

# La gravidanza fisiologica: operatrici, operatori, strumenti, visibilità e confronto delle pratiche.

Testi di Lisa Marino, Maria Rosa Zaniboni, Elena Rampini,  
Liliana Prevedello, Miriam Guana, Sandra Forni, Gianfranco Gori,  
Angelo Penna, A.L.Regalia, A.Arreghini, G.V.Limonta Ghezzi,  
F.Pasta, L. Patanè, Giuliano Maffetti



**Riunione 1998 - Bedizzole (Bs)**

Associazione ANDRIA: Coordinamento per la Promozione di una Assistenza Appropriata in Ginecologia e Ostetricia

## Introduzione

Questo quaderno trae origine da una Riunione dell'Associazione ANDRIA. "LA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA: OPERATRICI, OPERATORI, STRUMENTI, VISIBILITA' E CONFRONTO DELLE PRATICHE", questo il titolo dell'incontro, si è svolto a Bedizzole, in provincia di Brescia, il 14 Febbraio 1998.

Che cosa è ANDRIA?

ANDRIA e' una struttura permanente di confronto fra coloro che, a vario titolo interessati ad una modifica delle pratiche attinenti a gravidanza e nascita, desiderano innanzitutto partecipare ad una riflessione collettiva sul proprio operato. Per produrre nella realta' cambiamenti effettivi e profondi, coniugando la piena adesione al rigore delle evidenze scientifiche con il rispetto degli aspetti emozionali della nascita e dei bisogni di donne e bambini.

## **L'OSTETRICA: TRA OPPORTUNITÀ E LIMITAZIONI**

# Quale e quanta autonomia delle ostetriche nell'ospedale italiano

Lisa Marino <sup>1</sup>

Questa relazione porta un esempio di quale può essere lo spazio lavorativo autonomo dell'ostetrica nell'ambito della struttura ospedaliera.

La realtà descritta è l'Azienda Ospedaliera Materno Infantile O.I.R.M. Sant'Anna. L'esperienza lavorativa è del Gruppo Ostetriche Parto a Domicilio, costituito da quattro ostetriche : Boeti Maria, D'Antuono Lucrezia, Lisa Marina, Nurisso Ornella.

Nell'Ospedale Sant'Anna di Torino, come da normativa, è il medico il responsabile di tutto il percorso nascita della donna. Non esiste una distinzione tra fisiologia e patologia. Dunque il limite rispetto alle competenze professionali, è confuso, poiché non è definito a priori un piano di assistenza specifico.

Nella quotidianità, succede che le ostetriche più intraprendenti riescano a crearsi uno spazio dove il medico interviene solo se interpellato. In altre situazioni in cui l'ostetrica non prende posizione, il medico gestisce il travaglio e il parto secondo i propri criteri.

E' nell'ambito di questa struttura che, nel 1994, ci riuniamo per presentare alla allora Direzione Sanitaria un progetto sperimentale per l'assistenza domiciliare al parto, in risposta ad alcune domande provenienti dall'utenza. Siamo un gruppo di ostetriche affini per l'esperienza lavorativa, forti della consapevolezza delle nostre competenze. Nasce così all'interno del Sant'Anna il Gruppo Ostetriche Parto a Domicilio con i seguenti obiettivi :

offrire all'utenza un'assistenza personalizzata

ampliare il ventaglio di possibilità rispetto al percorso nascita in ambito pubblico

creare per l'ostetrica uno spazio lavorativo autonomo.

Tale iniziativa, accolta positivamente dalla Direzione Sanitaria, per circa un anno, ci ha portato a eseguire molte prestazioni straordinarie oltre la normale turnistica ospedaliera . Dopo questo periodo sperimentale, il servizio, per esaurimento delle nostre forze fisiche ed emotive, è stato sospeso.

La Direzione Sanitaria non aveva formalizzato in nessun modo la nostra situazione ed il doppio lavoro era ormai insostenibile. Con la trasformazione dell'Ospedale in Azienda il Direttore Generale ha riconsiderato l'offerta ; nel Luglio 97 ha formalizzato "L'Attività" istituendo un ambulatorio per l'accoglienza delle domande.

A rotazione ci distacciamo dalla turnistica della Sala Parto, per occuparci nell'ambito delle ore lavorative, della gestione dell'ambulatorio.

---

<sup>1</sup> Questa relazione porta un esempio di quale può essere lo spazio lavorativo autonomo dell'ostetrica nell'ambito della struttura ospedaliera.

La realtà descritta è l'Azienda Ospedaliera Materno Infantile O.I.R.M. Sant'Anna. L'esperienza lavorativa è del Gruppo Ostetriche Parto a Domicilio, costituito da quattro ostetriche : Boeti Maria, D'Antuono Lucrezia, Lisa Marina, Nurisso Ornella

L'attività prevede :

incontri mensili, finalizzati a tracciare un'evoluzione clinica della gravidanza utile per la selezione

assistenza al travaglio a domicilio

assistenza al parto a domicilio

assistenza ospedaliera e eventuale dimissione precoce in caso di trasferimento in ospedale

assistenza al puerperio

Come ho già accennato, la gestione dell'ambulatorio è esclusivamente

affidata a noi ostetriche , coordinate dalla O.P.D. dell'Azienda e fa capo alla Direzione Sanitaria.

Per la valutazione dei casi a rischio (per il parto a domicilio) abbiamo individuato, dei medici di riferimento e un pediatra, che effettuano consulenze di II livello.

Insieme collaboriamo qualora vi sia la necessità di studiare un piano di assistenza al fine di effettuare un'attenta soluzione.

Insieme (medici, ostetriche e O.D.P.) abbiamo collaborato per la stesura della cartella clinica e delle linee guida.

E' importante sottolineare che la nostra prestazione è stata definita nella carta dell'Azienda come "Attività" e non come "Servizio". Questa denominazione le conferisce piena autonomia e libera dalla necessità di un capo dipartimento e quindi di un primario.

Con l'avvio dell'attività si è aperto per noi uno spazio lavorativo nuovo da organizzare, con tutta la responsabilità che questa comporta. Soddisfare la nostra ambizione ha anche voluto dire confrontarsi con una nuova realtà, priva della protezione che può fornire un'ospedale. Questo ci ha fatto prendere coscienza dei nostri limiti e di una fragilità insospettata.

Prima di tutto l'impatto con un tipo di utenza diversa da quella che si rivolge alle ostetriche libere professioniste.

Per le coppie non sempre è chiaro cosa sia il parto a casa : spesso si attendono un'assistenza tecnica e strumentale tipica della struttura ospedaliera.

Quindi è fondamentale lavorare sulle motivazioni che hanno portato la coppia a rivolgersi a noi.

Tramite una comprensione delle loro ragioni, possiamo muoverci meglio per chiarire quella che sarà la dinamica della nostra assistenza e soprattutto fare luce sul suo significato.

Si può facilmente intuire quanto sia delicata questa fase, poiché ogni coppia porta con sé una storia unica e irripetibile.

Per altre coppie invece l'istituzionalizzazione del servizio è incentivante e rassicurante, quindi riescono a trovare il coraggio di una scelta che altrimenti, probabilmente non avrebbero fatto.

Ci ritroviamo così in un ambito in cui la scienza non è più sufficiente. Dobbiamo recuperare un sapere antico. Dobbiamo ritrovare una figura che è andata scomparendo col passare del tempo, travolta da una società dimentica dei ritmi naturali. E' quella di un'ostetrica che accompagna, raccoglie, facilita e non è solo assistente, ma punto di riferimento per l'essere nuovo che si rigenera.

Il servizio coinvolge l'Azienda, che ha sempre risposto positivamente alle nostre esigenze. Nel caso di ospedalizzazioni l'Azienda ha saputo collaborare per il buon esito dell'urgenza.

Una buona capacità di dialogo, quindi, tra il nostro gruppo e la struttura.

Nuove strade sono, dunque, possibili, più sensibili alle esigenze della donna e a questo cammino è interessata la realtà ospedaliera nel suo complesso e nella sua articolazione territoriale. Il fine ultimo deve essere quello di trarre una revisione delle attuali modalità di approccio alla nascita.

Ci sentiamo di dire, a tutte le colleghe, che questo è un momento favorevole, poiché, finalmente, l'utenza è stata messa in condizioni di chiedere.

Le ostetriche dal canto loro devono osare proporsi come professioniste della nascita fisiologica.

Le sole volontà politiche non sarebbero sufficienti! Solo così possiamo riacquistare l'indipendenza rispetto alle proprie competenze.

Ciò che fino ad oggi abbiamo costruito non è solo merito nostro.

Per il successo della nostra iniziativa dobbiamo ringraziare chi ci ha preceduto e ha lavorato per aprirci la strada.

Ci auguriamo che altri possano continuare su questa stessa strada in un processo che si autorigenera

## LETTURE CONSIGLIATE

OMS. Tecnologia appropriata per la nascita. Fortaleza, Brasile; 9 Maggio 1985. Versione originale: WHO. Appropriate technology for birth. Lancet 1985;ii:436-37.

Enkin M, Keirse M, Chalmers I. L'efficacia delle procedure di assistenza alla gravidanza e al parto. Como:Red; 1993.

Gruppo collaborativo Donne in medicina. Valutazione delle procedure di assistenza alla gravidanza fisiologica. Linee guida di assistenza.

Istar. Rivista multidisciplinare sulla nascita 1994;9:84-93.

Gruppo ostetrico pediatrico neonatologico di collaborazione intraospedaliera. La sorveglianza in ospedale al travaglio, al parto ed al neonato fisiologico: linee guida di assistenza. Bollettino Sigo 1994;2;22-41.

Rich A. Nato di donna. Milano: Garzanti; 1977.

Sbisà M. Come sapere il parto. Torino: Rosenberg & Sellier; 1992.

Pizzini F (a cura di). Sulla scena del parto. Milano: Angeli; 1981.

Colombo G, Pizzini F, Regalia A. Mettere al mondo. La produzione sociale del parto. Milano: Angeli; 1985.

AAVV. Le culture del parto. Milano: Feltrinelli; 1985.

Lanzardo L. Il mestiere prezioso. Forma; s.d.

Costa G, DeMartino S. Management pubblico. Organizzazione e personale nella pubblica amministrazione. Torino: Etas; s.d.

Collegio Provinciale delle Ostetriche di Torino. Partorire in casa. Cesena: Macro Edizioni; s.d.

# Quanta e quale autonomia dell'ostetrica nei servizi territoriali per le gravide -puerpere

Elena Rampini e Mariarosa Zaniboni

Parte prima.

Mi chiamo Elena e lavoro come ostetrica dal 1991 presso il consultorio ostetrico ginecologico di Lumezzane che fa parte dell'ex azienda USSL 16 oggi ASL.

Questi anni di lavoro consultoriale sono stati per me anni di acquisizione di autonomia professionale con ampliamento della mia attività rispetto a quanto mi veniva richiesto dall'istituzione quando ,dopo aver lavorato per cinque anni nell'ospedale dell'azienda (Gardone val Trompia) ho ottenuto il trasferimento in una sede territoriale.

Mentre in sala parto la mia specificità professionale era abbastanza definita (anche se viziata come al solito dal non rispetto della competenza ostetrica nella fisiologia) mi sono trovata a livello consultoriale di fronte a richieste molto ampie e diversificate da parte dell'utenza e richieste istituzionali minime e vaghe.

Da qui la necessità di capire qual'era il mio specifico professionale attraverso una conoscenza legislativa e un lavoro di aggiornamento che ho portato avanti sia individualmente sia collaborando con altre colleghe ed altri operatori.

Questo percorso mi ha portato a centrare il mio lavoro professionale soprattutto nell'ambito dell'assistenza ostetrica che é rappresentato a livello consultoriale dall'assistenza alla gravidanza, al dopo parto, al puerperio compreso l'allattamento materno, assistenza che ho basato sulle evidenze della letteratura scientifica internazionale (trials clinici controllati)

Questi ambiti professionali sono stati da me acquisiti e conquistati con difficoltà soprattutto per quanto riguarda il riconoscimento istituzionale.

Rispetto all'assistenza al puerperio e all'allattamento, dopo le prime resistenze iniziali, dovute al fatto che nessun operatore (compreso le ostetriche) era più abituato a considerarle competenze dell'ostetrica, non ho incontrato grosse difficoltà.

Per quanto riguarda invece l'assistenza alla gravidanza fisiologica, ho trovato grosse resistenze e ci sono stati tentativi per dissuadermi dal proseguire in questo tipo di attività. Attualmente l'istituzione tollera senza per altro riconoscere ufficialmente il mio lavoro.

Questa situazione è stata favorita e sostenuta dalla non presa in carico della gravidanza fisiologica da parte delle altre ostetriche consultoriali dell'Azienda (che si occupano invece di puerperio e allattamento) per cui sono rimasta isolata e con un peso contrattuale minimo.

Tornando all'ambito legislativo a cui ho accennato mi soffermo in particolare sull'ultimo riferimento in ordine cronologico cioè il DM 03-04- 1994 che sintetizza e ridefinisce quanto espresso in modo particolareggiato nelle leggi precedenti (DPR 07-03 1975 n.163 e DM 15-09-1975 aggiornato con DM 15-06-1981).

Sulla formazione professionale voglio sottolineare la carenza della scuola di ostetrica che non prepara all'assistenza, alla fisiologia in generale ed alla gravidanza in particolare. Anzi, di gravidanza fisiologica non si parla e, almeno per quanto mi riguarda, sono uscita dalla scuola con la consapevolezza che non fosse un mio specifico ambito professionale.

Quindi per acquisire ed esercitare autonomia professionale ho sentito l'esigenza di effettuare un percorso formativo post-scolastico basato su:

- 1) Confronto con altre colleghe ed altre figure professionali.
- 2) Conoscenza delle evidenze della letteratura scientifica.
- 3) Elaborazione ed utilizzo di "linee guida scientificamente convalidate".

Per quanto riguarda l'assistenza alla gravidanza fisiologica " ho fatto parte nel 1990 di un gruppo di lavoro che presso l'ospedale di Monza a cui hanno partecipato ostetriche e ginecologhe di varie regioni d'Italia.

Gli incontri, che si sono succeduti per quasi un anno, hanno portato al confronto delle pratiche assistenziali, alla loro valutazione rispetto alle evidenze della letteratura ed alla elaborazione delle "Linee guida".

Per la mia autonomia professionale l'utilizzo di linee guida é stato uno strumento indispensabile anche perché permette di esplicitare in modo chiaro la propria assistenza e di condividerla con la donna.

Infatti durante il primo incontro, l'utilizzo delle linee guida consiste anche nel farle conoscere alla donna e questo le permette di scegliere l'operatore ed il tipo di assistenza.

Parte seconda.

Mi chiamo Mariarosa Zaniboni, lavoro come ostetrica nel consultorio dell'ASL provinciale di Brescia da 10 anni .

Da circa 5 anni assisto in autonomia professionale le gravidanze fisiologiche dopo un percorso formativo simile a quello illustrato da Elena.

A differenza dell'esperienza di Elena, ho iniziato l'assistenza alla gravidanza fisiologica con altre ostetriche nell'ambito dell' A S L e questo sicuramente mi ha facilitata.

All'inizio, nel 1992, l'assistenza alla gravidanza è stata proposta sporadicamente a donne che già conoscevamo e ad altre che l'hanno chiesta esplicitamente.

Questo primo momento ci ha permesso di rafforzare la nostra pratica, confermando la convinzione che la fisiologia della gravidanza sia competenza dell'ostetrica .

Come dimostrato da studi, nella grande maggioranza dei casi il concepimento, la gravidanza ed il parto, sono eventi fisiologici e solo una minima parte di donna manifesta rilevanti patologie che richiedono un intervento medico.

Nel 1994 l'assistenza alla gravidanza è stata offerta attivamente a tutte le gravide in tre consultori, informandole delle pratiche assistenziali valide scientificamente.

Questo tipo di attività non ci é mai stata richiesta né riconosciuta dai nostri responsabili, perché probabilmente non hanno mai pensato che fosse una nostra competenza nonostante il nostro profilo professionale.

Nonostante questo, abbiamo continuato la nostra attività sostenute dalle donne stesse che sono aumentate di numero e si sono dimostrate soddisfatte della nostra assistenza.

Finalmente nel maggio 1997 questa esperienza si è formalizzata con la presentazione da parte di noi ostetriche di un progetto per attivare nelle D.S.S.B. l'assistenza alla gravidanza fisiologica gestita in piena autonomia professionale da sole ostetriche .



### **L'approvazione del progetto da parte dei responsabili ha consentito:**

Di portare avanti l'esperienza già avviata

L'estensione in altri D.S.S.B.

La possibilità di adesione a tale tipo di attività da parte di altre ostetriche

Per realizzare questo è stato organizzato :

Corso di formazione organizzato in due giornate di studio per la conoscenza e la discussione delle pratiche ostetriche validate scientificamente cioè "linee guida".

Supporto e supervisione da parte delle ostetriche già esperte.

Coinvolgimento dei coordinatori dei D.S.S.B.

### **Il progetto si propone di raggiungere i seguenti obiettivi:**

Incentivare le reali possibilità di scelta assistenziale da parte della donna riconoscendone la piena competenza nel percorso procreativo ed aumentando la consapevolezza rispetto alle pratiche sanitarie .

Favorire la trasparenza delle atti assistenziali nei confronti della donna (che cosa fa, perché lo si fa, da chi é fatto).

Adottare uno strumento che utilizzando le conoscenze acquisite assicuri la più appropriata e aggiornata assistenza alla gravidanza fisiologica.

Migliorare l'efficacia degli interventi assistenziali e la qualità delle cure (uso appropriato delle risorse).

Migliorare l'efficienza dei servizi ottimizzando l'uso delle risorse materiali ed il corretto impiego delle diverse competenze professionali .

Controllare la spesa sanitaria.

### **POPOLAZIONE BERSAGLIO DEL PROGRAMMA**

A tutte le donne che si rivolgono per l'assistenza alla gravidanza, in assenza di fattori di rischio, verranno proposte le linee guida.

Spetterà alla donna scegliere il tipo di assistenza.

### **ATTIVITÀ ASSISTENZIALE**

L'attività assistenziale é quella illustrata dalle linee guida .

Attualmente la prescrizione degli esami viene garantita nei distretti dove l'assistenza é già avviata, con la collaborazione dei medici dei medici coordinatori o igienisti . Questo aspetto potrebbe essere riesaminato rivalutando la possibilità di prescrizione da parte dell'ostetrica, che si può avvalere del ricettario interno da utilizzarsi solo nell'ambito dei servizi all' azienda sanitaria .

Riferimento legislativo DPR 7-3-1975 N.163

## **VERIFICA DEL PROGETTO**

Valutazione a mezzo questionario del grado di soddisfazione delle donne

## **GLI OBIETTIVI DEL PROGETTO**

Nell'ambito e nello spirito della legge R.16/87 dei DD.LL.502/92-517/93, del D.M.14 settembre 1994 n.740 ed alla luce dell'attuale dibattito sulla proposta di legge nazionale per la "demedicalizzazione"della nascita, nonché dell'esperienza già avviata in alcuni distretti.

### **SI PROPONE L'ALLEGATO PROGETTO CON GLI OBIETTIVI DI:**

Incentivare le reali possibilità di scelta assistenziale da parte della donna riconoscendole la piena competenza nel percorso procreativo ed aumentando la sua consapevolezza rispetto alle pratiche sanitarie;

Favorire la trasparenza degli atti assistenziali nei confronti della donna (che cosa si fa, perché lo si fa, da chi fatto);

Adottare uno strumento che, utilizzando le conoscenze acquisite, assicuri la più appropriata (e aggiornata ) assistenza alla gravidanza fisiologica;

Migliorare l'efficacia degli interventi assistenziali e la qualità delle cure (uso appropriato delle risorse)

Migliorare l'efficienza dei servizi ottimizzando l'uso delle risorse materiali ed il corretto impiego delle diverse competenze professionali;

Controllare la spesa sanitaria.

## **POPOLAZIONE BERSAGLIO DEL PROGRAMMA**

A tutte le donne che si rivolgono al consultorio per l'assistenza alla gravidanza, in assenza di fattori di rischio, verranno proposte le linee-guida allegate.

Spetterà alla donna scegliere il tipo di assistenza.

## **GESTIONE DEL PROGETTO**

L'organizzazione e la gestione delle attività riguardanti il progetto competono al servizio medicina di base, che a ciò provvede tramite un gruppo di lavoro cui spetta seguire, verificare, storicizzare l'esperienza.

## **ATTIVITA' PROMOZIONALE**

Al fine di incrementare l'attività consultoriale inerente l'assistenza alla gravidanza si potrebbe:

- 1.Pubblicizzare il programma tramite la convocazione di un'assemblea pubblica
- 2.Coinvolgere i medici di base ai quali verranno illustrate le linee guida.

### **ATTIVITA' ASSISTENZIALE**

L'attività assistenziale è quella illustrata nelle linee-guida allegate.

Attualmente la prescrizione degli esami viene garantita nei distretti dove l'assistenza è già avviata, con la collaborazione dei medici coordinatori o igienisti.

Questo aspetto potrebbe essere riesaminato valutando la possibilità di prescrizione da parte dell'ostetrica, che si può avvalere del ricettario interno (da utilizzarsi solo nell'ambito dei servizi dell'azienda U.S.S.L.)

Riferimento legislativo D.P.R.7.03.1975 N.163.

### **VERIFICA DEL PROGETTO**

Valutazione a mezzo questionario,del grado di soddisfazione delle donne.

### **RISORSE**

Materiale divulgativo pubblicitario.

## LE LEGGI

5.3 REGOLAMENTO PER L'ESERCIZIO PROFESSIONALE DELLE  
OSTETRICHE  
D.P.R. 7 marzo 1975 n.163

5.4 ISTRUZIONE PER L'ESERCIZIO PROFESSIONALE DELLE OSTETRICHE  
D.M. 15 settembre 1975 (aggiornato con D.M. 15 giugno 1981)

REGOLAMENTO CONCERNENTE L'INDIVIDUAZIONE DELLA FIGURA E RELATIVO  
PROFILO PROFESSIONALE DELL'OSTETRICA/O.

Roma, li 14 settembre 1994

## LINEE GUIDA DI ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA

A cura di A.L.Regalia (Ospedale di Monza) -E.Terzian (IRFMN Milano)

Hanno collaborato:C.Abbà (Alpignano), T.Algeri (Reggio Emilia), A.M.Altobelli (Roma), A.Bacci (Trieste), M.Ballabeni (ReggioEmilia) L.Baresi (Chiari), E.Beretta (Erba), E.Biasci (Varese), B.Bocchio (Bolzano), C.Buttagni (SestoSanGiovanni), M.Campiotti (Varese), P.Ceruti (Monza), C.Chiodini (Milano), R.Colombero (Torino), E.Colongo (Collegno), G.Cornaglia (Torino), M.P.Corradin (Chivasso), A.Epis (PonteSanPietro), G.Esposito (Brescia), M.C.Foniana (Piacenza), A.Frullini (Ortona), S.Forni (Zerio), T.Frusca (Brescia), L.Gianotti (Collegno), R.Goffi (Gavardo), B.Grandi (Poggibonsi), P.Gritti (Desio), A.Grondona (Genova), P.Guardiani (Castel S.G.) A.Kustermann (Milano), R.Leveni (Como), A.Mancini (Milano), T.Marconi (Gavardo), P.Mattei (Melzo), C.Molinaroli (CastelS.G.), T.Monzani (Ospitaletto), S.Morano (Genova), P.Morganti (Treviglio), E.Parigi (Milano), S.Pastura (Milano), A-Pellizzari (Verona), E.Rampini(Gardone Val Trompia), R.Redaeli (Monza), M-Renzetti (Moncalieri), L.Ruffato (Firenze), D.Runza (Castel S.G.), P.Salvano (Collegno), S.Sieve (Milano), L.Soldati (Brescia), M.Toschi (Perugia), A.Tudisco (Casale Monferrato), L.Tumiati( Reggio Emilia), E.Uber(Castel S.G.), L.Usuelli (Monza), L.Vassena (Merate), M.Vezzani (Modena), E.Viora (Torino), M.Vola (Torino), A.M.Voltolin (Brescia), M.R.Zaniboni (Brescia), L.Zecchin (Monza), C.Zobbi (Milano), L.Zorat (Brescia).

## BIBLIOGRAFIA

Le indicazioni contenute in questo protocollo sono derivate dal principale testo di sintesi delle evidenze della letteratura internazionale (I.Chalmers, M.Enkin, MJNCKeirse. Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press 1989) che dovrebbe essere dalla sua pubblicazione il testo di riferimento per tutte le ostetriche/í.

## **LINEE GUIDA DI ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA**

A cura di A.L.Regalia (Ospedale di Monza)- E.Terzian (IRFMN Milano)  
Assistenza alla gravidanza fisiologica . Schema riassuntivo.

### **I visita:**

Anamnesi: età, anamnesi ostetrica (finalizzata ad identificare condizioni di rischio specifico), malattie croniche, patologie a ricorrenza familiare (genetiche).

Fornire informazioni su: Criteri usati per seguire la gravidanza / alternative sul mercato / scelte possibili / diagnosi prenatale (test diagnostici per rosolia, toxo, CMV, US morfologico). Non visita vaginale di routine prima delle 13-14 settimane. PA.

Richiesta esami : gruppo/Rh (ev.Coombs), emocromo, glicemia, toxotest, rubeotest, VDRL.

### **II visita:**

13-15-settimane: esplorazione vaginale. Pap test (se non effettuato negli ultimi 3 anni ). PA. Controllo esami. Prescrizione esame urine +urinocolture.

### **III visita:**

20-21 settimane: misurazione sinfisi -fondo. PA. Prescrizione emocromo +eventuale Coombs.

### **IV visita:**

26-27 settimane: misurazione sinfisi-fondo. PA. Prescrizione controlli quindicinali PA dal MdB o in farmacia fino al termine.

### **V visita:**

32 settimana: misurazione sinfisi-fondo.PA. Prescrizione emocromo+eventuale Coombs / HBSAg / esame urine.

VI visita: 36-37 settimane: visita vaginale / accertamento presentazione, misurazione sinfisi-fondo. PA. Prescrizione esame urine.

### **VII visita:**

41 settimane: (a 39-40 se alla precedente visita si ha un dubbio di deflessione nella velocità di crescita fetale ).

41 settimane: avvio monitoraggio del benessere fetale.

## **REGOLAMENTO CONCERNENTE L'INDIVIDUAZIONE DELLA FIGURA E RELATIVO PROFILO PROFESSIONALE DELL'OSTETRICA/O**

IL MINISTERO DELLA SANITA'

VISTO l'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria ,a norma dell'articolo 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 e 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 22/04/1994;

UDITO il parere del Consiglio di Stato espresso nella adunanza generale del 4/07/1994;

VISTA la nota, in data con cui lo schema di regolamento é stato trasmesso, ai sensi dell'art. 17, comma 3, della L. 23 agosto 1968, n. 400 , al Presidente del Consiglio dei Ministri.

ADOTTA IL SEGUENTE REGOLAMENTO

### ARTICOLO 1

1. È individuata la figura dell'ostetrica/o con il seguente profilo: l'ostetrica/o é 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'équipe 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 é 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.

#### ARTICOLO 2

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

#### ARTICOLO 3

1. Il diploma universitario di ostetrica/o conseguito ai sensi dell'articolo 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.

#### ARTICOLO 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'articolo 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.

È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare.

Roma , lì 14 settembre 1994

Il Ministro

# **Autonomia delle ostetriche e continuita' dell'assistenza nel modello inglese dopo il changing childbirth**

L.Prevedello<sup>2</sup>

## **I SERVIZI DI ASSISTENZA SANITARIA**

1. In Gran Bretagna tali servizi sono basati sull'ostetrica perchè é un diritto per legge che ogni donna sia assistita da un'ostetrica durante la gravidanza, il parto e il puerperio.
2. Non c'è competizione dal settore infermieristico che è escluso dalla pratica in qualsiasi settore del Servizio di Maternità (escluso ginecologia)
3. Attualmente ci sono circa 34.500 ostetriche nel settore sanitario pubblico e meno di 100 ostetriche libere professioniste.

## **REVISIONE DEI SERVIZI MATERNI**

### ***CHANGING CHILDBIRTH***

- **DOCUMENTO PUBBLICATO NEL 1993**
- **ADOTTATO COME POLITICA GOVERNATIVA NEL 1994**
- **PROPONE LA PIU' RADICALE REVISIONE DEI SERVIZI MATERNI DAL 1948**

### ***CHANGING CHILDBIRTH IMPLEMENTATION TEAM***

- **GRUPPO DI LAVORO A LIVELLO NAZIONALE CON SEDE A CAMBRIDGE**
- **IDENTIFICA E PROMUOVE ESEMPI DI OTTIMA ASSISTENZA NEI SERVIZI MATERNI**
- **MONITORIZZA COME LE VARIE RACCOMANDAZIONI SONO IMPLEMENTATE A LIVELLO LOCALE**
- **SPONSORIZZA VARI PROGETTI**
- **PUBBLICA LA PROPRIA RIVISTA**
- **ORGANIZZA INCONTRI DI AGGIORNAMENTO/ INFORMAZIONI SUI VARI PROGETTI**
- **COMUNICA I RISULTATI AL DIPARTIMENTO DELLA SANITA' DI LONDRA**

## **CHANGING CHILDBIRTH**

- 1.E' un documento esclusivamente diretto alla donna ma le sue raccomandazioni hanno implicazioni importantissime per l'ostetrica, il ginecologo e il medico di famiglia.
- 2.E' il risultato di un'analisi nazionale sulle opinioni positive e negative delle donne su

---

<sup>2</sup> RGN, RM - Community Midwife, Chelsea & Westminster Hospital NHS TRUST  
London



servizi di assistenza materna prima del Changing Childbirth.

Il servizio era e rimane in molte unità sanitarie in genere incoordinato, frammentato, disgiuntivo, spesso ripetitivo ed inefficiente.

3. Il Changing Childbirth è stato accolto molto positivamente dal Collegio delle Ostetriche perchè offre alla Professione un'ottima opportunità per ampliare il proprio ruolo e riaffermare la propria autonomia.

## ALTRE COMMISSIONI

### EXPERT MATERNITY GROUP (EMG)

- COMMISSIONE SPECIFICA PER I SERVIZI MATERNI CON SEDE AL MINISTERO DELLA SANITA'
- E' LA COMMISSIONE UFFICIALE CHE DIFFONDE LE CONCLUSIONI DEL DOCUMENTO:

3 C's	CHOISE	CONTINUITY	CONTROL
			<b>assistenza</b>
	SCELTA	CONTINUITA'	CONTROLLO
			<b>assistente</b>

### MATERNITY SERVICES LIAISON COMMITTEES

- COMMISSIONI DI RAPPRESENTANZA DEI CONSUMATORI
  - MULTIDISCIPLINARI
- DEVONO ESSERE PRESENTI IN TUTTE LE UNITA' SANITARIE LOCALI

### CONTINUITA'

La mancanza totale o parziale di continuità di assistenza è una delle più serie lacune risentite e riscontrate dalla donna nell'ambito dei servizi di assistenza materna.

*Quale continuità ?*

- Continuità di assistenza (per es. coerenza di sostegno/atteggiamenti nei riguardi della donna)
- continuità di assistente (per es. one to one)

La continuità di assistente procura automaticamente continuità di assistenza, ma è difficile da ottenere nel settore pubblico sanitario.

Tuttavia la continuità di assistenza può e deve essere una alternativa, per quelle Unità Sanitarie in cui non esistono risorse sufficienti per una riorganizzazione totale a favore della continuità di assistente.

**SITUAZIONE CONTINUATIVA IN U.K. OGGI.**

### UNITA' SANITARIE PUBBLICHE (NHS)

- Quasi totalmente organizzate in "team"
- Parzialmente in teams/One to One e con sistema tradizionale, ma non più completamente frequentato.

Questo si ottiene identificando una figura professionale (lead professional) un'ostetrica che viene selezionata dalla donna come il suo punto di riferimento.

### CONTINUITA' DI ASSISTENZA

- **SISTEMA DOVE IL MODELLO DI ASSISTENZA SIA CHIARO E CONSENTITO DALLA DONNA IN MODO CHE LE SUE DECISIONI/DESIDERI SIANO RISPETTATE DA TUTTI DURANTE IL PERCORSO NELL'ASSISTENZA SANITARIA (piani nascita).**

### CONTINUITA' DI ASSISTENTE

- **ESSERE SEGUITA DA UN PICCOLO GRUPPO DI OPERATORI O DA UN SOLO OPERATORE TEAM / ONE TO ONE**

### THE LEAD PROFESSIONAL/NAMED MIDWIFE

- **LA FIGURA PROFESSIONALE CHE FORNISCE LA MAGGIOR PARTE DELL'ASSISTENZA**
- **LA FIGURA RESPONSABILE DEL COINVOLGIMENTO DI ALTRI ESPERTI, COME RICHIESTO DALLA GESTANTE.**

### QUAL'E' LA POSIZIONE DELL'OSTETRICA ?

L'ostetrica ha una duplice posizione:

- **Ruolo nel servizio di Maternità**
- **Responsabilità clinica**

### L'OSTETRICA

#### **Il ruolo dell'ostetrica nella Sanità:**

- Membro dell'assistenza primaria (1° livello)
- Promotrice della salute
- Educatrice
- Preventivo
- Colei che responsabilizza la donna all'autogestione della propria gravidanza
- Non-selettivo (per es. gravidanze fisiologiche e gravidanze complicate in cooperazione con il ginecologo).

#### **La responsabilità clinica dell'ostetrica:**

- Figura professionale che può lavorare autonomamente

- Ritiene la responsabilità clinica delle gravidanze fisiologiche, i parti normali e il puerperio.

Il 72% delle donne in Gran Bretagna ha espresso una preferenza per il servizio materno guidato dall'ostetrica, o dall'ostetrica e il medico di famiglia.

### **SOLUZIONI**

#### **TEAM**

Gruppo di 6-8 ostetriche che fornisce assistenza continua ad un gruppo di circa 250 gestanti residenti in una specifica zona geografica.

- **Non selettivo:** nessuna distinzione clinica
- **Non esclusivo:** richiede altri operatori quali:
  - il medico di famiglia
  - il ginecologo
  - l'assistente sociale ecc.

Il I° consultorio, in genere è offerto a domicilio ed ha lo scopo di:

- verifica dell'ambiente/domicilio
- identificazione di condizioni sociali
- coinvolgimento della famiglia
- osservazione della dinamica familiare
- familiarizzazione dell'ostetrica

Qualora la donna scelga il parto a domicilio, tutta l'assistenza durante la gravidanza può essere fornita a domicilio.

## ASSISTENZA MATERNITA' "ONE TO ONE"

### CARATTERISTICHE:

- territorio definito
- numero chiuso di utenti (40/anno per ostetrica)
- 1 ostetrica responsabile + 1 ostetrica di sostegno
- casi non selezionati
- assistenza principalmente a domicilio/servizio integrato completo

### VANTAGGI

### SVANTAGGI

1	<i>Continuità di assistenza</i>	1	<i>Reperibilità</i>
2	<i>Autonomia</i>	2	<i>Rischio di sviluppare una eccessiva dipendenza da parte dell'utente verso il servizio.</i>
3	<i>Flessibilità</i>		
4	<i>Uso completo delle competenze cliniche/professionali delle ostetriche</i>		
5	<i>Miglioramento delle relazioni professionali con il personale ostetrico ed il personale medico.</i>		

## IL PUERPERIO

- E' uno degli aspetti più importanti nell'assistenza materna.
- Spesso deve colmare lacune assistenziali presenti nel periodo dopo parto, dove l'assistenza in corsia rimane il servizio "cenerentola" sia a livello di personale che a livello di risorse.  
Tale situazione si è aggravata con il fenomeno delle dimissioni precoci, volute o meno, (dovute a precaria assistenza in ospedale o al numero limitato di posti - letto nelle strutture ospedaliere, in particolare nelle grandi città e nelle cliniche universitarie.
- Non è un periodo isolato.  
E' influenzato spesso dall'assistenza durante la gravidanza dall'episodio del parto.
- Non è selettivo : è fornito per legge a madri del settore pubblico sanitario (NHS)  
settore privato  
altri ospedali.
- E' un periodo importante per individuare :
  - donne a rischio di depressione nel puerperio
  - donne a rischio di violenza domestica e nella prevenzione di crudeltà al bambino.

- Coinvolge la salute della madre, del bambino e della famiglia.
- Copre un periodo minimo di 10 giorni fino ad un massimo di 28 giorni dopo il parto con un servizio di assistenza di 24 ore (full-time).
- E' offerto a madri residenti in un territorio di residenza definito: in caso di trasferimento fuori "zona" l'assistenza è fornita da altre ostetriche operanti in quella zona.
- L'ostetrica ha accesso diretto ad altri operatori/agenzie di assistenza (per es. pediatria/assistenti sociali, psicologi ecc.) qualora lo ritenga necessario.
- L'ostetrica può prescrivere un numero limitato di medicinali, come da accordo professionale tra il proprio Collegio, il Dipartimento della Sanità e la struttura ospedaliera da cui dipende.

## **CHANGING CHILDBIRTH**

### **PRINCIPI**

*I SERVIZI MATERNI DEVONO:*

- AVERE COME OBIETTIVO CENTRALE LA DONNA
- ESSERE ACCESSIBILI
- UTILIZZARE EFFICIENTEMENTE LE PROPRIE RISORSE
- ESSERE EFFETTIVI
- COINVOLGERE LA DONNA NELLA PIANIFICAZIONE DEI SERVIZI STESSI.

### **PROBLEMI ATTUALI**

- Favoreggiamento della struttura stessa e del personale a scapito del consumatore (per es. orari inflessibili/ mancanza di consultori serali/mancanza di consultori locali).
- Limitata/assente accessibilità per certi gruppi di consumatori (per es. emarginati, poveri, nomadi, privi di alloggio)
- Inefficienza: per es.: a) duplicazione di servizi tra il medico di famiglia e l'ostetrica.  
b) scarsa organizzazione di personale per es. nelle sale parto - sistemi di reperibilità a seconda del carico di lavoro - reperibilità del personale del territorio.
- Inefficacia: nonostante la disposizione di risorse uguali per tutti, i servizi di assistenza non ottengono risultati altrettanto equi per tutti.

La mancanza di equità di un servizio, comporta la grave accusa di discriminazione nel servizio stesso.

Equità di un servizio di assistenza: si ottiene soltanto quando tutti coloro che hanno diritto all'uso di tale servizio ne ottengono un beneficio uguale per tutti

## STRATEGIE PROPOSTE

- Analisi delle popolazioni da assistere.
- Conoscenza dei bisogni di tale popolazione (diversi dalle scelte/desideri/preferenze).
- Coinvolgimento del consumatore nell'implementazione dei servizi di assistenza.
- monitoraggio (audit) dei risultati ed eventuali modifiche

Al presente chi usa con successo il servizio di assistenza materna sono donne delle classi sociali 1-2 (manager e professioniste) per le quali il servizio nell'attuale presentazione è spesso superfluo (per es. 11-14 visite durante la gravidanza).

C'è bisogno di una redistribuzione delle attuali risorse a favore dei gruppi individuati come non usufruenti, spesso nemmeno dei servizi di base.

<b>GRUPPI INDIVIDUATI</b>
• TEENAGERS
• MADRI DISABILI
• MADRI TOSSICODIPENDENTI
• CLASSI SOCIALI 4&5
• EMARGINATI SOCIALI
• IMMIGRATI/MINORANZE ETNICHE
<b>ESEMPI</b>
• PALS PROJECT; COVENTRY
• AFTERNOON GROUP; BOURNEMOUTH
• ASSISTENZA MATERNA PER MADRI
• TOSSICODIPENDENTI; LEEDS
• ADVOCACY; EAST LONDON

## ESEMPI

**TEENAGERS:** in U.K. 9,3% < 16 yrs a livello nazionale con punte del 20.2% in certe zone più povere (es. Londra - Est)

Problemi associati: povertà, emarginazione, poca educazione, nessuna prospettiva di lavoro, isolamento, mancanza di sostegno familiare, partner.

Lamentele/critiche: ambulatori spesso solo al mattino, formali, autoritari, rigidi. corsi di preparazione al parto poco allettanti insieme a donne professioniste con cui non hanno nulla in comune

Proposte: visite a domicilio  
drop in centre (incontri informali, pomeridiani condotti dalle giovani stesse) educazione del personale sanitario al linguaggio dei giovani.  
pubblicazioni specifiche  
spazi più attraenti

### **MADRI DISABILI:**

Spesso la struttura sanitaria è poco e male preparata all'accoglienza di gestanti disabili. L'handicap fa parte dell'individuo, non è una malattia da cui l'individuo ne entra ed esce.

Purtroppo si riscontra un'attitudine di sorpresa e di ignoranza nei confronti delle madri disabili.

Problema: è spesso l'handicap dell'operatore, non la gravidanza della gestante disabile.

Proposte: materiale di informazione adeguato  
personale ostetrico creativo e pro-attivo  
uso delle vasche (molte disabili si attenuano nell'acqua)  
culle modificabili per favorire l'autonomia delle madri disabili  
modifiche di ambienti, spazi se possibile ( rampe di accessi,  
sbarre, barriere architettoniche ).

### **TOSSICODIPENDENTI:**

Problemi: povertà, emarginazione, violazioni  
attitudine negativa e colpevolizzante da parte dell'operatore  
sanitario.  
ignoranza, aggressività, disinteresse.

- \* aumento di neonati prematuri o a termine ma sottopeso
- \* aumento di ammissione o permanenza nelle unità di  
neonatologia

- \* aumento del costo di assistenza
- \* aumento di morte bianca durante il I° anno di vita

Proposte : "team di ostetriche" o "link midwife" con interesse specifico  
nei problemi delle madri tossicodipendenti.

- \* educazione dei colleghi e personale sanitario
- \* assistenza in gravidanza più intensiva con lo scopo di ridurre  
il numero di parti prematuri e neonati di peso inferiore ai  
3000gr/3200gr  
(vedi studio sperimentale alla Clinica universitaria di Leeds).

### **IMMIGRATI:**

L'accesso ai servizi sanitari è spesso precluso dalla mancanza di conoscenza della lingua, ma anche dai pregiudizi, preconcetti del personale nei riguardi degli immigrati.

Tutto questo esclude molto spesso il diritto di scelta all'interno dei servizi e quindi limita al massimo ogni tentativo di autogestione della propria gravidanza ( a differenza delle classi sociali più elevate e in genere della popolazione "bianca" ).

Proposte: \* pubblicazione del materiale in diverse lingue  
\* servizio di interpreti (a carico della sanità)  
\* educazione del personale a varie realtà culturali inclusi anche  
nel corso di studi delle ostetriche.

Dato l'elevato numero di popolazione di immigrati le soluzioni 1 & 2 sono già disponibili in molte strutture sanitarie britanniche.

## BIBLIOGRAFIA

Bonaldi A, Focarile F, Torreggiani A. Curare la Qualità. Milano: Guerini e Associati; 1994.

Galgano A. La Qualità Totale . Milano: Il sole-24 ore; 1993.

Federazione nazionale collegi ostetriche. La professione di ostetrica/o: fonti

storiche, legislative e regolamenti per l'esercizio della professione.

Roma: Fnco; 1997.

Guana M, Lucchini. Midwifery, arte e scienza, la professione di ostetrica/o

oggi. Roma: CIC Edizioni; 1996.

Federazione nazionale collegi ostetriche. Curriculum F23C e del tirocinio - D.U. Ostetrica/o Aut. Coordinatrici ostetriche. Roma: Fnco; 1998.



## Midwifery

### La gravidanza fisiologica:

### quale modello formativo per quali modelli professionali

Miriam Guana Scalvini

#### INTRODUZIONE

Innanzitutto ritengo doveroso, anche a nome del collegio delle ostetriche di Brescia e provincia, sentitamente ringraziare l'Associazione Andria ed il Comitato Organizzativo per avermi invitata a questo importante convegno dove sono messe a confronto le professionalità del medico e dell'ostetrica/o che, seppur diverse da un punto di vista della propria origine, identità, percorso formativo, competenze e responsabilità, hanno in comune quello di orientare la propria attività assistenziale a comuni soggetti quali la donna, la coppia in un momento per loro particolarmente significativo sotto il profilo esperenziale quale è la maternità.

In considerazione dell'argomento trattato in questa giornata, scopo del mio intervento è di presentare due dimensioni della professione ostetrica:

1. **L'attuale modello formativo:** gli aspetti normativi e organizzati, le finalità, gli obiettivi educativi, i contenuti professionalizzanti del curriculum.  
Per rimanere in tema, si valorizzerà in particolare modo il curriculum dell'unità didattica teorico-pratica inerente la gravidanza fisiologica.
2. I **modelli assistenziali**, in caso di gravidanza fisiologica, conseguenti all'evoluzione della normativa vigente, **in ambito del Midwifery management**,

#### L'ATTUALE MODELLO FORMATIVO DELL'OSTETRICA/O IN ITALIA

##### ➤ **La normativa italiana: le norme generali**

Con Decreto Ministeriale del 24.7.1996 n. 168 tab. XVIII-ter-, presso tutte le Facoltà di Medicina e Chirurgia sono state istituite 14 diplomi tra cui quello d'**Ostetrica/o**

Questo specifico percorso formativo per le/gli ostetriche/i italiane/i è stato determinato dall'esigenza di adeguare la normativa nazionale con quella dell'Unione Europea.

Per accedere al D.U. bisogna essere in possesso del diploma di istruzione secondaria superiore, di durata quinquennale.

Il Corso di diploma ha lo scopo di formare operatori con conoscenze scientifiche e tecniche necessarie a svolgere le funzioni di Ostetrica/o, ai sensi del DM 14.9.1994 n. 740 (*Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'ostetrica/o*)

Il programma di studi, elaborato in accordo con la normativa della Unione Europea prevede oltre alle lezioni teoriche anche il tirocinio pratico presso le sedi ospedaliere, i policlinici universitari, gli istituti di ricerca scientifici, ed altre strutture del Servizio Sanitario Nazionale, nonché presso istituzioni private accreditate.

Sempre in base agli accordi nazionali con l'U.E., lo studente, dopo il corso triennale, in possesso del diploma universitario, potrà frequentare ulteriori corsi di qualificazione post-base, quali:

##### ➤ **Formazione permanente**

- **La formazione specializzante**
- **Percorso formativo abilitante alle funzioni di docenza**
- **Percorso formativo abilitante alle funzioni di dirigenza**

Lo studente sostiene a termine del ciclo di studi un esame finale di diploma che ha anche valore abilitante e che comprende (art. 2, punto 2.5 - DM 128 - 24.7.1996):

1. Prova scritta
2. Presentazione di una tesi di natura teorico-applicativa-sperimentale
3. Prova pratica

Da una recente indagine effettuata dalla FNCO è risultato che sono stati attivati presso le Università italiane, 41 corsi di D.U. di Ostetrica/o tra poli (n. 31 presso la sede universitaria) e sezioni di corso (n. 10 distaccamento della sede universitaria);

#### LA SITUAZIONE ITALIANA DEL DIPLOMA UNIVERSITARIO DI OSTETRICA/O A.A. 1997/98

<b>SEDI ATTIVATE</b>	<b>NR.</b>	<b>41</b>
<b>Poli Universitari</b>	<b>nr.</b>	<b>31</b>
<b>Sezioni di Corso</b>	<b>nr.</b>	<b>10</b>

Un'importante novità introdotta nel D.M. 24 luglio 1996 n. 168, è costituita dal fatto che i corsi in questione sono attivati in conformità ai **protocolli d'intesa** stipulati tra **Università e Regioni**, e che le sedi ospedaliere e le altre strutture del Servizio Sanitario Nazionale costituiscono i luoghi nei quali debbono svolgersi.

Per quanto concerne la determinazione dell'offerta formativa (numero posti disponibili per ciascun corso), opera un meccanismo di concertazione Sanità/Università e il numero degli iscritti a ciascun corso è determinato sulla base delle indicazioni contenute nei piani regionali della formazione, tenendo conto delle reali esigenze sanitarie nazionali.

**E' istituito inoltre un Osservatorio Nazionale Permanente (ONP)** presso il Ministero Università e ricerca scientifica con decreto del MURST di concerto con il Ministero della Sanità. Si tratta di un Organo di controllo per la valutazione della qualità della formazione e della rispondenza dell'attività dei Corsi di Diploma agli obiettivi didattici generali di ciascuno di essi, nonché per la verifica almeno ogni triennio, attraverso richieste documentali e anche attraverso analisi in loco della qualità dei Corsi nelle sedi.

Il modello formativo "europeo" previsto dalla tabella XVIII-ter-o7, riporta la formazione dell'Ostetrica/o alla genesi originale (Scuola di Ostetricia triennale fino al dicembre del 1956) ed avvia lo studente, futuro professionista, direttamente alla professione di Ostetrica/o perdendo la sua matrice infermieristica, cosa che, invece, ha mantenuto dal 1957 al 1997. Si e' passati direttamente ad una formazione di base specifica della durata di tre anni nella quale la cultura scientifica teorico-pratica della **midwifery** (arte e scienza dell'ostetrica/o) assume all'interno del curriculum ampio valore formativo.

### **Midwifery**

E' un termine d'uso non recente. Risale, infatti, al 1483 e stava a significare tutto ciò che riguardava la pratica ostetrica.

E' una parola che trae origine da midwife che letteralmente vuol dire "con la donna"; midwife e midwifery appartengono alla lingua inglese e adottati a livello internazionale.

Attualmente ha assunto un significato più ampio, indica la combinazione delle conoscenze (empiriche e teoriche), delle abilità e degli atteggiamenti peculiari al ruolo professionale dell'ostetrica.

Esistono delle linee generali che definiscono la Midwifery nel mondo. A tale proposito ci si riferisce a:

- Master Guide dell'OMS 1992
- Direttive CEE '80/155 ART. 4.

Si e' migliorata in tal modo una preparazione che è divenuta più approfondita, più specifica per la categoria, ma non solo, si è riconosciuta all'ostetrica/o la funzione di docente e di coordinatore.

Alle ostetriche/i infatti è affidato l'insegnamento del settore scientifico-disciplinare **F23C** "scienze I. ostetrico-ginecologiche" e al quale afferiscono tre discipline, quali:

- **Speciale I. Ostetrica,**
- **Speciale I. Ginecologica**
- **Organizzazione della professione**

Oltre a svolgere funzione di docente, all'ostetrica/o viene affidata anche l'attività di tutorato legge 341/90 - (Riforma degli ordinamenti didattici art. 13) e D.M. 24.7.1996 art. 2 comma 2.1) , finalizzata "*ad orientare ed assistere gli studenti lungo tutto il percorso degli studi a renderli partecipi nel percorso formativo e rimuovere gli ostacoli per una proficua frequenza dei corsi, attraverso iniziative rapportate alle necessità, alle attitudini e alle esigenze dei singoli*":

In Lombardia, inoltre, in riferimento ai protocolli d'intesa tra Regione e Università si è individuata un'altra figura addetta alla formazione tecnico-pratica dello studente e cioè, *l'assistente di tirocinio* che deve essere nominato tra coloro che appartengono allo stesso profilo professionale quindi ostetriche/ci.

In merito al **F23C (Scienze I. Ostetrico-ginecologiche)**, la Federazione Nazionale dei Collegi delle ostetriche, ha elaborato un documento che rappresenta il curriculum di questo settore disciplinare; esso costituisce la guida, il punto di riferimento per le ostetriche coordinatrici responsabili degli insegnamenti tecnico-pratici e del tirocinio.

Si tratta di un documento contenente la filosofia dell'insegnamento del **F23C** ed in forma molto dettagliata, gli obiettivi generali e specifici ed i contenuti formativi di tutto il triennio; il curriculum del settore disciplinare F23C è stato costruito avvalendosi delle teorie della Didattica.

Riguardo al tirocinio, il cui monte ore è di 3800 nei tre anni (800 ore in più rispetto a tutti gli altri diplomi), è stato predisposto sempre da parte della dirigenza ostetrica una programmazione standard delle esperienze pratiche. In tale documento si sono codificati gli obiettivi generali, gli obiettivi specifici e le sedi di tirocinio previste in ogni anno di corso.

➤ **IL MODELLO FORMATIVO DELL'UNITÀ DIDATTICA TEORICA E TECNICO-PRATICA RELATIVA ALLA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA**

L'ordinamento didattico relativo al D.M. 24.7.96 n. 168 - tabella XVIII-ter stabilisce per l'apprendimento delle conoscenze teorico-pratiche relative **all'unità didattica "gravidanza fisiologica"** quanto segue:

a) I contenuti scientifici sono trasmessi allo studente nel 2° semestre del primo anno di corso "area b : fisiologia applicata all'ostetricia."

**L'Area B "fisiologia applicata all'ostetricia"**, segue l'Area A – area propedeutica, così definita in quanto lo studente deve acquisire le conoscenze di base per comprendere i principi di funzionamento dei vari organi, la qualità e la valutazione quantitativa dei fenomeni biologici, i principi della fisiologia applicata alla riproduzione umana e allo sviluppo embrionale e le nozioni di base dell'assistenza ostetrica.

**Le conoscenze scientifiche propedeutiche all'Area B " fisiologia applicata all'Ostetricia, si identificano nei seguenti corsi integrati:**

- C.I. Fisica, statistica medica e informatica,
- C.I. Chimica medica e Biochimica,
- Biologia applicata e Genetica,
- Istologia e Anatomia umana,
- Ostetricia generale
- Inglese scientifico
- C.I. di tirocinio guidato

**B) Il curriculum dell'Area B è così articolato:**

Obiettivo: lo studente deve acquisire gli elementi conoscitivi per l'osservazione e l'analisi dei vari fenomeni fisiologici e fisiopatologici connessi con la valutazione dei parametri relativi; deve acquisire altresì le conoscenze relative a psicologia e pedagogia e approfondire le nozioni teorico-pratiche di cura e assistenza.

I corsi integrati.

- Al fine del raggiungimento di questo obiettivo i corsi integrati previsti sono:
- C.I. di Microbiologia, immunologia, immunoematologia
- C.I. di Fisiologia Umana
- C.I. di Ostetricia
- C.I. di Igiene generale ed applicata
- C.I. di Scienze Umane e fondamentale
- C.I. di di tirocinio guidato

**c) F23C:** in merito a questo settore scientifico-disciplinare si individua il seguente processo formativo:

➤ Attivazione del F23C nel:

1. Corso integrato di Ostetricia
2. Corso integrato di Scienze Umane e fondamentale

➤ Attivazione delle discipline previste nel F23C:

3. Speciale ostetrica,
4. Speciale ginecologica,
5. Organizzazione della professione

➤ Come previsto dal D.M. n. 168 del 24.7.96, gli obiettivi, i contenuti e le metodiche didattiche individuate nel F23C, si riferiscono alle competenze previste nella figura e profilo professionale dell'ostetrica/o italiana e europea (D.M. 740/94 – art. 1 , DPR.

168/75, DM 1975 aggiornato nel 1981, Direttive U.E. 1980).

- Come da curriculum della FNCO, gli obiettivi cognitivi dell'unità didattica "fisiologia della gravidanza" sono i seguenti;

### **Organizzazione della professione**

**Obiettivi** In riferimento alla gravidanza fisiologica lo studente deve conoscere:

1. La normativa nazionale e internazionale in merito alle competenze dell'ostetrica nel controllo della gravidanza fisiologica
2. Organizzazione della professione ostetrica In Italia
3. Organizzazione della **MIDWIFERY** a livello internazionale
4. Teorie e concetti relativi all'arte e scienza dell'ostetrica/o (**MIDWIFERY**)
5. Il processo di MIDWIFERY management
6. Modelli assistenziali relativi alla gravidanza fisiologica
7. Presentazione generale dei corsi di preparazione al parto
8. Principi di etica professionale

### **Speciale ostetrica**

**Obiettivi** In riferimento alla gravidanza fisiologica lo studente deve conoscere:

1. Apprendimento del processo di Midwifery Management applicato alla gravidanza fisiologica
2. Apprendimento delle conoscenze relative alle prestazioni assistenziali inerenti il controllo della gravidanza fisiologica.
3. Apprendimento delle conoscenze circa la comunicazione ostetrica-gestante e coppia
4. Apprendimento delle conoscenze relative al prenatal-care
5. I corsi di educazione alla nascita
6. La comunicazione ostetrica gestante e coppia

### **Speciale ginecologica**

**Obiettivi** In riferimento alla gravidanza fisiologica lo studente deve conoscere:

1. Apprendimento delle prestazioni assistenziali sanitarie di base applicate in ambito ostetrico/ginecologico

### **d) Il tirocinio clinico**

La rigorosa applicazione dell'Ordinamento didattico previsto dalla tabella XVIII-ter O7 comporta la formazione di una serie di per ogni semestre di tirocinio; nello specifico al termine dell'attività di

- Tirocinio guidato,
- Attività tutorali,
- Studio guidato correlato ad attività cliniche,
- Esercitazioni,

Lo studente, con turni diurni, deve:

1. Individuare le competenze dell'ostetrica/o nella gestione della gravidanza fisiologica;
2. Individuazione dei modelli relazionali tra ostetrica gestante.

3. Saper applicare le abilità professionali relative al controllo della gravidanza fisiologica
4. Individuare le competenze dell'ostetrica/o in merito al controllo della gravidanza fisiologica
5. Acquisire nella relazione interpersonale le seguenti capacità di comunicazione: capacità di osservazione, di ascolto.

L'attività di tirocinio, guidato da effettuarsi nella misura di 1100 ore nel 1° anno, deve avvenire in merito agli obiettivi dell'unità didattici "assistenza alla gravidanza fisiologica" nelle seguenti sedi:

- Consultori familiari,
- Ambulatori ostetrici
- Clinica ostetrica/ginecologica

La frequenza al tirocinio è obbligatoria e deve essere documentata con rilevazione delle presenze e valutazione di merito in itinere dal tutore e dal Coordinatore dell'insegnamento tecnico-pratico e di tirocinio

### CONTROLLO GRAVIDANZA FIOLOGICA: QUALI MODELLI ASSISTENZIALI NEL MIDWIFERY MANAGEMENT

L'attuale formazione dell'ostetrica/o, è concepita in modo da produrre un professionista

*“completo, capace di assumere le responsabilità delle proprie competenze, in grado di soddisfare i bisogni e affrontare e risolvere i problemi assistenziali dell'area ostetrica, neonatale ginecologica, capace di porre diagnosi tra normalità e anormalità degli eventi e prendere decisioni di conseguenza, di gestire in piena autonomia e propria responsabilità la gravidanza, il parto, il puerperio fisiologici. “*

In sostanza, è garantita con la nuova formazione,

*La presenza nel mondo del lavoro di un professionista più adeguato a rispondere in modo autonomo ai bisogni di natura fisica, psicologica e socio culturale della persona e che interessano le fasi del suo ciclo vitale e vale a dire: la vita intrauterina, la nascita, la pubertà/l'adolescenza, la gravidanza, il parto, il puerperio, l'età fertile/l'età matura, la menopausa e il climaterio.*

Tale percorso di studi permetterà inoltre di garantire un'assistenza ostetrica più rispondente ai dettami della legge di riforma sanitaria (502-517) nell'ambito del miglioramento della qualità delle cure.

**La tipologia dei modelli assistenziali** realizzati dall'ostetrica/o in merito al controllo della gravidanza fisiologica, sono l'espressione di una serie di fattori, quali:

1. le modalità di applicazione della normativa inerente la professione di ostetrica e l'organizzazione dell'assistenza alla nascita;
2. I valori filosofici della Midwifery;
3. il livello di consapevolezza da parte dell'ostetrica circa la propria autonomia e responsabilità;
4. Gli ambiti ed il livello di applicazione della ricerca nell'ambito del Midwifery management per un miglioramento continuo dell'assistenza erogata. Nella Midwifery,

la ricerca può riguardare i seguenti ambiti:

- ricerca descrittiva

Significa ad esempio per l'ostetrica l'interpretazione di eventi, situazioni, atteggiamenti, opinioni, relativi all'assistenza erogata

- ricerca tecnologica

In questo caso la ricerca è finalizzata ad indagare sullo strumento o l'oggetto tecnico.

L'uso ad esempio di nuove tecniche, abilità o strumenti o materiali o l'adozione di nuovi meccanismi o procedure atti a migliorare la qualità delle prestazioni..

- Intervento pianificato: creazione e modificazione di sistemi

L'ostetrica ricorre a questo tipo di ricerca quando si trova di fronte a problemi di carattere organizzativo.

Si tratta di uno studio per individuare, reperire, organizzare e applicare metodologie che consentono di ottenere migliori risultati riguardo all'organizzazione dell'assistenza erogata.

Ecco alcuni esempi:

- studio sull'efficacia e l'efficienza di protocolli assistenziali
- studio di strumenti di comunicazione scritta

- Midwifery clinical audit.

Il MIDWIFERY Clinucal Audit è da intendere una valutazione critica compiuta dall'ostetrica riguardo all'assistenza prestata, ad esempio, attraverso la revisione della scheda ostetrica personale, della cartella clinica, del piano di assistenza, ecc.

L'oggetto di valutazione può essere:

- la situazione clinica della persona; si andrà pertanto ad individuare lo stato di salute del benessere della persona attraverso la revisione della documentazione clinica (valutazione retrospettiva centrata sull'utente)-
- le prestazioni dall'ostetrica mentre vengono erogate; in questo caso è inteso quale strumento per la valutazione delle performance, cioè, dei comportamenti professionali effettuati (valutazione prospettica .

**Nel ambito del Midwifery management, il modello assistenziale proposto** in questo lavoro, è così definito:

### **ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA DELLA DONNA E DELLA COPPIA**

Esso si basa sul seguente principio filosofico: andare insieme, seguire, guidare la coppia in tutte le fasi del processo della nascita.

Si tratta di un modello di assistenza di qualità in quanto conforme ai bisogni globali della donna, bambino, coppia e famiglia (soddisfazione del cliente).

L'ostetrica/o per garantire un'assistenza di qualità nell'ambito del controllo della gravidanza fisiologica, deve erogare un insieme di prestazioni che sono contenute nelle seguenti funzioni:

1. funzioni dirette alla donna e alla coppia: assistenza/cura, diagnosi, educazione sanitaria, counselling, prevenzione, relazione di aiuto, prevenzione, assistenza sociale;
2. funzioni rivolte al miglioramento continuo dell'assistenza: valutazione della qualità delle cure erogate, aggiornamento/formazione professionale, ricerca e coinvolgimento attivo all'attività didattica.

La normativa vigente, consente all'ostetrica/o la realizzazione della propria attività professionale nelle seguenti sedi e nelle seguenti condizioni:

- libera professione
- regime part-time per chi è dipendente presso strutture pubbliche
- rapporto di dipendenza presso strutture sanitarie pubbliche o private

### **Conclusioni**

Si può ritenere che il Diploma Universitario dell'Ostetrica/o offre una serie di aspetti innovativi per l'ostetrica/o e garantisce all'utenza un'assistenza di qualità.

I vantaggi per la professione di ostetrica si possono così definire:

1. elevazione della cultura di base
2. libera circolazione nei paesi appartenenti all'UE per adeguamento delle direttive
3. formazione di base specifica
4. valorizzazione della cultura teorico-pratica della Midwifery all'interno del programma di studi (F23C e attività pratica)
5. Affidamento della docenza delle discipline del settore disciplinare F23C
6. Affidamento dell'attività di tutorato per l'insegnamento clinico
7. Coordinamento dell'insegnamento teorico-pratico e di tirocinio
8. Sviluppo della cultura scientifica dell'ostetrica/o (Midwifery) attraverso l'elaborazione di tesi ad "hoc" e attraverso l'applicazione della ricerca.
9. Realizzazione della formazione post-base, quindi, acquisizione di funzioni nell'ambito della docenza e della dirigenza ostetrica e specializzazione in settori di competenza.

I vantaggi per l'utenza

Fruizione di prestazioni di qualità durante l'esperienza della gravidanza.

### **BIBLIOGRAFIA**

- A. Bonaldi, F. Focarile, A. Torreggiani,. Curare la Qualità, Casa editrice. Guerini e Associati, 1994, Milano.
- A. Galgano. La Qualità Totale . Ed. : Il sole 24 ore, anno 1993 - Milano
- Fed. naz. Collegi ostetriche. La professione di ostetrica/o: fonti storiche, legislative e regolamenti per l'esercizio della professione, 1997, Roma
- Guana, Lucchini – Midwifery, arte e scienza, la professione di ostetrica/o oggi. Edizioni CIC, 1996, Roma
- FNCO, Curriculum F23C e del tirocinio - D.U. Ostetrica/o Aut. Coordinatrici ostetriche - 1998, Roma



## Quale formazione per le ostetriche: orizzonti possibili.

Sandra Forni

Accolgo con molto piacere la richiesta di presentare a questo convegno una relazione sulla formazione delle ostetriche.

Parlare di formazione significa parlare di scenari futuri, di parto a domicilio, di case di maternita', di dimissione precoce e di assistenza globale alla salute della donna e del bambino.

In questi ultimi trent'anni le ostetriche sono state formate in un contesto sanitario fortemente medicalizzato. Il ruolo storicamente e tradizionalmente ricoperto dall'ostetrica e' andato via via scomparendo; l'ospedale e' divenuto l'unico luogo della nascita e cio'ha favorito il massiccio intervento medico e tecnologico anche nella fisiologia. Si e' creata cosi' una grossa confusione di ruoli e competenze che ha espropriato la donna del suo potere e ha lasciato le ostetriche profondamente insoddisfatte del proprio lavoro.

Le ostetriche diplomate in questi anni sono state formate da medici con un modello medicalizzato e ospedaliero. Molte sono uscite dalla scuola senza aver mai visto un parto veramente spontaneo, senza conoscerne i tempi fisiologici; molte non hanno ricevuto gli strumenti per seguire la gravidanza o il bambino nei primi mesi di vita.

La scuola per ostetriche ha lasciato molte competenze inesplorate favorendo piuttosto la subalternita' al ruolo del medico. Chi ha voluto ridefinire la propria professione, chi ha scelto di essere autonoma uscendo dall'istituzione ha dovuto formarsi e studiare, individualmente, sostenendone i costi e l'impegno.

Negli ultimi anni, inoltre, si e' delineata una nuova definizione della nascita come evento sociale e culturale e non solo come evento medico. Questo processo ha attivato una revisione radicale del concetto e dell'assistenza alla gravidanza ed al parto favorendo percorsi diversi da quelli medicalizzati e istituzionali. Queste nuove modalita' di assistenza possono aprire l'orizzonte professionale delle ostetriche offrendo spazi di autonomia nel seguire ed accompagnare la donna in tutte le eta' del cambiamento.

Si tratta allora di individuare gli strumenti teorici e pratici che l'ostetrica deve ricevere per divenire competente e che fino ad ora sono mancati nella formazione di base.

Vorrei soffermarmi su alcuni punti che considero fondamentali per fornire un'adeguata preparazione alle ostetriche.

L'insegnamento della fisiologia e dell'assistenza deve essere fatto da ostetriche. La specificita' della nostra professione, le competenze globali per madre, bambino in utero e neonato, l'accompagnamento della donna nelle eta' del cambiamento, l'arte ostetrica e, piu'in generale, la promozione della salute possono essere trasmesse solo da ostetriche esperte, capaci cioe' di comunicare un sapere fatto di arte e scienza.

L'ostetrica non deve solamente apprendere delle nozioni, deve individuare il suo ruolo di centralita' nella promozione e nella conservazione della salute della donna e del bambino.

L'insegnamento deve focalizzare molta attenzione sull'aspetto relazionale dell'assistenza; sappiamo quale importanza rivesta la modalita' di approccio e di comunicazione che la nostra professione richiede.

La scuola dovrebbe prevedere, tra le materie di insegnamento, lo studio delle tecniche di relazione: in particolare come condurre un colloquio, come attivare la donna verso le sue proprie competenze senza sostituirsi a lei, come impostare, cioe', una relazione "

terapeutica."

Per favorire questo aspetto risulta molto efficace la metodologia dell'insegnamento attivo dove le ostetriche insegnanti propongono elaborazioni teoriche e pratiche degli argomenti con valutazione critica e possibilita' di sperimentazione dei nuovi contenuti. Le allieve vengono educate alla riflessione critica, a trovare motivazione a quello che fanno, ad acquisire consapevolezza di se' come persone e come professioniste.

Attraverso la discussione e l'elaborazione dei casi clinici, nelle drammatizzazioni e nel tirocinio pratico le allieve vengono invitate a mettersi in gioco direttamente per meglio comprendere i vari piani di intervento della professione ostetrica.

Le allieve ostetriche dovrebbero avere la possibilita' di frequentare il tirocinio pratico soprattutto in strutture a basso contenuto di interferenza medica e tecnologica. Dovrebbero cioe' formarsi nei luoghi in cui si possa realmente assistere a percorsi fisiologici, dove la competenza ostetrica, quindi, si esprima nella sua globalita'. In futuro le ostetriche dovranno divenire promotrici di cambiamento e potranno seguire in piena autonomia la gravidanza ed il parto fisiologici, i corsi di educazione alla nascita e i corsi dopo parto, l'assistenza al parto e al puerperio a domicilio e l'organizzazione e la gestione delle case di maternita'. Questo puo' realizzarsi solo in presenza di una formazione fatta da ostetriche per ostetriche dove si lavori anche verso un senso di appartenenza e di solidarieta'.

La scuola per ostetriche dovrebbe prevedere l'insegnamento delle basi dell'epidemiologia per la comprensione degli studi clinici controllati che misurano l'efficacia delle procedure di assistenza. In questi anni, con varie modalita', si e' diffusa la conoscenza e l'aggiornamento delle evidenze scientifiche anche in campo ostetrico. Molti epidemiologi insieme a gruppi di operatori della nascita stanno lavorando per aumentare la conoscenza degli studi e per implementare il loro utilizzo nella pratica quotidiana. Anche le ostetriche dovrebbero ricevere questo bagaglio di conoscenze ed acquisire una 'mentalita' scientifica nell'esercizio della loro professione.

Per realizzare questo obiettivo e' tuttavia indispensabile che le allieve possano frequentare il tirocinio pratico in strutture dove si applicano le linee-guida di assistenza basate sulle evidenze scientifiche. Attualmente, infatti, il tirocinio si svolge quasi sempre in grossi ospedali medicalizzati dove nessuno rispetta le indicazioni degli studi clinici creando cosi' nelle allieve ostetriche una grossa confusione tra la teoria e la pratica. La conoscenza dell'epidemiologia favorisce anche la promozione e la realizzazione di ricerche condotte da ostetriche su temi specifici della nostra professione che ci auguriamo possano realizzarsi presto anche in Italia.

In questi anni alcune ostetriche in collaborazione con altre figure professionali hanno fondato un centro di formazione permanente per ostetriche denominato ' Scuola elementale di arte ostetrica' con sede in Firenze.

Questa associazione ha ottenuto un finanziamento pubblico erogato dal Fondo Sociale Europeo, dal Fondo di Riserva dello Stato Italiano e dalla Regione Toscana per il 1997. Tale finanziamento rappresenta un'autorevole riconoscimento degli obiettivi e della metodologia didattica della scuola.

Ci auguriamo che questa esperienza possa divenire stimolo e strumento di collaborazione per le scuole italiane.

**L'OSTETRICA:  
SCIENZA ED ESPERIENZA**

# Come trovare e diffondere le provate conoscenze scientifiche

Gianfranco Gori <sup>3</sup>

## 1. INTRODUZIONE

E' ragionevole ritenere che poiché esiste una obiettiva difficoltà nel reperire e nel diffondere conoscenze scientifiche che derivino da studi rigorosi, verosimilmente debba esistere una patologia dell'informazione scientifica e della diffusione di conoscenze provate.

Cercherò di esaminare separatamente le due "patologie" affrontandole nel modo che è abituale a chi come me proviene da una Scuola di Medicina.

## 2. LA PATOLOGIA DELL'INFORMAZIONE

Posto il dubbio diagnostico la prima cosa da verificare è se esista davvero la patologia o se non sia piuttosto una "falsa positività".

Per porre la diagnosi occorrono una serie di informazioni che possono essere sinteticamente espresse con le seguenti domande:

- Da chi i professionisti della salute ricavano le informazioni?
- Quante informazioni ricevono e di che qualità sono ?

### 2.1. Le fonti di informazione

La tabella 1 derivata da uno studio condotto dall'American College of Physician nel 1996 vengono raffrontati i risultati di una intervista e di uno studio osservazionale condotti su due gruppi di medici confrontabili tra loro.

Come è possibile osservare il gruppo di medici intervistati riferisce di ricavare per il 67% le proprie informazioni da fonti stampate (per il 43% da fonti indipendenti ed accreditate - libri di testo e riviste scientifiche); in realtà quando si passa ad uno studio osservazionale i si scopre che i medici ricavano la maggior parte (73%) delle informazioni non da fonti stampate indipendenti (10%) ma dai consigli dei colleghi.

Appare fin troppo evidente come questa non possa non essere una evidente distorsione del processo informativo.

---

<sup>3</sup> Divisione di Ginecologia e Ostetricia Ospedale "G.B. Morgagni - L. Pierantoni" AZIENDA USL di FORLI' e CENTRO COCHRANE ITALIANO

Tav. 1: Fonti di informazione scientifica dei medici ACP 1996

Fonti di informazione	% di uso	
	riferite (n = 182)	osservate (n = 80)
Fonti stampate	67	27
Libri di testo	25	3
Libri editi dalle Case farmaceutiche	14	9
Giornali	18	7
Informazioni delle Case farmaceutiche	6	1
Altro	4	7
Fonti umane	33	73
Colleghi medici specialisti	18	34
Colleghi medici di medicina generale	1	11
Colleghi medici dello stesso luogo di lavoro	3	4
Farmacisti	6	3
Altri professionisti	5	21

## 2.2. La quantità

Nel paragrafo precedente abbiamo visto come i medici abbiano scarsa propensione a ricavare le informazioni dallo studio dei libri di testo e delle riviste scientifiche.

E' questo solo un problema di pigrizia o esistono obiettivi ostacoli all'aggiornamento.

E' indubbio che il proliferare delle riviste scientifiche (si calcola che attualmente circolino nel mondo oltre 25.000 giornali scientifici) (fig. 1) rende pressoché impossibile al singolo professionista leggere in maniera critica tale mole di informazioni.

Anche nel caso il professionista utilizzasse strategie di ricerca la mole di lavori da leggere sarebbe comunque insormontabile per chi è oberato da mille piccoli problemi pratici di assistenza.

La figura 2 mostra come anche limitando mediante una tecnica di ricerca bibliografica (ad esempio il comando "limit" in OVID-Medline) i lavori ad esempio a quelli che contengono le parole "evidence based" si troverebbe di fronte ad un numero molto alto di riferimenti bibliografici.

Tale numero ragionevolmente sarà destinato a crescere in futuro.

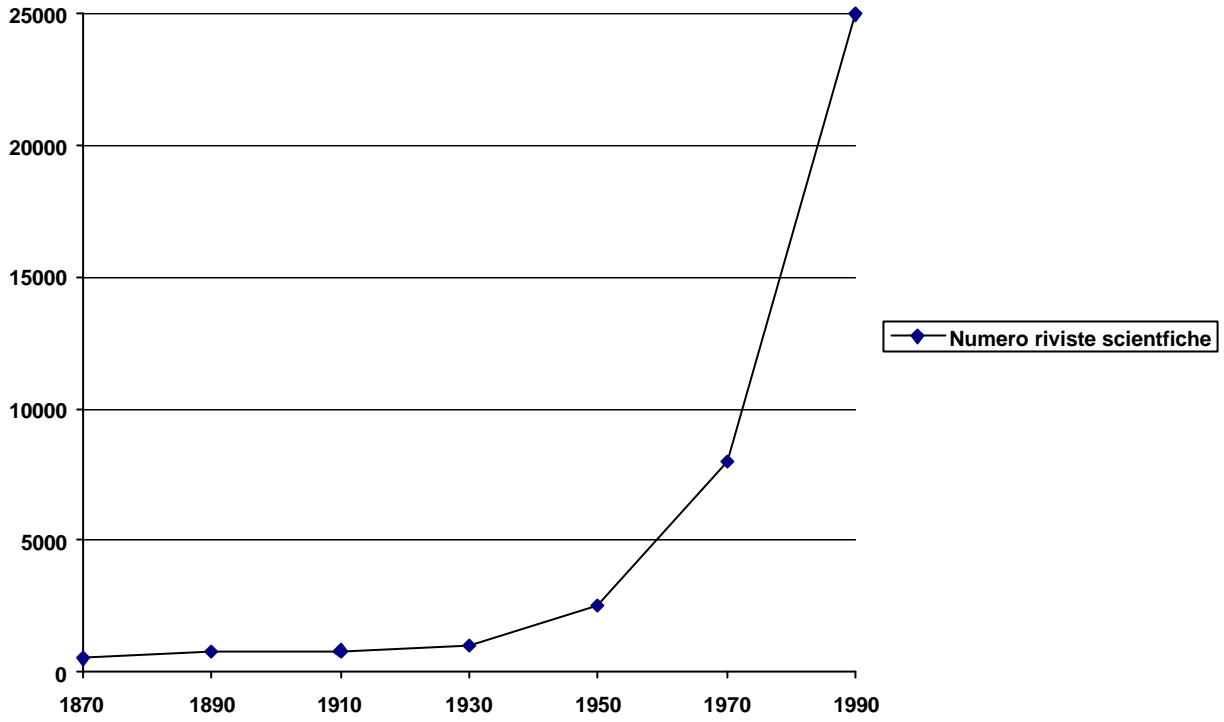


Fig. 1: Numero di riviste edite nel mondo dal 1870 al 1990

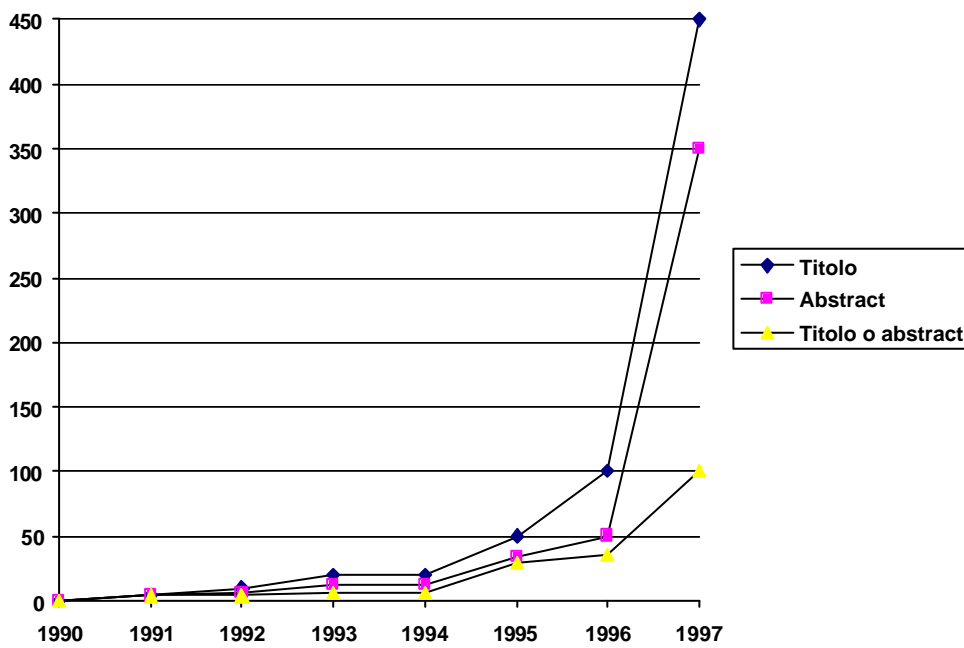


Fig 2: Numero di abstract contenuti di articoli recensiti in Medline riportanti "evidence based"

### 2.3. La qualità

Abbiamo visto come i professionisti non ricorrono se non raramente alla lettura di testi ed articoli scientifici e di come sia difficile raccogliere le informazioni che servono alla cura dei pazienti ottenendone sintesi utili.

Tale compito di sintesi dovrebbe essere fatto nei libri di testo sui quali si preparano i medici; ma purtroppo ciò non è vero e l'esempio che segue ne dà un esempio:

Le Tavole 2, 3, 4 e 5 (tratte da Antman et al, 1992) illustrano come sia fallace il convincimento che ciò che viene riportato dai libri di testo sia una sintesi "scientificamente corretta" dello stato dell'arte.

Malgrado i risultati della ricerca scientifica (Tavola 2) indicassero molto precocemente come la terapia trombolitica fosse efficace nella riduzione dei decessi secondari a I.M.A., (già nel 1975 potevamo essere ragionevolmente sicuri - $p < 0.01$ - che consentisse un risparmio di morti pari a circa il 25 % e cioè che il Number Needed to Treat fosse di  $\frac{1}{4}$  ovvero sia che ci permettesse di risparmiare una vita ogni 4 pazienti trattati) su 13 manuali di cardiologia editi nello stesso anno (Tavola 3) solo un testo la cita come terapia da riservare a casi selezionati, 8 testi la citano come terapia sperimentale e 4 testi addirittura non la citano !

Un caso esattamente opposto è quello della terapia con lidocaina nelle medesima indicazione : la ricerca (Tavola 4) ha sempre dimostrato una non efficacia della terapia eppure i manuali hanno continuato a citarla come terapia di routine, ancora nel 1985 in 5 manuali su 15 preparati per i futuri cardiologi si affermava che la terapia di scelta in caso di infarto miocardico acuto era quella con la lidocaina.

Se da un lato può quindi essere presente una certa pigrizia nei professionisti ad aprire libri e riviste scientifiche è pur vero anche che i professionisti escono dall'Università con conoscenze datate e se anche volessero aggiornarsi ciò viene reso impossibile dall'eccessivo numero di pubblicazioni in mezzo alle quali il professionista non ha i mezzi ed il tempo per un approccio critico.

### 3. LA TERAPIA DELLA PATOLOGIA DELL'INFORMAZIONE

Se come ho cercato di dimostrare esiste una patologia dell'informazione ora il problema diviene quali possano essere le terapie:

Esiste una diffusa convinzione ed una grande speranza in una nuova terapia la cosiddetta "evidence based medicine"

Prima di passare all'analisi dei componenti di questa nuova terapia è forse conveniente spendere qualche parola su cosa si intende per "evidence based medicine".

La "evidence based medicine" è stata a lungo impropriamente tradotta in italiano come medicina basata sulle evidenze o medicina delle evidenze ingenerando confusione infatti in italiano si intende per evidente una cosa che non necessita di dimostrazione in inglese una cosa di questo genere sarebbe definita "self evident".

Il termine anglosassone "evidence" non può quindi essere tradotto evidenza ma prova di efficacia.

La medicina basata su prove di efficacia ha al suo interno una serie di metodi ed approcci alla letteratura per selezionarla e trarre da essa indicazioni da riportare nella pratica clinica.

Tali metodi intimamente interconnessi tra loro sono:

- CAPACITA' DI VALUTAZIONE CRITICA DEGLI ARTICOLI SCIENTIFICI ("critical appraisal)
- REVISIONI SISTEMATICHE DELLA LETTERATURA (systematic reviews)
- RIVISTE DI PUBBLICAZIONE SECONDARIA

- LINEE GUIDA

Esaminerò ognuno dei metodi in maniera sintetica

### 3.1. Critical appraisal

E' un insieme di metodi che permettono di reperire e selezionare gli articoli scientifici, valutando e permettendo di ribaltare i risultati di un singolo studio nella cura di un singolo o di un gruppo di pazienti.

Tali tecniche possono essere apprese o mediante corsi o mediante testi:

Esempi di ciò sono:

- a) Il corso "How to practice and teach EBM" tenuto due volte l'anno dal "CEBM Center of Evidence Based Medicine" del NHS National Health Service inglese ed Ubicato presso l'Università di Oxford.
- b) Il testo edito dal Medesimo centro "Evidence Based Medicine - How to practice and teach EBM" edito da Churchill & Livingstone nel 1997
- c) La serie di articoli apparsi su JAMA "User's Guide to the Medical Literature" e che a breve avranno una edizione italiana curata dal Centro Cochrane Italiano.

### 3.2. Systematic reviews

Per revisione sistematica si intende una revisione che identifica e comprende tutta la letteratura su un argomento selezionando i lavori i cui risultati sono accettabili (ossia non gravati da errori sistematici, normalmente le revisioni sistematiche attualmente comprendono una strategia statistica specifica (metanalisi) per assemblare i risultati di più studi in una sola stima.

E' possibile imparare a costruire le proprie metanalisi, è un impegno molto gravoso e di solito vengono utilizzate quelle prodotte da Società Scientifiche o gruppi di ricercatori.

Esempio di ciò è:

- a) "The Cochrane Library" Update Software - Oxford disponibile in CD per PC ed aggiornata 4 volte l'anno.

### 3.3. Riviste di pubblicazione secondaria

Si tratta di riviste nelle quali il team editoriale seleziona articoli metodologicamente corretti di grande rilevanza per la salute ed attraverso processi metodologici e statistici specifici riassume e traduce i risultati in misure facilmente comprensibili per i clinici.

Esempi di ciò sono:

- a) La rivista "Evidence Based Medicine" edita dall' American College of Physician e dal BMJ nelle sue varie edizioni tra cui dal 1997 una italiana
- b) La rivista "ACP Journal Club" edita dall' American College of Physician anche su dischetti per PC
- c) Il CD "Best Evidence" edito dal BMJ che comprende le due riviste citate

### 3.1. Linee guida

Come depone il nome stesso le linee guida sono un insieme di raccomandazioni basate su prove di efficacia raccolte in un ordine logico su uno specifico problema clinico e volte ad indirizzare la pratica clinica a percorrere itinerari diagnostico terapeutici razionali

Vengono di solito preparate da Società Scientifiche o Associazioni di categorie, e per avere una validità dovrebbero essere prodotte in maniera scientifica, molto spesso tuttavia compaiono o sono comparse in Letteratura Linee Guida che non avevano queste caratteristiche.

Il Centro Cochrane Italiano rende disponibile alle Aziende Sanitarie che partecipano al progetto TRIPPS (Trasferire la **R**icerca nella **P**ratica dei **S**ervizi **S**anitari) una raccolta di tutte le linee guida disponibili con un commento critico.



#### 4. LA PATOLOGIA DELLA DIFFUSIONE

Anche in questo caso posto il dubbio diagnostico la prima cosa da verificare è se esista davvero la patologia o se non sia piuttosto una “falsa positività”.

Per porre la diagnosi occorrono una serie di informazioni che possono essere sinteticamente espresse con la seguente domanda:

- La pratica clinica è guidata da prove di efficacia?

A varie riprese la WHO ha edito raccomandazioni sulle cure da prestare nel parto normale, riprese anche recentemente in “Care in Normal Birth: a Practical Guide” Report of a technical Working Group. Publication no WHO/FRH/MSM/96.24 Geneva.

Nelle Tavv. 6, 7, 8, 9 vengono riportati e classificati gli interventi a seconda della loro efficacia:

##### Tav.6

<b>CATEGORIA A</b>
--------------------

Modalità assistenziali di utilità dimostrata da chiare prove di efficacia e che pertanto devono essere incoraggiate
---

- I. Un programmazione scritta di un piano di assistenza al parto in cui sia specificato dove e da chi il parto sarà assistito, elaborato con la donna durante la gravidanza e fatto conoscere al marito/partner e se possibile alla famiglia.
- II. Determinazione del rischio prenatale, rivalutato ad ogni contatto con il sistema sanitario ed al primo contatto con l'operatore della struttura in cui avverrà il parto e durante il travaglio
- III. Monitorare il benessere fisico ed emozionale della donna durante il travaglio ed il parto, ed dopo la nascita.
- IV. Dare cibi liquidi durante il travaglio ed il parto
- V. Rispettare la scelta informata della donna del luogo ove partorire
- VI. Dare assistenza al travaglio ed al parto al livello il più periferico possibile in cui sia possibile fornire assistenza appropriata e sicurezza ed in cui la donna si senta sicura e fiduciosa
- VII. Rispettare il diritto della donna alla privacy durante il travaglio ed il parto
- VIII. Supporto emotivo da parte del personale durante il travaglio ed il parto
- IX. Rispettare il diritto della donna ad avere il compagno vicino durante il travaglio ed il parto
- X. Dare alle donne tutte le informazioni e le spiegazioni che desiderano
- XI. Tecniche non invasive, metodi non farmacologici di sollievo dal dolore durante il travaglio, come massaggio e tecniche di rilassamento
- XII. Monitoraggio fetale con ascoltazione intermittente
- XIII. Uso di materiale a perdere e appropriata sterilizzazione del materiale da riutilizzare durante tutto il travaglio e il parto.
- XIV. Uso dei guanti durante la visita vaginale, il parto e il secondamento.
- XV. Possibilità per la gravida di assumere posizioni libere e di muoversi durante il travaglio.
- XVI. Consigliare di non assumere la posizione supina durante il travaglio.
- XVII. Attento monitoraggio della progressione del travaglio mediante l'uso del partogramma dell'OMS.
- XVIII. Uso profilattico degli ossitocici durante il terzo stadio del travaglio nelle donne a rischio di emorragia nel postpartum od anche a solo rischio di una piccola perdita di sangue.
- XIX. Uso di materiale sterile per tagliare il cordone ombelicale.
- XX. Prevenzione dell'ipotermia del neonato.

XXI. Consigliare il precoce contatto pelle a pelle tra la madre ed il neonato ed iniziare ad allattare entro la prima ora di postpartum in accordo con le linee guida dell'OMS sull'allattamento.

XXII. Controllo routinario della placenta e delle membrane.

#### Tav.7

##### CATEGORIA B

Modalità assistenziali dimostratesi chiaramente inutili o dannose e che pertanto devono essere abbandonate

1. Uso routinario del clistere.
2. Uso routinario della tricotomia pubica.
3. Uso routinario dell'infusione endovenosa durante il travaglio.
4. Uso routinario dell'inserimento profilattico di una cannula intravenosa.
5. Uso routinario della posizione supina durante il travaglio.
6. Esplorazione rettale.
7. Utilizzo della pelvimetria a raggi X.
8. Uso degli ossitocici in travaglio non guidato da linee guida in maniera da non controllare i loro effetti.
9. Uso routinario della posizione litotomica con o senza l'uso di staffe durante il travaglio.
10. Consigliare di eseguire la manovra di Valsalva durante il secondo stadio del travaglio.
11. Massaggiare e stirare il perineo durante il secondo stadio del travaglio.
12. Uso di compresse di ergometrina durante il terzo stadio del travaglio per prevenire o controllare l'emorragia.
13. Uso routinario dell'ergometrina parenterale nel terzo stadio del travaglio.
14. Lavaggio routinario dell'utero dopo il parto.
15. Revisione routinaria dell'utero dopo il parto.

#### Tav.8

##### CATEGORIA C

Modalità assistenziali per le quali non esistono sufficienti prove di efficacia per una raccomandazione che dovrebbero pertanto essere impiegate con cautela fintantoché la ricerca non abbia chiarito l'argomento

1. Metodi non farmacologici per risolvere il dolore durante il travaglio, come erbe, bagno in acqua e stimolazione nervosa.
2. Amniorexi precoce routinaria nel primo stadio del travaglio.
3. Spinte sul fondo (manovra di Kristeller) durante il travaglio.
4. Manovre correlate alla protezione (sostegno) del perineo ed al controllo della testa fetale nel momento della nascita.
5. Manipolazione attiva del feto al momento della nascita.
6. Uso routinario dell'ossitocina, della trazione controllata del funicolo o della combinazione delle due manovre durante il terzo stadio del travaglio.
7. Precoce clampaggio del cordone ombelicale.
8. Stimolazione del capezzolo in modo da incrementare le contrazioni uterine durante il terzo stadio del travaglio.

#### Tav.9

##### CATEGORIA D

Modalità assistenziali utilizzate di frequente in modo inappropriato

1. Limitazione di alimenti e di liquidi durante il travaglio.
2. Controllo del dolore mediante l'uso di agenti sistemici.
3. Controllo del dolore mediante l'analgia epidurale.
4. Monitoraggio elettronico fetale.
5. Uso di mascherine e di camici sterili durante l'assistenza al parto da parte di chi assiste al parto.
6. Ripetute o frequenti esplorazioni vaginali specialmente se eseguite da più operatori.
7. Uso dell'ossitocina per aumentare la forza contrattile.
8. Spostamento routinario della gravida in una differente stanza all'inizio del secondo stadio del travaglio.
9. Cateterizzazione vescicale.
10. Incoraggiamento a spingere quando è stata diagnosticata la dilatazione completa o pressoché completa della cervice uterina, prima che la donna avverta da sola la sensazione di spingere.
11. Rigido attaccamento a stabilire la durata del secondo stadio in un'ora, se le condizioni materne e fetali sono buone e se c'è una progressione del travaglio.
12. Parto operativo.
13. Eccessivo o routinario uso dell'episiotomia.
14. Esplorazione manuale dell'utero dopo il parto.

Un fugace esame delle tavole serve a capire come la pratica si discosti da tali raccomandazioni ed allora quale può essere la etiologia di tale distorsione, va oltre i limiti di questa esposizione il cercare di identificarla.

Si possono supporre che ad essa concorrano vari fattori:

- IGNORANZA
- ASPETTI MERCANTILI
- PAURA DEL NUOVO
- PRESUNZIONE DI COMPETENZA

E' una lista chiaramente parziale ed incompleta ed una proposta concreta che si può fare è che si inizi a fare ricerca su questi aspetti.

Anche recentemente il Centro Cochrane Italiano ha proposto di destinare fondi a ricerche finalizzate per il SSN e non per l'industria farmaceutica, questo potrebbe essere uno dei campi in cui approfondire la ricerca.

## 5. TERAPIA DELLA PATOLOGIA DELLA DIFFUSIONE

In attesa dei risultati di una ricerca che per il momento neanche viene tentata sono stati proposti alcuni palliativi:

- INTERVENTI AMMINISTRATIVI
- INCENTIVI ECONOMICI
- ORGANIZZAZIONE DI UNITÀ DI DIFFUSIONE
- CONFERENZE DI CONSENSO
- DIFFUSIONE DELLE INFORMAZIONI ATTRAVERSO I "MEDIA"

I risultati di tali interventi esulano dai nostri compiti ma sono stati comunque controversi

" ... A VOLER BEN C ONSIDERARE, IL MIRACOLO  
STA NEL FATTO CHE TANTE GRAVIDANZE E TANTI  
PARTI SI RISOLVANO COSI` FELICEMENTE

TUTTO CONSIDERATO E AD ONTA DELLE  
IMPERFEZIONI UMANE CHE SPESSO TENDONO  
A FRUSTRARE GLI INTENTI DELLA NATURA "

J. Joyce "ULISSES"

## Fisiologia e rischio: la selezione delle gravidanze e' possibile.

A.L.Regalia, A.Arreghini, G.V.Limonta Ghezzi, F.Pasta, L. Patanè

Fisiologia e rischio: la selezione è possibile? Come è stato sottolineato in diversi ambiti, l'ostetricia e suoi operatori hanno la peculiarità rispetto ad altre branche della medicina di occuparsi nella maggioranza dei casi di normalità, di fisiologia e solo in una quota che può variare dal 10 al 30% dei casi, a secondo dei contesti, di situazioni di rischio, nel 10% dei casi di franca patologia. E' questa quindi una condizione francamente diversa da quella di qualsiasi altra disciplina medica che ha invece a che fare nella maggioranza dei casi con situazioni di rischio o patologia.

Non solo selezionare la fisiologia dal rischio è possibile, ma è addirittura indispensabile per evitare che il livellamento assistenziale della normalità con il rischio abbia delle ricadute che si ripercuotono negativamente sia a livello medico che più in generale a livello sociale e culturale.

Schematicamente si possono individuare le seguenti ricadute:

**Iatrogene:** interventi utili nella patologia possono essere dannosi nella fisiologia. Molto frequentemente in ostetricia si è assistito al fenomeno di estendere a tutti i travagli l'uso di procedure che erano state testate su gruppi a rischio, nella convinzione che se una procedura è efficace nell'assistenza del rischio, a maggior ragione sarà efficace nella normalità. Ma questo assioma non è assolutamente assodato, in quanto non tiene conto del fatto che la resa di ogni test diagnostico (o procedura assistenziale) è strettamente, aritmeticamente, connessa con la probabilità di patologia: al diminuire di questa probabilità il test diagnostico produce inevitabilmente una maggiore proporzione di "falsi positivi", che vengono pertanto esposti inutilmente ad intervento terapeutico, con i rischi ad esso connessi.. Come esempio per tutti ci si può riferire al valore che ha l'uso del monitoraggio elettronico fetale in continuo in travaglio: se è ormai ampiamente dimostrato che il suo utilizzo ha migliorato la prognosi nei travagli a rischio di sofferenza fetale (vedi presenza di liquido amniotico tinto, pre-eclampsia, parto prematuro, ecc.), viceversa il suo utilizzo di routine nei travagli fisiologici ha solo aumentato l'operatività addominale e vaginale senza benefici per il neonato.

**Organizzative:** esercitare uno stesso livello/intensità di sorveglianza nei casi in cui la probabilità di dover affrontare delle emergenze è del tutto eccezionale e nei casi in cui questa eventualità è meno rara inevitabilmente abbassa il livello di guardia nei casi più a rischio: si instaura facilmente l'abitudine ad un rigore assistenziale poco marcato in quanto nella maggioranza dei casi privo di conseguenze cliniche. Una certa "superficialità" assistenziale può avere invece delle conseguenze gravi negli esiti dei casi patologici. Ad es. la pratica in uso in moltissimi ospedali italiani di togliere il monitoraggio elettronico continuo in periodo espulsivo nel momento del cambiamento di stanza col trasferimento in sala parto indipendentemente dalle caratteristiche del tracciato o del travaglio in periodo dilatante non ha conseguenze se il CTG era normale o l'andamento del travaglio fisiologico, ma può avere conseguenze negative sul benessere dei feti che arrivano al periodo espulsivo con un CTG patologico o dopo un travaglio distocico.

**Sociali:** l'uso estensivo di esami, test diagnostici ed interventi ugualmente prescritti nelle condizioni di fisiologia e nelle condizioni di rischio/patologia da una parte allontana sempre di più nella percezione soggettiva delle donne il concetto di esistenza della normalità come status prevalente ( "se mi sottopongono a tutta una serie di controlli ripetutamente vuol

dire che non sto bene”), dall'altra rende sempre meno accettabile socialmente l'eventualità di un esito infausto anche quando questo è imprevedibile (“dopo tutti i controlli che mi hanno fatto non è possibile che non si siano accorti di...”).

**Psicologiche:** l'intervento sistematico dei medici o delle ostetriche durante il travaglio anche quando questo presenta tutte le caratteristiche di normalità alimenta il senso di inadeguatezza, di incapacità ad affrontare con le proprie forze questo momento di passaggio da parte delle donne..

**Professionali:** in sala parto si affiancano ostetriche e medici: la mancanza di una differenziazione precisa in termini di responsabilità di queste due figure professionali determina frequentemente una frustrazione di entrambi i ruoli: il medico occupa il suo tempo assistendo prevalentemente travagli/parti che evolverebbero benissimo senza la necessità della sua presenza, l'ostetrica si ritrova ad assumere un ruolo infermieristico nei confronti del medico e non autonomo di sostegno della donna.

Diversi sono quindi i piani delle ricadute di una mancata differenziazione assistenziale della fisiologia dal rischio. Sembrerebbe ragionevole avere dei comportamenti diversi in funzione delle caratteristiche della gravidanza. Ma esistono degli ostacoli ad operare compiutamente questa selezione che agiscono in misura più o meno importante nei diversi luoghi del parto.

Il primo ostacolo è rappresentato dal contesto: l'ospedalizzazione condiziona le procedure assistenziali, i ritmi, le scelte degli operatori in modo sostanziale. L'ospedale è nato come luogo di cura con una logica prescrittiva e non per favorire la libera espressione e personalità tipica delle situazioni di normalità. Non è quindi facile né per gli operatori adottare un doppio registro di “libertà” nella fisiologia e di “prescrittività” nel rischio, né la struttura con i suoi spazi e le sue regole favorisce la donna in un comportamento libero, personale, quando le è possibile..

Un secondo ostacolo risiede nella formazione degli operatori: da una parte i ginecologi nella loro formazione specialistica dedicano pochissimo tempo allo studio della fisiologia; viceversa le ostetriche hanno come docenti e responsabili del piano didattico nella maggioranza dei casi dei medici, che non sviluppano quindi certo nel loro piano di studi approcci “altri” a quelli tipici della patologia. La fisiologia è ormai poco conosciuta e riconosciuta.

Un ulteriore ostacolo è rappresentato dall'attuale organizzazione del sapere medico che attribuisce un valore elevato alla tecnologia e a tutte le procedure nelle quali questa è impiegata: l'autorevolezza delle pratiche tradizionali è sempre più messa in discussione a favore di approcci considerati più scientifici ed oggettivi, dove l'oggettività assurge a valore di per sé. Valga come esempio la proposta attuata già in diverse sale parto di fare diagnosi di posizione della parte presentata con la sonda vaginale in travaglio e non più con la semplice visita ostetrica. Un'ostetrica tecnocratica non si concilia facilmente con la semplicità della normalità.

Infine gli attuali valori sociali nella riproduzione, la scelta del figlio unico, cercato, programmato, indagato in tutti i particolari per garantirsi la salute fisica e psichica, rendono sempre più conniventi le stesse coppie con la logica della medicalizzazione estrema, considerata garante di salute.

Per tutte queste considerazioni schematicamente delineate risulta evidente che se da una parte è indispensabile selezionare la fisiologia dal rischio è d'altra parte molto difficile attuare coerentemente un'assistenza differenziata. Qualunque differenziazione inoltre per poter essere appieno rispettata prevede un'elasticità dell'organizzazione assistenziale che si scontra con la maggior semplicità di schemi assistenziali routinari e standardizzati. E da questa considerazione/verità nascono le distorsioni di luoghi del parto in cui, sposata la linea dell'“assistenza naturale” questa viene applicata anche in casi patologici (vedi ad es. assistenza al grande macrosoma nella stanza selvaggia), o viceversa la più frequente

condizione di luoghi in cui, in nome di una supposta concentrazione di casi a rischio, si sottopongono tutti i travagli a procedure assistenziali intensive.

Presso la Clinica Ostetrica dell'ospedale S.Gerardo di Monza da più di 10 anni si sta cercando con enormi difficoltà di attuare in sala parto un'assistenza differenziata nella fisiologia e nel rischio. Riportiamo qui di seguito alcuni dati sulle procedure effettuate in travaglio, che esemplificano una diversità di comportamento nelle due condizioni ostetriche. Ovviamente le situazioni di rischio sono molto diverse tra di loro, ma ci sono alcuni elementi assistenziali unificanti che legittimano una lettura unificata del rischio: vedi la presenza del medico e l'uso di routine del monitoraggio elettronico continuo, entrambi forti variabili di esito.

Dal 1° gennaio 1992 al 31 dicembre 1996 presso la Clinica Ostetrica dell'Ospedale S.Gerardo di Monza hanno partorito 11411 donne a termine di gravidanza: 6886 donne avevano un travaglio classificato come fisiologico al momento dell'ingresso in sala parto, 4525 avevano un travaglio che presentava uno o più fattori di rischio. E' stato classificato fisiologico il travaglio che presentava le seguenti caratteristiche: epoca gestazionale  $\geq 37$  settimane < 42 settimane, feto singolo, presentazione cefalica, peso fetale previsto > 2500 g < 4000 g, assenza di patologia fetale o materna nota, insorgenza spontanea del travaglio, liquido amniotico limpido ( riscontrato con la PROM o l'amnioscopia), PROM < 24 ore.

Si riportano schematicamente in tabella le diverse procedure utilizzate, con alcune articolazioni nel loro utilizzo. Il range riportato nelle diverse percentuali si riferisce al minimo –massimo riscontrato nei 5 anni esaminati.

### **AMNIORESSI**

#### **Fisiologia**

E' stata eseguita nel 63-66% delle donne a membrane integre., nel 50-54% dei casi a  $\geq 8$  cm, nel 10-11% a <5 cm.

#### **Rischio**

E' stata eseguita nel 65-67% delle donne, nel 30-32% a  $\geq 8$  cm., nel 37-39% a <5 cm.

### **PERFUSIONE OSSITOCICA**

#### **Fisiologia**

Applicata nel 27% delle donne.  
 Nell'8-10% solo in periodo espulsivo.  
 Nel 37-39% delle nullipare, nel 15% delle pluripare.

#### **Rischio**

Applicata nel 43-45% delle donne  
 Nel 7- 8% solo in periodo espulsivo  
 Nel 48-50% delle nullipare e nel 30-33% delle pluripare.

## CONTROLLO FREQUENZA CARDIACA FETALE

### Fisiologia

Nell'82-84% dei casi il battito cardiaco fetale è stato rilevato ad intermittenza, nell'11-13% con US continuo, nel 5% con ECG. Nell'1.9-2.5% dei casi si è avuto un CTG di grado 2-3 in periodo dilatante, nel 10-14% dei casi in periodo espulsivo.

### Rischio

Nel rischio viene sempre applicato il monitoraggio elettronico continuo, generalmente interno. Nell'8-10% dei casi si è avuto un CTG di grado 2-3 in periodo dilatante, nel 17-18% dei casi in periodo espulsivo..

La frequenza di complicanze globalmente insorte in travaglio è stata di 11.5-12.5% nella fisiologia e 18-19% nel rischio. Vengono riportate nella tabella qui di seguito le principali complicanze riscontrate.

### COMPLICANZE INSORTE DURANTE IL TRAVAGLIO FIOLOGICO

	Fisiologi a %	Rischio %
Viraggio liquido amniotico/ LA assente	6-7	11-12
Ipercinesia spontanea o iatrogena	3-4	5-7
Rialzo febbrile $\geq 38^{\circ}\text{C}$ / LA maleodorante all'amx	0.6	1
Rialzo pressorio	0.5	1
Perdite ematiche anomale	0.4	1

### DURATA DEL PERIODO ESPULSIVO

#### Fisiologia

1. Fase di transizione riportata nell'8-10% dei casi.
2. Durata >60' nel 9-14% delle nullipare.
3. Durata >30' nel 5-6% delle pluripare.

#### Rischio

- Fase di transizione riportata nel 2% dei casi
- Durata >60' nel 7-8% delle nullipare
- Durata >30' nel 5% delle pluripare.



## EPISIOTOMIA

### Fisiologia

1. Non è stata eseguita nel 30-32% delle nullipare, nel 58-66% delle pluripare. Hanno avuto un perineo integro il 17-22% delle donne, una lacerazione solo di 1° grado l'11-17%.
2. E' stata eseguita una mediana nel 22-40% delle nullipare, nel 21-30% delle pluripare.
3. E' stata eseguita una paramediana nel 40-50% delle nullipare, nell'8-17% delle pluripare.

### Rischio

- Non è stata eseguita nel 20-23% delle nullipare e nel 48-50% delle pluripare.
- E' stata eseguita una mediana nel 20-30% delle nullipare, nel 20-30% delle pluripare
- E' stata eseguita una paramediana nel 50-60% delle nullipare, nel 18-23% delle pluripare

### MODALITA' DEL PARTO ( % )

	FISIOLOGIA		RISCHIO	
	Nullipare	Pluripare	Nullipare	Pluripare
parto spontaneo	85-86	96-97	61	84-86
1-2 Kristeller	8-9	2	8-9	2
3+ Kristeller	0.4-0.8	0-0.2	0.5-0.6	0-0.1
ventosa ostetrica	1.1-1.7	0-0.9	2.8-3.2	1.3-1.5
TC in travaglio	4	0.3-1	13-14	4-5
TC elettivo	0	0	14-15	6-7

Le linee guida di assistenza al travaglio e parto fisiologico vigenti sono l'espressione delle evidenze emerse in letteratura in relazione all'assistenza al parto in ospedale. Le frequenze di utilizzo nei cinque anni delle diverse procedure assistenziali non riflettono sempre ragionevoli standard di pratica clinica. Infatti l'entità dell'intervento / interventismo ostetrico è ancora molto elevata, come risulta efficacemente illustrato dal diagramma che segue.

### QUALE FISIOLOGIA IN OSPEDALE?

#### **6886** donne con travaglio fisiologico al ricovero

- 87 donne alle quali sono state rotte accidentalmente le membrane durante l'amnioscopia

#### **6799** donne con insorgenza spontanea del travaglio

- 644 donne che hanno manifestato una complicità del travaglio

#### **6155** donne con travaglio fisiologico

- 1183 donne alle quali è stata effettuata un'amnioressi a dilatazione < 8 cm

- 899 donne alle quali è stata applicata la perfusione ossitocica

- 532 donne alle quali è stato applicato il monitoraggio elettronico continuo

**3541 donne con periodo dilatante senza procedure ostetriche attive**

- 7 donne sottoposte a taglio cesareo
- 114 donne sottoposte a 1-2 manovre di Kristeller
- 10 donne sottoposte a  $\geq 3$  manovre di Kristeller o ventosa ostetrica
- 636 donne alle quali è stata effettuata un'episiotomia paramediana
- 20 donne con una lacerazione di 3°-4° grado

**2754 donne senza intervento ostetrico o esposte ad un intervento minore**

Complessivamente meno della metà delle donne che al momento dell'ingresso in sala parto erano classificabili come appartenenti alla popolazione fisiologica non sono state sottoposte a procedure ostetriche attive nel corso del periodo dilatante o del periodo espulsivo. E' innegabile che l'evento parto richieda un'attenta sorveglianza per ottimizzare le probabilità di una conclusione positiva; d'altra parte, è perlomeno discutibile che anche in condizioni di fisiologia la sorveglianza debba necessariamente tradursi in un'interferenza/intervento ostetrico in poco più della metà dei casi.

Le osservazioni fatte inizialmente sugli ostacoli che si incontrano nell'attuazione di una differenziazione nella conduzione del travaglio fisiologico da quello a rischio evidentemente giocano un ruolo importante anche nei luoghi che sono intenzionati ad operare questa selezione.

## Valutare la qualità del proprio lavoro

Giuliano Maffetti

Vorrei proporre alcune riflessioni prima di presentare i dati statistici sull'attività svolta in questi ultimi anni. Ci è capitato talora di essere tacciati di comportamento naif; siamo stati accusati di improvvisare, di rischiare la salute delle donne e dei figli per un fine ideologico; l'accusa viene spesso da persone che non hanno mai conosciuto la nostra esperienza e che ci ritengono pressapochisti per il fatto di comportarci in modo diverso rispetto a "ciò che normalmente si fa in Italia".

Orbene la nostra singolarità è cominciata nel 1989 dopo alcuni anni di riflessioni e confronti con altre realtà italiane ed estere. Prima di iniziare avevamo già prodotto un protocollo che conteneva le raccomandazioni dell'O.M.S. e che rappresenta ancora oggi la base del nostro agire.

Appena fu reso noto il protocollo del gruppo interbrianteo di assistenza al travaglio ed al parto fisiologico, dopo incontri quindicinali tra ginecologi ed ostetriche durati circa un anno, in cui sono state dibattute tutte le problematiche presenti nel protocollo, questo è stato adottato nel nostro reparto. Successivamente, anche per merito di Andria, abbiamo conosciuto il lavoro di metanalisi del Cochran e questo è divenuto il punto di riferimento costante della nostra attività.

Dal 1990 annualmente produciamo una raccolta dati sull'attività di sala parto, indispensabile per una valutazione qualitativa del nostro lavoro, per poterci confrontare con altre realtà e per permettere alle donne che intendono partorire a Gavardo di conoscere il nostro modo di lavorare.

Tutto ciò non ci sembra atteggiamento naif nè improvvisazione. Certo se naif significa permettere alle donne che partoriscono presso il nostro reparto di organizzare la loro degenza nel modo che ritengono migliore, se significa permettere loro di vivere l'esperienza del proprio parto in modo personale e spontaneo, allora siamo contenti di essere naif.

Fin dall'inizio della nostra esperienza avevamo in mente un progetto chiaro: creare un ambiente diverso rispetto ad un reparto ospedaliero, che fosse caratterizzato da stanze singole con annessi bagno e doccia, arredate come comuni camere da letto, di cui la donna partoriente potesse prendere possesso al momento del ricovero e potesse gestire a suo piacimento per tutto il periodo della degenza. Inoltre il progetto prevedeva la presenza costante e fissa di ostetriche ed infermiere addette esclusivamente a questo ambiente. Una buona parte di questo progetto è stata realizzata: oggi abbiamo 5 stanze con le caratteristiche sopra descritte in cui tutte le donne che lo desiderino possono trascorrere il tempo del travaglio, del parto ed un periodo di circa 12 ore dopo il parto. Per tutto il periodo di permanenza in questo ambiente la donna ha il diritto di tenere con sé sia il bimbo che una persona da lei scelta. Poi quando viene trasferita nel reparto può tenere con sé il bambino per tutto il tempo desiderato, usufruendo del nido aperto; il partner può rimanere con lei per circa 8 ore al giorno. Prossimamente verranno allestite altre 2 o 3 stanze con le caratteristiche delle prime per poter permettere il massimo tempo della degenza in questo ambiente.

L'allattamento al seno è incentivato sia da parte delle ostetriche sia da parte delle puericultrici e delle infermiere del nido.

L'allestimento di queste camere accoglienti sarebbe ben poca cosa se non fosse stato accompagnato da un ripensamento della cultura del parto e della filosofia della nascita.

Tutto ciò ha richiesto confronti e discussioni tra tutti i componenti dell'équipe ostetrica; confronti e discussioni che sono approdati:

- ad un diverso atteggiamento mentale nei confronti della nascita.
- a modifiche sostanziali dell'organizzazione del lavoro con ridefinizione dei ruoli delle varie figure professionali.

Il soggetto principale ridiventa la donna che può vivere il travaglio ed il parto in modo libero e personale.

L'ostetrica si riappropria del suo ruolo originario che è quello di accompagnare ed assistere la donna durante tutto il percorso del parto e del dopo parto.

Il medico collabora con l'ostetrica nei momenti di difficoltà ed interviene per risolvere le situazioni patologiche.

L'infermiera, oltre a svolgere le mansioni che le sono proprie, è impegnata nel sostenere e confortare la partorientente.

Questa piccola rivoluzione dei ruoli si è accompagnata ad una maturazione nei confronti dell'evento nascita alla cui base c'è il tener conto dei ritmi naturali del travaglio e del parto.

Ultima riflessione: da tempo nel direttivo dell'Associazione Andria si sottolinea l'importanza della raccolta dati sull'attività ostetrica ed è in atto un ampio dibattito sulle modalità secondo cui questa possa avvenire.

Certo sembra un'impresa difficile accordare tra loro i centri che già producono un report annuale con programmi computerizzati non sempre assimilabili e fare una proposta omogenea a tutti i reparti che non hanno ancora iniziato. Una delle possibili soluzioni, che verrà presentata e discussa in un prossimo incontro organizzato da Andria che probabilmente si svolgerà nel mese di Aprile a Mestre, è che ogni centro, pur mantenendo un proprio programma, adotti uno schema di riferimento quale nucleo centrale comune per la raccolta dei dati più importanti.

Lo scopo è quello:

- di poter valutare l'appropriatezza del proprio lavoro e l'aderenza alle linee guida scelte;
- di ricercare un confronto tra varie esperienze e realtà;
- di avere la possibilità di accorpate più centri per produrre lavori di ricerca scientificamente validi.

## Report 1997

Abbiamo raccolto i nostri dati usufruendo del modello utilizzato a Dublino, modificato per poter inserire alcune voci che rivestono un significato particolare nella nostra esperienza. La tabella N°1 riassume tutti i dati raccolti suddivisi in nullipare (sct1°: primigravida con feto singolo, cefalico, a termine di gestazione), pluripare (sct2°), donne precesarizzate, donne con feto in presentazione podalica, gravidanze gemellari, parti prematuri. Per ognuno dei gruppi sono presi in considerazione i seguenti parametri: quante donne hanno avuto un parto vaginale, quanti forcipi e ventose sono stati eseguiti. Si considera quindi il numero dei cesarei eseguiti facendo una distinzione tra quelli di elezione e quelli urgenti. Rispetto all'andamento del travaglio vengono evidenziati quelli indotti e quelli pilotati. Per quanto riguarda l'utilizzo delle strutture, in tabella sono riportati il numero dei parti che si sono svolti nella sala parto tradizionale e il numero di quelli che sono avvenuti nelle camere. Tra i primi sono evidenziati quelli sottoposti a manovra di Kristeller; tra i secondi vengono prese in considerazione le posizioni assunte ( per semplificare abbiamo compreso sotto la dizione "verticale" tutte le posizioni diverse da quella supina) ed i parti in acqua.

Le voci successive della tabella riguardano le condizioni del perineo ed in particolare: il numero di episiotomie, il numero di lacerazioni distinte per grado ed il numero di perinei integri.

Nella figura N° 2 è riportato l'andamento dei parti negli ultimi 9 anni presso il nostro reparto. La crescita è stata costante dai 535 parti del 1988 ai 950 del 1997 ed esprime concretamente l'apprezzamento delle partorienti nei confronti del nostro lavoro. Ciò ha, purtroppo, anche risvolti negativi legati ad una lentezza burocratica che impedisce un adeguamento del personale medico-ostetrico all'incremento dei parti.

Una tendenza opposta si osserva per i tagli cesarei (figura N°3): si è passati infatti dal 21,3% del 1988 al 13,8% del 1997. Quest'ultimo dato non lo riteniamo ottimale, tenendo conto che i neonati al di sotto della 34<sup>a</sup> settimana di gestazione vengono trasferiti in ospedali con centri di patologia neonatale (lo scorso anno ne sono stati trasferiti 7), anche se si può ritenere buono rispetto alla media degli ospedali italiani.

Se ora consideriamo il tipo di parto delle donne sottoposte in precedenza a taglio cesareo, figura N° 4, si può notare che i parti vaginali sono stati la maggioranza cioè il 59,6%, calcolato sul totale delle donne precesarizzate, che i tagli cesarei di elezione sono stati il 23,4% e che i tagli cesarei urgenti sono stati il 17,0%.

Nell'ultima colonna a destra della tabella di figura N° 5 sono riportati in percentuale i parti avvenuti lo scorso anno, suddivisi per tipo: nell' 86,2 % dei casi si è trattato di parto per via vaginale; tra questi il 2% ha richiesto l'applicazione di ventosa mentre il forcipe non è mai stato impiegato; nel 6% dei casi la donna è stata sottoposta a manovra di Kristeller.

I tagli cesarei di elezione ( calcolati sul totale dei parti) sono stati il 6%, i tagli cesarei urgenti il 7,8%.

I parti indotti sono stati l'8,9% , quelli pilotati il 17,2%, calcolati sul totale dei parti.

I due grafici sottostanti rappresentano in percentuale i parti operativi (ventosa, tagli cesarei di elezione e tagli cesarei urgenti) ed i parti con manovra di Kristeller differenziati in primipare e pluripare. Gli istogrammi mettono bene in evidenza che le primipare (prime colonne a sinistra) sono state interessate da questi interventi in numero molto maggiore rispetto alle pluripare (seconde colonne).

I dati relativi ai parti indotti e a quelli pilotati, raccolti negli anni dal 1994 al 1997, figura N° 6, rivelano un andamento in leggera crescita.

Nella figura successiva, N° 7, gli stessi parti indotti e pilotati sono distinti in primipare e pluripare. Per quanto riguarda i parti indotti non c'è molta differenza tra i due gruppi, mentre per i parti pilotati esiste una netta prevalenza del gruppo delle primipare. Questa differenza sembra possa essere spiegata dal fatto che l'induzione è praticamente riservata alle donne, sia primipare che pluripare, che sono vicine alla 42<sup>a</sup> settimana di gestazione; l'accelerazione del travaglio è maggiormente utilizzata nelle primigravide che presentano frequentemente un travaglio lungo con possibili rallentamenti.

La figura N° 8 riporta la percentuale dei parti nelle camere dal 1994 al 1997 che in media è superiore all'ottanta per cento, come è bene evidenziato dall'istogramma sottostante. Rispetto a questi parti si è presa in considerazione la scelta della posizione, distinguendo quella supina, quella verticale (dove per verticale, come si è detto, si intende qualsiasi posizione diversa dalla supina) e il parto in acqua. Dalle cifre si osserva un decremento nell'utilizzo della posizione supina ed un incremento di quella verticale.

Il primo istogramma della figura N°9 evidenzia la marcata differenza percentuale tra i parti avvenuti nella sala parto e quelli avvenuti nelle camere. Le varie colonne si riferiscono alla distinzione in primipare e pluripare che non appare numericamente significativa da un punto di vista statistico.

Il secondo istogramma della stessa figura riporta la scelta della posizione ed il parto in acqua sempre suddivisi nei due gruppi primipare e pluripare: la posizione verticale è privilegiata dalle primipare.

La tabella e l'istogramma della figura N° 10 riferiscono i dati distinti per anno, sulle condizioni del perineo a parto avvenuto: il perineo integro (prima colonna) si attesta su un valore superiore al trenta per cento, l'episiotomia (seconda colonna) viene praticata in media nel 13% dei casi, le lesioni di terzo grado (terza colonna) si manifestano in media nell'1,4%. In questa figura non compaiono i valori delle lacerazioni di 1° e 2° grado che si possono dedurre dalla differenza tra 100 e la somma dei valori presi in considerazione.

La figura successiva suddivide tra primigravide e pluripare l'episiotomia, le lacerazioni di 3° grado, quelle di 1° e 2° sommate insieme, ed il perineo integro. L'episiotomia ed il terzo grado sono più frequenti nelle primigravide, mentre il perineo integro compare con maggiore frequenza nelle pluripare.

Infine nella figura N° 12 è riportato l'andamento della mortalità perinatale dall'anno 1992 al 1997 che in media è dello 0,35%.

---

Bibliografia redatta secondo le norme degli Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. New Engl J Med 1997; 336-309-15



Associazione ANDRIA - Coordinamento per la Promozione di una Assistenza Appropriata in Ginecologia e Ostetricia  
con sede c/o Dr.G.Gori, Clinica Ostetrico - Ginecologica dell'Universita' di Bologna,  
Via Massarenti 13, 40138 Bologna  
C.F. 92048670373

---

Finito di stampare nel mese di Febbraio 1999  
Tipo-Litografia LUGHESE - Lugo di Romagna (Ra)