



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI MILANO

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Scuola di dottorato in

Scienze fisiopatologiche, neuropsicobiologiche e assistenziali del ciclo della vita

Ciclo XXV

**Autonomia ostetrica in un centro di III livello: studio
prospettico osservazionale sugli outcome materni nei
travagli a basso rischio**

Dottoranda:

Elena Visconti

Matricola:R08604

Tutor:

Prof. Walter Costantini

Anno accademico

2011/2012

...Alla categoria,
oggi più che mai...

INDICE

- Abstract	pag 4
- Premessa	pag 6
- Introduzione	pag 7
- Obiettivo dello studio	pag 11
- Stato dell'arte	pag 13
- Materiali e metodi	pag 16
- Risultati: analisi preliminare del campione	pag 26
escluse nel primo stadio	pag 26
escluse per richiesta di analgesia epidurale	pag 26
escluse nel secondo stadio del travaglio	pag 26
- Discussione dei risultati	pag 37
- Conclusioni	pag 41
- Bibliografia	pag 45

ABSTRACT

Uno degli obiettivi più importanti della moderna assistenza ostetrica è di garantire il rispetto della fisiologia pur assicurando, con eccellente vigilanza, dei buoni esiti materni e neonatali.

L'obiettivo del lavoro è stato quello di analizzare gli outcome materni e neonatali di donne gravide a termine a basso rischio (nullipare e pluripare) ricoverate in travaglio spontaneo e assistite in autonomia dall'ostetrica in un centro di III livello.

Abbiamo osservato un gruppo di donne a basso rischio ostetrico con una gravidanza singola, in situazione longitudinale, presentazione cefalica, e ricoverate in travaglio spontaneo.

La nostra ipotesi è, che, in ambito ospedaliero il travaglio gestito dall'ostetrica nelle donne a basso rischio al ricovero può rappresentare una via possibile verso la sicura demedicalizzazione.

Gli outcomes materni e neonatali considerati sono stati: tipo di parto, episiotomia, emorragia post partum, (PPH), trasfusioni, pH e Apgar dei neonati, prevalenza di neonati SGA e LGA, ricoveri in TIN, mortalità perinatale.

Le donne a basso rischio ostetrico (il 50.3% di tutti i parti del centro) sono state assistite in autonomia dall'ostetrica, secondo il protocollo in atto. Le donne che durante le fasi del travaglio risultavano con rischio ostetrico e pertanto "deviavano" dalla normale fisiologia venivano escluse dal nostro lavoro perché veniva richiesta la supervisione medica. Anche il gruppo di donne che sceglieva di eseguire l'analgesia epidurale non è stato considerato dall'autonomia ostetrica. Rimane il 22,9% delle donne reclutate a basso rischio ad essere gestite in completa autonomia dall'ostetrica, delle quali verranno riportati gli esiti materni e fetali.

I risultati suggeriscono che in un ambiente ospedaliero, il travaglio gestito autonomamente dall'ostetrica in donne a basso rischio può realizzarsi con molti vantaggi, senza rischi aggiuntivi per la madre e il neonato ed evitando complicanze dovute a trasferimenti da altre strutture scelte per il parto all'ospedale.

ABSTRACT

One of the most important goals of modern obstetric care is to ensure compliance with the physiology while ensuring , with excellent supervision , good maternal and neonatal outcomes .

The aim of this study was to analyze maternal and neonatal outcomes of pregnant women at term low risk (nulliparous and multiparous) admitted in spontaneous labor and midwife assisted autonomy in a level III center .

We observed a group of low-risk women with a singleton pregnancy obstetrician , the situation in the longitudinal , cephalic presentation and admitted in spontaneous labor .

Our hypothesis is that , in hospitals run by the midwife labor in women at low risk on admission may be a possible way to secure the de-medicalization .

Maternal and neonatal outcomes considered were : type of delivery , episiotomy, , postpartum hemorrhage (PPH) , transfusions , pH and Apgar score of newborns, the prevalence of SGA and LGA infants , admissions TIN , perinatal mortality .

Women at low obstetric risk (50.3 % of all parts of the center) have been assisted by the midwife autonomy , according to the protocol in place . Women who were in the stages of labor with obstetric risk and therefore become at risk obstetrician excluded from our work. Medical supervision for emerging risk factors in the first or second stage of labor was required in 16.1 % and 8.6 % of cases, respectively . Epidural analgesia was performed in 29.8 % of cases. , Although the latter group of women was not considered by the autonomy midwife . There are only 22.9 % of low-risk women recruited and managed autonomously by the midwife .

The results suggest that in a hospital environment , labor, midwife managed independently in low-risk women with a lot of benefits can be realized without additional risks for the mother and the baby and avoiding complications due to transfers from other structures chosen for the confinement to ' hospital.

PREMESSA

L'assistenza al parto assume un rilievo notevole se si considera che l'evento parto-nascita, costituisce un momento fondamentale nell'arco del ciclo vitale, poiché garantisce la continuità della specie e della comunità trasformando la coppia in famiglia.(1)

Il luogo preferenziale del parto è sempre stato la casa e la sua sorveglianza era affidata esclusivamente al ruolo femminile dell'Ostetrica che affiancava la donna incaricandosi non solo del benessere fisico ma anche del sostegno affettivo e psicologico.(2)

A partire dal secolo scorso la procreazione umana è via via diventata campo esclusivo della medicina, attraverso un processo storico ha condotto in questo secolo alla sua "medicalizzazione" e che ha avuto come conseguenza l'ospedalizzazione del parto e della nascita.

Oltre a ciò, parallelamente alle migliorate possibilità di diagnosi ed alla "pretesa" che la nascita sia sempre un evento favorevole, si è riscontrato un incremento del taglio cesareo programmato, incremento che può essere imputato sia ad una conduzione assistenziale sempre più orientata verso una conclusione cosiddetta "sicura" della gravidanza, sia al dettato di abbassare ulteriormente il tasso di mortalità e morbilità perinatale, ma su cui incide anche l'interferenza medico-legale sull' esercizio dell' attività del medico, nonché una certa facilità decisionale di risolvere con meno impegno di tempo e di fatica una gravidanza.

Tutto ciò, insieme all'applicazione routinaria di alcune pratiche interventistiche ha fatto dimenticare l'aspetto naturale ed umano dell'evento, proteggendo il benessere fisico di madre e neonato, ma sottovalutando le necessità psichiche di entrambi; le madri che partoriscono oggi giorno sono considerate "pazienti in ospedali" piuttosto che donne che stanno attraversando un normale stadio del loro sviluppo psico-fisico: si determina così la convinzione che "la donna non partorisce, ma viene fatta partorire". (3-4)

Non si ritiene importante l'ambiente come luogo fisico, ma l'ambiente costituito e caratterizzato dalle persone: non è il luogo che rende migliore e creativo per la donna il momento del parto-nascita, ma bensì il cambiamento radicale dell'atteggiamento delle persone che sono coinvolte in questo particolare ed irripetibile momento della vita di ogni donna.

Si devono rispettare i ritmi del travaglio e del parto della donna, la sua fisiologia, senza che nessuno intervenga a regolare, cambiare, ma solo a sorvegliare, la continuità del rapporto col nuovo nato, la presenza del padre; inoltre si desidera riavere la convivialità del tempo delle comari, senza per questo dover rifiutare la sicurezza delle tecniche moderne: in definitiva si dovrebbe giungere ad un sinergismo, finalizzato al benessere della donna, tra struttura sanitaria con le sue necessarie esigenze di schematizzazione ed il giusto desiderio della gestante, che vive in prima persona l'esperienza della propria gravidanza e del futuro parto, di avere il totale adattamento dell'assistenza del suo singolo caso nella struttura che se ne farà carico.

INTRODUZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha individuato nel miglioramento della qualità della vita della madre e del bambino uno degli obiettivi sanitari prioritari per ogni realtà sociale. Fra questi occupa un posto importante l'auspicio di un'assistenza ostetrica rispettosa sia della fisiologia che di una efficace vigilanza della madre e del feto.

La definizione di normalità nel parto così recita: "evento che inizia spontaneamente, con un rischio basso in esordio, che si mantiene tale per tutto il travaglio di parto. Con esso il feto viene espulso spontaneamente, in presentazione di vertice, fra la 37^a e la 42^a settimana completa di gestazione, lasciando madre e neonato in buona salute" (5)

Si deve inoltre tener presente che, con la nascita, la madre non si limita a dare alla luce un bambino sano, ma vive un'esperienza che impronta decisamente la futura vita sua e della famiglia, in un contesto quindi ove l'analisi della qualità riveste un ruolo fondamentale che influisce sia sulla pratica attuale che sull'agire futuro.

(Il modello della presa di coscienza e capacità di autodeterminazione delle donne (empowerment), il modello sociale di salute, l'approccio integrato, la comunicazione efficace che devono caratterizzare i servizi di salute primaria in tutto il mondo.)

Si può anche aggiungere che lo scopo di una corretta assistenza alla gravidanza, parto e puerperio fisiologico richiede che si mantenga madre e figlio in buona salute con il livello minore di intervento compatibile con la sicurezza". E ciò significa che, in situazioni normali, non dovrebbe sussistere una valida motivazione per interferire con la evoluzione naturale. Ne consegue che una progettualità che sviluppi esperienze di "Spazio per la nascita fisiologica e consapevole" deve attenersi agli imprescindibili valori della *sicurezza* e della *naturalità* e potrà essere sostenuta da molteplici elementi di natura sociale, psicologica, professionale ed organizzativa i cui cardini vogliamo qui di seguito riassumere.

a) Accanto alla lettura biologica, l'interpretazione sociale del fenomeno aiuta a comprendere molti eventi: la gravidanza non è "solo questione medica" perché l'aspetto dei determinanti e degli "outcomes" sociali e psicologici è altrettanto importante quanto quello degli esiti biologici. A tale proposito è particolarmente rilevante ricordare l'esistenza di un diffuso scenario fra le donne ove il vissuto esperienziale della propria gravidanza fisiologica, dell'evento nascita e della genitorialità mantiene uno stretto legame con il territorio di residenza e con la sua cultura.

b) Assistere la donna in un cambiamento così significativo presuppone per l'operatore/trice l'assunzione di un onere sociale rivolto alla promozione della salute ed al sostegno del complesso adattamento alla nuova realtà materna e familiare. Infatti, durante i primi giorni di vita del bambino esordisce il flusso di interazioni che favorisce prima l'attaccamento e poi l'evoluzione del rapporto mamma/neonato.

c) Negli ultimi decenni l'uso e l'abuso della tecnologia nella salute della madre e del bambino connotano la crescente tendenza ad una medicalizzazione della gravidanza, della nascita e del periodo post-parto che caratterizza le nazioni industrializzate.

Un percorso che valorizzi la naturalità dovrà comunque sempre garantire i requisiti di sicurezza nel rispetto delle evidenze scientifiche esistenti in materia.

d) I fenomeni adattativi sono soggetti ad equilibri molto delicati, per cui tutte le gravidanze dovrebbero essere assistite in modo vigile ed attento, ma nessuna dovrebbe subire interferenze senza una giustificazione medica. Il modello medicalizzato è sembrato per molto tempo destinato a migliorare la salute sociale, ma l'esperienza ha dimostrato che gli strumenti della cura forniti dalla tecnologia interferiscono con l'atto assistenziale del prendersi cura della persona e delle sue emozioni. Risulta quindi opportuno evitare l'abuso della tecnologia, sia per motivi etici che economici, auspicando che le due modalità di approccio possano riconoscersi in un "agire" equilibrato e condiviso dal mondo scientifico.

e) L'ostetrica è la figura adeguatamente formata e legalmente riconosciuta per "la presa in carico" di tutto il processo assistenziale alla donna in gravidanza, nel parto e nel puerperio normali e del neonato sano. Per quanto concerne lo specifico professionale, il DM 740/94 e le leggi 42/99 e 251/2000 (presenti per esteso in appendice) individuano le attività ed i compiti propri della professione che scaturiscono da obiettivi formativi specifici, quali:

- gestione autonoma della fisiologia materno-fetale e neonatale,
- capacità di riconoscere situazioni potenzialmente patologiche,
- capacità di collaborare in equipe,
- capacità di intraprendere le misure e i provvedimenti di emergenza in attesa del medico.

f) Dai dati di letteratura disponibili sui modelli organizzativi attuati (6) emerge che, nel confronto tra gestione autonoma dell'ostetrica e modelli tradizionali, la nascita presso strutture a completa indipendenza - tipo "casa del parto" - è paradossalmente associata a modesti benefici - inclusi la riduzione della medicalizzazione e l'aumento della soddisfazione materna - a fronte di un incremento di rischi di entità correlata ai periodi storici ed ai diversi contesti. Per questo, la donna deve essere adeguatamente e tempestivamente informata ed il personale sanitario deve dimostrarsi "consapevole" e rigorosamente "vigilante" su ogni segnale di complicità.

Considerato che la popolazione a basso rischio è stimata intorno al 30-35% di tutte le gravidanze e che il 2.5-3% ha richiesto un trasferimento di urgenza (7), occorre concentrare l'attenzione sul collegamento tra il luogo del parto ed il punto nascita di riferimento, al fine di disegnare un percorso sicuro per i casi di emergenza/urgenza che si possono presentare. Si precisa che dal punto di vista medico-legale, l'American College Obstetricians Gynecologists stabilisce che un intervento di emergenza, quale il taglio cesareo d'emergenza, deve essere effettuato in un lasso di tempo al massimo di 30 minuti intercorrenti tra la decisione di effettuarlo e il momento dell'incisione della cute.

È opportuno inoltre sottolineare che l'approccio multidisciplinare deve essere considerato l'attuale modalità di risposta ad ogni bisogno di salute. Ciò significa che è necessario mantenere la consuetudine del monitoraggio biologico e strumentale anche nella gravidanza a basso rischio.

Il principio dell'autonomia professionale dell'ostetrica era affermato nella raccomandazione n. 6 della "Conferenza europea sul nursing", tenuta dall'OMS a Vienna nel 1988:

"Gli infermieri e le ostetriche, managers dell'assistenza infermieristica ed ostetrica, debbono godere di autonomia professionale"

- autonomia assoluta inerente ad atti affidati in tutto e per tutto all'ostetrica;
- autonomia di relazione quando è implicata una relazione con il medico.

L'autonomia, in termini negativi, indica l'esistenza di ambiti propri di esercizio professionale, da realizzare senza vincoli di subordinazione, operativa e decisionale.

L'autonomia, in termini positivi, dichiara invece i contenuti, la metodologia e gli obiettivi propri della professione, in modo da non dover necessariamente enunciare che l'attività è svolta senza vincoli rispetto ad altre professioni.

Per quanto riguarda l'Italia, è da ritenere che già la legge 42 del 1999 - con la duplice abrogazione dell'aggettivo "ausiliario", attribuito alla professione di ostetrica e del regolamento per l'esercizio della professione - affermasse già, sia pure implicitamente, il principio dell'autonomia professionale.

Tale principio era peraltro desumibile da norme ancora precedenti.

Basti riflettere sullo stile con cui era formulato il testo del DM 740 del 1994, in cui non figura mai l'imposizione di alcun limite all'attività dell'ostetrica rispetto alla professione medica. È da sottolineare, al riguardo, che, nell'unico passo in cui è richiamata la pertinenza medica, il D.M. 740 si esprime in modo da individuare la peculiare competenza dell'ostetrica, piuttosto che stabilirne i limiti professionali.

L'art. 1, comma 5, recita infatti:

"L'ostetrica è *in grado* di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono intervento medico e di praticare, ove occorra, le relative misure di particolare emergenza". La competenza dell'ostetrica, così descritta in termini positivi, è di *individuare situazioni potenzialmente patologiche*; il fatto che esse *richiedano intervento medico* è dunque riportato, nel D.M. 740, con una formula che fa risaltare la capacità valutativa - *diagnostica*, si potrebbe precisare - dell'ostetrica, piuttosto che il suo dovere di coinvolgere il medico che, comunque nelle situazioni indicate, sussiste.

Può essere inoltre interpretata quale consolidata autonomia, un'altra attività che caratterizza da molto tempo la professione di ostetrica: la certificazione di assistenza al parto e la denuncia da inoltrare all'autorità sanitaria di qualsiasi fatto rilevato nell'esercizio professionale, specificità che non trova riscontro nell'esercizio di altre professioni sanitarie non mediche.

Tutto ciò premesso, occorre stabilire se l'autonomia a cui fa riferimento la legge 251 sia intesa in termini negativi o positivi.

La scelta di basare la definizione del concetto di autonomia sulla distinzione fra le funzioni proprie da quelle di altre professioni sanitarie - e di quella medica in particolare - può condizionare lo sviluppo del discorso e portare a concettualizzazioni che, forse utili dal punto di vista pratico, rischiano di essere limitative rispetto allo stesso concetto di autonomia.

OBIETTIVO DELLO STUDIO

L'obiettivo del nostro lavoro è stato quello di analizzare gli outcome materni e neonatali di donne gravide a termine a basso rischio (nullipare e pluripare) ricoverate in travaglio spontaneo e assistite in autonomia dall'ostetrica in un centro di III livello. L'accesso all'assistenza sanitaria è attualmente il fattore chiave per ridurre eventi avversi al parto anche nei paesi sviluppati. Quando però interviene l'eccesso di cura e l'idea che l'atto medico possa migliorare ciò che la natura autonomamente e spontaneamente gestisce, possono insorgere problemi che l'evidenza ha già dimostrato e che la Comunità internazionale più volte ha decisamente condannato.

Nel 1996, infatti, sulla base delle revisioni sistematiche pubblicate in *Effective care in pregnancy and childbirth* e, successivamente, in *The Cochrane pregnancy and childbirth database* (in seguito incorporato nella *Cochrane library*), un gruppo di lavoro della Organizzazione mondiale della sanità (WHO) ha pubblicato un report (6).

Questo documento identifica gli obiettivi dell'assistenza alla nascita fisiologica, indipendentemente dal paese o dalla regione geografica ed indipendentemente dalla sede, dalle caratteristiche o dal livello del luogo in cui avviene il parto.

Il documento richiama esplicitamente le raccomandazioni pubblicate dall'OMS nel 1985 (8), rilevando come numerose delle procedure già ritenute inappropriate dal precedente rapporto vengano comunemente e ampiamente utilizzate, nonostante il rigore scientifico delle raccomandazioni e la crescente importanza attribuita alla Medicina delle prove di efficacia (EBM).

In questo documento viene data la sopracitata definizione di parto fisiologico, sottolineando, inoltre, che "alcune delle raccomandazioni descritte si possono adattare anche all'assistenza di gravide ad alto rischio, nel momento in cui queste dimostrino un normale decorso del travaglio di parto.". Sostenendo un tale approccio l'OMS afferma esplicitamente che "nel parto fisiologico deve esistere una valida motivazione per interferire con la evoluzione naturale".

Esaminando la questione del luogo dove partorire, il documento afferma poi che "una donna dovrebbe partorire in un luogo che le dia la sensazione di essere sicura, permettendole però di scegliere la sede meno centralizzata compatibile con una assistenza appropriata e sicura".

Nell'ambito dell'assistenza al parto, infine, l'OMS indica il rapporto "*one to one*", tra ostetrica e partoriente, quale miglior metodo assistenziale per la fase attiva del travaglio.

Quando in un reparto di maternità, l'approccio alla gravidanza, al travaglio e al parto è prevalentemente di tipo medico - tecnologico, l'organizzazione ospedaliera e la gestione dell'assistenza ostetrica lasciano poco tempo da dedicare al sostegno delle donne ricoverate. Poiché i benefici risultano evidenti e non vi sono rischi associati, è invece opportuno che la gestione clinico-amministrativa dedichi ogni sforzo alla realizzazione della continuità di tale sostegno per tutte le donne che entrano in travaglio.

Tenendo conto dell'organizzazione corrente dei reparti di assistenza alla nascita, potrebbe quindi essere utile (6-7):

- programmare piani di assistenza che permettano alle ostetriche di dedicare più tempo al sostegno emotivo delle donne in travaglio;
- utilizzare metodi di lavoro più flessibili che permettano allo staff di essere più vicino alle esigenze delle donne.

La nostra ipotesi è, che, in ambito ospedaliero, il travaglio gestito dall'ostetrica nelle donne a basso rischio al ricovero possa rappresentare una via possibile verso la sicura *demedicalizzazione* (9).

Ciò che, qui, abbiamo dunque voluto dimostrare é che anche in un centro di III livello è possibile umanizzare la nascita attraverso una gestione ostetrica in completa autonomia e in assenza di un rilevabile peggioramento dell'outcome materno e fetale.

STATO DELL'ARTE

Assistiamo, attualmente, ad un interessante dibattito su quale sia la modalità migliore di assistenza al travaglio ed al parto.

Alcuni sostengono che la “*medicalizzazione*” del travaglio e parto può essere l’approccio migliore nella gestione dei meccanismi di travaglio e parto (10-11-12), altri sostengono che l’accompagnamento e l’assistenza ostetrica e l’intervento medico solo quando necessario, sia l’approccio migliore nelle donne a basso rischio (13). Tra questi ultimi il miglior modo di assistenza a travaglio e parto è ancora oggetto di dibattito scientifico e di ricerca (14,15,16,17).

Il primo modello di “management attivo in travaglio” (AML) è stato introdotto negli anni '60 dalla Scuola di Dublino. La sua regola delle “12 ore al parto” è stata fissata per ridurre i travagli prolungati (in questi anni una delle maggiori cause di morte intrapartum). Il successo dell’AML si basa su quattro parti: criteri di diagnosi di travaglio stretti, supporto continuo, amnioressi precoce, utilizzo precoce dell’ossitocina (19), ai quali si aggiunge, più tardi, la discussione settimanale dei casi (20). Con queste condizioni, nello studio originale su 1000 primipare, l’amnioressi e l’ossitocina sono state utilizzate rispettivamente nell’11.9% e 12% delle donne.(18)

Negli stessi anni negli USA, sempre con l’intento di ridurre le morti intraparto, Friedman introdusse le curve cervicometriche, cercando di colmare una lacuna semeiologica di quel periodo storico in cui lo screening prenatale dei casi ad alto rischio era ancora un privilegio di poche donne ed il monitoraggio elettronico fetale era ancora confinato ai laboratori o a pochi centri selezionati (21).

La debole evidenza di una dilatazione cervicale progressiva nel travaglio attivo, basato su un gruppo troppo piccolo e non omogeneo di donne in travaglio, è stata smentita in anni recenti (11,22), ma già alla fine degli anni '80 uno dei maggiori maestri italiani dell’ostetricia, Giorgio Pardi, sosteneva la pericolosità dell’impiego acritico delle curve di Friedman per l’effetto condizionante che tale atteggiamento poteva produrre su una razionale e personalizzata condotta dell’assistenza al travaglio e parto. Ciò non ostante la ubiquitaria disponibilità del metodo (le curve di Friedman erano prestampate in quasi tutte le cartelle cliniche e/o nei partogrammi) ha attribuito per anni autorevolezza scientifica a milioni di diagnosi di “distocia cervicale” ed alle conseguenti indicazioni all’accelerazione farmacologica del travaglio od al taglio cesareo.

“non voglio veder le curve perché mi condizionano nella gestione del travaglio” cit. Giorgio Pardi 1989 circa

Nel 2009 Clark, Simpson, Knox e Garite hanno analizzato l’accelerazione del travaglio con ossitocina e hanno concluso: “Sappiamo che non c’è nessun’altra area della medicina nella quale un farmaco potenzialmente pericoloso è somministrato per accelerare un processo fisiologico che dovrebbe concludersi senza incorrere nel rischio di somministrazione di farmaci, se lasciato al suo corso.” (23).

Questo conflitto tra la “medicalizzazione” ed il diritto ad un travaglio secondo natura può creare eccessi o negligenze difficilmente compatibili con una corretto ed equilibrato approccio alla gravida in travaglio e forieri di rischi e complicanze per la madre e per il feto. (14,15,16,17).

Quello che possiamo ora osservare è che l'ingiustificato eccesso di medicalizzazione ed il cambiamento dei valori sociali hanno alzato eccezionalmente la percentuale di tagli cesarei, senza portare obiettivi benefici ostetrico-neonatologici, ma con conseguenze durature per i nuovi nati e permanenti per le donne.

La frequenza del taglio cesareo nei paesi industrializzati ha da anni un andamento in ascesa, ma, in Italia, è passato dall'11% nel 1980 al 38% nel 2008 (24,25), con un incremento percentuale che si discosta notevolmente dagli standard europei riportati nel rapporto Euro-Peristat sulla salute materno-infantile del dicembre 2008 (26) (Fig. 1).

Figura 1

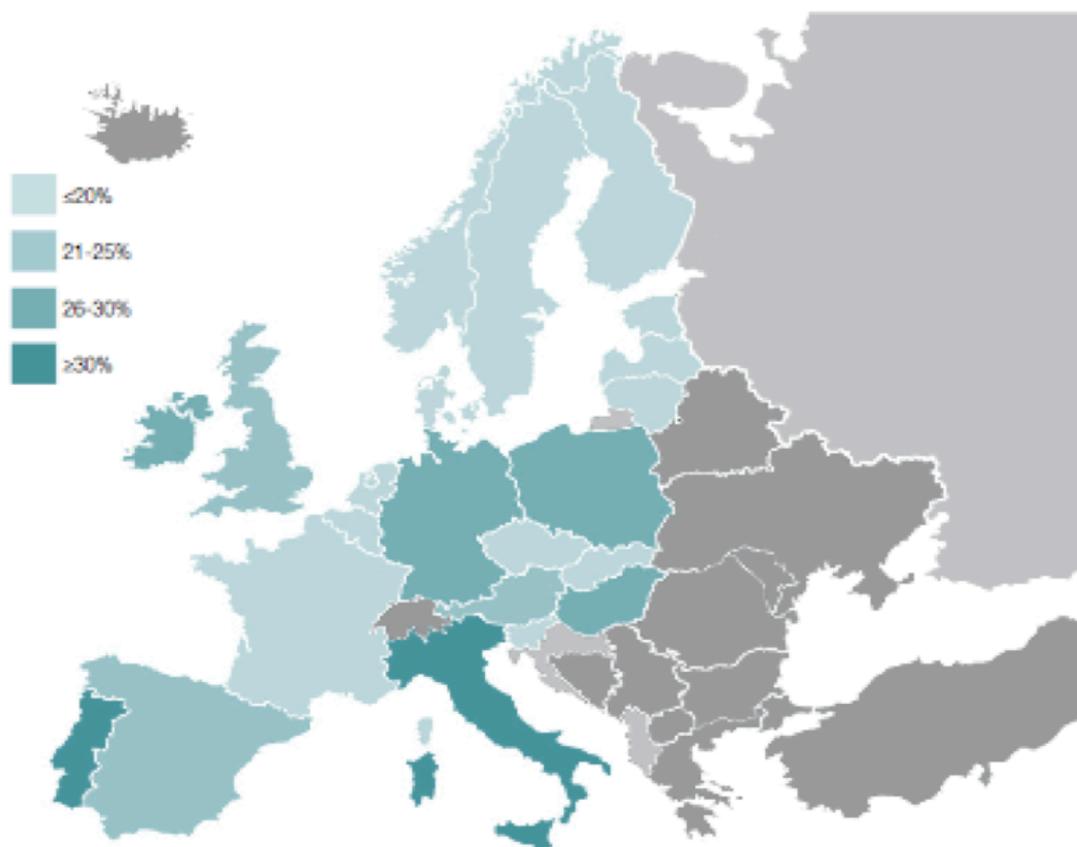


Figura 1. Percentuale di tagli cesarei in Europa (Fonte: European Perinatal Health Report, dicembre 2008).

In Europa, l'Italia presenta la più alta percentuale di cesarei 38% (dati del 2008), seguita dal Portogallo con il 33%, mentre negli altri paesi si registrano valori inferiori al 30% che scendono al 15% in Olanda e al 14% in Slovenia.

Si rileva inoltre una spiccata variabilità su base interregionale (Fig. 2), con valori tendenzialmente più bassi al Nord e più alti al Sud, in un range che parte dal 24% della Toscana e del Friuli-Venezia Giulia ed arriva al 60% della Campania.

Infine, si registrano marcate differenze intraregionali tra punti nascita di diversa tipologia amministrativa e volume di attività (Tab. 1), con percentuali di taglio cesareo nettamente superiori alla media nazionale nei reparti con basso numero di parti e nelle strutture private accreditate (60,5%) e non accreditate (75%) rispetto a quelle pubbliche (34,8%) (27). Questa situazione può trovare spiegazione – ma non giustifica - nella interferenza gestionale diretta ed autonoma del medico curante, che può riconoscere deviazioni decisionali sostenute da motivazioni economiche o di comodità personale.

Tabella 1. Percentuale di tagli cesarei per volume di attività (fonte: Ministero della salute, Sistema informativo sanitario CeDAP, anno 2008)

Fascia di volume di attività (parti/anno)	Percentuale di tagli cesarei
<500	49,7
500-799	43,5
800-999	40,3
1.000-2.499	35,0
≥2.500	33,5
Totale	37,8

Tabella 1

Considerando invece il rapporto tra numerosità dei tagli cesarei e volume dell'attività di sala parto, si può pensare che incida la variabile esperienza degli operatori sanitari, sia medici che ostetriche. Mai come nell'operatore ostetrico, infatti, tende ad incrementare progressivamente la paura di inadeguatezza professionale, tanto più aumenta il tempo che intercorre tra un atto assistenziale ed il successivo.

Sul versante opposto, non sono disponibili prove a sostegno di un'associazione positiva tra il maggiore ricorso alla pratica chirurgica ed una riduzione del rischio materno-fetale, né tanto meno di miglioramenti significativi degli esiti perinatali. Al contrario, i dati disponibili riportano una più alta mortalità perinatale nelle regioni meridionali del paese, dove la percentuale di tagli cesarei è, in effetti, più elevata (28).

Concludendo, l'ampia variabilità rilevata nel paese sembra comunque essere un indizio di comportamento clinico-assistenziale non appropriato, riconducibile a molteplici fattori indipendenti dalle condizioni di necessità clinica, quali carenze strutturali ed organizzative, scarsa competenza del personale sanitario nel gestire la fisiologia (taglio cesareo visto

come pratica difensiva) e tendenza socio culturale di massa che assimila il cesareo ad una modalità elettiva di nascita.

Numerosi sono gli (33,34,35,36,37,38) studi che affrontano il problema della qualità assistenziale in sala parto: qualità intesa come percepita dalla donna, ma anche misurata attraverso gli indicatori oggettivi di esito, indispensabili nell'assistenza al travaglio e al parto. Elliot K. Main et al, 2004 hanno pubblicato sull'AJOG uno studio multicentrico durato 5 anni, nel nord della California, focalizzando i processi assistenziali attraverso l'analisi degli indicatori di qualità con lo scopo di ottenere un programma di miglioramento delle cure in travaglio e parto (33). Mann S. et al nel 2006 hanno pubblicato uno studio andando ad individuare degli indicatori di qualità ostetrica che, a loro volta, sono stati testati per poter migliorare l'assistenza ostetrica in travaglio di parto. (34). Anche Kongnyuy Ej, Uthman OA, hanno pubblicato nel 2009 un revisione sistematica sull'utilizzo dell'*audit* clinico come progetto di miglioramento delle qualità delle cure assistenziali in travaglio di parto basandosi su indicatori ostetrici, da loro riconosciuti come alta qualità assistenziale. (35)

MATERIALI E METODI

Nell'Ospedale Universitario di Terzo livello, con sede a Milano (Italia), tra settembre 2010 e agosto 2011, abbiamo eseguito uno studio di coorte prospettico osservazionale basato su un protocollo clinico che definisce i criteri di selezione del travaglio a basso rischio nel momento del ricovero e guida il monitoraggio dei rischi emergenti durante il travaglio e il parto.

Si è proceduto inizialmente all'identificazione delle donne con travaglio a basso rischio, con una accurata raccolta dell'anamnesi fisiologica, familiare, patologica remota, ostetrica remota, ginecologica; con l'esame fisico o con test eseguiti prima della gravidanza, alla prima visita o durante le visite successive.

L'equipe di lavoro ha avuto più incontri per la stesura sia di un protocollo clinico e decisionale che di una normativa per la condotta da tenere nel reclutamento delle utenti.

PROTOCOLLO DECISIONALE CONDOTTA AUTONOMIA OSTETRICA:

L'assistenza al travaglio e al parto fisiologico è compito dell'ostetrica che ne è responsabile.

Il medico verrà consultato per ogni dubbio diagnostico o per l'insorgenza di un'eventuale patologia.

CRITERI DI ESCLUSIONE

- Epoca gestazionale <37 e > 41+2 settimane,
- Presentazione non di vertice;
- Parte presentata extrapelvica in travaglio attivo
- Gravidanza gemellare
- Ogni patologia materna o fetale o placentare nota;
- Travaglio indotto;
- PROM da più di 48 ore;
- Liquidi amniotico tinto;
- Parità superiore a 3

Le donne sottoposte ad analgesia perdurale non rientrano nel contesto dell'assistenza fisiologica.

PROCEDURE ALL'ACCETTAZIONE IN SALA PARTO

- Monitoraggio cardiotocografico per circa 20 minuti: valutarne la normalità, viene controllato il BCF ad intermittenza mediante trasduttore ad US ad intervalli regolari di 15-20 minuti, durante e dopo la contrazione

DIAGNOSI DI TRAVAGLIO

Il problema della diagnosi di travaglio ha notevole rilevanza clinica: la mancata discriminazione tra periodo prodromico e periodo dilatante determina spesso l'inopportuno impiego delle procedure di accelerazione.

La diagnosi di travaglio viene posta in presenza delle seguenti condizioni:

- Contrazioni riferite dalla donna di durata uguale o superiore a 40 secondi (2-3 in 10 minuti)
- Nella nullipara : collo appianato, dilatazione di 2 cm.
- Nella pluripara: collo raccorciato, dilatazione di 3 cm.

ASSISTENZA AL PERIODO DILATANTE

- Partogramma

In coincidenza con la diagnosi di travaglio si inizia la compilazione del cartogramma

- Posizione materna

La donna è libera di assumere qualsiasi posizione le risulti confortevole

- Diuresi

Si invita la donna ad urinare ogni 2 ore

- Visita ostetrica

Nelle nullipare si esegue ogni 2 ore.

Nelle pluripare ogni ora

- Possibilità di effettuare l'amnioressi

L'ostetrica può effettuare la rexi delle membrane in presenza di un travaglio di parto rallentato come segnalato da un protocollo divisionale di assistenza al travaglio di parto.

Tempo limite: due ore nella nullipara, un' ora nella pluripara

ASSISTENZA AL PERIODO ESPULSIVO

- Tempi di assistenza

La sola dilatazione completa non è indice di inizio del periodo espulsivo, ma deve essere unita al premito incontrollabile riferito dalla donna.

Tra la percezione del premito e l'espulsione del feto possono trascorrere fino a 2 ore nella nullipara.

- Auscultazione del BCF

Viene valutato il BCF per un minuto ogni 2 contrazioni con apparecchi US.

Se sono presenti decelerazioni o bradicardia fetale viene effettuata la registrazione in continuo.

- Posizione materna

Durante il periodo espulsivo si invita la donna a spingere assumendo liberamente diverse posizioni.

Si suggerisce la spinta in posizioni verticali libere come: in piedi, in ginocchio, accovacciata, seduta

- Episiotomia

E' opportuno evitarne l'uso sistematico

- Episiorrafia

La rafia della: lacerazione di I grado;

lacerazione di II grado;

mediana

verrà eseguita dall'ostetrica.

ASSISTENZA AL SECONDAMENTO

Si attende la fuoriuscita spontanea della placenta senza eseguire manovre di spremitura alla Credè, né manovre di trazione sul funicolo per un'ora, a meno che la perdita ematica non superi i 500 ml.

Al fine di contenere la perdita ematica, vengono somministrate 5 UI di Syntoinon e 2 fiale di Methergin alla nascita del bambino.

ASSISTENZA AL POST-PARTO

Dopo il parto la donna trascorrerà due ore in osservazione nell'area travaglio/parto.

Prima del trasferimento in puerperio l'ostetrica rileverà la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca, verificherà la perdita ematica, la contrattura e la retrazione uterina, la presenza di globo vescicale e inviterà la donna alla minzione spontanea.

ASSISTENZA LA NEONATO FISIOLÓGICO

Definiamo neonati fisiologici i bimbi nati dopo una gravidanza fisiologica, da una donna sana, che in travaglio di parto e all'esame obiettivo alla nascita presentino le seguenti caratteristiche:

Caratteristiche prenatali:

- gravidanza fisiologica a termine;
- epoca gestazionale compresa tra la 37° e la 41+2° settimana;
- feto singolo in presentazione cefalica;
- liquido amniotico limpido.

Caratteristiche alla nascita:

- apgar ad un minuto \geq a 7
- pH venoso funicolare $>$ 7.13;
- parto spontaneo per via vaginale;
- assenza di malformazioni evidenti;
- peso adeguato per età gestazionale.

- Aspirazione delle prime vie aeree:

in presenza di liquido amniotico si può limitare alla delicata detersione delle prime vie aeree (naso-bocca), preferibilmente all'espulsione della testa.

- Mantenimento della temperatura corporea

Il neonato deve essere subito asciugato accuratamente e coperto con panni caldi. Sarà quindi posto a contatto con il corpo materno, così da evitare la dispersione di calore.

- Punteggio di Apgar

La sua assegnazione al primo e al quinto minuto è compito dell'ostetrica che ha assistito la donna al parto.

- Clampaggio del funicolo

Non vi sono evidenze scientifiche che indichino il momento ideale per procedere al clampaggio del funicolo; generalmente questa manovra viene effettuata in base alla pulsatilità del funicolo stesso.

Criteri di basso rischio

Le pazienti ricoverate in travaglio sono state sottoposte a triage dalle ostetriche e la diagnosi finale di basso o alto rischio è stata fatta da medici specialisti in ostetricia. (tab 2a). Ciascuna donna è stata assegnata a un'ostetrica senza supervisione medica. L'obiettivo di questo metodo è la cura "uno a uno" durante il turno di 12 ore. Il responsabile della Sala Parto è stato incaricato della revisione giornaliera degli out come.

Le ostetriche hanno riportato al ginecologo in turno i rischi emergenti durante lo stadio 1 o 2 del travaglio (tab 2b).

Tabella 2a	Tabella 2b
Basso rischio: criteri di ammissione	Alto rischio
Anamnesi ostetrica personale e familiare normale compresa la minaccia di parto pretermine <32 settimane	Liquido amniotico tinto di meconio
Epoca gestazionale tra la 37 ^a settimana e la 41+2 settimane	Evoluzione anomala del I stadio del travaglio: attività contrattile <3 in 10 minuti, dilatazione cervicale rallentata
Feto singolo in presentazione cefalica	Prolungata fase di transizione nel II stadio del travaglio >1 hour,
Placenta normoinserita	CTG classi 2 o 3, (*)
Crescita fetale regolare	Rallentamento della fase attiva del II stadio del travaglio
Assenza di anomalie congenite note o di malattie infettive trasmesse al feto	CTG Piquard class > 1 in active phase of second stage,
Travaglio ad insorgenza spontanea	Qualsiv condizionale clinica e non che l'ostetrica evidenzia come necessità di avvisare il medico
Membrane integre o prom <12 ore e conta dei WBC <14.000, senza leucocitosi e PCR normale	

Management del travaglio

Dopo il tracciato al ricovero di 20-40 minuti, il benessere fetale è stato monitorato e registrato a intervalli di 30 minuti. La dilatazione cervicale è stata valutata ogni 2 ore e sono state favorite posizioni attive materne. La posizione fetale posteriore in travaglio è stata trattata con posizioni attive della madre l'ostetrica:

Vantaggi della libertà di movimento e della posizione verticale in travaglio di parto:

La donna libera di muoversi secondo le sue necessità sceglie la posizione per lei più adeguata e analgica ed ha la percezione di controllare meglio le funzioni del proprio corpo

Nella postura eretta il travaglio è più veloce ed efficiente

- ✓ Pressione efficace della parte presentata sulla cervice che stimola produzione di ossitocina
 - ⇒ Contrazioni regolari
 - ⇒ Dilatazione cervicale facilitata
 - ⇒ Periodo dilatante ridotto

La posizione verticale:

- ✓ è più confortevole
- ✓ facilita la possibilità di movimento
- ✓ favorisce il rilassamento in pausa
- ✓ sfrutta la forza di gravità

Con la libertà di movimento

- ✓ Si riduce l'ansia, la tensione, lo stress
 - ⇒ Diminuisce la produzione di adrenalina
 - ⇒ Che stimola produzione di ossitocina
- ✓ Si riduce l'uso dei farmaci
- ✓ Si riducono gli interventi inutili

Nelle posizioni verticali

- ✓ La respirazione materna migliora
- ✓ Si evita la compressione uterina su cava e aorta
- ✓ Diminuisce ipotensione
- ✓ Migliora circolazione materna e fetale
- ✓ Migliora irrorazione placentare
- ✓ Si previene sofferenza fetale

Al parto

- ✓ Si potenzia la forza espulsiva muscolare
- ✓ Migliora la distensione ed il rilassamento della muscolatura del pavimento pelvico
- ✓ Diminuisce il rischio di lacerazioni e la necessità di ricorso all'episiotomia
- ✓ Aumenta diametri dell'egresso pelvico
- ✓ Si favorisce il legame madre-neonato con il contatto visivo immediato

Nelle posizioni di sospensione si sfrutta al meglio la mobilità della pelvi

E' utile che la posizione in travaglio e al parto sia libera

Se la donna vuole stare sdraiata consigliare di non poggiare sulla schiena per evitare compressione sui grossi vasi. (35)

<u>Posizioni in travaglio</u>	<u>vantaggi</u>	<u>svantaggi</u>
<i>In piedi</i>	Con rotazione del bacino (durante la contrazione) favorisce la discesa e l'impegno della p.p. Aumenta intensità ed efficienza contrazioni: può essere utilizzata in caso di travaglio a lenta evoluzione Ridotta compressione della colonna (meno mal di schiena) Non compressione cava e aorta	Difficile registrazione bcf Da non utilizzare nei periodi espulsivi rapidi
<i>Accovacciata</i>	Difficile registrazione bcf Da non utilizzare nei periodi espulsivi rapidi	Se mantenuta a lungo diminuisce il ritorno venoso (crampi) Difficile registrazione bcf
<i>carponi</i>	Aumento diametri stretto medio e inferiore Diminuisce la pressione sulla bocca uterina: da far assumere in caso di premiti precoci, posizioni posteriori	Diminuisce mal di schiena Difficile registrazione bcf
<i>fianco</i>	Evita ipotensione Migliora attività contrattile Registrazione continua bcf	Limita movimento
<i>supina</i>	Registrazione continua bcf	Maggiore mal di schiena Maggio utilizzo analgesici e ossitocici Ipotensione e possibilità di minor perfusione placentare Minor intensità ed efficacia contrazioni, Donna passiva

<u>Posizioni al parto</u>	<u>vantaggi</u>	<u>svantaggi</u>
<i>In piedi</i>	Favorisce discesa e impegno della p.p.	Difficile esecuzione episiotomia
<i>Accovacciata</i>	Aumenta egresso pelvico (nutazione) favorendo progressione e rotazione p.p. Favorisce flessione testa fetale che fa perno sul pube Favorisce la distensione del perineo Aumenta la pressione perineale: migliore percezione del premito, da non usare in caso di emorroidi importanti Aumenta pressione intra-addominale Favorisce disimpegno spalle Minore percezione del dolore Contatto visivo madre/figlio	Difficoltà di mantenere a lungo la posizione Diminuisce ritorno venoso Da non usare in donne con varicosità vulvari e agli arti inferiori e nei parti precipitosi
<i>carponi</i>	Consente maggiore apertura egresso pelvico Favorisce rotazione p.p. (consigliata nelle posizioni posteriore) Diminuisce la pressione sul perineo (consigliata nei parti precipitosi) Da usare: nel sospetto di feti macrosomi per eventuale distocia di spalle, nei parti prematuri (diminuita pressione sul perineo) prolasso di funicolo	Operatore esperto
<i>fianco</i>	Evita ipotensione diminuisce pressione sul perineo: consigliata nei parti precipitosi	difficoltà di sostenere l'arto per la durata del parto
<i>supina</i>	comoda per operatore	Ipotensione, crampi arti inferiori apertura arti 90°, mal di schiena disarmonica distensione del perineo (unicamente a spese del posteriore) ridotta perfusione placentare donna non vede coccige senza possibilità di movimento

Trattamento del dolore in travaglio

Il dolore del travaglio è associato alla funzione fisiologica della nascita, alla sopravvivenza individuale della specie, non causa di per se morbilità o mortalità, perciò non deve essere trattato sistematicamente come patologico (36) Sono relativamente frequenti i parti di breve durata o con soglia del dolore molto alta, nei quali è sufficiente per la persona in travaglio una buona accoglienza e modeste misure di confort. La situazione migliore dei punti nascita è poter offrire molte possibilità analgesiche, perché nessun metodo di per sé è soddisfacente per tutte le donne in travaglio.

Misure di confort: sono di confort per la persona in travaglio le misure di riduzione degli stimoli fastidiosi, la possibilità di muoversi e di assumere posizioni diverse, il massaggio e le applicazioni calde.

- Riduzioni degli stimoli fastidiosi come rumore del monitoraggio cardio toco grafico in continuo, le esplorazioni vaginali, la mancanza di privacy, le luci luminose, la temperatura alta e alcune attività considerate routinarie dagli operatori possono essere fonte di fastidio o di disagio. Correggere o eliminare questi discomfort aumentano il benessere della donna in travaglio.
- Possibilità di muoversi liberamente e assumere posizioni diverse aumenta il senso di controllo della persona sul proprio travaglio, rimanere in posizione verticale favorisce tale controllo e migliorano il confort materno durante la fase del travaglio
- Massaggio viene suggerito quando si osserva la necessità del contatto, e quest'ultimo se dato dal partner riduce ansia e dolore (37)
- Applicazioni calde attraverso le compresse calde alla schiena, alle articolazioni e l'uso della doccia calda è utile nel rilasciare la muscolatura che è universalmente riconosciuta così come l'immersione in acqua.

Secondo stadio passivo del travaglio

L'impegno a dilatazione completa è favorito con posture attive della madre. La durata della fase passiva è durata fino a 2 ore con tracciati CTG di classe 1 e se esclusa la sproporzione feto pelvica.

Secondo stadio attivo del travaglio

La spinta attiva della madre è stata incoraggiata all'impegno della testa flessa nel canale del parto. Posture attive e posizioni per spingere sono stati scelti dall'ostetrica e dalla donna.

Trattamento del perineo

L'episiotomia (di routine paramediana) è stata eseguita solo su indicazione.

Terzo stadio

Il trattamento del terzo stadio ha previsto l'uso della profilassi ossitocica. Le perdite ematiche sono state misurate tramite sacche graduate. Il pH dal cordone ombelicale è stato misurato in tutti i casi. Il neonato è stato posizionato pelle a pelle sulla pancia della madre finché il cordone ombelicale ha smesso di pulsare o entro 120 secondi.

Violazioni del protocollo si sono verificate in caso di carenza del personale o in caso di interferenza del medico specialista nella gestione del travaglio. Sono stati registrati l'età materna, il peso, la parità e l'etnia.

Nella flow chart che segue viene rappresentato il percorso logico di reclutamento delle donne a basso rischio ostetrico e il loro percorso durante il travaglio e parto. Sono previste situazioni che, sia durante la prima che la seconda fase del travaglio, possono sospendere il percorso "basso rischio", come l'insorgenza di LA tinto, di CTG non rassicuranti o, ancora, la necessità di *augmentation* del travaglio di parto. Altre donne escono dal percorso perché chiedono l'analgisia epidurale. Ciò significa che solo una parte delle donne reclutate concludono il percorso fisiologico con l'assistenza dell'ostetrica in completa autonomia.

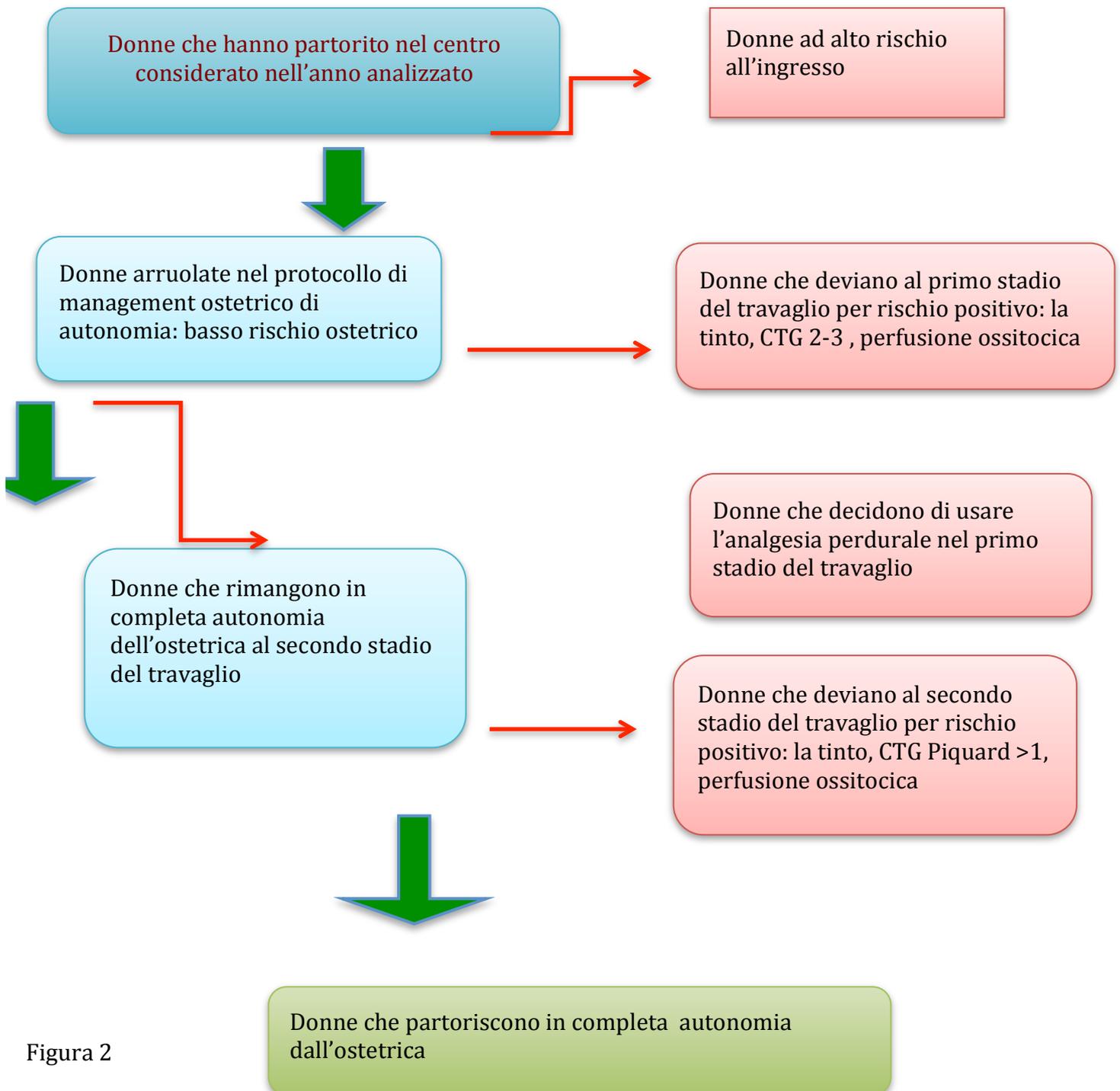


Figura 2

Misura degli outcome

Sono stati considerati come outcome primari: modalità del parto, episiotomia paramediana, lacerazioni di 3-4 grado, emorragie post partum, trasfusioni di sangue, isterectomie, pH, Apgar a 5 minuti, ricoveri in TIN, mortalità intraparto e neonatale.

IL peso e il sesso del neonato sono stati registrati per calcolare la prevalenza di SGA e LGA secondo le linee guida vigenti. In caso di insorgenza di un fattore di rischio la paziente è passata sotto la responsabilità del medico di guardia.

I dati ottenuti sono stati salvati secondo la legge sulla privacy. Lo studio è stato condotto secondo gli standard del GMP e la dichiarazione di Helsinki.

Analisi statistica

Sono stati utilizzati metodi di statistica descrittiva e analisi parametrica e non parametrica. I rischi relativi di outcomes materni e neonatali avversi sono stati calcolati per le donne con fattori di rischio emergenti in travaglio. Gli outcomes avversi sono stati ottenuti sommando parti operativi, episiotomie, perdite ematiche e pH bassi, bassi punteggi di Apgar a 5 minuti e numero di ricoveri in TIN. E' stata eseguita un'analisi multivariata per scoprire correlazioni indipendenti tra fattori di rischio emergenti in travaglio e outcome avversi. I dati mancanti sono stati ricercati sulle cartelle cliniche. Tutti i dati sono stati analizzati usando "StataR" edizione nel 2011 (StataCorp, Texas, USA).

RISULTATI

ANALISI PRELIMINARE DEL CAMPIONAMENTO:

Nel periodo di 12 mesi considerato in questo studio, hanno partorito nel nostro Centro.3487 donne.

La mediana dell'età materna è stata di 34 anni (IR 31-37), il peso 70 kg (IR 63-77), senza differenze statisticamente significative tra donne Caucasiche (78.7%) e non Caucasiche (21.3%).

Durante il periodo in studio il tasso di TC è stato del 21.6% ed il tasso di parti vaginali operativi (vacuum extractor) l'8.3 % .

Non sono avvenute morti intrapartum o neonatali in neonati partoriti a termine senza malformazioni, durante il periodo in studio.

Come già detto e come viene sintetizzato nella figura 3, il reclutamento del campione in osservazione non ha incluso donne che prima o durante la gravidanza presentassero dei fattori di rischio. Fra queste, non sono state avviate al protocollo donne con pregresse patologie sistemiche, con patologie insorte durante o causate dalla gravidanza o con feti non sani. Essendo il nostro ospedale un centro di riferimento per patologie materne e fetali, le gravide escluse all'ingresso sono state numerose (1699 pari al 48.7% del totale delle ospedalizzate per travaglio e/o parto). I quadri più importanti di "non fisiologia" comprendono l'induzione a termine o post termine, per varie indicazioni - come la gemellarità, lo stato di pre-cesarizzata, le patologie organiche o di sviluppo del feto, le patologie sistemiche materne, un'anamnesi positiva per pregresse morti endouterine, la presenza di concomitanti patologie annessiali e la parità superiore o uguale a 3 (798 casi, 22.9%) - i parti prematuri (494 donne, 14,1%) e l'esecuzione di un TC elettivo per richiesta materna e senza indicazione medica (37 donne, 1%).

Le gravide in travaglio definite fisiologiche – e quindi a basso rischio - dal medico del triage sono quindi risultate, all'ingresso, 1788. Fra queste, 34 (pari all'1 %) sono state escluse dal campione per violazioni del protocollo, motivate da carenza di personale ostetrico disponibile o da interferenze sostanziali dei ginecologi curanti.

Il campione seguito interamente in autonomia dall'ostetrica è risultato quindi composto, in esordio di travaglio, da 1754 donne (50.3%).

❖ *Escluse nel primo stadio del travaglio.*

- *Premessa a legenda del percorso fisiologico.* Durante la prima fase del travaglio, la cervice si fa sempre più sottile e si dilata. Il travaglio comincia ufficialmente quando le contrazioni compaiono ad intervalli regolari, distinguendo così il vero dal falso travaglio, ove non sono presenti vere contrazioni, ma onde di Braxton Hicks, ad aspetto variabile ed a frequenza casuale e discontinua. La prima fase del travaglio di solito viene suddivisa in due parti, il "primo travaglio" e il "travaglio attivo". Si passa al travaglio attivo quando le contrazioni, più lunghe, più vicine e più forti, presentano le caratteristiche principali del primo stadio del travaglio: insorgenza ad intervalli regolari, che tendono ad accorciarsi, aumento delle perdite vaginali,

con o senza sangue, rottura spontanea, anche in assenza di contrazioni, del sacco amniotico, durata complessiva - ma con grande variabilità personale - compresa fra le 6 e le 12 ore, nel caso del primo parto e con durata del travaglio attivo, fino alla dilatazione completa, di circa 4-8 ore. L'ultima parte del travaglio attivo è detta di "transizione" e presenta contrazioni più intense e dolorose e può durare da pochi minuti ad un'ora.

- *Andamento del campione in questo stadio.* Sono state escluse in questa fase 282 donne (16,1%) per riscontro di liquido tinto nel 43,5% dei casi, per tracciati cardiocografici non rassicuranti (ACOG tipo 2-3) nel 23,1 % o per la necessità – variamente motivata - di intervenire sulla forza e la velocità del travaglio, mediante infusione di ossitocina (12,9%).

❖ *Escluse per richiesta di analgesia epidurale.*

- *Premessa a legenda del percorso fisiologico.* Nel nostro centro l'analgesia epidurale viene eseguita su richiesta delle donne e dopo valutazione clinica del medico ginecologo che, insieme all'anestesista, dà il proprio assenso alla praticabilità del metodo. Secondo i dati CEDAP del 2011, l'anestesia peridurale è praticata nel 16,9% delle donne italiane e nel 4,9% delle donne straniere con un trend già allora in netta crescita.
- *Andamento del campione in questo stadio.* Il trattamento attivo del dolore è stato richiesto da 523 donne (29,8%) ed il dato confermerebbe la proiezione CEDAP definita dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2011. Per ragioni medico-legali questo gruppo è stato considerato tra le donne ad alto rischio, in quanto richiede la supervisione del medico. In esso abbiamo riscontrato, nelle nullipare, un'incidenza di parto operativo vaginale del 15.9% e di TC del 7.2% e, nelle pluripare, del 3.7% e 0.9% rispettivamente.

❖ *Escluse nel secondo stadio del travaglio di parto.*

- *Premessa a legenda del percorso fisiologico.* Il secondo stadio del travaglio comincia quando la dilatazione è completa e finisce quando il bambino è nato. All'inizio del secondo stadio, le contrazioni diminuiscono di intensità e frequenza e si richiede normalmente alla donna di assecondare i premiti con spinte volontarie, stimolate, per altro, anche dal feto che, sceso nel canale del parto, preme sul pavimento del bacino, scatenando il riflesso. Le contrazioni spingono progressivamente il feto all'interno del canale della nascita. Nel caso fosse stata eseguita un'analgesia peridurale, la donna può avere difficoltà ad avvertire le contrazioni, ma sente comunque il bisogno di spingere che deve essere assecondato e/o guidato dal personale ostetrico. Il secondo stadio può durare da pochi minuti a 1-2 ore, in relazione principalmente alla parità della donna, alle caratteristiche individuali del canale del parto ed alla posizione del feto.
- *Andamento del campione in questo stadio.* Sono state escluse in questa fase 151 donne (8,6%), per liquido tinto nel 38% dei casi, per tracciati cardiocografici non rassicuranti (Piquard > 1) nel 26,7 % o per la necessità – variamente motivata - di intervenire sulla forza e la velocità del travaglio, mediante infusione di ossitocina (18,7%).

Come si vede, complessivamente nel I e II stadio del travaglio, solo il 24.7% di donne ha presentato fattori di rischio emergenti che le hanno portate all'esclusione dal percorso di assistenza dell'ostetrica.

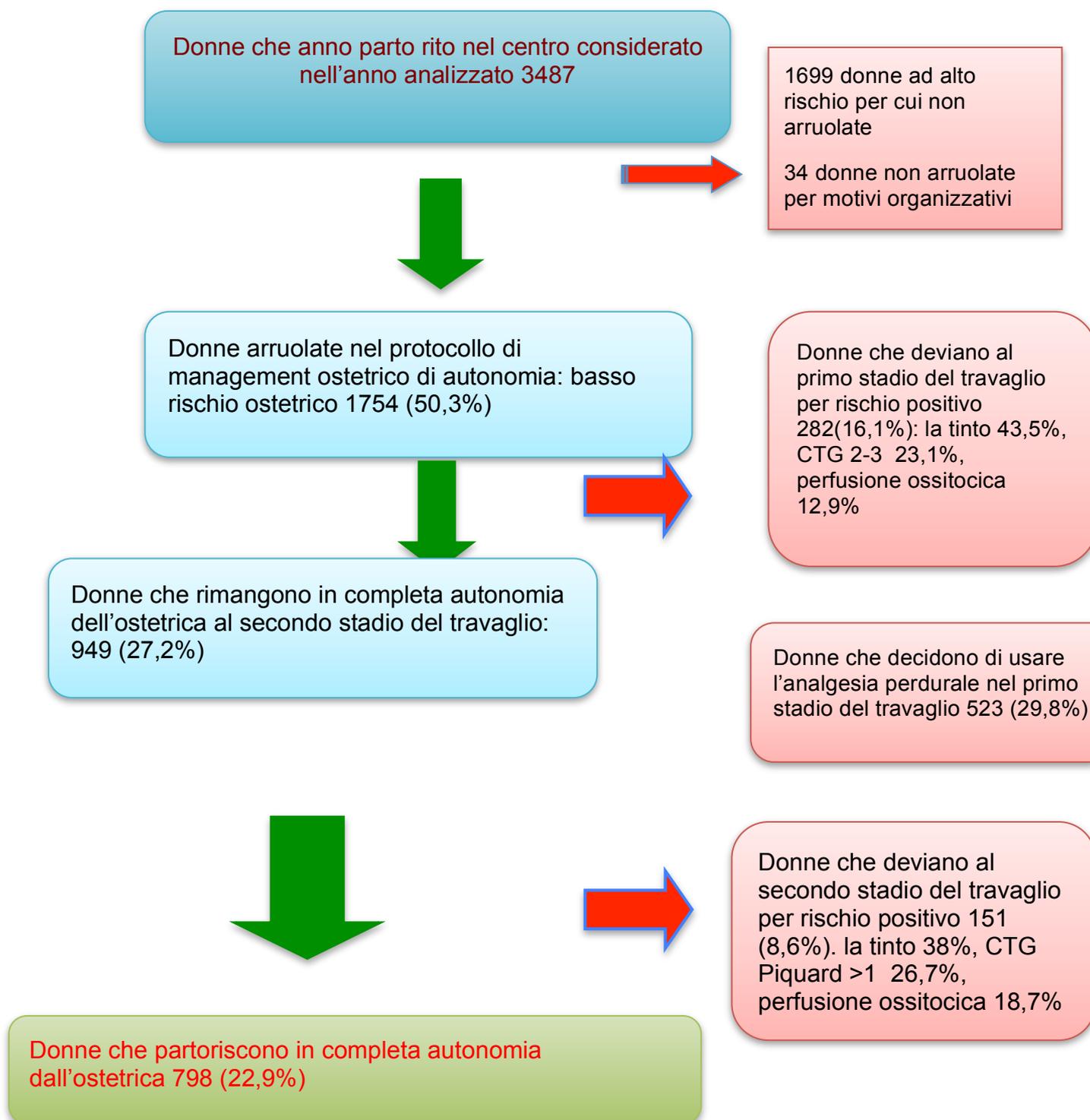


Figura 3

La Figura 3 mostra il flusso di donne in travaglio a basso rischio al ricovero in base ai fattori di rischio emergenti durante la prima e seconda fase del travaglio.

Vengono escluse dal reclutamento le donne che presentavano all'ingresso rischio ostetrico pari al 48.7%. tale dato è da ritenersi in linea con l'alta intensità di cura del centro in analisi. L'analgesia epidurale su richiesta nel I stadio è stata eseguita nel 29.8% delle donne (523 donne). Per ragioni medico-legali questo gruppo è stato considerato tra le donne ad alto rischio, richiedendo quindi la supervisione del medico: in questo sottogruppo

l'incidenza di parto operativo vaginale è stata del 15.9% nelle nullipare e del 3,7% nelle pluripare; e l'incidenza di TC del 7.2% nelle nullipare e dello 0.9% nelle pluripare.

Le tabelle 3 e 4 evidenziano, sostanzialmente le motivazioni di esclusione dal protocollo delle donne a basso rischio.

Nel I e II stadio del travaglio solamente il 24.7% di donne ha presentato fattori di rischio emergenti.

Nella tabella 3, dove sono raggruppate ben 282 donne (16,1%), il rischio ostetrico più frequente sopraggiunto nel primo stadio del travaglio è stata la presenza di un liquido amniotico tinto di meconio con un 43,5%, segue poi un tracciato cardiocografico non rassicurante, che quindi ha condotto l'ostetrica nella richiesta di una valutazione medica, e infine, l'uso di perfusione ossitocica come indicazione per la ripresa dell'attività contrattile.

La tabella 4 mette in mostra i motivi di esclusione delle donne a basso rischio ostetrico nel secondo stadio del travaglio: tale gruppo rappresenta l'8,6% pari a 151 donne. Il rischio ostetrico più frequente è ancora la presenza di liquido amniotico tinto di meconio con un 38%, segue poi un tracciato cardiocografico secondo Piquard >1 con una percentuale pari a 26,7, ed infine un'indicazione all'uso di ossitocina nel 18,7% dei casi.

Tabella 3	Liquido amniotico tinto	Cardiocografica di tipo 2-3 di ACOG	Perfusone ossitocica
Gravide a basso rischio escluse dal protocollo nel primo stadio del travaglio 16,1% (282)	43,5%	23,1%	12,9%

Tabella 4	Liquido amniotico tinto	Cardiocografica Piquard >1	Perfusone ossitocica
Gravide a basso rischio escluse dal protocollo nel secondo stadio del travaglio 8,6% (151)	38%	26,7%	18,7%

Tabella 5 descrive i principali outcome dell'intero gruppo di nullipare e pluripare.

Tabella 5	Nullipare a basso rischio	Pluripare a basso rischio	
N° di donne	987	767	→ 1754
Parti vaginali	80,5% 795	96,5% 740	} 100%
Parti operativi vaginali	13,8% 136	2,3% 18	
Tagli cesarei	5,7% 56	1,2% 9	
Episiotomia paramediana	26,3% 260	6,4% 49	
PPH>500(#)	12,9% 127	9,2% 71	
PPH>1000	2,3% 23	1% 8	
trasfusioni	0,2% 2	0,1% 1	
SGA	1,1% 1	0,8% 6	
LGA	3,6% 35	6,6% 51	
pH<7.10	4,1% 40	2% 15	
APGAR<7 5'	0,6% 6	0	
Neonati alle cure della TIN	0,9% 8	0,3% 2	

Come atteso, gli outcome delle pluripare sono stati migliori di quelli delle nullipare, ma non sono state osservate differenze statisticamente significative né per complicanze maggiori materne (come la necessità di trasfusioni) né per outcome neonatali, quali i ricoveri in TIN. I neonati LGA (large for gestational age) non sono stati diagnosticati in travaglio nel 3.6% delle nullipare e nel 6.6% delle multipare, anche se non è stato osservato nessun caso di distocia di spalla in questo gruppo di donne.

Di seguito i grafici 1 e 2 che descrivono la modalità di parto tra le nullipare e la pluripare a basso rischi, mostrando una netta prevalenza di parti eutocici nelle pluripare con solo una piccola percentuale di parti operativi vaginali e di tagli cesarei, mentre tale dato non è sovrapponibile alle nullipare, che se pur in un'alta percentuale di casi partoriscono per via vaginale, il 13,8% ha un parto operativo vaginale e un 5,7 % un taglio cesareo.

Nullipare a basso rischio modalità di parto

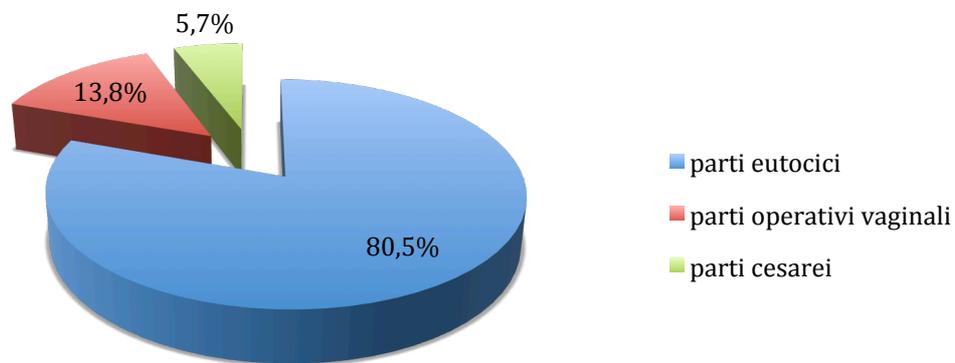


Grafico 1

Pluripare a basso rischio modalità di parto

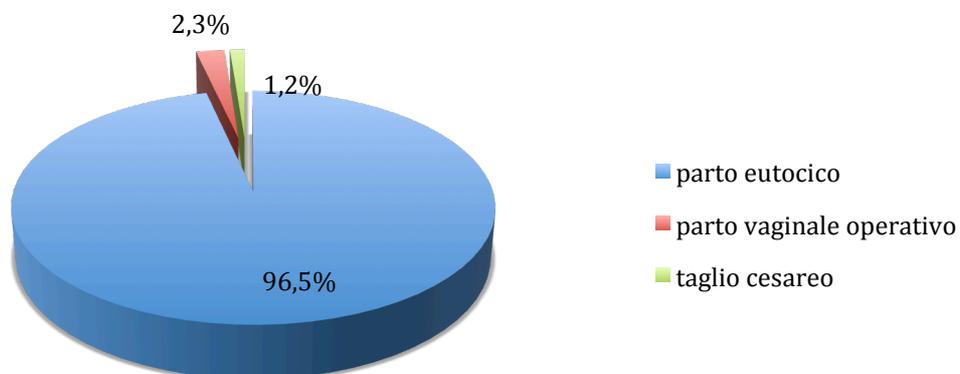


Grafico 2

Il grafico 3 descrive la relazione tra le nullipare e la pluripare a basso rischio all'ingresso e gli outcome materni e neonatali: l'indicazione all'esecuzione delle episiotomia paramediana, la perdita ematica > di 500 ml e di 1000 ml, Apgar a 5 minuti dalla nascita < a 7 e pH alla nascita < 7.10.

Come si evince dal grafico 3 gli outcome materni e neonatali sono prevalenti nel gruppo delle nullipare, fatto salvo per i neonati LGA che si riscontrano quasi nel doppio dei casi rispetto alle nullipare. Il dato dell'episiotomia paramediana, ben visualizzabile nel grafico 3, è prevalentemente presente nelle nullipare con un 26,5% rispetto un 6,4 % delle pluripare. Anche la perdita ematica > 500 ml e > 1000 ml è più frequente nelle nullipare a basso rischio. Anche gli esiti neonatali, pH <7.10 e comunque sempre < di 7.03, sono più frequenti nel gruppo delle nullipare.

CONFRONTO TRA NULLIPARE E PLURIPARE A BASSO RISCHIO ALL'INGRESSO E GLI OUTCOME

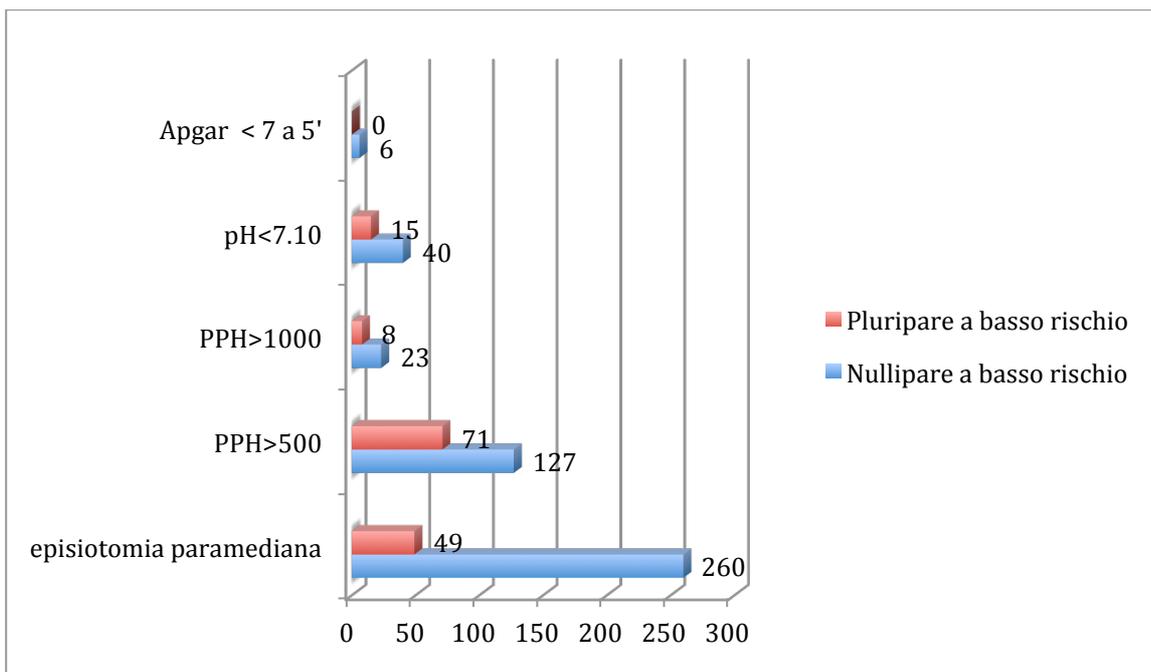


Grafico 3

La tabella 6 seguente, mostra nello specifico le nullipare a basso rischio all'ingresso e la loro evoluzione durante il travaglio di parto. Infatti, delle 987 nullipare a basso rischio all'ingresso, solo 311 rimangono tali, altre 676 "deviano dalla fisiologia" nel primo o nel secondo stadio del travaglio o per volontà di trattamento attivo del dolore. La tabella 4 mostra inoltre gli outcome materni e neonatali nelle nullipare che fino al parto rimangono fisiologiche. Nella colonna nullipare a basso rischio anche in travaglio abbiamo inserito tutte le nullipare a basso rischio all'ingresso che sono state seguite in autonomia dall'ostetrica e che hanno riportato i seguenti outcome. Tutte partoriscono per via vaginale non c'è stata nessuna donna che ha subito un parto operativo sia vaginale che di chirurgia addominale. Al 9,3 % di tale gruppo di donne gli è stata praticata una episiotomia paramediana, il 6,7 % ha presentato al parto una perdita ematica tra 500 ml e 1000 ml, l' 1,6 % dei neonati sono nati con un pH <7,10 e comunque > 7.03, lo 0,3 % ovvero un solo neonato ha avuto un indice di Apgar < a 7 a 5 minuti ed è stato anche trasferito in TIN per difficoltà di adattamento alla vita extrauterina.

Tabella 6: nullipare a basso rischio reclutate in travaglio: principali outcome

Tabella 6	Nullipare a basso rischio anche in travaglio	Nullipare con rischio ostetrico in travaglio	P<	RR
N	311	676		
Pari vaginali	100% 311	71.6% 484	n.d.	n.d.
Parti vaginali operativi	0	20.1% 136	n.d.	n.d.
Tagli cesarei	0	8.3% 56	n.d.	n.d.
Episiotomia paramediana	9.3% 29	34.2% 231	0.01	0,27
PPH>500(*)	6.1% 19	13.9% 94	0.01	0.44
PPH>1000	0.6% 2	3.1% 21	0.05	0,19
Trasfusioni	0.3% 1	0.1% 1	n.s.	n.s.
SGA	1% 3	1.2% 8	n.s.	n.s.
LGA	1.9% 11	4.4% 30	n.s.	n.s.
pH<7.10	1.6% 5	5.2% 35	0.05	0,31
APGAR<7 5'	0.3% 1	0.7% 5	n.s.	n.s.

LEGENDA: PPH=emorragia post partum; SGA = piccolo per l'epoca gestazionale; LGA = grande per l'epoca gestazionale; TIN = terapia intensive neonatale. PPH: > 500 ml considerato solo nel parto vaginale I rischi relativi sono indicati solo quando significativi.

I grafici 4 e 5 mostrano quanto espresso nella tabella 6 ovvero la modalità di parto nelle nullipare reclutate a basso rischio che poi devia dalla fisiologia nel primo o secondo stadio del travaglio e gli outcome materni e neonatali. Il grafico corrispondente alla modalità di parto delle nullipare a basso rischio che si mantengono tali fino al parto non è stato rappresentato poiché il 100% del loro gruppo partorisce in modalità eutocica.

RAPPORTO TRA NULLIPARE RECLUTATE A BASSO RISCHIO E OUTCOME MATERNI E NEONATALI

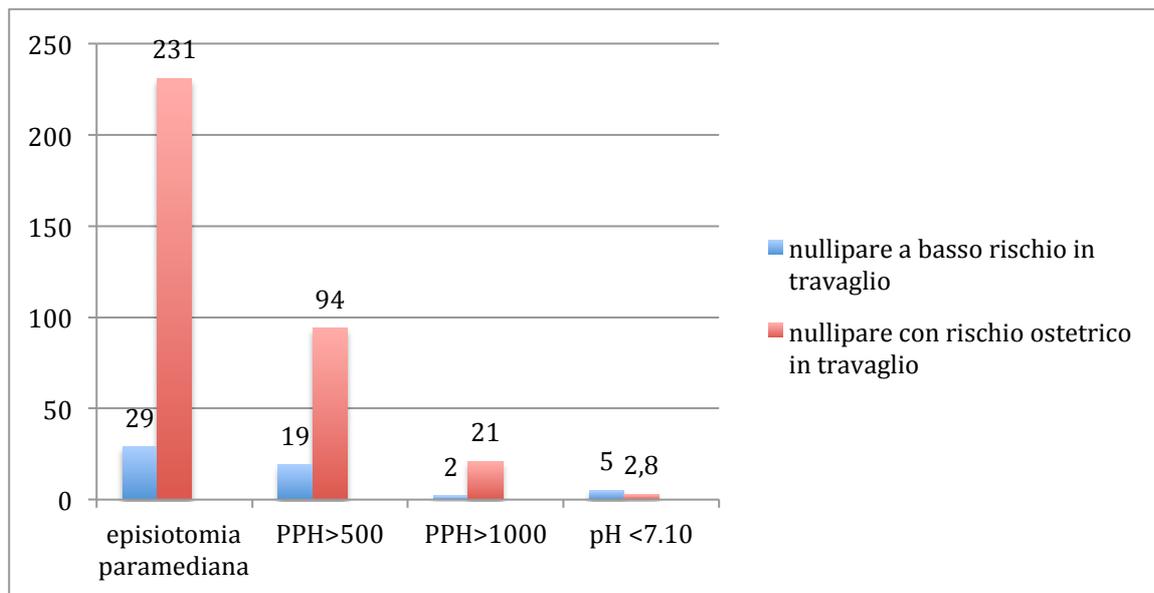


Grafico 4

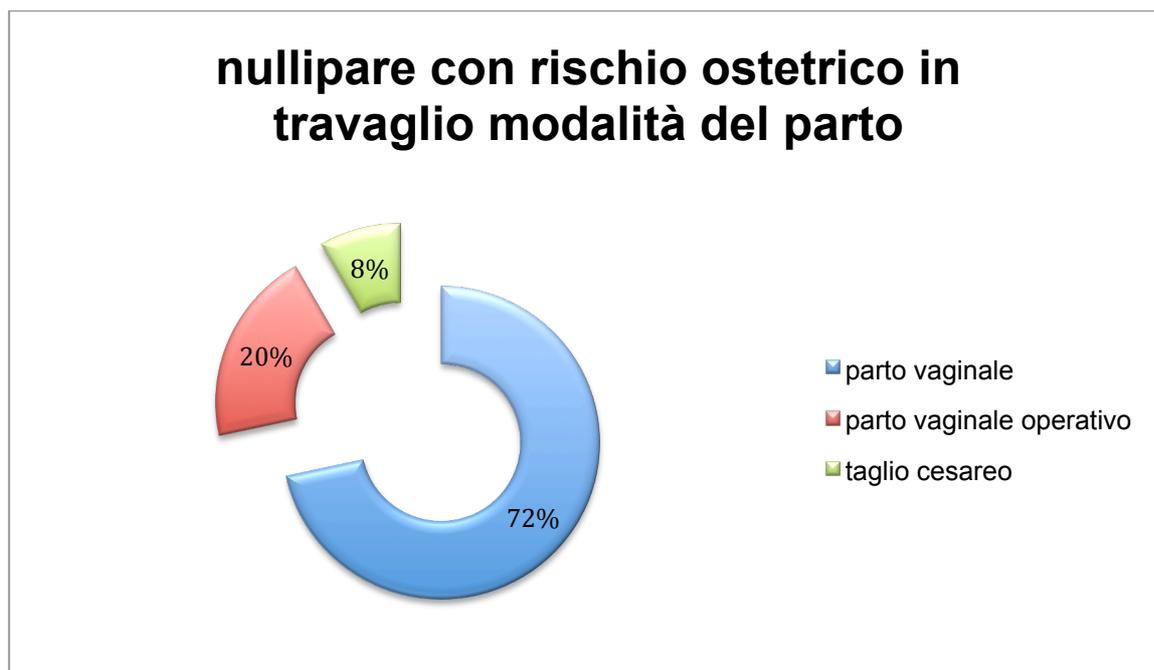


Grafico 5

Tabella 7: pluripare a basso rischio reclutate al travaglio: principale outcome

Tabella 7	Pluripare a basso rischio in travaglio	Pluripare a rischio ostetrico in travaglio	P<	RR
N	487	280		
Parto vaginale	100% 100	90.4% 253	n.d.	n.d.
Parto operativo vaginale	0	6.4% 18	n.d.	n.d.
Taglio cesareo	0	3.2% 9	n.d.	n.d.
Episiotomia paramediana	3.6% 18	11.4% 32	0.01	0,32
PPH>500(*)	4% 19	10.7% 30	0.01	0,37
PPH>1000	1.1% 5	1.1% 3	n.s.	n.s.
trasfusioni	0	0.4% 1	n.s.	n.s.
SGA	0.6% 3	1.1% 3	n.s.	n.s.
LGA	5.9% 29	8.2% 23	n.s.	n.s.
pH<7.10	1.5% 7	2.9% 8	n.s.	n.s.
APGAR<7 5'	0	0	n.s.	n.s.
Neonati in TIN	0	0.7% 2	n.s.	n.s.

LEGENDA: PPH=emorragia post partum; SGA = piccolo per l'epoca gestazionale; LGA = grande per l'epoca gestazionale; TIN terapia intensive neonatale*: PPH > 500

I rischi relativi sono indicati solo quando significativi.

La tabella 7 descrive, nello specifico le pluripare a basso rischio all'ingresso e la loro evoluzione durante il travaglio di parto. Infatti, delle 767 pluripare a basso rischio all'ingresso ben 487 (pari al 61,9 %) rimangono tali, altre 280, ovvero il 35,6%, "deviano dalla fisiologia" nel primo o nel secondo stadio del travaglio o per volontà di trattamento attivo del dolore. La tabella 5 mostra inoltre gli outcome materni e neonatali nelle pluripare che fino al parto rimangono fisiologiche. Nella colonna pluripare a basso rischio anche in travaglio abbiamo inserito tutte le pluripare a basso rischio all'ingresso che sono state seguite in autonomia dall'ostetrica e che hanno riportato i seguenti outcome. Tutte partoriscono per via vaginale non c'è stata nessuna donna che ha subito un parto operativo sia vaginale che di chirurgia addominale. Al 3,6 % di tale gruppo di donne gli è stata praticata una episiotomia paramediana, il 5,1 % ha presentato al parto una perdita ematica tra 500 ml e 1000 ml, l'1,5 % dei neonati sono nati con un pH <7,10 e comunque > 7.03, nessun neonato nasce con un indice di Apgar < a 7 al quinto minuto e nessun neonato viene trasferito in terapia intensiva neonatale. Le pluripare reclutate a basso rischio ma che durante il travaglio presentano un rischio ostetrico presentano outcome materni con episiotomie paramediane nell' 11,4 % dei casi, una PPH tra 500 ml e 1000 ml nell' 11,8% dei casi e outcome neonatali con solo 2 neonati trasferiti in TIN e 8 neonati con un punteggio di Apgar < di 7.10 al quinto minuto dalla nascita.

I grafici 6 e 7 mostrano quanto espresso nella tabella 5 ovvero la modalità di parto nelle pluripare reclutate a basso rischio che poi durante il travaglio mostra rischi/o ostetrici/o e quindi devia dalla fisiologia nel primo o secondo stadio, e gli esiti materni e neonatali.

Il grafico corrispondente alla modalità di parto delle pluripare a basso rischio che si mantengono tali fino al parto non è stato rappresentato poiché il 100% del gruppo partorisce in modalità eutocica.

RAPPORTO TRA PLURIPARE RECLUTATE A BASSO RISCHIO E OUCAME MATERNI E NEONATALI

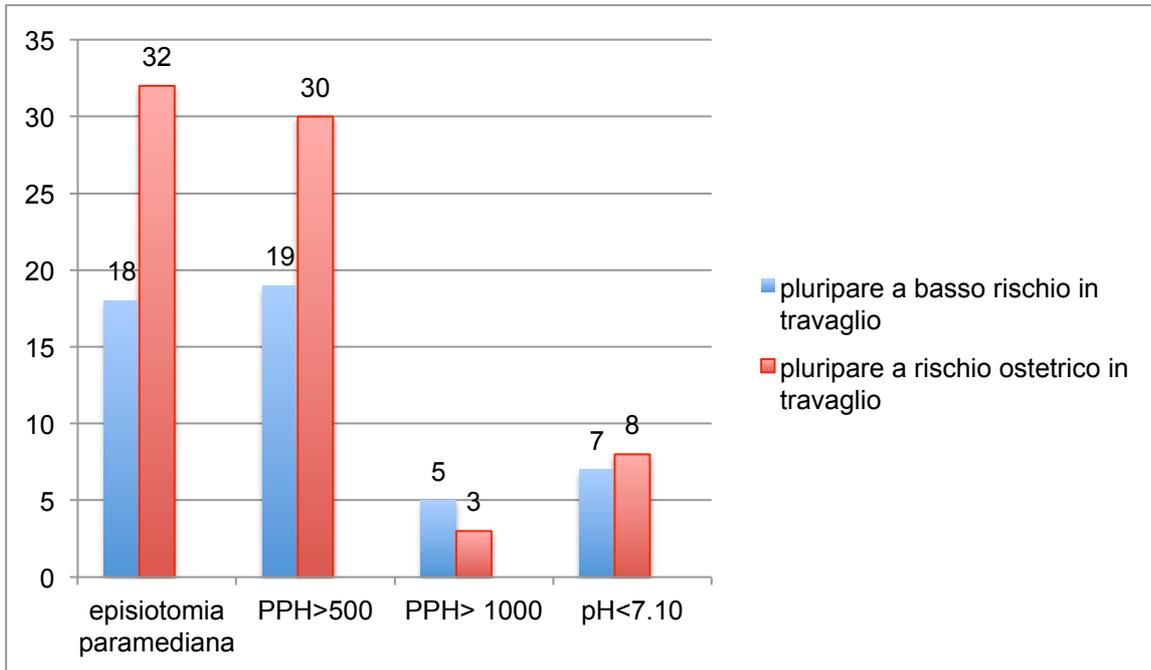


Grafico 6

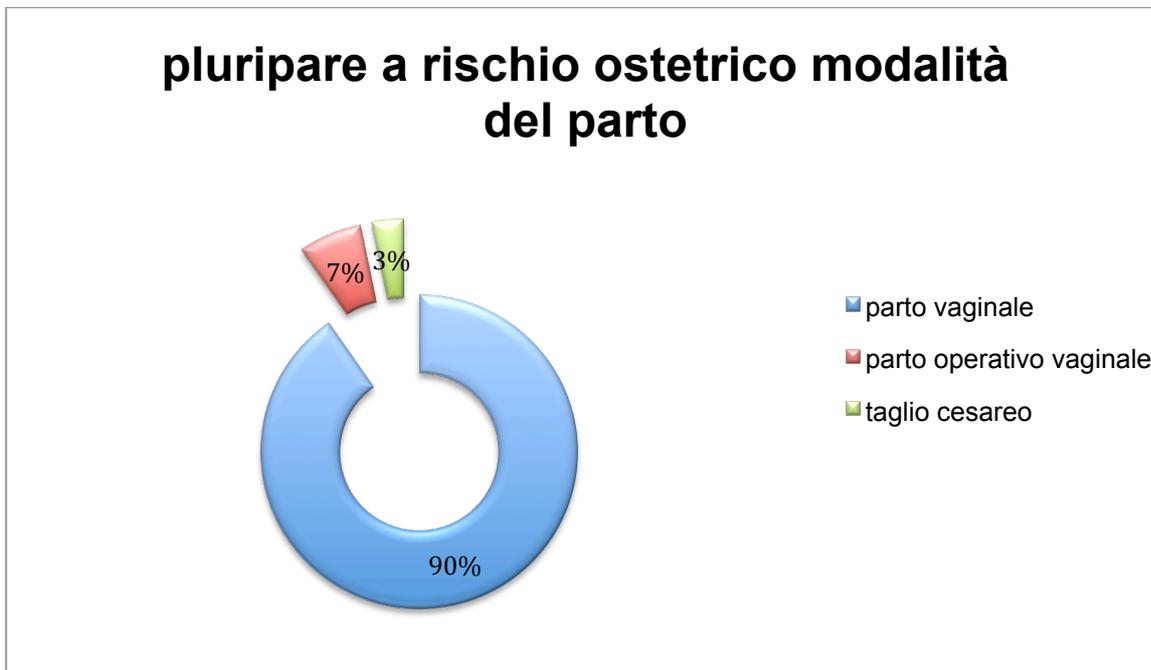


Grafico 7

La tabella 8 mette in relazione le donne reclutate a basso rischio all'ingresso, per cui nullipare e pluripare, che si mantengono tali fino al parto. Gli outcome materni e neonatali vengono messi in relazione.

Si evince che entrambi i gruppi partoriscono in modo eutocico, l'episiotomia paramediana nelle nullipare è 2,6 volte superiore che nelle pluripare, la perdita ematica nelle nullipare supera di un punto percentuale quella delle pluripare.

I neonati nati della donne nullipare presentano outcome sovrapponibili nei due gruppi fatto salvo alla valutazione del peso alla nascita per le pluripare è quasi triplicata la diagnosi dei LGA.

Tabella 8	Nullipare a basso rischio in travaglio	Pluripare a basso rischio in travaglio	Significatività P<0,01
N	311	487	
Pari vaginali	100%	100%	
Parti vaginali operativi	0	0	
Tagli cesarei	0	0	
Episiotomia paramediana	29 9.3%	18 3.6%	2,52
PPH>500(*)	19 6.1%	19 4%	Non significativo
PPH>1000	2 0,6%	5 1.1%	Non significativo
Trasfusioni	1 0,3%	0 0	Non significativo
SGA	3 1%	3 0.6%	Non significativo
LGA	11 1.9%	29 5.9%	Non significativo
pH<7.10	5 1.6%	7 1.5%	Non significativo
APGAR<7 5'	1 0,3%	0	Non significativo
Neonati in TIN	1 0,3%	0	Non significativo

Il grafico 8 mostra il confronto tra nullipare e pluripare reclutate a basso rischio, che si mantengono tali fino al parto, ed i loro outcome materni e neonatali

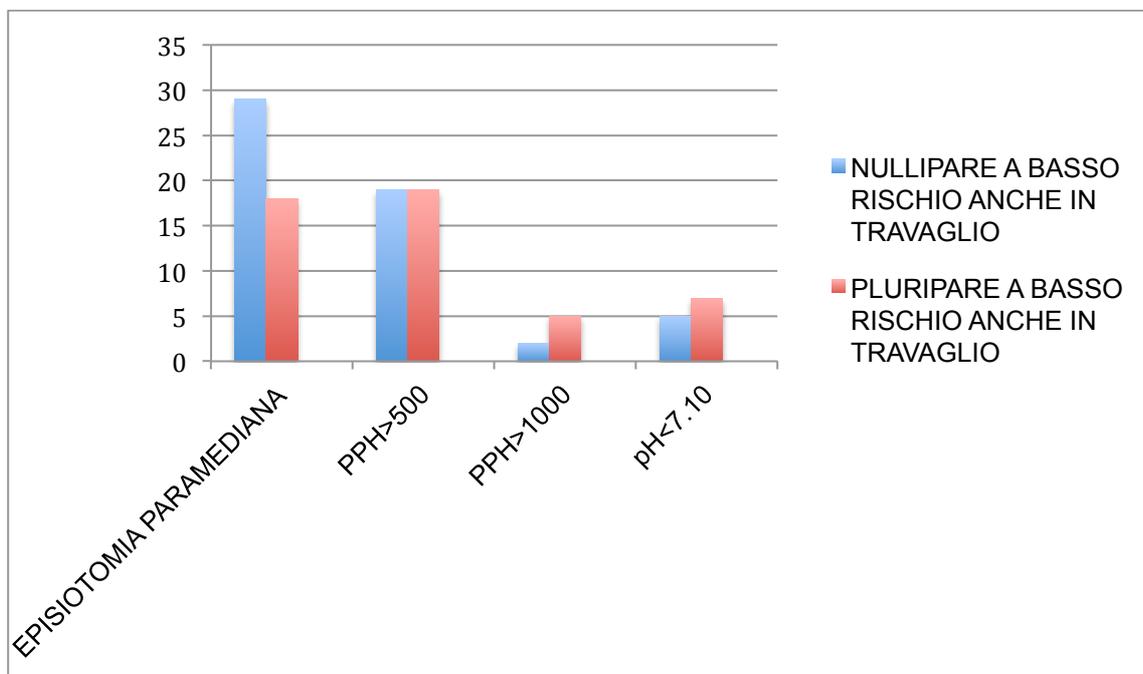


Grafico 8

La tabella 9, ed il grafico 9, mette in relazione le nullipare e le pluripare che presentano dei rischi ostetrici in travaglio, nel primo o nel secondo stadio o per scelta di trattamento attivo del dolore attraverso l'esecuzione dell'analgesia epidurale.

Si evince che le nullipare presentano modalità di parti operativi maggiormente: il 20,1% partorisce attraverso una ventosa ostetrica, e l'8,3% viene sottoposta a taglio cesareo.

Così gli outcome materni e neonatali si presentano maggiormente nelle nullipare, faccio riferimento alla perdita ematica tra 500 ml e 1000 ml, così come l'episiotomia paramediana viene praticata tre volte di più nelle nullipare.

Alla nascita troviamo outcome neonatali sicuramente più frequenti nelle nullipare fatto salvo dei LGA, i quali invece sono 7 volte più frequenti nelle pluripare. Nascono, con uno 0,7% in più nelle nullipare rispetto alle pluripare con un punteggio di Apgar <7 al quinto minuto.

Complicazioni associate a emorragie maggiori e trasfusioni non si sono mai concluse con un'isterectomia

Tabella 9	Pluripare a basso rischio che presentano un rischio ostetrico in travaglio	Nullipare a basso rischio che presentano un rischio ostetrico in travaglio
N	280	676
Pari vaginali	90,4%	71,6%
Parti vaginali operativi	6,4%	20,1%
Tagli cesarei	3,2%	8,3%
Episiotomia paramediana	11,4%	34,2%
PPH>500(*)	10,7%	13,9%
PPH>1000	1,1%	3,1%
Trasfusioni	0,4%	0,1%
SGA	1,1%	1,2%
LGA	8,2%	1,4%
pH<7.10	2,9%	5,2%
APGAR<7 5'	0	0,7%
Neonati in TIN	0,7%	1,2%

CONFRONTO TRA NULLIPARE E PLURIPARE CON RISCHIO OSTETRICO IN TRAVAGLIO E UOTCAMES

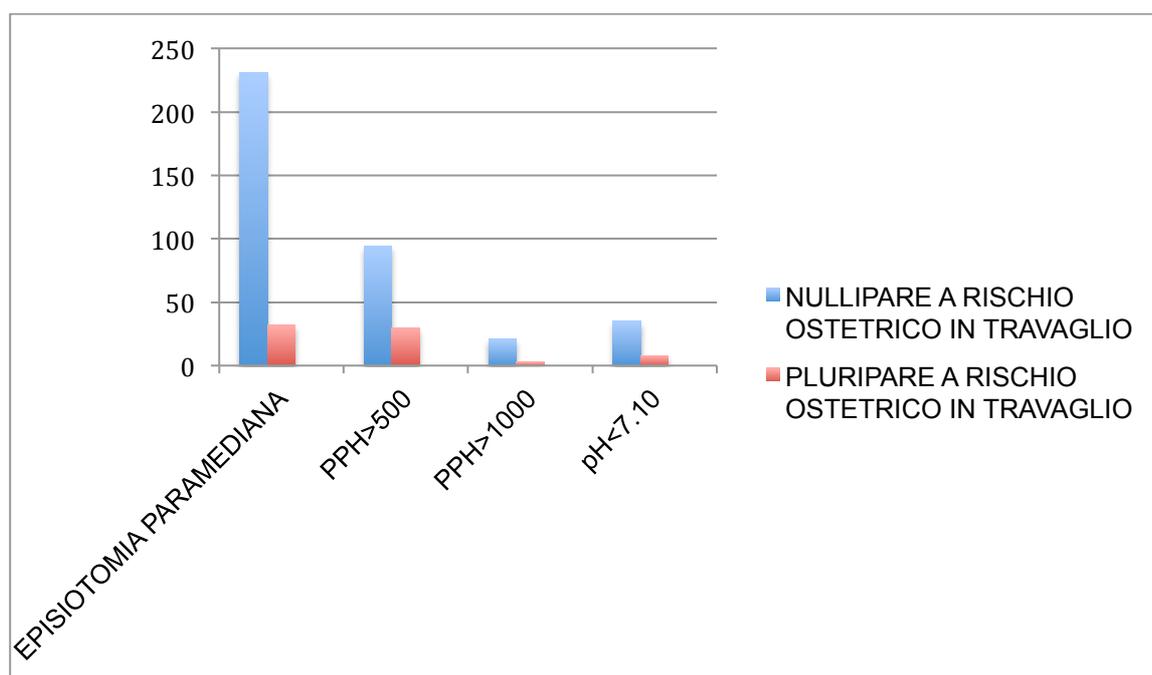


Grafico 9

DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Le gravide a basso rischio in travaglio assistite dalle ostetriche secondo il nostro protocollo rappresentano il 50.3% di tutti i parti nel nostro Centro di Maternità (1754 su 3487 nati totali). Questa percentuale di donne a basso rischio è simile a quella riportata dall'indagine olandese su basso e alto rischio (14), dal gruppo inglese (16) e dal database della MMPO neozelandese (Midwifery Maternity Provider Organization). (38) Questa prevalenza simile sembra sostenere la validità dei criteri da noi adottati e permettere futuri paragoni tra le diverse coorti di pz.

Nel nostro studio, il tasso di TC, calcolato sulle donne assistite in travaglio dalla sola ostetrica, è stato del 5.7% fra le nullipare e dell'1.2% nelle pluripare, contro un'incidenza complessiva, nel nostro ospedale, del 21.5%. Un dato che, pur considerando l'evidente differenza di esposizione a rischio che contraddistingue le due popolazioni e la prevalenza dei TC d'urgenza nella popolazione uscita dal protocollo per richiesta di analgesia (8,1%), sottolinea, quanto meno, l'inesistenza di un incremento del rischio correlabile all'assistenza in autonomia dell'ostetrica.

La tabella 5 descrive, così come i grafici corrispondenti (1 e 2), la modalità del parto nelle gravide a basso rischio iniziale, dove si evince che le pluripare hanno parti eutocici nel 96,5% dei casi, mentre nelle nullipare l'esito è penalizzato dalla presenza di un numero di parti vaginali operativi ben 6 volte superiore. Quest'ultimo aspetto si colloca in logica correlazione sia con l'alta percentuale di episiotomie paramediane che con il generico incremento degli outcome sfavorevoli – per la madre e per il neonato – che si riscontrano nelle nullipare rispetto alle pluripare. Fa unica eccezione la presenza di macrosomia fetale che ricorre con frequenza doppia nelle donne che hanno già partorito, rispetto alle primigravide.

Questi riscontri trovano conferma:

- nei dati del registro multi-istituzionale sulla prevalenza di TC nei Centri di Riferimento di III livello, per le classi 1 e 3 di Robson, che riporta tassi del 2.7 e del 13.1% nelle due categorie di gravide (16),

e ciò, ancora una volta, sottolinea l'equilibrata composizione della popolazione in studio e la probabile ripetibilità dei dati raccolti.

Nella Tabella 3 e 4, che riporta i dati relativi ai 282 casi in cui le ostetriche hanno identificato fattori di rischio emergenti durante il primo stadio del travaglio, e 151 casi in cui i rischi emergenti ostetrici si evidenziano nel secondo stadio del travaglio, si evince che la percentuale totale dei casi in cui è stato coinvolto il ginecologo è pari al 24.7%. Tale percentuale è simile sia a quella riportata nello studio olandese (14) sui trasferimenti, da casa o da ospedali di I livello a centri di II livello, di donne seguite dall'ostetrica (29.4%), che a quella del Birthplace England Collaborative Group, dove l'incidenza complessiva del trasferimento a centri di II livello, varia dal 23 al 29%.

La coincidenza con i dati che la letteratura riferisce a tale proposito, esprime la corretta condotta clinica del gruppo di ostetriche che hanno gestito la popolazione a basso rischio attraverso un'attenta osservazione del percorso

fisiologico ed un tempestivo trasferimento della competenza ad altra realtà e/o figura professionale.

Il numero limitato di donne a basso rischio analizzato nel nostro studio non può dare informazioni sulla mortalità. Nello studio olandese già citato (14) si è registrato un tasso di mortalità intrapartum più alto nei travagli gestiti dalle ostetriche in centri di I livello (RR 0,40) anche se trasferite in centri di II livello per il parto (RR 0,46). Nel Birthpalce England Collaborative Group (16) la percentuale di morti neonatali o intrapartum è stata tre volte superiore nelle donne che avevano progettato un parto al domicilio rispetto a quelle che hanno partorito in ospedali attrezzati. D'altra parte, le linee guida sul parto a domicilio, stilate in Italia da Marta Campiotti e Sabina Pastura nel 2001, sottolineano l'importanza che le ostetriche coinvolte nell'assistenza al travaglio e al parto siano due, per incrementare lo scambio di opinioni, ridurre le ansie e concedere, a turno, brevi periodi di riposo. Nelle stesse viene inoltre richiesto che l'ospedale sia raggiungibile in un tempo massimo di 30-40 minuti.

Procedendo in una interpretazione comparativa fra la realtà di un centro di terzo livello come il nostro ed esperienze libero professionali o gestibili all'interno di una casa del parto o nel domicilio (come nella tipica impostazione olandese), si può affermare che, nella nostra esperienza, il riscontro di un dubbio o di un segno clinico che si discosti dal normale andamento fisiologico del travaglio ci ha permesso, in tempo reale, di contattare il medico di guardia oppure il medico referente di sala parto per attivare procedure di controllo più assidue con un piano diagnostico-terapeutico impostato dal medico stesso e senza dover procedere ad un rischioso trasferimento della donna. Questa modalità, oltre ad aumentare la sicurezza dell'outcome, favorisce il lavoro di squadra, permettendo di affrontare precocemente - ed in condivisione di saperi - situazioni *border line* spesso di difficile interpretazione, senza doversi privare del contributo operativo di figure che possono e devono assicurare alla donna che travaglia il beneficio della continuità assistenziale.

Sulla base di quanto enunciato fino ad ora anche il centro osservato ha messo in atto la modalità dell'audit clinico: tutte le mattine alle ore 8.00 vengono discussi i casi clinici dal personale medico e ostetrico andando ad evidenziare in maniera costruttiva i piani diagnostici terapeutici impostati dalle due figure professionali, rispettivamente su donne a basso rischio o quelle ad alto rischio ostetrico, sulla base degli esiti ovvero degli outcome del terzo stadio del travaglio.

La percentuale di emorragia post partum maggiore (PE >1000 ml) è stata di 1.4% nelle nullipare e 0.8% nelle multipare; in nessun caso è esitata in un'isterectomia. Sono stati osservati due casi di lacerazione di III o IV grado. Il tasso di questo tipo di lacerazione è identico nello studio del Birthpalce England Collaborative Group e si può escludere una sottostima data la presenza di riunioni giornaliere mattutine come precedentemente descritte, nelle quali si evidenziano i piani diagnostici terapeutici ostetrici per il basso rischio e mediche per le donne a rischio positivo ostetrico. Una donna su 1000 nelle nullipare e una su 250 nelle multipare è stata sottoposta a trasfusione tra le pz con fattori di rischio emergenti in travaglio.

Si è registrato un Apgar <7 a 5 minuti e un pH <7.10, ma comunque sempre maggiore di 7.03 in entrambi le donne prese in considerazione, nel 2% e

nell'1.6% nelle nullipare e nell'1.1% e 1.9% dei parti nelle multipare. Il ricovero in TIN si è avuto per lo 0.9% dei neonati nati da nullipare e nello 0.3% da multipare.

Il problema principale nel paragonare gli outcome tra travagli gestiti dalle ostetriche al domicilio o in centri di I livello rispetto a quelli avvenuti in centri di II livello è la diversa prevalenza dei rischi nella popolazione in questi differenti contesti.

In aggiunta a questi fattori di rischio (liquido amniotico tinto, CTG di classe ACOG 2-3, perfusione ossitocica) 523 (29,8%) donne che hanno richiesto l'analgia epidurale, (trattamento attivo del dolore), sono state classificate ad alto rischio e seguite con la supervisione del medico, per motivi medico-legali. La notevole richiesta di analgesia epidurale è da giustificarsi in quanto nel centro di terzo livello viene garantita la possibilità di accedere alla procedura 24 ore su 24. Inoltre, vi è anche un investimento "pubblicitario" della procedura attraverso Open Day che viene ripetuto ciclicamente ogni mese, del punto nascita. In questa coorte di pz l'analgia epidurale non è stata associata a percentuali più alte di parti operativi; in accordo con numerose review (39) l'epidurale non aumenta il tasso di TC ma è probabile che aumenti il numero di parti vaginali operativi (40,41).

Nel nostro protocollo le dosi di farmaci usati per l'analgia non hanno impedito alle donne movimenti attivi durante il primo stadio del travaglio (40), in modo da ridurre le posizioni posteriori del tronco e dell'occipite fetale nel secondo stadio.(42)

Come atteso gli outcome materni sono stati significativamente migliori nelle donne "senza" rispetto alle donne "con" fattori di rischio emergenti identificati dalle ostetriche. Gli outcome fetali invece non sono stati peggiori, eccetto per valori di pH più bassi nelle nullipare con rischi emergenti.

Questo fatto potrebbe essere interpretato come il risultato della qualità della valutazione dei rischi da parte delle ostetriche, in quanto professionista in grado di riconoscere situazioni potenzialmente a rischio, che ha consentito di evitare trattamenti ritardati. Inoltre le ostetriche presenti in sala parto hanno fatto un training con aggiornamenti assidui della qualità assistenziale. Il turno è costruito affinché di guardia vi sia sempre una capoturno vale a dire un'ostetrica più anziana di esperienza che possa fare da collante con il personale medico di guardia, da portavoce e soprattutto alla quale le colleghe più giovani possano rivolgersi per valutazioni cliniche ostetriche o su conduzioni dubbie.

Le donne inizialmente reclutate come a basso rischio che si sono mantenute tali in corso di travaglio sono il 22,9% del totale dei parti osservati (798), di cui ricordiamo, il 48,7% sono state escluse dallo studio per l'elevata incidenza di alto rischio ostetrico che, in un centro di riferimento per patologia della gravidanza e la patologia fetale, rappresenta l'evento più probabile.

CONCLUSIONI

I risultati ottenuti sono limitati in quanto sono stati condotti in un unico centro nascita. Ciò nonostante molte similitudini con studi multicentrici o a maggiore numerosità suggeriscono la correttezza della nostra impostazione. Con questi limiti crediamo che questi risultati confermino la validità dell'assistenza autonoma dell'ostetrica al travaglio ed al parto nelle donne a basso rischio anche- soprattutto- in un ambiente protetto quale l'unità di maternità di III livello. Il pronto intervento in caso di qualsiasi rischio emergente evita diagnosi e trattamenti ritardati, antagonizzando le conseguenze dei rischi imprevisi che, quando emergono al di fuori dell'ambiente ospedaliero possono peggiorare drasticamente l'outcome sia materno che fetale (14,15,16).

Fra gli outcome positivi segnaliamo che nelle donne assistite dall'ostetrica ove non si è riscontrato alcun fattore di rischio durante il travaglio, il parto è avvenuto spontaneamente senza TC urgenti o parti operativi vaginali, con solo due casi di lacerazioni di III grado, a conferma dei dati di letteratura che dimostrano una riduzione dei TC o parti operativi vaginali nelle donne che ricevono supporto continuo durante il travaglio (43,44,45,46,47).

A questa osservazione aggiungiamo l'effetto "compliance" per cui le donne che partoriscono con un'assistenza continua ritengono di aver affrontato meglio il proprio travaglio (48), avvertendo una sensazione spontanea di completo controllo del "se", rispetto a coloro che non hanno ricevuto tale supporto (49). Queste donne condivideranno con altre gestanti la loro esperienza in un circolo virtuoso probabilmente utile e positivo.

Tutto ciò non deve però sottovalutare l'esigenza primaria di salvaguardia della salute attuale e prospettica del neonato (50).

Nella "mission" delle ostetriche risiede quindi il dovere di contemperare le esigenze clinico/tecnologiche della propria operatività con il rispetto del valore umano dell'evento nascita, poiché è fondamentale tutelare questa esperienza unica di realizzazione psicofisica e spirituale della donna, determinante, come la salute, per il futuro del bambino e tappa iniziale del divenire genitori (51).

I nostri risultati confermano che l'ostetrica può rappresentare, negli ospedali occidentalizzati moderni - ed anche in centri di III livello - il collegamento tra procedure impersonali standard, programmate per massimizzare efficacia e efficienza ed il bisogno di umanizzazione dell'esperienza del parto per ciascuna madre (17), senza , per altro, aumentare outcome neonatali avversi.

Il sostegno durante il parto deve corrispondere allora all'evoluzione coraggiosa di un modello assistenziale proprio dell'ostetrica, derivato dall'osservazione, dall'ascolto e dall'insegnamento delle donne, dei neonati e delle coppie, che chiedono di vivere l'esperienza della nascita in condizioni di sicurezza, ma anche in condizioni di vera empatia.

Un'assistenza così intesa, dove chi è assistito tramette energia a chi assiste e viceversa, per un sostegno reciproco, può produrre un risultato a lungo termine che andrà ad arricchire la società, promuovendo salute lungo il cammino verso generazioni più felici, dove gli individui siano sempre più vicini a sé stessi ed ai loro simili.

La realtà che abbiamo analizzato e che apre alla completa autonomia di questa figura professionale può rendere tutto più facile, sia in termini di efficacia che di efficienza professionale.

Una volta ho letto un detto Maya che recitava:

“Nei bambini riposa il futuro del mondo

La madre deve tenerlo stretto in modo che egli sappia cos'è il mondo.

Il padre deve condurlo sulla collina più alta in modo che egli possa vedere il mondo”

Ed io oserei di aggiungere, *“L'ostetrica deve aver cura che la sua nascita sia tale da far migliorare il mondo”*. Ho l'ambizione di credere che la categoria possa riuscirci mantenendo saldi i propri valori professionali trasmessi dal momento che ha intrapreso la strada formativa verso la professione.

APPENDICE

D.M. 14-09-1994, n. 740
Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo
profilo professionale dell'ostetrica/o.
(G.U. 09-01-1995, n. 6, Serie Generale)

Preambolo

IL MINISTRO DELLA SANITA'

Visto l'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", nel testo modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517;

Ritenuto che, in ottemperanza alle precitate disposizioni, spetta al Ministro della sanità di individuare con proprio decreto le figure professionali da formare ed i relativi profili, relativamente alle aree del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione;

Ritenuto di individuare con singoli provvedimenti le figure professionali;

Ritenuto di individuare la figura dell'ostetrica/o;

Visto il parere del Consiglio superiore di sanità, espresso nella seduta del 22 aprile 1994;

Udito il parere del Consiglio di Stato espresso nell'adunanza generale del 4 luglio 1994;

Vista la nota, in data 13 settembre 1994, con cui lo schema di regolamento è stato trasmesso, ai sensi dell'art. 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, al Presidente del Consiglio dei Ministri;

Adotta

il seguente regolamento:

Art. 1

1. E' individuata la figura dell'ostetrica/o con il seguente profilo: l'ostetrica/o è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato.

2. L'ostetrica/o, per quanto di sua competenza, partecipa:

- a) ad interventi di educazione sanitaria e sessuale sia nell'ambito della famiglia che nella comunità;
- b) alla preparazione psicoprofilattica al parto;
- c) alla preparazione e all'assistenza ad interventi ginecologici;
- d) alla prevenzione e all'accertamento dei tumori della sfera genitale femminile;
- e) ai programmi di assistenza materna e neonatale.

3. L'ostetrica/o, nel rispetto dell'etica professionale, gestisce, come membro dell'equipe sanitaria, l'intervento assistenziale di propria competenza.

4. L'ostetrica/o contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.

5. L'ostetrica/o è in grado di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono intervento medico e di praticare, ove occorra, le relative misure di particolare emergenza.
6. L'ostetrica/o svolge la sua attività in strutture sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero-professionale.

Art. 2

1. Con decreto del Ministero della sanità è disciplinata la formazione complementare in relazione a specifiche esigenze del Servizio sanitario nazionale.

Art. 3

1. Il diploma universitario di ostetrica/o, conseguito ai sensi dell'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, abilita all'esercizio della professione, previa iscrizione al relativo albo professionale.

Art. 4

1. Con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica sono individuati i diplomi e gli attestati, conseguiti in base al precedente ordinamento, che sono equipollenti al diploma universitario di cui all'art. 3 ai fini dell'esercizio della relativa attività professionale e dell'accesso ai pubblici uffici.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Legge 26-02-1999, n. 42

Disposizioni in materia di professioni sanitarie

(G.U. 02-03-1999, n. 50, Serie Generale)

❖ Preambolo

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Promulga

la seguente legge:

❖ Art. 1. - Definizione delle professioni sanitarie

1. La denominazione "professione sanitaria ausiliaria" nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, nonché in ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione "professione sanitaria".

2. Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225, ad eccezione delle disposizioni previste dal titolo V, il decreto del Presidente della Repubblica 7 marzo 1975, n. 163, e l'articolo 24 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 1968, n. 680, e successive modificazioni. Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione postbase nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.

❖ Art. 2. - Attività della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie

1. Alla corresponsione delle indennità di missione e al rimborso delle spese sostenute dai membri della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie designati dai Comitati centrali delle Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi ai sensi dell'articolo 17, terzo comma, del decreto

legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, provvedono direttamente le Federazioni predette.

❖ **Art. 3. - Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 175**

1. Alla legge 5 febbraio 1992, n. 175, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 1, comma 1, dopo le parole: "sugli elenchi telefonici" sono aggiunte le seguenti: ", sugli elenchi generali di categoria e attraverso giornali e periodici destinati esclusivamente agli esercenti le professioni sanitarie";

b) all'articolo 2, dopo il comma 3, è aggiunto il seguente:

"3-bis. Le autorizzazioni di cui al comma 1 sono rinnovate solo qualora siano apportate modifiche al testo originario della pubblicità";

c) all'articolo 3, comma 1, le parole: "sono sospesi dall'esercizio della professione sanitaria per un periodo da due a sei mesi" sono sostituite dalle seguenti: "sono assoggettati alle sanzioni disciplinari della censura o della sospensione dall'esercizio della professione sanitaria, ai sensi dell'articolo 40 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221";

d) all'articolo 4, comma 1, dopo le parole: "sugli elenchi telefonici" sono inserite le seguenti: "e sugli elenchi generali di categoria";

e) all'articolo 5, comma 4, le parole: "sono sospesi dall'esercizio della professione sanitaria per un periodo da due a sei mesi" sono sostituite dalle seguenti: "sono assoggettati alle sanzioni disciplinari della censura o della sospensione dall'esercizio della professione sanitaria, ai sensi dell'articolo 40 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221";

f) all'articolo 5, dopo il comma 5, sono aggiunti i seguenti:

"5-bis. Le inserzioni autorizzate dalla regione per la pubblicità sugli elenchi telefonici possono essere utilizzate per la pubblicità sugli elenchi generali di categoria e, viceversa, le inserzioni autorizzate dalla regione per la pubblicità sugli elenchi generali di categoria possono essere utilizzate per la pubblicità sugli elenchi telefonici.

5-ter. Le autorizzazioni di cui al comma 1 sono rinnovate solo qualora siano apportate modifiche al testo originario della pubblicità";

g) dopo l'articolo 9 è inserito il seguente:

"Art. 9-bis. - 1. Gli esercenti le professioni sanitarie di cui all'articolo 1 nonché le strutture sanitarie di cui all'articolo 4 possono effettuare la pubblicità nelle forme consentite dalla presente legge e nel limite di spesa del 5 per cento del reddito dichiarato per l'anno precedente".

❖ **Art. 4. - Diplomi conseguiti in base alla normativa anteriore a quella di attuazione dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.**

1. Fermo restando quanto previsto dal decreto-legge 13 settembre 1996, n. 475, convertito, con modificazioni, dalla legge 5 novembre 1996, n. 573, per le professioni di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione postbase, i diplomi e gli attestati conseguiti in base alla precedente normativa, che abbiano permesso l'iscrizione ai relativi albi professionali o l'attività professionale in regime di lavoro dipendente o autonomo o che siano previsti dalla normativa concorsuale del personale del Servizio sanitario nazionale o degli altri comparti del settore pubblico, sono equipollenti ai diplomi universitari di cui al citato articolo 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni ed integrazioni, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base.

2. Con decreto del Ministro della sanità, d'intesa con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sono stabiliti, con riferimento alla iscrizione nei ruoli nominativi regionali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, allo stato giuridico dei dipendenti degli altri comparti del settore pubblico e privato e alla qualità e durata dei corsi e, se del caso, al possesso di una pluriennale esperienza professionale, i criteri e le modalità per riconoscere come equivalenti ai diplomi universitari, di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni e integrazioni, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione postbase, ulteriori titoli conseguiti conformemente all'ordinamento in vigore anteriormente all'emanazione dei decreti di individuazione dei profili professionali. I criteri e le modalità definiti dal decreto di cui al presente comma possono prevedere anche la partecipazione ad appositi corsi di riqualificazione professionale, con lo svolgimento di un esame finale. Le disposizioni previste dal presente comma non comportano nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato né degli enti di cui agli articoli 25 e 27 della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni.

3. Il decreto di cui al comma 2 è emanato, previo parere delle competenti commissioni parlamentari, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

4. In fase di prima applicazione, il decreto di cui al comma 2 stabilisce i requisiti per la valutazione dei titoli di formazione conseguiti presso enti pubblici o privati, italiani o stranieri, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione postbase per i profili professionali di nuova istituzione ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Legge 10-08-2000, n. 251

Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica

(G.U. 06-09-2000, n. 208, Serie Generale)

❖ Preambolo

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Promulga la seguente legge:

❖ Art. 1. - Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica

1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.

2. Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico-ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione nel Servizio sanitario nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'Unione europea.

3. Il Ministero della sanità, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, emana linee guida per:

a) l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni;

b) la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata.

❖ **Art. 2. - Professioni sanitarie riabilitative**

1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione svolgono con titolarità e autonomia professionale, nei confronti dei singoli individui e della collettività, attività dirette alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e a procedure di valutazione funzionale, al fine di espletare le competenze proprie previste dai relativi profili professionali.

2. Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, lo sviluppo e la valorizzazione delle funzioni delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione, al fine di contribuire, anche attraverso la diretta responsabilizzazione di funzioni organizzative e didattiche, alla realizzazione del diritto alla salute del cittadino, al processo di aziendalizzazione e al miglioramento della qualità organizzativa e professionale nel Servizio sanitario nazionale, con l'obiettivo di una integrazione omogenea con i servizi sanitari e gli ordinamenti degli altri Stati dell'Unione europea.

❖ **Art. 3. - Professioni tecnico-sanitarie**

1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area tecnico-diagnostica e dell'area tecnico-assistenziale svolgono, con autonomia professionale, le procedure tecniche necessarie alla esecuzione di metodiche diagnostiche su materiali biologici o sulla persona, ovvero attività tecnico-assistenziale, in attuazione di quanto previsto nei regolamenti concernenti l'individuazione delle figure e dei relativi profili professionali definiti con decreto del Ministro della sanità.

2. Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, lo sviluppo e la valorizzazione delle funzioni delle professioni sanitarie dell'area tecnico-sanitaria, al fine di contribuire, anche attraverso la diretta responsabilizzazione di funzioni organizzative e didattiche, al diritto alla salute del cittadino, al processo di aziendalizzazione e al miglioramento della qualità organizzativa e professionale nel Servizio sanitario nazionale con l'obiettivo di una integrazione omogenea con i servizi sanitari e gli ordinamenti degli altri Stati dell'Unione europea.

❖ **Art. 4. - Professioni tecniche della prevenzione**

1. Gli operatori delle professioni tecniche della prevenzione svolgono con autonomia tecnico-professionale attività di prevenzione, verifica e controllo in materia di igiene e sicurezza ambientale nei luoghi di vita e di lavoro, di igiene degli alimenti e delle bevande, di igiene e sanità pubblica e veterinaria. Tali attività devono comunque svolgersi nell'ambito della responsabilità derivante dai profili professionali.

2. I Ministeri della sanità e dell'ambiente, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, emanano linee guida per l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie e nelle agenzie regionali per l'ambiente della diretta responsabilità e gestione delle attività di competenza delle professioni tecniche della prevenzione.

❖ **Art. 5. - Formazione universitaria**

1. Il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, di concerto con il Ministro della sanità, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, individua con uno o più decreti i criteri per la disciplina degli ordinamenti didattici di specifici corsi universitari ai quali possono accedere gli esercenti le professioni di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della presente legge, in possesso di diploma universitario o di titolo equipollente per legge.

2. Le università nelle quali è attivata la scuola diretta a fini speciali per docenti e dirigenti di assistenza infermieristica sono autorizzate alla progressiva disattivazione della suddetta scuola contestualmente alla attivazione dei corsi universitari di cui al comma 1.

❖ **Art. 6. - Definizione delle professioni e dei relativi livelli di inquadramento**

1. Il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, acquisiti i pareri del Consiglio superiore di sanità e del comitato di medicina del Consiglio universitario nazionale, include le diverse figure professionali esistenti o che saranno individuate successivamente in una delle fattispecie di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4.

2. Il Governo, con atto regolamentare emanato ai sensi dell'articolo 18, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come sostituito dall'articolo 19 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, definisce la disciplina concorsuale, riservata al personale in possesso degli specifici diplomi rilasciati al termine dei corsi universitari di cui all'articolo 5, comma 1, della presente legge, per l'accesso ad una nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario, alla quale si accede con requisiti analoghi a quelli richiesti per l'accesso alla dirigenza del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 26 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29. Le regioni possono istituire la nuova qualifica di dirigente del ruolo sanitario nell'ambito del proprio bilancio, operando con modificazioni compensative delle piante organiche su proposta delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

❖ **Art. 7. - Disposizioni transitorie**

1. Al fine di migliorare l'assistenza e per la qualificazione delle risorse le aziende sanitarie possono istituire il servizio dell'assistenza infermieristica ed ostetrica e possono attribuire l'incarico di dirigente del medesimo servizio. Fino alla data del compimento dei corsi universitari di cui all'articolo 5 della presente legge l'incarico, di durata triennale rinnovabile, è regolato da contratti a tempo determinato, da stipulare, nel limite numerico indicato dall'articolo 15-septies, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'articolo 13 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, dal direttore generale con un appartenente alle professioni di cui all'articolo 1 della presente legge, attraverso idonea procedura selettiva tra i candidati in possesso di requisiti di esperienza e qualificazione professionale predeterminati. Gli incarichi di cui al presente articolo comportano l'obbligo per l'azienda di sopprimere un numero pari di posti di dirigente sanitario nella dotazione organica definita ai sensi della normativa vigente. Per i dipendenti delle amministrazioni pubbliche si applicano le disposizioni del comma 4 del citato articolo 15-septies. Con specifico atto d'indirizzo del Comitato di settore per il comparto sanità sono emanate le direttive all'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) per la definizione, nell'ambito del contratto collettivo nazionale dell'area della dirigenza dei ruoli sanitario, amministrativo, tecnico e professionale del Servizio sanitario nazionale, del trattamento economico dei dirigenti nominati ai sensi del presente comma nonché delle modalità di conferimento, revoca e verifica dell'incarico.

2. Le aziende sanitarie possono conferire incarichi di dirigente, con modalità analoghe a quelle previste al comma 1, per le professioni sanitarie di cui alla legge 26 febbraio 1999, n. 42, nelle regioni nelle quali sono emanate norme per l'attribuzione della funzione di direzione relativa alle attività della specifica area professionale.

3. La legge regionale che disciplina l'attività e la composizione del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, prevede la partecipazione al medesimo Collegio dei dirigenti aziendali di cui ai commi 1 e 2 del presente articolo.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

BIBLIOGRAFIA

1. Pizzini F.: "Il parto tra biologia e cultura" da Mettere al Mondo - Ed. F. Angeli
2. Mariorie T.: "Do Obstetric intranatal interventions make birth safer?" British Journal of Obstetrics and Gynecology - Vol 93: 659-674, July 1986
3. Macfarlane A.: "Psicologia della nascita" Universale scientifica Boringhieri - 1980
4. Masellis G.: "Proposte per un rapporto nuovo fra gravidanza ed istituzione" Lucina, 3: 63-64, marzo 1989
5. World Health Organization. Department of reproductive health and reserch. Care in normal birth: a pratical guide. Report of a tecnica working group. WHO/FRH/MSN/96.24. Geneva: WHO, 1996
6. Hodnett ED et all. "Home-like versus conventional institutional setting for birth". Cochrane Satabase of Systematic Reviews, 2005, Issue 1, Revisione Sistemtica 8677 gravidanze
7. Rooks JP et all "Outcomes of care in birth centers. The national birth center study" N.E.J.Med 1989 dec 28/1990 may 24. Studio di coorte su 11814 gravidanze
8. Hodnett ED, et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: a randomized controlled trial. JAMA 2002;288:1373-81

9. Johanson R, Newburn M, Macfarlane A. Has the medicalization of childbirth gone too far? *BMJ* 2002;324(7342):892-5.
10. Wei S, Wo BL, Xu H, Luo ZC, Roy C, Fraser WD. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Apr 15;(2):CD006794.
11. Zhang J, Branch DW, Ramirez MM, Laughon SK, Reddy U, Hoffman M, et al. Oxytocin regimen for labour augmentation, labour progression, and perinatal outcomes. *Obstetrics and gynecology* 2011;118(2 Pt 1):249-56
12. Brown HC, Paranjothy S, Dowswell T, Thomas J. Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Oct 8;(4):CD004907
13. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2008(4):CD004667.
14. Evers AC, Brouwers HA, Hukkelhoven CW, Nikkels PG, Boon J, van Egmond-Linden A, et al. Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study. *BMJ* 2010;341:c5639.
15. Wax JR, Lucas FL, Lamont M, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn outcomes in planned home births vs. planned hospital births: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203:243.e1–8.

16. Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study BMJ 2011;343:d7400
17. Chervenak FA, McCullough LB, Brent RL, Levene MI, Arabin B, Wagner M. Planned home birth: the professional responsibility response. Am J Obstet Gynecol. 2012 Nov 9. pii: S0002-9378(12)01074-5.
18. O'Driscoll K, Jackson RJ, Gallagher JT. Prevention of prolonged labour. BMJ. 1969;2(5655):477-80.
19. Stratton JF. Active management of labour. Standards vary among institutions. BMJ 1994;309(6960):1015; author reply 16-7.
20. Robson MS. Active management of labour. Continual audit is important. BMJ 1994;309(6960):1015.
21. Friedman EA. The labour curve. Clinics in perinatology 1981;8(1):15-25.
22. Incerti M, Locatelli A, Ghidini A, Ciriello E, Consonni S, Pezzullo JC. Variability in rate of cervical dilation in nulliparous women at term. Birth 2011;38(1):30-5.
23. Clark SL, Simpson KR, Knox GE, Garite TJ. Oxytocin: new perspectives on an old drug. American journal of obstetrics and gynecology 2009;200(1):35 e1-6.
24. Istat – Istituto nazionale di statistica. Annuario di statistiche demografiche. Roma, 1980.

25. Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema. Attività di ricovero 2008 (analisi preliminare). Roma, luglio 2009.
26. Euro-Peristat project. European perinatal health report 2008. Disponibile all'indirizzo: www.europeristat.com (visitato il 31-05-2011).
27. Ministero della salute, Dipartimento della qualità, Direzione generale del sistema informativo, Ufficio direzione statistica. Certificato di assistenza al parto (CeDAP) – Analisi dell'evento nascita (anno 2008). Roma, 2011.
28. Ministero della salute. Lo stato di salute delle donne in Italia. Primo rapporto sui lavori della Commissione Salute della Donna. Roma, marzo 2008.
29. ElliottK, Main MD, Bloomfield L, hunt G,. First pregnancy and delivery clinical initiative committee: development of a large-scale obstetricquality-improvement program that focused on the nulliparous patient at term. American Journal of Obstetrics and Gynecology (2004) 190, 1747 e 58
30. MannS, Pratt S, Glik P, Nielsen P, Risser D, Greenberg P, Marcus R, Goldman M, Shapiro D, Pearlman M, Sachs B: Assessing quality obstetrical care: development of standardize measures. Jt Comm J Qual patient saf. 2006 sep; 32(9): 497-505.
31. Kongnyuy EJ, Uthman OA: use of criterion-based clinical audit to improve the quality of obstetr care: Asystematic review. Acta obstet Gynecol Scand. 2009; 88 (8): 873-81

32. Main EK, Bigham D: Quality improvement in maternity care: promising approaches from the medical and public health perspectives. *Curr opin obstet gynecol*. 2008 dec; 20 (6): 574-80
33. Lichtmacher A: Quality assessment tools: ACOG voluntary review of quality of care program, peer review reporting system. *Obstet gynecol clin North Am*. 2008 mar;35(1): 147-62
34. Viswanathan M: tailoring systematic review to meet critical priorities in maternal health in the intrapartum period. *Paediatr perinat epidemiol*. 2008 Jan; 22 Suppl 1:10-7
35. Regalia A, Fumagalli S, Nelli E, Nespoli A. Pro-muovere il parto: la postura come procedura nel travaglio e nel parto. *Iris* 2005; 35(2)
36. Bestetti G, Vegetti Finzi S. Senso del nascere e del mettere la mondo: l'analgesia nel dolore del parto. *Nascere* 1997;71: 7-10.
37. Field T, Hernandez-rif M, Taylor S et al. Labor pain reduced by massage therapy. *J Psychosom obstet gynaecol* 1997; 18:286-91
38. Brennan DJ, Robson MS, Murphy M, O'Herlihy C. Comparative analysis of international caesarean delivery rates using 10-group classification identifies significant variation in spontaneous labour. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2009;201(3):308 e1-8.

39. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2005(4):CD000331.
40. Lieberman E, Davidson K, Lee-Parritz A, Shearer E. Changes in fetal position during labour and their association with epidural analgesia. *Obstetrics and gynecology* 2005;105(5 Pt 1):974-82.
41. Leighton BL, Halpern SH. The effects of epidural analgesia on labour, maternal, and neonatal outcomes: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002;186(5 Suppl Nature):S69-77.
42. Blasi I, D'Amico R, Fenu V, Volpe A, Fuchs I, Henrich W, et al. Sonographic assessment of fetal spine and head position during the first and second stages of labour for the diagnosis of persistent occiput posterior position: a pilot study. *Ultrasound in obstetrics & gynecology* 2010;35(2):210-5.
43. Gagnon AJ, Waghorn K, Covell C. A randomized trial of one-to-one nurse support of women in labour. *Birth* 1997;24(2):71-7.
44. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2003(3):CD003766.
45. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2008(4):CD004667.
46. Kenny PB, P Eckermann,S. & Hall, J. Westmead Hospital Team Midwifery Project Evaluation. Final Report.

Center for Health Economics Research and Evaluation,
Westmead. 1994.

47. Homer CS, Davis GK, Brodie PM, Sheehan A, Barclay LM, Wills J, et al. Collaboration in maternity care: a randomised controlled trial comparing community-based continuity of care with standard hospital care. *BJOG* 2001;108(1):16-22.
48. McLachlan HL, Forster DA, Davey MA, Lumley J, Farrell T, Oats J, et al. COSMOS: Comparing Standard Maternity care with one-to-one midwifery support: a randomised controlled trial. *BMC pregnancy and childbirth* 2008;8:35.
49. Biro MA, Waldenstrom U, Pannifex JH. Team midwifery care in a tertiary level obstetric service: a randomized controlled trial. *Birth* 2000;27(3):168-73.
50. Symon A, Winter C, Donnan PT, Kirkham M. Examining autonomy's boundaries: a follow-up review of perinatal mortality cases in UK independent midwifery. *Birth*. 2010 Dec;37(4):280-7.
51. Calistri D. "Psicoprofilassi ostetrica e raccomandazioni OMS" rivista nascere 1990;2