e quindi intervenire per modificarla ma permettere all'ostetrica/o di identificare correttamente i fattori di rischio per l'EPP, in particolare la durata dei singoli stadi del travaglio.

## F onti bibliografiche

Allen VM, Baskett TF, O'Connell CM, McKeen D, Allen AC. Maternal and perinatal outcomes with increasing duration of the second stage of labor. *Obstet Gynecol.* 2009 Jun; 113(6):1248–1258. [PubMed: 19461419]

Altman, M, & Lydon-Rochelle, M 2006, 'Prolonged second stage of labor and risk of adverse maternal and perinatal outcomes: a systematic review', *Birth: Issues In Perinatal Care*, 33, 4, pp. 315-322 8p, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed 21 March 2016

American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Number 76, October 2006: postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol* 2006; 108: 1039-47

Bais MJM, Eskes M, Pel M, Bonsel GJ, Bleker OP. Postpartum haemorrhage in nulliparous women: incidence and risk factors in low and high risk women. A Dutch population-based cohort study on standard (> = 500 ml) and severe (> = 1000 ml) postpartum haemorrhage. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004; 115(2): 166-72.

Cheng YW, Delaney SS, Hopkins LM, Caughey AB. The association between the length of first stage of labor, mode of delivery, and perinatal outcomes in women undergoing induction of labor. *Am J Obstet Gynecol.* 2009 Nov; 201(5):477.e1-7.

Cheng YW, Hopkins LM, Caughey AB. How long is too long: Does a prolonged second stage of labor in nulliparous women affect maternal and neonatal outcomes? *Am J Obstet Gynecol.* 2004 Sep; 191 (3):933-8. PMID: 15467567

Cheng YW, Shaffer BL, Bryant AS, Caughey AB. Length of the first stage of labor and associated perinatal outcomes in nulliparous women. *Obstet Gynecol* 2010;116: 1127-35.

Cohen WR. Influence of the duration of second stage labor on perinatal outcome and puerperal morbidity. *Obstet Gynecol* 1977;49:266-9.

Combs CA, Laros RK: Prolonged third stage of labor: morbidity and risk factors. *Obstet Gynecol* 1991;77:863-867.

Dionne, Marie-Danielle et al. "Duration of Expulsive Efforts and Risk of Postpartum Hemorrhage in Nulliparous Women: A Population-Based Study." Ed. Tao (Tony) Duan. *PLoS ONE* 10.11 (2015): e0142171.

Dombrowski, M. P., Bottoms, S. F., Saleh, A. A. A., Hurd, W. W., & Romero, R. (1995). Third stage of labor: analysis of duration and clinical practice. *American journal of obstetrics and gynecology*, 172(4), 1279-1284.

EURO-PERISTAT. European Perinatal Health Report – Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. EURO-PERISTAT; 2010. Disponibile all'indirizzo: [www.europeristat.com](http://www.europeristat.com).

Harper LM, Caughey AB, Roehl KA, et al. Defining an abnormal first stage of labor based on maternal and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2014;210:536.e1-7.

Henry DE, Cheng YW, Shaffer BL, Kaimal AJ, Bianco K, Caughey AB. Perinatal outcomes in the setting of active phase arrest of labor. *Obstet Gynecol* 2008;112:1109-15.

Henry, A., BIRCH, M. R., Sullivan, E. A., Katz, S., & Wang, Y. A. (2005). Primary postpartum haemorrhage in an Australian tertiary hospital: a case-control study. *Australian and New Zealand journal of obstetrics and gynaecology*, 45(3), 233-236. <http://www.casp-uk.net/>

Janni W, Schiessl B, Peschers U, et al. The prognostic impact of a prolonged second stage of labor on maternal and fetal outcome. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:214-21.

Laughton, S, Berghella, V, Reddy, U, Sundaram, R, Lu, Z, & Hoffman, M

2014, 'Neonatal and maternal outcomes with prolonged second stage of labor', *Obstetrics & Gynecology*, 124, 1, pp. 57-67 11p.

Lauria L, Lamberti A, Buoncristiano M, Bonciani M, Andreozzi S (Ed.). *Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/39).

Le Ray C, Audibert F, Goffinet F, Fraser W. When to stop pushing: effects of duration of second-stage expulsion efforts on maternal and neonatal outcomes in nulliparous women with epidural analgesia. *Am J Obstet Gynecol*. 2009 Oct; 201(4):361.e1-7.

Le Ray C, Fraser W, Rozenberg P, Langer B, Subtil D, Goffinet F. Duration of passive and active phases of the second stage of labour and risk of severe postpartum haemorrhage in low-risk nulliparous women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011 Oct; 158(2):167-72. doi: 10.1016/j.ejogrb.2011.04.035 PMID: 21640464

Magann E, F, Doherty D, A, Briery C, M, Niederhauser A, Chauhan S, P, Morrison J, C, *Obstetric Characteristics for a Prolonged Third Stage of Labor and Risk for Postpartum Hemorrhage*. *Gynecol Obstet Invest* 2008;65:201-205

Magann, E. F., Doherty, D. A., Briery, C. M., Niederhauser, A. and Morrison, J. C., *Timing of placental delivery to prevent post-partum haemorrhage: Lessons learned from an abandoned randomised clinical trial*.

*Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2006 46: 549-551. doi: 10.1111/j.1479-828X.2006.00658.x

Myles TD, Santolaya J. Maternal and neonatal outcomes in patients with a prolonged second stage of labor. *Obstet Gynecol* 2003;102:52-58.

NICE clinical guideline CG190: Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth National Institute for Health and Care Excellence NICE: London, 2014

Pairman, S, Pincombe, J, Thorogood, C, & Tracy, S 2015, *Midwifery : Preparation For Practice*, Chatswood, NSW: Churchill Livingstone Australia, eBook Collection (EBSCOhost), EBSCOhost.

Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program Steering Committee. *Primary postpartum haemorrhage*, 2012

Rouse DJ, Weiner SJ, Bloom SL, et al. Second stage labor duration in nulliparous women: relationship to maternal and perinatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201:357e1-7e.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). *Prevention and management of postpartum haemorrhage*. Green-top Guideline N. 52, 2009-2011

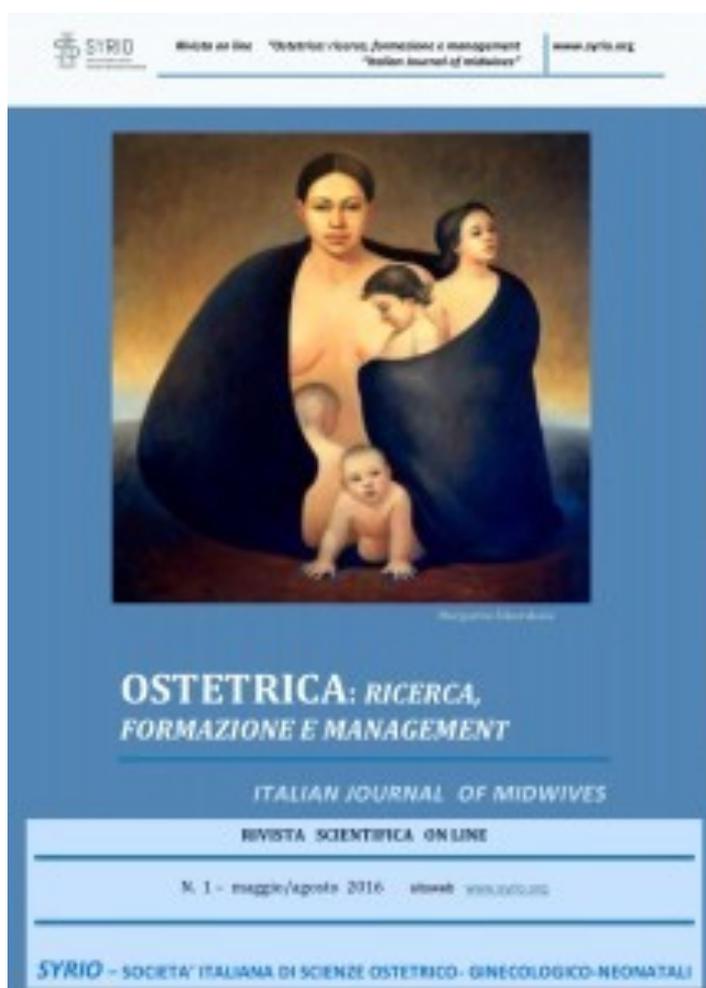
Shinar S1, Schwartz A1, Maslovitz S1, Many A1. How Long Is Safe? Setting the Cutoff for Uncomplicated Third Stage Length: A Retrospective Case-Control Study. *Birth*. 2016 Mar;43(1):36-41. doi: 10.1111/

	Studio	Disegno di ricerca	Totale partecipanti	Stadio indagato	Caratteristiche del campione
a	Harper et al 2014 (USA)	Osservazionale retrospettivo	5039	I	Feto sano, singolo, cefalico di vertice, EG > 37 sg con emogasanalisi alla nascita. Assenza di patologia materna attuale e/o pregressa.
b	Cheng et al 2010 (USA)	Osservazionale retrospettivo	10661	I	Feto sano, singolo, cefalico, EG > 37 sg, nullipara con travaglio spontaneo. Gennaio 1990 - Luglio 2008.
c	Cheng et al 2009 (USA)	Osservazionale retrospettivo	3620	I	Feto sano, singolo, cefalico, EG > 37 sg, travaglio indotto. Criteri di esclusione: placenta previa, TC nel I stadio.
d	Henry et al 2008 (USA)	Osservazionale retrospettivo	13915	I	Prima coorte: Feto sano, singolo, cefalico, EG > 37 sg, diagnosi di arresto della fase attiva Seconda coorte: Feto sano, singolo, cefalico, EG > 37 sg.
e	Altam et al 2006	Revisione sistematica	8 studi osservazionali	II	Diversi per ogni studio
g	Dionne et al 2015 (Europa)	Osservazionale retrospettivo	5662	II	Feto singolo di vertice a termine. Nullipare con parto vaginale in ospedale. Criterio di esclusione: donne ad alto rischio per EPP e con controindicazioni a sforzi espulsivi per motivi medici.
h	Laughon et al 2014 (USA)	Osservazionale retrospettivo	20869 5	II	Feto singolo, di vertice, EG > 36. Criteri di esclusione: MEF, cicatrice uterina e anomalie congenite.
i	Le Ray et al 2011 (Europa)	Osservazionale retrospettivo	3330	II	Feto singolo, cefalico, EG > 37. Criteri di esclusione: pre TC, induzione per anomalie materne e/o fetali e anomalie congenite.
j	Allen et al 2009 (Europa)	Osservazionale retrospettivo	12200 0	II	Feto vivo, singolo, EG > 37. Donne che raggiungono dilatazione completa. Criteri di esclusione: TC, anomalie congenite, pre TC, disordini materni medici.
k	Le Ray et al 2009 (USA)	Osservazionale retrospettivo	1862	II	Nullipare a termine. Feto singolo di vertice a termine. Criteri di esclusione: anomalie BCF, febbre materna, disordini materni medici e condizioni patologiche che portano ad accorciare il stadio.
l	Rouse et al 2009 (USA)	Osservazionale retrospettivo	4126	II	Nullipare, feto singolo di vertice > 36 sg. Criteri di esclusione: febbre materna, condizioni patologiche mediche.
m	Cheng et al 2007 (USA)	Osservazionale retrospettivo	5158	II	Feto a termine o post termine, cefalico, vivo, singolo. Multipare con travaglio spontaneo. Criteri di esclusione: TC, anomalie materne e/o fetali.
n	Cheng et al 2004 (USA)	Osservazionale retrospettivo	15759	II	Feto a termine, cefalico, vivo, singolo. Nullipare. Criteri di esclusione: TC, anomalie materne e/o fetali.
o	Myles et al 2003 (USA)	Osservazionale retrospettivo	6791	II	Feto singolo, vertice.
p	Janni et al 2002 (Europa)	Osservazionale retrospettivo	1457	II	Feto singolo, cefalico, EG > 34.
q	Cohen et al 1976 (Israele)	Osservazionale retrospettivo	4403	II	Nullipare con parto vaginale senza anomalie materne e/o fetale.
s	Henry et al 2005 (Australia)	Studio caso controllo	300	II	Età > 17 anni, parto vaginale in ospedale che hanno avuto epp (> 500 ml).
t	Magann et al 2008 (USA)	RCT	1607	III	Feto singolo, assenza di controindicazioni a parto vaginale.
u	Magann et al 2006 (USA)	RCT	1607	III	Feto singolo, no controindicazioni a parto vaginale. Criteri di esclusione: TC, complicazioni gravidanza.
v	Shinar et al 2015 (Israele)	Osservazionale retrospettivo	25160	III	Secondamento spontaneo e completo. Criteri di esclusione: III stadio > 60 min.
w	Magann et al 2005 (USA)	Osservazionale retrospettivo	6588	III	
x	Bais et al 2004 (Europa)	Osservazionale retrospettivo	3464	III	Inizio cure prenatali prima di 20 sg, nullipare, eg > 20 sg.
y	Dombrowsky et al 1994 (USA)	Prospettico	45852	III	Feto singolo, parto vaginale, eg > 20 sg. Criteri di esclusione: incerta datazione.
z	Combs et al 1991 (USA)	Prospettico	12979	III	Feto singolo, parto vaginale, eg > 20 sg.

Allegato 1- Tabella 3: Descrizione degli studi inclusi nella revisione

## Diffusione gratuita della rivista agli iscritti Syrio

Per la pubblicazione di articoli sulla rivista  
consultare il sitoweb [www.syrio.com](http://www.syrio.com)



n. 1—rivista online Syrio—Maggio/Agosto 2016