

p&c

Professioni & concorsi

t

Teoria &
Esercizi

il **MANUALE**
dei concorsi per

OSTETRICA

Guida completa a tutte le **prove** di selezione



- La **professione ostetrica**: le origini, la formazione, la deontologia
- Il **sistema sanitario**: l'evoluzione, la legislazione, l'organizzazione
- L'**apparato genitale femminile**: anatomia e fisiologia
- Il **percorso nascita**: la diagnostica prenatale, la gravidanza, il parto, il puerperio, la lattazione
- La **pratica ostetrica**: la gravidanza a basso rischio, l'esame ostetrico, l'assistenza al travaglio, al parto, al parto indotto, al taglio cesareo, al puerperio, in sala operatoria
- Le **patologie ginecologiche**: le malformazioni genitali, processi infettivi, degenerativi e oncologici, le disfunzioni del pavimento pelvico



Con estensioni
online

F. Parazzini • P.A. Mauri

 **EdiSES**
Professioni & Concorsi

il MANUALE dei concorsi per OSTETRICA

Guida completa a tutte le prove di selezione

Fabio Parazzini
Paola Agnese Mauri

il Manuale dei concorsi per Ostetrica
Copyright © 2020 EdiSES S.r.l. – Napoli

9 8 7 6 5 4 3 2 1 0
2024 2023 2022 2021 2020

Le cifre sulla destra indicano il numero e l'anno dell'ultima ristampa effettuata

A norma di legge è vietata la riproduzione, anche parziale, del presente volume o di parte di esso con qualsiasi mezzo.

L'Editore

L'Editore ha effettuato quanto in suo potere per richiedere il permesso di riproduzione del materiale di cui non è titolare del copyright e resta comunque a disposizione di tutti gli eventuali aventi diritto.

Grafica di copertina e fotocomposizione:  curvilinee

Progetto grafico: ProMediaStudio di A. Leano – Napoli

Stampato presso: Litografia Sgrate S.r.l. – Città di Castello (PG)

per conto della EdiSES S.r.l. – Napoli

ISBN 978 88 3622 043 4

www.edises.it

I curatori, l'editore e tutti coloro in qualche modo coinvolti nella preparazione o pubblicazione di quest'opera hanno posto il massimo impegno per garantire che le informazioni ivi contenute siano corrette, compatibilmente con le conoscenze disponibili al momento della stampa; essi, tuttavia, non possono essere ritenuti responsabili dei risultati dell'utilizzo di tali informazioni e restano a disposizione per integrare la citazione delle fonti, qualora incompleta o imprecisa.

Realizzare un libro è un'operazione complessa e nonostante la cura e l'attenzione poste dagli autori e da tutti gli addetti coinvolti nella lavorazione dei testi, l'esperienza ci insegna che è praticamente impossibile pubblicare un volume privo di imprecisioni. Saremo grati ai lettori che vorranno inviarci le loro segnalazioni e/o suggerimenti migliorativi su assistenza.edises.it

Indice

Introduzione

La professione ostetrica

Capitolo 1 La professione ostetrica nella storia

1.1	Dalle origini al XVI secolo	3
1.2	Dal XVII secolo all'età contemporanea	4
1.3	La regolamentazione della professione ostetrica in Italia	6
1.3.1	Dal XVIII secolo al periodo fascista	6
1.3.2	Dal secondo dopoguerra agli anni Novanta	7
1.3.3	Gli anni Duemila	8
Test di verifica		10

Capitolo 2 Il profilo professionale, l'ordinamento della professione e il codice deontologico

2.1	L'individuazione della figura e il profilo professionale	13
2.2	Il percorso di studi e il riconoscimento internazionale del titolo conseguito in Italia ..	14
2.3	Gli organi di categoria e l'albo professionale	14
2.3.1	Gli Ordini provinciali	14
2.3.2	La Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica (FNOPO)	15
2.3.3	L'albo professionale	15
2.4	La deontologia	15
2.4.1	Il concetto di deontologia	15
2.4.2	Il codice deontologico dell'ostetrica/o	16
Test di verifica		19

Parte Prima

Legislazione e organizzazione del sistema sanitario

Capitolo 3 Il rapporto di lavoro e le responsabilità del personale sanitario

3.1	Il rapporto di lavoro pubblico	23
3.2	I doveri del dipendente pubblico	25
3.3	I diritti del dipendente pubblico	26
3.3.1	I diritti patrimoniali	26
3.3.2	I diritti non patrimoniali	27

3.4	Le responsabilità del dipendente pubblico.....	29
3.5	Le responsabilità giuridico-professionali dell'operatore sanitario.....	30
3.5.1	Concetti introduttivi	30
3.5.2	La responsabilità civile	30
3.5.3	La responsabilità penale	34
3.5.4	La responsabilità amministrativa.....	39
3.5.5	La responsabilità disciplinare	40
3.6	Gli obblighi di informazione verso la persona assistita: il consenso informato.....	41
3.7	Il trattamento dei dati sanitari	43
3.7.1	Concetti introduttivi	43
3.7.2	I requisiti di liceità per il trattamento dei dati sanitari	44
3.8	Le responsabilità dell'esercente la professione ostetrica: aspetti specifici.....	45
3.9	La bioetica.....	46
3.9.1	L'eutanasia e il suicidio assistito	47
3.9.2	Il testamento biologico	48
3.9.3	La clausola di coscienza	50
	Test di verifica.....	52

Capitolo 4 Salute e sicurezza del personale sanitario

4.1	Il quadro normativo in materia di sicurezza sul lavoro	55
4.2	Gli strumenti di protezione dei lavoratori	56
4.3	I soggetti responsabili in materia di sicurezza.....	57
4.4	Il rischio professionale in ambito sanitario.....	58
4.5	Il rischio biologico	59
4.6	Il rischio chimico	60
4.7	L'utilizzo di attrezzature munite di videotermini	63
4.7.1	La normativa di tutela del lavoratore	63
4.7.2	Tipologia dei disturbi	64
4.8	I dispositivi di protezione individuale (DPI).....	67
4.8.1	La valutazione del rischio e l'individuazione delle misure di protezione ...	67
4.8.2	I DPI nella definizione normativa	68
4.8.3	I requisiti dei DPI	69
4.8.4	Gli obblighi del datore di lavoro e dei lavoratori.....	69
4.8.5	Il criterio della gradualità negli interventi di protezione	70
4.8.6	Il protocollo (o manuale) per la scelta, l'uso e la formazione all'uso.....	71
	Test di verifica.....	73

Capitolo 5 Storia, evoluzione e organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale

5.1	L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale	75
5.1.1	I precedenti normativi	75
5.1.2	Gli obiettivi della L. 833/1978.....	77
5.1.3	Le Unità Sanitarie Locali	78
5.2	La riforma del 1991	79
5.3	La riforma <i>bis</i> (1992)	80

5.3.1	Linee generali	80
5.3.2	Le Aziende Unità Sanitarie Locali	80
5.3.3	Le Aziende Ospedaliere	81
5.4	La riforma <i>ter</i> : il decreto Bindi (1999)	82
5.4.1	<i>I</i> ter di formazione della riforma	82
5.4.2	Le principali innovazioni contenute nel decreto Bindi	83
5.5	I rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale e Università	85
5.6	Le disposizioni correttive e integrative del decreto Bindi	86
5.7	La disciplina dell'assistenza primaria nel decreto Balduzzi (2012).....	86
5.8	La Spending review sanitaria del 2015: il principio dell'appropriatezza delle cure	88
5.9	La riforma Madia.....	88
5.10	I Livelli Essenziali di Assistenza: la revisione del 2017	89
5.11	La disciplina del caregiver familiare nella legge di bilancio 2018.....	91
5.12	La riforma Lorenzin (L. 11 gennaio 2018, n. 3).....	91
5.13	La pianificazione sanitaria.....	92
5.13.1	Il Piano Sanitario Nazionale (PSN)	92
5.13.2	I Piani Sanitari Regionali (PSR)	94
5.13.3	I Piani Attuativi Locali (PAL)	96
5.13.4	Gli altri strumenti.....	96
Test di verifica		98

Parte Seconda

Anatomia e fisiologia della donna

Capitolo 6 L'apparato genitale femminile

6.1	Anatomia del bacino ostetrico	103
6.1.1	La pelvimetria interna	103
6.1.2	La mobilità del cingolo pelvico	106
6.1.3	I tipi di bacino	106
6.1.4	La pelvimetria esterna	107
6.2	Anatomia del pavimento pelvico	109
6.2.1	Fisiologia del pavimento pelvico	111
6.3	Gli organi genitali interni	111
6.3.1	La vagina	111
6.3.2	L'utero	113
6.3.3	Le tube di Falloppio o salpingi.....	114
6.3.4	Le ovaie	115
6.4	Gli organi genitali esterni	117
6.4.1	La vulva	117
Test di verifica		119

Capitolo 7 Il ciclo mestruale e le sue alterazioni

7.1	Ciclo ovarico e ciclo mestruale	123
7.1.1	Fase preovulatoria	123
7.1.2	Fase postovulatoria	125
7.2	Pubertà e menarca	126
7.3	Le principali anomalie dello sviluppo sessuale	128
7.3.1	Pubertà precoce	128
7.3.2	Pubertà ritardata	129
7.3.3	L'assistenza dell'ostetrica/o	129
7.4	I disturbi del ciclo mestruale	130
7.4.1	Irregolarità mestruali	130
7.4.2	Sanguinamenti uterini anomali	131
7.4.3	L'amenorrea	133
7.4.4	La sindrome premestruale	135
7.4.5	L'assistenza dell'ostetrica/o	136
	Test di verifica	137

Capitolo 8 La menopausa e le sue conseguenze sulla salute della donna

8.1	Fisiologia della menopausa	141
8.1.1	La premenopausa	141
8.1.2	I cambiamenti ormonali	141
8.2	Terapia della sintomatologia climaterica	143
8.3	L'osteopenia/osteoporosi postmenopausale	144
8.4	L'assistenza dell'ostetrica/o	146
	Test di verifica	147

Parte Terza

Ostetricia

Capitolo 9 Il percorso nascita

9.1	Alcune norme e documenti di indirizzo	151
9.2	Le linee di azione	152
9.3	Gli standard per la valutazione dei punti nascita	155
9.4	L'assistenza nei punti nascita: l'esigenza di una rinnovata attenzione alla qualità	162
9.5	L'iniziativa "Ospedali & Comunità Amici dei Bambini"	163
9.6	Le "Cure Amiche della Madre"	165
9.7	Il modello assistenziale dell'ostetrica/o fra letteratura internazionale e regolamentazione	168
9.8	Il programma "Midwifery 2030"	170
9.9	Il Comitato Percorso Nascita nazionale (CPNn)	172
9.10	Le gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)	173
9.10.1	L'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte dell'ostetrica/o	173

9.10.2	Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)	174
9.10.3	Standard e requisiti delle aree funzionali BRO	175
9.11	Le raccomandazioni <i>intrapartum</i> dell'Organizzazione Mondiale della Sanità	177
	Test di verifica	186

Capitolo 10 Fisiologia della gravidanza

10.1	La fecondazione	189
10.2	Lo sviluppo del prodotto del concepimento	189
10.3	La gravidanza	193
10.3.1	Il primo trimestre di gravidanza: l'ambivalenza e il cambiamento	193
10.3.2	Il secondo trimestre di gravidanza: la stabilizzazione e l'armonia	198
10.3.3	Il terzo trimestre di gravidanza: la separazione e il distacco	202
	Test di verifica	208

Capitolo 11 Gli annessi ovarici e la circolazione fetale

11.1	Gli annessi ovarici	211
11.1.1	Le membrane ovariche o amnio-coriali	211
11.1.2	Il liquido amniotico	211
11.1.3	Il funicolo o cordone ombelicale	214
11.1.4	La placenta	216
11.2	La circolazione fetale	219
	Test di verifica	222

Capitolo 12 Il basso rischio nel percorso nascita e la presa in carico da parte dell'ostetrica/o

12.1	L'identificazione delle gravidanze a basso rischio	225
12.2	I controlli in gravidanza	226
12.3	Il Sistema Nazionale per le Linee Guida	229
12.4	La linea guida "Gravidanza fisiologica"	230
12.5	Gli "Incontri di Accompagnamento alla Nascita"	238
	Test di verifica	240

Capitolo 13 L'esame ostetrico

13.1	I tempi della visita ostetrica	243
13.2	Il primo tempo dell'esame ostetrico (anamnesi o interrogatorio)	244
13.3	Il secondo tempo dell'esame ostetrico (ispezione)	245
13.4	Il terzo tempo dell'esame ostetrico (palpazione)	247
13.5	Il quarto tempo dell'esame ostetrico (auscultazione)	254
13.6	Il quinto tempo dell'esame ostetrico (esplorazione)	257
13.7	Il sesto tempo dell'esame ostetrico (esecuzione di esami strumentali di primo livello)	260
	Test di verifica	262

Capitolo 14 La diagnostica prenatale

14.1	I test di diagnosi prenatale offerti alle coppie.....	265
14.1.1	Tecniche non invasive/tecniche di screening.....	265
14.1.2	Tecniche invasive	267
14.2	Linee generali di conduzione dei colloqui precedenti ai test di diagnosi prenatale	270
	Test di verifica	272

Capitolo 15 Il travaglio e il parto

15.1	Definizione di parto.....	273
15.2	I tre fattori del parto	273
15.2.1	Il feto o corpo mobile	274
15.2.2	La forza: le contrazioni uterine e le forze ausiliarie materne	277
15.2.3	Il canale del parto (bacino osseo e strutture molli)	280
15.3	I tre stadi (fasi o periodi) del parto.....	281
15.4	I fenomeni del parto	284
15.4.1	I fenomeni dinamici	284
15.4.2	I fenomeni meccanici del parto	286
15.4.3	I fenomeni plastici del parto	288
	Test di verifica	291

Capitolo 16 Assistenza ostetrica al travaglio e al parto

16.1	Il monitoraggio del travaglio.....	293
16.2	La meccanica del parto.....	296
16.2.1	Teorie sulle cause dei movimenti del meccanismo del parto	300
16.2.2	Varietà del meccanismo di parto in presentazione occipitale	301
16.3	Il decorso del parto	302
16.4	Le posture materne in travaglio.....	304
16.5	La protezione del perineo.....	307
16.6	Episiotomia	307
16.7	Il clampaggio funicolare.....	308
16.8	L'aspirazione delle prime vie aeree del neonato.....	310
16.9	Le prime cure ostetriche al neonato	310
16.10	Il “golden minute” e l'algoritmo per la rianimazione neonatale	314
16.11	Assistenza al secondamento (III stadio del parto) e accenni alla patologia emorragica del <i>post partum</i> (EPP)	316
16.11.1	Il protocollo active management.....	326
16.12	Il dolore in travaglio di parto	327
16.12.1	Effetti sistemici del dolore del parto.....	328
16.12.2	Il controllo del dolore in travaglio	328
	Test di verifica	335

Capitolo 17 La sorveglianza fetale

17.1	Gli scambi gassosi placentari.....	339
17.2	Il metabolismo cellulare	340
17.3	La carenza di ossigenazione e i meccanismi di difesa fetale	340
17.4	La rilevazione del battito cardiaco fetale	341
17.4.1	Interpretazione della cardiocotografia fetale	342
17.4.2	Frequenza cardiaca di base	342
17.4.3	Variabilità	343
17.5	Registrazione delle contrazioni.....	347
17.5.1	Classificazione della cardiocotografia (CTG).....	348
	Test di verifica.....	351

Capitolo 18 L'induzione del parto

18.1	L'induzione del parto e le indicazioni al suo espletamento.....	353
18.2	Tecniche di induzione	354
18.2.1	Ossitocina.....	355
18.2.2	Prostaglandine	356
18.2.3	Metodi meccanici.....	357
18.2.4	Amnioressi.....	357
18.2.5	Scollamento delle membrane.....	357
18.3	L'assistenza ostetrica al travaglio indotto	358
18.4	L'informazione alle donne.....	359
	Test di verifica.....	360

Capitolo 19 Il team di sala parto e le relative competenze

19.1	L'Unità Operativa di Ostetricia: le linee di indirizzo, le professionalità e le risorse ...	361
19.2	Job description dell'ostetrica/o.....	363
19.3	Job description dell'ostetrica/o coordinatore.....	365
19.4	I livelli di competenza delle ostetriche	367
19.5	Job description del medico	367
19.6	Job description degli operatori di supporto	369
19.7	L'uniformità dei comportamenti del team di sala parto e la valutazione	371
	Test di verifica.....	374

Capitolo 20 Complicanze del parto e manovre/strumenti d'intervento

20.1	La distocia del parto	377
20.1.1	L'inerzia uterina	382
20.1.2	La sproporzione feto-pelvica	383
20.1.3	Le anomalie del canale.....	383
20.1.4	La psiche della partoriente	383
20.2	La distocia di spalla.....	384
20.2.1	Previsione della distocia di spalla.....	384
20.2.2	Prevenzione della distocia di spalla	385

20.2.3	Diagnosi e interventi per la distocia di spalla	386
20.3	La ventosa ostetrica	391
20.3.1	L'assistenza dell'ostetrica/o all'applicazione di <i>vacuum extractor</i>	394
20.4	Il forcipe	395
20.4.1	La struttura di un forcipe	396
	Test di verifica	401

Capitolo 21 Il taglio cesareo

21.1	Indicazioni al taglio cesareo	405
21.1.1	La morbidità materna legata al taglio cesareo	407
21.1.2	La morbidità neonatale legata al taglio cesareo	407
21.1.3	Il taglio cesareo su richiesta materna	407
21.2	Il taglio cesareo: classificazione	408
21.3	L'anestesia per un taglio cesareo	408
21.4	La preparazione della gravida all'intervento	413
21.5	L'assistenza ostetrica durante il taglio cesareo	415
21.6	Tecnica operatoria del taglio cesareo con isterotomia trasversale	417
21.6.1	Incisione della cute	417
21.6.2	Incisione di sottocute, fascia e divaricazione dei muscoli	418
21.6.3	Incisione del peritoneo parietale	418
21.6.4	Isterotomia sul segmento uterino inferiore (SUI)	419
21.6.5	Incisione del peritoneo viscerale	419
21.6.6	Incisione del miometrio	419
21.6.7	Estrazione del feto	420
21.6.8	Secondamento e controllo dell'emostasi	421
21.6.9	Sutura della breccia uterina	421
21.6.10	Sutura della parete addominale	421
21.7	Tecnica operatoria del taglio cesareo corporale	422
21.8	L'isterectomia <i>peripartum</i> o taglio cesareo demolitore	422
21.9	Il <i>post partum</i> nel post operatorio	423
21.10	Assistenza in gravidanza alla donna precesarizzata	424
21.11	Criteri di inclusione (e di esclusione) al VBAC	425
	Test di verifica	427

Capitolo 22 Il *post partum* e le prime 72 ore dopo il parto

22.1	Le prime 2 ore dopo il parto	429
22.1.1	La prevenzione dell'emorragia nel <i>post partum</i> (PPH)	429
22.1.2	L'ostetrica/o e la prevenzione del postnatal collapse (SUPC)	430
22.2	Le prime 24 ore di puerperio	431
22.2.1	Il quadro relazionale	432
22.2.2	Accogliere il padre	433
22.3	La coppia madre-neonato dalle 24 alle 72 ore dopo il parto	433
22.3.1	Montata lattea o lattogenesi II	434
22.3.2	Atteggiamento psico-emotivo della puerpera	435

22.4	Il puerperio fisiologico e l'assistenza dell'ostetrica/o alla coppia madre-neonato: nascita di una famiglia	436
22.5	Fenomeni regressivi e involutivi del puerperio	436
22.5.1	Fenomeni regressivi locali	437
22.5.2	Fenomeni regressivi generali.....	441
22.6	L'assistenza ostetrica al neonato entro le 72 ore dal parto	446
22.6.1	Il rooming in	446
22.6.2	Il bedding in	447
22.6.3	L'atteggiamento e i comportamenti di un neonato nelle prime 72 ore di vita e accenni su consigli alla puerpera alla dimissione.....	447
22.6.4	La prima visita del pediatra al neonato	451
22.6.5	Gli screening neonatali.....	455
Test di verifica		458

Capitolo 23 Fisiologia della lattazione e allattamento

23.1	Anatomia della mammella	461
23.2	Endocrinologia del puerperio	463
23.3	La fisiologia della lattazione	464
23.4	La fisiologia dell'allattamento.....	465
23.5	La composizione del latte materno	467
23.5.1	La composizione del latte materno nel neonato pretermine.....	467
23.5.2	La composizione del latte materno nelle diverse fasi della lattazione.....	468
23.5.3	I principali componenti del latte materno	470
23.6	I benefici dell'allattamento	472
23.6.1	Benefici per la collettività e l'ambiente.....	473
23.6.2	Benefici per la madre	473
23.6.3	Benefici per il bambino: protezione dalle malattie e dalle allergie	474
23.6.4	Protezione dalle infezioni.....	474
Test di verifica		478

Capitolo 24 Assistenza ostetrica e allattamento

24.1	L'educazione all'allattamento	481
24.2	La posizione di madre e bambino	483
24.3	L'attacco al seno	485
24.3.1	Segni di trasferimento del latte	486
24.3.2	Il neonato "troppo buono" e sonnolento.....	486
24.4	Spremitura, conservazione e somministrazione del latte	487
24.4.1	Spremitura manuale.....	487
24.4.2	Conservazione del latte materno spremuto.....	488
24.4.3	Somministrazione del latte materno spremuto.....	489
24.5	Controindicazioni all'allattamento	490
24.5.1	Controindicazioni neonatali assolute.....	490
24.5.2	Controindicazioni neonatali temporanee (ragioni cliniche accettabili)	491
24.5.3	Controindicazioni materne assolute.....	491

24.5.4	Controindicazioni materne temporanee	492
24.5.5	Controindicazioni false.....	493
24.6	Principali problemi in allattamento	493
24.6.1	Ragadi.....	493
24.6.2	Dotto ostruito	494
24.6.3	Mastite.....	494
24.6.4	Ascesso mammario	495
24.6.5	Infezione da <i>Candida albicans</i>	496
24.7	L'alimentazione con formula	497
	Test di verifica.....	498

Capitolo 25 La patologia nel puerperio

25.1	Apparato urinario	501
25.2	Sistema osseo.....	502
25.3	I disturbi del sistema vascolare.....	503
25.4	L'ipertensione <i>post partum</i>	504
25.5	La sepsi puerperale	504
25.6	Forme depressive e da stress.....	505
	Test di verifica.....	508

Capitolo 26 Le patologie ostetriche del primo trimestre

26.1	L'aborto spontaneo	511
26.1.1	Cause e fattori di rischio.....	512
26.1.2	Sintomatologia e diagnosi.....	512
26.1.3	Terapia.....	513
26.2	La gravidanza extrauterina.....	514
26.2.1	Frequenza e fattori di rischio.....	514
26.2.2	Diagnosi	515
26.2.3	Terapia.....	515
26.3	La malattia trofoblastica gestazionale.....	516
26.3.1	Sintomatologia e diagnosi.....	517
26.3.2	Terapia.....	518
26.4	L'assistenza dell'ostetrica/o	518
	Test di verifica.....	519

Capitolo 27 La gravidanza multipla

27.1	La gravidanza multipla	521
27.1.1	Rischi connessi alla gravidanza multipla	522
27.2	Il parto nella gravidanza gemellare	523
27.2.1	Modalità e timing del parto	523
27.2.2	Assistenza a travaglio e parto	525
27.3	Il taglio cesareo nella gravidanza gemellare	526
	Test di verifica.....	528

Capitolo 28 Le patologie materne del secondo e terzo trimestre

28.1	Le principali patologie di interesse ostetrico.....	529
28.1.1	L'ipertensione gestazionale e la preeclampsia.....	529
28.1.2	La sindrome di HELLP (H - emolisi, EL - enzimi epatici, LP - basso numero di piastrine).....	530
28.1.3	L'eclampsia	532
28.1.4	Il diabete	533
28.1.5	La colestasi gravidica	536
28.2	L'isoimmunizzazione materno-fetale.....	536
28.2.1	Isoimmunizzazione Rh	536
28.2.2	Diagnosi di MEN	537
	Test di verifica	538

Capitolo 29 Infezioni in gravidanza

29.1	Le patologie infettive	541
29.2	Le infezioni virali	542
29.2.1	Infezione rubeolica	542
29.2.2	<i>Citomegalovirus</i> (CMV)	543
29.2.3	Varicella.....	543
29.2.4	<i>Herpes virus</i>	544
29.2.5	Parvovirus B19	544
29.2.6	HIV	544
29.2.7	Virus epatite B (HBV).....	545
29.2.8	HCV	545
29.3	Le infezioni protozoarie: <i>toxoplasma gondii</i>	546
29.4	Le infezioni batteriche.....	547
29.4.1	Streptococco beta-emolitico.....	547
29.4.2	Sifilide.....	548
	Test di verifica	549

Capitolo 30 Patologie internistiche in gravidanza

30.1	Le cardiopatie	551
30.1.1	Aspetti assistenziali specifici.....	552
30.2	Le patologie tiroidee	553
30.3	L'anemia	553
30.4	Le malattie renali.....	555
30.5	L'asma.....	556
30.6	Le malattie dell'apparato digerente.....	556
30.7	L'epilessia	556
30.8	L'appendicite	557
30.9	Le malattie autoimmuni	557
	Test di verifica	558

Capitolo 31 Le patologie della placenta nel terzo trimestre

31.1	Il distacco intempestivo di placenta normalmente inserita e le anomalie di inserzione placentare	559
31.1.1	Distacco intempestivo di placenta normalmente inserita	559
31.1.2	Anomalie di inserzione placentare: la placenta previa	562
	Test di verifica	564

Capitolo 32 Altre patologie ostetriche

32.1	Il ritardo di crescita intrauterino.....	565
32.2	Il parto pretermine	566
32.2.1	Rottura prematura delle membrane a termine (> 37 settimane di gestazione).....	567
32.2.2	Rottura prematura delle membrane prima della 37 ^a settimana di gestazione (PROM).....	568
32.3	La gravidanza protratta o oltre il termine	568
	Test di verifica	570

Capitolo 33 L'infertilità e la procreazione medicalmente assistita (PMA)

33.1	Definizione.....	573
33.2	Epidemiologia	574
33.3	Cause e relative diagnosi	574
33.3.1	L'infertilità disovulatoria.....	574
33.3.2	Il fattore anatomico.....	575
33.3.3	Il fattore maschile	576
33.3.4	L'infertilità inspiegata.....	577
33.4	Inquadramento diagnostico.....	577
33.5	Terapia.....	578
33.5.1	Induzione dell'ovulazione	578
33.5.2	Inseminazione intrauterina (IUI)	579
33.5.3	Fecondazione <i>in vitro</i> (FIVET/ICSI)	580
33.5.4	Crioconservazione	582
33.5.5	Fertility preservation e Social freezing.....	582
33.5.6	PESA-TESE.....	583
33.5.7	PMA eterologa	583
33.5.8	Diagnosi preimpianto (<i>Preimplantation Genetic Testing</i> - PGT).....	584
	Test di verifica	585

Capitolo 34 L'interruzione volontaria di gravidanza e l'assistenza ostetrica all'aborto

34.1	La legislazione italiana.....	587
34.2	La prevenzione.....	589
34.3	Le procedure.....	590
34.3.1	L'aborto farmacologico	590
34.3.2	L'aborto chirurgico.....	592

34.3.3	L'aborto terapeutico	592
34.4	L'assistenza dopo l'aborto	593
34.5	La pianificazione familiare e la contraccezione post aborto volontario	594
	Test di verifica	596

Capitolo 35 Farmaci in gravidanza e allattamento

35.1	Prescrizioni farmaceutiche in gravidanza.....	599
35.2	Le dimensioni del rischio dell'assunzione di farmaci in allattamento	603
35.3	Controindicazioni assolute e relative, false controindicazioni.....	605
35.4	Uso dei farmaci, gestione dell'allattamento e farmacovigilanza.....	607
	Test di verifica	608

Parte Quarta

Ginecologia

Capitolo 36 Le malformazioni genitali: le anomalie mülleriane

36.1	Tipologie di malformazioni genitali	611
36.2	Le anomalie dei genitali esterni	612
36.3	Anomalie dell'utero.....	612
	Test di verifica	614

Capitolo 37 Le patologie ginecologiche benigne

37.1	Il fibroma uterino.....	615
37.1.1	Classificazione dei fibromi uterini.....	615
37.1.2	Sintomatologia	617
37.1.3	Diagnosi e terapia	617
37.2	Le cisti ovariche benigne.....	618
37.2.1	Diagnosi	619
37.2.2	Terapia	619
37.2.3	Le cisti funzionali	619
37.2.4	Le cisti organiche	619
37.2.5	Le cisti secernenti	620
37.3	L'endometriosi	620
37.3.1	Sintomatologia	621
37.3.2	Diagnosi	621
37.3.3	Terapia.....	621
37.4	Il polipo endometriale e cervicale.....	622
	Test di verifica	623

Capitolo 38 Le patologie della statica pelvica e l'incontinenza

38.1	Accenni alle patologie del pavimento pelvico	625
38.2	La prevenzione delle patologie del pavimento pelvico	626
38.3	La riabilitazione del pavimento pelvico	627
38.3.1	Incontinenza urinaria	627
38.3.2	Incontinenza anale non neurogena	628
38.3.3	Prolasso	628
38.3.4	Ritenzione urinaria	628
38.3.5	Ritenzione fecale	629
38.3.6	Disfunzioni sessuali femminili	630
38.4	Il pavimento pelvico in menopausa	630
	Test di verifica	632

Capitolo 39 Le infezioni ginecologiche

39.1	Le infezioni del basso tratto genitale (vulva, vagina, cervice uterina)	635
39.1.1	<i>Herpes</i> genitale	635
39.1.2	Sifilide	636
39.2	Le infezioni della cervice (cerviciti)	637
39.2.1	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> (NG)	637
39.2.2	<i>Chlamydia trachomatis</i> (CT)	637
39.3	Le infezioni vaginali	637
39.4	Malattia infiammatoria pelvica (<i>Pelvic Inflammatory Disease</i> – PID)	638
	Test di verifica	640

Capitolo 40 I tumori maligni ginecologici

40.1	Il carcinoma vulvare	641
40.2	Il carcinoma della cervice uterina	644
40.3	Il carcinoma dell'endometrio	646
40.4	Il sarcoma uterino	649
40.5	Carcinoma e tumori germinali dell'ovaio	650
40.5.1	Carcinogenesi del tumore epiteliale	650
40.5.2	Tumori dei cordoni sessuali e dello stroma e tumori germinali	651
40.6	Tecniche di screening per il carcinoma della cervice uterina	652
40.6.1	Il Pap test	653
	Test di verifica	656

Capitolo 41 Conduzione di colloqui con donne affette da patologie ginecologiche/oncologiche

41.1	La comunicazione	659
41.2	La comunicazione in oncologia	661
41.3	La formazione degli operatori alla "relazione"	663
41.3.1	Il codice deontologico	663
41.3.2	Competenze professionali ed etiche	663
41.3.3	Tipologia di materiale e fonti di informazione	665

41.3.4	Decodifica della domanda, personalizzazione del “pacchetto informativo” e utilizzo del materiale a disposizione.....	666
41.3.5	Capacità nel saper creare una relazione	667
Test di verifica		668

Capitolo 42 La patologia mammaria

42.1	La patologia mammaria benigna.....	671
42.1.1	Patologie che originano dal parenchima mammario.....	672
42.2	La patologia mammaria maligna.....	673
42.2.1	Il carcinoma mammario	673
42.3	La competenza dell'ostetrica/o e l'educazione alla prevenzione del tumore mammario	677
42.3.1	La prevenzione primaria.....	678
Test di verifica		680

Capitolo 43 L'assistenza ginecologica e ostetrica in sala operatoria

43.1	La preparazione fisica dell'operanda	683
43.2	La preparazione all'anestesia e all'intervento chirurgico	686
43.2.1	La sedazione e i suoi effetti.....	686
43.2.2	L'anestesia in gravidanza	688
43.2.3	L'anestesia generale.....	688
43.2.4	L'anestesia regionale	690
43.3	Il periodo intraoperatorio	692
43.3.1	La prevenzione delle infezioni in sala operatoria	693
43.3.2	La preparazione chirurgica della cute.....	694
43.4	Il periodo postoperatorio.....	695
43.4.1	L'assistenza nel periodo postoperatorio avanzato	700
43.4.2	I rischi postoperatori.....	701
43.4.3	La gestione del dolore.....	709
43.5	Chirurgia mini-invasiva e ambulatoriale.....	710
43.6	Chirurgia ginecologica nella donna anziana	712
Test di verifica		714

Capitolo 44 Il controllo della fertilità

44.1	La contraccezione	717
44.1.1	Quali informazioni fornire all'utenza	718
44.1.2	Gli strumenti per informare	718
44.2	Metodi contraccettivi reversibili	719
44.2.1	I contraccettivi ormonali	719
44.2.2	Metodi barriera	723
44.2.3	Dispositivi o sistemi intrauterini	727
44.2.4	Contraccezione d'emergenza	729
44.3	Metodi contraccettivi irreversibili	730

44.3.1 Sterilizzazione tubarica.....	730
44.3.2 Sterilizzazione maschile.....	732
44.4 Counselling per la contraccezione dopo il parto.....	733
44.5 Counselling sulla ciclicità della fecondità femminile.....	734
Test di verifica	739
Autori	741

Capitolo 1

La professione ostetrica nella storia

1.1 Dalle origini al XVI secolo

La figura dell'ostetrica è fra le più antiche della storia. Allo stato delle attuali conoscenze, non è però possibile datare quando la donna ha cominciato a fruire di un'assistenza al parto. In via ipotetica si può ritenere che cominciò in un momento del Neolitico (8000-3000 a.C.), come conseguenza della formazione delle prime collettività organizzate e con il manifestarsi dei primi atti di solidarietà umana.

Le prime fonti documentali attestanti la pratica ostetrica sono costituite dai **papiri egiziani** di Kahun (2000 a.C.) e di Ebers (1553-1550 a.C.). Sempre in Egitto è nota a Sais, fra il 700 e il 600 a.C., una scuola “professionalizzante” nella quale era possibile perfezionarsi come levatrici sotto la guida di “maestre specializzate”.

A queste testimonianze si aggiungono le notizie sulle **levatrici presso il popolo ebraico** riportate nella Bibbia. L'ostetrica era conosciuta con il nome *majelledeth* e, oltre ad assistere i parti, esplicava la funzione di pubblico ufficiale, in quanto era chiamata a dare il nome al neonato in caso di morte della madre e ad individuare il primogenito in caso di parto gemellare. Nel libro dell'Esodo, vengono citate nominalmente due levatrici ebraee: Sifra e Pua (1400 a.C.).

Le **levatrici greche** erano chiamate *maiai* e, oltre che del parto, si occupavano di sterilità e altre “malattie femminili”. La categoria doveva vantare notevoli riconoscimenti in quanto le levatrici vengono citate da illustri medici e filosofi come Ippocrate (460-370 a.C.), Socrate (469-399 a.C.) e Platone (428-348 a.C.). Socrate stesso era figlio di una levatrice, Fenarete, e ne descrive le caratteristiche: sensibilità particolare e profonda conoscenza della natura umana.

Continuando a seguire le tracce lasciate dai documenti scritti, giungiamo alle **obstetriche romane**, che si occupavano delle donne non solo durante la gestazione, il parto e il puerperio, ma venivano consultate per ogni tipo di malattia femminile. Sotto il principato di Augusto (27 a.C.-14 d.C.) erano organizzate in una corporazione, la *obstetricum nobilitas*, e si occupavano di formazione professionale: sappiamo, infatti, che avevano delle assistenti denominate *adstettrices*. Nel I secolo d.C., il ginecologo Muschione, medico dell'imperatrice Agrippina, scrisse un manuale per le ostetriche, che ci ha permesso di conoscere come si nasceva nell'antica Roma in una casa patrizia.

Alla caduta dell'impero romano d'Occidente seguì un periodo di stagnazione per tutta la scienza sanitaria; tuttavia le levatrici conservarono il loro ruolo, fondando il loro sapere sull'empirismo e l'esperienza. Ciò pressappoco fino al periodo a cavallo fra il IX e il X secolo, quando si affermò la **Scuola medica salernitana**, per quasi un millennio fra le più prestigiose istituzioni europee nel campo della medicina. Figura di spicco di questa scuola, nel XII secolo, è Trotula, ostetrica e ginecologa, alla quale è riconosciuta

l'eccezionalità di mettere per iscritto il proprio insegnamento, rendendolo tramandabile: la raccolta *De mulieribus passionibus in ante e post partum* è un trattato contenente interessanti osservazioni ginecologiche e ostetriche, come i consigli a proposito delle alterazioni mestruali e delle tecniche di protezione del perineo durante il parto. Trotula fu la prima a descrivere la sutura del perineo e a trovare rimedi alle febbri puerperali.

La storia medioevale ci ricorda che, sempre nel XII secolo, erano attive in Francia le *ventrières*, donne che ricoprivano mansioni medico-legali. Nello stesso periodo sorsero, per volere della Corona francese, strutture assistenziali per persone indigenti – in seguito divenute famose sotto la comune denominazione «Hotel Dieu» – presso le quali era garantita anche l'assistenza al parto. I reparti di maternità erano retti ciascuno da una religiosa chiamata *Dame des accouchées*, che aveva ai suoi ordini alcune levatrici, coordinate da una maestra che curava anche la formazione delle *apprentisseuses* (il tirocinio durava tre mesi).

Per tutto il Medioevo le levatrici continuarono a praticare l'assistenza ostetrica secondo criteri principalmente empirici, supportate da una conoscenza scientifica limitata, imperfetta e priva di regolamentazione.

Si deve attendere il XVI secolo per ritrovare il nome di un'ostetrica destinata a diventare nota: **Louise Bourgeois**, detta anche “Madame Boursier” (1563), levatrice della migliore aristocrazia parigina. Autrice di trattati basati sullo studio scientifico dei casi e delle celebri *Istruzioni a mia figlia che vuole diventare levatrice*, può essere considerata la pioniera dell'ostetricia come scienza razionale e ragionata.

In effetti, l'esigenza di una regolamentazione della professione, e dell'istituzione di insegnamenti professionali per levatrici, cominciò a manifestarsi in **Francia** intorno alla metà del Cinquecento. Nel 1560 fu emanato uno statuto della professione in base al quale, per poter esercitare, occorreva aver frequentato un corso di “anatomia femminile” e aver superato un esame a cui presenziavano anche due levatrici diplomate. Superato l'esame, l'ostetrica prestava solenne giuramento di rispettare le norme dello statuto e di adempiere ai doveri professionali.

Altri Stati europei si adeguarono all'esempio francese. In **Germania**, la prima normativa sulla professione ostetrica risale al 1555 e consiste in un regolamento per le levatrici retribuite dallo Stato con l'incarico di assistere le donne povere. Successivamente, nel 1573 a Francoforte, fu stabilito che fosse un medico a consegnare il diploma di ostetrica alle aspiranti, dopo un esame strutturato con domande prestabilite.

In **Italia**, seppur soltanto nel 1595, fu stampata *La Comare o Ricoglitrice*, opera di Scipione Mercurio. Pubblicata a Milano, costituì il primo trattato di ostetricia in lingua italiana, articolato in tre libri che descrivono il parto normale, i parti distocici e le complicazioni del *post partum*, non mancando ammonimenti per le ostetriche in merito alla loro condotta morale.

1.2 Dal XVII secolo all'età contemporanea

Nel Seicento il turbine della **rivoluzione scientifica** investì l'intera Europa. Cambiò il modo di porsi davanti ai fenomeni naturali e con il metodo sperimentale, introdotto da Galileo Galilei, furono gettate le fondamenta della scienza moderna, che affermò progressivamente la propria autonomia in ogni campo dello scibile, incluso quello della medicina, emancipandosi dalla filosofia e dalla teologia.

Capitolo 5

Storia, evoluzione e organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale

5.1 L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale

5.1.1 I precedenti normativi

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è il risultato di cambiamenti evolutivi occorsi nella società italiana dalla seconda guerra mondiale ai tempi odierni. In questo periodo si è passati dal concetto di carità e assistenza al concetto di diritto alle cure.

Nel 1978, in applicazione dei principi di tutela sanciti dalla Costituzione (art. 32), la L. 833 ha istituito il **Servizio Sanitario Nazionale**, definito come complesso di funzioni, servizi e attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione alcuna. A livello organizzativo ne sono articolazioni le **Unità Sanitarie Locali** (USL), le cui prestazioni abbracciano le categorie della prevenzione, della cura e della riabilitazione.

Si rende così effettivo il diritto alla salute e si stabilisce che l'attuazione della legge sia di pertinenza dello Stato e delle Regioni, più che degli ambiti territoriali.

La riforma introdotta con la L. 833/1978 sancisce anche l'abolizione delle condotte ostetriche e il divieto alla libera professione per le ostetriche inquadrare nel ruolo sanitario quali dipendenti di servizio pubblico. Con queste abolizioni/limitazioni, inizia un processo di involuzione per l'ambito professionale dell'ostetrica, che si trova definita nello scritto dei testi e nell'azione d'équipe; una "professione ausiliaria" inquadrata in un modello "ospedalecentrico e tecnocratico" delle cure.

La riforma sanitaria del 1978 viene raggiunta dopo un lungo e travagliato dibattito politico e giuridico, che ha impegnato il Governo, il Parlamento e le forze sociali più rappresentative.

La legge, in effetti, era stata preceduta da una serie di provvedimenti legislativi, che possono essere considerati significativi di un percorso per i processi assistenziali, con particolare attenzione alla professione ostetrica e del suo ambito di competenza e responsabilità:

- la **L. 5849/1888** (*Legge della Riforma Sanitaria*), voluta dal governo Crispi, che con un emendamento aveva subordinato l'esercizio della professione di levatrice (nonché di medico-chirurgo, veterinario, farmacista, dentista e flebotomo) al raggiungimento della maggiore età e al possesso di un titolo di laurea o diploma, conseguito presso un'università o scuola del Regno;
- l'**istituzione nel 1906 delle condotte ostetriche**, mediante il *Regolamento dell'assistenza sanitaria*;

- il **R.D. 1364/1940**, contenente il *Regolamento per l'esercizio professionale delle ostetriche*, che aveva riconosciuto la totale autonomia dell'ostetrica nell'assistenza al travaglio e al parto fisiologico, nonché al bambino dal parto fino allo svezzamento;
- la **L. 132/1968**, il primo provvedimento legislativo di rilievo nel secondo dopoguerra, in materia di *assistenza ospedaliera* (ed *enti ospedalieri*), che aveva demandato allo Stato la tutela della salute, in quanto considerata un bene comune e di interesse generale, secondo quanto sancito dalla Costituzione. La legge riconosceva agli enti ospedalieri pubblici una soggettività giuridica, disciplinava l'organizzazione strutturale degli ospedali, la loro distinzione in categorie e la loro funzione nell'ambito della programmazione nazionale e regionale, nonché il finanziamento della spesa ospedaliera;
- il **D.P.R. 163/1975** (integrato successivamente con il D.M. 15 giugno 1981), che aveva abrogato e sostituito il Regolamento del 1940. Con particolare riguardo alla figura dell'ostetrica, se ne ribadiva la competenza professionale in merito alla fisiologia del percorso nascita e si riconosceva all'ostetrica la professionalità per assumere tutti i compiti previsti dal D.P.R. 225/1974 (Mansionario infermieristico) e la preparazione per illustrare i metodi contraccettivi, come per esempio il diaframma. Successivamente questa normativa sarebbe stata integrata e riveduta con la L. 42/1999, grazie alla quale la professione ostetrica avrebbe perduto la tradizionale connotazione di professione ausiliaria per assurgere a professione dotata di propria dignità deontologica (la normativa del 1999 abrogherà peraltro il D.P.R. 225/1974, con la sola esclusione del titolo V, relativo all'esercizio degli "infermieri generici");
- la **L. 386/1974**, che aveva istituito un Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera e trasferito alle Regioni i compiti assistenziali (la legge estingueva i debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, scioglieva i consigli di amministrazione degli stessi enti e avviava il commissariamento dell'intero sistema);
- il **D.P.R. 616/1977** che, in attuazione della L. 382/1975, aveva completato il trasferimento alle Regioni delle materie indicate nell'art. 117 della Costituzione. Venivano precisate le attribuzioni specifiche riconducibili al concetto di assistenza sanitaria e ospedaliera. Si individuavano le residue competenze statali, le attribuzioni dei Comuni e delle Province;
- la **L. 180/1978**, che codificava il principio in base al quale la salute mentale doveva realizzarsi privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali, in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e segregazione, pur nella specificità delle misure terapeutiche. Si favoriva il recupero e il reinserimento sociale dei soggetti affetti da disturbi psichici e si vietava la costruzione di nuovi ospedali psichiatrici.

Questi provvedimenti delineano un contesto di principi, quali la territorializzazione e la gestione integrata dei servizi sanitari e sociali, l'associazionismo intercomunale per la gestione in ambiti territoriali sovracomunali, che troveranno sviluppo nella L. 833/1978.

Ne sono derivati la globalità degli interventi in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, l'uguaglianza dei cittadini di fronte al Servizio Sanitario, l'unitarietà di interventi fra istituzioni pubbliche e private che svolgono attività comunque incidenti sullo stato di salute dei cittadini, il coinvolgimento dei cittadini nell'attuazione del Servizio a garanzia di un controllo non istituzionale sull'efficienza ed efficacia del Servizio ai vari livelli di intervento.

Capitolo 12

Il basso rischio nel percorso nascita e la presa in carico da parte dell'ostetrica/o

12.1 L'identificazione delle gravidanze a basso rischio

L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica l'ostetrica/o come il professionista sanitario deputato all'assistenza della gravidanza con decorso fisiologico.

Coerentemente a questa indicazione, la direttiva 2005/36/CE, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali (come modificata dalla direttiva 2013/55/CE), recepita in Italia con il D.Lgs. 206/2007 (si veda Capitolo 2, par. 2.2) autorizza l'ostetrica/o ad *“accertare la gravidanza ed in seguito a sorvegliare la gravidanza diagnosticata come normale, effettuare gli esami necessari al controllo dell'evoluzione della gravidanza normale, prescrivere gli esami necessari per la diagnosi quanto più precoce della gravidanza a rischio”*.

Nel nostro Paese, il percorso della gravidanza a basso rischio prevede la valutazione di tutte le gravidanze, la loro classificazione in base al rischio da parte dello specialista ginecologo e la gestione di quelle a basso rischio da parte di personale ostetrico.

Il percorso delineato persegue anche l'obiettivo di favorire lo sviluppo delle risorse umane previsto dal Piano Socio-Sanitario Regionale, quale condizione necessaria per avviare strategie di cambiamento dei modelli organizzativo-assistenziali nei diversi contesti.

I criteri per l'identificazione delle donne con gravidanza a basso rischio da indirizzare al nuovo modello di assistenza prenatale devono includere uno schema semplice, da utilizzare facilmente per identificare quelle donne che, per le loro condizioni sanitarie e/o per il rischio di sviluppare complicanze, necessitano di cure specifiche e devono essere inviate a un livello di cura superiore. Lo **schema proposto dal WHO** prevede 18 domande a risposta binaria (sì/no), come riportato nella Tabella 12.1.

Tabella 12.1 Schema proposto dal WHO per l'identificazione delle donne con gravidanza a basso rischio

Rispondere sì o no a tutte le seguenti domande

Una o più risposte sì ad una qualsiasi delle precedenti domande comporta l'esclusione della donna dal programma di assistenza alla gravidanza fisiologica

Anamnesi ostetrica

- 1) precedente morte endouterina fetale o neonatale
- 2) storia di tre o più aborti spontanei
- 3) precedente figlio con peso alla nascita < 2.500 g
- 4) precedente figlio con peso alla nascita > 4.500 g
- 5) ipertensione o preeclampsia/eclampsia nella precedente gravidanza
- 6) pregressa chirurgia dell'apparato riproduttivo (miomectomia, resezione di setto uterino, conizzazione, cerchiaggio cervicale)

Gravidanza attuale

- 7) gravidanza multipla
- 8) età materna < 16 anni
- 9) età materna > 40 anni
- 10) isoimmunizzazione Rh nell'attuale o precedente/i gravidanza/e
- 11) perdite ematiche vaginali
- 12) presenza di massa pelvica
- 13) pressione diastolica uguale o maggiore a 90 mmHg

Anamnesi generale

- 14) diabete mellito insulino-dipendente
- 15) patologia renale
- 16) patologia cardiaca
- 17) abuso di sostanze (incluso alcol)
- 18) altre patologie (specificare)

Le donne con fattori di rischio legati a complicazioni *intrapartum* pregresse (es. taglio cesareo), ma che per il resto hanno avuto gravidanze normali, possono essere incluse nel modello di assistenza alla gravidanza fisiologica, selezionando il luogo del parto, che deve essere intraospedaliero.

12.2 I controlli in gravidanza

Le competenze per offrire assistenza alla gravidanza fisiologica sono riconosciute a professionisti diversi: le ostetriche, i medici di medicina generale e i medici specializzati in ostetricia.

Studi di valutazione comparativa dell'efficacia dell'assistenza fornita da professionisti diversi e dei modelli assistenziali che ne derivano, tuttavia, sono stati condotti quasi esclusivamente nel Regno Unito e ne riflettono il contesto culturale e organizzativo. Benché l'organizzazione dei servizi e le consuetudini sedimentate della popolazione italiana non siano corrispondenti a quelli del Regno Unito, in entrambi i Paesi la formazione universitaria è finalizzata al comune obiettivo di differenziare le competenze per l'assistenza alle condizioni fisiologiche e per l'assistenza alla condizione di rischio in gravidanza e puerperio.

Indipendentemente dal contesto, le prove dimostrano da un lato l'efficacia pratica dei processi di identificazione del rischio, di selezione e di assistenza alle gravidanze fisiologiche, condotti dalle ostetriche, e dall'altro l'efficacia dei programmi di integrazione delle diverse competenze.

L'offerta dell'assistenza alla donna durante la gravidanza, il parto e il puerperio si basa su una varietà di schemi assistenziali che includono: l'assistenza offerta in esclusiva dal medico specializzato in ostetricia o dal medico di famiglia (*medical-led model*), l'assistenza ostetrica o di un gruppo di ostetriche (*midwifery-led model*), integrata quando necessario dal ricorso al medico specialista, e l'assistenza condivisa da diverse figure professionali (*shared-led model*).

I modelli sono applicati con variazioni che dipendono dalla struttura organizzativa del Servizio Sanitario Nazionale e riguardano le condizioni di rischio delle donne, il contesto di cura (ospedale, consultorio, centro nascita) e le modalità di consultazione con altre figure professionali (ginecologi e medici di famiglia).

Capitolo 15

Il travaglio e il parto

15.1 Definizione di parto

Si definisce **parto** l'espulsione spontanea o l'estrazione strumentale del feto e degli annessi fetali dall'utero materno.

Il parto può distinguersi in eutocico o fisiologico se si espleta senza ausilio di interventi per via vaginale; oppure in distocico o patologico se si espleta con complicanze che richiedano l'intervento di operatori. Il parto con distocia può espletarsi sia per via vaginale-operativa (ventosa ostetrica o forcipe) che per via laparotomica (taglio cesareo).

A seconda dell'epoca gestazionale si possono trovare ulteriori definizioni di parto:

- > abortivo: prima del 180° giorno (25 settimane + 5 giorni), anche se clinicamente si preferisce parlare di parto abortivo prima della 22^a settimana;
- > parto pretermine o prematuro: prima dell'inizio della 37^a settimana;
- > a termine: tra l'inizio della 37^a e la fine della 41^a settimana (40 + 6 giorni);
- > post-termine o oltre-termine: dall'inizio della 41^a settimana di gestazione.

Inoltre l'evento parto viene detto:

- > gemellare o plurimo: se il numero dei feti è superiore a uno;
- > indotto: qualora si verifichino significativi rischi nel continuare la gravidanza e si rende necessaria l'induzione della nascita. Ad esempio nella gravidanza post-termine, nella pratica clinica, se le contrazioni non cominciano spontaneamente, l'induzione del parto può essere proposta già a partire da 41 settimane + 1 giorno.

Poiché il parto è un fenomeno complesso, per studiarlo si analizzano le diverse componenti che lo costituiscono:

- > tre fattori;
- > tre stadi o fasi o periodi, che si susseguono nel tempo;
- > tre ordini di fenomeni (dinamici, meccanici e plastici).

È da tenere presente che ogni componente è a sua volta complessa perché comprende una molteplicità di elementi o di aspetti, definiti con linguaggio proprio.

15.2 I tre fattori del parto

Per fattori del parto si intendono:

1. il feto o corpo mobile;
2. la forza (le contrazioni uterine e le forze ausiliarie materne);
3. il canale del parto (bacino osseo e strutture molli).

15.2.1 Il feto o corpo mobile

Il corpo fetale (corpo mobile) a termine di gravidanza ha una lunghezza all'incirca di 50 cm mentre la cavità uterina in senso cranio-caudale, a tale epoca, misura 32 cm. Necessariamente il feto, per essere contenuto nell'utero, assume un **"atteggiamento"** di totale flessione della testa sul torace, delle cosce sull'addome, delle gambe sulle cosce e di incurvamento del tronco sul piano ventrale.

Il feto assume poi delle relazioni con l'utero, che prendono il nome di **fenomeni estrinseci** del corpo mobile. I **rapporti estrinseci** fetali si suddividono in situazione, presentazione e posizione.

Si intende per **situazione** il rapporto che l'asse cranio-caudale (maggior asse) del feto ha con l'asse longitudinale dell'utero materno.

La situazione può essere (Figura 15.1):

- > **longitudinale**, quando il maggior asse del feto (asse testa-podice) coincide con il diametro maggiore della cavità uterina, quello longitudinale;
- > **trasversale o trasversa**, quando il maggior asse del feto si confronta con il diametro trasverso dell'utero;
- > **obliqua**, quando i due assi restano obliqui tra loro. La situazione obliqua è da considerarsi transitoria, in quanto con l'inizio del travaglio di parto il feto si orienterà in modo longitudinale o (rarissimamente) trasverso. A termine di gravidanza più frequentemente il feto si trova in situazione longitudinale con la testa rivolta in basso.

Per "atteggiamento fetale" si intendono i **rapporti intrinseci** che le diverse parti del corpo fetale hanno tra loro.

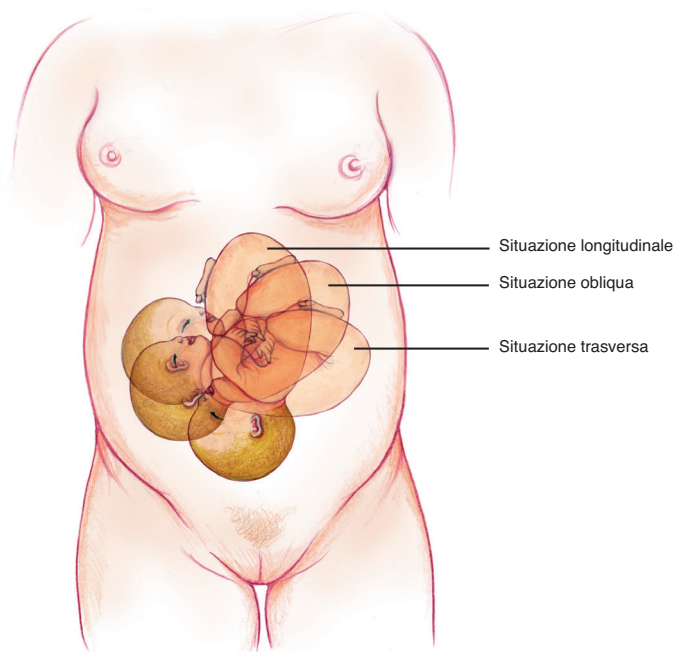


Figura 15.1 Situazioni longitudinale, obliqua e trasversa

Capitolo 19

Il team di sala parto e le relative competenze

19.1 L'Unità Operativa di Ostetricia: le linee di indirizzo, le professionalità e le risorse

Nelle *Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo*, facenti parte di un accordo del 16 dicembre 2010 fra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano, i Comuni e le Comunità montane (Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 13 del 18 gennaio 2011), si esplicita – come “Standard per la riorganizzazione delle Unità Operative di Ostetricia e delle Unità Operative di Pediatria/Neonatologia e Terapia intensiva neonatale” – che nelle **Unità Operative di Ostetricia di I livello** (500/1.000 parti/anno) si preveda:

- la presenza di risorse umane adeguate, sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale (tenendo anche conto del volume di attività ginecologica);
- la garanzia di assistenza ostetrica e ginecologica 24 ore su 24;
- l'assicurazione di supporto di pronta disponibilità integrativa notturna e festiva di personale ostetrico-ginecologico;
- la garanzia di un numero adeguato di ostetriche per turno (fino a 1.000 parti/anno almeno 2 ostetriche per turno);
- la garanzia di spazi dedicati per l'accettazione ostetrica 24 ore su 24;
- la disponibilità di assistenza anestesiológica 24 ore su 24 all'interno della struttura ospedaliera;
- la garanzia di assistenza pediatrica/neonatologica 24 ore su 24;
- la disponibilità di 15/20 posti letto ogni 1.000 parti/anno per l'assistenza/degenza ostetrica;
- la presenza di 2 sale travaglio-parto (secondo il riferimento LG ISPESEL, devono esserci 3 sale travaglio-parto se il numero dei parti >1.000/anno e 4 oltre i 2.000 parti/anno);
- la presenza di una sala operatoria sempre pronta e disponibile 24 ore su 24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio-parto (riferimento LG ISPESEL);
- la presenza di area dedicata alla gestione del travaglio-parto fisiologico/naturale;
- la garanzia di terapia sub-intensiva alla gravida e alla puerpera;
- la garanzia di integrazione funzionale con il trasporto in emergenza materno (STAM) del territorio di competenza (integrandosi con il servizio urgenza/emergenza territoriale);

- > la garanzia di poter eseguire esami di laboratorio e indagini di diagnostica per immagini e disponibilità di emotrasfusioni 24 ore su 24.

Si sancisce, inoltre, che nelle **Unità Operative Ostetricia di II livello** (> 1.000 parti/anno) si preveda:

- > la garanzia di assistenza ostetrica e ginecologica 24 ore su 24;
- > l'assicurazione di supporto di pronta disponibilità integrativa notturna e festiva ed eventuale pronta disponibilità pomeridiana;
- > la garanzia di un numero adeguato di ostetriche per turno. Si raccomandano almeno 3 ostetriche per turno fino a 1.500 parti/anno; 4 fino a 2.000 parti/anno e 5 oltre i 2.000 parti/anno, con incremento di 1 ostetrica/o ogni 750 parti in più;
- > la garanzia di identificazione di un responsabile dedicato all'area ostetrica per la continuità e la qualità assistenziale;
- > 2 due unità mediche 24 ore su 24 al di sopra dei 2.000 parti/anno;

Si può dedurre che un team di sala parto ospedaliero, con parti che possono oscillare fra 500 e 1.000 all'anno, comprenda necessariamente diverse figure professionali (il numero può variare a seconda del numero dei parti/anno):

- > ostetriche;
- > medici con specialità in ostetricia/ginecologia, anestesia/rianimazione e di terapia intensiva e del dolore, pediatra/neonatologia.

Variazioni nel team possono essere registrate in relazione alle condizioni dei neonati. Si indicano nell'accordo specifiche condizioni. Così, per esempio, se il centro registra la nascita di 50 o più neonati con peso alla nascita <1.500 g, devono essere previste "figure professionali coinvolte nel processo assistenziale specificatamente dedicate"; se l'Unità Operativa di Ostetricia registra un numero >1.000 parti/anno, si rende necessaria l'identificazione di "un responsabile dedicato all'area ostetrica per la continuità e la qualità assistenziale", figura che possiamo interpretare come l'**ostetrica/o coordinatore**. Sarà inoltre indispensabile prevedere, a sostegno delle attività necessarie menzionate nell'accordo, l'esercizio di personale di supporto e pertanto di **operatori socio-sanitari e/o ausiliari**.

Nel 2012, il Ministero della Salute, attraverso l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), ha pubblicato un documento dal titolo *Gli standard per la valutazione dei punti nascita*.

Il documento nasce da un progetto che ha visto impegnati un gruppo di professionisti rappresentanti le diverse società scientifiche che operano all'interno dei punti nascita in Italia, coordinati dal neonatologo R. Zanini, rappresentante della Società Italiana di Neonatologia (SIN). La pubblicazione, strutturata secondo i criteri di *Joint Commission International*, in base alla cultura scientifica multidisciplinare e alle evidenze scientifiche sul tema, consta di 84 standard e 362 elementi misurabili, con lo scopo di garantire prestazioni sicure nei punti nascita.

Il principio di fondo è che la cultura e l'esperienza specifica dei singoli professionisti, pur indispensabili, non bastano a ridurre le probabilità di errore nell'ambito del processo di assistenza al travaglio/parto/nascita. Per questa ragione è indispensabile progettare **meccanismi di coordinamento fra le diverse professionalità** coinvolte e utilizzare **procedure note e condivise da tutti i professionisti**, al fine di poter disporre di

il MANUALE dei concorsi per Ostetrica

Frutto dell'esperienza più che trentennale degli autori nell'ambito della didattica accademica e clinica, il volume costituisce un utile e completo strumento di preparazione per quanti intendano partecipare a un concorso pubblico per la figura professionale di ostetrica/o.

Il testo, interamente a colori, è suddiviso in cinque aree tematiche che affrontano le **competenze in ambito ostetrico, ginecologico e neonatologico**.

L'**introduzione** e la **prima parte** ripercorrono le tappe storiche e legislative che regolano la professione dell'ostetrica/o, gli aspetti essenziali dell'organizzazione del sistema sanitario, del rapporto di lavoro e della responsabilità dell'ostetrica/o, ivi compresa la valutazione del rischio professionale e l'individuazione delle misure di protezione.

La **seconda parte** tratta le basi di anatomia e fisiologia della donna.

La **terza parte** illustra le norme e i documenti di indirizzo del percorso nascita e aspetti clinici quali la diagnostica prenatale, l'assistenza alla gravidanza, al parto, al puerperio, al neonato e alla lattazione fisiologici.

La **quarta parte** presenta le patologie ginecologiche accennando ai quadri malformativi, infettivi, degenerativi e oncologici (anche mammari), con particolare attenzione alla competenza dell'ostetrica/o nella comunicazione con la donna, finalizzata alla prevenzione, aderenza alla cura e riabilitazione.

Il manuale si conclude con un capitolo sulla procreazione responsabile e il controllo della fertilità, a partire dal peculiare sguardo dell'ostetrica/o alla ciclicità femminile e all'affascinante mondo della potenza riproduttiva.

Ciascun capitolo è corredato da **quesiti a risposta multipla** che consentono una verifica immediata delle conoscenze acquisite.



Estensioni on-line - Il volume è arricchito da contenuti aggiuntivi e materiali di interesse accessibili dalla propria area riservata previa registrazione al sito. L'accesso al materiale è garantito per 12 mesi dall'attivazione del servizio.

Per info e aggiornamenti iscriviti a infoconcorsi.edises.it

e seguici su facebook.com/infoconcorsi

Per approfondimenti visita blog.edises.it

