



SYRIO

SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE
OSTETRICO-GINECOLOGICO-NEONATALI



Ostetrica: *ricerca, formazione e management*

ITALIAN JOURNAL OF MIDWIVES

RIVISTA SCIENTIFICA ON LINE

SITOWEB WWW.SYRIO.ORG

N° 3 gennaio/aprile 2017

DIRETTORE RESPONSABILE



Miriam Guana

COMITATO DI REDAZIONE

ANGELO
MORESE (SV)



ANTONELLA
CINOTTI (FI)



DOMENICA MIGNUOLI
(CS)



ANTONELLA
NESPOLI (MZ)



EDDA PELLEGRINI (BG)



ELIO LOPRESTI (PA)



CATERINA MASE' (TN)



IRENE MARZETTI (AP)



NADIA ROVELLI (BG)



MARINA LISA (TO)



DILA PARMA (BO)



MARIA POMPEA SCHIAVELLI
(BA)



CRISTIANA PAVESI (PC)



SIMONA FUMAGALLI (Mz)



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)

REDAZIONE

Syrio – Società Italiana di Scienze Ostetrico- Ginecologico-Neonatali

Produzione, amministrazione, distribuzione e copyright

Via Gioberti, 71

10128 Torino

SITOWEB www.syrio.org

Email

SEGRETERIA

Simona Fumagalli (MB)

INDICE

EDITORIALE	Considerazioni sulla recente Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie A. Morese	Pag. 3
STORIA	Dibattito tra ostetriche e medici: vecchia e attuale disputa? <i>Debate between midwives and obstetrics: old and current dispute?</i> M. Guana, A. Porro	Pag. 5
RICERCA FORMAZIONE	Visual Storytelling in Midwifery: il rilievo simbolico dell'identità ostetrica <i>Visual Storytelling in Midwifery: the symbolic significance of midwifery identity</i> L. Olivadoti	Pag. 8
AGGIORNAMENTI	CEDAP 2017, Nuovi Lea in Gazzetta , Responsabilità professionale. <i>La legge 24/2017</i>	Pag. 13
RICERCA FORMAZIONE	Valutazione qualitativa di una sperimentazione didattica: l'esperienza della Nascita nelle studeni ostetriche <i>Qualitative evaluation of a midwifery learning project: the birth experience</i> A. Reggiani, E. Naldi, D. Parma	Pag. 14
RICERCA MANAGEMENT	L'effetto del Modello di Assistenza Ostetrica sugli esiti del parto nelle gravidanze fisiologiche negli anni 2013-2014: Uno studio di Coorte condotto nell'AUSL di Bologna <i>The effect of the midwifery care model on childbirth outcome in physiological pregnancies in the years 2013-2014: A cohort study conducted at the AUSL in Bologna</i> M. S. Ciccolella, S. Guidomei, M. Lenzi, C. Veronesi, L. Balzani, C. Vicinelli, C. Dazzani	Pag. 19
RICERCA MANAGEMENT	L'Ostetrica/o e le cure primarie: un'indagine nazionale <i>The Midwife and the primary care: a national survey</i>	Pag. 25
RICERCA MANAGEMENT	Il parto spontaneo dopo Taglio Cesareo, il VBAC: la nascita di un figlio, la rinascita di una mamma <i>The vaginal birth after cesarian section, the VBAC: birth of child and rebirth of a mother</i> A. Parisi, C, Lumia	Pag. 32
EVIDENCE BASED	Analgesia epidurale e II stadio del travaglio di parto: Revisione della letteratura <i>Epidural analgesia and second stage of labor: a Literature Review</i> I. Inzis , S. Fumagalli, E. Pellegrini, A. Nespoli	Pag. 38

Considerazioni sulla recente Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"

Autore Angelo Morese¹

¹Vice presidente di Syrio, Professore a contratto SSD MED 47— CLO, Unicatt, Roma —sede Bolzano

La recente **Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"**, dopo anni di dibattimenti e controversie, affronta alcune delle attuali criticità in ambito sanitario ponendosi precisi obiettivi: ridurre il contenzioso medico-legale, affrontare il problema della medicina difensiva, definire caratteristiche ed obblighi assicurativi per le strutture socio-sanitarie e per gli esercenti le professioni sanitarie, attuare una revisione dei profili di responsabilità.

Vediamo pertanto di chiarire e commentare, all'interno di questo editoriale, le luci e le ombre di questa norma, quali sono gli aspetti prioritari su cui le ostetriche devono necessariamente porre l'attenzione: saranno volutamente analizzati solo alcuni articoli, pur rimanendo a disposizione come Società Syrio per eventuali richieste disto leggendo ed approfondimenti.

Un primo passaggio molto interessante è dato dall'art. 1 (*Sicurezza delle cure in Sanità*), laddove viene richiamato un principio costituzionale fondamentale, il diritto alla salute, sancito dall'art. 32 della Costituzione. L'art. 1, comma 1, della Legge n. 24/2017, di fatto amplia questo concetto di salute, in quanto *"la sicurezza delle cure"* non solo diventa parte costitutiva del diritto alla salute stessa, ma indica anche le azioni utili per garantirla. Non a caso, i commi 2 e 3 del medesimo art. 1 puntualizzano la necessità e l'importanza sia di realizzare attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio (cui è chiamato a concorrere tutto il personale) sia di utilizzare appropriatamente le risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Finalmente un preciso indirizzo normativo nel dare credibilità e forza al Risk Management e al Risk Prevention, troppo spesso

relegati alla buona volontà di pochi operatori e alle scelte di politica sanitaria di poche regioni. Ecco quindi la necessità, anche per gli operatori di area ostetrica/ginecologica/neonatale, di conoscere e saper utilizzare gli strumenti per la gestione e prevenzione del rischio, di implementare strategie per prevenire gli errori e gli eventi avversi, di saper mappare i rischi all'interno dei percorsi assistenziali erogati.

In questa direzione, di sicuro aiuto è l'art. 5 (*Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida*): il comma 1, infatti, stabilisce che *"gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3. ..."*.

Tre passaggi di questo comma meritano una riflessione attenta.

La prima riflessione è sull'indicazione *"... gli esercenti le professioni sanitarie ... si attengono ... alle raccomandazioni previste dalle linee guida"*: il *"si attengono"* è un messaggio forte, esprime un dovere e non un libero arbitrio. Questa interpretazione si scontra con un principio delle Linee Guida, le cui raccomandazioni vengono indicate come suggerimenti comportamentali da contestualizzare e condividere con la persona assistita. Il Programma Nazionale Linee Guida (PNLG), tra i compiti specifici che si pone, indica che il sistema linee guida aiuta a *"produrre informazioni utili a indirizzare le decisioni degli operatori, clinici e non, verso una maggiore efficacia e appropriatezza, oltre che verso una maggiore efficienza nell'uso delle risorse."* Per evitare un incremento di contenziosi medico-legali o criticità sarebbe opportuno, a mio avviso, adottare comportamenti convinti ed efficaci, basati su prove di efficacia,

ed in particolare: rendere maggiormente partecipe l'utenza nelle scelte utilizzando modalità comunicative più efficaci ed imparare ad utilizzare strumenti di valutazione delle attività orientati all'appropriatezza (audit clinici mirati e costanti).

La seconda riflessione è strettamente legata alla precedente: il passaggio "...salve le specificità del caso concreto..." apre, da una parte, alla decisione del professionista di agire secondo scienza e coscienza, dall'altra, al rischio di generare estrema confusione e conflittualità. La valutazione del caso concreto rientra a pieno titolo tra le competenze del professionista: ritengo però importante e necessaria l'abilità di saper descrivere in cartella clinica o assistenziale, con precisione e completezza, i casi che hanno richiesto la non adesione fedele alla linea guida e di saper condividere con la persona assistita le ragioni della scelta e la comprensione di tutti gli eventuali rischi connessi (e la comunicazione del rischio richiede abilità comunicative non generiche).

La terza riflessione è relativa al passaggio "... In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali.". Attenersi alle buone pratiche assistenziali è una buona indicazione: ma quali sono le buone pratiche e chi le stabilisce? Per evitare di agire solo in base ad abitudini e convinzioni (a volte veramente pericolose e limitanti), è necessario che i professionisti sappiano correttamente porsi quesiti specifici sul caso da affrontare, sappiano quindi utilizzare efficacemente e criticamente strumenti di ricerca (clinica e/o di letteratura) per aggiornare le loro conoscenze e adeguare di conseguenza le decisioni (sempre supportate da evidenze scientifiche di buona qualità) ... e senza dare per scontato che il rispetto delle linee guida e delle buone pratiche costituisca un'immunità automatica dalla responsabilità.

In merito a questo, per meglio comprendere i profili di responsabilità del professionista sanitario, particolare attenzione va posta all'art. 6 (Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria).

Il comma 1 esplicita che nel Codice Penale è stato inserito un nuovo articolo, il 590-sexsies (*Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario*): "Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 (relativi ad omicidio colposo e lesioni personali colpose - NdA) sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma. Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e

pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto".

Il comma 2, di fatto abroga quanto previsto al comma 1, art. 3 del DL 13/9/12, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla Legge 8/11/2012, n. 189, conosciuto come Decreto Balduzzi (*1. L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve*).

Qual è il senso di questo articolo? E' facile intuire che questa norma in realtà non chiarisce in maniera inequivocabile le criticità interpretative già presenti nella normativa vigente: ambito della colpa e dell'esclusione dalla punibilità, grado di responsabilità qualora il professionista ritenesse che le linee guida non sono adeguate al caso concreto, quale il significato da attribuire al termine "imperizia" e quali distinzioni (nell'ambito di una responsabilità colposa per morte o lesioni colpose) rispetto alla negligenza, all'imprudenza o all'inosservanza di regolamenti, ordini e discipline. Si consiglia, per un opportuno approfondimento di questo articolo, la lettura del Commentario alla Legge 24/2017, edito da Quotidiano Sanità, il capitolo scritto da D. Rodriguez e L. Benci.

L'art. 10 prevede obblighi assicurativi sia per le strutture socio-sanitarie, pubbliche e private, nonché per gli esercenti le professioni sanitarie in regime libero-professionale, anche all'interno di strutture socio-sanitarie. Questo articolo, che disciplina novità importanti (tra cui, i requisiti minimi delle coperture assicurative e le classi di rischio a cui far corrispondere i massimali minimi obbligatori), avrà maggiori chiarimenti ed indicazioni nel momento in cui verranno emanati i decreti attuativi previsti dall'articolo stesso.

In conclusione, questa legge apre la strada a nuovi modelli organizzativi nei percorsi assistenziali, pone l'accento sulla sicurezza delle cure ed offre ai professionisti la possibilità di svolgere con maggiore serenità il proprio lavoro stimolandoli a perseguire attività di buona qualità per prevenire i rischi correlati alle prestazioni erogate. Le ostetriche e gli ostetrici hanno la possibilità di promuovere e partecipare a progetti di miglioramento delle cure, di monitoraggio dei rischi e degli eventi avversi con le necessarie ed opportune ipotesi correttive: un momento storico per dimostrare maturità professionale, capacità progettuale, attenzione alle risorse ed alla salute delle persone.

Dibattito tra ostetriche e medici: vecchia e attuale disputa?

*Debate between midwives and obstetrics: old
and current dispute?*

Autori M. Guana¹ A. Porro²

¹ Presidente Syrio, Prof. Associato Scienze Ostetrico-Ginecologico-Neonatali UNIBS

² Prof. Associato Storia della Medicina. UNIMI

Abstract

ITA. La "rivoluzione" in campo ostetrico, avvenuta nella seconda metà del Settecento, oltre a mettere in risalto l'evoluzione dello status della levatrice facilita anche il consolidarsi della presenza del medico esperto (e del chirurgo) al letto della partoriente, ovvero del *man-midwife*, in Inghilterra o *accoucheur*, in Francia. La metà del Settecento inoltre coincide con l'avvento di un vigoroso dibattito fra "ostetriche" (*sages-femmes*, *madrones*, *midwives*) ed i *man midwives*. Nonostante siano trascorsi più di 500 anni, ancora oggi permangono tra le ostetriche ed i ginecologi correnti di pensiero diverse rispetto a come garantire l'assistenza alla donna partoriente? Ovvero modello assistenziale attendente o attivo, operativo? Il dibattito è sempre aperto.

ENGL. *The "revolution" in midwifery area during the second half of the eighteenth century, beyond highlighting the evolution of midwife's status, is also reinforcing the presence of the expert surgeons near to the bed of the woman in labor, described as man midwife in England or accoucheur in France. The middle of the eighteenth century also coincides with the advent of a vigorous debate between "midwives" (sages-femmes, madrones, midwives) and men-midwives. Although have elapsed over 500 years, are still today amongst the midwives and obstetricians, different thinkings about how to provide care to the woman giving birth? This is a waiting or active care mo-*

La "rivoluzione" in campo ostetrico, avvenuta nella seconda metà del Settecento, oltre a mettere in risalto l'evoluzione dello status della levatrice facilita anche il consolidarsi della presenza del medico esperto (e del chirurgo) al letto della partoriente, ovvero definito *man midwife*, in Inghilterra o *accoucheur*, in Francia.

La metà del Settecento coincide con l'avvento di un vigoroso dibattito fra "ostetriche" (*sages-femmes*, *madrones*, *midwives*) ed i *man midwives* specialmente su due temi fondamentali: l'inadeguatezza degli uomini a seguire gravidanze e parti fisiologici e la pretesa da parte di donne "pratiche" (levatrici o commari) di avere capacità diagnostiche atte a prevedere anche la patologia del parto, e quindi, solo nei casi "contro natura" di ricorrere a medici, o chirurghi. Esistono tre riconosciute distinzioni tra l'ostetricia maschile e femminile. In primo luogo gli uomini avevano l'esclusiva degli stru-

menti medici e in secondo luogo erano formati in ambito accademico. Le ostetriche invece apprendevano l'arte attraverso l'esperienza "sul campo" o da una figura appartenente alla propria famiglia, in particolare dalla propria madre. Un'altra enorme differenza era la visione delle partorienti le quali davano rilievo alla relazione individuale delle ostetriche che accompagnavano le donne con un atteggiamento materno.

Si deve comunque ricordare che, almeno nelle nostre regioni, la necessità di una formazione scientifica delle levatrici s'impose già nel Settecento, con l'apertura delle Scuole di Ostetricia.

In pochissimo tempo, l'ostetricia inglese del diciottesimo secolo fu trasformata completamente dall'avvento dei cosiddetti "men-midwives", medici che aggiungevano al loro curriculum formativo studi di ostetricia. Accompagnarono questo cambiamento i nuovi studi di anatomia

e fisiologia del parto e sulla natura delle complicazioni ostetriche.

Parto naturale o parto strumentale, è un altro argomento fortemente dibattuto già nel Settecento da parte di coloro che si sono occupati del problema-nascita e che ha messo a confronto, e molte volte in contrapposizione, maestri di un'ostetricia meccanicistica, come Jean Louis Baudelocque (fig. 2) divenuto dirigente dell'Hotel Dieu di Parigi (1746-1810) con chi difendeva un decoro naturale del parto, come Jean François Sacombe (ca. 1750-1822—fig. 4), Lukas Johann Boër (1751-1835).



Nel 1761 André Levret, medico ostetrico parigino, pubblica «*L'art des accouchemens démontré par des principes de physique et mécanique*». Anch'egli scrive che l'evento nascita è come "un'operazione naturale meccanica suscettibile di dimostrazione geometrica. Qui si discute di volumi, forze muscolari e misure, in particolare quelle del bacino (vedi appunto l'invenzione del pelvimetro). Noi allora non ci stupiamo che alla fine del secolo fossero già stati proposti circa



Fig. 2

300 modelli differenti di forcipe. Il francese Mauquest De La Motte - fig 3(1655-1737) aveva evidenziato che ... "il travaglio, che prosegue regolarmente, improvvisamente può trasformarsi in un dramma; niente essendo così mutabile come il travaglio"....., precisando come non fosse sempre possibile prevedere un'evoluzione patologica.



Fig. 3

Del resto, asseriva De La Motte, anche la cura del travaglio e parto fisiologico necessitavano non solo di esperienza e buon senso, ma anche di "cultura clinica adeguata".

Si differenziavano pertanto due filosofie assistenziali: il modello ostetrico francese, cosiddetto "operante", ispi-

rato all'autorità di Jean Marie Baudelocque per il quale la gravidanza era da ritenersi come un meccanismo matematico in qualche misura prevedibile; in quanto tale il suo decorso poteva essere perfezionato con un intervento attivo del medico ed in questo contesto l'interventismo assumeva quasi le caratteristiche di un imperativo. In opposizione al contesto inglese (ed a maggior ragione nei paesi di lingua tedesca, ivi compresi anche i territori italiani soggetti alla Casa d'Austria), dove vigeva una visione cosiddetta "aspettante" per la quale la gravidanza era intesa come una funzione naturale che la medicina doveva limitarsi ad agevolare, senza azioni dirette e strumentali.

Con l'avvento di un'ostetricia operante anche le posizioni della partorienti si modificano: per l'espletamento del parto si impone la posizione *litotomica*, cioè quella utilizzata per gli interventi di litotomia (estrazione dei calcoli vescicali, soprattutto per la via perineale), pertanto non vengono più utilizzate quelle posture della partorienti accettate come valide da millenni di esperienza, dimostrate dall'uso della sedia da parto: essa diviene dapprima reclinabile, per poi assumere caratteristiche più simili a quelle del letto chirurgico.

La più feroce avversaria dei men-midwives fu senza dubbio la levatrice **Elisabeth Nihell**— fig. 5 (1723-1778) la quale lottò specialmente contro il grande ginecologo William Smellie (1697-1763), da lei accusato "di aver insegnato l'arte a troppi medici uomini".

La levatrice londinese Margaret Stephen (1780) pur non accettando che gli uomini assumessero la guida dell'assistenza alla nascita, riconosceva che i bravi ostetrici avevano avuto ruoli importanti attraverso i secoli nei parti distocici, ma si opponeva fermamente a che gli uomini aumentassero la loro presenza fino ad interessarsi di gravidanza e parto fisiologico. La Stephen si lamenta che: "abili ostetriche (anche se con minori conoscenze teoriche e con meno prestigio) fossero spinte a consultare uomini senza esperienza pratica

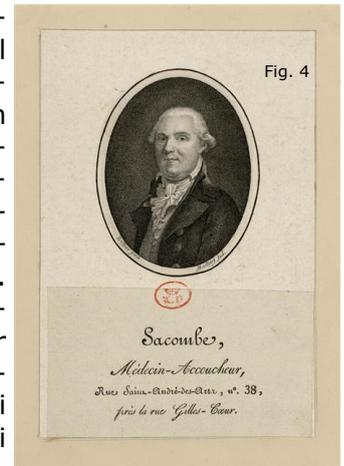
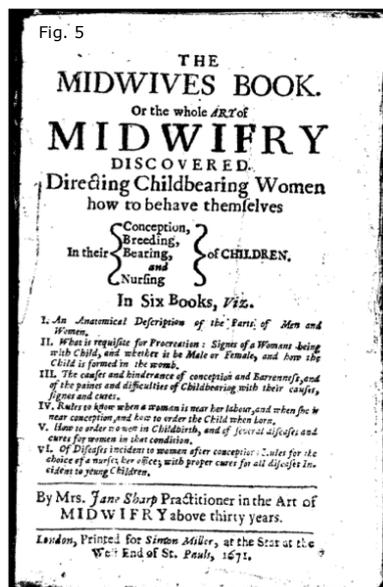


Fig. 5

e talora senza neppure specifica preparazione teorica, ma in virtù della loro professione di medico e dell'appartenenza al sesso maschile". Riconosce tuttavia che "un chirurgo può essere utile perché, se si verifica qualche

guaio, anche se inevitabile, la gente è pronta a giustificarlo, perché è intervenuto un medico che ha fatto tutto ciò che poteva.

L'ostetrica Jane Sharp (fig. 6) con il chirurgo John Douglas, scrissero nel 1736 reclamando che la midwifery fosse solo per le donne proprio per il termine stesso di 'midwife'. Altri autori



lottarono contro questa logica ed adottarono comunque il termine 'wife' per descrivere un uomo. Alla domanda del dott. John Douglas "come può un uomo essere una moglie eccetto che non sia un ermafrodita?", il dott. Edmund Chapman replicò asserendo che la parola 'midwifery' è da attribuire all'arte ostetrica" e non al genere di chi la pratica; inoltre la parola "wife" si riferisce alla persona che partorisce.

A prescindere dalle discussioni a favore o contrarie il termine man-midwife fu mantenuto per tutto il diciottesimo secolo.

Anche in Francia, il già citato Sacombe si scagliò contro l'interventismo propugnato da Baudelocque, istituendo un'Ecole anti-cesarienne, identificando nell'operazione cesarea il paradigma dell'antinaturalità.

Diverse sono le motivazioni indicate dalle storiografie, che spiegano perché le levatrici non furono sostituite dai man-midwives e/o gli accoucheurs. Anzitutto perché numericamente erano superiori ai medici ostetrici i quali erano per lo più presenti nelle città. Inoltre era un'opinione



diffusa tra donne, nella collettività che l'ambito di intervento della levatrice, donna, non poteva essere coperto da alcun uomo. Occorre inoltre sottolineare che i medici molto spesso continuavano a considerare il parto poco decoroso per occuparsene, oltre che poco remunerativo.

Inoltre si deve ricordare che all'organizzazione di una struttura formativa dedicata alle levatrici poteva corrispondere un loro esercizio professionale sul territorio.

Inoltre, levatrici potevano raggiungere posizioni di preminenza assistenziale: per la nostra penisola si pensi a Thèrese Poyant, levatrice di Corte a Napoli ed ostetrica nell'Ospedale degli Incurabili (1700)

Ornella Moscucci (1990) asserisce che: "l'invasione degli ostetrici maschi del XVIII secolo sulle cerimonie femminili della nascita debbono essere letti come tentativo di sostituire i costumi femminili per introdurre riti medici, maschilisti come pratiche scientifiche fondate su conoscenze obiettive".

Nonostante siano trascorsi più di 500 anni, ancora oggi permangono tra le ostetriche ed i ginecologi correnti di pensiero diverse rispetto a come garantire l'assistenza alla donna partoriente? Ovvero modello assistenziale aspettante o attivo, operativo?

Il dibattito è sempre aperto.

Il dibattito è sempre aperto.

Fonti bibliografiche

- Guana M. (2012), La bottega dell'Ostetrica: la formazione in Italia e in Europa in C.Cristini Le botteghe della salute .Rudiano(BS):GAM Editrice.
- Porro A. (2004), Note di storia dell'ostetricia. Rudiano(BS): GAM Editrice.
- M. Guana, A. Porro "Opuscolo le teoriche ostetriche, passato e presente" da Mostra storica, 2015, www.syrio.org
- A cura di E. Coppola - La professione di ostetrica sussidiario di fonti storiche, legislative, e regolamentari per l'esercizio professionale. - FNCO 1997
- Guana M., Cappadona R., Di Paolo A.M. et al. La disciplina ostetrica, teoria, pratica e organizzazione della professione. Milano, McGraw-Hill, 2006.

RICERCA— FORMAZIONE

Visual Storytelling in Midwifery: il rilievo simbolico dell'identità ostetrica

Visual Storytelling in Midwifery: the symbolic significance of midwifery identity

Autore Luciarosa Olivadoti¹

¹Coordinatore Ostetrico, Ufficio Formazione e Sviluppo delle Risorse Umane, ASST di Lecco.

Abstract

ITA— L'identità è una sintesi tra l'immagine che noi abbiamo di noi stessi e degli altri, le nostre appartenenze e l'immagine che gli altri hanno di noi e che ci riflettono e le diverse percezioni che abbiamo di noi stessi e dei nostri ruoli. L'identità professionale si fonda su due poli, due componenti antagoniste, ma complementari: una di permanenza, di continuità con il passato, l'altra che non esclude il cambiamento continuo, la modificazione permanente; l'identità si costruisce, anche, attraverso il cambiamento. Le narrazioni strutturano l'identità sociale e di riflesso quella personale che, combinata con la precedente e con le competenze professionali, contribuisce a creare l'identità professionale. Nell'ambito degli approcci narrativi, il visual storytelling si propone come una strategia di comunicazione potente, capace di promuovere un'esplorazione interna di noi stessi e di diffondere la conoscenza verso l'esterno, attraverso la forza delle immagini. Il visual storytelling è uno strumento con cui rinforzare la condivisione sociale di significati e con cui abbattere qualsiasi barriera, di tipo culturale, piuttosto che di genere. Il visual storytelling è stato utilizzato in uno studio qualitativo sull'identità Ostetrica all'interno del corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca, nel periodo gennaio-dicembre 2015. La metodica del "visual storytelling" si è rivelata molto efficace per far emergere l'attuale identità Ostetrica, perché ha consentito l'esercizio di un'azione "maieutica", che ha esplicitato il linguaggio e la forma del pensiero delle Ostetriche rispetto alla loro identità.

ENGL. *Identity is a synthesis among the image we have of ourselves and others, our memberships and the image that others have of us and the different perceptions we have of ourselves and our roles. The professional identity is based on two poles, two antagonistic components but complementary: one of stability, continuity with the past, and the other one that does not exclude the flux, the permanent modification; identity is constructed, also, through the change. Narrations create the social identity and by reflection the personal identity, combined with the previous experiences and with professional expertise, contributing to create the professional identity. As part of the narrative approaches, the visual storytelling as a powerful communication strategy capable of promoting internal exploration of ourselves and to spread the knowledge to the outside, through the power of images. The visual storytelling is a tool which to strengthen the social sharing of meanings and to take down the cultural and gender barriers. The visual storytelling has been used in a qualitative study of Midwife identity within the Bachelor of Science in Midwifery University of Milano-Bicocca, in the period January-December 2015. The method of "visual storytelling" proved to be very effective in bringing out the current Midwife identity, because it allowed the exercise of an action "Socratic", which explained the language and form of Midwives thought with respect to their identity.*

Introduzione

Il concetto di lavoro costituisce l'elemento fondamentale di strutturazione della società ed in particolare dell'identità professionale, individuale e collettiva (Merlini F., Bonoli L., 2010). Ogni individuo tende a "fissare" la propria immagine sociale, nelle relazioni interpersonali, sulla base del lavoro che svolge: il lavoro è, quindi, un'importante componente

nel processo di costruzione dell'identità personale (Chiesi A.M, 2008).

Loredana Sciolla distingue tre dimensioni o componenti funzionali dell'identità: la dimensione locativa (che riguarda il meccanismo di identificazione), quella integrativa (tiene insieme i diversi ruoli e le diverse appartenenze che la persona sperimenta) e quella selettiva (permette che la persona programmi le sue azioni sulla base di preferenze stabili nel tem-

po); in tal modo il lavoro, inteso in senso lato come rapporto sociale, influisce sulla costruzione e sul mantenimento di un'immagine coerente del sé (Sciolla L., 2010).

L'identità si gioca tra ciò che ci rende simili agli altri e, al tempo stesso, ciò che ci distanzia. L'identità è una condizione aperta e relativamente instabile, perché esposta alle influenze dell'ambiente e della cultura. Si costruisce nell'equilibrio tra ciò che si è, o si cerca di essere, e ciò che gli altri nello scambio intersoggettivo ci riconoscono (Bochicchio F., 2011).

Le narrazioni strutturano l'identità sociale e di riflesso quella personale che, combinata con la precedente e con le competenze professionali, contribuisce a creare l'identità professionale (Batini F., 2005). Le modalità narrative appaiono le forme più adeguate per stimolare processi in cui un soggetto possa esplorare se stesso, il proprio ambiente, le proprie aspirazioni e le proprie competenze, etc. La costruzione di un'identità matura e consapevole passa attraverso forme di "bricolage identitario narrativo"; si verifica, cioè, un processo di accumulo di "petits morceaux" di storie udite, storie ascoltate, storie lette, ermeneutiche del visto e dell'accaduto, a noi e agli altri, interpretate non attraverso un processo di fissazione di un testo (ammesso e non concesso che esistano testi fissi), come può, invece, accadere con l'interpretazione di un libro, ma di un testo in movimento (noi stessi, le relazioni che abbiamo, la nostra prospettiva spazio-temporale, etc.). L'ermeneutica non è altro che ciò che scegliamo di narrare, come, da quale punto di vista, senza soffermarci a strutturarla, senza progettarla.

La narrazione si configura, quindi, anche come momento di sospensione del reale, che delinea i contorni della sospensione del presente per proiettarci nel passato, mitico o reale, nel futuro o nell'irrealtà, ma ha anche la capacità di lasciarci immedesimare e di consentire, a posteriori o in itinere, di svolgere una trasposizione metacognitiva, tramite la quale veicoliamo, nella nostra vita reale, gli apprendimenti che ci hanno "toccato", siano essi cognizioni o modalità di interpretazione (Batini F., 2005).

L'identità professionale, pertanto, si fonda su due poli, due componenti antagoniste, ma complementari: una di permanenza, di continuità con il passato, l'altra che non esclude il cambiamento continuo, la modificazione permanente; l'identità si costruisce, anche, attraverso il cambiamento. In pratica si tratta di accettare di riconoscere delle caratteristiche per-

manenti che dovranno essere adattate a situazioni mutevoli.

Il visual storytelling

Nell'ambito degli approcci narrativi, il visual storytelling si propone come una strategia di comunicazione potente, capace di promuovere un'esplorazione interna di noi stessi e di diffondere la conoscenza verso l'esterno, attraverso la forza delle immagini.

Quindi, è uno strumento che offre a qualunque persona l'opportunità di potersi raccontare non solo a parole, ma creando empatia attraverso la narrazione visiva e imprimendo nella memoria dei fruitori la propria comunicazione in maniera più efficace. Le diverse forme di comunicazione dell'arte hanno il potere di diffondere la conoscenza attirando l'interesse e sviluppando significative connessioni. L'unione delle parole con le immagini si propone come una strategia efficace con la quale trasmettere la conoscenza in un ambiente complesso ed articolato come è quello sanitario; parimenti, il visual storytelling è uno strumento con cui rinforzare la condivisione sociale di significati e con cui abbattere qualsiasi barriera, di tipo culturale, piuttosto che di genere.

Ciò che gli conferisce maggior valore è il fatto di essere una modalità altamente accessibile, che non richiede specifiche conoscenze e competenze. Sebbene sia stato riconosciuto come un mezzo di comunicazione efficace e coinvolgente, il visual storytelling non è ancora pienamente sfruttato nel contesto sanitario; tuttavia, l'interesse verso questo strumento è in netta crescita (Scott S. et al., 2013).

La sua efficacia viene ricondotta al potere delle immagini, in quanto la mente umana predilige tendenzialmente i contenuti visivi. Il cervello dell'uomo, infatti, ha la capacità di processare le immagini in modo più efficiente e veloce e la sua maggiore disposizione a lasciarsi ingaggiare da simili elementi figurali rispetto a qualsiasi altro contenuto.

Il disegno e la pittura, in particolare, vengono utilizzati per acquisire o potenziare la capacità di entrare in contatto con le emozioni e rappresentarle in una dimensione fantastica, attraverso la forma e il colore.

Le immagini possono essere universali, immediate e dirette, orientate ad emozionare il fruitore, provocando reazioni empatiche, mediante l'attivazione dei neuroni a specchio. Di conseguenza, esse giocano un ruolo centrale nell'indirizzare le scelte, i comportamenti, le credenze e i valori (Morales P., 2004).

L'identità della professione Ostetrica si fonda sul promuovere, proteggere e sostenere la salute di genere in tutto il ciclo vitale. I pilastri educativi che strutturano l'identità della professione Ostetrica, nell'Università di Milano-Bicocca, ad esempio, hanno il loro fondamento nel modello teorico-concettuale della Midwifery Partnership; un modello che tende a cambiare l'ideologia dominante sulla salute di genere, tesa alla medicalizzazione e alla dis-empowerizzazione della donna. Insieme al concetto di Partnership, infatti, è la nozione di "esperta", quale caratteristica riconosciuta sia alla donna che all'Ostetrica. L'Ostetrica contribuisce con il suo sapere disciplinare, la sua esperienza ed il suo status professionale, mentre la donna concorre con la sua autocompetenza ed esperienza, con le sue attese e desideri per la nascita e per la sua salute. La partnership richiama le ostetriche e le donne a riappropriarsi della loro competenza e dell'esperienza di condivisione al "femminile" (Guilliland K., Pairman S., 2011).

Presentazione di uno studio qualitativo con approccio narrativo

Fra gennaio e dicembre 2015 è stato svolto uno studio qualitativo con approccio narrativo all'interno del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche nell'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Scopo dello studio era indagare la correlazione esistente tra l'identità personale e professionale delle studente che frequentavano il suddetto corso e verificare l'applicabilità dell'approccio narrativo, quale utile strumento per fare emergere l'attuale identità Ostetrica. Il campione era costituito da 10 Ostetriche. La raccolta dei dati è stata effettuata attraverso:

- ♦ una narrazione scritta individuale dei valori dell'essere Ostetrica in riferimento all'attuale identità professionale;
- ♦ la creazione di tre poster, corredati da spiegazione narrativa scritta, sull'attuale identità Ostetrica (visual storytelling);
- ♦ interviste individuali semi-strutturate sull'identità Ostetrica.

L'analisi dei dati è stata realizzata attraverso la quantificazione della ripetitività semantica e la costruzione di cluster e l'utilizzo della grammatica del disegno visivo.

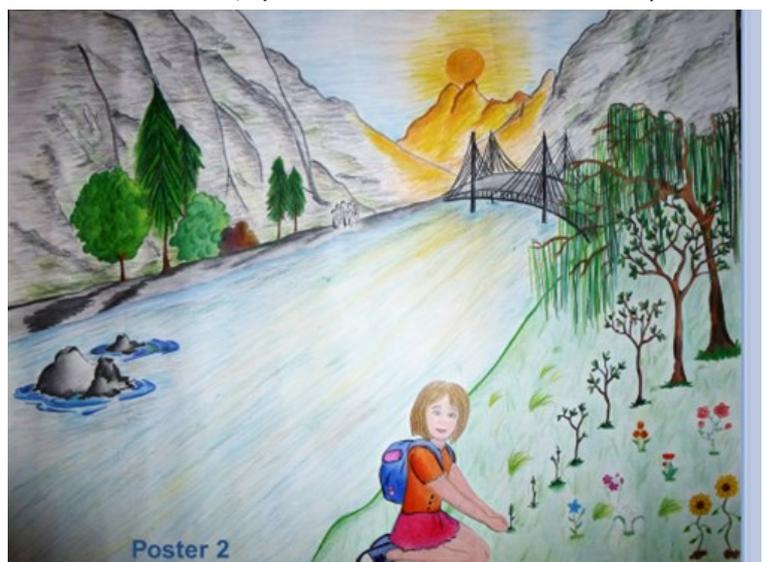
In questo studio è stata, quindi, utilizzata la metodica del "visual storytelling" per far emer-

gere, anche, la parte nascosta (l'Hidden) dell'identità professionale.

Sono stati prodotti tre poster. Il poster 1, raf-



figura l'identità Ostetrica, attraverso l'immagine di un cuore e di due mani stilizzate, che rappresentano simbolicamente la relazione che si instaura tra donna ed Ostetrica (l'ostetrica ovvero oggetto dell'indagine che costituisce il nuovo, la donna con il suo bambino che costituisce il dato, quello che le Ostetriche conoscono già). Gli elementi che concorrono a definire l'identità Ostetrica sono le tessere del puzzle composte da (identità personale, contesto, filosofia della Midwifery, corpus dottrinale, storia interna ed esterna alla professione, evoluzione normativa, presenza di una comunità profes-



sionale e riconoscersi membro di essa).

Il poster n. 2 rappresenta l'identità Ostetrica attraverso sia il suo modo di essere come "persona", sia mediante ciò che fa come professionista rispetto ai soggetti con cui si relaziona. L'Ostetrica viene raffigurata nel poster

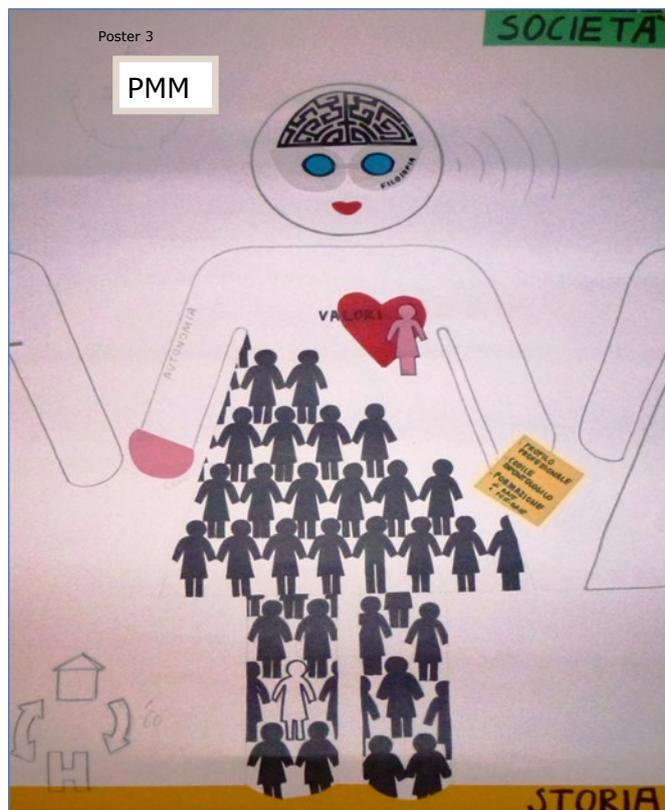
come una donna inginocchiata perché in questo atto dell'inginocchiarsi si riconosce che la centralità come professionista non è sua, ma della donna e della famiglia verso cui si fa curante e custode della salute. Viene rappresentata non attraverso una riproduzione sul foglio del poster, bensì mediante un disegno che è congiunto al poster grazie ad un supporto metallico ed ad una calamita. Questa raffigurazione permette al disegno, che rappresenta l'Ostetrica, di essere sia in una posizione statica, ferma, che metaforicamente indica il tempo necessario per prendersi cura della salute della donna, sia mette in evidenza il movimento che l'Ostetrica compie nel suo ruolo di accompagnamento della donna e della famiglia. L'Ostetrica ha sulle spalle uno zaino che contiene il suo "sapere di fondo" (la formazione di base e post-base, il profilo professionale, il codice deontologico, la letteratura scientifica). Il suo bagaglio culturale guida il suo agire professionale ma anche tutta la sua storia personale portandola ad essere la donna che è. Il valore sociale della professione Ostetrica è proteggere, promuovere e sostenere la salute di genere che viene rappresentata attraverso la prospettiva del ciclo vitale **del fiore??**, a rappresentare simbolicamente la relazione dell'Ostetrica con la donna in tutto il suo ciclo riproduttivo

Nel poster viene anche raffigurato un fiume, che scorre tra alberi e montagne, a rappresentare l'evoluzione della professione Ostetrica che tuttavia è nutrita e protetta dalle minacce esterne, dal suo sapere antico e dalle istituzioni, dai suoi organi di governo (i collegi e della federazione nazionale delle ostetriche)

Inoltre, nel poster viene rappresentata anche una peculiarità dell'identità Ostetrica (i valori), attraverso la raffigurazione di un gruppo che sembra sbiadito, lontano, da recuperare. Il gruppo rappresenta anche la collettività destinataria dell'assistenza Ostetrica, che sembra essersi allontanata dalla partnership con le Ostetriche. Nel poster, per identificare la speranza che questo ricongiungimento prima o poi si verificherà è stato disegnato un ponte a simboleggiare questo concetto.

Infine, sullo sfondo del poster è raffigurata una grande luce che illumina tutto il disegno. Questa luce rappresenta la disciplina Ostetrica intesa come quel sapere-guida che permette all'Ostetrica di decidere come agire nella pratica clinica. È solo attraverso la luce della disciplina che l'Ostetrica può realmente riconoscere la

sua identità, guardare con importanza il passato e non vedere solo buio nel futuro.



Il poster 3 raffigura a 360° il femminile, perché la professione Ostetrica è prevalentemente rappresentata da donne e che da sempre è al servizio di una clientela quasi esclusivamente al femminile. Inoltre, attraverso questa rappresentazione si mette in evidenza la partnership tra donne e Ostetriche. Infatti al centro del poster è presente l'immagine di una donna che rappresenta l'Ostetrica, ma che contiene al suo interno tante altre donne che simboleggiano tutta la comunità professionale. Tuttavia, fra queste donne dipinte con il colore nero compare una figura bianca che simboleggia il maschile, a ricordare che la professione Ostetrica è esercitata dal 1977 anche dagli uomini. Inoltre, al fine di mettere in evidenza l'importanza della condivisione al femminile, anche la raffigurazione dell'Ostetrica-uomo possiede la gonna. Nell'immagine dell'Ostetrica sono stati inseriti i valori all'interno del cuore, che da sempre simboleggia metaforicamente l'affettività e l'amore ed accanto al cuore è stata stilizzata una figura femminile rosa, che rappresenta la donna e la partnership che l'Ostetrica condivide con essa. Gli elementi core sono stati disegnati nel corpo dell'Ostetrica:

- ◆ sul braccio sinistro compare la parola autonomia: l'ostetrica è, infatti, una professione

autonoma;

- ◆ sulla mano destra è inserito un post-it che contiene il bagaglio culturale dell'Ostetrica, ovvero il profilo professionale, il codice deontologico e la formazione di base e post base che guida l'agire dell'Ostetrica;

- ◆ nella testa, sul lato destro, è scritta la parola filosofia per evidenziare che la filosofia della Midwifery guida l'agire delle Ostetriche.

La figura dell'Ostetrica è inserita all'interno di una serie di elementi. Sul lato destro e sul lato sinistro sono state stilizzate una figura femminile e una figura maschile, a simboleggiare che l'Ostetrica, il suo gruppo e la donna sono inseriti all'interno della comunità del genere umano verso cui la Midwifery si rivolge, ma di cui è parte integrante. In alto è stata inserita la società per mettere in evidenza come l'ambiente sociale sia influente rispetto alla Midwifery. In basso è stata inserita la storia per ricordare le radici che nutrono ed alimentano la professione. Sul lato sinistro, in basso, sono stati stilizzati una casa e un ospedale con due frecce. La prima freccia che conduce dalla casa all'ospedale porta accanto il numero '60 ed ha un'unica direzione. Questa raffigurazione indica il passaggio della nascita, avvenuto negli anni '60, dalle case agli ospedali. La seconda freccia è bi-direzionale per indicare che attualmente per la donna esiste la scelta di partorire sia in casa sia in ospedale. In alto, sul lato sinistro, è stato raffigurato il processo di Midwifery Management con le sue fasi (accertamento, diagnosi, pianificazione, attuazione e valutazione) in maniera circolare e ricorsiva. In alto, sul lato destro, è stato disegnato un simbolo che rappresenta l'ascolto, prerogativa indispensabile che l'Ostetrica deve avere ed esercitare per un'assistenza altamente individualizzata e personalizzata, ma rappresenta anche la rete, elemento importante che può contribuire al miglioramento della salute di genere.

I risultati ottenuti attraverso questo studio hanno permesso di delineare quella che è, la percezione che le Ostetriche hanno della propria identità. Le narrazioni si sono dimostrate rispondenti allo scopo del lavoro. Nell'indagine le Ostetriche hanno raccontato, in maniera predominante, dell'inscindibilità esistente tra l'identità professionale e quella personale e tra i propri valori morali e quelli etico-deontologici della professione. In particolare, i tre poster hanno mostrato in modo chiaro il valore sociale della professione ostetrica, l'importanza della condivisione al femminile e della Partnership con le donne e il corpus disciplinare dell'Ostetrica.

Attraverso la creazione dei poster, le ostetriche hanno raccontato, in maniera predominante,

dell'inscindibilità esistente tra l'identità professionale e quella personale.

Sono emerse, inoltre, le emozioni che si legano all'esercizio della professione; le ostetriche si percepiscono come dei guardiani, delle sentinelle che hanno l'onore di assistere al miracolo della nascita, accompagnare e sostenere la donna nel processo dell'eccezionale normalità della nascita.

L'analisi dei poster prodotti, ha permesso, seppur con delle piccole differenze individuali, di evidenziare i molti elementi core che sono comuni a tutte le Ostetriche. Infatti, per tutte è ben chiaro lo scopo della loro professione, ovvero "proteggere, promuovere e sostenere la salute di genere". Tutte hanno riconosciuto l'importanza del valore della partnership con la donna, quale elemento centrale dell'agire dell'Ostetrica e della donna, all'interno di una condivisione al femminile. Hanno, inoltre, individuato l'abilità "superiore", caratteristica della professione, che guida l'ostetrica nella pratica, ovvero il suo corpus disciplinare. Poi, hanno riconosciuto l'importanza delle regole etico-deontologiche che sono inscindibili dai propri valori morali. Hanno identificato l'importanza della cultura professionale, non solo come valori ma, anche, come associazioni (istituzioni, collegi, federazione). Inoltre, hanno messo in luce che l'identità Ostetrica pur partendo da solide basi della propria storia, non può non essere inserita all'interno della dinamicità della società attuale. L'identità ostetrica è presente ovunque, se c'è una donna, attraverso le Scienze Ostetrico-Ginecologiche e Neonatali. Il metodo narrativo, mediante l'utilizzo della parola scritta e raccontata, nonché attraverso il disegno, (visual storytelling) si è rivelato molto efficace per far emergere l'attuale identità Ostetrica, perché ha consentito l'esercizio di un'azione "maieutica", che ha esplicitato il linguaggio e la forma del pensiero delle Ostetriche rispetto alla loro identità.

Fonti bibliografiche

Merlini F., Bonoli L., *"Per una cultura della formazione al lavoro. Studi e analisi sulla crisi dell'identità professionale"*, Carocci, Roma, 2010

Bochicchio F., *"Convivere nelle organizzazioni. Significati, indirizzi, esperienze"*, Raffaello Cortina, Milano, 2011

Batini F., *"Manuale per orientatori: metodi e scenari per l'empowerment personale e professionale"*, Erickson, Trento, 2005

AGGIORNAMENTI

CEDAP 2017, Nuovi Lea in Gazzetta , Responsabilità professionale. La legge 24/2017

Pubblicato il rapporto sul Certificato di assistenza al parto (Cedap), 2017. Alcuni dati significativi relativi all'anno 2014-

Il presente Rapporto annuale sull'evento nascita in Italia, illustra le analisi dei dati rilevati all'anno 2014 dal flusso informativo del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP).

In sintesi alcuni dati significativi: l' 88,8% dei parti è avvenuto negli Istituti di cura pubblici ed equiparati, l'11,2% nelle case di cura private (accreditate o non accreditate). Nel 2014, il 20% dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana. L'età media della madre è di 32,7 anni per le italiane mentre scende a 29,9 anni per le cittadine straniere. L'analisi della condizione professionale evidenzia che il 56,2% delle madri ha un'occupazione lavorativa.

Nell'87% delle gravidanze il numero di visite ostetriche effettuate è superiore a 4 mentre nel 73,3% delle gravidanze si effettuano più di 3 ecografie.

La donna ha accanto a sé al momento del parto (esclusi i cesarei) nel 91,83% dei casi il padre del bambino. In media, nel 2014 il 35% dei parti è avvenuto con taglio cesareo, con notevoli differenze regionali; si ricorre al taglio cesareo nel 28% dei parti di madri straniere e nel 36,8% nei parti di madri italiane. Sono stati rilevati 1.377 nati morti corrispondenti ad un tasso di natimortalità, pari a 2,74 nati morti ogni 1.000 nati.

Il ricorso ad una tecnica di procreazione medicalmente assistita (PMA) risulta effettuato in media 1,71 gravidanze ogni 100. Per la consultazione del report collegarsi al link <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato527385.pdf>

I nuovi Lea in Gazzetta. Quali novità in materia assistenza gratuita alla donna al bambino e nel percorso nascita. I medici i soli prescrittori

Pubblicati finalmente in Gazzetta i nuovi Lea <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato9944866.pdf>

Moltissime le novità per una spesa aggiuntiva del Ssn finanziata con 800 milioni di euro vincolati. Il provvedi-

mento interviene su quattro fronti: 1. definisce attività, servizi e prestazioni garantite ai cittadini dal Ssn; 2. descrive con maggiore dettaglio e precisione prestazioni e attività oggi già incluse nei Lea; 3. ridefinisce e aggiorna gli elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione; 4. innova i nomenclatori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica. Tra le novità in materia assistenza gratuita alla donna e/o al bambino e/o nel percorso nascita da citare: nuovi destinatari vaccinazione HPV, endometriosi, screening neonatali, procreazione medicalmente assistita, incentivare il parto fisiologico (art. 38), pratiche antalgiche inclusa analgesia farmacologica nel parto (art. 38), assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie distrettuale, domiciliare e territoriale; inclusa anche assistenza ostetrica nell'art. 24.

Responsabilità professionale. La legge 24/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"

Il provvedimento di legge sulla responsabilità professionale del personale sanitario, atteso da 15 anni è una realtà. Secondo il Prof. **Pietro Sirena** .. **su QS la legge 24/2017** "interviene in una situazione di carenza normativa ma con intensa giurisprudenza, che ha generato il fenomeno della medicina difensiva. Lo scenario attuale potrebbe essere sintetizzato in quattro 'parole chiave': troppa responsabilità civile, troppi risarcimenti, poca assicurazione, poco risk management."

La legge in sintesi prevede una maggiore prevenzione degli eventi avversi, una maggiore aderenza a linee guida e buone pratiche da parte dei professionisti sanitari, , diverso riparto della responsabilità tra strutture e professionisti e assicurazione obbligatoria. Per approfondimenti sull'interpretazione della legge **QS ha messo a disposizione "un commentario"** al quale potrete collegarvi al seguente link <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato4321806.pdf>

RICERCA—FORMAZIONE

Valutazione qualitativa di una sperimentazione didattica: l'esperienza della nascita

Qualitative evaluation of a formative project: the birth experience

Autori: Chiara Reggiani¹, Enrico Naldi², Dila Parma³

¹ Ostetrica-Bologna, ² Responsabile delle attività didattiche CDL Ostetricia Az. Osp. Univ. di Bologna,

³ Coordinatore Didattico CDL Ostetricia UNIBO

Abstract

ITA. OBIETTIVI. Lo studio di tipo qualitativo si propone di esaminare l'andamento dell'esperienza delle studente, che si avvicinavano per la prima volta alla continuità assistenziale in un rapporto a "tu per tu" con la donna, ed identificare le eventuali criticità nella gestione e nell'organizzazione del progetto. **MATERIALI E METODI.** Lo studio si concretizza in un'analisi delle esperienze delle studente, mediante una rilettura dei loro diari, nei quali sono riportati sia un aggiornamento clinico della progressione della gravidanza, parto e puerperio, sia le sensazioni e le percezioni delle studente riguardo alla donna. In particolare ci si è soffermati sull'aspetto emozionale e psicologico dei racconti ponendo l'attenzione su alcune parole o frasi ricorrenti che potessero delineare l'andamento generale del progetto, per poter valutare l'approccio delle studente ad un modello assistenziale diverso da quello proposto dal servizio sanitario pubblico. **RISULTATI.** Nella maggior parte dei casi (12 studente su 18) le intenzioni iniziali, ovvero il porre la studentessa al centro di un percorso per la creazione di un legame profondo con la donna che la portasse a diventare un punto di riferimento nella relazione, risultano essere state rispettate. **CONCLUSIONI.** Nel complesso il progetto si valuta positivamente poiché nella maggior parte dei casi le intenzioni iniziali sono state rispettate. È quindi utile riproporre il progetto, tenendo conto dei fattori organizzativi che non hanno portato ad un suo completo successo per migliorarlo ed ottenere un percorso ben strutturato.

ENGL. OBJECTIVES. This qualitative study try to evaluate the proceeding of the midwife students' experience and their approach to the continuity assistance. It also identifies the critical issues of the project in order to improve it for the new generation of obstetrician students. **MATERIALS AND METHODS.** This study suggests an analysis of the students' diaries in which they report both a clinical progression of the pregnancy, delivery and puerperium, and students' perceptions and sensations about the pregnant woman. In particular, we pointed out on the emotional and psychological aspect of the diaries, focusing on certain frequent words or phrases which could figure out the general trend of the project, to evaluate the students' approach to the continuity assistance model. **RESULTS.** The initial project intentions were to put the students in a journey to create a connection with the woman in order to improve the relationship between the both of them. These intentions were satisfied in 12 cases on 18. **CONCLUSIONS.** Overall the project is evaluated positively, because the initial intentions were satisfied in most cases. So it could be proposed again in the future, keeping in mind all the factors that did not lead to a complete success of the project

Introduzione

La continuità assistenziale in ostetricia è un modello di assistenza che si basa sulla creazione di un rapporto esclusivo tra l'ostetrica e la donna, che comincia con la presa in carico della futura madre: dal momento dell'insorgenza della gravidanza fino ad alcune settimane do-

po il parto. Lo scopo è quello di portare la relazione ad un livello più profondo di conoscenza, per poter modellare l'assistenza sulla persona e non viceversa, ponendo il professionista come unico punto di riferimento per la donna. Diversi studi sottolineano l'importanza della continuità e dei benefici di questo modello assistenziale (Page 1999; Hodnett 1998). Tutta-

via, attualmente, nel panorama regionale dell'Emilia-Romagna, questo tipo di assistenza è messo in atto solo da ostetriche libere professioniste; diversamente dal modello del servizio sanitario pubblico che prevede l'interazione di tante figure professionali lungo il Percorso Nascita. Per questi motivi una formazione delle studente ostetriche centrata sulla continuità assistenziale non era mai stata inserita nelle attività di tirocinio. Si è ritenuto di fondamentale importanza, a fronte delle nuove normative vigenti che affidano all'ostetrica la gestione dell'assistenza alla gravidanza, parto e puerperio fisiologici (DRG 533/2008) sostenute dalle evidenze scientifiche, dare una svolta a questo sistema di formazione inserendo le studente in un progetto volto a favorire un'acquisizione di conoscenze e competenze comportamentali sulla globalità dell'assistenza e sull'instaurarsi di un rapporto empatico di fiducia con la donna.

Scopo del lavoro:

Esaminare l'andamento dell'esperienza delle studente ostetriche, che si avvicinano per la prima volta verso un modello di cure basato sulla continuità assistenziale in un rapporto a "tu per tu" con la donna.

Identificare le eventuali criticità nella gestione e nell'organizzazione di questo progetto formativo.

Materiali e metodi:

Disegno di studio: ricerca qualitativa

Il campione: le studente ostetriche del corso di Laurea in Ostetrica dell'Università di Bologna

Setting: il corso di laurea di Ostetrica dell'Università degli studi di Bologna— i consultori familiari del territorio bolognese— l'azienda ospedaliera di Forlì.

Strumento di raccolta dati: il diario

Il progetto è così strutturato nei seguenti passi:

- ⇒ inizialmente la studente si reca presso i consultori familiari del territorio bolognese e presso l'azienda ospedaliera di Forlì, ed in accordo con le ostetriche tutor viene individuata una gestante da prendere in carico che risponda a criteri di inclusione ovvero, una gravidanza a basso rischio e la volontà della donna di partecipare allo studio, espressa tramite la firma di un consenso informato.
- ⇒ La studente si rende disponibile ad essere presente ai principali incontri programmati e gestiti dall'ostetrica, ma pure, qualora la donna lo avesse richiesto, a quelli in cui solitamente l'ostetrica non

partecipa (ecografie, visite mediche specialistiche).

Questi appuntamenti con la donna sono condotti prevalentemente dalle studente, con lo scopo di consolidare ulteriormente la loro autonomia sotto la supervisione della tutor ostetrica durante interventi di counselling, la prenotazione di esami ed alla fine alla fine di ogni incontro.

- ⇒ Verso il termine della gravidanza, la studente accompagna la donna presso la struttura da lei scelta per il parto. Dopo le procedure di ricovero la studente, previa autorizzazione, partecipa al travaglio e al parto vaginale o chirurgico dove possibile, o, in alternativa, fornisce solo un supporto psicologico attivo alla donna.
- ⇒ Ogni incontro al quale la studente partecipa viene certificato dall'ostetrica tutor su un apposito foglio firmato per giustificare l'assenza in concomitanza di orari con le lezioni o del tirocinio curricolare.
- ⇒ L'intero percorso si conclude durante il puerperio, in cui sono previste due visite presso il domicilio della donna. Per realizzare questa seconda parte del progetto è necessario coinvolgere altre figure con la funzione di ostetrica tutor in affiancamento alle studente e che si identificano nei coordinatori del corso di laurea, nel caso in cui le ostetriche che avevano seguito la gravidanza non si rendono disponibili per motivi amministrativi.
- ⇒ Durante il percorso le studente devono compilare un diario. Durante la gravidanza sono da riportare sia il bilancio clinico di salute della donna, sia le impressioni e le sensazioni trapelate dall'incontro, tramite una breve descrizione degli argomenti trattati, dei comportamenti e delle frasi significative della donna.
- ⇒ Lo studente deve documentare la propria esperienza utilizzando un diario anche nel parto ed in puerperio. Il materiale raccolto verrà utilizzato per l'elaborazione di un unico documento in cui verrà narrata sinteticamente l'esperienza da parte della studente. Questo elaborato ha la funzione di ripercorrere la storia della gravidanza, del travaglio e del parto e di fornire alla studente un accurato metodo di autovalutazione sul vissuto dell'esperienza di cure basata sulla continuità assistenziale nonché sul rapporto che ha instaurato con la donna. Anche gli incontri in puerperio dovranno essere documentati su un apposito diario da accludere all'elaborato finale, in cui verrà descritto lo stato gene-

rale di salute bio-psico-sociale della neomamma nel suo ambiente, il suo rapporto con il bambino e la gestione dell'allattamento inclusi i consigli adeguati al caso.

Analisi dei dati

I racconti sono stati riportati nei diari in modo libero, senza schemi preformati, dando quindi la possibilità alle studente di esprimere le proprie sensazioni e riflessioni nel modo che preferivano, così da accentuare ancora di più la loro percezione riguardo all'esperienza rispetto ad un modello assistenziale diverso da quello proposto nei tirocini curriculari tradizionali.

Gli elaborati sono diventati il punto di partenza per la conduzione dello studio: si è deciso, infatti, previo consenso di ogni studente di analizzare il contenuto della loro esperienza tramite una rilettura dei loro diari, per valutare il primo approccio alla continuità assistenziale e delineare un andamento dell'applicazione del modello, individuandone le principali criticità, al fine di un suo miglioramento per le successive messe in atto.

In particolare, nell'analisi dei testi ci si è soffermati sull'aspetto emozionale e psicologico, cercando di trovare frasi ricorrenti e parole chiave, riportate come citazioni all'interno dell'analisi, che potessero fornire spunti di riflessione da cui trarre una linea comune di interpretazione del primo approccio delle studente ad un modello di assistenza nuovo, ma anche antico, peculiare della professione ostetrica.

I risultati

Alla fine dello studio i diari raccolti e che descrivono l'esperienza di una presa in carico basata sulla continuità delle cure erano 18, uno per studente frequentanti il corso nel periodo compreso tra luglio 2014 e luglio 2015.

Dai dati emerge una valutazione positiva dell'esperienza della midwifery learning proposta in quanto la maggior parte delle studente (12 su 18) riferisce di aver costruito un legame profondo con la donna che ha consentito alla studente di risultare, per lei, un punto di riferimento importante.

Tutte le studente hanno potuto seguire la gravidanza della donna presso il consultorio/ambulatorio assumendo un ruolo attivo nella conduzione degli incontri nel 85% dei casi.

I questi incontri il rapporto di fiducia si è consolidato, esempio emblematico lo scambio dei numeri di telefono, che non era esplicitamente

richiesto, ma che si è verificato nella totalità dei casi. Più precocemente è avvenuto tale scambio (10 ragazze su 18 già dal primo incontro) più le donne hanno avuto la possibilità di interagire con loro, favorendo il rafforzamento della relazione e portando le stesse ad identificare la studente come punto di riferimento significativo del percorso.

Le studente hanno potuto partecipare attivamente all'assistenza durante il travaglio e il parto nel 60% dei casi; mentre nel 30% hanno fornito solo sostegno emotivo alla donna. Ciò si è verificato in particolare in quelle sale parto scelte dalle donne che non rientravano tra le ufficiali di tirocinio. Il restante 10% delle studente non è stata contattata al momento del parto e quindi non era presente all'evento nascita.

Nel 99% il parto delle donne prese in carico è avvenuto in ospedale, mentre in un solo caso è stata intrapresa la via di un parto a domicilio, facendo riferimento ad un'associazione di ostetriche libere professioniste.

Rispetto alle visite domiciliari durante il puerperio, il 90% delle studente si è recata almeno una volta presso il domicilio della donna per valutare i primi momenti di relazione tra la mamma e il bambino, le condizioni generali fisiche della donna e la progressione dell'allattamento. Il 20% del campione ha eseguito due visite domiciliari, proprio come era stato previsto nel progetto, concludendo pertanto la presa in carico, mentre nel restante 70% dei casi, si è riusciti ad organizzare una sola visita. Nel restante 10% le studente non si sono mai recate a casa della donna. Quest'ultima percentuale coincide con la mancata presenza al momento del parto, infatti nella totalità dei casi in cui la donna non ha ritenuto opportuno che la studentessa fosse presente al parto, non c'è stato un proseguimento della continuità assistenziale.

Infine, analizzando la parte relativa alla gestione ed all'organizzazione del percorso il 45% delle studente ha affermato che la maggiore criticità riscontrata è stata la mancanza di linee d'indirizzo chiare sulla stesura del diario della gravidanza, che è stata lasciata invece libera. Il 5% delle studente poi precisa che non sono state date disposizioni sufficientemente chiare sugli obiettivi del progetto e sulla gestione dell'impegno che questo comportava. Anche in questo caso, anche se in percentuale minore, si nota una coincidenza tra queste affermazioni e l'esito negativo dell'esperienza.

Discussione:

Dall'analisi è emerso che i risultati migliori sono

stati ottenuti nei casi in cui la studenti hanno assunto fin dall'inizio un ruolo attivo nella relazione con la donna, mettendosi in gioco nella conduzione di incontri, nella partecipazione alle visite specialistiche e nell'accompagnamento della donna durante i momenti precedenti la nascita, come in occasione dei prodromi di travaglio o del ricovero prima dell'intervento di taglio cesareo. Una presenza partecipante, che ha permesso alla donna di affidarsi alla studente ostetrica individuandola come punto di riferimento e come ponte tra le varie figure professionali che si susseguivano all'interno del percorso nascita, instaurando con lei un legame di conoscenza profonda che ha permesso alla studente di porsi come barriera protettiva dagli stress emotivi della donna. Un ruolo importante, anche se non espressamente richiesto nel progetto, ha giocato anche lo scambio del numero di telefono fra la futura mamma e la studente, che ha permesso a quest'ultima di contare su di lei durante la progressione della gravidanza, nei momenti dell'insorgenza del travaglio, in quanto la donna ha potuto manifestare alla studente il suo bisogno di supporto.

È interessante notare che uno scambio precoce del numero di telefono ha contribuito a rafforzare la relationship ostetrica-studente.

Al momento dell'insorgenza del travaglio o all'avvicinarsi della nascita (in un caso infatti la donna ha scelto di eseguire un taglio cesareo per pregresso TC), l'atteggiamento empatico della studente ha, da un lato, permesso alla donna di poter fare su di lei affidamento, confidandole i suoi desideri riguardo alla gestione del dolore ed i suoi sentimenti quali la paura delle complicanze o dell'inadeguatezza ad affrontare il parto. Contestualmente la studente ha potuto mettere in pratica un'assistenza personalizzata, modulando i suoi interventi sulla base del suo livello di apprendimento; ha cercato di incanalare tutte le energie della donna nell'accoglienza del suo bambino, con l'intento di rispettare anche la sua intimità. L'esperienza formativa è avvenuta sotto la supervisione di un ostetrica referente che, ove possibile, ha permesso che la relazione studente-donna rimanesse quanto possibile esclusiva, intervenendo solo dove necessario. In altri casi ha fatto in modo di concentrarsi sulla supervisione delle abilità cliniche, lasciando alla studente la possibilità di sperimentare il sostegno emotivo nel modo che lei stessa riteneva più opportuno. Dove la partecipazione attiva al parto non è stato possibile, si è comunque rilevato che anche la sola presenza, abbia ricondotto la donna alla tranquillità e ad affrontare più serenamente l'evento nascita. Ed in caso di insorgenza di complicanze, la relazione profonda tra studen-

tessa e donna ha permesso a quest'ultima di affrontarla in modo consapevole, potendo contare su un sostegno dedicato e personalizzato.

Nel periodo del primo puerperio, ovvero quando si sono svolte le visite a domicilio, questo tipo di legame ha inciso sia sulla riduzione degli episodi di baby blues e sia sulla prosecuzione dell'allattamento materno dopo la dimissione dalla struttura, infatti è stato riscontrato un buon avvio dell'allattamento esclusivo che è proseguito per lungo tempo. La possibilità di contare su una figura nota, che fosse sempre reperibile, ha rappresentato un aiuto concreto per le neomamme. Si evidenzia la necessità da parte delle donne di essere per lo più tranquillizzate sul loro agire, di essere incoraggiate ad assecondare il proprio istinto materno e di essere aiutate nel riconoscere i segnali del proprio bambino. Il fatto che fosse già consolidato un legame di fiducia ha permesso alla studente ostetrica di affrontare consapevolmente la richiesta di aiuto della donna, rispettando la sua volontà, senza forzarla né costringerla verso scelte troppo radicali o improntate sulle proprie convinzioni, ma accompagnandola nel rispetto del suo modo di "essere madre" e aiutandola a capire come prendersi cura del proprio bambino nel modo migliore.

Le criticità principali sono emerse soprattutto nei casi in cui le studente non hanno avuto un ruolo attivo nella relazione, rimanendo una presenza marginale all'interno di un percorso già pianificato. Le cause che possono aver ricondotto ad una relazione non efficace si possono ritrovare nella differente etnia (in due casi, originando incomprensioni che hanno portato ad un legame solo parziale); nella parità per cui la donna aveva già sperimentato il percorso nascita e non era intenzionata a cambiare il suo modo di vivere la maternità ed a condividere l'attuale esperienza con una presenza troppo massiccia di ostetriche tutor e studente. In questo caso la studente non ha avuto la possibilità di emergere come figura di riferimento.

Nei tre casi di mancato successo dell'esperienza è riconducibile ad uno scarso interesse delle studente al progetto, ritenendolo meno importante del percorso di studi canonico, che ha portato la relazione con la donna ad un livello superficiale, lasciando di fatto incompiuto il percorso previsto.

Dal punto di vista organizzativo l'analisi dei dati ha mostrato una carente gestione delle linee di indirizzo fornite alle studente per quanto riguarda sia la compilazione dei diari stessi, che infatti risultano essere tutti diversi tra di loro e di difficile interpretazione per tracciare linee comuni, sia per le visite domiciliari in puerperio.

Infatti nel 70% dei casi le studente si sono recate presso il domicilio della neo-mamma soltanto una volta, in epoche puerperali differenti, diversamente da quanto previsto dalla stesura originale del progetto, mentre il 10% non è riuscita a realizzare nemmeno una visita alla donna dopo la dimissione dall'ospedale. Ciò è dovuto principalmente alla necessità di ricorrere ai coordinatori del corso di laurea come figure tutorie di accompagnamento per questa parte del percorso.

La considerazione che sorge spontanea è il fatto che, alcune donne abbiano manifestato il totale affidamento nei confronti della studente, benché di fatto, fosse ancora una tirocinante. Tale atteggiamento può essere espressione della necessità della donna di ritrovare dei punti di riferimento stabili nel suo percorso, che puntino a rassicurarla e ad indirizzarla verso la riscoperta ed all'ascolto di sé stessa, in modo da poter prendere contatto con la propria istintualità e ad avere la consapevolezza di possedere le risorse per diventare una madre competente per il proprio bambino. Nel contesto attuale, infatti, la donna spesso deve fare fronte a stati d'animo o situazioni senza poter contare su una figura di aiuto concreta. Questo può portare a due condizioni in contrasto tra loro, che rischiano di compromettere il legame tra mamma e bambino: da un lato l'eccessiva attenzione verso ogni minimo cambiamento del proprio corpo con un conseguente riferimento spesso eccessivo alle strutture di Pronto Soccorso, quale manifestazione di una necessità di avere costantemente bisogno di conferme esterne ed estranee del suo "star facendo bene"; dall'altro acquisendo un ruolo passivo nella gestione del proprio stato, trascurando le potenzialità ed i messaggi del proprio corpo e senza prendere nessuna decisione concreta, ma adeguandosi a ciò che le viene proposto, come se la nascita e la gestione del neonato non dipendessero da lei.

Questa proposta di midwifery learning dimostra che l'empowerment ostetrico è di fondamentale importanza per le donne di ogni tempo, oltre che supportare la tesi secondo cui la continuità assistenziale rappresenti uno dei migliori modelli di accompagnamento della donna durante il suo percorso per diventare mamma.

Conclusioni:

Dall'analisi è stata riscontrata una valenza positiva della proposta formativa qui descritta. Nella maggior parte dei casi le studente sono rimaste soddisfatte dell'approccio ad un metodo assistenziale diverso da quello proposto dal Servizio Sanitario Regionale. Ha permesso loro

di sperimentarsi e di ampliare le loro conoscenze e competenze sia da un punto di vista pratico che da un punto di vista comportamentale, avvicinandosi ad una realtà poco sperimentata nei corsi di Laurea in Ostetricia Italia, ma che sta prendendo sempre più piede nel panorama internazionale.

L'essere riuscite a entrare in sintonia con la donna ha soddisfatto pienamente lo scopo del lavoro ed ha fatto risaltare nella studente la capacità di comunicazione e di counselling peculiarità della professione, dandole la possibilità di vivere un'esperienza unica.

Quello modello di apprendimento clinico quindi è stato riproposto negli anni accademici successivi, introducendo significative modifiche per quanto riguarda l'aspetto organizzativo.

Innanzitutto sono state fornite alle studente delle linee di indirizzo più chiare, introducendo tutte le norme di comportamento in caso di gravidanze all'insorgenza a basso rischio nelle quali poi compaiono fattori di rischio (come ad esempio la comparsa del diabete gestazionale dopo la curva da carico di glucosio nel secondo trimestre di gravidanza).

Inoltre è stato introdotto un diario della gravidanza preimpostato che permetta alle studente una compilazione di più facile interpretazione, soprattutto dal punto di vista clinico, senza penalizzare la parte relativa alla descrizione delle sensazioni e delle percezioni dei comportamenti della donna, che saranno comunque riportati in maniera libera e non schematica.

BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA

1. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. *Midwife-led versus other models of care for childbearing women*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD004667.
2. McLachlan HL, Forster DA, Davey MA, Lumley J, Farrell T, Oats J, Gold L, Waldenström U, Albers L, Biro MA. *COSMOS: COMparing Standard Maternity care with one-to-one midwifery support: a randomised controlled trial*. BMC Pregnancy Childbirth. 2008 Aug 5;8:35.
3. Page L, McCourt C, Beake S, Vail A, Hewison J. *Clinical interventions and outcomes of One-to-One midwifery practice*. J Public Health Med. 1999 Sep;21(3):243-8.
4. Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, CeVEAS. *Linea Guida Gravidanza Fisiologica*. Pavona (RO), SNLG, Aggiornamento novembre 2014.
5. FNCO, *Codice deontologico delle ostetriche*, approvato dal Consiglio Nazionale nella seduta del 19 giugno 2010 con integrazioni/revisioni approvate dal Consiglio Nazionale nella seduta del 5 luglio 2014

RICERCA— MANAGEMENT

L'effetto del modello di assistenza ostetrica sugli esiti del parto nelle gravidanze fisiologiche negli anni 2013-2014: uno studio di coorte condotto nell'AUSL di Bologna

*The effect of the midwifery care model on childbirth outcome in physiological pregnancies in the years 2013-2014:
A cohort study conducted at the AUSL in Bologna*

Autori: ¹Maria Sabina Ciccolella, ²Stefania Guidomei, ³Marinella Lenzi, ⁴Claudio Veronesi, ⁵Lucio Balzani, ⁶Cinzia Vicinelli, ⁷Carla Dazzani

¹Ostetrica - Borsista DATeR Percorso Nascita e innovazione assistenza ostetrica ²Ostetrica - Responsabile UO DATeR Donna e Bambino ³Medico Ostetrico Ginecologo - UO Ostetrica Ginecologia Ospedale Maggiore, ⁴Medico Ostetrico Ginecologo - Responsabile ff UOC Consultori Familiari ⁵Statistico - UO Specialistica Ambulatoriale ⁶Ostetrica - Responsabile DATeR Assistenza Ostetrica Ospedaliera ⁷Ostetrica - Responsabile DATeR Percorso Nascita e innovazione assistenza ostetrica

Abstract

ITA. BACKGROUND: Le evidenze su quale sia il modello assistenziale ostetrico migliore non si possono considerare definitive e, ad oggi, non sono disponibili in ambito nazionale dati che potrebbero far propendere per uno dei modelli esistenti. **OBIETTIVO:** Valutare gli esiti del parto delle donne con gravidanza fisiologica, prese in carico dall'ostetrica all'interno del percorso nascita in confronto a quelle non prese in carico all'interno del percorso nascita, che hanno partorito all'Ospedale Maggiore di Bologna negli anni 2013 - 2014.

METODI: E' stato condotto uno studio osservazionale di coorte storica sui parti avvenuti nel 2013 e nel 2014 all'Ospedale Maggiore di Bologna e risultati da gravidanze fisiologiche. Mediante i database CeDAP e MySanita sono state individuate le donne seguite in autonomia dall'ostetrica e confrontate con quelle non presenti nel percorso nascita. L'esito primario era il ricorso al parto cesareo rispetto al parto vaginale. Altri esiti sono stati: l'utilizzo di analgesia epidurale, il ricorso all'induzione del travaglio e l'utilizzo di ossitocina nei parti pilotati, il peso del neonato <2500g, l'APGAR al 5 minuto inferiore a 7, l'effettuazione della rianimazione neonatale e la natimortalita. E stata effettuata un'analisi multivariata considerando come fattori confondenti: eta della donna, scolarita, nazionalita ed epoca gestazionale. **RISULTATI:** Sono stati selezionati 3.144 parti derivanti da gravidanza fisiologica, di cui 866 seguite in autonomia dall'ostetrica e 2.278 non presenti nel percorso nascita. Sono emerse differenze statisticamente significative tra le gravidanze seguite in autonomia dall'ostetrica e quelle non presenti nel percorso nascita per il ricorso al parto cesareo (OR aggiustato:0,77; IC95% 0,61-0,97) e per il ricorso all'analgesia epidurale (0,62; 0,45- 0,84); al contrario non sono emerse differenze per l'induzione del travaglio (1,03; 0,82- 1,29) e per il ricorso al parto pilotato (0,98; 0,78-1,24); I nati da donne seguite in autonomia dall'ostetrica presentano una maggiore frequenza di un peso >2500g, tuttavia questo risultato non e significativo dopo l'aggiustamento (OR aggiustato: 0,70; IC 95%:0,37 1,30). **LIMITI:** Questa ricerca presenta i limiti propri degli studi osservazionali su banche dati sanitarie, come la presenza di informazioni mancanti. Un altro limite rappresentato dal possibile confondimento dei risultati a causa di diversita non controllate con l'aggiustamento tra i due gruppi di donne. Infine, lo studio non ha tenuto conto di fattori quali la parita e gli eventuali ces rei precedenti che potrebbero influenzare i risultati ottenuti.

CONCLUSIONI: Questo studio, primo in Italia, ha indagato il Percorso Nascita presente presso l'AUSL di Bologna quale modello assistenziale ostetrico con esiti in linea con la letteratura internazionale. Al fine di rafforzare le conclusioni ottenute, sarebbe auspicabile uno studio di almeno tre anni che coinvolga un numero maggiore di donne.

ENGL.

Background: Evidences regarding the best midwifery led model of care couldn't be considered conclusive and are not available national data about the choice of a model of care. Objective: to evaluate intrapartum outcomes of low risk pregnancies in women who received the midwife led care versus traditional model of care and who give birth in Ospedale Maggiore-Bologna during 2013-14. Methods: An observational retrospective cohort study was conducted on physiological birth occurred during 2013-14 in Ospedale Maggiore-Bologna. Data collected by CeDAP e MySanita database. Primary aim was mode of birth (cesarian section versus vaginal birth). Others outcomes were: epidural analgesia, induction of labour and ossitocine augmentation, newborn weight <2500g, APGAR <7 at 5 minutes, newborn resuscitation and perinatal mortality. A multivariable analysis was conducted on primary and secondary outcomes in respect of maternal age, education, nationality, gestational age. RESULTS: 3144 birth of women with physiological pregnancy were enrolled: 886 received a midwifery led care and 2278 received a traditional model of care. Statistical significant differences were described into two groups (MLC vs TMC) respect on cesarian section (OR:0,77; IC95% 0,61-0,97); epidural analgesia (0,62; 0,45- 0,84). There were differences into two group respect on induction (1,03; 0,82- 1,29) ossitocine augmentation (0,98; 0,78- 1,24); newborn weight <2500g. (OR aggiustato: 0,70; IC 95%:0,37 1,30) LIMITS: A limit of this study was drop out data and the presence of other variables that play a role of confounder on the main outcome that were not included in the analysis (i.e. previous cesarian section and parity) CONCLUSIONI: This is the first study in Italy on a midwifery-led care model for physiological women during pregnancy in AUSL Bologna. A future research will be conducted on a larger sample of women.

Introduzione

L'assistenza da parte dell'Ostetrica alla gravidanza a basso rischio è diffusa e consolidata in molti Paesi. In Italia nel 2011 sono state pubblicate le Linee Guida dal Ministero della salute che propongono la presa in carico delle donne con gravidanza fisiologica da parte dell'Ostetrica o di un team di Ostetriche, integrato da una rete multidisciplinare di professionisti da coinvolgere in modo appropriato¹. Questa pratica viene sostenuta da una review Cochrane aggiornata nel 2015 che prende in considerazione 15 trials (17.674 donne) e mette a confronto il modello assistenziale di presa in carico della gravidanza a basso rischio da parte dell'ostetrica rispetto a modelli assistenziali che vedono coinvolti altri specialisti. I risultati di questa review mostrano, con la presa in carico dell'ostetrica, una minore probabilità di ricorso all'amniotomia (RR=0,80 IC95%=0,66-0,98), all'uso di analgesia regionale (RR=0,85 IC 95% = 0,78- 0,92), all'episiotomia (0,84; 0,77-0,92) e al parto operativo (0,90; 0,83-0,97). Inoltre, il parto spontaneo era in media più frequente (1,05; 1,03-1,07) e, la durata del travaglio più lunga (MD=0,50 IC95%=0,27-0,74), mentre non vi è differenza nel tasso di ricorso al parto cesareo (RR=0,92 IC95%=0,84-1,00)². Questa review, così come i documenti diffusi già nel 2005 da numerose agenzie sanitarie³, evidenzia un rapporto costo/beneficio favorevole dell'assistenza fornita dall'ostetrica rispetto a quella offerta da altri specialisti. Gli studi finora condotti non hanno tenuto conto della diversità di livello di rischio delle gravidanze prese in considerazione, tuttavia, questo rappresenta un aspetto di particolare rilevanza per la quantificazione dei benefici derivanti da un modello assistenziale. Le evidenze internazionali su quale sia il modello assistenziale ostetrico migliore non si possono considerare definiti-

ve e, ad oggi, non sono disponibili in ambito nazionale dati che potrebbero far propendere per uno dei tanti modelli esistenti. Quattro articoli apparsi sulla rivista Lancet nel 2014 cercano di identificare la strategia migliore di assistenza alle donne con gravidanze a basso rischio⁴⁻⁷.

Obiettivo

Valutare gli esiti del parto delle donne con gravidanza fisiologica, prese in carico dall'ostetrica all'interno del percorso nascita e che hanno partorito all'Ospedale Maggiore di Bologna negli anni 2013 - 2014.

Metodi

È stato condotto uno studio osservazionale di coorte storica sui dati inerenti i parti espletati nel 2013 e nel 2014 all'Ospedale Maggiore di Bologna e risultati da gravidanze fisiologiche. Le fonti utilizzate per lo studio sono: CeDAP (Certificato di assistenza al parto) che contiene tutti i dati sanitari, epidemiologici e socio-demografici relativi ai parti avvenuti sul territorio nazionale. MySanità un programma in dotazione al personale dei consultori dell'AUSL di Bologna che contiene tutti i dati relativi all'accesso al percorso nascita. Per selezionare il gruppo di donne con una gravidanza fisiologica seguite in autonomia dall'ostetrica all'interno del percorso nascita (Figura 1) sono stati estratti, dai dati presenti all'interno del database CeDAP, tutti i parti avvenuti nel 2013 e nel 2014 nell'Ospedale Maggiore di Bologna; di questi sono stati individuati solo quelli relativi a gravidanze fisiologiche. I dati ricavati sono stati poi incrociati con quelli presenti nel programma informatico My Sanita in uso nei consultori che offrono il percorso nascita, al fine di selezionare il gruppo di donne se-

guita in autonomia dall'ostetrica.

Di seguito vengono esplicitati i criteri di inclusione dello studio:

- Donne che hanno partorito all'Ospedale Maggiore di Bologna negli anni 2013- 2014.

- Donne con una gravidanza considerata a basso rischio (fisiologica) al momento del ricovero (sarà considerata la diagnosi di gravidanza fisiologica presente in cartella clinica).

Le donne che rispettavano i criteri d'inclusione dello studio sono state suddivise nel gruppo di studio costituito dalle gravidanze fisiologiche presenti nel percorso nascita, seguite in autonomia dall'ostetrica e nel gruppo di confronto rappresentato da tutte le gravidanze fisiologiche non presenti nel percorso nascita. Pertanto

Tabella 1. Caratteristiche socio demografiche della coorte in studio

Caratteristiche Madri	Totale	%	Esposte	%	Non Esposte	%
	3.144		866		2.278	
Età						
<21	31	1%	12	1%	19	1%
21-30	945	30%	411	47%	534	23%
31-40	1.949	62%	425	49%	1.524	67%
41-50	219	7%	18	2%	201	9%
Età Media	33,05		30,73		33,94	
Età Min - Età Max	15-50		18-44		15-50	
Scolarità						
Licenza elementare o nessun titolo	45	1%	17	2%	28	1%
Diploma di scuola media inferiore	483	15%	200	23%	283	12%
Diploma di scuola media superiore	1.268	40%	359	41%	909	40%
Laurea, Laurea breve, Diploma Universitario	1.348	43%	290	33%	1.058	46%
Nazionalità						
Italiana	2.440	78%	458	53%	1.982	87%
Non italiana	704	22%	408	47%	296	13%
Europea	392	12%	209	24%	183	8%
Africana	152	5%	99	11%	53	2%
Asiatica	118	4%	85	10%	33	1%
Latina	34	1%	15	2%	19	1%
Non definita	8	0%	0	0%	8	0%
Epoca gestazionale						
< 37	122	4%	18	2%	104	5%
37-40	2.254	72%	610	70%	1.644	72%
> 40	620	20%	200	23%	420	18%
Dato mancante	148	5%	38	4%	110	5%

to, sono stati applicati anche i seguenti criteri di esclusione:

- Donne la cui gravidanza viene considerata a medio o alto rischio al momento del ricovero.

- Donne la cui gravidanza viene seguita secondo un modello di assistenza condiviso tra Ginecologo e Ostetrica.

Nel presente studio sono stati considerati diversi esiti di complicanze al parto, sia relativi alla madre sia relativi al nascituro. È stato individuato come esito primario dello studio il ricorso al parto cesareo rispetto alle altre modalità di espletamento del parto, ossia parto spontaneo vaginale e parto vaginale operativo (ovvero con ricorso alla ventosa). Altri esiti materni identificati nello studio sono stati l'utilizzo di analgesia epidurale, il ricorso all'induzione del travaglio e l'utilizzo di ossitocina nei parti pilotati.

Gli outcome neonatali presi in considerazione

Tabella 2. Distribuzione degli 13ut come relativi al parto

Caratteristiche parto	Totale	%	Esposte	%	Non Esposte	%
	3.144		866		2.278	
Modalità parto						
con taglio cesareo	683	22%	144	17%	539	24%
vaginale con uso ventosa	206	7%	51	6%	155	7%
vaginale non operativo	2.255	72%	671	77%	1.584	70%
Modalità travaglio						
senza travaglio (solo cesarei)	436	14%	79	9%	357	16%
travaglio ad inizio spontaneo	2.138	68%	617	71%	1.521	67%
travaglio indotto	570	18%	170	20%	400	18%
Tipo induzione						
Nessun induzione	2.574	82%	696	80%	1.878	82%
Amnioressi	3	0%	0	0%	3	0%
CERVIDIL o altro	5	0%	2	0%	3	0%
Ossitocina	74	2%	23	3%	51	2%
Prostaglandine	488	16%	145	17%	343	15%
Parto pilotato						
No	2.586	82%	718	83%	1.868	82%
Si	558	18%	148	17%	410	18%
Amnioressi	30	1%	13	2%	17	1%
Amnioressi+Ossitocina	82	3%	27	3%	55	2%
Ossitocina	435	14%	104	12%	331	15%
Non specificato	11	0%	4	0%	7	0%
Metodo antidolore						
Non definita	364	12%	65	8%	299	13%
altro tipo di analgesia farmacologica	30	1%	7	1%	23	1%
analgesia epidurale	373	12%	59	7%	314	14%
metodiche non farmacologiche	1.414	45%	439	51%	975	43%
nessuna metodica utilizzata	963	31%	296	34%	667	29%

nel presente studio sono i seguenti: il basso peso alla nascita (ossia un peso del neonato <2500g), l'APGAR al 5 minuto inferiore a 7,

Tabella 3. Distribuzione degli outcome relativi al neonato

Caratteristiche neonato	Totale	%	Esposte	%	Non Esposte	%
	3.174		866		2.308	
Peso Neonato						
<2500g	128	4%	24	3%	104	5%
>2500g	3.046	96%	842	97%	2.204	95%
Natimortalità						
nato morto	11	0%	6	1%	5	0%
nato vivo	3.163	100%	860	99%	2.303	100%
APGAR 5'						
<7	27	1%	10	1%	17	1%
≥7	3.147	99%	856	99%	2.291	99%
Rianimazione						
No	3.145	99%	858	99%	2.287	99%
Si	29	1%	8	1%	21	1%

l'effettuazione della rianimazione neonatale e la natimortalità.

Sono state condotte analisi descrittive dei dati raccolti per entrambi i gruppi in studio. Per valutare la possibile associazione tra esposizione e outcome è stata effettuata un'analisi multivariata considerando come fattori confondenti: età della donna, scolarità, nazionalità ed epoca gestazionale al momento del parto. Tale analisi ha fornito valori di Odds ratio (OR) grezzi e aggiustati con i relativi intervalli di confidenza al 95% (IC95%).

Risultati

Nell'Ospedale Maggiore di Bologna nel periodo 2013 - 2014 sono avvenuti 6.306 parti (3.122 nel 2013 e 3.184 nel 2014), di questi 5.263 (83,5%) sono stati risultati da gravidanza fisiologica in accordo ai criteri dello studio; mentre sono stati esclusi 1.043 parti derivanti da gravidanze patologiche. Delle 5.263 gravidanze

fisiologiche, 22 sono state escluse dallo studio per dati mancanti. Incrociando i dati delle 5.243 gravidanze fisiologiche presenti nel CeDAP con i dati del programma informatico MySanità sono risultati essere presenti 2.936 donne, le altre 2.278 sono state considerate come gruppo di Non Esposte. Delle 2.936 donne presenti in MySanità, a seguito di un'attenta revisione delle cartelle cliniche elettroniche,

Tabella 4. Regressione logistica multipla sul rischio degli outcome materni tra le gravidanze esposte rispetto alle non esposte

	OR	IC 95%	P-Value	OR agg.*	IC 95%	P-Value
Modalità parto						
Cesareo vs. Vaginale	0,64	[0,53–0,79]	0,0000	0,77	[0,61–0,97]	0,0291
Modalità travaglio[†]						
Indotto vs. Spontaneo	1,05	[0,86–1,28]	0,6520	1,03	[0,82–1,29]	0,8213
Parto pilotato						
Si vs. No	0,94	[0,76–1,15]	0,5520	0,98	[0,78–1,24]	0,8641
Analgesia Epidurale[‡]						
Si vs. No	0,42	[0,32–0,56]	0,0000	0,62	[0,45–0,84]	0,00254
Peso Neonato						
più di 2500g vs. meno di 2500g	1,66	[1,05–2,60]	0,0284	0,70	[0,37–1,30]	0,2544

In grassetto i risultati statisticamente significativi

*aggiustato per età, scolarità, nazionalità ed epoca gestazionale al parto

† esclusi i parti cesarei

‡ esclusi i dati mancanti

866 sono state considerate come gruppo di Esposte, ossia seguite in autonomia dall'ostetrica all'interno del percorso nascita (Figura 1). Analizzando la distribuzione delle donne all'interno delle due coorti, in relazione alle quattro potenziali variabili confondenti, emerge come in nessun caso vi sia indipendenza fra la coorte di appartenenza e il potenziale confondente (i test chi quadrato risultano abbondantemente significativi in tutti i casi). L'analisi delle caratteristiche socio demografiche della coorte in studio (Tabella 1), mostra che le donne seguite in autonomia dall'ostetrica hanno un'età inferiore a quelle non presenti nel percorso nascita (il 47% delle donne seguite dall'ostetrica ha un'età tra 21 e 30 anni vs. il 23% di quelle non presenti nel percorso nascita). Inoltre, le donne seguite dall'ostetrica hanno un livello di scolarizzazione inferiore a quelle non presenti nel percorso nascita (il 33% del gruppo seguito dall'ostetrica ha una laurea vs. il 46% del gruppo non presente nel percorso nascita).

La quota di donne straniere è superiore tra quelle seguite in autonomia dall'ostetrica rispetto a quelle non presenti nel percorso nascita (47% vs. 13%). Nella coorte delle esposte si ha la presenza significativamente superiore, rispetto alla teorica indipendenza, di donne con un'età gestazionale maggiore di 40 settimane in confronto con il gruppo delle non esposte (23% vs. 18%). La distribuzione degli outcome relativi al parto mette in risalto che nella coorte delle donne seguite in autonomia dall'ostetrica si ha un minor ricorso al taglio cesareo rispetto alle donne non presenti nel percorso nascita (17% vs. 24%). Inoltre, nel gruppo di studio rispetto al confronto si ha un minor ricorso

all'analgesia epidurale (7% vs. 14%), al parto pilotato (17% vs. 18%) e il ricorso all'induzione (80% vs. 82%) (Tabella 2). La distribuzione degli outcome relativi al neonato sottolinea come l'unica differenza tra le gravidanze seguite in autonomia dall'ostetrica e quelle non presenti nel percorso nascita risiede nella quota di nati con peso ≤ 2500 g (3% nel gruppo di studio vs. 5% in quello di confronto). Per gli altri outcome studiati non si rilevano particolari differenze (Tabella 3).

L'analisi logistica mostra che per l'outcome primario, ossia il rischio di parto cesareo, le donne seguite in autonomia dall'ostetrica hanno un minor rischio rispetto a quelle non presenti nel percorso nascita (OR: 0,64; IC 95%: 0,53-0,69), tale rischio non perde la significatività statistica dopo aggiustamento per età, scolarità, nazionalità ed epoca gestazionale della donna (OR aggiustato: 0,77; IC 95%: 0,61-0,97) (Tabella 4). Per quanto riguarda gli outcome secondari:

- per il ricorso all'induzione del travaglio non è stata riscontrata alcuna differenza tra i due gruppi (OR aggiustato: 1,03; IC 95%: 0,82–1,29);
- nelle donne seguite in autonomia dall'ostetrica non vi è differenza di ricorso al parto pilotato rispetto a quelle non presenti nel percorso nascita (OR aggiustato: 0,98; IC 95%: 0,78–1,24);
- le donne seguite in autonomia dall'ostetrica hanno un minor rischio di ricorrere all'impiego dell'analgesia epidurale rispetto a quelle non presenti nel percorso nascita (OR: 0,42; IC 95%: 0,32–0,56), e la significatività di tale dato non si perde dopo l'aggiustamento (OR aggiustato: 0,62; IC 95%: 0,45–0,84); i nati da donne seguite in autonomia dall'ostetrica presentano una maggiore probabilità di presentare un peso maggiore di 2,5 Kg, rispetto a quelle non presenti nel percorso nascita, tuttavia il dato perde di significatività dopo l'aggiustamento (OR aggiustato: 0,70; IC 95%: 0,37–1,30) (Tabella 4).

Discussione

Il presente studio aveva come obiettivo quello di valutare gli esiti del parto delle donne con gravidanza fisiologica, prese in carico dall'ostetrica all'interno del percorso nascita in confronto a quelle non prese in carico all'interno del percorso nascita, che hanno partorito all'Ospedale Maggiore di Bologna negli anni 2013-2014. I dati necessari per lo studio sono stati estrapolati dal CeDAP e dal sistema informatico MySanita. Il Certificato di assistenza al parto e

uno strumento omogeneo per la rilevazione dei dati statistici di base relativi agli eventi di nascita, ai nati morti ed ai nati vivi con malformazioni, nonché alle caratteristiche socio-demografiche dei genitori. Esso fornisce sia informazioni di carattere sanitario ed epidemiologico sia di carattere socio demografico, molto importanti ai fini della sanità pubblica e della statistica sanitaria e necessarie per la programmazione sanitaria. Tale rilevazione è inoltre prevista dal Programma Statistico Nazionale, e costituisce pertanto un adempimento di legge anche ai sensi del Decreto Legislativo n. 322/1989. Il programma MySanita, in dotazione dei dipendenti dell'Azienda USL di Bologna, è uno strumento utilizzato dai professionisti per archiviare tutte le informazioni sulla storia della salute della donna e per documentare tutto ciò cui è sottoposta durante la sua gravidanza. I dati raccolti in questi due database sono stati incrociati per permettere di conoscere gli esiti dei parti risultati di gravidanze seguite secondo le modalità previste nel Percorso Nascita aziendale, in confronto a quelle non seguite all'interno di questo percorso. Sono state condotte analisi descrittive dei dati raccolti per entrambi i gruppi in studio. Per valutare la possibile associazione tra esposizione e outcome è stata effettuata un'analisi multivariata considerando come fattori confondenti: età della donna, scolarità, nazionalità ed epoca gestazionale al momento del parto. Tale analisi ha fornito valori di Odds ratio (OR) grezzi e aggiustati con i relativi intervalli di confidenza al 95% (IC95%).

I due gruppi risultanti sono numericamente molto diversi tra loro: il gruppo delle gravidanze seguite in autonomia dalle ostetriche (Esposte = 866) risulta essere un terzo rispetto al gruppo delle donne non seguite nel percorso nascita (Non Esposte = 2278). Questo e il risultato di soli 2 anni di studio, sarebbe utile, al fine della ricerca e della programmazione aziendale, prendere in considerazione le gravidanze e i parti di diversi anni per creare una serie storica di dati e aumentare il numero nei due gruppi. Analizzando la distribuzione delle donne all'interno delle due coorti in relazione alle quattro potenziali variabili confondenti, è evidente che in nessun caso la coorte di appartenenza è indipendente dal potenziale confondente, fattore questo derivante dall'applicazione dei test chi quadrato che risultano abbondantemente significativi in tutti i casi. Nello specifico:

- Età: presenza significativamente superiore, rispetto alla teorica indipendenza, di donne di età compresa tra i 21 e i 30 anni nella coorte delle esposte e di donne con età superiore ai

30 anni fra le non esposte.

- Scolarità: presenza significativamente superiore, rispetto alla teorica indipendenza, di donne con licenza di scuola media inferiore nella coorte delle esposte e di donne laureate fra le non esposte. Non si segnalano differenze significative, invece, rispetto al diploma di scuola media superiore o alla licenza elementare.

- Nazionalità: presenza significativamente superiore, rispetto alla teorica indipendenza, di donne straniere nella coorte delle esposte e di donne italiane fra le non esposte.

- Epoca gestazionale: presenza significativamente superiore, rispetto alla teorica indipendenza, di donne con età gestazionale maggiore di 40 settimane nella coorte delle esposte e di donne con età gestazionale compresa tra 37 e 40 settimane fra le non esposte. Non si segnalano differenze significative, invece, rispetto ad età gestazionali inferiori a 37 settimane e nella distribuzione dei dati mancanti. Dall'analisi degli outcome, dopo aggiustamento per i fattori confondenti presi in considerazione (età, scolarizzazione, nazionalità ed epoca gestazionale), è emerso che non esistono differenze tra le gravidanze seguite in autonomia dall'ostetrica e quelle non presenti nel percorso nascita, in particolare per la modalità del travaglio, il ricorso al parto pilotato e il peso del neonato alla nascita. Differenze invece emergono tra i due gruppi per il ricorso al cesareo (ORagg:0,77; IC95%: 0,61-0,97) e per l'impiego di analgesia epidurale (0,62; 0,45-0,84), in linea con i dati presenti in letteratura. Alcune differenze rilevabili tra i risultati di questo studio e quelli presenti in letteratura possono essere attribuiti ai differenti livelli di rischio delle gravidanze prese in considerazione. Gli studi, presenti nella review aggiornata nel 2015 della Cochrane Collaboration, analizzavano donne con gravidanze cui erano assegnati differenti livelli di rischio, in questo studio invece si sono esaminati solo i dati di gravidanze a cui era stato assegnato un basso livello di rischio (gravidanze fisiologiche). Gli outcome neonatali sono risultati rari nei parti fisiologici studiati, per questo non si è applicato il modello statistico di regressione logistica utilizzato invece per gli outcome materni. Unica eccezione il peso del neonato: i nati da donne seguite in autonomia dall'ostetrica presentano una maggiore probabilità di presentare un peso maggiore di 2,5 Kg rispetto a quelle non presenti nel percorso nascita, tuttavia il dato perde di significatività dopo l'aggiustamento (OR aggiustato: 0,70; IC 95%: 0,37-1,30). In ogni caso è di rilievo constatare che non vi sono differenze tra i due gruppi per questi outcome né un aumento di esiti negativi nel

gruppo delle donne seguite in autonomia dalle ostetriche.

Limiti

Lo studio presentato non è privo di limiti. Innanzitutto essendo uno studio osservazionale basato su banche dati sanitarie (CeDAP e MySanita) presenta i limiti propri di questa tipologia di ricerche, come la presenza di informazioni mancanti o non del tutto corrispondenti alle reali condizioni delle donne. Tuttavia, occorre precisare che l'alta numerosità che questi database consentono di raggiungere, permette di minimizzare i rischi di errori derivanti dal loro utilizzo, come dimostrato dal fatto che essi sono impiegati in numerosi studi scientifici pubblicati. Un altro limite è rappresentato dal possibile confondimento dei risultati a causa delle diversità riscontrate tra il gruppo delle donne seguite in autonomia dall'ostetrica e quelle non presenti nel percorso nascita. Sebbene questo possibile limite sia stato gestito mediante l'aggiustamento delle analisi per diverse variabili, non è possibile escludere del tutto che le differenze riscontrate sottendano ad altri fattori che distinguono le due coorti di donne. Inoltre, come per qualsiasi studio osservazionale, è possibile che sia presente del confondimento residuale legato a fattori non misurati dalle fonti di dati utilizzate. Infine, il presente studio non ha tenuto conto di fattori quali la parità e gli eventuali cesarei precedenti che potrebbero influenzare i risultati ottenuti e che potranno essere oggetto di ricerche future.

Conclusioni

Ad oggi il panorama italiano risulta ancora molto eterogeneo per quel che riguarda i modelli di assistenza ostetrica alla gravidanza, al parto e al puerperio. Questo studio è stato condotto per indagare i risultati di una realtà organizzativa, quale quella dell'Azienda USL di Bologna, che con il Percorso Nascita cerca di entrare nel dibattito internazionale su quale sia il modello assistenziale ostetrico che risponde nel migliore dei modi alle esigenze delle donne ma anche alle realtà organizzative presenti. Questo studio, primo in Italia, ha prodotto risultati che non si discostano molto dalle evidenze prodotte dalla letteratura in questo campo. Riconoscendo tuttavia i limiti, principalmente posti dall'esiguità numerica dei gruppi di donne indagate, sarebbe auspicabile, per rinforzare le conclusioni ottenute, condurre uno studio sperimentale di almeno tre anni per riuscire ad analizzare un numero maggiore di donne.

Bibliografia

1. Istituto Superiore di Sanità. Linee guida nazionali: Gravidanza fisiologica - aggiornamento 2011. Roma. Disponibile a: http://www.snlgiss.it/lgn_gravidanza_fisiologica_agg_2011. Ultimo accesso: 8 luglio 2016
2. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Sep 15;9:CD004667..
3. World Health Organization. Health Evidence Network (HEN). What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement). 2005. Copenhagen. Disponibile a: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/74660/E87997.pdf. Ultimo accesso: 8 luglio 2016.
4. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet.* 2014 Sep 20;384(9948):1129-45.
5. Homer CS, Friberg IK, Dias MA, ten Hoop-Bender P, Sandall J, Speciale AM6 et al. The projected effect of scaling up midwifery. *Lancet.* 2014 Sep 20;384(9948):1146-57.
6. Van Lerberghe W, Matthews Z, Achadi E, Ancona C, Campbell J, Channon A6 et al. Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. *Lancet.* 2014 Sep 27;384(9949):1215-25.
7. ten Hoop-Bender P, de Bernis L, Campbell J, Downe S, Fauveau V, Fogstad H et al. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *Lancet.* 2014 Sep 27;384(9949):1226-35.

RICERCA— MANAGEMENT

L'ostetrica/o e le cure primarie: un'indagine nazionale

ITALIAN MIDWIFERY PRIMARY CARE: A NATIONAL INVESTIGATION

Autori: Ileana Bruni¹, Luigia Soldati², Miriam Guana³

¹Ostetrica, Dottore Magistrale LMSIO, Asst Desenzano del Garda, ² Professore a contratto CLO, CLMSIO, Università degli Studi di Brescia, ³Presidente Syrio, Prof. Associato Scienze Ostetrico-Ginecologico-Neonatali, Università degli Studi di Brescia

Abstract

ITA. INTRODUZIONE E SCOPO DEL LAVORO. Le Cure Primarie rappresentano il primo livello di contatto delle persone, della famiglia e della comunità con il Servizio Sanitario Nazionale. In questo lavoro si intende affrontare la tematica delle cure primarie erogate dalle ostetriche nel territorio italiano. I principali obiettivi dell'indagine sono stati: descrivere la tipologia delle prestazioni "di competenza" ed i modelli assistenziali di midwifery care garantiti; comparare le prestazioni fornite dalle ostetriche ed i relativi modelli assistenziali di midwifery care tra il nord, il centro e sud Italia ed i dati nazionali con la situazione lombarda; mettere in luce i punti di forza e gli ostacoli all'attuazione delle cure primarie offerte dalle ostetriche/ci territoriali. **MATERIALI E METODI.** Si è condotta una indagine nel periodo compreso tra settembre e novembre 2015. Campione: ostetriche/ci coordinatrici/ori operanti presso i servizi territoriali del SSN. Campionamento "di convenienza", a scelta ragionata e bilanciata. **Lo strumento.** Questionario anonimo in formato elettronico grazie all'utilizzo dell'applicazione Google Drive. I dati raccolti sono stati organizzati per argomento e presentati in forma aggregata mediante l'uso di un foglio di calcolo elettronico (Microsoft Office Excel). **RISULTATI.** Dall'analisi dei dati delle prestazioni/cure primarie erogate è emerso un quadro non omogeneo del territorio italiano. Le motivazioni per le prestazioni non erogate sono da attribuire a problemi/ scelte organizzative della struttura e non per scelta delle ostetriche/ci. Anche in Lombardia il quadro delle prestazioni offerte non è uniforme. **CONCLUSIONI.** Seppur vi è una presa in carico da parte delle ostetriche/ci della donna in tutto il suo ciclo vitale, il quadro nazionale delle cure offerte è disomogeneo. Viene privilegiata l'area materno-infantile e ginecologica, con particolare impegno nella realizzazione di interventi orientati alla promozione della salute riproduttiva. Buona l'offerta attiva di interventi di cura assistenza al neonato.

15

ENGL. INTRODUCTION AND SCOPE OF WORK. The Primary Care are the first level of contact of individuals, the family and community with the national health service. This work intends to address the issue of primary care provided by midwives in the Italian territory. The main objectives of the survey were: to evaluate the type of performance "competence" and the type of care models of midwifery care guaranteed; compare the services provided by midwives and their care models of midwifery care in the north, central and southern Italy, and national data with the situation Lombard highlight the strengths and obstacles to the implementation of primary care provided by midwives territorial (adequacy / appropriateness). **MATERIALS AND METHODS.** Quantitative research. It has conducted a survey of cross-cutting in the period between September 1, 2015 and November 7, 2015. **The sample:** Midwives coordinators operating at the local services of the SSN. Sampling "of convenience", a balanced and reasoned choice. **The instrument:** Anonymous questionnaire, standard and validated, sent electronically by using the Google Drive. The data collected were organized by topic and presented in aggregate form by the use of a spreadsheet (Microsoft Office Excel). **RESULTS.** An analysis of the performance/ primary care provided is not homogeneous picture emerged of the Italian territory. The reasons for which benefits are not paid are attributable to problems/ organizational choices of the structure and not by choice of midwives. In Lombardy the framework of the services provided is not homogeneous.

CONCLUSIONS. There is a take-over by the midwives of women throughout its life cycle. It is privileged area mother and child, with particular commitment to the implementation of measures aimed at health promotion.

Introduzione

Definizione e finalità delle cure primarie. Le cure primarie rappresentano il primo livello di contatto delle persone, della famiglia e della comunità con il Servizio Sanitario Nazionale. Sono una vera e propria area-sistema dotata di caratteristiche peculiari e profondamente diverse da quel-

le, altrettanto tipiche, dell'assistenza ospedaliera. Nelle cure primarie prevale il cosiddetto paradigma "dell'iniziativa" con il quale si intende un pattern assistenziale orientato alla "promozione attiva" della salute ed al rafforzamento delle risorse personali (auto-cura e family learning) e sociali (reti di prossimità e capitale sociale) a

disposizione dell'individuo, specie se affetto da malattie croniche o disabilità. Per l'assistenza ospedaliera è invece prevalente il paradigma "dell'attesa" nel quale si evidenzia un pattern assistenziale ad elevata standardizzazione ed intensività tecnico-assistenziale che si attiva e si mobilita in presenza di un evento "nuovo" e con caratteristiche prevalentemente di acuzie, di urgenza od emergenza. Due paradigmi assistenziali che identificano bisogni di salute e fasi diverse ma che in ogni caso, per essere entrambi centrati sulla persona e riuscire a garantire la presa in carico e la continuità nelle cure, devono necessariamente integrarsi tra loro in una unica rete assistenziale.

Le cure primarie riconoscono dunque come proprio livello di riferimento quello più prossimo ai cittadini e cioè il territorio. Il loro ambito organizzativo specifico è quello distrettuale da intendersi come articolazione unitaria del sistema sanitario dove avviene la programmazione dei servizi e si dà attuazione agli istituti della partecipazione dei cittadini. All'interno del distretto un'ulteriore suddivisione dello spazio assistenziale in aree sub distrettuali, consente che l'erogazione dei servizi e delle cure avvenga in prossimità dei cittadini, ivi compreso il livello domiciliare.

Le cure primarie in ambito ostetrico-ginecologico neonatale. Nel 1975 sono stati istituiti i consultori familiari (con leggi regionali in tempi e modi diversi). Il Piano Sanitario Nazionale del 1998-2000 indicava come tema di rilevanza strategica la tutela della salute della donna e del bambino e, di conseguenza, veniva varato il Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) come espressione operativa di questa visione. Il POMI assegna un ruolo strategico centrale ai Consultori Familiari (CF) nella promozione e tutela della salute della donna e dell'età evolutiva e indica in dettaglio modalità e campi operativi prioritari, con un esauriente corredo di indicatori di processo, di risultato e di esito. Indica con estrema chiarezza, tra le proposte operative:

- la necessità dell'integrazione dei servizi di I° (promozione della salute), II° (cure specialistiche e diagnostica ambulatoriali) e III° livello (cure intensive e diagno-

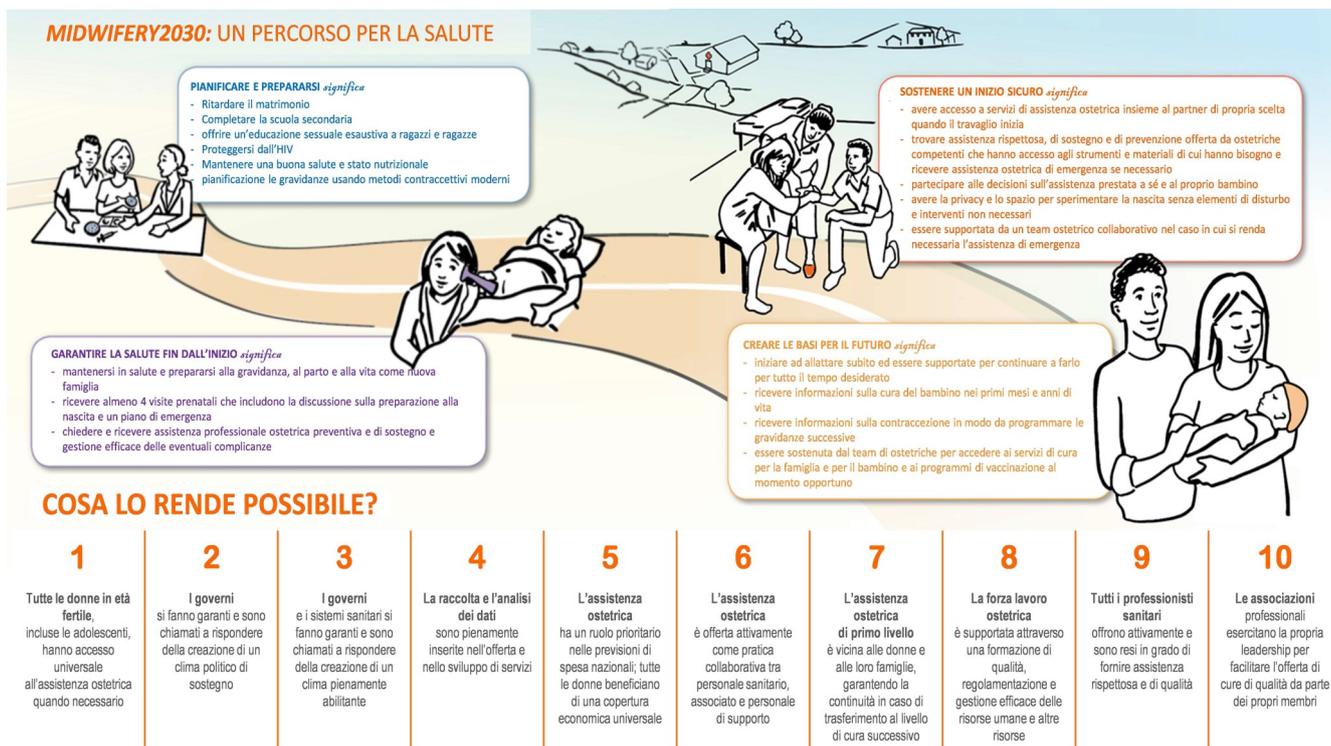
stica complessa), per garantire l'azione sinergica ed evitare inversioni e sovrapposizione di ruoli;

- che il consultori familiari (CF) operi con progetti strategici di promozione della salute su obiettivi prioritari;
- operare secondo un modello di care in cui si valorizzi l'*empowerment* e si garantisca un'offerta attiva dei servizi.

Le indagini dell'Istituto Superiore di Sanità hanno ampiamente dimostrato che l'applicazione delle indicazioni del POMI garantisce migliori esiti di salute e che le rare realizzazioni delle strategie proposte hanno prodotto risultati esaltanti. La peculiarità dell'intervento assistenziale dell'ostetrica/o è di promuovere e tutelare la salute olistica della donna, in campo sessuale/riproduttivo e dell'età evolutiva, rispetto agli eventi naturali/fisiologici relativi alle fasi del ciclo vitale e le cure primarie ostetriche hanno rappresentato da sempre un modello di assistenza che fa parte della tradizione.

L'ostetrica/o e le cure primarie: prospettiva nazionale. La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche nel 2012, nello spirito di predisporre una revisione delle competenze dell'ostetrica/o e nello specifico nell'ambito delle cure primarie e quindi all'interno del distretto, ha condiviso con il Consiglio nazionale, una nuova declinazione delle competenze contenute nell'area definita "cure primarie in ambito riproduttivo suddivise in assistenza nelle cure primarie e educazione-informazione-formazione.

Le cure primarie fornite dall'ostetrica nel mondo. Il programma Midwifery 2030 (fig.1) è definito come un "percorso per la salute essenziale per la realizzazione delle priorità nazionali e globali e per garantire i diritti delle donne e dei neonati». Modelli di cura centrati sulla donna e gestiti dall'ostetrica, hanno dimostrato di generare maggiori benefici di salute e risparmio economico rispetto ai modelli di cura medicalizzati. Il modello di midwifery care richiamato è quello già delineato nel World Health Report 2005 "Make every mother and child count", e prevede un sistema di primo livello de-medicalizzato ma professionale,



offerto a tutte le donne e neonati preferibilmente da ostetriche o, in alternativa, da medici o infermieri se formati adeguatamente e competenti. Le strutture dovrebbero essere gestite da ostetriche (midwife-led), anche all'interno dei reparti di maternità ospedalieri. La cura di primo livello prevede poi un sistema di riferimento efficiente, multiprofessionale, dotato di ginecologi e pediatri in tutti gli ospedali. Nell'articolo inglese "The midwifery public health contribution" si focalizza il contributo [Fonte: www.epicentro.iss.it/temi/materno] *fig. 1*

dell'ostetricia nella sanità pubblica e si elencano le azioni in tutto il percorso maternità (prenatale, gravidanza, nascita, periodo post-natale). Il focus è di influenzare e massimizzare la salute e il benessere di tutte le donne, i bambini, le famiglie e comunità in tutta la gravidanza, la nascita e il periodo postnatale, e oltre. Le Ostetriche dovranno contribuire pienamente alla salute pubblica in collaborazione con partner multipli, utenti dei servizi, volontari e gruppi di utenti.

L'INDAGINE

Scopo del lavoro. Descrivere le cure primarie ed i modelli assistenziali offerti dalle ostetriche territoriali, a livello nazionale,

nei rispettivi ambiti di competenza previsti dalle normative vigenti.

MATERIALI E METODI. Lo studio si inquadra nella ricerca quantitativa. Si è condotta uno studio osservazionale, trasversale nel periodo compreso tra settembre e novembre del 2015.

Il campione è costituito da "esperti" che si identificano nelle ostetriche/ci coordinatrici/ori territoriali, responsabili del governo delle ostetriche, intercettate attraverso contatti con i Collegi delle ostetriche d'Italia. Si è proceduto con un campionamento "di convenienza", a scelta ragionata e bilanciata.

Lo strumento. È stato somministrato per email alle unità campione un questionario anonimo inviato in formato elettronico grazie all'utilizzo dell'applicazione Google Drive che ha permesso di ricevere le risposte in formato elettronico in tempo reale rispetto alla compilazione e in forma anonima. Il questionario ha previsto domande con risposte chiuse, ma anche domande aperte per poter inserire note/osservazioni personali.

I risultati sono stati organizzati per argomento e presentati in forma aggregata mediante l'uso di un foglio di calcolo elettronico (Microsoft Office Excel).

I RISULTATI

Hanno partecipato allo studio n. 59 coordinatrici ostetriche territoriali rappresentative di tutte le Regioni italiane, ad eccezione della Valle d'Aosta, di cui il 40 % del nord Italia, il 34% del centro e il 27 % del sud e isole.

Dai dati emerge che la maggior parte delle ostetriche/ci che operano sul territorio hanno una esperienza lavorativa uguale o maggiore a 10 anni. Collaborano nel lavoro in equipe multiprofessionale, in particolare, con: il ginecologo (100%), lo psicologo (89%), l'assistente sociale (86%); l'educatore professionale (14%), l'infermiere (5%); l'assistente sanitaria, il pediatra e lo neuropsichiatra nel 3,5%; altre professionalità sono rappresentate solo per il 2% (medici servizi vaccinali, neuropsichiatra, mediatrici culturali, dietisti, andrologi).

Regione	n. risposte	Province rappresentate
ABRUZZO	4	L'Aquila; Chieti; Pescara; Teramo
BASILICATA	3	Matera; Potenza
CALABRIA	2	Cosenza; Reggio Calabria
CAMPANIA	2	Napoli; Salerno
EMILIA-ROMAGNA	4	Bologna; Modena; Piacenza; Rimini
FRIULI-VENEZIA GIULIA	1	Trieste
LAZIO	4	Roma
LIGURIA	1	La Spezia
LOMBARDIA	8	Bergamo; Brescia; Cremona; Mantova; Milano; Monza e Brianza
MARCHE	5	Ascoli Piceno; Macerata; Pesaro e Urbino
MOLISE	1	Isernia
PIEMONTE	5	Alessandria; Biella; Novara; Vercelli; Torino
PUGLIA	3	Bari; Lecce; Taranto
SARDEGNA	3	Carbonia-Iglesias; Olbia-tempio; Oristano
SICILIA	2	Messina; Palermo
TOSCANA	5	Arezzo; Firenze; Grosseto; Prato; Siena
TRENTINO-ALTO ADIGE	1	Trento
UMBRIA	2	Perugia
VENETO	3	Padova; Verona; Vicenza
Totale	59	

Tab. 2 Distribuzione geografica del campione

Le prestazioni ostetriche, nonché i modelli assistenziali maggiormente erogati in ordine decrescente sono:

Area ostetrica (tab. 2)

⇒ 100%: sostegno e sorveglianza della gravida

adolescente

- ⇒ 97%: sorveglianza dello stato emotivo della gestante e consulenza ostetrica in puerperio
- ⇒ 95%: presa in carico della donna che richiede l'interruzione volontaria di gravidanza
- ⇒ 93%: controlli ostetrici in gravidanza; esecuzione manovre di Leopold; consulenza e sostegno alla gravida straniera
- ⇒ 90%: fornire appoggio alla donna ed alla coppia in attesa di un bambino; promozione e sostegno dell'allattamento al seno
- ⇒ 88%: corsi di accompagnamento alla donna e alla coppia in gravidanza in collaborazione con altri specialisti; informazioni alla gravida lavoratrice sulle tutele normative previste e sulla sicurezza nei luoghi di lavoro; promozione e sostegno della genitorialità
- ⇒ 86%: sorveglianza dello stato emotivo della gestante nel post-partum; spazi allattamento al seno a libero accesso; favorire la maternità e paternità responsabili
- ⇒ 85%: bilancio di salute della gravida; auscultazione BCF con Doptone
- ⇒ 83%: consulenza diagnosi prenatale
- ⇒ 81%: misurazione sinfisi-fondo; consulenza alle donne che desiderano abbandonare il bambino alla nascita; corsi post parto per accompagnare i neogenitori nei cambiamenti che l'arrivo del figlio comporta nella coppia
- ⇒ 78%: sostegno nel lutto ostetrico; consulenza e sostegno alla donna tossicodipendente
- ⇒ 76%: corsi di accompagnamento alla donna e alla coppia in gravidanza, solo a conduzione ostetrica
- ⇒ 75%: assistenza alla donna durante il puerperio nei primi 5 giorni; educazione del pavimento pelvico nel percorso nascita
- ⇒ 73%: controllo dell'evoluzione della gravidanza fisiologica con la supervisione del medico
- ⇒ 68%: controllo dell'evoluzione della gravidanza a rischio in collaborazione con il medico visita ostetrica a domicilio nel post-parto
- ⇒ 66%: controllo dell'evoluzione della gravidanza fisiologica in completa autonomia; visita ostetrica in puerperio (30-40 gg) in autonomia.
- ⇒ 64%: collaborazione con organizzazioni di volontariato e associazioni operanti nel settore della tutela materno-infantile e della salute di genere.
- ⇒ 53%: utilizzo agenda della gravidanza
- ⇒ 41%: ecografia office
- ⇒ 37%: auscultazione BCF con stetoscopio di Pinard; dimissione precoce protetta post-partum (item 12)

- ⇒ 29%: prescrizione degli esami nella gravidanza fisiologica con ricettario bianco; prescrizione degli esami nella gravidanza fisiologica su ricettario già predisposto dall'azienda (a firma del medico)
- ⇒ 10%: assistenza al travaglio fisiologico a domicilio con accompagnamento in ospedale; assistenza alla donna durante il travaglio a domicilio
- ⇒ 8%: prescrizione degli esami nella gravidanza fisiologica uso di "ricettario rosa" in dotazione dell'azienda sanitaria
- ⇒ 7%: assistenza alla donna nel parto a domicilio

Area ginecologica (Tab. 1)

- ⇒ 100%: esecuzione pap-test; consulenza contraccettiva; consulenza contraccettiva rivolta agli adolescenti; diffondere comportamenti consapevoli nella gestione della propria sessualità.
- ⇒ 98%: prevenzione infezioni e malattie sessualmente trasmissibili
- ⇒ 95%: consulenza preconcezionale
- ⇒ 93%: partecipazione alla campagna di screening tumorali (tumori della sfera genitale femminile, mammella, colon)
- ⇒ 90%: consulenza agli adolescenti sul rapporto con il proprio corpo e i suoi mutamenti; informazioni su malattie sessualmente trasmesse (come riconoscerle, prevenirle, curarle; informazioni sui corretti stili di vita (alimentazione, fumo, alcol, attività sportiva,...); interventi di educazione all'affettività e alla sessualità alla collettività; promozione dell'educazione sessuale ed affettiva negli adolescenti
- ⇒ 86%: realizzazione di interventi di formazione e educazione sessuale ai giovani nelle scuole; partecipazione a campagne vaccinali in particolar modo orientate alla salute sessuale e di genere (es. HPV, anti-rubeo)
- ⇒ 85%: accoglienza e integrazione donne immigrate; promozione della salute e del benessere della donna in campo sessuale e riproduttivo
- ⇒ 83%: esecuzione tamponi vaginali ecc.
- ⇒ 81%: collaborazione con il medico nella visita ginecologica; consulenza ginecologica; consulenza per sterilità/infertilità; sostenere donne e famiglie in difficoltà (relazionali, sociali, ecc); contrastare azioni di violenza e abuso contro le donne ed i minori
- ⇒ 80%: promuovere maggior consapevolezza e informazione rispetto alla menopausa
- ⇒ 75%: partecipazione attiva, in equipe nei

- percorsi diagnostico-terapeutici nella donna in menopausa/ climaterio; consulenza sessuale
- ⇒ 71%: prevenzione mutilazioni genitali femminili
- ⇒ 64%: partecipazione attiva, in equipe, nei percorsi diagnostico-terapeutici nelle patologie ginecologiche
- ⇒ 63%: educazione del pavimento pelvico in menopausa
- ⇒ 53%: corsi di gruppo in menopausa (item 59)
- ⇒ 46%: partecipazione attiva, in equipe, nei percorsi assistenziali in oncoginecologia
- ⇒ 44%: partecipazione attiva, in equipe, nei percorsi diagnostico-terapeutici in uroginecologia

⇒

Area neonatale (Tab. 3)

Le prestazioni maggiormente offerte:

- ⇒ 92%: informazioni sulla gestione del neonato (igiene, coliche, alimentazione, ecc.)
- ⇒ 63%: corsi di massaggio infantile rivolti alla mamma/coppia
- ⇒ 56%: bilancio di salute del neonato (peso, altezza, sviluppo psico-motorio, ecc.)

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Dai dati emerge che le ostetriche hanno un'esperienza consolidata nella realizzazione delle cure primarie, inoltre, garantiscono una presa in carico della donna in tutto il suo ciclo vitale, secondo un approccio olistico.

Sul territorio in particolare, vengono offerte, con prevalenza nel nord Italia, prestazioni nell'ambito materno-infantile, relative ad interventi orientati alla promozione ed alla tutela della salute olistica dell'unità materno-fetale in gravidanza attraverso: l'educazione, l'informazione, il counselling, il sostegno ed il supporto anche in situazioni di fragilità; i corsi di accompagnamento alla nascita di cui nella maggioranza del campione realizzati in autonomia e prevalentemente offerti nel periodo prenatale; l'assistenza/sorveglianza sullo stato di salute materno-fetale avvalendosi di strumenti appropriati e coerenti con le buone pratiche; la collaborazione con il medico specialista nelle situazioni patologiche. La sorveglianza della gravidanza fisiologica a gestione autonoma si rileva in meno della

metà del campione di cui un discreto numero di ostetriche prescrivono gli esami alle gestanti secondo protocolli organizzativi, utilizzando il ricettario bianco o un modulo aziendale. Solo un numero esiguo ricorre al ricettario "rosa".

Il modello di cure al parto/travaglio/ puerperio a domicilio è sostanzialmente inesistente. Discreto il sostegno ed il supporto alla puerpera. Il modello di continuità assistenziale e di dimissione precoce e protetta della madre e del neonato rimangono ancora un'opportunità per poche italiane nonostante siano obiettivi di salute pubblica più volte sostenuti anche dagli organi di governo regionali e nazionali.

Parzialmente attiva l'offerta di interventi di cura/assistenza al neonato, mentre buono l'intervento informativo-educativo ed il sostegno all'allattamento al seno.

In ambito ginecologico prevalgono lo screening oncologico del CA portio, la collaborazione con il medico nei percorsi diagnostico-terapeutici in menopausa nelle patologie ginecologiche benigne; discretamente garantiti interventi di educazione-informazioni e counselling rispetto alla: menopausa, contraccezione, sessualità di coppia, stili di vita sani, salute del pavimento pelvico, prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale agli adolescenti presso gli istituti scolastici, procreazione di una maternità e paternità responsabile sterilità di coppia.

In conclusione le cure primarie offerte dall'ostetrica sono coerenti con le sue responsabilità professionali indicate dalle normative nazionale ed orientate a soddisfare i bisogni di salute riproduttiva in tutto il ciclo vitale della donna. Non garantite invece in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale, anzi emergono ancora importanti carenze sulla presa in carico della donna e del neonato nel percorso nascita.

I dati emersi possono rappresentare un momento di riflessione per la comunità ostetrica ed essere di aiuto per i gestori della salute di genere e del bambino e della famiglia nel territorio. Esser un punto di partenza, uno stimolo per tentare di colmare quei vuoti assistenziali considerato che gli ostacoli per una appropriata/

adeguata offerta delle cure primarie secondo il modello POMI, dipende spesso secondo gli intervistati, da scelte organizzative della dirigenza del sistema salute pubblico

Proposte per studi futuri: la comparazione delle cure primarie offerte dalle ostetriche libere professioniste Vs le ostetriche del sistema pubblico territoriale, nonché indagare sull'opinioni delle donne utenti in merito alle cure offerte.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- A. Galoppini, A. Peretti (2006, a cura di), *Fuori dall'ombra. Studi di storia delle donne nella provincia di Pisa*, Pisa: Ed. Plus
- Filippini N. M. (1985), *Levatrici e ostetricanti a Venezia tra sette e ottocento*, in «Quaderni storici», XX (1): 149-180
- Gissi A. (2006), *Le segrete manovre delle donne Levatrici in Italia dall'Unità al Fascismo*. Milano: Guerrini&Associati
- Guana M., Cappadona R., Di Paolo A.M., Pellegrini M.G., Piga M.D., Vicario M. (2011), *La disciplina ostetrica. Teoria, pratica e organizzazione della professione*, Milano: McGraw-Hill
- I. Rinaldi. "Il sistema delle cure primarie e le ostetriche. Fondamenti, sviluppi e proposte", *Lucina - La rivista dell'Ostetrica/o* n. 4/2012, pp 20-24
- L. Lauria, S. Andreozzi. Rapporti ISTISAN 11/12 . Percorso nascita e immigrazione in Italia: le indagini del 2009. Istituto Superiore di Sanità
- Lanzardo L. (1985), *Per una storia dell'ostetrica condotta*, in «*Rivista di Storia Contemporanea*», 4 (1): 136-152.
- Le cure primarie in Italia: verso quali orizzonti di cura ed assistenza. Report 2013. Fondazione ISTUD
- M. Grandolfo. I consultori familiari tra innovazione e tradizione. Vecchi e nuovi compiti istituzionali – Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità
- M. Grandolfo. I consultori familiari: evoluzione storica e prospettive per la loro riqualificazione – Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità
- M. Grandolfo. Il consultorio familiare nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) – Reparto salute della donna e dell'età evolutiva, Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, Istituto Superiore di Sanità
- M. Grandolfo, S. Donati, A. Giusti. "Indagine Conoscitiva sul Percorso Nascita, 2002 Aspetti Metodologici e Risultati Nazionali". Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. Istituto Superiore di Sanità
- Maino F. (1999), *La regionalizzazione della sanità italiana negli anni novanta*, "Il Politico", 4: 583-621

Tabella 2. Area Ostetrica. Prestazioni/modelli assistenziali offerti dalle ostetriche territoriali

AREA OSTETRICA	ITALIA n. 59	NORD n. 23	CENTRO n. 20	SUD e ISOLE n. 16
PROCESSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO E ASSISTENZA-CURA				
Assistenza al travaglio fisiologico a domicilio con accompagnamento in ospedale	6,78	8,70	5,00	6,25
Assistenza alla donna durante il puerperio nei primi 5 giorni	54,24	65,22	50,00	43,75
Assistenza alla donna durante il travaglio a domicilio	6,78	8,70	5,00	6,25
Assistenza alla donna nel parto a domicilio	6,78	8,70	5,00	6,25
Auscultazione BCF con Doptone	74,58	82,61	75,00	62,50
Auscultazione BCF con Stetoscopio di Pinard	11,86	8,70	15,00	12,50
Bilancio di salute della gravida	59,32	73,91	50,00	50,00
Controlli ostetrici in gravidanza	57,63	65,22	60,00	43,75
Controllo dell'evoluzione della gravidanza a rischio in collaborazione con il medico	45,76	65,22	35,00	31,25
Controllo dell'evoluzione della gravidanza fisiologica con la supervisione del medico	45,76	34,78	65,00	37,50
Controllo dell'evoluzione della gravidanza fisiologica in completa autonomia	35,59	39,13	30,00	37,50
Dimissione precoce protetta post-partum	13,56	13,04	15,00	12,50
Ecografia Office	18,64	13,04	25,00	18,75
Esecuzione manovre di Leopold	47,46	69,57	30,00	37,50
Misurazione sinfisi-fondo	61,02	69,57	60,00	50,00
Presa in carico della donna che richiede l'interruzione volontaria di gravidanza	71,19	69,57	65,00	81,25
Prescrizione degli esami nella gravidanza fisiologica con ricettario bianco	13,56	17,39	10,00	12,50
Prescrizione degli esami nella gravidanza fisiologica su ricettario già predisposto dall'azienda (a firma del medico)	18,64	30,43	10,00	12,50
Prescrizione degli esami nella gravidanza fisiologica uso di "ricettario rosa" in dotazione dell'azienda sanitaria	1,69	4,35	-	-
Sorveglianza dello stato emotivo della gestante	64,41	78,26	50,00	62,50
Sorveglianza dello stato emotivo della gestante nel post-partum	59,32	73,91	50,00	50,00
Utilizzo agenda della gravidanza	49,15	43,48	55,00	50,00
Visita ostetrica a domicilio nel post-parto	35,59	17,39	55,00	37,50
Visita ostetrica in puerperio (30-40 gg) in autonomia	33,90	39,13	30,00	31,25
COUNSELLING E SOSTEGNO-SUPPORTO				
Consulenza alle donne che desiderano abbandonare il bambino alla nascita	33,90	47,83	20,00	31,25
Consulenza diagnosi prenatale	61,02	65,22	60,00	56,25
Consulenza ostetrica in puerperio	79,66	82,61	85,00	68,75
Corsi di accompagnamento alla donna e alla coppia in gravidanza in collaborazione con altri specialisti	52,54	60,87	55,00	37,50
Corsi di accompagnamento alla donna e alla coppia in gravidanza, solo a conduzione ostetrica	62,71	69,57	60,00	56,25
Corsi post parto per accompagnare i neogenitori nei cambiamenti che l'arrivo del figlio/a porta nella coppia	35,59	47,83	25,00	31,25
Dare appoggio alla donna ed a alla coppia in attesa di un bambino	61,02	65,22	55,00	62,50
Informazioni alla gravida lavoratrice sulle tutele normative previste e sulla sicurezza nei luoghi di lavoro	62,71	69,57	60,00	56,25
Promozione e sostegno dell'allattamento al seno	79,66	91,30	75,00	68,75
Promozione e sostegno della genitorialità	64,41	73,91	55,00	62,50
Sostegno e sorveglianza della gravida adolescente	49,15	60,87	40,00	43,75
Sostegno nel lutto ostetrico	44,07	43,48	45,00	43,75
Spazi allattamento al seno a libero accesso	55,93	65,22	50,00	50,00
Consulenza e sostegno alla gravida straniera	76,27	78,26	80,00	68,75
Consulenza e sostegno alla donna tossicodipendente	33,90	34,78	45,00	18,75
Educazione del pavimento pelvico nel percorso nascita	44,07	43,48	45,00	43,75
PREVENZIONE				
Collaborazione con organizzazioni di volontariato e associazioni operanti nel settore della tutela materno-infantile e della salute di genere	20,34	30,43	10,00	18,75
Favorire la maternità e paternità responsabili	55,93	60,87	50,00	56,25

Tabella 3. Area Ginecologica. Prestazioni/modelli assistenziali offerti dalle ostetriche territo-

AREA GINECOLOGICA	ITALIA n. 59	NORD n. 23	CENTRO n. 20	SUD e ISOLE n. 16
PROCESSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO E ASSISTENZA-CURA				
Collaborazione con il medico nella visita ginecologica	57,63	47,83	70,00	56,25
Esecuzione pap-test	93,22	95,65	90,00	93,75
Esecuzione tamponi vaginali ecc.	71,19	69,57	75,00	68,75
Partecipazione attiva, in equipe, nei Percorsi Assistenziali in oncoginecologia	16,95	21,74	10,00	18,75
Partecipazione attiva, in equipe, nei Percorsi diagnostico-terapeutici in uroginecologia	5,08	8,70	-	6,25
Partecipazione attiva, in equipe nei Percorsi diagnostico-terapeutici nella donna in menopausa/ climaterio	42,37	34,78	45,00	50,00
Partecipazione attiva, in equipe, nei percorsi diagnostico-terapeutici nelle patologie ginecologiche	35,59	34,78	30,00	43,75
Visita ginecologica in autonomia	-	-	-	-
COUNSELLING E SOSTEGNO-SUPPORTO				
Accoglienza e integrazione donne immigrate	72,88	78,26	65,00	75,00
Consulenza agli adolescenti sul rapporto con il proprio corpo e i suoi mutamenti	61,02	69,57	50,00	62,50
Consulenza contraccettiva	76,27	82,61	70,00	75,00
Consulenza contraccettiva rivolta agli adolescenti	77,97	78,26	70,00	87,50
Consulenza ginecologica	42,37	52,17	30,00	43,75
Consulenza per sterilità/infertilità	42,37	39,13	50,00	37,50
Consulenza preconcezionale	57,63	56,52	60,00	56,25
Consulenza sessuologica	18,64	13,04	20,00	25,00
Corsi di gruppo in menopausa	13,56	17,39	5,00	18,75
Educazione del pavimento pelvico in menopausa	30,51	30,43	30,00	31,25
Esecuzione interventi di formazione e educazione sessuale ai giovani nelle scuole	40,68	34,78	40,00	50,00
Informazioni su malattie sessualmente trasmesse (come riconoscerle, prevenirle, curarle)	54,24	56,52	55,00	50,00
Informazioni sui corretti stili di vita (alimentazione, fumo, alcol, attività sportiva,...)	61,02	69,57	55,00	56,25
Interventi di educazione all'affettività e alla sessualità alla collettività	37,29	34,78	35,00	43,75
Promozione della salute e del benessere della donna in campo sessuale e riproduttivo	59,32	65,22	55,00	56,25
Promozione dell'educazione sessuale ed affettiva negli adolescenti	47,46	47,83	45,00	50,00
Promuovere maggior consapevolezza e informazione rispetto alla menopausa	54,24	56,52	50,00	56,25
Sostenere donne e famiglie in difficoltà (relazionali, sociali, ecc) contrastare azioni di violenza e abuso contro le donne ed i minori	45,76	39,13	50,00	50,00
PREVENZIONE				
Diffondere comportamenti consapevoli nella gestione della propria sessualità	50,85	52,17	45,00	56,25
Partecipazione a campagne vaccinali in particolar modo orientate alla salute sessuale e di genere (es. HPV, anti-Rubeo)	49,15	47,83	45,00	56,25
Partecipazione alla campagna di screening tumorali (tumori della sfera genitale femminile, mammella, colon)	79,66	73,91	80,00	87,50
Prevenzione infezioni e malattie sessualmente trasmissibili	76,27	78,26	80,00	68,75
Prevenzione mutilazioni genitali femminili	32,20	43,48	20,00	31,25

Tabella 3. Area Neonatale. Prestazioni/modelli assistenziali offerti dalle ostetriche territoriali

AREA NEONATALE	ITALIA n. 59	NORD n. 23	CENTRO n. 20	SUD e ISOLE n. 16
PROCESSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO E ASSISTENZA-CURA				
Bilancio di salute del neonato (peso, altezza, sviluppo psico-motorio, ecc.)	42,37	47,83	40,00	37,50
Corsi di massaggio infantile rivolti alla mamma/coppia	44,07	47,83	45,00	37,50
Esecuzione degli screening metabolici del neonato a domicilio e in ambulatorio	3,39	8,70	-	-
COUNSELLING E SOSTEGNO-SUPPORTO				
Informazioni sulla gestione del neonato (igiene, coliche, alimentazione, ecc.)	69,49	78,26	65,00	62,50

RICERCA—MANAGEMENT

Il parto spontaneo dopo taglio cesareo, il VBAC: la nascita di un figlio, la rinascita di una mamma.

The vaginal birth after caesarian section, the VBAC:
birth of child, rebirth of a mother

Autori: Ambra Parisi¹, Cristina Lumia²

^{1,2} Ostetriche, Palermo

Abstract

INTRODUZIONE. Le più recenti indagini condotte dai diversi enti statistici evidenziano quanto, dagli anni '90 ad oggi, il ricorso al taglio cesareo abbia raggiunto livelli estremamente elevati.

La percentuale si mostra alta in tutti i paesi europei con una media del 26,7 % considerando paesi che vanno oltre questi valori; l'Italia difatti, risulta essere ai vertici della classifica UE con il 36,3% nel 2013 (dato Istat sull'analisi delle schede SDO del Ministero della salute). Statistiche ben lontane dalla percentuale ideale indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità pari al 15% di tutte le nascite. Secondo il The United Kingdom Confidential Enquiry sulle Morti Materne, il taglio cesareo elettivo senza una situazione di emergenza o una reale necessità clinica, presenta una possibilità di morte materna 2.84 volte maggiore rispetto a un parto spontaneo.

OBIETTIVO. Considerando che in Italia ben il 30-40% dei parti cesarei sono effettuati dopo precedente taglio cesareo in assenza di altre indicazioni ostetrico-mediche, risulterebbe essere un'ottima strategia per la riduzione dei TC totali la promozione, della pratica del VBAC come alternativa reale, sicura e concreta all'intervento chirurgico. Con il presente studio sono stati posti sotto analisi il processo di counselling, le procedure assistenziali che accompagnano la donna durante la gravidanza, le credenziali strutturali dei più rilevanti punti nascita siciliani, gli outcomes materni e neonatali con l'obiettivo di stabilire una condotta utile ad una quanto più corretta promozione del VBAC.

RISULTATI. Dall'analisi dei dati è emerso quanto il VBAC possa diventare una realtà compatibile con il setting siciliano agendo tempestivamente nel ridimensionare la cultura dell'assistenza alla nascita verso il ritorno alla fisiologia, la riduzione del tasso di tc e la conseguente promozione della salute pubblica.

BACKGROUND. The most recent surveys conducted by various statistical agencies show that, from the 90s to today, the use of caesarean section has reached extremely high levels. The rate shows high in all European countries with an average of 26.7% considering countries that go beyond these values; Italy in fact, turns out to be at the top of the EU ranking with 36.3% in 2013 (Istat data on 'analysis of the SDO boards of the Ministry of Health').

Extremely far from the ideal rate statistics indicated by 'World Health Organization: 15% of all births. According to *The United Kingdom Confidential Enquiry on Maternal Deaths*, elective caesarean section without an emergency situation or a real clinical need, has a chance of maternal death 2.84 times greater than a vaginal delivery.

PURPOSE. Considering that in Italy as much as 30-40% of caesarean sections are performed after previous caesarean section in the absence of other obstetrical and medical indications, it would prove to be an excellent strategy for the reduction of total TC promotion, the practice of VBAC as a real, safe and practical alternative to surgery. With this study were analyzed the counseling process, the care procedures that accompany the woman during pregnancy, structural credentials of the most important Sicilian maternity facilities, maternal and neonatal outcomes with the

Introduzione

Il taglio cesareo nasce e si sviluppa come intervento salva vita. Sebbene oggi si sia aggiornato migliorandosi in termini di sicurezza e invasività rispetto al passato, rappresenta pur sempre un intervento chirurgico addominale maggiore, e in quanto tale, è legato a possibili rischi sia per la madre che per il bambino che porta in grembo. Diversi sono i rischi relativi:

⇒ alla gravidanza corrente, ovvero, mortalità materna 0,013%- 2,84 volte maggiore rispetto ad un parto spontaneo, tachipnea

transitoria neonatale 4-6 %, encefalopatia-ipossicoischemica neonatale 0,01%;
⇒ alle gravidanze successive. Una revisione sistematica ha riportato che le donne con uno, due, tre o più precedenti cesarei vanno incontro, rispettivamente, ad un rischio pari all'1%, 1.7% o al 2.8% di sviluppare una placenta previa nelle gravidanze successive. Ciò in linea con un recente studio del Regno Unito e una meta-analisi, considerando anche il fatto che la placenta accreta ha una ricorrenza del 11-14% nelle donne con placenta

previa e un precedente cesareo e del 23-40% per le donne con placenta previa e due precedenti cesarei).

Risulta più che evidente come un così alto numero di interventi, senza l'esistenza di un'effettiva emergenza possa essere deleterio non solo per i bilanci della sanità ma anche e soprattutto per la salute pubblica.

E' proprio in questo contesto che il VBAC si inserisce come alternativa sicura, reale e concreta al taglio cesareo ripetuto, nell'esclusiva tutela del benessere della paziente e del nascituro.

L'acronimo VBAC, coniato negli Stati Uniti nel 1970, che indica il parto spontaneo dopo TC, è nato grazie ad una giovane statunitense che alla sua seconda gravidanza, dopo aver partorito con taglio cesareo alla fine della prima, desiderò, quasi fosse una necessità, di partorire spontaneamente il secondo figlio che vi riuscì. Da allora che ebbe inizio una vera e propria rivoluzione nella letteratura scientifica, la quale cominciò a mettere in discussione benefici e rischi di un taglio cesareo elettivo in rapporto ad parto spontaneo e che già agli esordi mise in evidenza la necessità di un cambiamento nell'approccio della medicina al parto in favore della promozione del VBAC. La stessa NIH inizia proprio durante i primi anni '80 a supportare la proposta del travaglio di prova per VBAC alla donne precesarizzate. Negli USA già nel 1993 il numero di VBAC (esclusi i travagli di prova con esito in TC) supera i 100.000 per anno. All'acronimo relativo al parto oggi si affianca anche quello del TOLAC (Trial Of Labour After Caesarian); tutte le donne con pregresso taglio cesareo alle spalle, con desiderio di parto spontaneo, non è infatti detto che riescano effettivamente ad ottenerlo, ma a tutte coloro che non presentano specifiche controindicazioni occorre fornire almeno la possibilità di tentare con il cosiddetto travaglio di prova.

Nella scelte delle candidate idonee risulta fondamentale il supporto delle linee guida che tramite l'esperienza e il calcolo statistico forniscono un valido aiuto, ad oggi le più aggiornate e complete risultano essere quelle del Royal College con la pubblicazione della Green-Top Guideline No.45 dell'Ottobre 2015, grazie alle quali la proposta del parto VBAC assume caratteri ben chiari e pragmatici, ribadendo come la scelta di un TOL (trial of labour) rappresenti una scelta ragionevole e sicura per la maggior parte delle donne con un pregresso taglio cesareo. Da quanto esposto risulta più che evidente quanto la tematica possa avere notevole importanza, soprattutto all'interno del contesto italiano, da ciò l'input per l'avvio di questa ricerca.

Obiettivo dello studio

L'obiettivo che questo lavoro si propone è l'analisi della situazione del contesto siciliano con il rilevamento dei meccanismi e delle loro possibili criticità per la costruzione di un percorso che permetta l'accesso delle gravide siciliane al servizio in piena consapevolezza e sicurezza. Dalle ricerche è infatti noto quanto il deficit informativo condizioni la scelta delle donne che si ritrovano a compiere una scelta dettata da tutt'altro che da una informazione completa ed efficace. E' fondamentale, per offrire un'assistenza d'alto livello, investire sull'empowerment delle donne. Un consolidamento della percezione dei rischi e dei vantaggi del VBAC che deve essere propria anche e soprattutto di ciascun operatore del percorso nascita e che deve porre le proprie basi sulla letteratura scientifica aggiornata e validata.

Materiali e Metodi

Per il raggiungimento degli obiettivi prefissati è innanzitutto stato approfonditamente analizzato lo stato dell'arte sul tema del VBAC e su quelli che sono stati gli spunti di riflessione dati dalla consultazione delle varie linee guida e i più recenti studi è stata strutturata una ricerca su tre differenti livelli:

1. la raccolta e l'analisi delle **esperienze delle madri** con pregresso vbac attraverso la somministrazione di uno specifico questionario on-line e cartaceo, per constatare quale possa essere l'impatto di un parto spontaneo rispetto ad un taglio cesareo nella vita di una donna e nei rapporti che la stessa istaura con i figli;
2. la **consultazione dei direttori** delle unità operative complesse siciliane in grado di offrire tale servizio mediante intervista diretta ;
3. l'analisi delle **cartelle cliniche** dei VBAC effettuati nelle suddette strutture per la rilevazione dei differenti outcomes materni e neonatali.

Nel momento in cui è stata avviata tra le madri la ricerca (Dicembre 2015) è avvenuta la pubblicazione attraverso il sistema "Google Forms" del questionario online (in allegato) in forma anonima, comprensivo di 48 domande, suddiviso in 5 sottosezioni (anagrafica generica, gravidanze precedenti, ultima gravidanza, parto, dopo il parto). Il criterio di inclusione per l'adesione allo studio comprendeva l'aver uno o più tagli cesarei nella propria anamnesi ostetrica e un'esperienza di TOLAC indipendentemente dall'esito finale. Per accedere al documento era sufficiente entrare all'interno del link pubblicato

nelle pagine e nei siti sul tema VBAC. Le risposte, una volta inviate, sono state automaticamente elaborate dal sistema fornito dal motore di ricerca google che in tempo reale forniva il resoconto del test e le relative statistiche. Sono stati raccolti in totale 115 questionari su scala nazionale, compilati da madri di bambini nati dopo uno o più cesarei con parto spontaneo, la selezione non avendo tenuto conto dell'esito finale del TOL, presenta nella statistica anche 3 donne che in seguito al travaglio per parto spontaneo hanno comunque dato alla luce il proprio figlio attraverso un intervento chirurgico di taglio cesareo.

Successivamente alla pubblicazione del questionario è stata creata una scheda in cui sono state raccolte tutte le domande che poi avrebbero costituito la traccia per l'intervista diretta ai direttori delle U.O. pro-VBAC più in vista in Sicilia rappresentanti i punti nascita di II livello di riferimento nel territorio di Palermo e Catania. Previa acquisizione dei soggetti coinvolti sono state condotte un totale di 6 interviste in modalità semi-strutturata e i colloqui hanno avuto luogo tra il Febbraio e il Marzo del 2015. Le interviste prevedevano degli argomenti specifici distribuiti in 33 quesiti suddivisi in 3 aree tematiche: Informazioni su statistiche e requisiti organizzativo-strutturali, management intrapartum, gestione delle emergenze. I quesiti rivolti ai singoli responsabili costituivano il sunto delle raccomandazioni strutturali e organizzative, nazionali ed internazionali, ed offrivano un'ottima occasione di riflessione per delle nuove strategie di sviluppo.

Previa autorizzazione da parte dei direttori delle singole U.O., ottenuta durante i colloqui per le interviste, si ha avuto accesso all'archivio delle strutture, per la consultazione delle cartelle cliniche di un totale di 81 gestanti che, nel biennio 2014-2015, si sono approcciate al TOL riportando come esito finale un VBAC. Anche in questa occasione è stata creata una scheda (in allegato) per la raccolta dei dati utili ai fini della ricerca comprensiva di una sezione dedicata alla madre (generalità, anamnesi patologica, anamnesi ostetrica) al parto (informazioni sul travaglio, informazioni sul parto, durata del ricovero) al neonato (dati antropometrici del neonato, eventuali complicazioni).

Risultati

1. Analisi questionari

Volendo iniziare l'analisi dei risultati da quella che è la sezione relativa all'esperienza della donna con il VBAC, il primo interessante dato estrapolato dalla raccolta dei questionari è che ben il 93,5% delle donne che si avvicinano e

sperimentano la realtà del VBAC, possiedono un livello medio-alto di istruzione, e che il 62% del totale risulta occupato professionalmente. Da percentuali simili è possibile desumere come il servizio, in Italia, non risulti ancora alla portata di tutta la popolazione, ma si tratti di una sorta di privilegio riservato a coloro che, avendo le possibilità di reperibilità e comprensione delle informazioni e avvertendo una reale esigenza di una ripresa dal parto il più breve possibile, investono tempo ed energie alla ricerca di dati a supporto dell'alternativa VBAC per il loro percorso nascita. A dimostrazione di ciò vi è la statistica che si riferisce alla domanda sulle tipologie di informazioni ricevute durante la gravidanza sul VBAC; un 7.4% non era stata minimamente informata se non all'atto del ricovero e un buon 22.3% si è ritrovato a ricorrere all'informazione sui siti internet per colmare le proprie lacune. Un grave gap di comunicazione con i professionisti in fase prenatale che viene evidenziato anche all'interno del contesto ospedaliero nel regime di ricovero. Partendo dalla somministrazione dei consensi informati, dove soltanto nel 20% dei casi sono stati somministrati in maniera tempestiva ed informata (in occasione di ogni procedura assistenziale che lo richiedesse), un 23.4% selezionando la voce "non credo" da invece chiara dimostrazione di come la consegna sia stata effettuata in maniera estremamente superficiale, e un elevato 43% dichiara di averli firmati tutti durante il colloquio all'atto del ricovero, violando il principio secondo cui andrebbero firmati solo in occasione dell'esecuzione della procedura relativa. Negativo è anche il risultato riportato dal quesito sulla consapevolezza che ciascuna ha avuto del proprio travaglio; solo il 63.8% ha avuto modo di vivere il proprio percorso in piena consapevolezza, purtroppo un 11,4% riserva tutt'ora dei dubbi sul come sia andata.

La compilazione dei campi che si riferiscono al numero e al tipo di cesarei precedentemente effettuati ha altresì offerto un'ulteriore spunto di riflessione; il 24% delle donne partecipanti al progetto ha dichiarato d'aver tentato e ottenuto un VBAC anche dopo 2 cesarei, prova del fatto che anche in Italia è forte, anche se ancora troppo rara, la consapevolezza che nella maggior parte dei casi sia assolutamente il caso di tentare ad approcciarsi ad una conduzione fisiologica della gravidanza e del parto nonostante la propria anamnesi ostetrica.

In opposizione a questo dato vi è invece quello relativo all'indicazione del cesareo che mostra una bassa percentuale di esecuzione di TC per indicazioni assolute e un'alta percentuale di madri che abbia selezionato la voce "altro"; considerando che proprio le indicazioni reali al

cesareo erano tutte espresse in forma esplicita, il dato lascia intendere come vi possa essere stato un abuso di indicazioni relative al TC. Per anni il taglio cesareo è stato drammaticamente dato per scontato e pagarne il prezzo sono state proprio le madri più deboli e sensibili. Le statistiche dei quesiti relativi al tipo di ricordo e all'eventuale tipologia di trauma che l'esecuzione del taglio cesareo ha lasciato sono state inattese; ben il 63% ricorda l'esperienza come un trauma, una vera e propria lesione che purtroppo non si limita all'aspetto fisico ma che abbraccia anche la sfera emotiva per il 52.4% delle mamme intervistate. Un buon 34.6%, ammette addirittura di non vedere per niente nella cicatrice sul proprio addome un sorriso, come spesso ci ostiniamo a definirlo nella speranza di risollevarne il morale di chi ha appena subito l'intervento, ma l'indelebile segno del fallimento nel dare alla luce il proprio bambino.

Ciò che poi da un'ulteriore spunto di riflessione è l'analisi delle risposte che coinvolgono sia la madre sia il proprio figlio: ben il 67,82% ammette d'aver notato delle differenze riguardo lo sviluppo del legame con il proprio figlio nato con parto spontaneo rispetto al primo nato da cesareo.

Un parto non sereno, una nascita non rispettata, influiscono in maniera importante su entrambi i protagonisti del percorso della gravidanza. La madre ne conserverà il ricordo a vita, il neonato svilupperà parte del proprio carattere in funzione di questo. Ancora un'ultima riflessione sulla storia riportata da queste donne. Malgrado il 30,6% di loro sia stata seguita durante il corso della gravidanza da strutture pubbliche (consultorio familiare e/o ambulatorio ospedaliero), enti concepiti per elargire una tipologia d'assistenza quanto più efficace e continuativa, il 74,7 % afferma di non essere stata supportata durante la fase successiva al primo cesareo e di non essere stata preparata alla possibilità di avere un parto successivo per le vie naturali. Un problema che affonda le proprie radici nell'enorme falla sviluppatasi nel campo della comunicazione e della fiducia tra chi elargisce i servizi e chi dovrebbe rappresentarne il beneficiario. Un paradosso, quel che stiamo vivendo, se rapportato agli enormi progressi che la scienza sta compiendo proprio verso una direzione dello sviluppo della compliance e del senso di sicurezza. In quest'ottica occorre però ricordare che *«la sicurezza una donna non la trova nelle macchine, ma nella preparazione, nell'esperienza e nella comprensione del personale che la assiste. la sicurezza dipende solo da quanto la donna si sente sicura»*.

2. Interviste ai direttori di U.O.

Un primo dato, emerso dai vari colloqui con i direttori delle Unità Operative complesse di II livello siciliano, è quello riguardante l'ancora elevato tasso di tagli cesarei che oscilla tra il 30-40% in ciascuna struttura. Fin dal 1985, la comunità internazionale per la salvaguardia della salute ha considerato il "tasso ideale" di tagli cesarei quello compreso tra il 10-15%. Ad oggi non ci siamo ancora rivelati in grado di raggiungere questo livello ma le statistiche, dapprima in crescita a favore dei TC, mostrano comunque una lieve diminuzione come segno di un primo cambiamento di rotta. A far da cornice a questi dati vi è la constatazione dell'assenza di un protocollo specifico pro e per VBAC in tutte le strutture analizzate, carenza messa in evidenza con la previsione di un intervento quanto più tempestivo. Un'ulteriore mancanza da porre in rilievo sarebbe quella relativa alla continuità assistenziale; in 1 delle 6 strutture, al servizio ambulatoriale risultano presenti figure estranee all'ambiente della sala parto e del reparto con una risultante parcellizzazione dell'assistenza che inficia molto sull'audit finale. Nelle restanti si assiste ad una rotazione delle figure sistematica e continua che spesso impedisce l'instaurazione di un rapporto con la persona assistita. All'interno del percorso ambulatoriale manca in 5 U.O. su 6, la somministrazione di materiale informativo e counselling prenatale per il VBAC. Provvedendo a fornire informazioni solo all'atto del ricovero mettendo quindi la gestante in una difficile posizione data la necessità di fare una scelta veloce e poco ponderata. Solo 1 struttura su 6 abbraccia la teoria dell'efficacia del supporto peer-to-peer provvedendo al confronto delle future madri tra di esse e con il personale medico, attraverso una piattaforma informatica.

Con l'analisi dei consensi informati è stato evidenziato come solo 4 U.O. su 6 abbiano un consenso informato scritto, solo 2 su 6 presentino una bibliografia esplicita, e nessuna abbia una bibliografia aggiornata alle ultime evidenze in materia di percentuali di rischio e successo. In merito al consenso vi sono poi delle inesattezze relative alla modalità e ai tempi di somministrazione; in 5 strutture il counselling e la firma del consenso avvengono all'atto del ricovero. Solo una struttura provvede alla consegna del consenso prima del ricovero, al counselling al momento dell'ammissione in ospedale e alla firma quando necessario. I tempi di gestione di un'eventuale emergenza invece oscillano dai 5 ai 9 minuti pur mantenendosi all'interno del range di sicurezza. Tutte (anche se non attive al momento) hanno una sala ope-

ratoria dedicata e un'unità TIN. Nonostante gli esigui casi registrati in 5 strutture su 6, anche nella restante (dove il numero dei VBAC risulta relativamente alto rispetto alla media nazionale), si denota una totale assenza di complicazioni conseguenti a VBAC e un basso tasso di ricorrenza a TC dopo TOL. Ciò dimostra quanto l'operatività e la competenza dei medici e degli ostetrici siciliani possa far fronte alla gestione dei parti VBAC, evidenzia quanto ad influire e ad impedire questa rivoluzione nel campo della nascita non siano delle effettive controindicazioni ma semplicemente le tendenze culturali.

3. Analisi degli outcomes

3.1 MATERNI

È importante, nell'approcciarsi all'analisi degli outcomes materni conoscere il tipo di popolazione cui si fa riferimento; trattandosi necessariamente di una seconda gravidanza le donne sottoposte ad analisi risultano avere un'età media avanzata rispetto ai comuni studi di ostetricia. Su un campione di 81 pazienti l'età media risulta essere di 32,04 anni, specificando la presenza di casi unici quali un VBAC a 16 anni e uno a 43, la fascia d'età più numerosa è quella compresa tra i 33 e i 37 anni. Insieme al parametro riguardante l'età, un'ulteriore dato utile nella descrizione degli esiti del parto VBAC è quella dell'indice di massa corporea; ben 56 gravide su 81 presentavano all'atto del ricovero un BMI compreso tra 25-30, lieve sovrappeso per le scale comuni, normo-peso per le donne in attesa. L'osservazione di questo dato con l'analisi del corso del travaglio ha mostrato come un regolare BMI possa influire positivamente riducendo il rischio di complicazioni; al contrario, un indice inferiore a 25 o superiore a 40 aumenta la probabilità di dover ricorrere ad episiotomia durante il periodo espulsivo. Un fattore altamente predittivo per un buon esito del parto è risultato essere l'aver avuto un precedente parto spontaneo, in questi casi sempre antecedente al TC, i 22 casi presenti nell'indagine hanno permesso di notare quanto questo riduca i rischi di complicazioni durante il periodo espulsivo.

Riguardo le percentuali di rottura d'utero ed eventuale isterectomia; nel biennio 2014-2015 in 3 differenti strutture di alta specializzazione siciliane non è stato registrato nessun caso di rottura d'utero e isterectomia conseguente a VBAC. Le gestanti che hanno tentato il VBAC hanno tutte rispettato il periodo minimo d'attesa dal precedente TC (12 mesi). Nel 22.22% il ricovero è stato effettuato con un Bishop score uguale a 6 mentre nel 14.81%

con Bishop \geq a 9. La presenza di un reperto locale favorevole, associata alla continuità assistenziale, garantita nel ben 80.24% dei casi ha permesso di ottenere travagli più brevi e con minori complicanze. Nel 71.6% dei casi il travaglio ha infatti avuto una durata inferiore alle 3h. Fattore importante dal punto di vista materno è la considerazione della quantità di perdita ematica associata a taglio cesareo ripetuto e VBAC. Un articolo pubblicato su "Obfocus" nel 2002 dal chirurgo David A. Miller descrive il rapporto tra le due misure, considerando quello in seguito a parto spontaneo equivalente a 500 ml, come l'uno il doppio dell'altro. L'analisi delle schede dei vari parti riporta delle cifre differenti, soprattutto nelle pazienti con già un pregresso parto spontaneo la perdita ematica si riduce notevolmente. Ottenendo una stima di perdita ematica minima pari a 100 ml, e una rara casistica di perdite ematiche uguali e/o superiori ai 400 ml.

3.2 NEONATALI

I neonati presi in esame nello studio sono per lo più appartenenti ad una fascia di peso compresa tra i 3 e i 3,5 kg (65.3%) con una minima percentuale di neonati inferiori ai 2,5 kg (14.8%). Il 55.5% presenta una circonferenza cranica regolare accompagnata da un lunghezza media di 48 cm. Si tratta di neonati cui il ricovero in UTIN non è stato necessario, contrariamente a quel che succede con i neonati da TC a causa della conseguente tachipnea transitoria. La possibilità di un attaccamento precoce e continuato con la propria madre ha permesso nel ben 83.9% dei casi di iniziare serenamente l'attaccamento al seno con tutti i vantaggi correlati all'alimentazione basata sul latte materno. Su un campione di 81 neonati con parto VBAC il 72 % dei neonati ha riportato un Apgar superiore a 9. Nella maggior parte dei casi si tratta di gravidanze a termine tra la 38° e la 39° settimana (43 su 81) con un significativa cifra di parti prematuri (15) da tener presente nel calcolo delle compromissioni fetali.

Discussione

"Le modalità del concepimento, della gravidanza, del parto, dei primi istanti di vita del neonato, dell'allattamento e della interazione del bimbo con la madre, fino a circa il suo primo compleanno, hanno importanti effetti a lungo termine sull'equilibrio psico/fisico del bambino e, più tardi, dell'adulto."

Molti autori sono concordi nel ritenere che questo sia il periodo più importante della vita dell'individuo; per lo psichiatra canadese Tho-

mas Verny l'utero non è solo la prima culla per il bambino ma è il suo primo vero mondo, e il modo in cui lo sperimenta incide sulla formazione della sua futura personalità. Colta l'incredibile importanza di questa delicatissima fase della vita di ciascuna donna e di conseguenza di ognuno di noi, per promuovere la salute materno-infantile a livello nazionale dobbiamo anzitutto promuovere il rispetto dei suoi diritti e ritenerla soggetto di cure e non oggetto passivo di trattamenti, troppo frequentemente realizzati senza un reale coinvolgimento della donna stessa nei processi decisionali che riguardano il suo corpo.

"Un'esperienza positiva di parto rafforza la salute psico-fisica della madre e genera benefici per la salute del bambino, della famiglia e, di conseguenza, di tutta la popolazione."

Molte donne, e ancor oggi molti professionisti, credono che l'unica scelta sicura dopo un taglio cesareo sia un ulteriore taglio cesareo reiterato. Vi è una pressione sociale che gioca un ruolo non indifferente nel processo di maturazione di una scelta tanto importante, che nostro malgrado non fa fede su studi scientifici certificati ma su veri e propri miti, retaggio di una cultura di medicalizzazione della fisiologia tutt'ora infondata. Secondo il National Institutes of Health (NIH), *"Il VBAC è una scelta ragionevole e sicura per la maggior parte delle donne con un precedente cesareo"*.

Il ricorso ad un intervento di chirurgia addominale maggiore esporrebbe infatti la donna ad un aumentato rischio di infezioni che potrebbero inficiare sul corretto risanamento dei tessuti e, conseguentemente, aumentare esponenzialmente il rischio di: aderenze a livello intestinale, blocco intestinale, patologie infiammatorie pelviche (PID), gravidanze extrauterine, ecc. La necessità di dover evitare sforzi a livello addominale dopo un taglio cesareo, la stasi venosa dovuta all'immobilizzazione e i diversi ormoni prodotti durante la gravidanza, espongono poi ad un ulteriore rischio, fortemente elevato, per la donna nel periodo post operatorio di incorrere in episodi di tipo trombotico, portando la percentuale di rischio da un 0.004% per un post partum dopo VBAC a uno 0,1% dopo TC; i tassi sono stati calcolati dal Royal College considerata la somministrazione della profilassi per la prevenzione della trombosi venosa. La possibilità di una ripresa rapida e totale dal parto acquista sotto questo punto di vista un'importanza rilevante che incrementa, se si considera l'esigenza sempre più diffusa tra le donne di dover riprendere le attività lasciate in sospenso a causa della gravidanza. Anche uno studio condotto negli Stati Uniti ha messo in chiaro quanto un cesareo elettivo prima dell'inizio del travaglio possa inficiare in

maniera diretta sugli outcomes neonatali. In relazione alle risposte ormonali, all'adattamento alla respirazione, al rischio di mortalità, conclude quanto possa essere utile promuovere il partorire con VBAC o, in caso vi fossero delle controindicazioni, effettuare il taglio cesareo non prima delle 39 ws e comunque in corso di travaglio.

Il VBAC viene spesso citato come un tipo di parto fisiologico e privo di rischi. In diversi articoli le percentuali di rischio ad esso relative risultano associate ad un comune parto spontaneo in una primigravida. Queste affermazioni risultano essere vere, ma solo in parte. Secondo il parere delle organizzazioni cui si è soliti far riferimento in materia di linee guide e protocolli (ACOG, RCOG, SCOG, NICE, NNEPQIN, SIGO) l'espletamento di un parto vbac non è un evento da sottovalutare. Nel proporre questa opzione come servizio all'interno delle singole U.O. occorre infatti soddisfare determinati criteri, sia da parte della donna che del personale e della struttura che si propone di dare assistenza. In previsione del rischio di rottura d'utero associata a TOL e altre imprevedibili complicazioni che si possono sviluppare durante il travaglio, i vari enti asseriscono l'importanza di condurre il parto in una struttura pronta all'assistenza in regime d'emergenza. In termini pratici, tale premessa, si traduce in una sala operatoria dedicata pronta all'allestimento, e personale di sala operatoria disponibile (ostetrica, chirurgo, anestesista e neonatologo) con preferibile allocazione al piano (come previsto da progetto POMI) e un'unità operativa di TIN. Qualora la struttura e l'organico non lo permettano, l'organizzazione deve prevedere un metodo di trasporto in grado di garantire il monitoraggio e le eventuali cure ante e/o postnatali (STAM-STEN). Nel 2011 una revisione delle linee guida correnti effettuata dal NNEPQIN ha permesso di mettere in luce l'importanza dell'avere una politica e delle procedure ben definite per l'assistenza di un VBAC. Secondo il documento ogni struttura che risulti abilitata ad assistere un travaglio e un parto dovrebbe stilare dei protocolli specifici per le situazioni più particolari e sviluppare la competenza del personale in servizio con delle periodiche esercitazioni sulla gestione delle emergenze.

Conclusioni

Il senso di auspicare una riduzione dei tagli cesarei è delegato a tutta una serie di fattori. Secondo Michel Odent, *"tentare di ridurre il tasso dei tagli cesarei, senza che prima avvenga un profondo cambiamento nei protocolli di*

RICERCA - EVIDENCE BASED

Analgesia epidurale e secondo stadio del travaglio di parto. Revisione della letteratura

Epidural Analgesia and Second Stage of Labour: a Literature review

Autori: ¹Inzis Ilaria, ²Fumagalli Simona, ³Pellegrini Edda, ⁴Nespoli Antonella

¹ Ostetrica ASST Spedali Civili di Brescia, ³ Direttore attività didattiche CLO UNIMI Bicocca, sez. Bergamo, ^{2,4} Dipartimento di Medicina e Chirurgia UNIMI Bicocca

Abstract

ITA. BACKGROUND: Il ricorso all'analgesia epidurale come strumento farmacologico di riduzione del dolore in travaglio di parto è aumentato esponenzialmente nell'ultimo decennio. La pratica gode di ampio consenso tra le gestanti ma non è priva di effetti sul fisiologico decorso del travaglio, in particolare sul secondo stadio. Questa revisione della letteratura ha come obiettivo quello di analizzare gli effetti dell'analgesia epidurale sul secondo stadio del travaglio ed indagare gli aspetti di assistenza ostetrica che ne sono influenzati. **METODI:** Sono stati consultati i Database Pubmed e Cinhal da Settembre a Dicembre 2016. Le KEY words utilizzate sono state "epidural analgesia" e "second stage of labor". **RISULTATI:** Dalla revisione della letteratura è emerso che l'analgesia epidurale si associa ad un aumento della durata del secondo stadio del travaglio, del ricorso ad ossitocina e parto operativo e ad un aumento del rischio di ipotensione materna, di riduzione della mobilità, di iperpiressia in travaglio e di ritenzione urinaria. Non esistono sufficienti evidenze che denotino un incrementato rischio di taglio cesareo. Controversi sono gli studi che hanno indagato gli esiti feto/neonatali. Riguardo alla pratica ostetrica in letteratura si raccomanda di proseguire la somministrazione di analgesia anche dopo il raggiungimento della dilatazione completa, prevedere tempi più lunghi per il secondo stadio, promuovere la "free delayed pushing" e favorire per quanto possibile posizioni alternative alla litotomica al parto. **DISCUSSIONE:** Ulteriori studi sono necessari a chiarire gli aspetti che rimangono ad oggi controversi in merito agli effetti dell'analgesia sul secondo stadio del travaglio ed in merito alle migliori metodiche per erogare assistenza ostetrica.

ENGL. BACKGROUND: The use of epidural analgesia as a pharmacological tool for pain reduction during labour has increased exponentially in the last decade. Practice enjoys large consent among pregnant women, but it includes effects on the physiological course of labor, especially on the second stage. This literature review was conducted to analyze the effects of epidural analgesia on the second stage of labor and to investigate aspects of Midwifery Practice that are affected.

METHODS: Pubmed and Cinhal were consulted from September 2016 to December 2016. Key words used were "epidural analgesia" and "second stage of labour". **RESULTS:** Our literature review found evidence of association between analgesia and longer second stage, increased use of oxytocin, operative deliveries, maternal hypotension, motor block, fewer in labor and urinary retention, but not with increased CS. Studies about fetal/neonatal outcomes

Introduzione

L'analgesia epidurale rappresenta la più efficace forma farmacologica di controllo del dolore odiernamente utilizzata (Bofill et al., 2010) e produce un alto livello di soddisfazione materna (Obido, 2007). Essa è una tecnica farmacologica di blocco del nervo centrale; si realizza mediante l'applicazione di un cateterino a livello delle vertebre lombari grazie al quale si procede all'iniezione di anestetico locale all'interno dello spazio epidurale. Questo è una regione al di sotto delle spine vertebrali a ridosso dei nervi che trasmettono lo stimolo dolorifico proveniente dall'utero in contrazione e dal canale del par-

to. Gli anestetici inibiscono la conduzione bloccando i canali del sodio nelle membrane nervose e perciò prevengono la propagazione dell'impulso nervoso attraverso queste fibre. Le soluzioni di analgesia possono essere somministrate attraverso iniezione di boli, infusioni continue o pompe controllate dalla paziente (PCA). La scelta dei farmaci e dei dosaggi varia da realtà clinica a realtà clinica, a discrezione del medico anestesista, in base alla fase del travaglio e alle condizioni psico-fisiche specifiche della gestante (DOH, 2005). Anche il suo ricorso da Paese a Paese è molto variabile: approssimativamente, ricorrono a questa tecnica di riduzione del dolore il 20% delle donne in Inghilterra (DOH, 2005) ed il 58% delle gestanti in USA

(Declercq, 2006), mentre in Italia si stima che attualmente usufruisca del servizio solo il 10% delle gestanti (SIARTI, 2012). Si riscontra inoltre una forte disomogeneità a livello nazionale: secondo i dati SIARED del 2010, il parto in analgesia peridurale in Italia è garantito 24 ore su 24 e gratuitamente solo nel 16% delle strutture ospedaliere, quasi tutte collocate presso il Nord ed il Centro della penisola. Il dato è stato soggetto a forte crescita però negli ultimi 15 anni, se si stima che nel 2001, anno in cui il Comitato Nazionale per la Bioetica ha per la prima volta sostenuto che "il diritto della partoriente di scegliere un'anestesia efficace dovrebbe essere tra quelli garantiti a titolo gratuito nei Livelli Essenziali di Assistenza", solo il 3,7 % delle gestanti italiane ha potuto partorire in analgesia (ISTAT, 2001).

Alla luce dell'importanza che assume il controllo del dolore nell'assistenza alla gestante in travaglio di parto, del riscontro di soddisfazione materna e del forte incremento che l'analgesia ha avuto a partire dagli anni Sessanta fino ad oggi a livello internazionale, questa revisione della letteratura si propone di indagare gli effetti che questa tecnica ha sul travaglio e sull'assistenza ostetrica a quest'ultimo, con specifico riferimento al secondo stadio del travaglio di parto.

Obiettivi

L'obiettivo della revisione della letteratura è quello di valutare gli effetti dell'analgesia epidurale sul secondo stadio del travaglio di parto e di indagare le implicazioni correlate all'assistenza ed all'esperienza delle Ostetriche alla luce di questi effetti.

Materiali e metodi

Criteri di inclusione

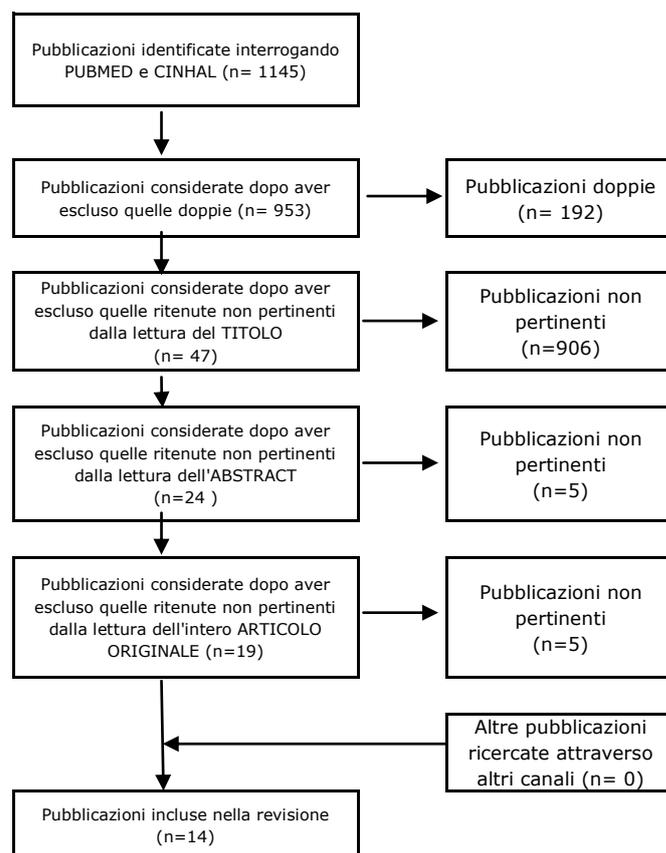
Nella revisione sono stati inclusi tutti i documenti pubblicati in lingua inglese. La selezione

Second stage of labour/labor	Analgesia; Epidural analgesia.	Effects; Perinatal/maternal outcomes; Management.
		Midwives `experiences/ thoughts/perceptions; Midwife OR Midwives OR Midwifery

degli articoli è stata fatta da un'Ostetrica. I criteri di inclusione degli articoli sono stati due: la descrizione della tecnica di analgesia epidurale e la valutazione degli outcomes perinatali correlati al secondo stadio del travaglio di parto.

Strategia di ricerca

la ricerca è stata condotta dal 2 settembre 2016



al 2 dicembre 2016 attraverso i seguenti databases elettronici: PUBMED e CINHAL. Le keywords utilizzate sono riassunte in **tabella 1** e sono state opportunamente combinate utilizzando l'operatore booleano AND.

Tabella 1. Key-words di ricerca

Risultati

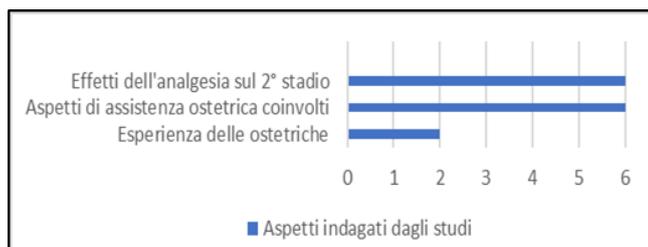
La revisione della letteratura ha portato ad identificare 14 documenti, escludendo quelli in comune alle 2 banche dati. In **figura 1** viene riportato il diagramma di flusso per la ricerca nelle banche dati utilizzate.

Figura 1. Diagramma di flusso degli studi selezionati

Contenuti

La revisione della letteratura ha portato all'analisi di 14 studi pubblicati in lingua inglese tra il 2001 ed il 2014. 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 di essere di buona qualità (<http://www.casp-uk.net>). Questi studi hanno un alto grado di eterogeneità rispetto al disegno di studio (2 revisioni sistematiche, 2 studi retrospettivi, 1 studio di caso, 2 studi osservazionali, 2 studi caso-controllo, 4 revisioni della letteratura ed 1 RCT). Differenze tra gli studi emergono rispetto al setting (6

USA, 7 Europa, 1 Australia) ed alle caratteristiche del campione. La popolazione di donne in-



cluse è eterogenea nei diversi studi: la gravidanza singola è stata utilizzata come criterio di inclusione per 10 studi; 8 studi analizzano solo la popolazione con età gestazionale superiore a 37 settimane. Solo due degli studi condotti propongono una distinzione della popolazione in termini di parità delle gestanti. Alla luce della finalità della revisione (analizzare gli outcomes materno/perinatali del secondo stadio del travaglio in analgesia epidurale ed approfondire gli aspetti assistenziali correlati alla specifica esperienza ostetrica), si segnala che 6 studi mettono in evidenza potenziali effetti dell'analgesia epidurale nel secondo stadio del travaglio, 6 analizzano gli aspetti di assistenza ostetrica coinvolti e solo due studi descrivono l'esperienza delle ostetriche coinvolte (**figura 2**).

Figura 2. Aspetti indagati dagli studi.

Definizione di analgesia epidurale

La definizione di analgesia epidurale è pressoché omogenea negli studi analizzati: in 12 studi su 14 viene utilizzato il termine "epidural analgesia", solo in 2 è utilizzata la terminologia "epidural anaesthesia" (**g**, **l**), ma con riferimento simile. Tutti gli studi la definiscono una tecnica farmacologica di contenimento/alleviamento del dolore in travaglio di parto e propongono un confronto in termini di outcomes rispetto all'assistenza al secondo stadio senza analgesia epidurale. Due studi (**a**, **b**) propongono una digressione sulle differenti tecniche farmacologiche di contenimento del dolore e sui diversi utilizzi dell'analgesia epidurale (tramite boli somministrati dall'anestesista, infusione continua o attraverso pompa controllata dal paziente, la PCA). Uno studio (**c**) evidenzia l'eterogeneità delle somministrazioni analgesiche, in quanto la scelta del farmaco, della concentrazione e della modalità con il quale viene infuso alla gestante rimane a discrezione del medico anestesista.

Definizione di secondo stadio del travaglio

Tutti gli studi inclusi nella revisione definiscono il secondo stadio del travaglio come quella fase che intercorre dal raggiungimento della dilata-

zione completa alla nascita. Nei differenti studi è però controversa la suddivisione dei momenti di questo stadio del travaglio: 4 studi non propongono una suddivisione tra fase latente (o di transizione) e fase attiva del travaglio; 8 studi riportano questa distinzione, definendo come fase di transizione il tempo intercorrente tra la dilatazione completa e l'insorgenza del premito e come inizio della fase attiva l'avvio delle spinte attive materne; uno studio (**i**) riporta la definizione del National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) del 2007 di secondo stadio attivo del travaglio, ovvero quella fase che inizia quando la parte presentata fetale è visibile ai genitali esterni o quando ci sono contrazioni espulsive o spinte attive materne in seguito, non solo alla conferma della dilatazione completa, ma anche alla valutazione dei suoni e degli atteggiamenti materni; infine, uno studio del 2008 (**h**) propone la suddivisione dell'American College in tre momenti: la prima fase, detta "the lull", la tregua, che incorre dalla dilatazione completa all'insorgenza dell'urgenza di spinta, la seconda fase, che termina con il coronamento della parte presentata e la terza fase che si conclude con la nascita.

Gli effetti dell'analgesia epidurale nel secondo stadio del travaglio

La totalità degli studi condotti ha riscontrato che l'analgesia epidurale ha un impatto sul normale meccanismo del travaglio (Howell 2011; Leighton and Halpern, 2012). Lo studio più autorevole in merito agli effetti dell'analgesia epidurale nel secondo stadio del travaglio è una revisione sistematica Cochrane del 2011, intitolata "Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour" (**a**). La revisione ha incluso 38 studi, coinvolgenti 9658 donne in analgesia epidurale, delle quali sono stati analizzati gli outcomes materno/neonatali, comparati a quelli attribuibili al non ricorso a tecniche farmacologiche per la riduzione del dolore. I risultati emersi dalla revisione, in relazione al secondo stadio del travaglio, sono riportati in **Tabella 3**. Secondo la revisione sistematica, l'analgesia epidurale si associa, durante il secondo stadio del travaglio, ad un aumentato rischio di ipotensione materna, di riduzione della mobilità, di iperpiressia in travaglio e di ritenzione urinaria, mentre non esistono sufficienti evidenze che denotino un incrementato rischio di mal di schiena a lungo termine, di mal di testa, di prurito e tremore e di astenia, fiacchezza e sonnolenza in travaglio. Gli agenti anestetici utilizzati affliggono i nervi pelvici involontari e parasimpatici, alterando il rilascio di ossitocina. Questo altera a sua volta l'urgenza di spinta, il tono del pavimento pelvico e di conseguenza porta all'aumento della durata del se-

	Parametro	Risultati degli studi	Campione
Controllo del dolore e soddisfazione	Intensità del dolore	In analgesia si riscontra migliore controllo del dolore sia durante il primo che durante il secondo stadio del travaglio di parto rispetto a coloro non in analgesia ((MD)-3,36, 95% CI 5,41 to 1,31).	1166 donne
	Soddisfazione materna/ senso di controllo al parto	Gli studi non hanno evidenziato risultati significativi per i due gruppi a confronto in merito al grado di soddisfazione materna (average RR 1,31, CI 0,84 to 2,05), né in merito al senso di controllo materno al parto (RR 0,10, 95% CI 0,49 to 0,70).	3201 donne/ 344 donne
Effetti collaterali materni durante il secondo stadio	Mal di schiena	Le evidenze non sono significative di un incrementato dolore alla schiena nelle gestanti sottoposte ad epidurale (RR 0,96, 95% CI 0,86 to 1,07)	1806 donne
	Ipotensione materna	In analgesia si riscontra un significativo aumento del rischio di ipotensione (RR 18,23, 95% CI 5,09 to 63,35).	2789 donne
	Mobilizzazione	In analgesia si riscontra un aumentato rischio di riduzione della mobilità degli arti inferiori (RR 31,67, 95% CI 4,33 to 231,51).	322 donne
	Mal di testa	Non esistono evidenze di differenze statisticamente significative in merito al mal di testa in travaglio di parto nei due gruppi a confronto (RR 0,96, 95% CI 0,81 to 1,15).	1198 donne
	Nausea e vomito	In analgesia si riscontra un leggero incremento del rischio di emesi e vomito in travaglio (RR 1,30, 95% CI 0,72 to 1,27).	3187 donne
	Prurito e tremore	In analgesia si riscontra un incrementato rischio nelle gestanti in analgesia, ma le differenze dal gruppo non in analgesia non sono significative (RR1,46,95%CI 0,51 to 4,16).	250 donne
	Iperpiressia	In analgesia si riscontra un rischio aumentato di sperimentare iperpiressia in travaglio (definita come superiore o uguale ai 38°C) (RR 3,34, 95% CI 2,63 to 4,23).	2741 donne
	Astenia, fiacchezza, sonnolenza	Non esistono differenze statisticamente significative. Tuttavia gli esiti vanno soppesati alla luce di ulteriori variabili, quali il dosaggio del farmaco somministrato, la parità della gestante e la natura continuativa o meno dell'assistenza ostetrica ricevuta.	641 donne
	Ritenzione urinaria	In analgesia si riscontra un incrementato rischio di ritenzione urinaria correlato alla riduzione della sensibilità allo stimolo della minzione (RR 1,81, 95% CI 0,44 to 7,43).	1383 donne
	Malposizioni fetali	Non esistono differenze statisticamente significative nei due gruppi in merito alle malposizioni fetali (RR 1,40, 95% CI 0,98 to 1,99).	673 donne
Effetti collaterali fetali	Acidosi fetale (pH < 7,20)	Neonati di madri in analgesia epidurale hanno un rischio statisticamente inferiore di avere alla nascita un pH da arteria ombelicale <7,20 (RR 0,80, 95% CI 0,68 to 0,94).	382 donne
	Liquido tinto	Non esistono differenze statisticamente significative tra i gruppi osservati (RR 1,01,CI0,84 to1,21).	2295 donne
	Trasferimento in TIN	Gli studi non hanno riscontrato evidenze significative tra i due gruppi in merito al trasferimento neonatale in terapia intensiva (TIN) (RR 1,19, 95% CI 0,94 to 1,50).	3125 donne
	Apgar <7 a 5'	Nessuna differenza statisticamente significativa riscontrata (RR 0,80, 95% CI 0,54 to 1,20)	6898 donne
Outcomes correlati alla assistenza ostetrica	Lunghezza del secondo stadio del travaglio	A differenza di quanto si è osservato per il primo stadio del travaglio, lo studio del quale non ha evidenziato differenze statisticamente significative, il secondo stadio del travaglio in donne in analgesia epidurale è statisticamente più lungo (MD 13,66, 95% CI 6,67 to 20,66).	4233 donne
	Amnioressi	L'analgesia epidurale non sembra predisporre ad un incrementato ricorso alla pratica dell'AMX.	455 donne
	Oxytocin Augmentation	In analgesia si riscontra un leggero incremento nel ricorso ad ossitocina nel secondo stadio del travaglio (RR 1,19, 95% CI 1,03 to 1,39).	5815 donne
	Parti vaginali strumentali	Il rischio di parto operativo è significativamente maggiore per coloro che si avvalgono dell'analgesia peridurale (RR 1,42, 95% CI 1,28 to 1,57).	8212 donne
	TC per distress fetale/distocia	Se l'analgesia epidurale incrementi o no il rischio di ricorso a taglio cesareo rimane controverso (RR 1,10, 95% CI 0,97 to 1,25).	4816 donne

Tabella 3. Effetti perinatali correlati alla somministrazione dell'analgesia epidurale

condo stadio (Bloom, 2006), mentre non sembra inficiare sulla durata del primo stadio del travaglio. Questo aumento della durata del secondo stadio predispone all'aumentato ricorso all'ossitocina, al rischio di parti operativi vaginali e di tagli cesarei per distress fetale. 9 dei 14 studi riportano queste medesime correlazioni. In aggiunta a quanto esposto nella revisione sistematica, 2 studi (**b**, **h**) riportano che il diminuito tono muscolare del pavimento pelvico potrebbe ostacolare la rotazione interna della testa fetale e predisporre a malposizione fetale; altri due studi (**d**, **k**) sottolineano invece come questo rilassamento muscolare riduca il rischio di lesione perineale (Thorp e Breedlove, 2006). Controversi, nei diversi studi, sono gli esiti feto/neonatali: due studi (**k**, **m**) segnalano l'incremento di anomalie cardio-tocografiche associate all'infusione di analgesico; 3 studi (**a**, **b**, **m**) segnalano l'assenza di evidenze a sostegno dell'aumentato rischio di liquido tinto, trasferimento in TIN e di Punteggio Apgar <7 al 5° min dal parto: da questi studi emerge anzi che l'analgesia epidurale abbia effetti positivi sull'equilibrio acido-base del neonato.

Management ostetrico del secondo stadio del travaglio in donne con analgesia epidurale

Definiti gli effetti correlati all'analgesia epidurale nel secondo stadio del travaglio, ci si pone la domanda "come incidono queste differenze attese sulla gestione ostetrica di questa fase del travaglio?" A partire dalle principali e dimostrabili differenze nell'assistenza al secondo stadio in analgesia, 6 delle 14 pubblicazioni individuano 4 tematiche fondamentali di natura ostetrica inerenti il secondo stadio in analgesia: (1) la gestione del tempo, (2) la gestione delle spinte espulsive, (3) la gestione della mobilitazione e (4) la gestione della diversa somministrazione di boli analgesici.

La gestione del tempo (1). La ridotta sensibilità perineale della gestante ed il ritardo con cui avverte il premito condizionano significativamente la durata del secondo stadio del travaglio. Ma quando "più lungo" è "troppo lungo?". Una pubblicazione (**m**) afferma che le definizioni di "durata normale" del secondo stadio risentono del fatto che quasi tutti gli studi che hanno analizzato questo aspetto sono stati condotti in ospedale e sono perciò figli della convinzione, storicamente medica, che il termine del primo stadio coincide con l'inizio della fase attiva del secondo stadio (Bergstrom et al., 1997); per molto tempo questi limiti hanno rappresentato un dilemma ed un'imposizione per le Ostetriche (**c**). Negli anni Settanta veniva considerata normale, per il secondo stadio, una durata di 1 ora nella nullipara e di 30 mi-

nuti nella pluripara, senza operare una distinzione tra fase di latenza e fase attiva (Pescetto et al., 2009). Negli anni Novanta si è iniziato ad introdurre il concetto di fase di latenza osservando che nei travagli delle donne con analgesia peridurale, se la donna veniva invitata a spingere appena iniziata la dilatazione completa, il numero di parti operativi vaginale e di tagli cesarei aumentava rispetto a quando la donna iniziava a spingere quando avvertiva il premito o quando l'estremo cefalico iniziava a distendere il perineo; questo sia per l'esaurimento delle forze materne, sia perché la durata dello sforzo espulsivo superava il tempo arbitrario che il protocollo ci dava (Spandrio, Regalia, Bestetti, 2014). Un'altra pubblicazione (**f**) riporta che il NICE nel 2007 allunga i tempi, affermando che nelle nullipare il parto dovrebbe avvenire entro 3 ore dall'inizio della fase attiva del secondo stadio e nelle pluripare entro 2 ore dalla stessa. Solo l'ACOG nel 2003 fa una specifica distinzione riguardo alle donne in partoanalgesia (**h**), definendo, per queste gestanti, "arresto del secondo stadio" l'assenza di progressione della parte presentata dopo 4 ore nelle nullipare (3 in assenza di analgesia) e dopo 3 ore nelle pluripare (2 in assenza di analgesia). Un altro studio (**j**) afferma l'esistenza di una corrispondenza tra morbilità materna e durata del secondo stadio superiore a 2 ore (Myles, 2003) e questo aumentato rischio deve essere soppesato con i rischi di un parto operativo. Lo studio però sottolinea che questa correlazione si limita alla durata della fase attiva, non all'intera durata del secondo stadio del travaglio. Non c'è un motivo individuabile che giustifichi il porre un limite definito di tempo per questo stadio del travaglio; la revisione della letteratura più recente al riguardo conclude che, se il secondo stadio del travaglio è in progressione e le condizioni di madre e feto sono soddisfacenti, l'imposizione di limiti sulla durata della fase di transizione non è giustificata (Le Ray et al., 2014). I limiti arbitrari di tempo dovrebbero essere abbandonati, in quanto contribuiscono ad accrescere il clima di tensione in sala parto ed aumentano l'interventismo medico (episiotomie, manovre di Kristeller, parti operativi vaginali e tagli cesarei). La definizione di normalità della durata del secondo stadio del travaglio dipende quindi dalla valutazione integrata e personalizzata dei fattori del parto (Obido, 2007) (**m**).

La gestione delle spinte espulsive (2). Tutti gli studi concordano sul fatto che spingere prima che la testa fetale sia ben impegnata, o in assenza della sensazione di spinta, può causare malposizione fetale, arresto trasverso profondo della parte presentata e morbilità materna

(Simkin e Ancheta, 2000). Questa evidenza ha portato alla diffusione, in contrapposizione all'“immediate pushing”, del “delayed pushing”, la spinta ritardata, ossia il cercare, da parte dell'ostetrica, di incoraggiare la donna a spingere solo nel momento in cui la donna avverte considerevolmente il premito e la testa risulta impegnata nel canale da parto. Due dei 6 studi (**h**, **m**) hanno comparato gli effetti delle due modalità di spinta, riscontrando nel gruppo di delayed pushing un ulteriore aumento della fase latente del secondo stadio, ma una riduzione statisticamente significativa (-31%) della durata della fase attiva del secondo stadio e del numero di parti operativi. Un altro studio (**n**) però, condotto solo su nullipare con infusione continua di analgesia, discorda con questo riscontro, rilevando che posticipare la spinta non riduce significativamente la durata della fase di spinte attive. Pertanto questo punto rimane controverso. Due studi (**h**, **m**) confrontano la modalità di spinta a glottide chiusa e glottide aperta: nel primo gruppo si è osservato un maggior rischio di anomalie cardiocografiche attribuibili ad un desaturazione d'ossigeno del feto; non ci sono significative differenze tra i due gruppi riguardo durata del secondo stadio, valore del pH cordonale e Apgar Score alla nascita. Infine i due studi hanno evidenziato un aumentato rischio di problematiche urodinamiche a tre mesi post-partum in caso di “coached pushing”, la spinta comandata, generalmente “immediate” ed a glottide chiusa (Manovra di Valsalva), rispetto alla spinta libera materna. In condizioni di benessere materno-fetale che non richiedano di accelerare il secondo stadio, non è ragionevole imporre alla gestante modalità e tempi di spinta.

La gestione della mobilitazione (3). Tutti gli studi concordano sul fatto che l'analgesia epidurale comporta anche una riduzione della mobilità materna: a seconda della concentrazione e delle dosi di analgesia ricevuta, la gestante potrebbe riscontrare minor sensibilità agli arti inferiori ed uno stato di rilassamento muscolare tale da limitare spesso la sua compliance ad assumere posizioni verticali, note per favorire la discesa passiva della parte presentata. Una revisione sistematica (**g**) supporta l'assunzione a letto di posizioni alternative alla posizione litotomica: in particolare, la posizione laterale si associa a secondi stadi di durata leggermente più lunga, ma ad una riduzione significativa di parti strumentali, episiotomie e lesioni perineali (**m**). Consigliata è anche la posizione carponi, che si associa ad esiti sovrapponibili.

La gestione della diversa somministrazione dei boli analgesici (4). Due studi (**h**, **n**) affermano che una pratica clinica molto diffusa tra Ostetri-

che e medici-ginecologi consiste nella sospensione delle somministrazioni di analgesia in presenza della dilatazione completa ed in assenza del premito materno. Questa pratica sembrerebbe finalizzata a consentire il ritorno della sensazione di premito materno (in genere attutito dall'analgisia, se non del tutto coperto) ed a ridurre la durata complessiva del secondo stadio. Dalle due pubblicazioni si evince che la sospensione della somministrazione di analgesia durante il secondo stadio non si associa a riduzioni significative della durata del secondo stadio e del rischio di parto operativo. Le uniche differenze statisticamente significative sono quelle di un peggioramento nel controllo del dolore e di una diminuzione della soddisfazione materna. Il dover gestire improvvisamente un inaspettato ritorno del dolore (spesso di entità maggiore a quanto già sperimentato) senza poter vantaggiare delle endorfine endogene di cui gode una gestante che travaglia senza analgesia, porta la donna a sperimentare maggiori paura ed ansietà, a renderla meno collaborante e più esausta ed a peggiorare la qualità delle sue spinte, con ripercussioni sull'esito, sulle modalità e sulla durata della fase espulsiva (Bacigalupo, 1990). Uno dei due studi (**h**) sottolinea anche che l'analgisia epidurale rappresenta un diritto della gestante e che la sospensione del suo utilizzo nel secondo stadio senza il suo consenso informato e soprattutto in mancanza di indicazioni cliniche rappresenta un atteggiamento eticamente e clinicamente discutibile.

Discussione

L'introduzione e l'implementazione dell'analgisia epidurale hanno influenzato il modo di erogare assistenza ostetrica. Secondo uno studio (**c**), quest'ultima risente di molteplici variabili: l'uso di differenti dosaggi e farmaci utilizzati per erogare l'analgisia, la diversa modalità con cui vengono somministrati (mediante PCA o boli concordati con ostetrica ed anestesista), la differente risposta ai farmaci di ogni gestante, i diversi protocolli aziendali ed il livello di interazione dei membri dell'equipe sono solo alcuni dei fattori osservati. Lo studio sottolinea anche che l'effetto analgesico dell'epidurale può nascondere o coprire del tutto alcuni segni che l'ostetrica normalmente osserva per valutare il buon proseguimento del travaglio: il fatto che la gestante non avverta il premito, per esempio, non fornisce più un'indicazione sulla progressione del travaglio in quanto potrebbe non avvertirlo anche con testa fetale impegnata, e la condizione di rilassamento tipica della fase di transizione non rappresenta più un elemento significativo di giudizio sull'andamento del travaglio, in quanto in analgesia la gestante si tro-

va in questo stato per tutto il tempo del travaglio e potenzialmente anche in fase espulsiva (Jacobson, 2008, **h**). Lo studio sottolinea come, inoltre, l'incremento di parti operativi che si osserva in analgesia epidurale possa essere riconducibile non tanto al mero utilizzo della partoanalgesia, quanto alla necessità di rispettare limiti temporali restrittivi, il che a sua volta predispone l'imposizione alla gestante di spinte a comando intempestive ed a pratiche di velocizzazione del secondo stadio (amnioressi e ossitocina). Un altro studio (**i**) ha riscontrato che, nonostante le evidenze, le Ostetriche hanno spesso difficoltà ad implementare la spinta spontanea, a non assumere un atteggiamento direttivo ed a rispettare i tempi allungati del secondo stadio in analgesia.

Conclusioni

Ulteriori studi saranno necessari a chiarire gli aspetti che rimangono ad oggi controversi in merito agli effetti dell'analgesia sul secondo stadio del travaglio ed in merito alle migliori metodiche per erogare assistenza ostetrica. Si ritiene fondamentale che questi studi si propongano di indagare anche l'esperienza delle Ostetriche, attualmente poco documentata, affinché coloro che affrontano quotidianamente le difficoltà e le novità correlate all'assistenza in analgesia abbiano "una voce sul travaglio" (Birrel, 2001) che guidi le ricerche future a migliorare la soddisfazione delle gestanti e di tutti i protagonisti implicati nell'evento nascita.

Bibliografia

Anim-Somuah M., Smyth RDM., Jones L., Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour (review), Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011.

Antonakou A1, Papoutsis D., The Effect of Epidural Analgesia on the Delivery Outcome of Induced Labour: A Retrospective Case Series.

Bacigalupo G., Riese S., Rosendahl H., Saling E., Quantitative relationship between pain intensities and beta-endorphin and cortisol concentrations in plasma. Decline of the hormone concentrations in the early post-partum period. J Perinatal Med 1990; 18:289-96.

Bergstrom L., I gotta push. Please let me push! Social interaction during the change from first to second stage labor.

Birrel D., Management of the second stage labour with an epidural – a problem in isolation? University of South Australia, 2001.

Bloom SL., Casey BM., Schaffer JI., McIntire DD.,

Leveno KJ., A randomized trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labor. Am J Obstet Gynecol, 2006; 194(1):10-3.

Bofill JA., Vincent RD., Ross EL., Nulliparous active labour, epidural analgesia and cesarean delivery for dystocia, Am J Obstet Gynecol 177; 1465-70.

Decca L., Daldoss C., Fratelli N., Loyacono A., Slompo M., Stegher C., et al., Labor course and delivery in epidural analgesia: a case-control study. J Matern Fetal Neonatal Med, Spedali Civili di Brescia, Italy 2004; 16:115-118.

Declerq E., Listening to Mothers II: Report of the Second National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences, New York: Maternity Center Association, 2006.

DOH 2005, The impact of intrapartum analgesia on infant feeding, International Journal of Obstetrics & gynaecology, 2005; 112: 7.

Holwey N., Supporting women with epidural in the second stage of labour. British Journal of midwifery, London, 2014.

ISTAT 2001: dati di ricorso all'analgesia epidurale in Italia.

Kemp E., Kingswood CJ., Kibuka M., Thornton JC., Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013.

Jacobson P., Turner L., Management of the second stage of labor in women with epidural analgesia. Journal of Midwifery & women's Health, Columbia University, 2008.

Joyce M. Roberts et al., Why do supportive birth attendants become directive of maternal bearing-down efforts in second stage labor with epidural? Journal of Midwifery & women's Health, Michigan, 2007.

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, 2014; 361:1-7.

Leighton B., Halpern S., The effects of epidural analgesia on labor, maternal and neonatal outcomes. Am J Obstet Gynecol 2002; 186-S69-77.

Lieberman E, O'donoghue C., Unintended effects of epidural analgesia during labor: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2002 May;186(5 Suppl Nature):S31-68.

Mayberry LJ., Hammer R., Kelli C., True-Driver B., De A., Use of delayed pushing with epidural anesthesia. Findings from a randomized, controlled trial. J Perinatol 1999; 19:26-30.

Myles A., Efficacy of Postoperative Epidural Analge-

	Autori	Titolo della pubblicazione	Disegno di ricerca	Caratteristiche indagate
a	Anim-Somuah M., Smyth RDM (2001)	Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour (review)	Revisione Sistemati- ca 38 studi, 9658 donne	Effetti sull'interazione madre/bambino / allattamento al seno. Interventi ostetrici: parti operativi, tagli cesarei per distress o per distocia, amniorexi, ossitocina. Effetti collaterali per la madre (mal di schiena a lungo termine, ipotensione materna, blocco motorio, depressione respiratoria, rottura d'utero, mal di testa, eventi tromboembolici, lesioni perineali, nausea o vomito, prurito, febbre, astenia, ritenzione urinaria/cateterismo). Effetti collaterali per il feto/neonato: acidosi neonatale, ipoglicemia, trauma alla nascita, complicanze neonatali a lungo termine, LA tinto. Effetti secondari: allungamento primo/secondo stadio del travaglio.
b	Antonakou A., Papoutsis D. (2016)	The Effect of Epidural Analgesia on the Delivery Outcome of Induced Labour: A Retrospective Case Series.	Studio retrospet- tivo 1046 donne	- Interventi ostetrici: parti operativi, tagli cesarei - Effetti secondari: allungamento primo/secondo stadio del travaglio
c	Birrel D (2001)	Management of the second stage labour with an epidural – a problem in isolation?	Studio di caso	- Esperienza ostetrica
d	Bofill JA., Vincent RD., Ross EL.	Nulliparous active labour, epidural analgesia and cesa-rean delivery for dystocia.	Studio osserva- zionale 100 donne	Interventi ostetrici: parti operativi, tagli cesarei per distress o per distocia, amniorexi, ossitocina. - Effetti secondari: allungamento primo/secondo stadio del travaglio.
e	Decca L., Daldoss C., Fratelli N., Lojacono A., Stegher C. (2004)	Labor course and delivery in epidural analgesia: a case-control study.	Studio caso- controllo 207 donne	Interventi ostetrici: parti operativi, tagli cesarei per distress o per distocia, amniorexi, ossitocina. - Effetti collaterali per il feto/neonato: acidosi neonatale - Effetti secondari: allungamento primo/secondo stadio del travaglio.
f	Holwey N. (2014)	Supporting women with epidural in the second stage of labour.	Revisione della let- teratura	Assistenza ostetrica: supporto alla gestante Assistenza ostetrica: modalità e tempi di spinta
g	Kemp E., Kingswood CJ., Kibuka M., Thornton JC. (2013)	Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia.	Revisione sistemati- ca 4 RCT, 879 donne	Assistenza ostetrica: posizioni materne
h	Jacobson P., Turner L (2008)	Management of the second stage of labor in women with epidural analgesia	Revisione della let- teratura	Assistenza ostetrica: modalità e tempi di spinta Assistenza ostetrica: prosecuzione Vs. sospensione dell'analgesia
i	Joyce M. Roberts et al (2007)	Why do supportive birth attendants become directive of maternal bearing -down efforts in second stage labor with epidural?	Revisione della let- teratura	Assistenza ostetrica: supporto alla gestante Assistenza ostetrica: modalità e tempi di spinta Esperienza ostetrica
j	Leighton B., Halpern S. (2002)	The effects of epidural analgesia on labor, maternal and neonatal out-comes.	Studio retrospet- tivo	Interventi ostetrici: parti operativi, tagli cesarei per distress o per distocia, amniorexi, ossitocina. - Effetti collaterali per il feto/neonato: acidosi neonatale - Effetti secondari: allungamento primo/secondo stadio del travaglio.
k	Lieberman E, O'donoughug C. (2002)	Unintended effects of epidural analgesia during labor: observational study.	Studio osserva- zionale 306 donne	Interventi ostetrici: parti operativi, tagli cesarei per distress o per distocia, amniorexi, ossitocina. - Effetti collaterali per il feto/neonato: acidosi neonatale - Effetti secondari: allungamento primo/secondo stadio del travaglio.
l	Mayberry LJ., Hammer R., et al. (1999)	Use of deleyed pushing with epidural anesthesia. Findings from a randomized, controlled trial.	RCT 152 donne	Assistenza ostetrica: modalità e tempi di spinta
m	Obido L. (2007)	Does epidural analgesia affect the second stage of labour?	Revisione della let- teratura	Interventi ostetrici: parti operativi, tagli cesarei per distress o per distocia, amniorexi, ossitocina, durata secondo stadio. - Effetti collaterali per il feto/neonato: acidosi neonatale
n	Plunkett BA. Et al. (2003)	Management of second stage of labor in nulliparas with continuous epidural analgesia.	Studio caso- controllo 202 donne	- Assistenza ostetrica: prosecuzione Vs. sospensione dell'analgesia, effetti dose-correlati.

Tabella 2. Principali caratteristiche degli studi inclusi