



# SYRIO

SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE  
OSTETRICO-GINECOLOGICO-NEONATALI

## OSTETRICA

*ricerca, formazione e  
management*

*Rivista scientifica  
online*

ITALIAN JOURNAL OF  
MIDWIVES

*Research, Learning and  
Management*

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

GENNAIO/APRILE

N°6/2018

[www.syrio.org](http://www.syrio.org)

## INDICE

### STORIA

**L'OSTETRICA ITALIANA DEGLI ANNI 50-60 DEL XX SECOLO. SCENARIO SANITARIO E SOCIALE E QUESTIONI IRRISOLTE**

**THE ITALIAN MIDWIVES OF THE FIFTY-SIXTY YEARS: SANITARY AND SOCIAL CONDITION AND IRRISOLT QUESTION**

**Miriam Guana**

*pag. 4*

### OSSERVATORIO INTERNAZIONALE

**WHO RECOMMENDATIONS - INTRAPARTUM CARE FOR A POSITIVE CHILDBIRTH EXPERIENCE**

Traduzione a cura di:

**Albina Aliraj, Agnese Lecis, Federica Perremuto, Valentina Volpi**

*pag. 8*

### RICERCA OSTETRICA -

**EPISIORRAFIA IN CONTINUO VERSUS A PUNTI STACCATI: ESITI A BREVE E LUNGO TERMINE**

**EPISIORRAPHY IN CONTINUOUS VERSUS INTERRUPTED SUTURES TO EPISIORRAPHY: SHORT AND LONG TERM OUTCOME**

**Bernardini Claudia, Failli Sara, Guerrera Lucia, Sommella Ciro**

*pag. 17*

**L'ASSISTENZA OSTETRICA ALLE DONNE STRANIERE UN'INDAGINE NAZIONALE"**

**MIDWIFERY CARE FOREIGN WOMEN. A NATIONAL SURVEY**

**Sara Grazioli, Miriam Guana** *pag. 23*

### RICERCA NELLA FORMAZIONE

**PROPOSTA DI MODELLO DI APPRENDIMENTO " Continuity of Midwifery Care (CoC)" NEL CORSO DI LAUREA IN OSTETRICA**

**PRESENTATION CONTINUITY OF CARE (COC) MIDWIFERY LEARNING MODEL**

**Graziella Ubiali, Serena Paris, Viviana Lira, Ed-da Pellegrini, Miriam Guana** *pag.30*

### RICERCA OSTETRICA -

**IL COUNSELING PRECONCEZIONALE PRESENTAZIONE DI UN'INDAGINE**

**PRECONCEPTIONAL CARE SURVEY'S PRESENTATION**  
**Selika Rossi** *pag. 35*

## DIRETTORE RESPONSABILE

---



Miriam Guana

## COMITATO DI REDAZIONE

---

ANGELO  
MORESE (SV)



ANTONELLA  
CINOTTI (FI)



DOMENICA MIGNUOLI (CS)



ANTONELLA  
NESPOLI (MZ)



EDDA PELLEGRINI (BG)



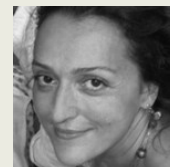
ELIO LOPRESTI (PA)



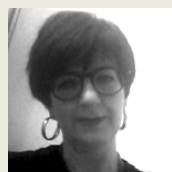
DILA PARMA (BO)



IRENE MARZETTI (AP)



CRISTIANA PAVESI (PC)



MARINA LISA (TO)



SIMONA FUMAGALLI (Mz)



MARIA POMPEA SCHIAVELLI  
(BA)



**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), Nespola Antonella (MB),*

*Pavesi Cristiana (Pc), Parma Dila (Bo), Mignuoli Domenica (Cs),*

*Pellegrini Edda (Bg), Lopresti Elio (Pa), Urli Nadia (Vr), Vaccari Erika (Bs).*

**REDAZIONE**

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

Produzione, amministrazione, distribuzione e copyright

*Via Gioberti, 71  
10128 Torino*

**SITOWEB** [www.syrio.org](http://www.syrio.org)

**SEGRETERIA**

*Simona Fumagalli (MB)*

## STORIA

# L'OSTETRICA ITALIANA DEGLI ANNI 50-60 DEL XX SECOLO. *SCENARIO SANITARIO E SOCIALE E QUESTIONI IRRISOLTE*

## *THE ITALIAN MIDWIVES OF THE FIFTY –SIXTY YEARS: SANITARY AND SOCIAL CONDITION AND IRRISOLT QUESTION*

**Miriam Guana<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Professore Associato Scienze Ostetrico-ginecologico-Neonatali, Università degli Studi di Brescia, Presidente Syrio, Scienze Ostetrico-ginecologico-Neonatali

### **Abstract**

ITA. Questo articolo è uno stralcio della relazione di apertura dell'autore presentata in occasione del 32 congresso nazionale FNCO a Roma, 2013.

Si pone l'attenzione sulla cornice sociale e sanitarie che caratterizza la figura dell'ostetrica in questo periodo storico in particolare il boom economico, gli aspetti socio-demografici di genere, il modello di assistenza alla nascita, lo status e le questioni delle ostetriche, in parte ancora irrisolte oggi.

ENGL. This article is an excerpt of the author's opening report presented at the 32nd national FNCO conference in Rome, 2013.

Attention is drawn to the social and health situation that characterizes the figure of the midwife in this historical period, especially the economic boom, socio-demographic aspects of gender, the model of assistance at birth, the status and issues of midwives, in part still unresolved today.

### **L'OSTETRICA IN ITALIA, NEGLI ANNI 50**

#### **INTRODUZIONE**

Per descrivere la situazione storica di questo periodo è stata condotta una ricerca storica, anche attraverso la consultazione del nostro organo di stampa "Lucina – la rivista dell'ostetrica/o", analizzando le edizioni dell'epoca.

Questo articolo è uno stralcio della relazione di apertura dell'autore presentata in occasione

del 32 congresso nazionale FNCO (Federazione Nazionale Ordine Ostetriche) a Roma, 2013.

#### **IL MIRACOLO ECONOMICO**

Alla fine degli anni cinquanta del secolo scorso, l'Italia era alle soglie del boom economico e che proromperà poi negli anni 60. In questo periodo il ritmo con cui l'Italia veniva rico-

struita era rapidissimo tanto da portare critici e giornalisti a parlare di **"miracolo economico"**. Tale sviluppo era accompagnato da un miglioramento generale delle condizioni di vita della popolazione, sostenuto dalla crescita dei consumi privati che, tra il 1950 e il 1962, avevano registrato un tasso di espansione *"di entità mai sperimentata in precedenza"*. Tutto ciò cambiò il tenore di vita degli italiani: quella tradizionale, con cui si intende il modo di vivere del periodo tra le due guerre, segnato da arretratezza e povertà, cambia radicalmente.

Nelle case l'entrata di oggetti fino a quel momento sconosciuti e considerati addirittura fantascientifici, sostituivano il lavoro umano e quindi la fatica, come ad esempio le lavatrici, gli scaldabagni, i frigoriferi, i phon, i rasoi elettrici, i frullatori, ecc. Cambia anche il modo di spostarsi nelle città, nascono le utilitarie, i motoscooter, ecc. Si vedono i primi prodotti surgelati e le prime scatole di prodotti esteri; ci furono le prime vacanze di massa grazie ai salari più alti e la minor quantità di ore di lavoro. Un altro step importantissimo fu l'entrata nelle case italiane della televisione; essa fu considerata la vera meraviglia dell'epoca che trasformò le serate degli italiani ed uniformò la cultura popolare di Nord e Sud.

Le donne furono particolarmente entusiaste di tutte queste novità e opportunità; fino a quel momento i lavori domestici erano di loro competenza.

Grazie alla migliore qualità di vita riuscirono a conquistarsi un po' di tempo libero, imparando quindi anche a impiegare il loro tempo in modo diverso, entrarono quindi in gruppi politici o culturali (grazie anche al diritto di voto concesso nel 1946).

Fu un momento di grandi novità anche di carattere internazionale: iniziava l'era "spaziale" e proprio nel 1957 veniva mandato nello spazio il primo essere vivente, "la cagnetta Laika"; a Roma si costituiva l'Euratom, ovvero il trattato che istituisce la Comunità europea dell'energia atomica, e la C.E.E. (la Comunità Economica Europea), si cominciava a delineare quella che sarà l'Unione Europea dei nostri giorni.

Il 1957, ad esempio, fu l'anno della FIAT Cinquecento, di Carosello, degli elettrodomestici; fu aperto il primo supermercato italiano, simboli che rappresentavano anch'essi la realtà di un "cambiamento sociale", così come riportato diffusamente dai documenti storici. L'incremento dei consumi era stato reso possibile dalla continua crescita dell'occupazione e quindi dei salari.

## LO SCENARIO SOCIO SANITARIO

Nel marzo del 1958, fu istituito il Ministero della Sanità con l'esigenza di dare piena attuazione al

dettato della Costituzione che, all'art.32, afferma: *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività"*. Il primo Ministro della Sanità era Vincenzo Monaldi, che peraltro si distinse per avere proposto una delle prime riforme dell'Opera nazionale maternità e infanzia (ONMI).

Il Ministero appositamente dedicato alla sanità assume le funzioni dell'Alto Commissariato, incaricato di vigilare sugli enti erogatori di assistenza e sull'esercizio delle professioni sanitarie.

Permane un periodo duro per le donne sul versante della regolamentazione e del controllo della fecondità; il mondo cattolico era mobilitato contro ogni forma di controllo delle nascite. Unica apertura ai coniugi per limitare le nascite era la continenza periodica basata sul controllo dei giorni fecondi.

Alla fine degli anni '60 con la riforma ospedaliera del 1968 (Legge n. 132), si abbandona definitivamente il criterio assistenziale e caritatevole che aveva sorretto il welfare state come pure il sistema sanitario italiano, attraverso la costituzione di ospedali autonomi e scorporati dagli enti pubblici (IPAB e Mutue). Vengono demandati compiti e funzioni sanitarie alle regioni, enti non ancora istituiti ma dei quali si sollecita la creazione. Tali cambiamenti si riflettono anche sul sistema delle professioni sanitarie e, in modo particolare, sull'ostetrica e sulla condotta ostetrica.

## ASPETTI SOCIO-DEMOGRAFICI DI GENERE

Per poter tratteggiare la condizione socio-sanitaria degli italiani, in particolare delle donne di quel periodo, si fa riferimento al censimento decennale effettuato nel 1961. Si prolunga l'attesa di vita, l'età media alla morte è di 67,7 anni per i maschi, 72,9 per le femmine. La mortalità infantile continua a ridursi (40,7 morti nel primo anno di vita ogni mille nati vivi). Il 45% degli italiani è sposato. I figli legittimi sono il 97,6% dei nati vivi. Aumentano le baby mamme e la classe d'età più prolifica è quella tra i 25 e i 29 anni. Il numero medio di componenti per famiglia è 3,6, mentre il 14,4% delle famiglie è composto da sei persone. Il 45,8% degli

Attesa di vita	68 anni maschi
Mortalità infantile	40 morti al 1 anno
Figli legittimi	97.6%
Età media più prolificata	25-29 anni
Numero medio componenti della	3.6

Tabella 1- Dati socio-demografici Censimento 1961



italiani vivono in abitazioni di proprietà (Tab. 1) L'emigrazione degli italiani all'estero registra inoltre un'impennata ed i paesi di maggior accoglienza sono il Canada, la Germania, la Francia, l'Australia, gli Stati Uniti, la Svizzera, l'Argentina ed il Brasile.

### L'ASSISTENZA ALLA NASCITA

Il boom economico degli anni '60 del XX secolo nell'ambito dell'assistenza al parto ha segnato un'importante rivoluzione: infatti le donne hanno cominciato a scegliere l'ospedale quale luogo più adeguato per il parto fisiologico. Si possono quindi individuare due culture del parto. Quella "moderna", che prende inizio dopo il secondo dopoguerra caratterizzato dallo spostamento del parto domiciliare in ambiente ospedaliero. Quella che si potrebbe definire "ottocentesca" che vede la nascita come un evento prettamente domestico, familiare, dove ci si rivolge al medico sono di fronte a dei problemi di salute. Dove la scelta dell'ospedale è ritenuta spesso una necessità indispensabile da attuare quando la vita della donna o del bambino sono in pericolo e l'aiuto dell'ostetrica non è sufficiente o in caso ci si trova in stato di povertà.

Tutto ciò però contribuirà a favorire un progressivo processo di spersonalizzazione della nascita e di distacco dall'ostetrica, che era stata per anni la figura di riferimento.

### LE OSTETRICHE: STATUS E QUESTIONI IR-RISOLTE

In questi anni la possibilità di svolgere la professione è riservata esclusivamente alle donne, retaggio di un pregiudizio culturale che rimarrà fino al 1976 quando avverrà l'apertura al genere maschile. L'epocale cambiamento che attraversa l'organizzazione sociale e sanitaria in questo periodo storico ha ricadute anche sulla configurazione professionale dell'ostetrica: il venir meno della necessità dell'istituto della condotta e il confinamento dell'attività all'interno delle strutture ospedaliere determinino una modifica rispetto alle modalità lavorative, aprendo la strada a una nuova socializzazione pubblica del suo ruolo. L'autonomia che caratterizza le ostetriche condotte lascia il passo alla subordinazione, conseguenza principale dell'inserimento di tale figura all'interno di contesti lavorativi rigidamente strutturati e fortemente gerarchizzati (Spina 2009).

Nel maggio del 1957, a Roma presso il Palazzo Brancaccio, si tenne il XII Congresso Nazionale delle ostetriche che vide la partecipazione di 500 congressiste su circa 22.000 iscritte. Nella sua relazione inaugurale, Maria Vittoria Luzzi, presidente della FNCO dal 1950 (già Segretaria del Sindacato fascista), sottolineava una serie

di problemi che affliggevano la nostra categoria.

Ella affermava ... *"la categoria sta attraversando una crisi per la crescente pleora di ostetriche resa soprattutto grave per l'aumentato numero delle scuole e conseguente quello delle allieve e per la tendenza al ricovero per l'espletamento del parto in ospedale, quale logica evoluzione sociale"*.

Nella relazione di Luzzi viene pure auspicata una riforma delle scuole di ostetricia al fine di garantire una preparazione professionale adeguata ai tempi ed una più severa selezione delle candidate, riforma che arriverà proprio alla fine dello stesso anno con la Legge n. 1252/1957 recante modificazioni all'ordinamento delle scuole di ostetricia. La durata del corso fu ridotta a due anni e fu richiesto come requisito il diploma di infermiere professionale (biennale), quindi la formazione complessiva per diventare ostetrica fu di 4 anni. Fu anche introdotta la possibilità di accedere direttamente alla Scuola di Ostetricia, a chi proveniente dalla facoltà di Medicina, avesse superato gli esami dei primi tre anni o, in mancanza, una prova di esame in anatomia,

Maria Vittoria Luzi Presidente  
FNCO (1950- 1961)



fisiologia, patologia generale, elementi di igiene, tecnica assistenziale ed infermieristica.

Ma la Presidente Luzzi, durante quel congresso, sottolineava, come elemento di forte criticità, anche il non adeguato riconoscimento delle

competenze dell'ostetrica, seppur attribuite dalle normative, ed invitava quindi gli enti mutualistici, l'Omni e le amministrazioni comunali a "prendere in mano" il regolamento professionale per verificare che le competenze dell'ostetrica andavano ben oltre l'assistenza al parto, giacché *"all'ostetrica - testuali parole della Presidente Luzzi - .. "è affidato il compito dell'assistenza alla donna dall'età pre-pubere fino al periodo climaterico, con particolare riguardo a quello della gestazione, del parto, e del puerperio, nonché quello dell'assistenza al neonato e al bambino fino al terzo anno di vita". ... "Oggi si parla con insistenza della necessità di una educazione sanitaria della popolazione - continua Luzzi nella sua relazione - ma si dimentica che il regolamento professionale affida all'ostetrica anche questo compito, da assolvere in collaborazione con le pubbliche istituzioni"*. La professionista ostetrica e nonostante le normative lo prevedessero, lamentava il mancato riconoscimento della sua competenza *"nell'educare la popolazione"* e dunque del suo ruolo sociale,

della sua consolidata alleanza con la donna e la famiglia, nella promozione della salute e della solidarietà sociale.

La difficoltà di un riconoscimento delle competenze distintive dell'ostetrica da parte delle istituzioni sanitarie e sociali è quindi un fatto ricorrente e stigmatizza una questione costantemente

Trent'anni dopo, nel 1983, emblematica è stata infatti anche la frase contenuta nella relazione congressuale dell'allora Presidente Antonia Cantoni che, in quel Congresso Nazionale il cui tema centrale era, non a caso, la "Polivalenza professionale dell'ostetrica", ebbe ad affermare: "...vi sono ancora dirigenti e funzionari del mondo sanitario i quali ritengono che l'ostetrica sia destinata soltanto a reggere il perineo durante il periodo espulsivo!"

irrisolta, anche negli anni successivi e fino ai giorni nostri.

## CONFRONTO CON I GIORNI NOSTRI. RIFLESSIONI E CONCLUSIONI

A distanza di sessant'anni permangono i problemi della categoria precedentemente evidenziati, sebbene l'ostetrica in questi ultimi vent'anni sia stata una protagonista coinvolta nella profonda riforma delle professioni sanitarie. Ovvero abbia ottenuto lo status di professione, le siano state riaffermate specifiche autonomie e responsabilità incluse anche nell'attuale codice deontologico - che oggi ha peraltro anche valenza giuridica - ed abbia anche la possibilità di espandere le proprie competenze (conoscenze e campi d'azione) attraverso percorsi formativi post base (ECM e corsi accademici avanzati quali LM, Master di 1-2 livello e dottorato di ricerca).

Nonostante questi importanti traguardi raggiunti permanere sempre l'esigenza da parte della leadership ostetrica di dover costantemente esplicitare, con determinazione e fatica, i propri settori di competenza e colmare le disattenzioni o dimenticanze della dirigenza del sistema salute e delle istituzioni che, ahimè, non sempre riconoscono le potenzialità dell'ostetrica e gli specifici ambiti operativi, nonché il tradizionale ruolo socio-sanitario.

### Fonti Bibliografiche

1. Sara Marchesi, *La presenza maschile sulla scena del parto* da "Note di storia dell'ostetrica" a cura di Alessandro Porro, GAM Editore, Rudiano (Bs), 2004
2. Nadia Maria Filippini "Generare, partorire, nascere", Viella Roma, 2017

3. www.fnpo.it
4. M. Guana, *La Disciplina ostetrica. Teoria, pratica ed organizzazione*, McGrawHill, 2011, Milano
5. Di Guido Crainz *Storia del miracolo italiano*, Donzelli Editore, 2005

### Fonti sitografiche

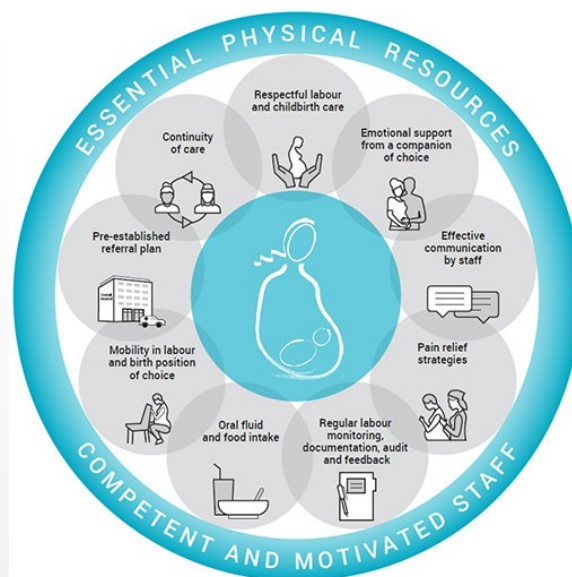
1. <https://www.studentville.it/appunti/litalia-negli-anni-50/>
2. [https://it.wikipedia.org/wiki/Miracolo\\_economico\\_italiano](https://it.wikipedia.org/wiki/Miracolo_economico_italiano)
3. <https://cronologia.leonardo.it/storia/tabello/tabe1565.htm>

# OSSERVATORIO INTERNAZIONALE

## WHO recommendations INTRAPARTUM CARE FOR A POSITIVE CHILDBIRTH EXPERIENCE

Traduzione a cura di:  
**Albina Aliraj\*, Agnese Lecis\*, Federica Perremuto\*, Valentina Volpi\***

\*Corso di Laurea in Ostetricia- Dipartimento di Medicina e Chirurgia. Università degli Studi di Milano Bicocca



### ABSTRACT

*L'obiettivo delle linee guida OMS 2018 è quello di proporre delle raccomandazioni che garantiscano alle donne non solo un parto sicuro ma anche un'esperienza emotivamente gratificante. Queste LG mirano ad assicurare alle donne che partoriscono un ambiente sicuro da un punto di vista clinico ma pure permettere di avere un controllo sulle cure attraverso il loro coinvolgimento nel processo decisionale.*



## INTRODUZIONE

La maggior parte delle 140 milioni di nascite che avvengono ogni anno nel mondo, si verificano in donne senza fattori di rischio per loro stesse o per i loro bambini all'inizio e durante il travaglio. Ciò nonostante, la nascita è un momento critico per la vita delle donne e dei loro figli, considerato che il rischio di morbidità e mortalità può aumentare considerevolmente se si presentano complicazioni. In linea con gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile "Goal 3", garantire una vita sana e promuovere il benessere a tutte le età, e con le nuove Strategie Globali per la Salute delle Donne, dei Bambini e degli Adolescenti (2016-2030), le Organizzazioni di tutto il mondo stanno studiando al fine di garantire alle donne e ai loro bambini non solo di sopravvivere alle eventuali complicanze di travaglio e parto, ma di raggiungere anche il loro massimo potenziale di salute e di vita.

Nonostante i numerosi dibattiti e le ricerche svolte nel corso degli ultimi anni, il concetto di "normalità" nel travaglio e nel parto non è universale né standardizzato. Si è visto un sostanziale incremento negli ultimi vent'anni, dell'utilizzo di manovre assistenziali per indurre, accelerare, terminare, regolare e monitorare il processo fisiologico del travaglio, con l'obiettivo di migliorare gli outcomes materni e neonatali. Questo aumento di medicalizzazione mina la capacità innata della donna di dare alla luce un figlio e ha un impatto negativo nella esperienza di nascita. In aggiunta, l'interventismo durante il travaglio senza specifiche motivazioni, aumenta il divario tra punti nascita di diverso livello.

La presente linea guida tenta di risolvere queste difficoltà identificando le più comuni manovre assistenziali messe in atto in travaglio, per stabilire norme di buona pratica nella presa in carico di travagli e parti a basso rischio. Valorizza il concetto di esperienza nella cura come aspetto fondamentale per garantire la qualità di travaglio e parto e migliorare gli outcomes materni, e non ha solo l'obiettivo di descrivere le pratiche routinarie. È rilevante per tutte le gestanti in salute e per i loro bambini, e considera il fatto che la nascita è un evento fisiologico che può avvenire senza alcuna complicanza nella maggior parte delle donne e dei loro figli. Questa linea guida identifica un' **esperienza positiva della nascita** come punto significativo per tutte le donne in travaglio. Si definisce come positiva esperienza di nascita, **quella che raggiunge e supera le aspettative e credenze personali e socio-culturali della donna, incluso dare alla luce un bambino sano, in un contesto**

**sicuro dal punto di vista clinico e psicologico, con continuità nel supporto pratico ed emozionale di chi accompagna la donna e dei professionisti competenti.** Ci si basa sul presupposto che la maggior parte delle donne desidera un travaglio e parto fisiologico nonché di avere la percezione di un successo personale e di prendere parte al processo di decision-making, anche quando un intervento medico risulti necessario o richiesto. Questa linea guida aggiornata, completa e consolidata rispetto all'assistenza intrapartum, coniuga nuove e già esistenti raccomandazioni OMS che, quando rispettate, garantiscono una cura di alta qualità ed evidence based indipendentemente dal setting o dal livello assistenziale. Le raccomandazioni riportate in questa linea guida non sono né Stato né regione specifiche e tengono conto della variabilità presente a livello globale nonché dei diversi livelli di assistenza disponibili nei vari Stati. Questa linea guida sottolinea l'importanza di un'assistenza *woman-centred* per ottimizzare l'esperienza di travaglio e parto per le donne e per i loro bambini, attraverso un approccio olistico e attento ai diritti umani. Introduce un modello globale di assistenza intrapartum, che prende in considerazione la complessità e la diversa natura dei modelli di cura e della pratica contemporanea.

### Target

Le raccomandazioni presenti in questa linea guida hanno come scopo quello di migliorare lo sviluppo delle politiche sanitarie locali e dei protocolli clinici. Pertanto, il pubblico di riferimento include i responsabili locali delle politiche di salute pubblica, i gestori di programmi di salute materna e infantile, i dirigenti di strutture sanitarie, organizzazioni non governative (ONG), società professionali coinvolte nella pianificazione e nella gestione di servizi per la salute materna e infantile, professionisti sanitari (compresi ostetriche, medici di base, ginecologi e infermieri) e personale accademico coinvolto nella formazione all'assistenza sanitaria.

### Raccomandazioni

I lavori tecnici di OMS hanno portato a sviluppare 56 raccomandazioni rispetto all'assistenza intrapartum: 26 di questi sono di nuovo sviluppo mentre 30 sono state integrate da precedenti linee guida OMS. Le raccomandazioni vengono presentate rispetto al timing in cui esse sono rilevanti tra cui: assistenza nel travaglio e nel parto; assistenza durante il primo stadio del travaglio; assistenza durante il secondo stadio del travaglio; assistenza durante il terzo stadio del travaglio; prime cure

neonatali; assistenza alla donna nell'immediato post partum. Le raccomandazioni sono state classificate come segue:

**Raccomandato.** Questa categoria indica gli interventi o le opzioni che dovrebbero essere incrementate

**Non raccomandato.** Questa categoria indica gli interventi o le opzioni che non dovrebbero essere incrementate

**Raccomandato solo in contesti specifici:**

questa categoria indica che l'intervento è appli-

cabile solo in un contesto, setting o popolazione specifico e dovrebbe essere incrementato solo in questi casi.

**Raccomandato solo nel contesto di una rigorosa ricerca:** questa categoria indica che ci sono importanti incertezze rispetto all'intervento in questione. In questi casi l'incremento può ancora essere intrapreso su larga scala, a condizione che prenda forma di una ricerca in grado di affrontare domande senza risposta e relative incertezze, sia per l'efficacia dell'intervento, sia per la sua accettabilità e fattibilità

Atto assistenziale	Raccomandazione	Categoria di raccomandazione
<b>Assistenza a travaglio e parto</b>		
<b>Assistenza rispettosa della maternità</b>	Si raccomanda un'assistenza rispettosa della maternità, intesa come un piano di cura organizzato e fornito a tutte le donne in modo tale che si sostenga la loro dignità, privacy e riservatezza, che garantisca l'assenza di danno e maltrattamento e che consenta una scelta informata e un supporto continuo durante il travaglio e il parto.	Raccomandato
<b>Comunicazione efficace</b>	Si raccomanda un'efficace comunicazione tra chi fornisce l'assistenza (alla maternità) e le donne in travaglio, tramite l'utilizzo di metodi semplici e culturalmente accettabili	Raccomandato
<b>Accompagnamento durante travaglio e parto</b>	Scegliere una persona di fiducia è raccomandato per tutte le donne durante il travaglio e il parto	Raccomandato
<b>Continuità dell'assistenza</b>	I modelli di continuità dell'assistenza nella midwife-led, nella quale un'ostetrica o un piccolo gruppo di ostetriche prendono in carico una donna durante la gravidanza, il travaglio, il parto e il puerperio, sono raccomandati per le gestanti in ambienti provvisti di un'assistenza ostetrica efficace.	Raccomandato solo in contesti specifici

Primo stadio del travaglio		
Definizioni della fase latente ed attiva del primo stadio del travaglio	<p>5. Si raccomanda l'uso delle seguenti definizioni di fase latente ed attiva del travaglio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La fase latente del primo stadio è il periodo caratterizzato da contrazioni uterine dolorose e modificazioni della cervice, quali raccorciamento e una progressione della dilatazione più lenta fino a 5 cm per nullipare e pluripare</li> <li>- La fase attiva del primo stadio è il periodo caratterizzato da contrazioni dolorose regolari, appianamento cervicale e una più rapida progressione della dilatazione cervicale dai 5 cm alla dilatazione completa per nullipare e pluripare.</li> </ul>	Raccomandato
Durata del primo stadio del travaglio	<p>6. Le donne dovrebbero essere informate che non è stata definita una durata standard della fase latente del primo stadio e che può presentarsi un'ampia variabilità tra una donna e l'altra. Tuttavia, la durata della fase attiva del primo stadio (a partire dai 5 cm di dilatazione fino alla dilatazione completa) di solito non si protrae oltre le 12 ore nelle nullipare e oltre 10 ore nelle pluripare.</p>	Raccomandato
Progressione del primo stadio del travaglio	<p>7. Per le gestanti con insorgenza spontanea del travaglio, la standardizzazione dell'iniziale velocità di dilatazione cervicale di 1 cm/h durante la fase attiva del primo stadio (come rappresentato dalla linea di allerta nel partogramma) non è appropriata per identificare le donne a rischio di esiti neonatali avversi e perciò non viene raccomandata per questo scopo.</p>	Non raccomandato
	<p>8. Una velocità di dilatazione cervicale minima di 1 cm/h durante la fase attiva del primo stadio è irrealisticamente rapida per alcune donne e quindi non viene raccomandata come strumento per identificare la normale progressione del travaglio. Una velocità di dilatazione inferiore a 1 cm/h come unico fattore non può essere un'indicazione di routine per attuare interventi ostetrici.</p>	Non raccomandato
	<p>9. Il travaglio non può accelerare spontaneamente finché non viene raggiunta una dilatazione di 5 cm. Perciò l'utilizzo di interventi per accelerare il travaglio e il parto (come l'incremento di ossitocina o il taglio cesareo) prima di questa soglia non è raccomandata, purché le condizioni fetali e materne siano rassicuranti.</p>	Non raccomandato
Criteri di ammissione in Sala Parto	<p>10. Per gestanti in salute che si presentano in travaglio spontaneo, una politica di ammissione in Sala Parto posticipata fino al raggiungimento della fase attiva del primo stadio è raccomandata solo in contesti in cui avvenga un'attenta ricerca.</p>	Raccomandato solo nel contesto di una rigorosa ricerca
Pelvimetria all'ammissione	<p>11. La valutazione della pelvimetria di routine all'ammissione non viene raccomandata nelle gestanti fisiologiche.</p>	Non raccomandato

Valutazione di routine del benessere fetale all'ammissione	<p>12. La cardiocografia di routine non è raccomandata per la valutazione del benessere fetale all'ammissione di gestanti fisiologiche con insorgenza spontanea del travaglio.</p> <p>13. Si raccomanda l'auscultazione con doppler o con lo stetoscopio di Pinard per la valutazione del benessere fetale all'ammissione al travaglio.</p>	<p>Non raccomandato</p> <p>Raccomandato</p>
Tricotomia perineale/pubica	14. Non è raccomandata la tricotomia perineale/pubica di routine prima del parto vaginale.	Non raccomandata
Clistere all'ammissione	15. La somministrazione del clistere evacuativo per ridurre l'uso di terapie per accelerare il travaglio, non è raccomandata	Non raccomandato
Esplorazione vaginale	16. Si raccomanda l'esplorazione vaginale ad intervalli di quattro ore per la valutazione di routine della fase attiva del primo stadio del travaglio, nelle donne a basso rischio. <sup>2</sup>	Raccomandato
Cardiocografia in continuo durante il travaglio	17. La cardiocografia in continuo non è raccomandata per la valutazione del benessere fetale nelle gestanti fisiologiche con un'insorgenza spontanea del travaglio.	Non raccomandato
Auscultazione ad intermittenza del BCF durante il travaglio	18. Per le gestanti fisiologiche è raccomandato durante il travaglio l'auscultazione ad intermittenza del BCF con il doppler o con lo stetoscopio di Pinard.	Raccomandato
Analgesia epidurale per il sollievo dal dolore	19. L'analgesia epidurale è raccomandata per le gestanti fisiologiche che richiedono un sollievo dal dolore durante il travaglio, in base alle loro preferenze	Raccomandato
Analgesia oppioide per il sollievo dal dolore	<p>20. La somministrazione di oppioidi per via parenterale, come fentanil, diamorfina* e petidina, sono opzioni raccomandate per le gestanti fisiologiche che richiedono sollievo dal dolore durante il travaglio, in base alle loro preferenze.</p> <p>* <i>Non in commercio in Italia</i></p>	Raccomandato
Tecniche di rilassamento per la gestione del dolore	21. Tecniche di rilassamento, incluso quello muscolare progressivo, la respirazione, la musica, la mindfulness (meditazione) e altre tecniche, sono raccomandate per le gestanti fisiologiche durante il travaglio, in base alle preferenze della donna.	Raccomandato
Tecniche manuali per la gestione del dolore	22. Sono raccomandate per le gestanti fisiologiche tecniche manuali, quali il massaggio o l'applicazione di impacchi caldi, che richiedono sollievo dal dolore durante il travaglio, in base alle preferenze della donna.	Raccomandato
Riduzione del dolore per la prevenzione del rallentamento del travaglio	23. Non è raccomandato sollievo dal dolore per prevenire rallentamenti e ridurre l'uso di farmaci acceleratori del travaglio. <sup>3</sup>	Non raccomandato
Liquidi per via orale e cibi	24. Si raccomandano, per le donne a basso rischio, l'idratazione per via orale e l'assunzione di cibo durante il travaglio. <sup>3</sup>	Raccomandato

Mobilizzazione materna e posizioni	25. Si raccomanda la mobilizzazione e le posizioni verticali durante il travaglio per le donne a basso rischio. <sup>3</sup>	Raccomandato
Detersione vaginale	26. Non è raccomandata una detersione vaginale di routine con clorexidina durante il travaglio con lo scopo di prevenire morbidità infettive. <sup>2</sup>	Non raccomandata
Gestione attiva del travaglio	27. Non è raccomandato somministrare trattamenti per una gestione attiva del travaglio con lo scopo di accelerare la dilatazione. <sup>3</sup>	Non raccomandato
Amnioressi di routine	28. L'uso della sola amnioressi per ridurre la durata del travaglio non è raccomandata. <sup>3</sup>	Non raccomandato
Amnioressi e ossitocina precoci	29. Non è raccomandato l'utilizzo precoce dell'amnioressi associata alla somministrazione di ossitocina per accelerare il travaglio. <sup>3</sup>	Non raccomandato
Ossitocina nelle donne con analgesia epidurale	30. L'uso dell'ossitocina per ridurre la durata del travaglio non è raccomandato nelle donne sottoposte ad analgesia peridurale. <sup>3</sup>	Non raccomandato
Agenti antispastici	31. L'uso di farmaci antispastici per accelerare il travaglio non è raccomandato <sup>3</sup>	Non raccomandato
Liquidi endovena per la prevenzione del rallentamento del travaglio	32. Non è raccomandato l'utilizzo di liquidi endovena con lo scopo di ridurre la durata del travaglio. <sup>3</sup>	Non raccomandato





## SECONDO STADIO DI TRAVAGLIO DI PARTO

<b>Definizione e durata del secondo stadio di travaglio</b>	<p>33. Si raccomanda l'uso della seguente definizione di secondo stadio di travaglio di parto.</p> <p>Il secondo stadio di travaglio di parto è il tempo che intercorre tra la dilatazione cervicale completa e la nascita del neonato, durante la quale la donna prova un involontario e irrefrenabile premito, come risultato di un'attività contrattile espulsiva</p> <p>Le donne dovrebbero essere informate che la durata del secondo stadio del travaglio di parto varia da una donna all'altra. Nelle primipare, il parto avviene solitamente entro 3 ore, mentre nelle pluripare il parto avviene entro 2 ore.</p>	Raccomandato
<b>Posizioni durante il parto (per donne senza analgesia epidurale)</b>	<p>34. Per le donne senza analgesia epidurale, è raccomandato incoraggiare l'uso di posizioni scelte in libertà dalla donna, incluse le posizioni verticali.</p>	Raccomandato
<b>Posizioni durante il parto (per donne con analgesia epidurale)</b>	<p>35. Per le donne con analgesia epidurale, è raccomandato incoraggiare l'uso di posizioni scelte in libertà dalla donna, incluse le posizioni verticali.</p>	Raccomandato
<b>Metodo della spinta espulsiva</b>	<p>36. Le donne in fase espulsiva del travaglio dovrebbero essere incoraggiate e sostenute al fine di assecondare il loro desiderio di spingere.</p>	Raccomandato
<b>Metodo della spinta espulsiva (per donne con analgesia epidurale)</b>	<p>37. Per le donne in analgesia epidurale durante il secondo stadio di travaglio di parto, è raccomandato ritardare la spinta di una o due ore dopo la dilatazione cervicale completa o fino a quando la donna percepisce la sensazione di premito, qualora vi sia un contesto in cui sono disponibili risorse per un'attesa della fase espulsiva più lunga e l'ipossia perinatale può essere adeguatamente valutata e gestita.</p>	Raccomandato solo in contesti specifici
<b>Tecniche per prevenire il trauma perineale</b>	<p>38. Per le donne nel secondo stadio di travaglio di parto, sono raccomandate le tecniche per ridurre il trauma perineale e facilitare il parto spontaneo (incluso il massaggio perineale, gli impacchi caldi e la tecnica "hands on" per salvaguardare il perineo), tenendo in considerazione le preferenze della donna e le opzioni disponibili.</p>	Raccomandato
<b>Uso dell'episiotomia</b>	<p>39. L'uso routinario e frequente dell'episiotomia non è raccomandato per le donne con progressione del parto vaginale spontaneo.</p>	Non raccomandato
<b>Pressione sul fondo dell'utero</b>	<p>40. L'applicazione di una pressione manuale sul fondo dell'utero non è raccomandata per facilitare il parto durante il secondo stadio di travaglio.</p>	Non raccomandato

<b>TERZO STADIO DEL TRAVAGLIO DI PARTO</b>		
<b>Profilassi con uterotonici</b>	41. L'uso di uterotonici per la prevenzione dell'emorragia postpartum (EPP) durante il terzo stadio del travaglio è raccomandato in tutti i parti. <sup>4</sup> 42. L'ossitocina (10 IU, IM/EV) è il farmaco uterotonico raccomandato per prevenire l'emorragia postpartum (EPP). <sup>4</sup> 43. Nei contesti in cui l'Ossitocina non è disponibile, è raccomandato l'uso di altri farmaci uterotonici iniettabili (se appropriato, ergometrina/ metilergometrina, o combinazione fissa di ossitocina e ergometrina) o misoprostolo orale (600 µg) <sup>4</sup>	Raccomandato
<b>Clampaggio ritardato del cordone ombelicale</b>	44. Il clampaggio ritardato del cordone ombelicale (non prima di 1 minuto dopo la nascita) è raccomandato per migliorare il benessere materno e neonatale e gli outcomes nutrizionali. <sup>b</sup>	Raccomandato

<b>Trazione controllata del cordone ombelicale (CCT)</b>	45. Nelle strutture in cui sono disponibili professionisti qualificati, è raccomandata la trazione controllata del cordone ombelicale per i parti spontanei vaginali, nel caso in cui l'operatore sanitario e la donna partorienti ritengano rilevante una modesta riduzione della perdita di sangue e della durata del terzo stadio di travaglio. <sup>4</sup>	Raccomandato
<b>Massaggio uterino</b>	46. Il massaggio uterino prolungato/sostenuto non è raccomandato come intervento preventivo dell'emorragia postpartum nelle donne che hanno ricevuto la profilassi con ossitocina. <sup>4</sup>	Non raccomandato

#### **CURA DEL NEONATO**

<b>Aspirazione vie aeree (nasale o orale) di routine</b>	47. Nei neonati nati con liquido amniotico limpido che iniziano autonomamente l'attività respiratoria, l'aspirazione orale e nasale non deve essere eseguita. <sup>6</sup>	Non raccomandato
<b>Contatto pelle a pelle</b>	48. I neonati senza complicazioni devono essere tenuti in contatto pelle a pelle con le loro madri durante la prima ora dopo la nascita per prevenire l'ipotermia e promuovere l'allattamento al seno. <sup>7</sup>	Raccomandato
<b>L'allattamento al seno</b>	49. A tutti i neonati, compresi quelli con basso peso alla nascita (LBW) che sono in grado di alimentarsi, deve essere favorito un precoce attacco al seno, quando le condizioni cliniche siano clinicamente stabili e la madre e il bambino siano pronti. <sup>8</sup>	Raccomandato
<b>Profilassi della malattia emorragica utilizzando la vitamina K</b>	50. A tutti i neonati deve essere somministrato 1 mg di vitamina K per via intramuscolare dopo la nascita (cioè dopo la prima ora di vita, passata in contatto pelle a pelle con la madre e avendo avviato l'allattamento al seno). <sup>7</sup>	Raccomandato
<b>Bagnetto e altre cure postnatali del neonato</b>	51. Il bagnetto deve essere posticipato fino a 24 ore dopo la nascita. Se ciò non è possibile, per motivi culturali, dovrebbe essere ritardato di almeno sei ore. Si raccomanda un abbigliamento appropriato del bambino in relazione alla temperatura dell'ambiente. Questo significa uno o due strati di vestiti in più rispetto agli adulti e l'uso di cappelli/berretti. La madre e il bambino non dovrebbero essere separati e dovrebbero stare nella stessa stanza 24 ore al giorno. <sup>9</sup>	Raccomandato

<b>CURA DELLA DONNA DOPO IL PARTO</b>		
<b>Valutazione del tono uterino</b>	52. Per tutte le donne è raccomandata la valutazione del tono uterino per via addominale durante il postpartum per l'identificazione precoce dell'atonia uterina. <sup>4</sup>	Raccomandato
<b>Antibiotici per parto vaginale non complicato</b>	53. La profilassi antibiotica di routine non è raccomandata per le donne che hanno avuto un parto vaginale non complicato. <sup>2</sup>	Raccomandato
<b>Profilassi antibiotica di routine per l'episiotomia</b>	54. La profilassi antibiotica di routine non è raccomandata per le donne alle quali è stata effettuata l'episiotomia. <sup>2</sup>	Non raccomandato
<b>Assistenza alla donna dopo il parto</b>	55. Tutte le donne dopo il parto dovrebbero ricevere una regolare valutazione delle lochiazioni, del tono uterino, dell'altezza del fondo dell'utero, della temperatura e della frequenza cardiaca (polso) di routine durante le prime 24 ore a partire dalla prima ora dopo la nascita. La pressione arteriosa dovrebbe essere misurata poco dopo la nascita. Se nella norma, la seconda misurazione della pressione arteriosa dovrebbe essere effettuata entro sei ore. Lo svuotamento della vescica deve essere documentato entro sei ore. <sup>9</sup>	Raccomandato
<b>Dimissione dopo parto vaginale non complicato</b>	56. Dopo un parto vaginale non complicato, madri e neonati fisiologici dovrebbero ricevere assistenza nella struttura sanitaria per almeno 24 ore dopo la nascita. <sup>9, 10</sup>	Raccomandato

### References

<sup>1</sup>WHO Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.

<sup>2</sup>WHO Recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections.

<sup>3</sup>WHO Recommendations for augmentation of labour.

<sup>4</sup>WHO Recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage.

<sup>5</sup>WHO Guideline: delayed cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes.

<sup>6</sup>WHO Guidelines on basic newborn resuscitation.

<sup>7</sup>WHO Recommendations for management of common childhood conditions: evidence for technical update of pocket book recommendations.

<sup>8</sup>WHO Recommendations on newborn health.

<sup>9</sup>WHO Recommendations on postnatal care of the mother and newborn.

<sup>10</sup>Per il neonato questo include una valutazione immediata alla nascita, un esame clinico completo circa un'ora dopo la nascita e prima della dimissione.

## RICERCA OSTETRICA

# EPISIORRAFIA IN CONTINUO VERSUS EPISIORRAFIA A PUNTI STACCATI: ESITI A BREVE E LUNGO TERMINE

*Episiorraphy in continuous versus interrupted sutures to episiorraphy: Short and long term outcome*

**Bernardini Claudia<sup>1</sup>, Failli Sara<sup>2</sup>, Guerrera Lucia<sup>3</sup>, Sommella Ciro<sup>4</sup>**

<sup>1,2,3,4</sup>**Affiliations of authors:** U.O. C. Ginecologia e Ostetricia, Ospedale San Donato di Arezzo, Azienda USL Toscana Sud-Est, Italia (IT).

**Contacts of authors:** Claudia Bernardini: [claudia.bernardini@uslsudest.toscana.it](mailto:claudia.bernardini@uslsudest.toscana.it)

### Abstract

**ITA. Obiettivi:** Questo studio clinico ha lo scopo di analizzare gli outcome a breve e lungo termine tra episiorrafia in continuo ed episiorrafia a punti staccati. **Materiali e metodi:** Sono state campionate 61 gravide. Sono stati esaminati: VAS  $\geq 4$  in I-II-III giornata, complicanze sutura 0-72 h/40-60 gg, perdita ematica  $\geq 500$  ml, dispareunia. I due gruppi sono omogenei per età materna, parità e settimane gestazionali alla nascita. **Risultati e Conclusioni:** L'analisi inferenziale e la regressione logistica hanno evidenziato l'assenza di correlazioni statisticamente significative ( $p > 0,05$ ) tra tipologia di sutura e outcome materni analizzati. La media aritmetica ottenuta dall'analisi dei valori inerenti al "peso alla nascita" è stata 3306 gr nel gruppo caso mentre 3195 gr nel controllo. La perdita ematica post-partum è stata 546 ml nel gruppo caso e 428 ml nel controllo. La VAS del gruppo caso è in I,II,III giornata rispettivamente 5.4, 3.9, 3.5 mentre nel gruppo controllo 5.9, 4.6, 2.6. Tre pazienti hanno avuto complicanze a 72 ore e 10 nel gruppo controllo. Hanno invece riportato complicanze a 40-60 giorni dal parto 4 donne nel gruppo controllo e 7 donne nel caso. La dispareunia è risultata presente ai follow up successivi in 16 donne nel gruppo controllo e in 6 donne nel gruppo caso. L'unica differenza riscontrata concerne il materiale di consumo e il tempo impiegato.

**ENGL. Objectives:** This clinical article has the aim to evaluate short and long term outcomes between continuous suturing techniques with interrupted methods.

**Materials and Methods:** We enrolled 61 pregnant women and we examine for: VAS  $\geq 4$  in day I-II-III, suture complications 0-72 hours/40-60 days, blood loss  $\geq 500$ ml and dyspareunia.

**Results and Conclusions:** The two groups are homogeneous for maternal age, parity and gestational age at birth. We found the absence of statistically significant correlations ( $p > 0,05$ ) between the suturing techniques and maternal outcomes. The arithmetic mean of the birth weight is 3306 gr in the case and 3195 in the control group. Post-partum bleeding is 546 ml in the case and 428 ml in the control group.

VAS in the case group in day I,II,III is 5.4, 3.9, 3.5, respectively whereas in the control group 5.9, 4.6, 2.6. There were three patients that suffered complications in 72 hours and 10 from the control group. Four women from the control group suffered complications at 40-60 days from giving birth and seven women in the case group. In the follow-up, sixteen women in the control group and six in the case group were found to be suffering from dyspareunia.

The only difference that was found concerned the consumable materials and the time taken.

## Introduzione

L'episiotomia consiste nell' incisione della vagina e del perineo atta ad aumentare il diametro dei tessuti molli dell'egresso pelvico e facilitare l'espulsione della parte presentata. L'OMS raccomanda di limitarne l'esecuzione al 5-10%. Ad oggi l'indicazione assoluta è l'evidenza di sofferenza fetale.

Esistono due tipi di episiotomia: medio-laterale e mediana. Secondo le normative vigenti l'ostetrica/o è abilitata/o ad effettuare l'episiotomia, l'epiorrafia e la sutura perineale semplice.

L'epiorrafia consiste nella sutura dell'episiotomia. La sutura può essere in continua, singolo o doppio strato, a punti staccati, singoli o doppi.

L'obiettivo dello studio è di ottenere maggiori informazioni in merito agli outcome inerenti ai due tipi di sutura così da poter usufruire di nuovi dati applicabili alla pratica clinica ed inoltre confermare e/o negare le tendenze presenti in letteratura. In una disciplina come l'Ostetrica basata su evidenze scientifiche, questo studio potrebbe apportare spunti di riflessione e margini di miglioramento per quanto riguarda l'assistenza da offrire alle donne, da parte dei professionisti.

## MATERIALI E METODI

Studio sperimentale prospettico di coorte tra due gruppi, donne che al momento del parto hanno avuto epiorrafia in continuo Vs donne che hanno avuto epiorrafia a punti staccati. La raccolta dati ha avuto una durata di 6 mesi. La ricerca è stata condotta presso l'ospedale San Donato di Arezzo, Azienda Usl Toscana Sud-Est.

Le donne prese in esame sono state campionate attraverso valutazione clinica-anamnestica ed interviste telefoniche. La popolazione presa in esame è rappresentata da 61 gravide che hanno subito al momento del parto un'episiotomia medio-laterale nel periodo compreso tra il 01/06/2016 e il 30/11/2016. La partecipazione allo studio è stata volontaria. Il campione preso in esame ha, in sintesi, come unico criterio di inclusione l'esecuzione di un'episiotomia al momento del parto. E' stata chiesta l'autorizzazione al Direttore di Dipartimento, alla Responsabile di Sala Parto e al Comitato Etico dell'Azienda. Tutte le partecipanti allo studio sono state informate circa le modalità, le finalità e l'importanza dello studio nell'implementazione della ricerca e nel miglioramento della qualità dell'assistenza ed hanno fornito il loro consenso. E' stata condotta un'analisi descrittiva al

fine di tracciare un profilo medio delle donne che hanno partecipato allo studio. Sono state così calcolate le frequenze assolute e la media aritmetica relativamente ad alcuni parametri (parità, età, peso pregravidico, aumento ponderale, altezza, BMI, tipologia di parto vaginale, epoca gestazionale, peso neonatale, perdita ematica, esecuzione di analgesia peridurale, VAS 0-72 h, dispareunia) al fine di definire il profilo antropometrico ed ostetrico del campione preso in analisi. Successivamente è stata condotta un'analisi inferenziale volta a individuare correlazioni statisticamente significative tra il tipo di sutura (epiorrafia in continuo ed a punti staccati) e alcuni outcome materni (VAS 4 in I-II-III gg, complicanze sutura 0-72 h, complicanze sutura a 40-60 gg, perdita ematica 500 ml, dispareunia). Data la ridotta dimensione del campione è stato utilizzato il test del chi-quadrato (corretto secondo Yates), al fine di valutare se l'associazione tra la tipologia di sutura e le variabili ostetriche risultasse essere statisticamente significativa. Il valore di significatività del test del chi-quadrato di Yates (p value) è stato fissato al 95% (p=0,05). Infine, è stato elaborato un modello di regressione logistica attraverso il quale è stata analizzata la relazione tra il tipo di sutura ed alcuni outcome materni precedentemente citati.

## RISULTATI

### Analisi descrittiva

Dall'analisi statistica del campione è emerso che la media di parità all'interno del gruppo caso è 0.17 mentre nel controllo è 0.15. Per il parametro "Età" la media aritmetica è nel gruppo caso 30.3 anni e nel gruppo controllo 31.5 anni, mentre per il BMI 21.72 e 22.97. La media aritmetica relativamente alla variabile epoca gestazionale è 39.3 settimane nel gruppo caso mentre 39.4 settimane nel gruppo controllo, mentre per il "peso alla nascita" è stata 3306 gr nel gruppo caso mentre 3195 gr nel controllo. All'interno del gruppo caso la media aritmetica relativa all'outcome "perdita ematica materna post-partum" è stata 546 ml, mentre nel gruppo controllo 428 ml. Le gravide appartenenti al gruppo caso che hanno eseguito analgesia epidurale sono state 9 mentre nel gruppo controllo 17. La VAS inerente al gruppo caso è risultata in I,II,III giornata rispettivamente 5.9, 4.6, 2.6 mentre nel gruppo controllo 5.4, 3.9, 3.5. Le pazienti che hanno riportato complicanze successive all'esecuzione di epiorrafia entro 72 ore sono state 3 nel gruppo caso mentre 10 nel gruppo controllo. Hanno in-



vece riportato complicanze a 40-60 giorni dal parto 4 donne nel gruppo caso e 7 donne nel gruppo controllo, e dispareunia nei follow up successivi 16 donne nel gruppo controllo e 6 donne nel gruppo caso.

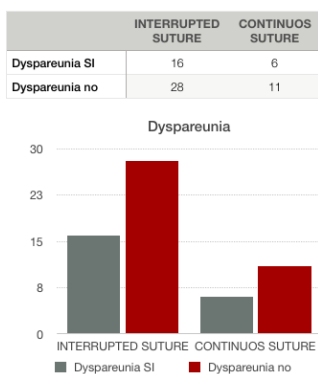


Figure 10. Frequency regarding the "Dyspareunia" parameter at 40-60 days or 90 days follow-up (absolute values)

$p=1.18$ , per complicanze 0-72 h  $p=0.01$ , per complicanze tra 40-60 gg  $p=0.10$ , per dispareunia  $p=0.05$ .

### Regressione logistica

Infine, per quanto riguarda l'analisi ottenuta con il modello di regressione logistica i valori di p value sono risultati essere: 0.665 per complicanze sutura 0-72 h, 0.355 per complicanze sutura a 40-60 giorni, 0.161 per perdita ematica 500 ml, 0.343 per VAS4 (I gg), 0.409 per VAS4 (II gg), 0.437 per VAS4 (III gg), 0.938 per dispareunia. La significatività statistica è inficiata dalla scarsa numerosità del campione, nessuna associazione è risultata statisticamente significativa. Neanche alcun Odds Ratio è risultato essere statisticamente significativo, come si vede dagli intervalli di confidenza delle stime che mostrano come questi

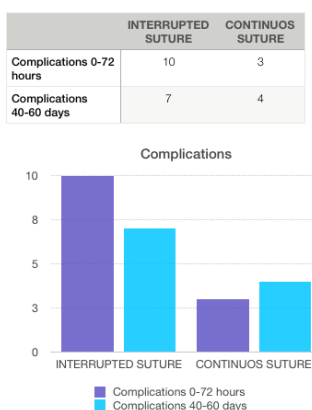


Figure 9. Frequency related to the "Complications" parameter between 0-72 hours and 40-60 days of delivery (absolute values)

ultimi possono variare da valori inferiori a 1 a valori superiori a 1. Ciò può essere dovuto alla bassa numerosità che fa aumentare la variabilità e dunque gli intervalli di confidenza. Il fatto che le stime non siano statisticamente significative si vede anche dai valori del p-value tutti

superiori a 0,05.

	INTERRUPTED SUTURE	CONTINUOUS SUTURE
VAS day I	5,4	5,9
VAS day II	3,9	4,6
VAS day III	3,5	2,6

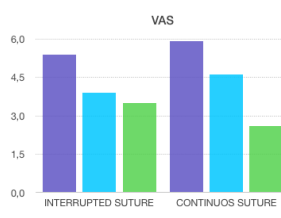


Figure 8. Arithmetic mean relative to parameter "VAS" on day I, II, III (absolute values)

	INTERRUPTED SUTURE	CONTINUOUS SUTURE
Post-partum maternal blood loss	428	546

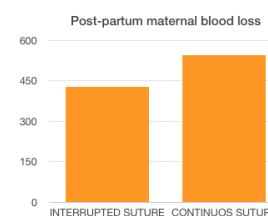


Figure 6. Arithmetic mean relative to the parameter "postpartum maternal blood loss" (absolute values)

superiori a 0,05. **DISCUSSIONE E CONCLUSIONI** La prima fase dell'analisi dei dati, ovvero il calcolo delle medie aritmetiche, dei valori assoluti e percentuali, ha consentito di definire il profilo antropometrico ed ostetrico del campione di gestanti considerato. In entrambi i gruppi la parità è 0 (0.15-0.17), l'età media delle donne si aggira intorno al range 30-31 anni (31.5-30.3). Quest'ultimo risultato è confermato dai dati Istat 2016 che affermano che l'età media delle madri al parto è 31.6 anni. Dall'analisi di altezza e peso, abbiamo verificato che il BMI pregravidico delle pazienti del campione è compreso nell'intervallo 21.72-22.97, rientrando quindi nei valori di normopeso. Di conseguenza le gestanti si accingono ad affrontare la gravidanza in un buono stato di salute, almeno per ciò che concerne questo singolo parametro. Su 61 parti presi in analisi la media aritmetica dell'epoca gestazionale è in entrambi i gruppi di circa 39 settimane (39.3-39.4). Da queste gravidanze sono nati feti normopeso (3195-3306 gr), outcome che permette di dedurre la presenza di buona prenatal care, anche se in relazione ad un campione di limitate dimensioni. La percentuale di parti spontanei è stata 37.7% versus 62.3% di parti operativi. Da ciò emerge che l'episiotomia è per lo più da considerarsi un'ingiustificata prassi nei parti operativi, diversamente da quanto riportato in letteratura. Il 42,6% delle donne appartenenti al campione esegue analgesia epidurale, evincendo così, da un lato, la buona conoscenza e funzionalità del servizio da parte delle gestanti, dall'altro, che il team ostetrico forse non supporta in maniera adeguata/insufficiente tecniche di contenimento del dolore di tipo non farmacologico. L'entità del dato può essere messa in duplice relazione: 1. Il campione essendo costituito per lo più da

primipare ha durata del travaglio più lungo con una conseguente maggiore probabilità di eseguire analgesia peridurale.

2. L'esecuzione di analgesia peridurale è di per sé collegata a un dilazionarsi dei tempi del periodo espulsivo, di episiotomie e di parti operativi.

La perdita ematica del post-partum oscilla tra 428 e 546 ml, valori che si avvicinano o superano la soglia per la quale si diagnostica un'emorragia post-partum ( $\geq 500$ ml) confermando che l'esecuzione di episiotomia può essere una causa di patologica perdita ematica. Per quanto riguarda la VAS in I giornata la sutura continua si associa a un maggior dolore rispetto a quella a punti staccati (5.9 versus 5.4), così come in II giornata (4.6 versus 3.9). Al contrario in III giornata la sutura a punti staccati è causa di maggior dolore rispetto a quella in continua (3.5 versus 2.6). La percentuale di complicanze nel periodo 0-72 ore è stata del 21.3%, mentre a 40-60 giorni dal parto del 18%. Infine la percentuale di dispareunia è stata del 36%. La mancanza di significatività statistica tra sutura continua vs sutura a punti staccati rispetto a VAS in I, II, III giornata, analgesia epidurale, perdita ematica  $\geq 500$  ml, complicanze ostetriche a breve/lungo termine e a dispareunia potrebbe da un lato, essere inficiata dalla scarsa numerosità del campione e dall'altro, confermare quanto affermato in letteratura circa la validità di entrambe le tecniche di sutura per quanto riguarda la guarigione delle ferite, la percezione del dolore (VAS) a breve termine e le complicanze. Le tesi sopra citate sono state affermate da più studi svolti da autori quali Aslam, Khan, Ul Amir, Amir, Valenzuela, Saiz Puente, Valero, Azorín, Ortega, Guijarro, Kindberg, Stehouwer, Hvidman, Henriksen. Questo studio con il proprio modello di regressione logistica non ha evidenziato associazioni statisticamente significative tra la variabile indipendente "tipologia di sutura (continua o a punti staccati)" e le variabili dipendenti precedentemente citate.

Alla luce di ciò si può dunque suggerire un più largo utilizzo della tecnica in continua dal momento che, se da un lato non esistono differenze statisticamente significative in termini di guarigione, complicanze, dolore e dispareunia, dall'altro, ne esistono per quanto riguarda il tempo di esecuzione e la quantità di materiale usato. I risultati ottenuti, in particolar modo le tendenze evidenziate, potrebbero essere l'input per il proseguo della ricerca in questa direzione, tesa a confermare o negare quello che è stato dimostrato in questo studio sperimentale,

in un contesto di bassa numerosità campionaria. Ulteriori indagini potrebbero essere effettuate al fine di analizzare il risultato estetico ed eventuali disfunzioni a carico del pavimento pelvico.

#### **Conflitti d'interesse:**

Alla realizzazione dello studio e alla stesura dell'articolo non ha interferito alcuna tipologia di conflitto d'interesse.

## **TESTO IN INGLESE**

### **Introduction**

Episiotomy consists in the incision of the vagina and perineum, which increases the diameter of the soft tissue of the pelvis and facilitates the expulsion of the presented part [1]. WHO recommends limiting this execution to 5-10% [2]. To date, an absolute indication is the evidence of fetal suffering. There are two types of episiotomy: midline and medio-lateral [3-5]. According to the regulations in force the obstetrician is authorized to carry out episiotomy, episiorrhaphy and simple perineal suture. Episiorrhaphy consists in the suture of episiotomy [6-7]. The suture can be continuous, single or double layer, with detached, single or double stitches [8-11]. The aim of the study is to get more information on the outcome of the two types of suture so that they can benefit from new data applicable to clinical practice and also to confirm and/or deny the trends of clinical literature. In a discipline such as obstetrics based on scientific evidence, this study could provide food for thought and room for improvement regarding assistance to women by the professionals.

### **Materials and methods**

The following elaborates results of a prospective experimental cohort study between two groups, women who at the time of delivery had continuous suturing compared to women who had interrupted suturing. The data collection period lasted 6 months, and was conducted at San Donato Hospital in Arezzo, Usl South-East Tuscany, and the women examined were finally sampled through clinical-anamnestic evaluation and telephone interviews.

The population surveyed were 61 pregnant women who at the time of delivery had a medio-lateral episiotomy between 01/06/2016 and 30/11/2016. Participation in the study was voluntary. The sample examined has, in summary, the sole inclusion criteria for the execution of an episiotomy at the time of birth.

Authorization was requested from the Department Director, Delivery Room Management, and the Ethical Committee of the hospital.

All the participants in the study were informed of the detailed rules, the purpose and importance of the study in implementing the research and improving the quality of assistance and they all provided their consent.

A descriptive analysis was conducted in order to trace an average profile of women who participated in the study.

The absolute frequencies and the arithmetic mean were calculated for some parameters (parity, age, pre-pregnancy weight, weight gain, height, Body Mass Index, type of vaginal delivery, gestational age, neonatal weight, blood loss, epidural analgesia, Visual Analogical Scale 0-72 h, dyspareunia) in order to define the anthropometric and obstetric profile of the sample being analysed.

Subsequently an inferential analysis was conducted to find statistically significant correlations between the suture type (continuous and interrupted episiorrhaphy) and some maternal outcomes (VAS $\geq$ 4 in I-II-III days, suture complications 0-72 h, suture complications at 40-60 days, blood loss  $\geq$  500ml, dyspareunia).

Due to the low number of study subjects, the chi-square test (Yates correction) was used in order to assess whether the association between suture type and obstetric variables would be statistically significant.

The significance value of Yates chi-square test (p value) was set at 95% (p = 0.05). In conclusion, a logistic regression model was developed, which analyses the relationship between the suture type and some maternal outcomes, discussed above.

## Results

### Descriptive analysis:

From the statistical analysis of the sample, it emerged that the average parity of the case group is 0.17 whereas the control group is 0.15 "Figure 1".

Regarding the "Age" parameter, the arithmetical average is in the case group, 30.3 years and 31.5 years in the control group "Figure 2", whereas for BMI 21.72 and 22.97 "Figure 3".

The arithmetical average relating to the variable gestational age is 39.3 weeks in the case group whereas 39.4 weeks in the control group "Figure 4".

With regards to "birth weight" it was 3306 gr in the case group whereas 3195 gr in the control group "Figure 5". In the case group, the arithmetical mean of "maternal postpartum blood loss" was 546 ml, whereas in the control group 428 ml "Figure 6" "Table 1"

Pregnant women belonging to the case group who had epidural analgesia were 9, whereas in the control group there were 17 "Figure 7".

VAS scores inherent to the case group was on days I, II, III respectively 5.9, 4.6, 2.6, whereas in the control group 5.4, 3.9, 3.5 "Figure 8", "Table 2,3,4".

Patients who reported complications subsequent to episiorrhaphy, within 72 hours, were 3 in the case group, whereas 10 in the control group "Table 5". Instead they have reported complications at 40-60 days of delivery, 4 women in the case group and 7 women in the control group "Figure 9", "Table 6", and dyspareunia in subsequent follow-ups, 16 women in the control group, and 6 women in the case group "Figure 10" "Table 7".

### Inferential analysis:

As for inferential analysis, the following results emerged: VAS scores on day I p=0,37, on day II p=0,29, on day III p=0,20, blood loss  $\geq$  500 ml p=1,18, complications 0,72 h p=0,01, complications between 40-60 days p=0,10, dyspareunia p=0,05 "Table 2,3,4,1,5,6,7",

### Logistic regression

Finally, with regards to the analysis obtained with the logistic regression model, the p value values were: 0.665 for suture complications 0.72 h, 0.355 for suture complications at 40-60 days, 0.161 for blood loss  $\geq$  500 ml, 0.343 for VAS $\geq$  4 (day I), 0.409 for VAS $\geq$ 4 (day II), 0.437 for VAS $\geq$ 4 (Day III), 0.938 for dyspareunia.

Statistical significance is affected by the low number of samples and no association has been statistically significant "Table 8".

Not even Odds Ratio has been statistically significant, as can be seen from the confidence intervals of estimates that show how these can vary from values of less than 1 to values greater than 1 (see Logistic Regression table). This may be due to the low number that increases the variability and thus the confidence intervals. The fact that the estimates are not statistically significant is also seen from p-value values which are all above 0.05.

### Discussion and conclusion

The first phase of data analysis, or rather the calculation of arithmetic averages, absolute values and percentages, allowed to define the anthropometric and obstetric profile of the samples of the pregnant women concerned.

In both groups the parity is 0 (0.15-0.17), the average age of women is around 30-31 years (31.5-30.3). This last result is confirmed by Istat data 2016 [12], which states that the average age of mothers when they give birth is 31.6 years.

From the height and weight analysis, we verified that the pre-pregnancy BMI of the sample patients is within the range of 21.72-22.97, thus falling within the standard weight. Consequently, pregnant women are ready to face pregnancy in a good state of health, at least as

far as this particular parameter is concerned. Out of 61 pregnant women taken into analysis, the arithmetic mean of gestational age is in both groups about 39 weeks (39.3 - 39.4). From these pregnancies were born fetuses with a normal weight (3195-3306 grams), an outcome that suggests the presence of good prenatal care, even if in relation to a sample of limited size. The percentage of spontaneous births (vaginal deliveries) was 37.7% versus 62.3% caesarean delivery. From this it emerges that episiotomy is largely to be considered an unjustified practice in caesarean deliveries, unlike reports in clinical literature. 42.6% of women who took part in the study received an epidural analgesia, thus showing, on one hand that these women have a good knowledge of the service and its functionality.

Postpartum blood loss ranges between 428 and 546 ml, values approaching or exceeding the threshold for which postpartum hemorrhage is diagnosed ( $\geq 500$ ml) confirming that episiotomy may be a cause of pathological blood loss. With regards for VAS scores on day I, the continuous suture has been associated with greater pain compared to the interrupted suture (5.9 versus 5.4), as well as on day II (4.6 versus 3.9). However, VAS scores on day III showed interrupted suture caused more pain than continuous (3.5 versus 2.6). The percentage of complications in the 0-72 hour period was 21.3%, while 40-60 days after childbirth it was 18%.

Finally, the percentage of dyspareunia was 36%. The lack of statistical significance between continuous suture versus interrupted suture with VAS scores on day I, II, III, epidural analgesia, blood loss  $\geq 500$  ml, short-term or long-term obstetric complications may, on the one hand, be affected by the low number of study subjects but on the other, confirm the claims in clinical literature the validity of both suture techniques regarding wound healing, short-term pain perception (VAS) and complications.

The above mentioned thesis have been asserted by several studies carried out by many authors.

This paper, with its own logistic regression model has not shown statistically significant associations between independent variables "suture type (continuous or interrupted)" and dependent variables previously cited.

In the light of this, we can suggest a wider use of the continuous technique since, on the one hand, there are no statistically significant differences in terms of healing, complications, pain and dyspareunia, whereas, on the other, there are with regards execution time and the amount of material used.

The results obtained, in particular the trends highlighted, could be the input for further research in this direction, aimed at confirming or denying what has been shown in this experimental study with a low number of subjects. Further investigations could be carried out in order to analyse the aesthetic result and possible dysfunction of the pelvic floor.

### Conflicts of interest:

The realisation of the clinical study and the writing of the article did not interfere with any type of conflict of interest.

1. [5] Freeman RM, Hollands HJ, Barron LF, Kapoor DS. Cutting a mediolateral episiotomy at the correct angle: evaluation of a new device, the Episcissors-60. *Med Devices (Auckl)* 2014; 7: 23-
2. [6] Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner J, Thorp J, Lohr KN. Outcomes of Routine episiotomy: a systematic review. *Journal of the American Medical Association* 2005; 293:2141-8.
3. [7] Kindberg S, Stehouwer M, Hvidman L, Henriksen TB. Postpartum perineal repair performed by midwives: a randomised trial comparing two suture techniques leaving the skin unsutured. *BJOG* 2008; 115 (4): 472-9.
4. [8] Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 14 (11): CD000947
5. [9] Kokanalı D, Ugur M, Kuntay Kokanalı M, Karayalcın R, Tonguc E. Continuous versus interrupted episiotomy repair with monofilament or multifilament absorbed suture materials: a randomised controlled trial. *Arch Gynecol Obstet* 2011; 284 (2): 275-80.
6. [10] Valenzuela P. et al. Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree perineal tears: a randomised controlled trial. *BJOG* 2009; 116 (3): 436-41.
7. [11] Verspyck E, Sentilhes L, Roman H, Sergeant F, Marpeau L. Episiotomy techniques. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2006; 35 (1 Suppl): 1S40-1S51.
8. [12] Istat (2016). Natalità e fecondità della popolazione residente. Ritrovato il 21 febbraio 2018 da: <http://www.istat.it/it/files/2017/11/Report-Nascite-e-fecondit%C3%A0.pdf?title=Natalit%C3%A0+e+fecondit%C3%A0++-+28%2Fnov%2F2017+-+Testo+integrale+e+nota+metodologica.pdf>



## RICERCA OSTETRICA

# “L’ASSISTENZA OSTETRICA ALLE DONNE STRANIERE UN’INDAGINE NAZIONALE”

## MIDWIFERY CARE FOREIGN WOMEN. A NATIONAL SURVEY "

Sara Grazioli<sup>1</sup>, Miriam Guana<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dottore in Scienze Infermieristiche ed ostetriche, Ostetrica—ASST Spedali Civili di Brescia

<sup>2</sup>Professore Associato Scienze Ostetrico-Ginecologico-Neonatali Università degli Studi di Brescia,  
Presidente di Syrio

### ABSTRACT

**ITA. INTRODUZIONE:** I numeri e i ritmi dell’andamento demografico evidenziano che viviamo in un mondo sempre più interconnesso e multiculturale. La presenza di stranieri in Italia è in continuo aumento e le donne costituiscono il 52,7%. La salute delle donne immigrate, contiene delle specificità legate sia alla tipologia migratoria, sia alla specificità di genere; infatti le cause maggiori di ricovero sono prettamente fisiologiche come la gravidanza e il parto. Le ostetriche quando entrano in relazione con le donne straniere devono confrontarsi con problemi linguistici, culturali, e diversi usi e costumi. Scopo del lavoro: esplorare ed analizzare i vissuti e le emozioni delle ostetriche che offrono assistenza alle donne straniere, identificando le variabili che possono influire sulla qualità della relazione. MATERIALI E METODI: Studio osservazionale descrittivo. Il campione è costituito da 445 ostetriche del territorio Italiano. Come strumento di raccolta dati è stato utilizzato un questionario anonimo semistrutturato. RISULTATI E CONCLUSIONI: L’87,6% del campione si relaziona frequentemente con donne di altre etnie, soprattutto durante l’assistenza al parto. Il 70,2% si ritiene adeguata nell’assistere la donna straniera ed il 50,1% afferma che la propria attività è influenzata dalle condizioni socio-culturali e religiose dell’assistita. Le reazioni emotive percepite nella relationship ostetrica-donna di altra cultura sono il rispetto (32,3%) e la comprensione (29,8%). Il principale problema percepito è quello linguistico (93,7%). Emerge una figura professionale aperta alle differenze culturali ma non sempre in possesso di un background teorico per affrontare con competenza una relazione di aiuto dedicata.

**ENGL. INTRODUCTION:** The numbers and rhythms of demographic trends show that we live in an increasingly interconnected and multicultural world. The presence of foreigners in Italy is constantly increasing and women make up 52.7%. The health of immigrant women, contains specificities related to both the migratory typology and gender specificity; in fact, the main causes of hospitalization are purely physiological, such as pregnancy and childbirth, bringing obstetricians when they enter into relationships with foreign women, having to deal with linguistic and cultural problems, and with different uses and customs. Purpose of the work: to explore and analyze the experiences and emotions of midwives who offer assistance to foreign women, identifying the variables that can influence the quality of the relationship. MATERIALS AND METHODS: Descriptive observational study. The sample consists of 445 obstetricians from the Italian territory. A semi-structured anonymous questionnaire was used as a data collection tool. RESULTS AND CONCLUSIONS: 87.6% of the sample frequently relate to women of other ethnic groups, especially during childbirth care. 70.2% are considered adequate in assisting foreign women and 50.1% state that their activity is influenced by the social, cultural and religious conditions of the assisted woman. The emotional reactions perceived in the relationship between obstetric and woman of other culture are respect (32.3%) and understanding (29.8%). The main problem perceived is the linguistic problem (93.7%) A professional figure emerges open to cultural differences but not always in possession of a theoretical background to cope with a help relation-



## INTRODUZIONE

I numeri e i ritmi dell'andamento demografico evidenziano che viviamo in un mondo sempre più interconnesso e multiculturale, e la popolazione sta sempre più avvertendo il cambiamento e le diversità rispetto a pochi decenni fa. La presenza di stranieri in Italia rappresenta attualmente l'8,8% della popolazione totale e contrariamente all'immagine maschilizzata che viene attribuita allo straniero, le donne costituiscono il **52,7%** della popolazione immigrata residenti in Italia anche grazie alle varie regolarizzazioni che hanno certamente favorito l'emersione di una rilevante quota di lavoratrici impiegate nel settore domestico. [CARITAS/MIGRANTES, 2015].

La distribuzione regionale conferma un dato ormai storico, che vede il 61,8% degli immigrati nel Nord, il 24,2% nel Centro e il 14% nel Sud e nelle Isole. La Lombardia si conferma la regione con il maggior numero di presenze (23,4%), seguita dal Veneto (11,1%), dall'Emilia Romagna (11,1%) e dal Lazio (10,9%) (ISTAT 2016)

La salute delle donne contiene delle specificità di genere. Infatti, le cause maggiori di ricovero delle straniere sono da attribuire a ragioni prettamente fisiologiche come la gravidanza ed il parto e quindi il prevalere di un loro ricorso alle strutture sanitarie.

Secondo i dati Istat, nel 2015, le donne straniere hanno mediamente 1,94 figli, mentre quelle italiane 1,27.

L'ostetrica, quindi, risulta una professione "in prima linea" che deve far fronte con competenza alle richieste dell'assistita e provvedere ai suoi bisogni costruendo una comunicazione interculturale efficace.

### Midwifery transculturale

La globalizzazione della midwifery comporta non solo il rispetto dei valori etici universali ma anche il possesso di adeguate competenze cognitive, ossia una conoscenza antropologica degli eventi e dei fenomeni relativi alla salute riproduttiva. (Guana M, et al. 2006, 2011)

All'ostetrica è richiesto di approcciarsi alla donna, soprattutto se straniera, con la consapevolezza di aver a che fare innanzitutto con una persona. Solo in questo modo è possibile consentire un'assistenza ostetrica multiculturale e quindi globale alla donna straniera.

Nella relazione con una donna straniera, rispetto alle tematiche della maternità, è opportuno ricordare che le differenze tra l'ostetrica e la donna non sono solo di lingua ma riguardano anche significati più profondi che sottostanno alle scelte riproduttive in generale.

Le differenze sia di lingua che di cultura riguardano ovviamente non solo modalità diverse di parlare, ma diverse concezioni della salute, della

malattia, del tipo di cura e del ruolo che ha l'ostetrica nella cultura di provenienza.

Nel nostro Paese ci sono diverse etnie di provenienza e questo può essere un elemento positivo o negativo a seconda di quale ottica privilegiamo: se prevale un ottica di "fascinazione" delle culture, saremo attratti dalle numerose diversità, per conoscerne sempre di più. Se prevale invece un sentimento di "paura del diverso", saremo spaventati dalla quantità di etnie diverse che sono sul suolo italiano.

Un'indagine longitudinale piuttosto ampia effettuata dal 1996 al 2002 (Tartaglini et al, 2005) ha mostrato come tra gli operatori sanitari esistano difficoltà e pregiudizi nell'approccio al paziente immigrato, pertanto appare utile una riflessione sul significato di "competenza culturale" in ambito clinico-assistenziale, definita *come un insieme di attitudini individuali e abilità comunicative e pratiche che rendono gli operatori capaci di realizzare efficacemente il lavoro di cura incorporando i contenuti culturali degli individui assistiti*".

L'ostetrica/o deve quindi sottoporsi ad una costante revisione, riorientamento e riorganizzazione del proprio modello professionale ed organizzativo per essere al servizio di ogni donna straniera in possesso di un'adeguata competenza culturale. Per far ciò, è fondamentale che possieda le peculiarità che caratterizzano l'arte ostetrica da sempre: solidarietà, amore, partecipazione, empatia, sostegno e conforto nei confronti degli emarginati e dei deboli.

**SCOPO DEL LAVORO:** Indagare ed analizzare i vissuti e le emozioni delle ostetriche che offrono assistenza a donne straniere durante l'intero percorso nascita in Italia, quale realtà ad alto afflusso migratorio.

In particolare, l'indagine è volta a descrivere le opinioni e le testimonianze delle ostetriche riguardo i diversi modi di approcciarsi nei confronti di donne appartenenti ad una diversa cultura.

L'obiettivo dello studio è quello di rispondere ai seguenti quesiti:

- ◆ L'ostetrica come considera e vive l'assistenza erogata alla persona straniera con cultura, lingua e religione diversa dalla propria?
- ◆ Quali sono le barriere maggiormente percepite dal personale ostetrico nell'assistenza alla donna straniera?
- ◆ Cosa prova l'ostetrica quando non riesce a comunicare?
- ◆ Che percezione e che valore attribuisce l'ostetrica agli aspetti interculturali dell'assistenza?
- ◆ Quali soluzioni e proposte si potrebbero attuare per risolvere e migliorare le barriere percepite dal personale ostetrico?

## MATERIALI E METODI

**Disegno di studio.** Indagine nazionale effettuata nel mese di Febbraio e la prima settimana di Marzo 2017

**Il campione e suo reclutamento.** E' costituito da 445 ostetriche italiane reclutate attraverso i collegi provinciali delle ostetriche ai quali si è inviata una richiesta di collaborazione allo studio (fig. 1)

Una volta ottenuto il parere favorevole del Collegio, lo stesso è impegnato ad inviare ai propri iscritti tramite indirizzo e-mail, una lettera di presentazione della ricerca i quali si invitavano a collegarsi ad un link per la compilazione di un questionario anonimo.

**Strumento di raccolta dati.** E' stato predisposto un questionario anonimo semistrutturato così suddiviso:

Sezione 1 → composta da 22 domande a risposta multipla o risposta breve, riguardanti la propria esperienza nella relazione con la donna straniera, le strategie adottate per rendere considerevole il rapporto con la migrante, i maggiori problemi percepiti nella relazione ed i punti di incontro sui quali costruire un rapporto terapeutico.

Sezione 2 → item per conoscere l'opinione del compilatore riguardo all'articolo 2.1 del Codice Deontologico ostetrico: "L'ostetrica/o presta assistenza rispettando la dignità e la libertà della persona promuovendone la consapevolezza in funzione dei valori etici, religiosi e culturali, nonché, delle condizioni sociali nella esclusiva salvaguardia della salute degli assistiti."

Sezione 3 → dedicata ai dati socio-anagrafici delle ostetriche ed allo status professionale

**Analisi dei dati.** I dati raccolti sono stati inseriti in apposite tabelle di lavoro utilizzando il programma Microsoft Excel. Sono state calcolate frequenze assolute e frequenze percentuali delle risposte alle domande, ricorrendo all'arrotondamento per semplificare i dati. Per le domande aperte è stata utilizzata una metodologia qualitativa di analisi dei dati, basata su codificazione e categorizzazione delle informazioni raccolte.

## I RISULTATI

La società di oggi è fortemente soggetta al fenomeno "immigrazione", ed è sempre più probabile anche in ambito sanitario intraprendere relazioni con persone con un background culturale differente. L'aumento delle donne straniere nel nostro paese, ha portato alla necessità di una nuova coscienza culturale anche da parte

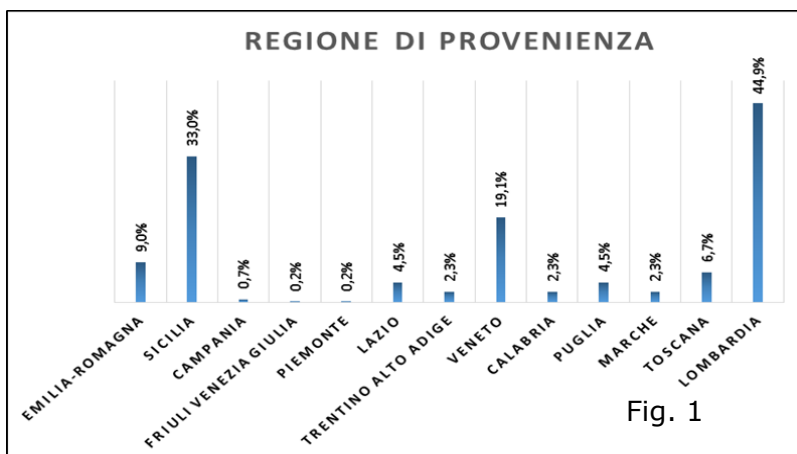


Fig. 1

della professione ostetrica che presuppone il superamento di atteggiamenti di chiusura e di apertura alle differenze culturali.

L'intenzione di intraprendere tale argomento di tesi nasce dalla volontà di indagare e trovare risposte a un tema ancora poco conosciuto nell'ambito della professione ostetrica

Con la presente indagine campionaria, con finalità descrittiva, si è voluto esplorare ed analizzare i vissuti e le emozioni delle ostetriche che offrono assistenza, secondo un approccio olistico, alle donne straniere nel proprio esercizio professionale, identificando le variabili che possono influire sulla qualità della relazione.

### Dati socio-anagrafici e status professionale

Lo studio è stato condotto nel mese di febbraio 2017. Hanno aderito allo studio 445 ostetriche operanti sul territorio italiano. Le regioni maggiormente rappresentative sono la Lombardia (44,9%), il Veneto (19,1%) e la Sicilia (33%). In percentuale minore da altre 10 regioni italiane.

Le ostetriche intervistate sono tutte di nazionalità italiana e quasi la totalità è di sesso femminile (99,3%), con un'età media di 36 anni. Il 24,6% ha un'esperienza lavorativa maggiore di 20 anni, mentre il 21,9% delle ostetriche non ha raggiunto i 3 anni. A seguire, per presenza nel mondo del lavoro, si collocano le ostetriche con 6 - 10 anni (20%), e 11 - 20 anni (18%).

Il campione ha frequentato Master di I° livello (39,3%) e la Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche (31%), Master di 2 Livello (2%), Dottorato di ricerca (1,2%)

Il 65,7% lavora full-time sui 3 turni (mattino-pomeriggio-notte), seguito dal 19,5% che possiede un contratto full-time lavorando dalle 8 alle 16. L'8,5% fruisce di un part-time verticale mentre la restante parte, il 6,4% di un part-time orizzontale.

Rispetto alle aree di competenza (fig. 2) , il campione è così distribuito:

- 94,5 % Area ostetrica (sala parto, puerperio, ostetrica, ambulatorio ostetrico, consultorio, PSOG,
- 5,5 % Area ginecologica (ambulatorio ginecologia, servizi di uroginecologia, sala operatoria, procreazione medicalmente assistita).
- Nessun responder in area neonatale

Fig. 2

### "Competenze culturali" in ambito clinico assistenziale.

Il 74,9% del campione dichiara di conoscere

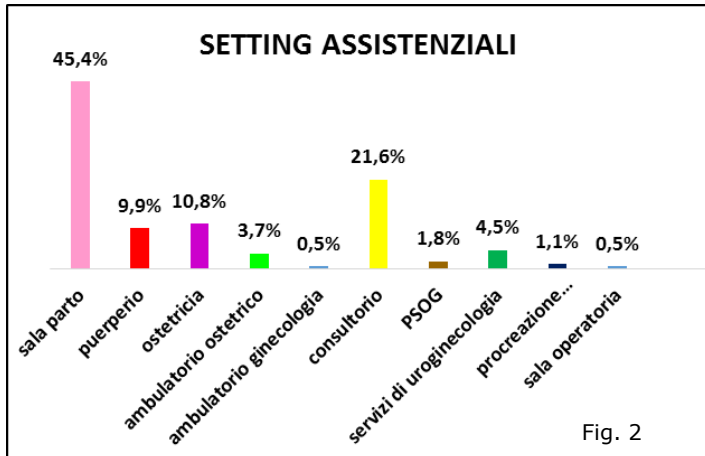


Fig. 2

un'altra lingua: l'inglese (65%), il francese (15%), lo spagnolo (11%) e il tedesco (9%). Il livello di gestione di una conversazione efficace rispetto all'idioma indicato è dichiarato eccellente solo nel 2,3%, ottimo nel 6,2% e buono nel 28%.

Il 70,2% delle ostetriche si ritiene competente nell'assistere la donna straniera e nel rispondere ai suoi bisogni, seppur il 53% dichiara che la formazione ostetrica di base non ha fornito le conoscenze, le abilità relazionali adeguate.

Chi non si sente preparata indica come cause (42,5%) le barriere linguistiche, o difficoltà a rassicurare e sostenere emotivamente la donna.

Attraverso la formazione post base il 55,3% del campione ha sviluppato le proprie "competenze culturali in ambito clinico-assistenziale" attraverso percorsi specifici sulla

"transculturalità" in cui sono state adottate in particolare le seguenti metodiche di apprendimento: lezioni, seminari, role-playing, discussioni/dibattito su film a tema.

### Livello di accordo con i doveri deontologici

Quasi la totalità del campione è in accordo con i principi del proprio codice deontologico in materia di diritti/doveri nell'ambito della tutela e promozione della

salute transculturale. Infatti l'art. 2.1 così recita "L'ostetrica/o presta assistenza rispettando la dignità e la libertà della persona promuovendone la consapevolezza in funzione dei valori etici, religiosi e culturali, nonché, delle condizioni sociali nella esclusiva salvaguardia della salute degli assistiti." CD OSTETRICA, 2010, aggiornato nel 2014

Le motivazioni identificate sono il risultato dell'analisi dei dati qualitativi; esse si classificano attraverso 3 valori:

*Il rispetto*: la dignità ed il rispetto della donna, in quanto persona, è imprescindibile. I valori enunciati nell'articolo riprendono quelli della Costituzione Italiana e sono indiscutibili.

Essere "con la donna": assistere significa prendersi cura, occuparsi, accompagnare, e per farlo al meglio vi è la necessità di rispettare l'individuo in funzione della sua cultura e condizione sociale.

"Salute" bio-psico-sociale: gli aspetti citati dall'articolo rientrano in un bilancio complessivo di salute dell'individuo ed il loro rispetto può favorire l'instaurarsi di un rapporto di fiducia tra la donna straniera e chi la assiste, con conseguente empowerment.

### Setting privilegiati di relazione con la donna straniera (fig. 3)

L'87,6% del campione ammette di relazionarsi frequentemente con donne di altre culture ed etnie, in particolare, nei seguenti contesti/percorsi di presa in carico/assistenza al parto (60,4%), assistenza in puerperio (55,9%), pronto soccorso ostetrico (45,1%), assistenza al neonato (36,4%), assistenza alla gravida (33,3), in consultorio (18,5%), nell'area ginecologia (14,6), nei Corsi di accompagnamento alla nascita (12,5%) e presso il domicilio della donna (8,4%).

### Il proprio vissuto nella relazione con la donna straniera

Il 55,5% delle professioniste si sente sempre a proprio agio quando assiste una donna straniera.

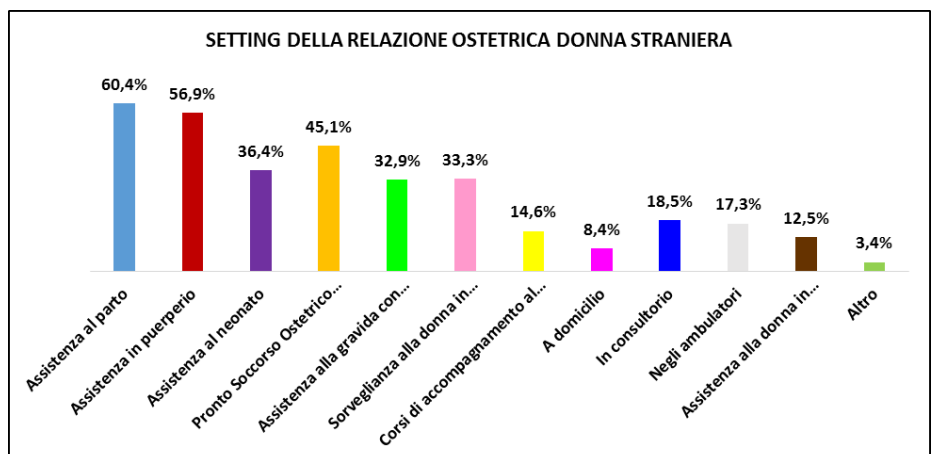


Fig. 3

La metà del campione invece (50 %) afferma che la propria attività professionale è influenzata dalle condizioni socio-culturali e religiose dell'assistita; inoltre il 30% afferma che la multiculturalità indice negativamente sulla propria pratica peggiorandone l'efficienza. Le reazioni emotive percepite nella relationship ostetrica-donna di altra cultura sono soprattutto positive nel campione, in particolare, il rispetto, la comprensione, la compassione, la curiosità e l'interesse. Tra i sentimenti/emozioni negative si registrano il timore ed il rancore. (fig. 4)

Tra i principali problemi percepiti vi è la barriera linguistica (93,7%), in particolare durante la raccolta dell'anamnesi ostetrica (58,5%). Per migliorare la comunicazione le

teoriche possedute dalle intervistate nell'ambito dell'epidemiologia perinatale nella donna straniera e delle buone pratiche offerte a questa popolazione target. Dai dati emerge il possesso da parte degli intervistati di un background più che buono.

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Con questo studio si è cercato di delineare la relationship tra ostetrica e donna straniera; dai dati ottenuti emerge che si tratta di una situazione che si verifica frequentemente nel campione considerato, in particolare presso il pronto soccorso ostetrico-ginecologico ed in concomitanza con i diversi eventi/fenomeni caratterizzanti il percorso nascita (gravidanza, parto e post-partum). Diversi sono anche i setting assistenziali in cui si realizza la relazione: in ospedale prevalentemente, nei consultori e raramente presso il domicilio.

Si tratta di una condizione che non deve stupire visto che oggi, le donne costituiscono il **52,7%** degli oltre 5 milioni e 100 mila stranieri residenti in Italia. La salute delle donne immigrate, contiene delle specificità legate sia alla tipologia migratoria, sia alla specificità di genere. Infatti, le cause maggiori di ricovero sono da attribuire a ragioni prettamente fisiologiche come la gravidanza e il parto e quindi il prevalere di un ricorso alle strutture sanitarie da parte delle donne immigrate.

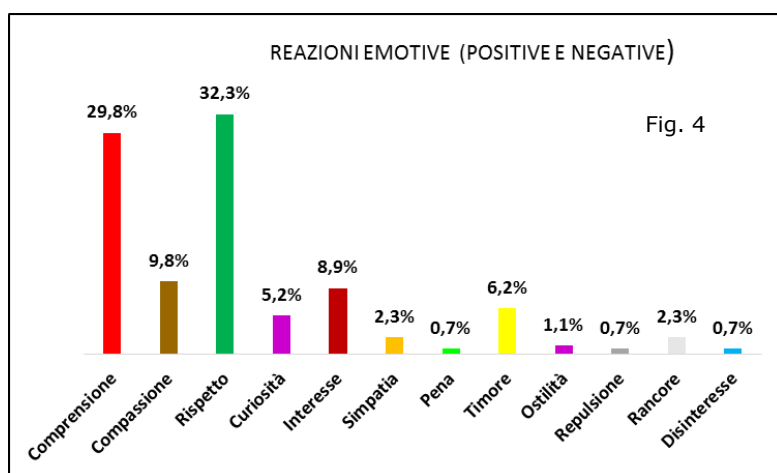


Fig. 4

intervistate concordano sul fatto che sia necessario ricorrere a strategie quali: utilizzare un linguaggio semplice ed elementare, privo di terminologie specifiche, al fine di poter ottenere una comunicazione ed un *feedback* efficaci; inoltre ricorrere a gesti e parole e frasi in lingua inglese o avvalersi di traduttori on-line, immagini, parole chiave della lingua straniera e messaggi scritti.

Comunque la metà delle intervistate ha la possibilità di avvalersi di un servizio di mediazione culturale operativo presso la propria azienda sanitaria.

Altre problematiche percepite in ambito clinico nell'approccio con la donna straniera da menzionare sono: la difficoltà ad interpretare i segni ed i sintomi durante l'esame fisico in particolare l'esame vaginale e l'adesione alle prescrizioni ed alle cure.

Inoltre la comunicazione con il compagno della donna, la gestione dei parenti.

Rispetto all'etnia di appartenenza le ostetriche trovano meno difficoltà a relazionarsi con le donne africane, a seguire con le sudamericane, con le donne dell'est e con le cinesi.

Si è voluto indagare anche sulle competenze

Si evince che, tra le diverse problematiche sottese alla relazione ostetrica-donna straniera, vi è la difficoltà di comunicazione che si cercano di risolvere attraverso una serie di strategie come l'uso di un linguaggio semplice o l'uso di segni e simboli. Si tratta di un'area prioritaria d'intervento per superare le barriere linguistiche. Per un'ostetrica, infatti, al fine di entrare in contatto empatico con la donna in un rapporto esclusivo, è importante non solo la comunicazione verbale, ma anche quelle para-verbale e non verbale.

Dallo studio emerge una figura professionale aperta alle differenze culturali quindi con atteggiamenti e comportamenti aderenti ai doveri del proprio codice deontologico, ma non sempre in possesso di un background teorico per affrontare con competenza una relazione di aiuto. Per acquisire/perfezionare le opportune abilità di presa in carico della donna straniera sarebbe opportuno incentivare percorsi formativi in grado di migliorare le conoscenze, le competenze ed i comportamenti professionali sia nei corsi accademici di base e sia post-base. Gli obiettivi formativi di un tale percorso dovrebbero essere finalizzati a riconoscere come le barriere linguistiche possano influire negativamente sulla prestazione sani-



taria, imparare a comunicare e collaborare con gli interpreti in maniera soddisfacente per entrambe le parti, comprendere il motivo per cui andrebbe evitato il ricorso ad interpreti informali (Cesaroni, et Al, 2010).

Per rendere possibile tutto questo si è focalizzata l'attenzione su alcuni punti d'incontro sui quali basare la relazione di cura. Di questi, il maggiormente menzionato riguarda la capacità di ascoltare attivamente, ricercando empatia nel dialogo, prendersi in carico i bisogni della paziente mettendosi nei loro panni e sforzandosi di accogliere il loro modo di vedere e di interpretare la maternità e lo stato di salute/malattia.

Rispetto ai quesiti posti si può concludere che, la maggior parte del campione di ostetriche partecipanti allo studio, ha dichiarato di vivere l'approccio assistenziale nei confronti della donna straniera con cultura, lingua e religione diverse dalla propria senza grandi problemi. Le emozioni che sono emerse in modo più prevalente sono il rispetto e la comprensione, due sentimenti tra loro collegati che dipendono dalla capacità di reagire positivamente, con umanità e tolleranza. Infine, riguardo la modifica della pratica clinica, la maggior parte delle ostetriche concorda nell'affermare che questa non abbia subito variazioni significative.

#### Conflitti d'interesse

Alla realizzazione dello studio e alla stesura dell'articolo non ha interferito alcuna tipologia di conflitto d'interesse.

#### Fonti di finanziamento

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

#### FONTI BIBLIOGRAFICHE

- 1) AA.VV. (2009) La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi. Progetto "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia", Accordo Ministero della salute/CCM - Regione Marche e coordinato dalla Regione Marche 2007-2009.
- 2) Balsamo Franca (1997), *Da una sponda all'altra del Mediterraneo: donne immigrate e maternità*. L'Harmattan, Torino.
- 3) Bonifazi C, Le migrazioni Italiane, Nuova informazione Bibliografica, Il mulino, Aprile-Giugno 2015; 333- 360.
- 4) Carillo D, Lombardi L, Pains N et all. "La salute degli immigrati in Lombardia" Rapporto 2013. Gli immigrati in Lombardia.
- 5) CARITAS, Dossier di ricerca 2000, Migrazioni e salute in Italia, Vol. II, Caritas, Roma, 2001
- 6) CARITAS, Dossier Statistico immigrazione, XI Rapporto Caritas sull'immigrazione, 2001, Roma, 2002.
- 7) Cattaneo Maria Luisa, Dal Verme Sabina, (2005), Donne e madri in migrazione. Prospet-
- 8) tive transculturali e di genere, Unicopli, Milano. Cesaroni. F., Coltorti. S., & Sdogati. C. (2010). [Competenze multiculturali nel settore sanitario e sociale: la sperimentazione di un percorso formativo nell'ambito del progetto TRICC]. Unpublished raw data.
- 9) Chinosi, L. (2002), *Sguardi di mamme: modalità di crescita dell'infanzia straniera*. Franco Angeli Editore, Milano.
- 10) Ciancio, B. (2005). *L'assistenza sanitaria e la diaspora sociale dell'Europa che cambia: gli infermieri e le minoranze etniche sistano adattando? International Nursin Perspectives, 5 (1), 27-32*
- 11) Collière, M.F. (1982). *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris: Inter- Editions. Trad. it. Collière, M.F. (1992). *Aiutare a vivere, dal sapere delle donne all'assistenza infermieristica*. Milano: Sorbona
- 12) Favaro G., "Diventare madri nella migrazione", in *Marginalità e società* n°28, Milano,1994, pp. 87-110
- 13) Ferrari A. "Famiglie immigrate e consultorio familiare: due mondi di reciproca accoglienza." *Minorigiustizia*, 2012.
- 14) Galanti M.A. (2003), *Donne migranti: spazi corporei e identità*. In Cambi F., Campani G., Ulivieri S., *Donne migranti: verso nuovi percorsi formativi*, Edizioni ETS,Pisa.
- 15) Geraci S. *Migrazioni*. In: Geraci S. (a cura di ) *Argomenti di Medicina delle Migrazioni (Edizione speciale per la Regione Veneto)*. Roma: Edizioni Anterem, 2000: 15-30.
- 16) Geraci, S., "La sindrome di Salgari 20 anni dopo", *Janus.Medicina: cultura, culture*,(2006), 21, pp.21-29.
- 17) Geraci, S., Bonciani, M., Martinelli, B., *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali*, Roma, Inprinting srl, 2010
- 18) Guana M, Cappadona R, Di Paolo AM, et al. *La disciplina ostetrica. Teoria, pratica e organizzazione della professione*. Milano, McGraw-Hill Companies, 2006.
- 19) Guerriero, G. (2010). *Gesti di cura; storia, teoria e metodi del nursing*. Torino: C.G. Edizioni Medico Scientifiche.
- 20) El-Hamad, I., & Pezzoli, M.C. (2005). *Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale (CSI). Infermiere Oggi, 15(2), 42-54*
- 21) Kouider S., *Donne immigrate musulmane: realtà e stereotipi*, in *Donne, migrazioni, diversità*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Commissione Nazionale per la Parità e le Pari Opportunità tra Uomo e Donna, Istituto poligrafico e zecca dello stato, Roma, 2002.
- 22) Lombardi L, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*. Franco Angeli Editore, Milano, 2001.
- 23) Lombardi Lia (2006), *Società, culture e differenze di genere. Percorsi migratori e stati di salute*,Franco Angeli, Milano.
- 24) Marceca, M., "L'assistenza sanitaria agli immigrati: quadro normativo e politiche sanitarie emergenti", *L'arco di Giano*, (1999), 22, p.27-35.
- 25) Marchetti C, *Rifugiati e migranti forzati in Italia*.



- Il pendolo tra emergenza e sistema, Interdisciplinar da Mobilidade Humana, 43, p. 53-70, 2014.
- 28) Marastoni V, Welfare e multietnia: l'Ostetrica. Riv. Lucina. 2/2016 <http://www.un.org/>
- 29) Morrone A. Nascere tra Nord e Sud del pianeta. Riv. It. Ost. Gin. - Vol. 2 - Salute donna. <http://www.globalmigrationgroup.org/>
- 30) Pasini Nicola, Pullini Armando (2002), Nascere da stranieri. I punti nascita in Lombardia, <http://www.unhcr.it/>
- 31) Fondazione ISMU, Milano. <http://www.ined.fr/>
- 32) Perocco F., Patologie sociali, immigrazione, lavoro sociale, in Basso P. E Perocco F., (a cura di), Immigrazione e trasformazione della società, Franco Angeli, Milano, 2000 <http://ec.europa.eu/>  
<http://www.dossierimmigrazione.it/>  
<http://www.corrierenazionale.it/> (17 ottobre 2016)
- 33) Picanza G. "Le principali migrazioni mondiali in corso". OIKONOMIA. Febbraio, 2014.
- 34) Pittau F. L'immigrazione in Italia. In: Geraci S. (a cura di ) Argomenti di Medicina delle Migrazioni (Edizione speciale per la Regione Veneto). Roma: Edizioni Anterem, 2000: 31-36.
- 35) Rapporto ISTAT. Natalità e fecondità della popolazione residente in Italia. 27 Novembre 2015.
- 36) Rapporto ISTAT, La popolazione residente in Italia - Bilancio demografico, 26 luglio 2013, p. 2.
- 37) Rapporto Istisan 11/12
- 38) Rapporto Istisan 12/39
- 39) Sacchetti G. "Madri senza tempo? Dialogo tra generazioni". Leggendaria, bimestrale, anno XVI numero 93. Maggio 2012
- 40) Sacchetti G. "La salute riproduttiva delle donne immigrate: problematiche culturali e accesso ai servizi di salute materno-infantile", in PER UNA CITTADINANZA DEL CORPO donne migranti: salute sessualità maternità. Atto del percorso formativo Ottobre- Novembre 2007. Bergamo. A cura del Consiglio delle Donne Assessorato Pari Opportunità, Assessorato alle Politiche Sociali, Servizi alla Persona, Migrazioni Ufficio Scolastico Provinciale di Bergamo.
- 41) Saint-Blancat C., L'immigrazione femminile maghrebina: nuove identità di genere e mediazione tra culture, in Basso P. E Perocco F., (a cura di), Immigrazione e trasformazione della società, Franco Angeli, Milano, 2000
- 42) Schweizerischer Hebammenverband. Federazione Svizzera delle levatrici. È importante come si nasce.
- 43) Spinelli A, Grandolfo M, Donati S, et al. L'assistenza alla nascita delle donne straniere dopo l'introduzione delle nuove normative. Consensus Conference - V Congresso Nazionale SIMM, Erice, 19-22 maggio 2002
- 44) Tartaglioni, D., Geraci. S., Piredda. M., & Benedictis. A., (2005). Analisi dei bisogni formativi delle professioni della salute in relazione al fenomeno migratorio in Italia.
- 45) *International Nursing Perspectives*, 5(2), 61-71.
- 46) Tognetti Bordogna Mara (a cura di) (2005), I colori del welfare; i servizi alla persona di fronte all'utenza che cambia, Franco Angeli, Milano.

## RICERCA NELLA FORMAZIONE

# PROPOSTA DI MODELLO DI APPRENDIMENTO "Continuity of Midwifery Care (CoC)" NEL CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA

## *Presentation Continuity of Care (CoC) Midwifery learning model*

Graziella Ubiali<sup>1</sup>, Serena Paris<sup>2</sup>, Viviana Lira<sup>3</sup>, Edda Pellegrini<sup>4</sup>, Miriam Guana<sup>5</sup>,

<sup>1</sup> Ostetrica, Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche ed ostetriche, ASST Riuniti di Bergamo, <sup>2</sup>Ostetrica, Dottore Specialista in Scienze Infermieristiche ed ostetriche, ASST Riuniti di Bergamo, <sup>3</sup>Ostetrica, Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Tutor Didattico Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche ed ostetriche Università degli Studi di Brescia, <sup>4</sup>Direttore Didattico Corso di Laurea in Ostetricia Università degli Studi Milano Bicocca e Ph. D, <sup>5</sup>Professore Associato, Scienze Ostetrico-ginecologiche-neonatali, Università degli studi di Brescia

### Abstract

**ITA.** In questo articolo viene descritto, un percorso sequenziale di apprendimento attivo e riflessivo on the job nel corso di Laurea in Ostetricia. Esso è basato su un modello di continuità delle cure ed un'assistenza ostetrica one to one nel percorso nascita (Midwifery partnership studente ostetrica/donna), noto in letteratura come COCE (Continuity of Care Experience). Strategia per consentire alle studentesse di sperimentarsi, mediante un coinvolgimento attivo, in una care di buona pratica e personalizzata ovvero da assicurare alla stessa gestante, alla stessa diade, alla stessa famiglia in tutto il percorso nascita: dall'inizio della gravidanza fino ad un mese di vita del bambino. Questa proposta di apprendimento attivo e riflessivo inoltre si pone l'obiettivo di consolidare nelle studentesse le competenze core tecnico-professionali previste nel piano di studi.

**ENGL.** This article describes, during Midwifery Bachelor's Degree, a sequential path of active and thoughtful learning on the job, based on a model of continuity of care and one-to-one midwifery care in the birth path (Midwifery partnership student midwife/ woman), known in the literature as COCE (Continuity of Care Experience). Strategy to allow students to experiment, through active involvement, in a care of good practice and personalized or to ensure the same pregnant woman, the same dyad, the same family throughout the birth path: from the beginning of pregnancy up to a month of the child's life. This proposal for active and reflective learning also has the training objective of consolidating the technical-professional core competences foreseen in the study plan in the students.

### INTRODUZIONE E SCOPO DEL LAVORO

L'evoluzione in questi ultimi anni delle diverse riforme universitarie hanno portato alla revisione degli Ordinamenti didattici del corso di Laurea in Ostetricia, nonché all'introduzione di metodi innovativi di apprendimento attivo e riflessivo nella didattica, basati sul modello andragogico. Tutto ciò per una migliore e piena

padronanza delle skills professionali da parte delle neolaureate da investire nel mondo del lavoro.

In questo articolo si intende proporre nel Corso di Laurea in Ostetricia, all'interno delle tradizionali esperienze di tirocinio, un percorso sequenziale di apprendimento clinico *on the job*, basato

Strategia fondamentale per consentire alle studenti di sperimentarsi, mediante un coinvolgimento attivo e riflessivo, in una care di buona pratica e personalizzata, ovvero, da assicurare alla stessa gestante, alla stessa diade, alla stessa famiglia in tutto il percorso nascita: dall'inizio della gravidanza fino ad un mese di vita del bambino.

Questa proposta di apprendimento, inoltre, si pone l'obiettivo *formativo* di consolidare nelle studenti le competenze *core* tecnico-professionali previste nel piano di studi.

Esistono convincenti evidenze scientifiche che l'assistenza continua e personalizzata (*one to one*) fornita dalle ostetriche (*caregiver*), migliora la qualità delle cure. La continuità dell'assistenza rappresenta il "*gold standard della midwifery care*" durante il percorso nascita ed è per questo motivo che tale modello di cure deve essere sostenuto ed implementato, come avviene in altri paesi dell'UE, partendo innanzitutto dal contesto della formazione ostetrica.

Assicurare nel percorso nascita un modello di *midwifery care* garante della continuità nella "presa in carico" è fondamentale per la tutela della salute e del benessere della madre/neonato e del nucleo familiare. L'assistenza erogata dalle ostetriche, si pone soprattutto l'obiettivo di accompagnare la donna e la coppia, di promuovere la fisiologia del percorso riproduttivo e di instaurare una relazione terapeutica.

## IL RAZIONALE

Questo modello di apprendimento pone le basi sulle seguenti evidenze che fanno da cornice concettuale di riferimento, ossia:

- 1) Gli obiettivi formativi qualificanti e le attività formative indispensabili specificate nel DM 270/04 (core curriculum/core competence).
- 2) Il Quadro normativo nazionale ed europeo (Direttive europee) in materia di regolamentazione formazione professionale.
- 3) I doveri deontologici dell'ostetrica contenuti nel proprio *codice deontologico* anno 2010, aggiornato nel 2014 e 2017
- 4) Le teorie dell'apprendimento "riflessivo" basato sull'esperienza o situazione di vita (Jarvis 1996, Schon 1993) e sul modello di apprendimento sequenziale (cicli) di Kolb (1975).
- 5) Il modello assistenziale "Midwifery Case Load" RAWNSON S. et al (2009, 2011).
- 6) La teoria "Midwifery Partnership model" di

Guilliland e Pairman. 1995.

- 7) Homer C, Brodie P, Leap N. "Getting started: what is midwifery continuity of care?". In: Homer C, Brodie P, Leap N. *Midwifery continuity of care: a practical guide*.
- 8) Le buone pratiche nella care ostetrica: Linee Guida NICE: "Antenatal care" (2010); "Intrapartum care" (2007, aggiornate nel 2018); "Postnatal care" (2006); "Standards for maternal e neonatal care" (WHO, 2006); "Linea guida gravidanza fisiologica, aggiornamento, Ministero della salute, 2011", ecc.
- 9) La cronologia dei fenomeni fisiologici della gravidanza, del parto e del puerperio
- 10) Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM. Assessment of clinical competence using objective structured examinations.

## II COCE (Continuity of Care Experience).

Nel 2002 l'Australian Nursing and Midwifery Accreditation Council (ANMAC) ha introdotto tra i requisiti minimi per l'accreditamento dei corsi di formazione in ostetricia un'innovazione pedagogica conosciuta come COCE (Continuity of Care Experience).

Il COCE è un'esperienza *on the job* aggiuntiva ai tirocini clinici tradizionali che garantisce un approccio olistico delle cure e che facilita l'applicazione delle conoscenze nella pratica clinica. È un'esperienza che fornisce una strategia di apprendimento innovativa, basata su un modello di continuità assistenziale nella pratica ostetrica (McKeller L., 2013) che garantisce una partnership studente ostetrica e donna durante la gravidanza e il parto, e il post-partum (Guilliland e Pairman, 1995), riproducendo così un modello di continuità dell'assistenza (Sweet L.P., 2013). La continuità dell'assistenza nella formazione degli/delle studenti di ostetricia è un esempio di best practice ed un modello sul quale i futuri servizi di maternità potrebbero e dovrebbero svilupparsi (Rawnsion S., 2008).

## L'ARCHITETTURA DEL MODELLO PROPOSTO (fig. 1)

### Sua configurazione

Questo modello di apprendimento presenta una configurazione circolare, sequenziale, che rispecchia l'intelaiatura del metodo di valutazione OSCE (*objective structured clinical examination*) di R. Harden 1975. Tale architettura attribuisce un continuum al percorso formativo in cui si identificano una serie di "stazioni" caratterizzanti i diversi steps di apprendimento ob-

bligatori per la studente e che richiamano la cronologia degli eventi fisiologici del percorso nascita, nonché coerenti con le buone pratiche g fasi del percorso nascita, secondo il modello biologico/riproduttivo (fig.1)

Le 5 macrostazioni sono state così individuate nella presa in carico: gravidanza, travaglio e parto, post partum e puerperio.

Le 10 stazioni di apprendimento individuate sono state poi, ulteriormente declinate:

1. accoglienza e presa in carico;
2. incontri in gravidanza (I trimestre);
3. incontri in gravidanza (II trimestre);
4. incontri in gravidanza (III trimestre);
5. travaglio e parto;
6. post partum;
7. puerperio (prime 12 ore)
8. puerperio (prime 72 ore);
9. puerperio (entro 2 settimane);
10. puerperio (entro 6-8 settimane).

### Gli obiettivi formativi

Per ogni stazione di apprendimento clinico sono stati codificati specifici obiettivi formativi (competenze attese), declinati in check list intermedie, strutturate anche per consentire momenti di riflessione e di autovalutazione da parte della discente.

### I setting di apprendimento

Il consultorio familiare, la sala parto, l'UO di puerperio, neonatologia ed il domicilio della donna rappresentano le "comunità di pratica" ideali

per sperimentarsi all'interno del modello di apprendimento proposto, per un'autoriflessione, per un adeguato imprinting dagli esperti (tutor clinici), per comprendere il ruolo professionale, i valori e doveri deontologici, per imparare a comportarsi come membro di una comunità organizzativa. Nonché setting significativi per favorire lo sviluppo della "conoscenza tacita o Tacit Knowledge" (Polanyi 1962, Nonaka e Takeuchi 1995). Spazio di esperienza ideali in cui la studente potrà tradurre le conoscenze apprese in comportamenti professionali

### Tutorship ostetrica

Nelle diverse "comunità di pratica" (setting formativi), la studente è affiancata ad un'ostetrica tutor che riveste il ruolo di facilitatore. Dovrà supportare la studente nella strutturazione del proprio *portfolio formativo*, con lo scopo principale di stimolare la riflessione sulla pratica, agevolare e facilitare la crescita e lo sviluppo professionale. Dovrà pure sostenerla, incoraggiarla nei momenti di difficoltà, osservarla durante la relazione con la donna, nella esecuzione delle abilità pratiche, guidarla, motivarla verso il risultato atteso (obiettivi formativi)

### Cronoprogramma delle attività formative

Al fine di garantire alla studente la realizzazione di tutte le attività formative previste nel percorso di studi (teoria e pratica) è stato predisposto un cronoprogramma delle stazioni di apprendimento che simula un percorso didattico al fine di evitare sovrapposizioni con altre attività formative del calendario accademico, ad esempio le lezioni (tab. 1).

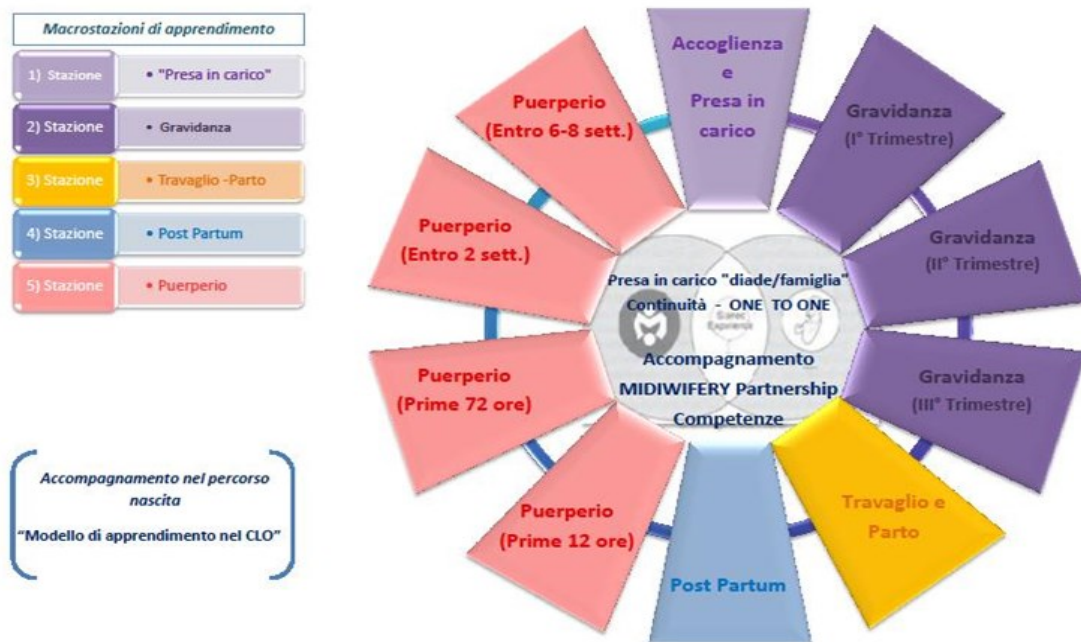


Figura 1 - Modello di apprendimento attivo "on the job, Midwifery learning"



Per il periodo di apprendimento in cui si prevede una maggior coinvolgimento della studente per un'aumentata intensità di cure richieste nel parto, post partum, puerperio e assistenza al neonato, tali esperienze on the job coincidono con il periodo estivo in cui l'attività teorica è interrotta.

### CONCLUSIONI

Una formazione accademica efficace deve garantire nel Corso di Laurea in Ostetricia esperienze di apprendimento innovative fondate su una midwifery best practice nel percorso nascita.

Questo modello di apprendimento attivo nasce da questa premessa fondamentale. Ovvero, esso è strutturato secondo una "presa in carico" basata sulla continuità assistenziale e su un'assistenza "one to one" (**COCE (Continuity of Care Experience)**).

L'applicazione di questo modello di learning on the job richiede delle "comunità di pratica" significative per lo sviluppo di un sapere fondato sull'esperienza. Fondamentale per il raggiungimento di tale obiettivo un sistema un tutoriale di ostetriche esperte e motivate.

### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1) G. Ubiali "Continuità delle cure e assistenza one to one nell'evento nascita. Proposta di un percorso di apprendimento clinico nel

corso di Laurea in Ostetricia", Tesi di Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed ostetriche, Università degli studi di Brescia, A.A. 2012/2013.

2) Guiland K., Pairman S.(1995), *The Midwifery Partnership. A model for practice*, University of Wellington, monograph.

3) Harden Rm. et.al. (1975), "Assessment of clinical competence using Objective Structured Examination", *British Medical Journal*, 22: pp. 447- International Confederation of Midwives (ICM) (2011), *Global Standards for Midwifery Regulation*.

4) National institute for health and clinical excellence (nice), *Antenatal Care*. London: NICE, 2010 .

5) National Institute For Health And Clinical Excellence (Nice), *Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth*, London: NICE, 2007 .

6) National Institute For Health And Clinical Excellence (Nice), *Routine postnatal care of women and their babies. Clinical Guideline.*" London: NICE, 2006 .

7) PAGE L. (1999), " Clinical interventions and outcomes of One-to-One midwifery practice", *J Public Health Med [Medline]*, 21: pp. 243-248

8) RAWNSON S. et al (2009), "Student midwives' views of caseloading: the BUMP

Cronoprogramma	LUOGO DI TIROCINIO	2 ANNO												3 ANNO											
		N	D	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O
STAZIONI DI APPRENDIMENTO CLINICO - CLO/SEDI DI TIROCINIO																									
Accoglienza - presa in carico della donna	CONSULTORIO	AC	AC	AC											AC	AC	AC								
Incontri con la gestante nel I trimestre	CONSULTORIO		V	V											V	V									
Incontri con la gestante nel II trimestre	CONSULTORIO				V	V										V	V								
Incontri con la gestante nel III trimestre	CONSULTORIO					V	V	V								V	V	V							
Travaglio - parto e Post partum	Punto nascita												TP										TP		
Puerperio (prime 12 ore)	Punto nascita												P										P		
Puerperio (prime 72 ore) = dimissione puerpera/neonato	Punto nascita												P										P		
Puerperio (entro 2 settimane)	Domicilio												P										P		
Puerperio (entro 6-8 settimane)	Domicilio												P										P		

Legenda:

- = ACCOGLIENZA
- = INCONTRO IN GRAVIDANZA
- = TRAVAGLIO - PARTO
- = PUERPERIO

**Tabella 1 - Cronoprogramma del modello di apprendimento attivo on the job "Continuità delle cure ed assistenza one to one nel percorso nascita"**



- study", *British Journal of Midwifery*, 17: pp.484-489.
- 9) RAWNSON S. et al (2011), "A qualitative study exploring student midwives' experience of carrying a caseload as part of their midwifery education in England", *British Journal of Midwifery*, 27: pp.786-792.
  - 10) RAWNSON S. et al. (2011), "Problems and practicalities in student caseload holding", *British Journal of Midwifery*, 19: pp.659-664.
  - 11) WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Essential antenatal, perinatal and postpartum care*. Training modules. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2002
  - 12) World Health Organization (Who), *Standards for maternal and neonatal care*. Ginevra 2006
  - 13) M. Lilleengen I. Aune Home visits by student midwives in the early postnatal period – a qualitative study of students' reflections, *British Journal of Midwifery* • July 2013 • Vol 21, No 7
  - 14) Yanti Yanti1\*, Mora Claramita2, Ova Emilia3 and Mohammad Hakimi4 Students' understanding of "Women-Centred Care Philosophy" in midwifery care through, Continuity of Care (CoC) learning model: a quasi-experimental study. Yanti et al. *BMC Nursing* (2015) 14:2 DOI 10.1186/s12912-015-0072-z
  - 15) Homer C, Brodie P, Leap N. "Getting started: what is midwifery continuity of care?". In: Homer C, Brodie P, Leap N. *Midwifery continuity of care: a practical guide*. Australia, Elsevier, 2008
  - 16) Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM. Assessment of clinical competence using objective structured examinations. *BMJ* 1975;1:447-51
  - 17) OSCE: objective structured clinical examination, D Winter - *Bijblijven*, 2007 - Springer
  - 18) From tacit knowledge to knowledge management: leveraging invisible assets, N K. Kakabadse, A Kouzmin... - *Knowledge and process ...*, 2001 - Wiley Online Library

## RICERCA OSTETRICA

# IL COUNSELING PRECONCEZIONALE PRESENTAZIONE DI UN'INDAGINE

## PRECONCEPTIONAL CARE SURVEY'S PRESENTATION

Selika Rossi<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ostetrica, Bergamo

### ABSTRCT

**ITA. INTRODUZIONE** Il counseling preconcezionale (CP) può essere definito come uno spazio di attenzione non episodico, in continuum con l'attività clinica quotidiana, in cui un professionista sanitario, utilizzando conoscenze scientifiche e determinate abilità comunicative, propone alla coppia/donna in cerca di una possibile gravidanza una o più raccomandazioni per ridurre i rischi biomedici, comportamentali e sociali associati agli EAR. Si tratta di un obiettivo di salute contenuto nella *Linea Guida: raccomandazioni per il counseling preconcezionale* emanate dal Ministero della Salute nel 2011. **SCOPO DEL LAVORO.** L'indagine si pone quattro obiettivi: rilevare l'offerta di counseling preconcezionale garantita alle donne; indagare il tipo di informazioni in possesso delle donne; individuare le fonti da cui le donne ricevono informazioni e il setting in cui vengono informate dai professionisti sanitari. **MATERIALI E METODI.** Studio osservazionale di prevalenza, effettuato tra i mesi di giugno e settembre 2017 su un campione di puerpere. **I RISULTATI.** Lo studio rileva una scarsa conoscenza sul significato di *periodo preconcezionale* e *consulenza preconcezionale*. Inesistente un'offerta attiva di CP da parte dei professionisti sanitari. Rispetto alle fonti e ai setting privilegiati prevale la figura del ginecologo e del medico di famiglia nel comunicare le raccomandazioni comportamentali; l'ostetrica invece non una figura significativa nella garantire un CP.

**ENGL. INTRODUCTION** Pre-conceptional counseling (CP) can be defined as a non-episodic attention area, in continuum with the daily clinical activity, in which a health professional, using scientific knowledge and specific communication skills, proposes to the couple / woman looking for a possible pregnancy one or more recommendations to reduce the biomedical, behavioral and social risks associated with the EAR. This is a health objective contained in the *Guideline: recommendations for preconception counseling* issued by the Ministry of Health in 2011. **PURPOSE OF THE WORK:** The survey has four objectives: to detect the provision of preconceptive counseling guaranteed to women; investigate the type of information held by women; identify the sources from which women receive information and the setting in which they are informed by health professionals. **MATERIALS AND METHODS:** Observational study of prevalence-transversal, carried out between the months of June and September 2017 on a sample of puerpere. **RESULTS:** The study reveals a lack of knowledge about the meaning of the preconceptional period and preconceptional counseling. Inexistent active offer of CP by health professionals. With respect to the sources and privileged settings, the figure of the gynecologist and of the family doctor prevails in communicating the behavior recommendations; the midwife is not a significant figure in guaranteeing a CP.

### INTRODUZIONE

Il counseling preconcezionale (CP) può essere definito come uno spazio di attenzione non episodico, in continuum con l'attività clinica quotidiana, in cui un professionista sanitario, utilizzando conoscenze scientifiche e determinate abilità comunicative, propone alla coppia/donna in cerca di una possibile gravidanza una o più raccomandazioni per ridurre i rischi biomedici, comportamentali e sociali associati agli EAR.

L'importanza dell'intervento dell'ostetrica nel campo del CP trova giustificazione nel DM n.740/1994 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o", nel Codice Deontologico dell'Ostetrica/o anno 2010 aggiornato al 2014 e nell'ordinamento didattico delle Università.

Questo obiettivo di salute nel 2011 viene indicato nella *Linea Guida: raccomandazioni per il counseling preconcezionale* emanate dal Mini-

stero della Salute, dove viene sottolineata l'importanza dell'informazione e dell'interazione del professionista con la donna in un rapporto paritario e di scambio reciproco.

Queste LG ministeriali affermano che gli interventi di CP risultano efficaci o più efficaci se vengono attuati nel periodo preconcezionale o prima dell'inizio dello sviluppo delle strutture embrionali, cioè entro la sesta settimana di gravidanza, quando la donna non sa ancora di essere gravida o non ha ancora effettuato il primo controllo. La pratica del CP rappresenta uno strumento fondamentale per informare le donne e le coppie in età fertile, che non escludono la possibilità di avere un bambino nell'arco di 6-12 mesi, sull'importanza di intervenire precocemente e promuovere la salute generale e riproduttiva.

Il CP dunque è un colloquio informativo che veicola alle donne una serie di raccomandazioni comportamentali, basate sulla medicina delle evidenze, con l'obiettivo di ridurre i potenziali EAR (Mastroiacovo, Baroncini, Bortolus, Quaderni ACP 2010). Le EBM rappresentano per le ostetriche un elemento fondamentale per programmare e realizzare interventi educativi di qualità. Il CP richiede una preparazione specifica da parte dell'operatore che lo svolge, non trattandosi di un intervento improvvisato. Lo scambio comunicativo che si realizza tra il professionista sanitario e la donna (o la coppia) è caratterizzato, dopo aver valutato i rischi a cui è esposta, dalla proposta di cambiamento possibile verso un maggior benessere. Offrire il counseling preconcezionale significa entrare strategicamente nei meccanismi decisionali delle persone, aiutandole ad esplorare i problemi ed a concordare modalità adeguate per affrontare i possibili cambiamenti in favore della propria salute generale e in particolare di quella riproduttiva.

L'acquisizione delle tecniche di counseling permette di indagare insieme alla donna le azioni che "si possono fare" in base alle sue risorse disponibili. Indagare su fattori e determinanti di salute all'interno di questa partnership significa valorizzare l'approccio salutogenico per la costruzione, l'identificazione e la promozione dello stato di salute secondo una visione bio-psico-sociale della persona. Nel momento in cui una donna assegna un significato a ciò che accade e partecipa attivamente e consapevolmente alle sue scelte, si manterrà in salute. Dunque, comprensione e adattamento fin dall'epoca preconcezionale sono i presupposti per un decorso fisiologico della gravidanza. Pertanto l'ostetrica nell'esercizio della sua professione si rivolge alla donna e alla coppia, quali protagonisti attivi nella pianificazione e nella realizzazione di interventi nell'ambito della prevenzione, cura e recupero della salute. Questo tipo di

approccio alimenta la fiducia e la *compliance* rispetto agli interventi ed ai suggerimenti proposti, aumentando il senso di responsabilità nella fruizione dei servizi.

### **OBIETTIVI NELLO STUDIO**

Lo studio si pone quattro obiettivi:

- rilevare l'offerta di counseling preconcezionale garantita alle donne;
- indagare il tipo di informazioni in possesso delle donne;
- individuare le fonti da cui le donne ricevono informazioni;
- indagare i setting in cui le donne vengono informate dai professionisti sanitari.

### **MATERIALI E METODI**

*Disegno di studio.* Studio osservazionale di prevalenza-trasversale, effettuato tra i mesi di giugno e settembre del 2017.

*Identificazione del campione.* Sono state arruolate nello studio 147 donne corrispondenti ai criteri di inclusione. Il campione è composto da puerpere primipare, che avevano programmato la gravidanza almeno tre mesi prima dell'avvenuto concepimento che hanno partorito presso l'ASST Spedali Civili e la Fondazione Poliambulanza entrambi di Brescia-

Sono state escluse allo studio puerpere pluripare, donne che non avevano programmato la gravidanza e coloro che non comprendono la lingua italiana.

*Strumento di raccolta dati.* E' stato somministrato un questionario-intervista, dopo una breve spiegazione sulla finalità dello studio per raccogliere il consenso informato della puerpera.

Per l'identificazione delle variabili indagate si è attinto alle raccomandazioni della "Linea Guida ministeriale "Raccomandazioni per il counseling preconcezionale" del 2011. Inoltre è stato consultato il Decreto Legislativo 18 marzo 2017 n.15 Allegato 10.

*Elaborazione dati.* I dati rilevati sono stati registrati in un'apposita scheda utilizzando il software Microsoft Excell (2011). Sono state calcolate frequenze assolute e frequenza percentuali delle risposte alle domande, che in seguito sono state arrotondate.

### **I RISULTATI**

#### *Dati socio-anagrafici*

Allo studio hanno aderito 147 puerpere primipare che avevano programmato la gravidanza almeno tre mesi prima dell'avvenuto concepimento. Il campione è composto da italiane nel

78% e nel 22% da straniere. L'84% risultano occupate (91% italiane Vs 56% straniere). Rispetto al livello di istruzione, il 9% è in possesso del diploma di scuola media inferiore, il 53% della scuola media superiore e il 38% è laureata. Il 38% è nubile.

#### *Livello di conoscenze del campione*

3/4 delle donne intervistate (71%) non conosce i significati di "periodo preconcezionale" ed il 90% "di consulenza preconcezionale".

Rispetto al livello di conoscenze acquisite tramite il C.P. in merito ai comportamenti/stili di vita da adottare nel periodo preconcezionale, esso varia in relazione alla tematica (Tab. 1).

Nello specifico in ordine decrescente, il livello di conoscenza acquisita per ogni variabile analizzata risulta essere: astensione dal fumo di sigaretta (94%), sana alimentazione (75%), assunzione di acido folico (71%), prevenzione della toxoplasmosi (73%), controllo del proprio peso corporeo (70%), assunzione sicura di farmaci (52%), non consumo di alcool (45%), controllo della pressione arteriosa (37%), test infezione da HIV (29%), esami gratuiti garantiti dal SSN (28%), attività lavorativa (28%), test per la Sifilide (25%), controllo della glicemia (24%).

#### *Offerta attiva di consulenza preconcezionale*

Il 94% del campione dichiara l'assenza di un'offerta attiva di CP da parte dei professionisti sanitari come invece è previsto nella LG di riferimento. Di contro l'88% delle intervistate non ha chiesto informazioni agli esperti in materia di salute preconcezionale. Come si evince dalla LG ministeriale, l'offerta attiva è la migliore strategia di promozione della salute: si coinvolge la donna e/o la coppia attraverso una comunicazione individuale e personalizzata per attivare il processo di empowerment.

Tra le fonti di informazioni prevale la figura del ginecologo e del medico di famiglia; l'ostetrica invece non risulta dallo studio una figura significativa nel garantire un CP. Inoltre hanno un ruolo determinate la navigazione in internet e l'uso di social network, il "passaparola" di amici ed i conoscenti (Tab. 2)

Dallo studio non emerge un vero e proprio setting di informazione privilegiato prima del concepimento. Molte indicazioni vengono offerte alle donne in occasione della prima visita in gravidanza (Tab. 3).

## **CONCLUSIONI**

Dallo studio emerge che le donne, pur avendo programmato la gravidanza almeno tre mesi pri  
Tab. 1

INFORMAZIONI-CONSIGLI	NON ACQUISITE	ACQUISITE In modo autonomo	ACQUISITE TRAMITE C.P.
ESAMI GARANTITI DAL SSN	67%	5%	28%
PESO	29%	1%	70%
P.A.	62%	1%	37%
GLICEMIA	73%	3%	24%
FARMACI	46%	2%	52%
TOXOPLASMOSE	27%	3%	70%
HIV	71%	--	29%
SIFILIDE	75%	—	25%
ALIMENTAZIONE	24%	1%	75%
ACIDO FOLICO	26%	3%	71%
FUMO	6%	—	94%
ALCOOL	55%	—	45%
ATTIVITÀ LAVORATIVA	67%	5%	28%

ma, non sono state informate preventivamente sulla possibilità di confrontarsi con un professionista sanitario, in vista di una gravidanza. Tutto ciò con l'obiettivo di incrementare la propria salute generale e riproduttiva e di salvaguardare quella del nascituro. Infatti si rileva che i professionisti sanitari del settore (ginecologi, ostetriche, medici di famiglia) non offrono attivamente un counseling preconcezionale alle donne/coppie che hanno espresso il desiderio di una maternità/paternità. La LG ministeriale, a tal proposito, indica che il professionista sanitario di fiducia dovrebbe invece garantire una consulenza preconcezionale a donne in età fertile, soprattutto quando queste sono aperte alla procreazione, affrontando gli argomenti di interesse per la tutela della salute del donna/coppia e del nascituro. Come si evince dalla LG, l'offerta attiva è la migliore strategia di promozione della salute.

D'altra parte anche le donne non sono particolarmente determinate nel richiedere un CP. Infatti, non tutte sono consapevoli dei comportamenti da adottare nel periodo preconcezionale al fine di ri-

durre gli EAR.

Le ostetriche inoltre non ricoprono un ruolo determinante nell'accompagnare la donna già nel periodo preconcezionale.

In conclusione dall'indagine si evidenzia la necessità di maggiori campagne informative, percorsi educativi più incisivi, sostenuti anche dalle ostetriche, a favore delle donne/coppie desiderose di avere un figlio. Le campagne di promozione della salute devono essere finalizzate a rafforzare modelli comportamentali e stili di vita o a proporre di nuovi, nel rispetto delle libertà individuali e della cultura dei diversi gruppi sociali.

#### Conflitti d'interesse

Alla realizzazione dello studio e alla stesura dell'articolo non ha interferito alcuna tipologia di conflitto d'interesse.

#### Fonti di finanziamento

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

### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1)F. Filippini, A. Compagni, R. Bortolus et al. Counselling preconcezionale: costruzione di una rete strategica per la salute riproduttiva, ISS, Rapporti ISTISAN 13/28, 2013, pp. 27-31.

2)O. Granata, P. Carbone, A. Mantovani et al. Raccomandazioni europee per la prevenzione primaria delle malformazioni congenite, ISS, Rapporti ISTISAN 13/28, 2013, pp. 175-178.

3)M.K.Moos, A.L. Dunlop, B. W.Jack, Healthier women, healthier reproductive outcomes: recommendations for the routine care of all women of reproductive age, Am JOG, December 2008, Volume 199, Issue 6, Supplement B, Pages S280-S289.

4)M. Guana, P. Coscarella, P. Proietti et al., "Salute della donna in campo riproduttivo". In: M. Guana, R. Cappadona, A. Di Paolo et al. La disciplina ostetrica: teoria, pratica e organizzazione della professione, Seconda Edizione, Milano, McGraw-Hill, 2011.

5)Linea Guida Raccomandazioni per il counselling preconcezionale, Aggiornamento Luglio 2011, Progetto "Pensiamoci Prima" del Alessandra Lisi International Centre on Birth Defects and Prematurity per il Centro per la Prevenzione e Controllo delle Malattie, Ministero della Salute. Disponibile all'indirizzo: <http://www.pensiamociprima.net/content/Raccomandazioni.pdf>

6)Ministero della Salute, Dipartimento della qualità. Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, Ufficio di Statistica, Rapporto CeDAP. Analisi dell'evento nascita- Anno 2014, Roma, Pubblicazione 21 Marzo 2017. Disponibile all'indirizzo: [www.salute.gov.it/statistiche](http://www.salute.gov.it/statistiche)

7)Ministero della Sanità. Progetto Obiettivo Materno Infantile (Piano Sanitario Nazionale 1998-2000). Decreto ministeriale del 24/04/2000. Gazzetta Ufficiale n.131 Suppl. Ord. n. 89 del 7/06/2000.

8)Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n.15, 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n.502".



**Fonti di informazione del campione in merito al CP**

<b>LE FONTI DI IN-FORMAZIONE</b>	<b>GINECOLOGO</b>	<b>OSTETRICA</b>	<b>MEDICO DI BASE</b>	<b>AMICI, PARENTI</b>	<b>INTERNET</b>	<b>ALTRO</b>
ESAMI GARANTITI DAL SSN	27%	23%	20%	16%	6%	8%
PESO	36%	-	16%	2%	44%	2%
PRESSIONE ARTERIOSA	56%	15%	22%		5%	2%
GLICEMIA	62%	20%	10%	3%	5%	
FARMACI	32%	14%	24%	7%	18%	5%
TOXOPLASMOSI	28%	12%	1%	52%	5%	2%
HIV	69%	19%	9%	1%	1%	1%
SIFILIDE	57%	16%	11%	5%	3%	8%
ALIMENTAZIONE	4%	3%	2%	14%	77%	
ACIDO FOLICO	41%	10%	5%	30%	13%	1%
FUMO	21%	6%	3%	6%	64%	
ALCOOL	10%	10%		10%	70%	
ATTIVITÀ	29%	4%	4%	30%	14%	15%

**Tab. 2**

**Setting di informazione del campione in merito al CP**

SETTING DI INFORMAZIONE	CP	VISITA GINECOLOGO	VISITA MEDICO DI BASE	1^ VISITA GRAVIDANZA	CONOSCENZE	ALTRO
ESAMI GARANTITI DAL SSN	31%	14%	21%		16%	18%
PESO	10%	11%	14%	16%	4%	45%
PRESSIONE ARTERIOSA	16%		13%	55%	7%	9%
GLICEMIA	12%		8%	70%	3%	7%
FARMACI	13%	8%	23%	26%	7%	23%
TOXOPLASMOSI	11%			30%	52%	7%
HIV	23%		7%	61%	2%	7%
SIFILIDE	22%		8%	51%	5%	14%
ALIMENTAZIONE	4%			5%	14%	77%
ACIDO FOLICO	10%		5%	41%	30%	14%
FUMO	6%	3%	3%	18%	6%	64%
ALCOOL	10%			10%	10%	70%
ATTIVITÀ LAVORATIVA	6%	2%	8%	25%	6%	53%

**Tab. 2**