

18

MAGGIO
2023

IL PARTOGRAMMA E LA COMPETENZA NARRATIVA

DALLA PRATICA DI CURA ALLA CURA DELLA NASCITA INDICAZIONI PER LA BUONA PRATICA CLINICA

REALIZZATO DALLA FONDAZIONE CONFALONIERI RAGONESE
SU MANDATO SIGO, AOGOI, AGUI

DICHIARAZIONE



Con il patrocinio
della Società Italiana
Medicina Narrativa



DIRETTIVO FONDAZIONE

PRESIDENTE	Antonio Ragusa		
VICE PRESIDENTE	Claudio Crescini		
CONSIGLIERI	Fabio Parazzini	Herbert Valensise	
	Emilio Stola	Debora Balestreri	
SEGRETARI	Paola Veronese	Antonio Belpiede	



DIRETTIVO AOGOI

PRESIDENTE	Antonio Chiàntera		
PAST PRESIDENT	Elsa Viora		
VICE PRESIDENTI	Sergio Schettini	Gianfranco Jorizzo	
SEGRETARIO NAZIONALE	Carlo Maria Stigliano		
VICE SEGRETARIO	Giampaolo Mainini		
TESORIERE	Maurizio Silvestri		
CONSIGLIERI	Franco Marincolo	Maria Giovanna Salerno	Eleonora Coccolone
PRESIDENTE UFFICIO LEGALE	Fabio Parazzini		
MEMBRI COOPTATI	Sabina Di Biase	Riccardo Morgera	Pasquale Pirillo



DIRETTIVO SIGO

PRESIDENTE	Nicola Colacurci		
PAST PRESIDENT	Antonio Chiàntera		
PRESIDENTE ELETTO	Vito Trojano		
VICE PRESIDENTE	Valeria Dubini		
TESORIERE	Maria Giovanna Salerno		
SEGRETARIO	Irene Cetin		
CONSIGLIERI	Giuseppe Canzone	Luigi Nappi	Gianfranco Quintarelli
	Giancarlo Stellin		
COLLEGIO DEI PROBIVIRI	Chiara Benedetto	Maria Rita Corina	Carmelina Ermio
	Roberto Jura		
REVISORI DEI CONTI	Karin Louise Andersson	Paolo Cristoforoni	Franco Marincolo



DIRETTIVO AGUI

PRESIDENTE	Giovanni Scambia		
PAST PRESIDENT	Nicola Colacurci		
PRESIDENTE ELETTO	Rossella Nappi		
CONSIGLIERI	Antonella Cromi	Pasquale De Franciscis	
	Lorenza Driul	Paolo Mannella	
RAPPRESENTANTE DEGLI SPECIALIZZANDI	Fabrizio Zullo		



PREFAZIONE

La **Fondazione Confalonieri Ragonese**, sebbene costituita da relativamente poco tempo (il 28 maggio del 1997) vanta al suo attivo la stesura di numerose Linee Guida, Raccomandazioni e Protocolli, dapprima redatti in piena autonomia e, successivamente, sotto l'egida delle tre principali e più rappresentative società scientifiche della Ginecologia Italiana: SIGO, AOGOI e AGUI.

L'obiettivo della Fondazione è quello di proseguire e approfondire questa attività, così preziosa per i ginecologi italiani. Continueremo nell'opera di redigere: "dichiarazioni, opinioni, Linee Guida e documenti, che esprimono la posizione delle nostre società scientifiche su argomenti di attualità in campo medico – scientifico, orientati a fornire un'indicazione per il presente, ma anche un orientamento per le procedure future. Cercheremo di conciliare la personalizzazione della Cura, con l'aiuto che possono darci le linee comuni di indirizzo. Il rispetto delle Linee Guida potrebbe essere visto come un modo indiretto per limitare la libertà di decisione del medico quando cerca di personalizzare la cura. La 'Cura' infatti è in definitiva una prestazione squisitamente personale e non standardizzabile, come la responsabilità penale, essa si estrinseca dentro un rapporto esclusivo e non appiattibile dentro parametri definiti, se non a grandi linee. E queste "grandi linee" dovrebbero essere appunto le Linee Guida, le Raccomandazioni e le buone pratiche, redatte e certificate dalla Fondazione.

L'auspicio è quello di lavorare insieme per migliorare il già elevato standard di lavoro della Ginecologia italiana.

In accordo con la terminologia adottata dalla comunità scientifica internazionale, la produzione documentale della Fondazione sarà costituita da:

1. **Raccomandazioni:** elaborazioni di informazioni scientifiche, per assistere medici e pazienti, nelle decisioni che riguardano le modalità di assistenza appropriate in specifiche condizioni cliniche.
2. **Dichiarazioni:** indicazioni per la buona pratica clinica su temi che verranno sollevati dalle Società Scientifiche e che dovranno tenere conto di una loro immediata applicabilità ai contesti lavorativi. Esprimono il consenso dei partecipanti al gruppo di studio intorno ad una posizione comune.
3. **Opinioni:** documenti che esprimono la posizione di SIGO-AOGOI-AGUI su argomenti di attualità in campo scientifico, orientati a fornire un'indicazione per il presente ma anche un orientamento per le procedure future.
4. **Linee Guida:** risultato di un lavoro collettivo di esame su specifiche condizioni cliniche, allo scopo di fornire al professionista Raccomandazioni sul processo decisionale. Esse, per definizione, non sono vincolanti, devono piuttosto, attraverso la revisione sistematica della letteratura, fornire un supporto a scelte che comunque tengano conto delle necessità della paziente, delle risorse disponibili e degli elementi di contesto locale che ne possono condizionare l'applicazione.

Il Presidente
Antonio Ragusa

GRUPPO DI LAVORO

COORDINATORE

Antonio Ragusa Roma

FACILITATORE

Paolo Gastaldi Roma

ESTENSORI

Pietro Alimondi Palermo

Marilena Avagliano Salerno

Rita Breschi Firenze

Elisa Bruschi Massa

Andrea Capuano Verbania

Anna Paola Caruso Cosenza

Fiammetta Ciavurro Bergamo

Damiana Crobu Cagliari

Sara D'Avino Roma

Enrico Finale Verbania

Carmela Frattasio Napoli

Maria Grazia Frigo Roma

Simona Fumagalli Monza

Antonella Marchi Siena

Alessandra Meloni Cagliari

Claudio Meloni Firenze

Antonella Nespoli Monza

Marco Orlando Nuoro

Martina Peracchini Firenze

Stefania Polvani Arezzo

Gaia Scandella Monza

Marzia Serafini Monza

Cristina Todde Roma

Caterina Tronci Cagliari

Maria Vicario Napoli

INDICE

1. La curva cervicometrica e il partogramma	5
1.1 La curva cervicometrica	5
1.2 Il partogramma	5
2. L'evoluzione del partogramma	12
2.1 La Guida OMS 2020 per la cura in travaglio di parto	12
2.2 Confronto della Guida OMS 2020 con i modelli storici di partogramma	13
2.3 Confronto della Guida OMS 2020 con un campione di partogrammi italiani	17
3. La letteratura recente sul partogramma	24
3.1 Introduzione	24
3.2 Discussione	24
4. Partogramma e analgesia farmacologica	32
4.1 Tecniche di analgesia	32
4.2 Momento ideale per l'analgesia perimidollare in travaglio	32
4.3 Impatto dell'analgesia perimidollare sulla dinamica del travaglio	33
5. Letteratura recente sulla medicina narrativa e la nascita	36
5.1 Introduzione	36
5.2 Materiali e metodi	36
5.3 Discussione	37
5.4 Conclusioni	38
6. Dalla pratica di cura alla cura della nascita	41
6.1 Premessa	41
6.2 La nascita della medicina narrativa	41
6.3 Definizione di medicina narrativa	42
6.4 La pratica di cura: attenzione, rappresentazione e connessione	43
6.5 La competenza narrativa	44
6.6 La cura della nascita attraverso la competenza narrativa	47
7. Indicazioni per la buona pratica clinica	51
Appendice A - La curva cervicometrica e il partogramma (versione integrale)	52
Appendice B - Confronto della Guida OMS 2020 con un campione di partogrammi italiani	82
Appendice C - Modello di Nota del parto	84
Appendice D - Modello di Linea del tempo del travaglio di parto	85
Appendice E - Guida OMS 2020 per la cura in travaglio di parto in italiano	86
Appendice F - Manuale della Guida OMS 2020 per la cura in travaglio di parto in italiano	87

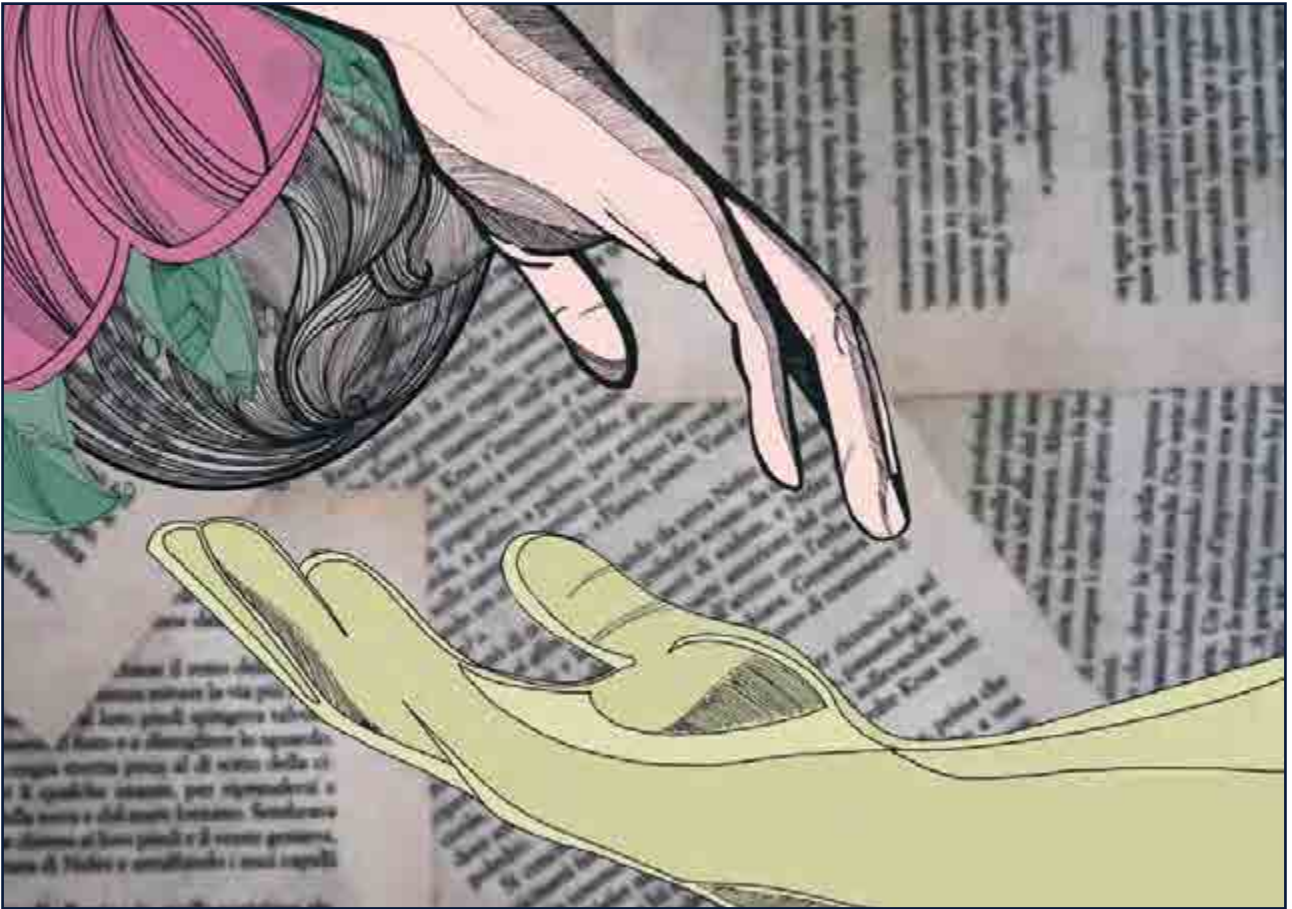


Illustrazione di Fiammetta Ciavurro

Un ringraziamento speciale per Stefania Polvani e per la Società Italiana di Medicina Narrativa di cui Stefania è Presidente.

Un ringraziamento speciale a Paolo Trenta per il suo contributo personale nel Capitolo 6.

1. LA CURVA CERVICOMETRICA E IL PARTOGRAMMA

(in appendice una versione estesa del capitolo)

1.1 La curva cervicometrica

Il padre nobile del partogramma è Emanuel Friedman. Tuttavia, Philpott e Castle hanno realizzato il primo modello grafico¹⁻³.

La curva cervicometrica di Friedman è stata per tanti anni la base degli studi sul travaglio⁴⁻⁷.

La curva era sigmoidea. Allo stesso tempo Friedman divise il travaglio in periodo prodromico, dilatante ed espulsivo. Il periodo dilatante comprendeva una fase latente, una fase di accelerazione, una di massima accelerazione e di decelerazione (Figura 1).

Negli anni '70 Charles Hendricks osservò una curva senza decelerazione⁸.

Negli stessi anni due ricercatori in Zimbabwe, Philpott e Castle, aggiunsero alla curva cervicometrica due linee di riferimento: la linea di attenzione e la linea di azione^{2,3}. In quella realtà l'at-

tesa era spesso fatale per la madre e per il feto (Figura 2).

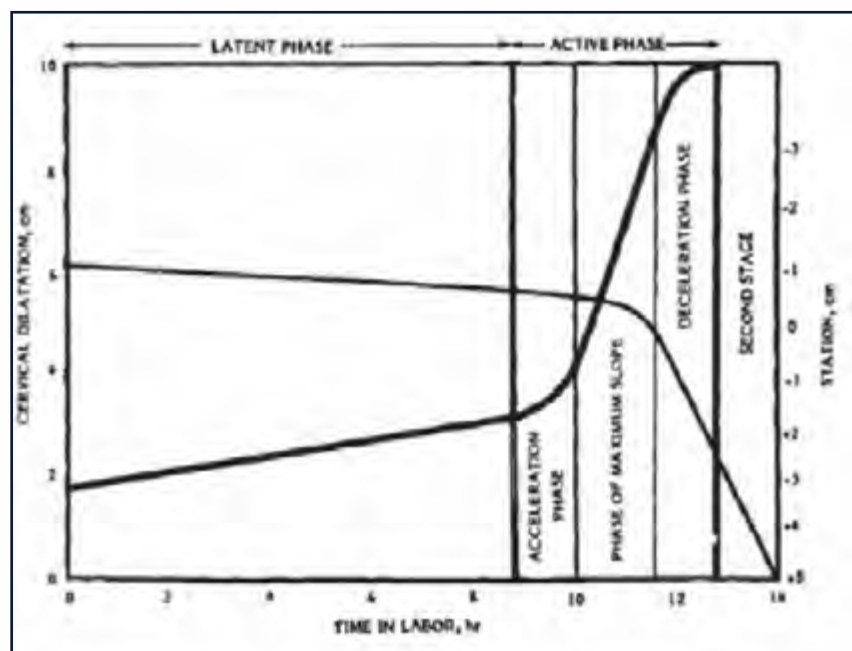
John Studd costruì i nomogrammi con cui confrontare la curva cervicometrica a partire dalla dilatazione iniziale (Figura 3)^{9,10}.

Nel 2002 Zhang mise definitivamente in crisi la curva cervicometrica di Friedman¹¹. Nel 2010 uno studio multicentrico dimostrò che la dilatazione cervicale non è lineare: procede a gradini (Figura 4)¹². Nacque il concetto del limite temporale per ogni centimetro di dilatazione cervicale, una concezione orizzontale del tempo, rispetto a quella verticale della tradizione. Una rivoluzione che arriva ai giorni nostri. Una parte della storia è ancora da scrivere.

1.2 Il partogramma

Philpott e Castle pubblicarono il primo partogram-

Figura 1. Curva cervicometrica di Friedman e curva di discesa⁵



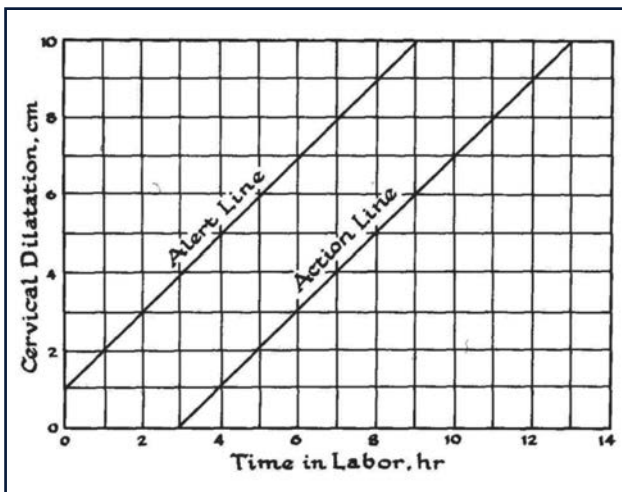


Figura 2. Linea di attenzione e di azione di Philpott e Castle²

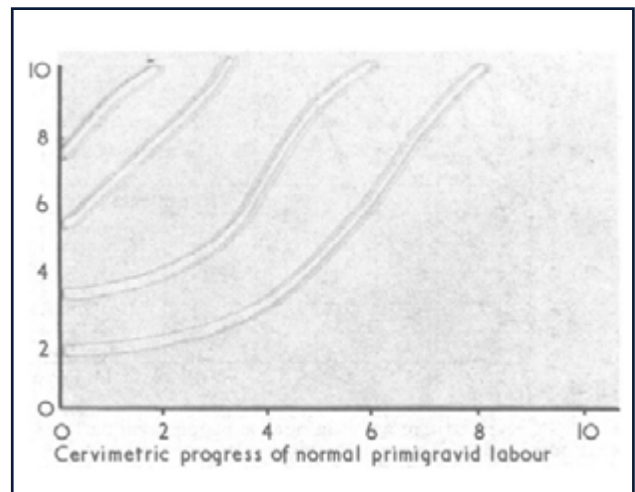


Figura 3. Nomogrammi della dilatazione cervicale di Studd¹⁰

ma a parametri multipli nel 1972. Il grafico della dilatazione conteneva la linea di attenzione e la linea di azione (**Figura 5**)¹.

Per la prima volta i parametri del travaglio di parto erano visibili su un modello grafico in modalità multiparametrica.

John Studd, dopo un periodo in Zimbabwe, importò nel Regno Unito il partogramma di Philpott

e Castle, con la modifica dei nomogrammi della dilatazione⁹.

Negli stessi anni, a Londra, anche Beazley e Kurjak costruirono un partogramma con una linea di riferimento della popolazione locale nullipara e una linea per le pluripare¹³.

Il partogramma di O'Driscoll conteneva un'unica linea di riferimento con una progressione, con-

Figura 4. Curve cervicometriche di Zhang¹²

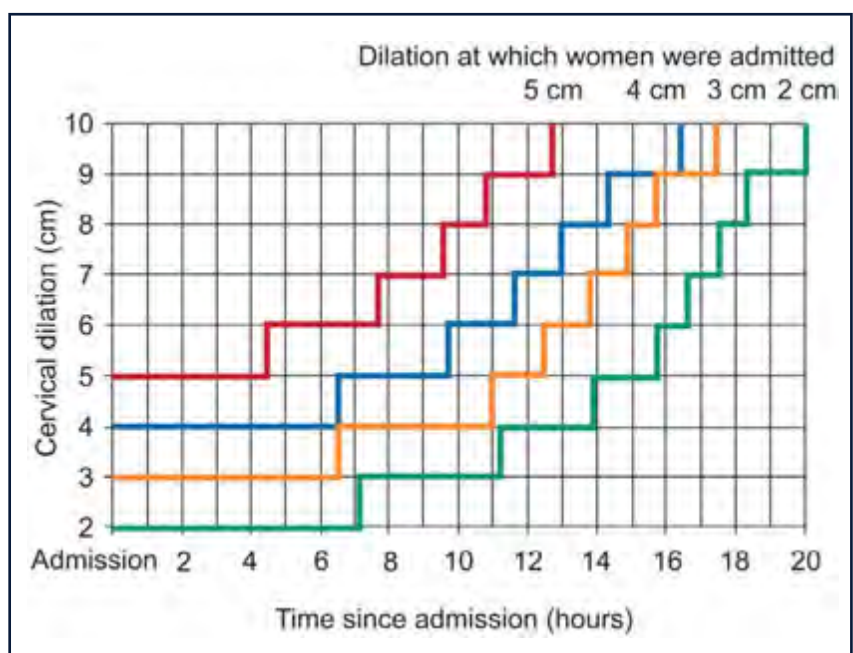
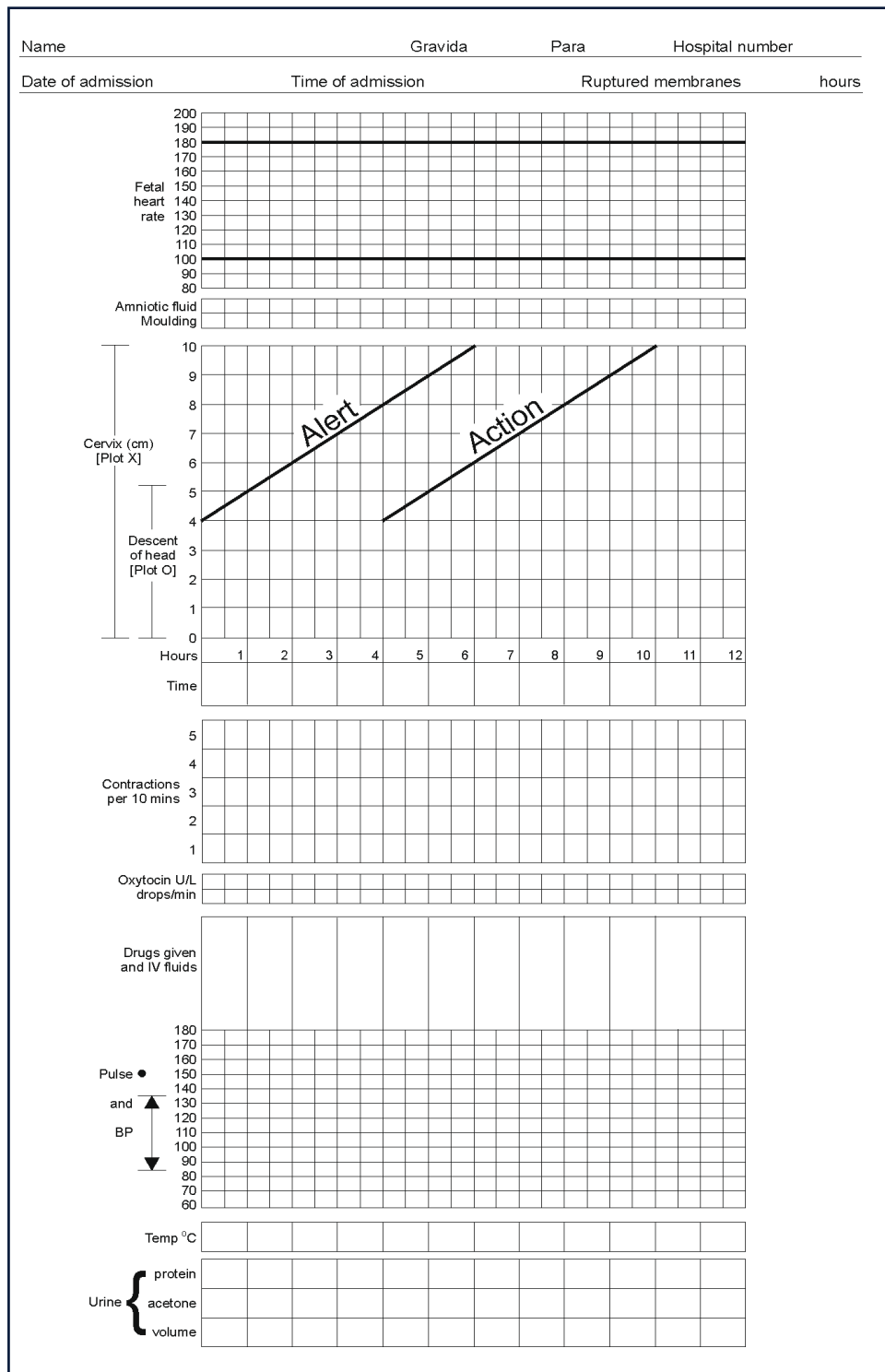


Figura 6. Partogramma OMS modificato¹⁶



e la linea di attenzione e di azione durante la fase attiva del travaglio. La fase attiva iniziava convenzionalmente a 3 cm di dilatazione¹⁵.

Nel 2000 Il partogramma Modificato OMS eliminò la fase latente. La fase attiva era fatta iniziare a 4 cm (**Figura 6**)¹⁶.

IL PARTOGRAMMA E LA COMPETENZA NARRATIVA

Figura 7. Linea di distocia di Neal²²

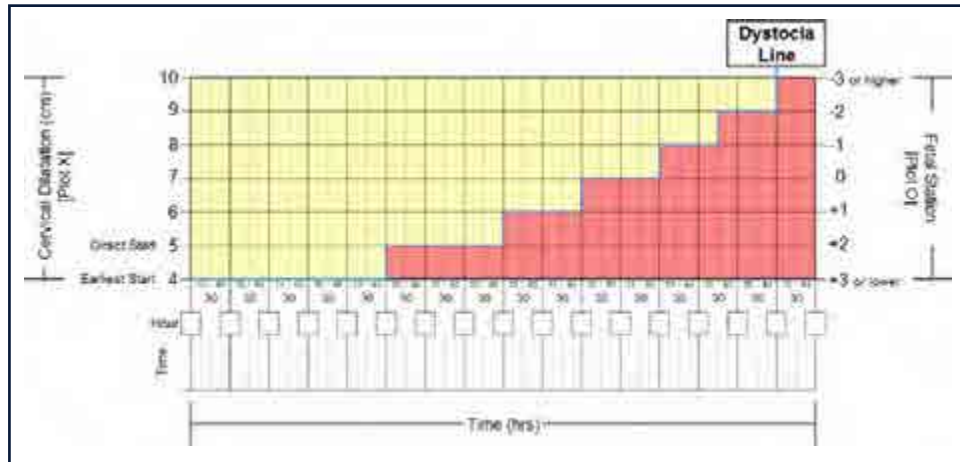


Figura 8. Guida OMS 2020²³

WHO LABOUR CARE GUIDE

Name: _____ Parity: _____ Labour onset: _____ Active labour diagnosis (Date): _____

Ruptured membranes (Date): _____ Time: _____ Risk factors: _____

		Time	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
		Hours	← ACTIVE FIRST STAGE →												← SECOND STAGE →		
SUPPORTIVE CARE	Companion	N															
	Pain relief	N															
	Oral fluid	N															
	Posture	SP															
BABY	Baseline FHR	<110, ≥160															
	FHR deceleration	L															
	Amniotic fluid	M+++; B															
	Fetal position	P, T															
	Caput	+++															
WOMAN	Moulding	+++															
	Pulse	<60, ≥120															
	Systolic BP	<80, ≥140															
	Diastolic BP	≥90															
	Temperature °C	<35.0, ≥37.5															
LABOUR PROGRESS	Urine	P++, A++															
	Contractions per 10 min	≥2, >5															
	Duration of contractions	<20, >60															
LABOUR PROGRESS	Cervix (Plot X)	10 9 ≥ 2h 8 ≥ 2.5h 7 ≥ 3h 6 ≥ 5h 5 ≥ 6h															
	Descent (Plot O)	5 4 3 2 1 0															
	Oxytocin (UI, drops/min)																
	Medicine																
	IV fluids																
SHARED DECISION-MAKING	ASSESSMENT																
	PLAN																
INITIALS																	

In active first stage, plot 'X' to record cervical dilatation. Alert triggered when lag time for current cervical dilatation is exceeded with no progress. In second stage, insert 'P' to indicate when pushing begins.

INSTRUCTIONS: CIRCLE ANY OBSERVATION MEETING THE CRITERIA IN THE 'ALERT' COLUMN, ALERT THE SENIOR MIDWIFE OR DOCTOR AND RECORD THE ASSESSMENT AND ACTION TAKEN. IF LABOUR EXTENDS BEYOND 12h, PLEASE CONTINUE ON A NEW LABOUR CARE GUIDE.
Abbreviations: Y – Yes, N – No, D – Declined, U – Unknown, SP – Supine, MO – Mobile, E – Early, L – Late, V – Variable, I – Intact, C – Clear, M – Meconium, B – Blood, A – Anterior, P – Posterior, T – Transverse, P+ – Probit, A+ – Acetone

Il Partogramma Rotondo, la Scala del Travaglio, il Partogramma senza Carta, il Sonopartogramma, sono ulteriori modelli di partogramma¹⁷⁻²⁰. Il Partogramma di Sizer descrisse il secondo stadio, altrimenti noto come periodo espulsivo²¹.

Nel 2012 Neal pubblicò un partogramma con una linea della distocia che si ispirava alla curva cervicometrica di Friedman (**Figura 7**)²².

Nel 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha proposto la Guida per seguire il travaglio di parto (**Figura 8**)²³. La Guida non contiene un grafico tradizionale della curva cervicometrica. Per ogni centimetro si considera un limite temporale corrispondente al 95° centile della popolazione in esame.

Per ogni parametro esiste una soglia di attenzione. Per la prima volta si esplicitano l'assistenza ostetrica alla donna e le decisioni condivise in sala parto.

Bibliografia

1. Philpott RH. Graphic records in labour. *Br Med J.* 1972 Oct 21;4(5833):163-5. doi: 10.1136/bmj.4.5833.163. PMID: 5078450; PMCID: PMC1786387.
2. Philpott RH, Castle WM. Cervicographs in the management of labour in primigravidae. I. The alert line for detecting abnormal labour. *J Obstet Gynaecol Br Commonw.* 1972 Jul;79(7):592-8. doi: 10.1111/j.1471-0528.1972.tb14207.x. PMID: 5043422.
3. Philpott RH, Castle WM. Cervicographs in the management of labour in primigravidae. II. The action line and treatment of abnormal labour. *J Obstet Gynaecol Br Commonw.* 1972 Jul;79(7):599-602. doi: 10.1111/j.1471-0528.1972.tb14208.x. PMID: 5043423.
4. Friedman EA. The graphic analysis of labour. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1954; 68: 1568-1575
5. Friedman EA. Labour: clinical evaluation and management. Second edition. New York: Appleton-Century Crofts, 1978
6. Friedman E.A. Primigravid labor: a graphicostatistical analysis. *Obstetrics and Gynecology* 1955; 6:567-589
7. Friedman E.A. Labor in multiparas : a graphicostatistical analysis. *Obstetrics and Gynecology* 1956; 8: 691-703
8. Hendricks CH, Brenner WE, Kraus G. Normal cervical dilatation pattern in late pregnancy and labor. *Am J Obstet Gynecol.* 1970 Apr 1;106(7):1065-82. doi: 10.1016/s0002-9378(16)34092-3. PMID: 5435658.
9. Studd J. Partograms and nomograms of cervical dilatation in management of primigravid labour. *Br Med J.* 1973 Nov 24;4(5890):451-5. doi: 10.1136/bmj.4.5890.451. PMID: 4758447; PMCID: PMC1587584.
10. Studd J, Clegg DR, Sanders RR, et al. Identification of high-risk labours by labour nomogram. *Br Med J.* 1975;2: 545-547
11. Zhang J, Troendle JF, Yancey MK. Reassessing the labor curve in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 Oct;187(4):824-8. doi: 10.1067/mob.2002.127142. PMID: 12388957.
12. Zhang J, Landy HJ, Ware Branch D, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, Hatjis CG, Ramirez MM, Bailit JL, Gonzalez-Quintero VH, Hibbard JU, Hoffman MK, Kominiarek M, Learman LA, Van Veldhuisen P, Troendle J, Reddy UM; Consortium on Safe Labor. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol.* 2010 Dec;116(6):1281-1287. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181fdef6e. PMID: 21099592; PMCID: PMC3660040
13. Beazley JM, Kurjak A. Influence of a partograph on the active management of labour. *Lancet.* 1972 Aug 19;2(7773):348-51. doi: 10.1016/s0140-6736(72)91735-7. PMID: 4114719.
14. O'Driscoll K, Stronge JM. Active management of labor. *Br Med J.* 1973 Sep 15;3(5880):590. doi: 10.1136/bmj.3.5880.590. PMID: 4726933; PMCID: PMC1586832.
15. World Health Organization maternal health and safe motherhood initiative. World Health Organization partograph in management of labour. *The Lancet* 343, 4 Giugno, 1399-1404, 1994.
16. World Health Organization. Managing Complications in Pregnancy and Child- birth. Geneva: World Health Organization; 2000.

17. Wacker J, Kyelem D, Bastert G, et al. Introduction of a simplified round partogram in rural maternity units: Seno province, Burkina Faso, West-Africa. *Trop Doct.* 1998;28:146–152
18. Shazly SA, Embaby LH, Ali SS. The labour scale--assessment of the validity of a novel labour chart: a pilot study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2014 Aug;54(4):322-6. doi: 10.1111/ajo.12209. Epub 2014 May 17. PMID: 24835694.
19. Devdas AK. ETD - A 20 second tool for absolute prevention of prolonged and obstructed labor in resource poor situations. *The New Indian Journal of OBGYN.* 2015; 2(1):24-26
20. Hassan WA, Eggebø T, Ferguson M, Gillett A, Studd J, Pasupathy D, Lees CC. The sonopartogram: a novel method for recording progress of labor by ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2014 Feb;43(2):189-94. doi: 10.1002/uog.13212. PMID: 24105734
21. Sizer AR, Evans J, Bailey SM, et al. A second stage partogram. *Obstet Gyne- col.* 2000;96:678–683
22. Neal JL, Lowe NK. Physiologic partograph to improve birth safety and outcomes among low-risk, nulliparous women with spontaneous labor onset. *Med Hypotheses.* 2012 Feb;78(2):319-26. doi: 10.1016/j.mehy.2011.11.012. Epub 2011 Dec 3. PMID: 22138426; PMCID: PMC3254242
23. WHO Labour Care Guide: User's Manual. Geneva: World Health Organization; 2020

2. L'EVOLUZIONE DEL PARTOGRAMMA

2.1 La Guida OMS 2020 per la cura in travaglio di parto

Nel febbraio 2018 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato una linea guida sull'assistenza ostetrica durante il travaglio e il parto¹. La guida e le raccomandazioni contenute si basano sul principio che, attraverso l'uso di pratiche efficaci per il travaglio e il parto e l'abbandono di pratiche inefficaci (e potenzialmente dannose) il personale sanitario può aiutare le donne a raggiungere i risultati fisici, emotivi e psicologici desiderati per loro stesse, i loro neonati e le loro famiglie. La Guida OMS per la Cura in Travaglio di parto del 2020 ha modificato il partogramma². La donna è posta al centro dell'assistenza ostetrica. Le scelte sono condivise con lei e con il personale ostetrico della sala parto. In appendice è presente il testo della Guida e il manuale di istruzione tradotto in italiano.

L'aspetto innovativo della Guida OMS 2020 è la proposta di un nuovo strumento di lavoro e non una mera revisione o un aggiornamento dei precedenti partogrammi. Il partogramma proposto dalla Guida OMS 2020 ha riservato uno spazio all'esperienza della donna che è direttamente correlata agli interventi clinico-assistenziali; questo spazio a tutt'oggi manca dai partogrammi in uso nei luoghi del parto.

Gli obiettivi della Guida OMS 2020 sono molteplici: offrire uno strumento di guida per la sorveglianza e la documentazione del benessere di madre e feto per tutta la durata del travaglio; guidare il personale ostetrico nell'offrire sostegno e supporto durante il travaglio così da assicurare una esperienza positiva della nascita per le donne; assistere il personale ostetrico nella identificazio-

ne tempestiva delle complicanze e del travaglio distocico attraverso le soglie di attenzione per ogni parametro della Guida; prevenire la diagnosi non motivata di distocia e le procedure non utili; incoraggiare le azioni di audit e il miglioramento della qualità dell'assistenza ostetrica.

2.1.1 Struttura della Guida OMS 2020

Sezione 1. Identificazione delle informazioni e delle caratteristiche del travaglio al momento del ricovero della donna: nome, parità, insorgenza travaglio, data diagnosi fase attiva, rottura delle membrane (data e ora), fattori di rischio.

Sezione 2. Assistenza ostetrica di supporto: criteri di allerta, persona di fiducia, trattamento del dolore, idratazione orale, postura.

Sezione 3. Assistenza ostetrica al feto: criteri di allerta, frequenza cardiaca fetale, decelerazioni, liquido amniotico, posizione fetale, caput, modellamento.

Sezione 4. Assistenza ostetrica alla donna: criteri di allerta, frequenza cardiaca, pressione arteriosa sistolica, pressione arteriosa diastolica, temperatura corporea, urine.

Sezione 5. Progressione del travaglio: criteri di allerta, numero di contrazioni in 10 minuti, durata delle contrazioni, cervice con limite orario per ogni centimetro di dilatazione, discesa della parte presentata.

Sezione 6. Terapia: ossitocina, farmaci, liquidi per via endovenosa.

Sezione 7. Decisione condivisa: giudizio clinico, pianificazione, firma.

Per assicurare la sistematica e coerente applicazione della Guida, il personale ostetrico è incoraggiato ad utilizzare un approccio consistente in 4 fasi così descritte:

Valuta: il benessere della donna, del suo bambino e l'evoluzione del travaglio
Registra: le osservazioni cliniche sulla Guida OMS
Controlla: le osservazioni con i valori soglia nella colonna "Attenzione"
Pianifica: gli interventi utili, coinvolgendo la donna e documentando la decisione finale

Ogni colonna corrisponde a un'ora. Quando la donna raggiunge la dilatazione completa, si trasferisce la registrazione al secondo stadio. Se la durata del travaglio supera 12 ore, si inizia un nuovo modulo. La colonna "Attenzione" contiene i valori soglia per le osservazioni in travaglio. Se le osservazioni non superano la soglia, l'evoluzione del travaglio e l'assistenza sono fisiologici e non è necessario un intervento medico.

2.2 Confronto della Guida OMS 2020 con i modelli storici di partogramma

I partogrammi pubblicati in letteratura presi in considerazione per il confronto con la Guida OMS 2020 sono: Philpott e Castle, Studd, Dublino, Beazley e Kurjak, OMS 1994, OMS 2000, OMS 2003, Partogramma rotondo, Neal, Sizer, Sonopartogramma³⁻¹³.

Il confronto per argomenti prevede: inizio del partogramma, inizio della fase attiva, fase latente, secondo stadio, curva cervicometrica, discesa della testa fetale, attività contrattile, parametri fetali, parametri materni, assistenza ostetrica, osservazione e prescrizione, note a testo libero.

Quando cominciare a compilare il partogramma non è ancora noto (**Tabella 1**). Dal 2000 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stabilito l'inizio

Tabella 1.

	Inizio del partogramma	Inizio della fase attiva	Fase latente	Secondo stadio
Guida OMS 2020	Fase attiva a 5 cm	5 cm	–	Si anche fase di transizione
Philpott e Castle	Ricovero in sala parto	–	–	–
Studd	Ricovero in sala parto	–	–	–
Dublino	Ricovero in sala parto in fase attiva	–	–	Si il grafico si completa con il parto
Beazley e Kurjak	Ricovero in sala parto	–	–	Si il grafico si completa con il parto
OMS 1994	Ricovero in sala parto fase latente, fase attiva da 3 cm	3 cm	Si	–
OMS 2000	Fase attiva da 4 cm	4 cm	–	–
OMS 2003	Fase attiva da 4 cm	4 cm	–	–
Rotondo	Ricovero in sala parto	–	–	–
Neal	Inizio precoce a 4 cm diretto a 5 cm	Precoce a 4 cm diretta a 5 cm	–	–
Sizer	Inizio stadio espulsivo	–	–	Si in modo esclusivo
Sonopartogramma	Ricovero in sala parto	–	–	–
Scala del travaglio	Ricovero in sala parto in fase latente, fase attiva a 4 cm	4 cm	Si	–

Tabella 2.

	Curva cervicometrica	Discesa della testa fetale	Attività contrattile
Guida OMS 2020	Da 5 a 10 cm, limite orario per ogni centimetro di dilatazione	Via addominale da 5/5 a 0/5	Numero di contrazioni uterine per 10 minuti e durata media
Philpott e Castle	Da 0 a 10 cm, linea di attenzione, 45°, linea di azione, 45°, 4 ore a destra	Via addominale da 5/5 a 0/5	Numero di contrazioni per 10 minuti e grafica dell'intensità
Studd	Da 0 a 10 cm, 4 nomogrammi da diverse dilatazioni iniziali	Via addominale da 5/5 a 0/5	Numero di contrazioni per 10 minuti e grafica dell'intensità
Dublino	Da 0 a 10 cm, 45°	–	Attività contrattile in risposta all'ossitocina
Beazley e Kurjak	Da 2 a 10 cm, inclinazione diversa in base alla parità	–	–
OMS 1994	Da 0 a 10 cm, fase attiva da 3 cm, linea di attenzione, 45°, linea di azione, 45°, 4 ore a destra	Via addominale da 5/5 a 0/5	Numero di contrazioni per 10 minuti e grafica dell'intensità
OMS 2000	Da 0 a 10 cm, fase attiva da 4 cm, linea di attenzione, 45°, linea di azione, 45°, 4 ore a destra	Via addominale da 5/5 a 0/5	Numero di contrazioni per 10 minuti e grafica dell'intensità
OMS 2003	Da 4 a 10 cm, fase attiva da 4 cm, linea di attenzione, 45°, linea di azione, 45°, 4 ore a destra	–	Numero di contrazioni per 10 minuti
Rotondo	Da 1 a 10 cm, linea di attenzione e linea di azione con un quadrante sovrapposto	–	Intensità della contrazione uterina
Neal	Da 4 cm, da 5 cm inizio diretto, linea della distocia a gradini	–	–
Sizer	–	Punteggio da 0 a 2 con riferimento alle spine ischiatiche	–
Sonopartogramma	Da 0 a 10 cm	Distanza testa-perineo da 10 a 0	Numero di contrazioni per 10 minuti
Scala del travaglio	Da 1 a 10 cm, fase attiva da 4 cm, nessun grafico	Secondo stadio da -2 a +2	Numero di contrazioni per 10 minuti

della fase attiva del travaglio da una dilatazione definita. Emanuel Friedman considerava il momento in cui la donna percepiva le contrazioni.

L'OMS ha progressivamente modificato le indicazioni relative all'inizio della compilazione del partogramma spostando l'inizio della fase attiva da 3 a 5 cm. Il criterio è valido anche nel partogramma di Neal a 5cm, a 4cm nella Scala del travaglio. La fase latente è presente nel partogramma OMS 1994 con una durata massima di 8 ore. Il partogramma OMS 2000 inizia direttamente con la fase

attiva. La Scala del travaglio comprende la fase latente del travaglio.

La Guida OMS 2020 comprende il secondo stadio con la fase di transizione, fino al momento in cui la donna avverte il senso di premito. I partogrammi di Dublino e di Beazley e Kurjak si estendono fino al parto.

La Guida OMS 2020 supera il concetto di curva cervicometrica, introducendo un limite orario per ogni centimetro di dilatazione della bocca uterina, a partire da 5 cm (**Tabella 2**). Il partogramma

di Neal prevede una linea della distocia a gradini. Philpott e Castle hanno introdotto la linea di attenzione a 45° e la linea di azione a 4 ore di distanza. I partogrammi dell'OMS del 1994, 2000 e 2003 hanno le linee di riferimento dall'inizio della fase attiva. Il partogramma di O'Driscoll ha una linea di attenzione simile alle precedenti. Studd, Beazley e Kurjak hanno costruito curve di riferimento personalizzate. La Scala del travaglio procede a tappe seguendo la linea guida del NICE britannico.

Non tutti i partogrammi descrivono la discesa della testa fetale. La valutazione per via addominale è la preferita da Philpott e Castle e dai partogrammi OMS 1994, 2000 e 2020. Il sonopartogramma introduce la *distanza ecografica testa-perineo*.

La rilevazione del numero delle contrazioni uterine è presente in molti partogrammi. La Guida OMS non prevede la rilevazione dell'intensità della contrazione.

Le prove scientifiche che hanno modificato la curva cervicometrica nella Guida OMS 2020 sono rilevanti.

La fase attiva del travaglio si manifesta con regolari contrazioni uterine dolorose, l'appianamento significativo della cervice uterina e un'accelerazione della dilatazione cervicale da 5 cm fino a dilatazione completa¹⁵⁻¹⁷.

La fase attiva del travaglio generalmente non dura oltre 12 ore nelle donne nullipare e non oltre 10 ore nelle multipare¹⁶.

La soglia della dilatazione cervicale di 1 cm/ora nelle donne con un travaglio spontaneo, corrispondente alla linea di attenzione, è inaccurata per identificare le donne a rischio di esiti avversi del parto¹⁸.

La progressione di un travaglio di parto normale di un minimo di 1 cm/ora non è realistica. Una progressione più lenta non è una indicazione per un intervento ostetrico¹⁷. Il potenziamento del travaglio

prima di 5 cm, con ossitocina o con il ricorso al taglio cesareo non è raccomandato se la condizione materna e fetale è rassicurante¹⁷.

La frequenza cardiaca fetale e il liquido amniotico sono spesso presenti nei modelli di partogramma (**Tabella 3**). La Guida OMS 2020 prevede anche le decelerazioni, la posizione fetale, il tumore da parto, l'accavallamento delle ossa craniche.

Le variabili materne frequenti nel partogramma sono la pressione arteriosa, il polso, la temperatura e le urine.

La Guida OMS 2020 è una rivoluzione rispetto al passato (**Tabella 4**). L'assistenza ostetrica di supporto, il sollievo del dolore, l'idratazione e la postura qualificano la buona assistenza ostetrica in sala parto. I relativi studi di qualità sono definiti di basso grado.

La presenza di una persona di fiducia della donna in travaglio ha favorito il parto spontaneo, ha ridotto la durata del travaglio e il ricorso all'analgesia, ha aumentato la soddisfazione della donna per l'esperienza del travaglio, ha ridotto un basso punteggio di Apgar alla nascita¹⁹.

Il sollievo del dolore con tecniche di rilassamento, lo yoga, la musica, la audio-analgesia, la mindfulness, aumenta la soddisfazione della donna, riduce il taglio cesareo, riduce il basso punteggio di Apgar alla nascita²⁰.

Il massaggio riduce il ricorso ai farmaci, aumenta la soddisfazione della donna, riduce il taglio cesareo e il potenziamento ossitocico, il basso punteggio di Apgar alla nascita²¹.

La restrizione di liquidi chiari e del cibo durante il travaglio di parto non ha effetti benefici sugli esiti del travaglio^{22,23}.

La mobilità e la posizione in piedi riducono la durata del periodo dilatante e il ricorso al taglio cesareo^{22,24}.

La posizione in piedi senza analgesia epidurale riduce la durata del secondo stadio, riduce il parto

Tabella 3.

	Parametri fetali	Parametri materni
Guida OMS 2020	Frequenza cardiaca fetale, decelerazioni, liquido amniotico, posizione fetale, tumore da parto, accavallamento delle ossa craniche	Pressione arteriosa, polso, temperatura, urine (volume, proteine, chetoni)
Philpott e Castle	Battito cardiaco fetale in base a cinque categorie, liquido amniotico, accavallamento delle ossa craniche	Pressione arteriosa, polso, temperatura, urine (volume, proteine, chetoni)
Studd	Frequenza cardiaca fetale, liquido amniotico accavallamento delle ossa craniche	Pressione arteriosa, polso, temperatura, urine (volume, proteine, chetoni)
Dublino	Frequenza cardiaca fetale, liquido amniotico	Pressione arteriosa, polso, temperatura
Beazley e Kurjak	—	—
OMS 1994	Frequenza cardiaca fetale, liquido amniotico, accavallamento delle ossa craniche	Pressione arteriosa, polso, temperatura, urine (volume, proteine, chetoni)
OMS 2000	Frequenza cardiaca fetale, liquido amniotico, accavallamento delle ossa craniche	Pressione arteriosa, polso, temperatura, urine (volume, proteine, chetoni)
OMS 2003	Frequenza cardiaca fetale, liquido amniotico	Pressione arteriosa, polso, temperatura, urine (volume)
Rotondo	Battito cardiaco fetale	Pressione arteriosa, polso
Neal	—	—
Sizer	—	—
Sonopartogramma	Frequenza cardiaca fetale, tumore da parto, accavallamento delle ossa craniche, posizione della testa fetale	—
Scala del travaglio	Frequenza cardiaca fetale, liquido amniotico	Pressione arteriosa, temperatura, urine (volume, proteine, chetoni)

Tabella 4.

	Supporto	Decisioni condivise	Note a testo libero
Guida OMS 2020	Presenza di persona di fiducia, sollievo del dolore, idratazione, postura, farmaci, liquidi, ossitocina,	Giudizio clinico, pianificazione	Possibili note con limite di spazio
Philpott e Castle	Farmaci, liquidi, ossitocina	—	Note cliniche a testo libero in un modulo a parte
Studd	Farmaci, liquidi, ossitocina	—	Note cliniche a testo libero in un modulo a parte
Dublino	Ossitocina, analgesia	—	Note cliniche sul modulo principale
Beazley e Kurjak	—	—	—
OMS 1994	Farmaci, liquidi, ossitocina	—	—
OMS 2000	Farmaci, liquidi, ossitocina	—	—
OMS 2003	Ossitocina	—	Note cliniche sul modulo principale
Rotondo	—	—	—
Neal	—	—	—
Sizer	—	—	—
Sonopartogramma	Ossitocina	—	—
Scala del travaglio	Farmaci, liquidi, ossitocina	—	—

operativo, riduce il cesareo, riduce l'episiotomia, sebbene aumentino le lacerazioni di secondo grado e una perdita ematica maggiore di 500 ml²⁵.

L'attesa del desiderio di spingere durante il secondo stadio riduce il parto operativo, riduce il taglio cesareo, un basso punteggio di Apgar alla nascita^{26,27}.

La Guida OMS 2020 prevede le decisioni condivise con la donna. Le note cliniche a testo libero del partogramma sono presenti nel partogramma di Philpott e Castle, di Studd e di Dublino. In alcuni casi, come nella Guida OMS 2020 lo spazio per le note è limitato. Spesso sono assenti.

2.3 Confronto della Guida OMS 2020 con un campione di partogrammi italiani

A livello nazionale sono differenti i modelli di partogramma adottati nei punti nascita per la sorveglianza della progressione del travaglio di parto e del benessere materno-fetale. A seguito dell'exkursus storico condotto nel capitolo precedente e, alla luce delle nuove indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Salute rispetto all'introduzione della Labour Care Guide, si è deciso di condurre un'indagine esplorativa per descrivere l'impiego dei diversi partogrammi nel contesto nazionale. La descrizione degli strumenti utilizzati nei punti nascita italiani è stata condotta attraverso un'analisi comparativa con le sezioni della Guida OMS 2020. Per l'analisi sono stati presi in considerazione esclusivamente i moduli "partogramma" indipendentemente dai protocolli adottati nei punti nascita per la gestione del travaglio di parto.

Sono stati considerati 43 partogrammi in uso presso 41 punti nascita italiani, di cui 15 di I livello e 26 di II livello. Due dei punti nascita considerati utilizzano partogrammi distinti per basso e medio/alto rischio. Il campionamento di convenienza ha

garantito la rappresentatività nazionale, andando ad includere almeno un punto nascita di ognuna delle 20 regioni. Considerando il totale di 419 punti nascita presenti sul territorio nazionale (CEDAP, 2020) i punti nascita inclusi rappresentano il 10% del totale.

Per l'analisi comparativa dei partogrammi italiani sono state considerate le 7 sezioni della Guida OMS 2020 per un totale di 20 parametri vedi 2.13.

La rappresentazione del tempo su cui si sviluppano le diverse sezioni è espressa dalla Guida OMS 2020 sia in termini di orario (ora: min) sia come intervallo di tempo (ore progressive).

Il tempo è rappresentato in tutti i 43 partogrammi. Questa duplice modalità di rappresentare il tempo è presente in 13 (30.2%) dei partogrammi considerati, 29 (67.5%) partogrammi esprimono il tempo solo in termini di orario, 1 (2.3%) dei partogrammi considerati riporta solo l'intervallo di tempo trascorso.

Il secondo stadio è presente come parametro descrittivo della progressione del travaglio in 29 partogrammi (67.4%): di cui 17 riportano solo la durata del II stadio, 5 solo l'ora di inizio del II stadio, 7 riportano entrambi i parametri e un partogramma riporta, oltre alla durata, la postura materna al parto. I restanti 14 (32.6%) partogrammi non presentano una sezione dedicata al II stadio.

La colonna riportante i criteri di allerta introdotta dalla Guida OMS 2020 non è presente in nessuno dei partogrammi preso in considerazione.

Sezione 1 - Identificazione delle informazioni e delle caratteristiche del travaglio al momento dell'ammissione

Tutti i partogrammi in analisi riportano almeno uno dei parametri inclusi nella sezione dedicata alle caratteristiche della donna e del travaglio all'ammissione. Il grafico riporta la percentuale dei partogrammi che include ognuno dei parametri presenti all'interno di questa sezione (**Figura 1**)

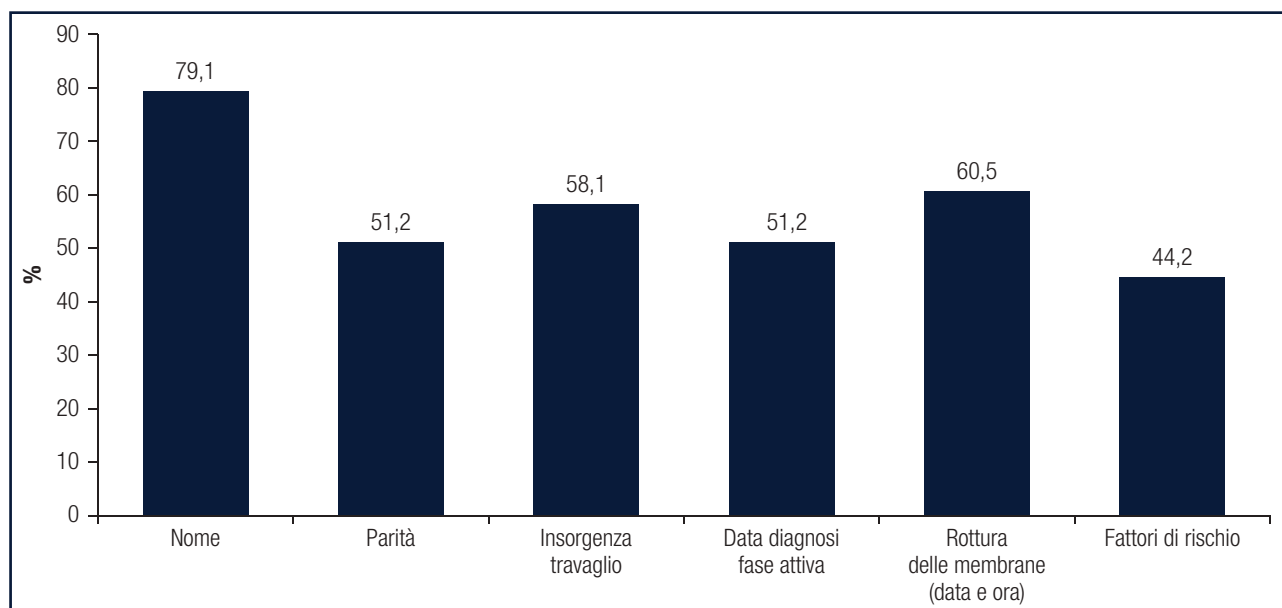


Figura 1. Confronto della Sezione 1 della Guida OMS 2020 con un campione di partogrammi italiani.

Sezione 2 - Assistenza ostetrica di supporto

Dei 43 partogrammi in analisi, 24 riportano almeno uno dei parametri inclusi nella sezione dedicata alle caratteristiche della donna e del travaglio all'ammissione.

La presenza della persona di fiducia scelta dalla donna è riportata in 2 (4.7%), le procedure per il

trattamento del dolore sono presenti in 18 (41.9%); 9 (20.9%) partogrammi riportano l'idratazione orale e in 22 (51.2%) sono descritte le posture assunte dalla donna.

Il grafico riporta la percentuale dei partogrammi che include ognuno dei parametri presenti all'interno di questa sezione (**Figura 2**)

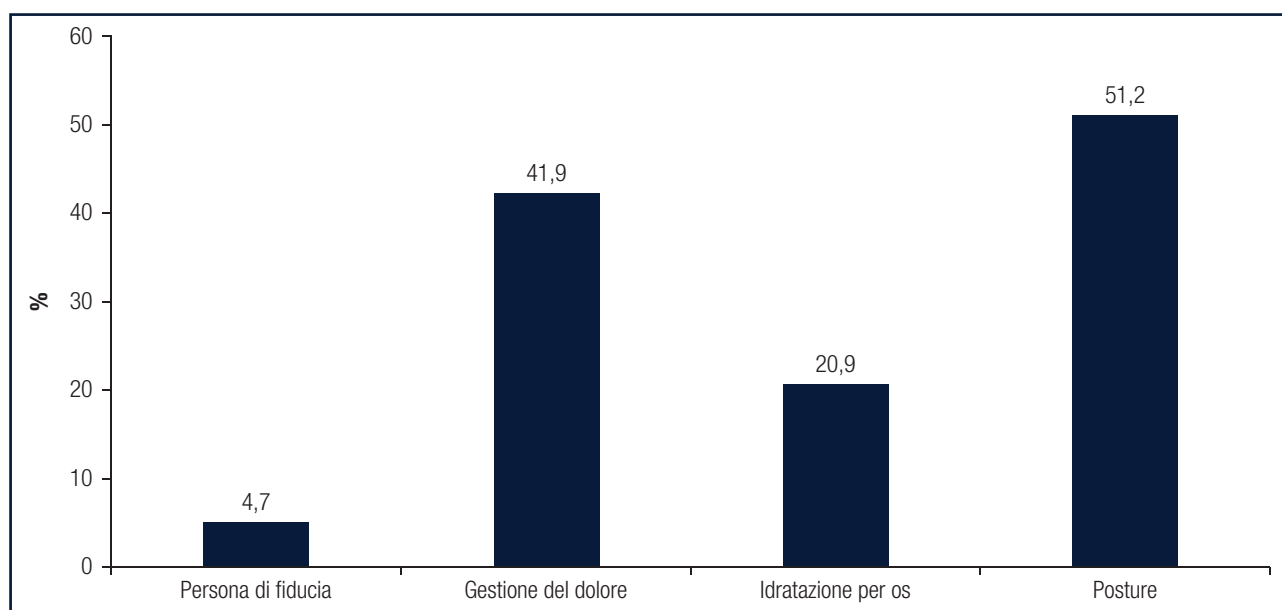


Figura 2. Confronto della Sezione 2 della Guida OMS 2020 con un campione di partogrammi italiani.

Sezione 3 - Assistenza ostetrica al feto

Tutti i partogrammi considerati riportano almeno uno dei parametri inclusi nella sezione dedicata all'assistenza ostetrica al feto.

Rispetto alla sorveglianza del benessere fetale 38 (88.4%) partogrammi riportano la frequenza cardiaca fetale, 1 (2.3%) prevede solo la registrazione della cardiotocografia. La registrazione dalla presenza di decelerazioni è presente in 3 (7%) mentre la valutazione del liquido amniotico è prevista in 42 (97.7%) partogrammi.

Rispetto ai fenomeni plastici a carico del feto nessuno dei partogrammi considerati riporta la presenza di caput o accavallamento, mentre 21 (48.8%) prevedono la descrizione della posizione fetale.

Il grafico riporta la percentuale dei partogrammi che include ognuno dei parametri presenti all'interno di questa sezione (**Figura 3**).

Sezione 4 - Assistenza ostetrica alla donna

Dei 42 partogrammi in analisi, 31 (72.1%) riportano almeno uno dei parametri inclusi nella sezione dedicata all'assistenza ostetrica alla donna.

Rispetto alla sorveglianza del benessere materno tra i parametri vitali considerati, la pressione arteriosa sistolica e diastolica è riportata in 30 (69.8%) partogrammi, la temperatura corporea in 25 (58.2%), mentre la frequenza cardiaca in 26 (60.5%). La valutazione delle urine e della minzione è presente in 21 (48.8%) partogrammi.

Il grafico riporta la percentuale dei partogrammi che include ognuno dei parametri presenti all'interno di questa sezione (**Figura 4**).

Sezione 5 - Progressione del travaglio di parto

Attività contrattile

Per quanto riguarda la sorveglianza della progressione del travaglio rispetto all'attività contrattile, tutti i partogrammi in analisi ne prevedono la valutazione (**Figura 5**).

I parametri inclusi sono:

- Frequenza: 33 partogrammi prevedono la rilevazione della frequenza (numero di contrazioni in un intervallo definito). Di questi, 12 conside-

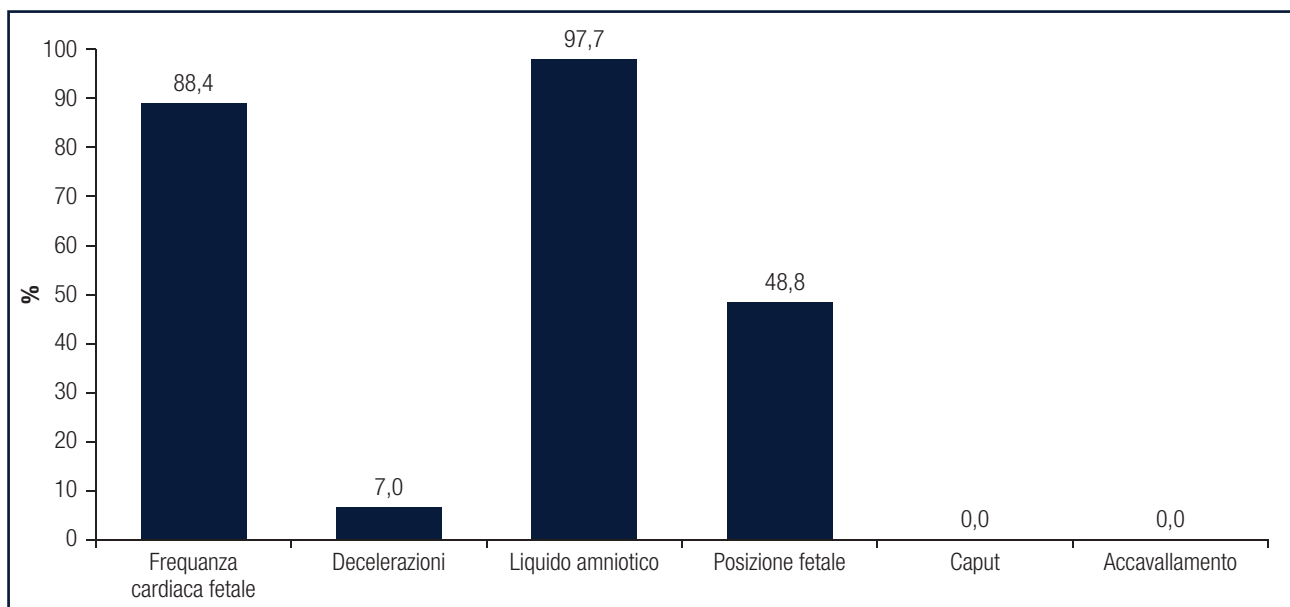


Figura 3. Confronto della Sezione 3 della Guida OMS 2020 con un campione di partogrammi italiani.

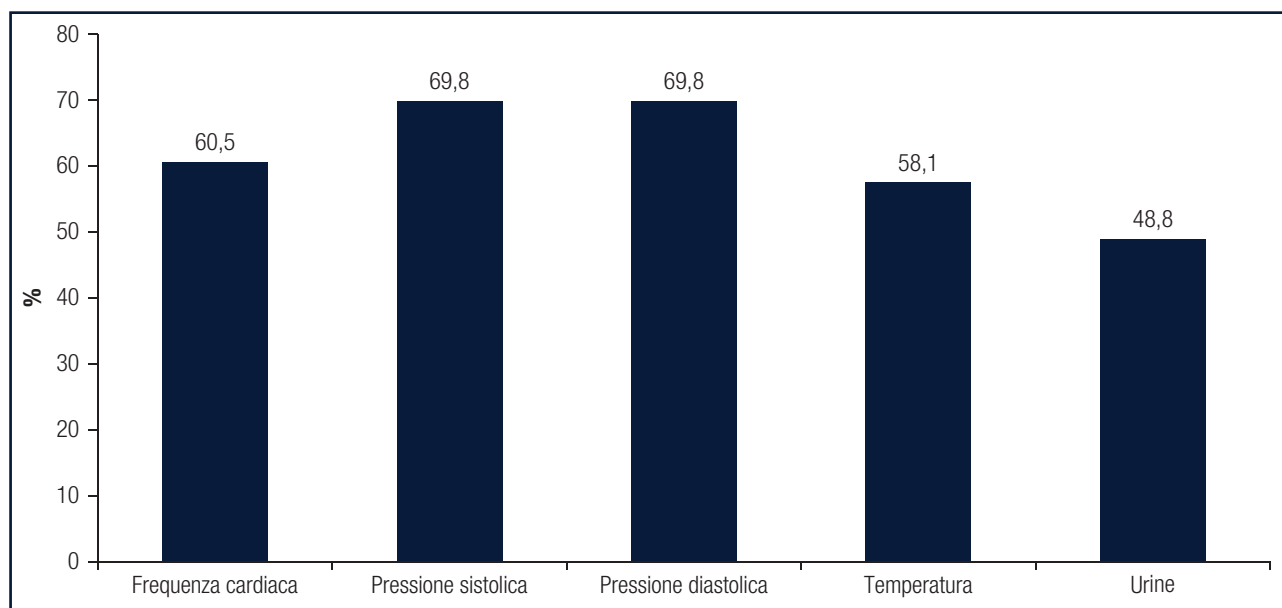


Figura 4. Confronto della Sezione 4 della Guida OMS 2020 con un campione di partogrammi italiani.

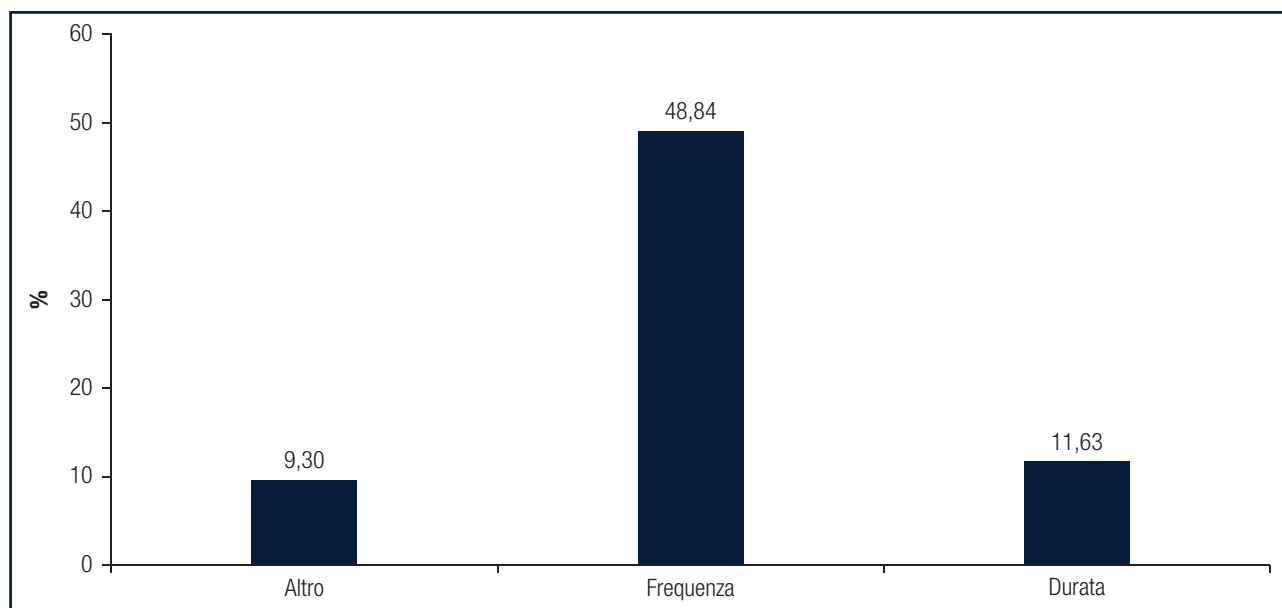


Figura 5. Sorveglianza dell'attività contrattile uterina in un campione di partogrammi italiani

rano come intervallo temporale 15 min, mentre i restanti 21 fanno riferimento all'intervallo di 10 min come indicato nella Labour Care Guide WHO.

- Durata: 5 partogrammi considerano la valutazione della durata delle contrazioni. Solo uno di questi non include anche la frequenza.

- In 12 partogrammi vengono riportati altri parametri oltre a quelli previsti, in particolare "validità" ed "Intensità" dell'attività contrattile.

Dilatazione della cervice uterina

Per quanto riguarda la descrizione della dilatazione della cervice e la progressione del travaglio, sono

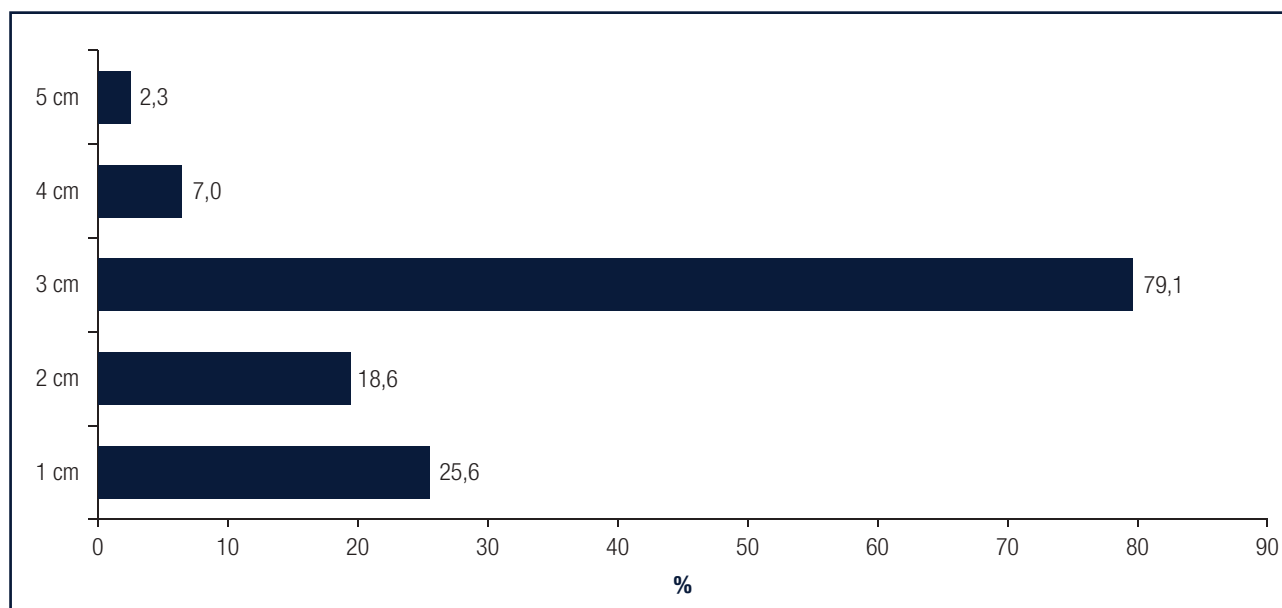


Figura 6. Dilatazione minina in ascissa in un campione di partogrammi italiani.

stati presi in considerazione i seguenti parametri:

- Rappresentazione solo della fase attiva: la rappresentazione della sola fase attiva del travaglio è presente/riconoscibile in 10 partogrammi. Entrambe le fasi del primo stadio sono rappresentate in 8 partogrammi, mentre in 25 casi, dalla sola analisi dei partogrammi, non è possibile identificare quale fase deve essere riportata.

Se si considerano i cm riportati sull'asse delle ascisse per indicare la dilatazione cervicale il numero più basso rappresentato è il numero "0" in 11 partogrammi, il numero "1" in 8 casi, il numero "2" in 34 casi, il numero "3" in 3 casi, il numero "4" in un caso e solo in un partogramma il numero "5", come previsto dalla Guida OMS 2020 (**Figura 6**).

22 partogrammi prevedono la rappresentazione della progressione della dilatazione cervicale su un grafico privo di curve di riferimento, i restanti 20 riportano in 12 casi le curve di allerta e di azione, in 6 casi la curva di progressione lineare e in 2 due casi le curve distinte per parità.

Uno dei partogrammi considerati non riporta la

rappresentazione grafica della progressione, prevedendo esclusivamente la descrizione testuale del reperto ottenuto all'esplorazione vaginale, senza la necessità di riportare l'esito su un piano cartesiano (**Figura 7**).

Progressione della parte presentata

La quasi totalità dei partogrammi 39/43 (90.7%) riporta la descrizione della progressione della parte presentata.

Sezione 6 - Terapia

Dei 42 partogrammi in analisi, 37 (%) riportano almeno uno dei parametri inclusi nella sezione dedicata alla terapia.

Nel dettaglio il grafico riporta la percentuale dei partogrammi che include ognuno dei parametri presenti all'interno di questa sezione (**Figura 8**).

Sezione 7 - Decisioni condivise

Nessuno dei partogrammi inclusi nell'analisi prevede la presenza di questa sezione dedicata alla pianificazione.

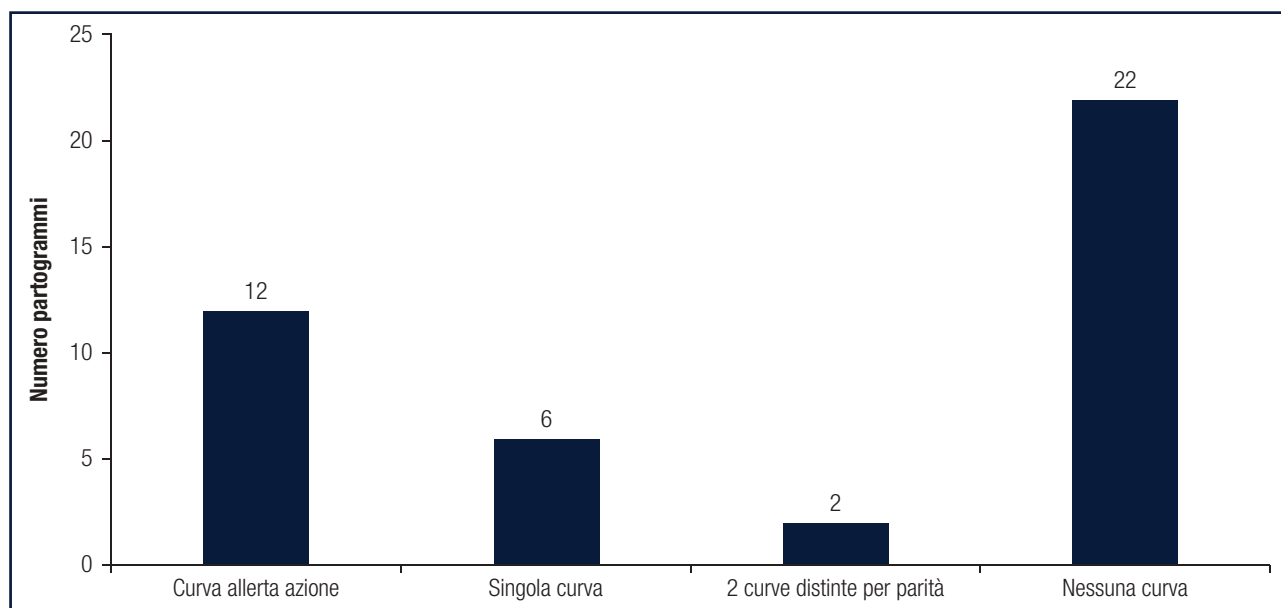


Figura 7. Curve di riferimento della dilatazione in un campione di partogrammi italiani.

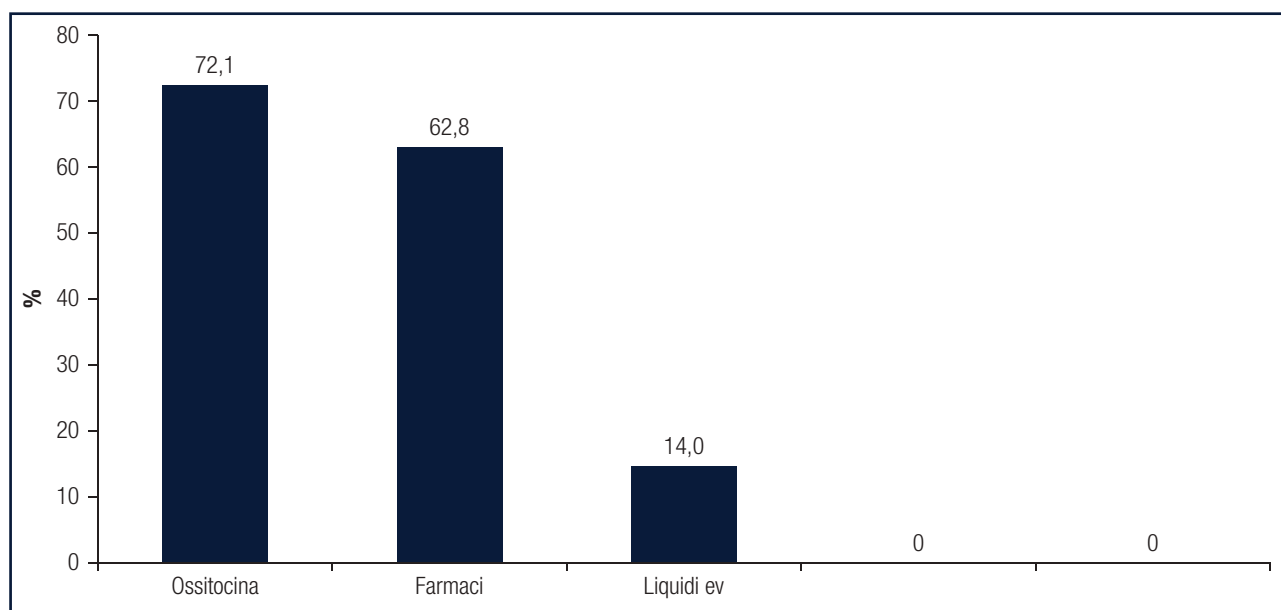


Figura 8. Confronto della Sezione 6 della Guida OMS 2020 con un campione di partogrammi italiani.

Bibliografia

- World Health Organization. WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. Geneva: World Health Organisation; 2018
- WHO Labour Care Guide: User's Manual. Geneva: World Health Organization; 2020
- Philpott RH. Graphic records in labour. Br Med J. 1972 Oct 21;4(5833):163-5. doi: 10.1136/bmj.4.5833.163. PMID: 5078450; PMCID: PMC1786387
- Studd J. Partograms and nomograms of cervical dilatation in management of primigravid labour. Br Med J. 1973 Nov 24;4(5890):451-5. doi: 10.1136/bmj.4.5890.451. PMID: 4758447; PMCID: PMC1587584
- O'Driscoll K, Stronge JM. Active management of la-

- bor. *Br Med J.* 1973 Sep 15;3(5880):590. doi: 10.1136/bmj.3.5880.590. PMID: 4726933; PMCID: PMC1586832
6. Beazley JM, Kurjak A. Influence of a partograph on the active management of labour. *Lancet.* 1972 Aug 19;2(7773):348-51. doi: 10.1016/s0140-6736(72)91735-7. PMID: 4114719
 7. Maternal Health and Safe Motherhood Programme, Division of Family Health, WHO Geneva, Preventing prolonged labour: a practical guide, The Partograph, Part II, User's Manual. WHO/FHE/MSM/93.9
 8. World Health Organization. *Managing Complications in Pregnancy and Child- birth.* Geneva: World Health Organization; 2000
 9. WHO *Managing complications in pregnancy and child-birth.* 2003 available in Pdf at URL www.who.int
 10. Wacker J, Kyelem D, Bastert G, et al. Introduction of a simplified round partogram in rural maternity units: Seno province, Burkina Faso, West-Africa. *Trop Doct.* 1998; 28:146-152
 11. Neal JL, Lowe NK. Physiologic partograph to improve birth safety and outcomes among low-risk, nulliparous women with spontaneous labor onset. *Med Hypotheses.* 2012 Feb;78(2):319-26. doi: 10.1016/j.mehy.2011.11.012. Epub 2011 Dec 3. PMID: 22138426; PMCID: PMC3254242
 12. Sizer AR, Evans J, Bailey SM, et al. A second stage partogram. *Obstet Gynecol.* 2000; 96:678-683
 13. Hassan WA, Eggebø T, Ferguson M, Gillett A, Studd J, Pasupathy D, Lees CC. The sonopartogram: a novel method for recording progress of labor by ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2014 Feb;43(2):189-94. doi: 10.1002/uog.13212. PMID: 24105734
 14. Friedman EA. *Labour: clinical evaluation and management.* Second edition. New York: Appleton-Century Crofts, 1978
 15. Hanley GE, Munro S, Greyson D, Gross MM, Hundley V, Spiby H, et al. Diagnosing onset of labor: a systematic review of definitions in the research literature. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016; 16:71
 16. Abalos E, Oladapo OT, Chamillard M, Díaz V, Pasquale J, Bonet M, et al. Duration of spontaneous labour in “low-risk” women with “normal” perinatal outcomes: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018 (in press)
 17. Oladapo OT, Diaz V, Bonet M, Abalos E, Thwin SS, Souza H, et al. Cervical dilatation patterns of “low-risk” women with spontaneous labour and normal perinatal outcomes: a systematic review. *BJOG.* 2017. doi:10.1111/1471-0528.14930
 18. Souza JP, Oladapo OT, Bonet M, Gülmezoglu AM. Diagnostic accuracy of the partograph alert line: a systematic review. 2018
 19. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(7):CD003766
 20. Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(12):CD000331
 21. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Dahlen HG, Ee CC, Sukanuma M. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018:CD009290
 22. WHO recommendations for augmentation of labour. Geneva: World Health Organization; 2014
 23. Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(8):CD003930
 24. Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(8):CD003934
 25. Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(8):CD003934
 26. Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(8):CD003934
 27. Lemos A, Amorim MM, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(3):CD009124)

3. LA LETTERATURA RECENTE SUL PARTOGRAMMA

3.1 Introduzione

L'ipotesi che il decorso del travaglio di parto sia sovrapponibile per una buona parte delle donne, viene da lontano. Nello scorso secolo si è realizzata l'aggregazione dei dati della dilatazione cervicale di molti parti.

I limiti statistici della durata del travaglio hanno introdotto il concetto di "travaglio normale"; per quanto grande il numero di donne studiate, il tempo non è un criterio per definire il travaglio distocico e il rischio di complicanze materne e fetali.

Il partogramma nasce da questo contesto. Negli ultimi decenni sono stati proposti svariati modelli grafici. Nel tempo al partogramma si è aggiunta la valutazione del benessere materno e fetale.

Numerosi studi clinici hanno risposto a quesiti quali: la definizione di "travaglio normale", la corretta posizione delle linee di allerta e di azione, gli effetti dell'utilizzo del partogramma nel definire il momento di allerta o di intervento. Altri oggetti di studio, sono stati l'impatto sulla gestione clinica e l'efficienza del partogramma. La revisione sintetizza le conoscenze sul partogramma.

3.1.2 Materiali e metodi

La revisione narrativa ha previsto la selezione ragionata delle fonti e l'utilizzo di tabelle di estrazione dati per costruire la sintesi.

Le parole chiave combinate con l'operatore booleano OR: "partograph" OR "partogram" OR "cervicograph" OR "cervicogram" sono state utilizzate sul database Medline con interfaccia PubMed.

Criteri di esclusione: anno antecedente 2016, argomento non attinente.

Criteri di inclusione: partogramma ed esito del

parto, partogramma come strumento di prevenzione, fruibilità del partogramma, partogramma e formazione degli operatori, soddisfazione degli operatori che utilizzano il partogramma, utilizzo del partogramma all'interno del mondo sanitario.

L'applicazione della stringa di ricerca ha restituito 289 studi. La valutazione degli articoli è stata fatta in maniera indipendente da 2 revisori che hanno selezionati 23 articoli. La K di Cohen ha valutato il grado di concordanza. Il metodo è riassunto nel diagramma di flusso (**Figura 1**).

3.2 Discussione

3.2.1 Contesto

Il contesto influenza l'efficacia del partogramma; un ambiente favorevole è fondamentale per l'utilizzo del partogramma¹. Nelle realtà con risorse medio-basse, il partogramma migliora la sorveglianza fetale e l'esito perinatale². In alcuni paesi africani, il mancato utilizzo del partogramma, insieme ad altri fattori, quali il travaglio prolungato e l'emorragia del postpartum, ha influenzato negativamente la natimortalità^{3,4}. Nei contesti ad alte risorse l'utilizzo del partogramma non ha modificato la mortalità materna⁵. I fattori che contribuiscono al corretto utilizzo del partogramma e al miglioramento degli esiti sono: accettabilità degli operatori sanitari, design ottimale, sistemi di riferimento efficaci, risorse umane, competenza degli operatori sanitari¹.

3.2.2 Esiti clinici

Una revisione Cochrane del 2018, comprendente 11 studi per un totale di 9475 donne⁷, si poneva come obiettivo primario l'efficacia del partogramma in termini di mortalità e morbilità materna e perinatale; l'obiettivo secondario era stabilire qua-

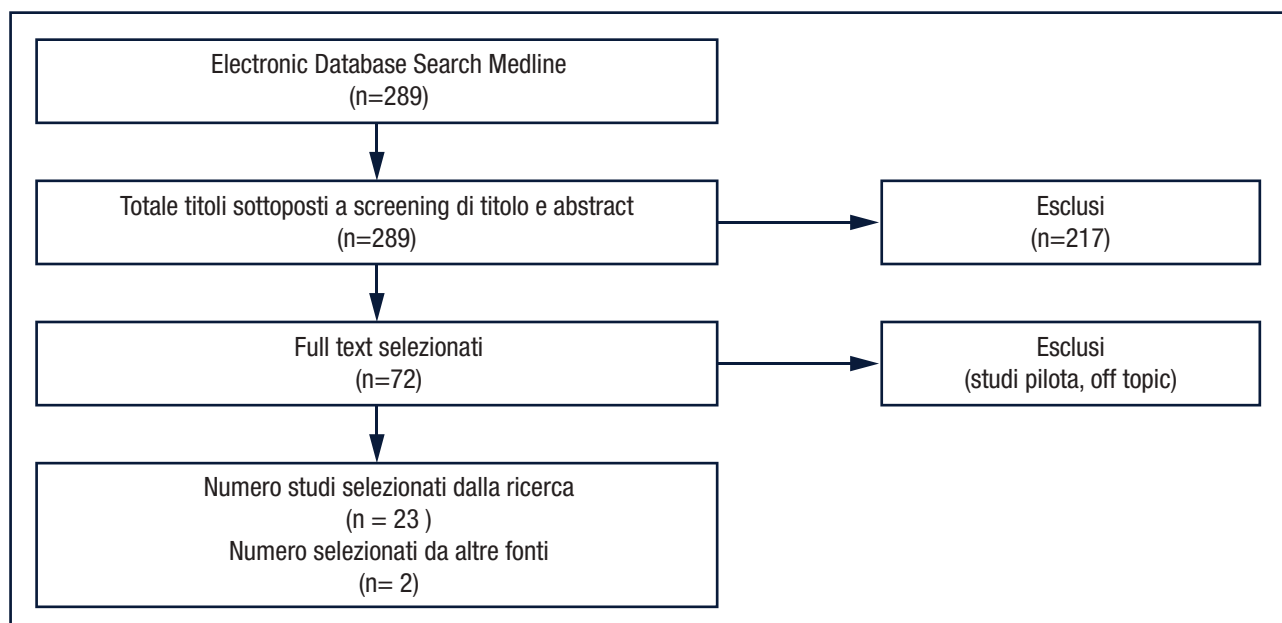


Figura 1.

le modello di partogramma fosse più adatto alla pratica clinica, considerando come esiti primari: il ricorso al taglio cesareo; la durata del travaglio; l'indice di morbilità; il potenziamento ossitocico; un basso punteggio di Apgar; la mortalità neonatale e perinatale e l'esperienza materna.

Gli autori affermano di non essere certi degli effetti positivi dell'uso routinario del partogramma, come parte integrante dell'assistenza al travaglio.

3.2.3 Modello di partogramma ed esito clinico

Il posizionamento della linea di azione a meno di quattro ore comportava una maggiore probabilità di potenziamento ossitocico. Tra quattro e due ore non era chiara la differenza del ricorso al taglio cesareo, della durata della prima fase del travaglio, della esperienza materna al parto o di un basso punteggio di Apgar⁵.

In uno studio randomizzato controllato del 2020, la durata media del primo stadio del travaglio era significativamente più breve nel gruppo della linea d'azione a 2 ore, rispetto al gruppo della linea d'azione a 4 ore⁸. Allo stesso modo, la durata

media del secondo stadio era più breve nel gruppo della linea d'azione a 2 ore. Questa differenza era attribuibile a un tasso medio di dilatazione cervicale sensibilmente più alto nel gruppo con linea d'azione a 2 ore; tuttavia, non era presente una differenza significativa di travaglio prolungato tra i due gruppi. L'inizio dell'intervento con ossitocina a 2 ore, rispetto a 4 ore, non ha influenzato la modalità di parto, vaginale o cesareo, l'emorragia del postpartum primaria, la durata del ricovero dopo il parto. Non vi sono state differenze tra i due gruppi circa l'incidenza di punteggio di Apgar minore di 7 a 1 e 5 minuti. Il lavoro sottolineava che il partogramma con linea d'azione a quattro ore determinava una riduzione dell'utilizzo di ossitocina e del numero delle visite vaginali. Inoltre, la linea d'azione a 4 ore garantiva un lasso di tempo superiore, entro il quale le donne hanno partorito, prima di qualsiasi altro intervento.

Il ricorso al taglio cesareo era inferiore nel gruppo che utilizzava con un partogramma con solo la linea di allerta rispetto al gruppo che utilizzava una linea di allerta e di azione⁵.

Nel 2018 è stato introdotto un partogramma a gradini, creato con lo scopo di ridurre il numero dei tagli cesarei per distocia dinamica in travaglio⁹.

Da questo uno studio pilota randomizzato a singolo cieco su 384 donne, con una linea d'azione o una linea "a gradini" secondo Neal¹⁰. Tra un partogramma con una linea d'azione di due ore e una linea di distocia a gradini, un minor numero di donne ha ricevuto potenziamento ossitocico nel gruppo della linea di distocia.

Uno studio randomizzato multicentrico del 2019 ha dimostrato che il taglio cesareo e il ricorso al potenziamento con ossitocina durante il travaglio erano più frequenti nei casi in cui il partogramma includeva la fase latente, confermando la scelta dell'OMS di rimuovere la fase latente dai partogrammi¹¹.

In uno studio parallelo la durata del primo e secondo stadio era maggiore se si applicavano le linee guida di Zhang rispetto al partogramma dell'OMS¹².

In letteratura ad oggi non esistono studi che abbiano osservato complicanze in seguito all'utilizzo del partogramma.

3.2.4 Il partogramma oggi

Nel corso degli anni, si è giunti ad una nuova concezione di travaglio e di partogramma¹³. Nel 2018 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato la linea guida "Intrapartum care for a positive childbirth experience"¹⁴.

Il gruppo di sviluppo delle linee guida ha raccomandato l'utilizzo della soglia di 1 cm/ora e della linea di allerta per valutare l'avanzamento del travaglio, sottolineando che la soglia di 1 cm/h non identifica le donne a rischio di esito avverso alla nascita¹⁵.

Questa concezione trova riscontro in uno studio prospettico multicentrico di coorte del 2018, secondo il quale il travaglio è un fenomeno estre-

mamente variabile e la valutazione della dilatazione cervicale nel tempo non predice esiti avversi alla nascita¹⁶.

La Guida OMS 2020 elimina la curva cervimetrica 1 cm/ora, le linee di attenzione e di azione. Nello stesso tempo introduce un criterio di allerta per ogni parametro preso in considerazione nel nuovo schema di assistenza ostetrica, introduce la presenza di una persona di fiducia, le modalità di contenimento del dolore, l'assunzione di liquidi orali, le posture in travaglio e parto. In questo documento, lo stadio espulsivo è descritto fino al parto, compreso il momento in cui la donna avverte il bisogno di spingere.

Poiché si evince che non può esistere una definizione universale di travaglio "normale", diagnosticare una progressione anormale del travaglio è intrinsecamente difficile. Una revisione pubblicata nel 2020 sugli interventi di routine nel primo stadio del travaglio ha concluso che il partogramma non può essere raccomandato come intervento di routine in travaglio.

3.2.5 Vantaggi e svantaggi del partogramma

La letteratura ha valutato i vantaggi e gli svantaggi del partogramma¹⁸. Tra i vantaggi la facilità di accesso alla forma cartacea e a quella digitale. Per gli operatori un passaggio di consegne accurato per la continuità delle cure e la possibilità di fornire una visione complessiva della progressione del travaglio. Tra gli svantaggi una scarsa volontà all'utilizzo del partogramma per mancanza di una formazione adeguata e la tendenza alla compilazione retrospettiva per paura di contenziosi medico-legali.

Gli Autori suggeriscono che il partogramma è positivamente supportato dagli operatori che lo utilizzano, tuttavia, diversi studi hanno dimostrato che viene utilizzato in modo errato o non viene utilizzato. Bedwell et al. hanno riscontrato ampie va-

riazioni nell'uso, dall'8% all'80%, concludendo che una visione positiva del partogramma non garantisce un aumento dell'utilizzo nella pratica clinica¹. Sia le ostetriche che i medici hanno un atteggiamento positivo nei confronti del partogramma, ma gli atteggiamenti positivi da soli non si traducono in pratica nell'uso. I motivi sono disponibilità, tempo, carico di lavoro e cultura organizzativa^{11,16}.

Studenti e ostetriche hanno espresso l'opinione che il partogramma è troppo complicato e l'utilizzo manca di supervisione clinica. In contesti ad alto reddito, sono emerse preoccupazioni riguardo al suo utilizzo per la riduzione dell'autonomia professionale e l'impedimento all'erogazione di cure personalizzate¹.

La letteratura sul punto di vista degli operatori sul partogramma è ricca, ma si sa poco dal punto di vista della donna. Quando si indaga l'esperienza delle donne circa l'assistenza al parto, l'uso del partogramma è raramente incluso.

Sia i travagli troppo brevi che quelli troppo lunghi sono associati ad una bassa soddisfazione, ma ciò non si riferisce agli strumenti di valutazione dell'andamento del travaglio¹.

Solo tre studi hanno analizzato la soddisfazione materna confrontandola a diversi modelli di partogramma riportando risultati simili tra i gruppi di studio⁵. La maggior parte delle donne non conosce il partogramma, mentre è propensa a riferire sugli interventi attivati a partire dal partogramma e sui risultati successivi.

Uno studio randomizzato ha valutato la soddisfazione materna in due gruppi che hanno utilizzato il partogramma secondo Zhang rispetto al partogramma OMS¹⁹. Gli autori non hanno trovato differenze circa la soddisfazione materna.

Alla luce del miglioramento della salute materna il coinvolgimento della donna è importante. Spesso, soprattutto in contesti con risorse limitate, non viene preso in considerazione¹¹.

Nonostante il suo utilizzo da oltre 40 anni e il supporto da parte degli operatori sanitari, il partogramma non ha raggiunto il suo pieno potenziale nel miglioramento dei risultati clinici.

La scarsa accuratezza nella compilazione e nel completamento incide sull'utilità dello strumento nella pratica clinica. Le sezioni che maggiormente vengono completate sono quelle relative alla progressione e al benessere fetale; le sezioni scarsamente completate riguardano il benessere materno¹. L'utilizzo del partogramma, pur condiviso dagli operatori, è influenzato dal contesto¹⁶.

Gli ostacoli includono la scarsa disponibilità del partogramma o degli strumenti per completarlo nei contesti a basse risorse, carichi di lavoro elevati, personale insufficiente, duplicazione delle registrazioni su diverse risorse della cartella, mancanza di politiche o orientamenti disponibili e conoscenza e comprensione limitate del partogramma. In molti casi, l'ambiente e il processo di attuazione non hanno consentito di raggiungere la massima diffusione del partogramma. Comunicazione e formazione sono alla base del corretto utilizzo del partogramma e del miglioramento degli esiti.

3.2.6 Comunicazione

Molti studi hanno indagato le opinioni degli operatori sanitari e degli studenti sull'uso del partogramma come strumento di comunicazione, soprattutto in contesti a basso reddito¹¹.

L'utilità del partogramma è limitata per garantire la continuità delle cure al momento della consegna. Le donne trasferite in luoghi con livelli di assistenza superiori, non sempre vengono inviate con un partogramma avviato¹.

Le strutture nelle aree rurali hanno utilizzato il partogramma con minore efficienza rispetto a quelle nelle aree urbane, di secondo livello e con operatori qualificati.

Alcune prove, sebbene limitate, suggeriscono

che la fiducia nel partogramma aumenta il suo utilizzo nella pratica. La confusione tra i ruoli degli operatori sanitari, in particolare tra ostetriche e medici, ha un impatto negativo sull'efficacia del partogramma: non sempre è uno strumento di comunicazione al momento della consegna o della prescrizione. Talvolta ad una informazione non corrisponde un'adeguata risposta. La carenza di personale e un pesante carico di lavoro riduce l'attitudine degli operatori sanitari a completare il partogramma, fino a compilarlo solo dopo il parto.

Uno studio in Etiopia ha dimostrato il ruolo centrale delle ostetriche nella comunicazione in sala parto, in contrasto con la mancanza di risorse, la formazione insufficiente, la mancanza di sostegno dal sistema sanitario, l'indisponibilità del partogramma²⁰.

3.2.7 Formazione

Il corretto utilizzo del partogramma richiede una formazione adeguata e costante¹. Il momento ideale per l'apertura del partogramma è fonte di indecisione per gli operatori sanitari. L'osservazione dei dati del partogramma non rientra facilmente nel processo decisionale dell'assistenza in travaglio: gli operatori tendono a compilare nel partogramma il grafico della dilatazione cervicale, della frequenza cardiaca fetale, delle condizioni del neonato, tralasciando le osservazioni materne.

Sono stati sviluppati in contesti a basso reddito numerosi interventi per migliorare l'utilizzo del partogramma. La didattica tradizionale non supporta l'apprendimento interattivo e lo sviluppo professionale continuo.

Una recente ricerca qualitativa ha valutato l'adozione della Guida OMS da parte di 136 assistenti alla nascita a basso rischio in 12 strutture sanitarie di 6 paesi, coinvolgendo medici e ostetriche²¹. Ogni partecipante ha ricevuto una formazione iniziale e ha compilato un questionario. Le esperien-

ze maturate con la Guida OMS 2020 sono state raccolte tramite un questionario dopo ogni nascita. Il 96% dei partecipanti ha dichiarato che era in grado di utilizzare la Guida OMS 2020, il 94,2% era in grado di completarlo correttamente, il 91% si è ritenuto soddisfatto, in quanto lo strumento era utile nella gestione del travaglio e nell'assistenza alla donna. Nell'ospedale palestinese Dar Al-Shifa è stata applicata la campagna OMS Safe Childbirth, a partire dal 2012, promuovendo durante il parto pratiche basate sull'evidenza e un approccio alle cure guidato dall'ostetrica²². Nel progetto era compresa la formazione e la supervisione sull'utilizzo corretto del partogramma. Gli indicatori di qualità dell'assistenza sono migliorati grazie agli audit clinici regolari per tutto il personale.

3.2.8 Sistema

Il supporto e l'impegno del sistema sanitario sono vitali per promuovere una cultura positiva per l'uso del partogramma, quando viene considerato un parametro per misurare la qualità assistenziale²⁰.

Il ruolo del sistema sanitario non è stato affrontato nella letteratura relativa al partogramma; tuttavia, la necessità di un suo rafforzamento è ben riconosciuta^{1,18}.

Per una corretta applicazione del partogramma è necessaria la giusta considerazione da parte di tutti gli attori coinvolti nell'organizzazione e direzione di servizi sanitari. A questi attori è demandata la supervisione, la formazione, l'audit e la valutazione dell'utilizzo, strategie che attribuiscono valore e cultura allo strumento.

I supervisor clinici stimolano un ambiente favorevole all'uso del partogramma mediante la valutazione dei processi decisionali scaturiti dal suo utilizzo¹.

In molti degli studi inclusi, il personale esperto ha richiesto ulteriore formazione, indicando che è necessario un aggiornamento continuo per man-

tenere le competenze, alla luce del frequente ricambio del personale.

Il partogramma viene utilizzato maggiormente in strutture urbane con elevati livelli assistenziali e da personale formato¹¹. Queste realtà hanno maggiori risorse per la formazione.

3.2.9 Conclusioni

Il partogramma è universalmente riconosciuto come il “gold standard” per il monitoraggio del travaglio di parto²³. La funzione del partogramma è monitorare l’andamento del travaglio, identificare e intervenire, in caso di travaglio anormale.

L’uso competente del partogramma potrebbe ridurre l’incidenza di esiti materni e perinatali negativi²⁴.

Esso è lo strumento di monitoraggio del travaglio più comunemente utilizzato, ampiamente supportato dagli operatori sanitari e raccomandato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità per il travaglio attivo¹. La sua efficacia è condizionata dal contesto di utilizzo.

L’utilizzo del partogramma come strumento di screening, non solo diagnostico, e l’inserimento del medesimo in un contesto integrato che comprende l’assistenza in sala parto, previene il ricorso al taglio cesareo, migliora la qualità dell’assistenza e la soddisfazione delle donne²⁵.

Altri fattori rilevanti che possono influenzare gli effetti del partogramma sugli esiti materno-fetali e sulla sua fruibilità sono: diverso grado di accettazione delle differenti tipologie di partogramma da parte degli operatori sanitari; supporto del sistema sanitario; sistemi di riferimento efficaci; risorse umane; competenza degli operatori sanitari¹.

Bibliografia

1. Bedwell C, Levin K, Pett C, Lavender DT. A realist review of the partograph: when and how does it work for labour monitoring? *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Jan 13;17(1):31. doi:10.1186/s12884-016-1213-4. PMID: 28086823; PMCID: PMC5237234
2. Housseinel et al. Housseine N, Punt MC, Browne JL, Meguid T, Klipstein-Grobusch K, Kwast BE, Franx A, Grobbee DE, Rijken MJ. Strategies for intrapartum foetal surveillance in low- and middleincome countries: A systematic review. *PLoS One*. 2018 Oct 26;13(10):e0206295. doi:10.1371/journal.pone.0206295. PMID: 30365564; PMCID: PMC6203373
3. Fikre R, Ejeta S, Gari T, Alemayhu A. Determinants of stillbirths among women who gave birth at Hawassa university comprehensive specialized hospital, Hawassa, Sidama, Ethiopia 2019: a casecontrol study. *Matern Health Neonatol Perinatol*. 2021 Feb 17;7(1):10. doi: 10.1186/s40748-021-00128-4. PMID: 33597030; PMCID: PMC7888129
4. Millogo T, Ouédraogo GH, Baguuiya A, Meda IB, Kouanda S, Sondo B. Factors associated with fresh stillbirths: A hospital-based, matched, case-control study in Burkina Faso. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016 Nov;135 Suppl 1:S98-S102. doi:10.1016/j.ijgo.2016.08.012. PMID: 27836094.
5. Myers ER, Sanders GD, Coeytaux RR, et al. Labor Dystocia [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2020 May. (Comparative Effectiveness Review, No. 226.) Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK557137/>
6. Agah J, Baghani R, Nazarzadeh M, Borna S. Comparison of effacement curve with dilatation curve for prediction of labor progression. *J Obstet Gynaecol Res*. 2018 Jan;44(1):102-108. doi: 10.1111/jog.13478. Epub 2017 Nov 2. PMID: 29094486.
7. Lavender T, Cuthbert A, Smyth RM. Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Aug 6;8(8):CD005461. doi: 10.1002/14651858.CD005461.pub5. PMID: 30080256; PMCID: PMC6513424
8. Orhue A, Oseihie II, Aziken M, Ande B. Randomized controlled trial of labor outcomes with action line place-

- ment at 2 hours versus 4 hours on the partograph. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020 Jul;150(1):64-71. doi: 10.1002/ijgo.13144. Epub 2020 Apr 17. PMID: 32301113
9. Neal JL, Lowe NK, Caughey AB, Bennett KA, Tilden EL, Carlson NS, Phillippi JC, Dietrich MS. Applying a physiologic partograph to Consortium on Safe Labor data to identify opportunities for safely decreasing cesarean births among nulliparous women. *Birth.* 2018 Dec;45(4):358-367. doi:10.1111/birt.12358. Epub 2018 May 30. PMID: 29851163; PMCID: PMC6342020.
 10. Lee NJ, Neal J, Lowe NK, Kildea SV. Comparing Different Partograph Designs for Use in Standard Labor Care: A Pilot Randomized Trial. *Matern Child Health J.* 2018 Mar;22(3):355-363. doi: 10.1007/s10995-017-2366-0. PMID: 28936715.
 11. Bernitz S, Dalbye R, Zhang J, Eggebø TM, Frøslie KF, Olsen IC, Blix E, Øian P. The frequency of intrapartum caesarean section use with the WHO partograph versus Zhang's guideline in the Labour Progression Study (LaPS): a multicentre, cluster-randomised controlled trial. *Lancet.* 2019 Jan 26;393(10169):340-348. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31991-3. Epub 2018 Dec 20. PMID: 30581039.
 12. Dalbye R, Blix E, Frøslie KF, Zhang J, Eggebø TM, Olsen IC, Rozsa D, Øian P, Bernitz S. The Labour Progression Study (LaPS): Duration of labour following Zhang's guideline and the WHO partograph - A cluster randomised trial. *Midwifery.* 2020 Feb;81:102578. doi: 10.1016/j.midw.2019.102578. Epub 2019 Nov 18. PMID: 31783231
 13. Lavender T, Bernitz S. Use of the partograph - Current thinking. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2020 Aug;67:33-43. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2020.03.010. Epub 2020 Mar 26. PMID: 32321672
 14. WHO recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience. WHO guidelines approved by the guidelines review committee. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2018 <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
 15. Bonet M, Oladapo OT, Souza JP, Gülmezoglu AM. Diagnostic accuracy of the partograph alert and action lines to predict adverse birth outcomes: a systematic review. *BJOG.* 2019 Dec;126(13):1524-1533. doi: 10.1111/1471-0528.15884. Epub 2019 Aug 18. PMID: 31334912; PMCID: PMC6899985.
 16. Souza JP, Oladapo OT, Fawole B, Mugerwa K, Reis R, Barbosa-Junior F, Oliveira-Ciabati L, Alves D, Gülmezoglu AM. Cervical dilatation over time is a poor predictor of severe adverse birth outcomes: a diagnostic accuracy study. *BJOG.* 2018 Jul;125(8):991-1000. doi: 10.1111/1471-0528.15205. Epub 2018 Apr 17. PMID: 29498187; PMCID: PMC6032950
 17. Hofmeyr GJ, Bernitz S, Bonet M, Bucagu M, Dao B, Downe S, Galadanci H, Homer C, Hundley V, Lavender T, Levy B, Lissauer D, Lumbiganon P, McConville FE, Pattinson R, Qureshi Z, Souza JP, Stanton ME, Ten Hoop-Bender P, Vannevel V, Vogel JP, Oladapo OT. WHO next-generation partograph: revolutionary steps towards individualised labour care. *BJOG.* 2021 Sep;128(10):1658-1662. doi: 10.1111/1471-0528.16694. Epub 2021 Apr 9. PMID: 33686760
 18. Alhafez L, Berghella V. Evidence-based labor management: first stage of labor (part 3). *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2020 Nov;2(4):100185. doi: 10.1016/j.ajogmf.2020.100185. Epub 2020 Jul 21. PMID: presenti
 19. Rozsa DJ, Dalbye R, Bernitz S, Blix E, Dalen I, Braut GS, Eggebø TM, Øian P, Sande RK. The effect of Zhang's guideline vs the WHO partograph on childbirth experience measured by the Childbirth Experience Questionnaire in the Labor Progression Study (LaPS): A cluster randomized trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2022 Feb;101(2):193-199. doi: 10.1111/aogs.14298. Epub 2021 Dec 2. PMID: 34859422.
 20. Mezmur, H., Semahegn, A. & Tegegne, B.S. Health professional's knowledge and use of the partograph in public health institutions in eastern Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 17, 291 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1477-3>
 21. Vogel JP, Comrie-Thomson L, Pingray V, Gadama L,

- Galadanci H, Goudar S, Laisser R, Lavender T, Lissauer D, Misra S, Pujar Y, Qureshi ZP, Amole T, Berrueta M, Dankishiya F, Gwako G, Homer CSE, Jobanputra J, Meja S, Nigri C, Mohaptra V, Osoti A, Roberti J, Solomon D, Suleiman M, Robbers G, Sutherland S, Vernekar S, Althabe F, Bonet M, Oladapo OT. Usability, acceptability, and feasibility of the World Health Organization Labour Care Guide: A mixed-methods, multicountry evaluation. *Birth*. 2021 Mar;48(1):66-75. doi: 10.1111/birt.12511. Epub 2020 Nov 22. PMID: 33225484; PMCID: PMC8246537
22. Abu Ward I, Jouda A, Balousha S, Egenberg S, Al Masri N, Blix E. Enhancing the quality of maternal and neonatal care by the Safe Childbirth Project in Al Shifa Hospital, Gaza occupied Palestinian territory (oPt): a descriptive retrospective study. *Lancet*. 2021 Jul;398 Suppl 1:S34. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01520-8. PMID: 34227967; PMCID: PMC8617348
23. The Partograph in Childbirth: An Absolute Essentiality or a Mere Exercise? (Dalal AR, Purandare AC. The Partograph in Childbirth: An Absolute Essentiality or a Mere Exercise? *J Obstet Gynaecol India*. 2018 Feb;68(1):3-14. doi: 10.1007/s13224-017-1051-y. Epub 2017 Oct 16. PMID: 29391669; PMCID: PMC5783902)
24. Shrestha S, Shrestha GS, Sharma A. Immediate Outcome of Hypoxic Ischaemic Encephalopathy in Hypoxiate Newborns in Nepal Medical College. *J Nepal Health Res Counc*. 2016 May;14(33):77-80. PMID: 27885286
25. Ragusa A, Gizzo S, Noventa M, Ferrazzi E, Deiana S, Svelato A. Prevention of primary caesarean delivery: comprehensive management of dystocia in nulliparous patients at term. *Arch Gynecol Obstet*. 2016 Oct;294(4):753-61. doi: 10.1007/s00404-016-4046-5. Epub 2016 Feb 29. PMID: 26924640

4. PARTOGRAMMA E ANALGESIA FARMACOLOGICA LOCO REGIONALE

Il dolore del parto è il dolore più intenso che la maggior parte delle donne sperimenta nel corso della vita¹. L'era moderna della partoanalgesia è iniziata nel 1847, quando James Young Simpson, durante il parto, somministrò il dietiletere ad una donna.

Nello stesso periodo al St. Bartholomew Hospital di Londra Skey e Tracey eseguirono un taglio cesareo in anestesia eterea, estraendo una bambina in condizioni ottime, mentre lo stesso Simpson sperimentò con successo l'analgesia con clorofornio durante il parto. Nel 1853 John Snow sottopose alla stessa metodica la regina Vittoria per la nascita del principe Leopoldo, e quattro anni dopo per la nascita della principessa Beatrice. Da allora l'interesse pubblico e scientifico in questo campo è dilagato.

Nel 1885 Cornig realizzò la prima analgesia epidurale, partendo dall'ipotesi che un medicamento iniettato nel canale vertebrale potesse essere assorbito dalle vene intervertebrali e quindi essere trasportato al midollo spinale. Il primo ad utilizzare con successo le tecniche di analgesia loco-regionale in campo ostetrico fu Soeckel nel 1909, ma fu Aburel, nel 1931, a codificare la tecnica dell'analgesia epidurale continua in travaglio, messa poi a punto, tra gli anni 40 e 50, da Flowers e Dogliotti, su cui si basano le metodologie attuali.

4.1 Tecniche di analgesia

L'analgesia loco-regionale perimidollare è la tecnica di più largo impiego per efficacia e sicurezza nel controllo del dolore in travaglio.

Quando si parla di analgesia, anestesia loco-regionale perimidollare o neurassiale si fa riferimento essenzialmente al:

- blocco epidurale (continuo o intermittente)

- blocco spinale o subaracnoideo continuo o single shot
- blocco combinato spinale-epidurale (CSE).

Il blocco epidurale è la tecnica più utilizzata; la spinale ha un uso molto più limitato nel travaglio di parto, mentre si sta diffondendo l'uso della tecnica combinata spinale-epidurale (CSE).

4.2 Momento ideale per l'analgesia perimidollare in travaglio

La prima indicazione per l'analgesia perimidollare è l'incapacità di gestire il dolore e la richiesta di supporto da parte della donna che vive il dolore come insopportabile. In tal senso già nel 1992 l'American College of Obstetricians and Gynecologists afferma che: "la richiesta materna è una giustificazione sufficiente per la riduzione del dolore nel travaglio... Non esistono altre situazioni in cui sia considerato accettabile per una persona sperimentare un dolore intenso, se è possibile evitarlo con un intervento sicuro, sotto controllo medico"².

Questo concetto è stato ulteriormente ribadito dal Committee Opinion nel 2006: "...La semplice richiesta della donna rappresenta un'indicazione medica all'esecuzione della epidurale"³.

Di norma l'analgesia perimidollare si può effettuare, nella nullipara, all'inizio del travaglio. In questa situazione i farmaci somministrati per via perimidollare potranno essere diversi a seconda della posizione della testa fetale^{4,5}.

Tuttavia, alcune donne riferiscono un dolore importante ed intenso anche durante la fase latente, quando la frequenza delle contrazioni è di 1-2 in 10 min. In questi casi è possibile intervenire con farmaci appropriati che non hanno alcun effetto sulla frequenza e l'intensità delle contrazioni, aboliscono

il dolore di questa fase del travaglio e permettono alla donna di deambulare⁶.

I stadio

Nel primo stadio del travaglio è necessario un blocco delle fibre C amieliniche: in questo stadio sono sufficienti soluzioni di anestetico locale a bassa concentrazione; se la testa non è ancora impegnata possono essere utilizzati soltanto farmaci oppioidi.

Durante il secondo stadio del travaglio le fibre nervose interessate sono le fibre A-delta per cui sarà necessario utilizzare soluzioni più concentrate di anestetico locale.

In accordo con la fisiopatologia del dolore, quanto più precocemente si inizia una analgesia, tanto meno farmaco occorre per abolire il dolore.

L'innervazione simpatica del collo uterino lo rende sensibile agli effetti del blocco simpatico operato dall'analgesia perimidollare, che favorisce in tal modo la dilatazione cervicale se la testa fetale è impegnata.

L'analgesia epidurale a basso dosaggio è usualmente compatibile con la deambulazione della partoriente.

II stadio

In questo stadio le spinte volontarie non vanno incoraggiate fino a quando la donna avverte il premito irrefrenabile⁷. In assenza di alterazioni cardiocografiche significative si osserva la progressione della parte presentata. L'analgesia va mantenuta costante per evitare l'improvviso ed intenso dolore che si avrebbe nel caso di una sospensione accidentale della stessa. Se si inizia un'analgesia perimidollare a dilatazione quasi completa è bene tenere presente che le dosi di anestetico locale necessarie per abolire il dolore sono maggiori e possono talvolta ridurre temporaneamente la frequenza e l'intensità delle contrazioni⁸.

4.3 Impatto dell'analgesia perimidollare sulla dinamica del travaglio

L'analgesia perimidollare, con le sue differenti metodiche (epidurale, combinata spinale-epidurale CSE) è uno dei metodi più efficaci per il controllo del dolore del travaglio e del parto.

Tale metodica si adegua alle diverse fasi del travaglio e alle caratteristiche ed aspettative della donna.

Non è chiaro se l'analgesia possa essere in qualche modo responsabile, o meglio, corresponsabile di modificazioni della dinamica del travaglio e del suo espletamento fisiologico. Le informazioni derivate dalla letteratura al riguardo sono spesso inconclusive.

Numerosi studi hanno cercato di chiarire gli effetti dell'analgesia sull'esito del travaglio, specie una sua possibile associazione con l'aumento di tagli cesarei. La Cochrane nel 2005 ha stabilito l'assenza di associazione tra analgesia e rischio di parto cesareo. Lo stesso non si può dire per l'incidenza di parto operativo che sembra essere maggiore in corso di analgesia (circa 6%)⁹. In condizioni fisiologiche la dilatazione del collo dell'utero e la discesa della parte presentata si verificano quasi contemporaneamente, per cui una volta raggiunta la dilatazione completa la donna inizia ad avvertire la sensazione di premito.

Al contrario, se la donna è in analgesia la dilatazione della cervice uterina avviene più rapidamente, rispetto alla discesa della parte presentata.

Fino all'introduzione della tecnica combinata spino-peridurale, gli studi avevano dimostrato un allungamento della durata del II stadio del travaglio (periodo espulsivo) di circa 20-30 minuti in corso di analgesia peridurale, rispetto ai travagli senza analgesia. L'introduzione della tecnica combinata spino-epidurale e l'utilizzo di miscele a basse con-

centrazioni di oppioide e anestetico locale hanno ridimensionato i tempi del secondo stadio del travaglio^{10,11}.

Dal confronto tra analgesia combinata spino-epidurale e analgesia epidurale si evince¹²:

- nel gruppo di donne in analgesia combinata spinale-epidurale si osserva una più rapida dilatazione cervicale, e quindi una durata minore della fase attiva del I stadio del travaglio, rispetto al gruppo di donne in analgesia epidurale (4.19 h.mm vs 4.51 h.mm); questa differenza, è maggiore nei travagli stimolati con ossitocina e questo si può spiegare con una migliore risposta miometriale in presenza di dosi di anestetico locale più basse;
- una minore durata media del travaglio (dall'inizio della fase attiva al parto) nel gruppo di parorienti in cui è stata utilizzata l'induzione con analgesia combinata spinale-epidurale (5,19 vs 5,56 hmm) anche se la differenza non risulta statisticamente significativa;
- per quanto riguarda la durata media del II stadio del travaglio, nel gruppo in analgesia combinata è risultata lievemente inferiore rispetto al gruppo in epidurale (59 vs 64 minuti) ma, con entrambe le tecniche, è risultata lievemente superiore a quanto riportato da Zhang (59 minuti) significativamente maggiore rispetto ai criteri di Friedman (39 min). Questo dato è in accordo con quanto riportato in letteratura sull'aumento della durata media del secondo stadio del travaglio in donne che effettuano l'analgesia perimidollare;
- per quanto riguarda l'uso di ossitocina è stato osservato un risparmio di ossitocina nel gruppo di donne in cui è stata effettuata analgesia combinata spinale-epidurale rispetto al gruppo in cui è stata effettuata analgesia epidurale (rispettivamente 35% vs 62%). Ciò dimostra che l'uso della tecnica CSE, con il minor utilizzo di

anestetico locale, ha minore influenza sulla dinamica miometriale e determina pertanto una minor necessità di ricorso all'ossitocina;

- per questo stesso motivo, confrontando i tempi del parto nelle donne stimolate con ossitocina, nel gruppo in analgesia combinata spinale-epidurale, rispetto a quello in analgesia epidurale, si nota una differenza significativa che depone a favore, sia di una minor durata del travaglio, che della fase attiva del I stadio, nella popolazione in analgesia combinata spinale-epidurale (rispettivamente 5.08 vs 6.06 h.mm e 4,15 vs 5,00 h mm).

L'aumento di durata del secondo stadio è quindi solo apparente in quanto mentre la dilatazione aumenta di velocità per i motivi sovresposti, la discesa della parte presentata segue il suo decorso fisiologico. Dobbiamo però tener presente che tutti gli studi si concentrano sugli indicatori centrali di tendenza (media, mediana, moda). Bisogna tuttavia tener conto della deviazione standard che in questi studi è molto ampia. Per questo motivo non si può pensare che i valori medi siano applicabili a tutte le donne, viceversa essi esprimono e descrivono un fenomeno biologico di massima. Come è esperienza comune di ciascun operatore della sala parto, la partoanalgesia può drasticamente ridurre i tempi del travaglio, come per converso aumentarli drammaticamente.

Bibliografia

1. Pan P, Eisenach JC. The pain of the childbirth and its effect on the mother and fetus. In: LS, Tsen L, Wong CA, et al, eds. Chestnut's Obstetric Anesthesia Principles and Practice. 5th ed. Philadelphia, PA: Mosby, Elsevier; 2014:410-426.
2. ACOG Practice Bulletin No. 36: Obstetric Analgesia and Anesthesia, Obstetrics & Gynaecology: July 2002 - Volume 100 - Issue 1 - p 177-191
3. ACOG Practice Bulletin No. 36: Obstetric Analgesia and

- Anesthesia, Obstetrics & Gynaecology: July 2002 - Volume 100 - Issue 1 - p 177-191
4. Wang FZ, Shen XF, Guo XR et al (2009) The Labour Analgesia Examining Group (LAEG): epidural analgesia in the latent phase of labour and the risk of cesarean delivery: a five-year randomized controlled trial. *Anesthesiology* 111:871–880
 5. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2007) Intrapartum care— care of healthy women and their babies during childbirth. NICE Clinical Guideline 55, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), London, pp 109–137
 6. Sheiner E, Levy A, Feinstein U, Hallak M, Mazor M., Risk factors and outcome of failure of progress during the first stage of labour: a population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002 Mar; 81(3):222-6
 7. World Health Organization. WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. Geneva: World Health Organisation; 2018
 8. Cahill A.G., Srinivas S.K., Tita A.T.N., Caughey A.B., Richter H.E., Gregory W.T., Liu J., Woolfolk C., Weinstein D.L, Mathur A.M., Macones G.A., Tuuli M. G. (2018). Effect of Immediate vs Delayed Pushing on Rates of Spontaneous Vaginal Delivery Among Nulliparous Women Receiving Neuraxial Analgesia. *JAMA*, 320(14), 144
 9. Anim-Somuah M, Smyth RM, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 May 21;5(5):CD000331
 10. Tsen LC, Thue B, Datta S, et al. Is combined spinal-epidural analgesia associated with more rapid cervical dilatation in nulliparous patients when compared with conventional epidural analgesia. *Anesthesiology*. 1999; 91:920-5.
 11. Shen X., Li Y., Xu S., Wang N., Fan S., Qin X., Zhou C., Hess P.E. (2017). Epidural Analgesia During the Second Stage of Labour: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynaecology*, 130(5), 1097–1103
 12. Frigo M.G., Larciprete G., Rossi F., Fusco P., Todde C., Jarvis S., Panetta V., Celleno D. (2011). Rebuilding the labour curve during neuraxial analgesia. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 37(11), 1532–1539.

5 LETTERATURA RECENTE SULLA MEDICINA NARRATIVA E LA NASCITA

5.1 Introduzione

La nascita è una tappa fondamentale nella vita di una donna. Ogni donna necessita di una assistenza ottimale da parte dell'ostetrica. La medicina narrativa ha il potenziale di migliorare l'assistenza. Per delineare la connessione tra gli strumenti della medicina narrativa e il partogramma è stata condotta una revisione narrativa della letteratura scientifica. A causa della paucità di lavori è stato necessario ampliare il campo di ricerca attorno all'evento nascita.

5.2 Materiali e metodi

La revisione narrativa ha previsto la selezione ragionata delle fonti e l'utilizzo di tabelle di estrazione dati per costruire la sintesi.

Per la ricerca sono state utilizzate le seguenti parole chiave combinate con l'operatore booleano OR: "birth" OR "labour" OR "narration" OR "midwifery". Per la ricerca è stato interrogato il database Medline con interfaccia PubMed.

Criteria di inclusione

- Popolazione: donne partorienti/puerpere, ostetriche/i, e studenti durante il percorso formativo di base.
- Anno di pubblicazione: dal 1° gennaio 2016 al 4 febbraio 2022.
- Lingua di pubblicazione: inglese

I campi di azione della medicina narrativa presi in considerazione sono stati: il miglioramento della relazione ostetrica-gestante, l'empatia, la soddisfazione della donna ed dell'operatore, il consolidamento della formazione.

Criteria di esclusione:

- No full text
- Articoli non pertinenti

L'applicazione della stringa di ricerca ha restituito 865 studi. La valutazione degli articoli è stata fatta in maniera indipendente da tre revisori. La K di Cohen ha valutato il grado di concordanza. Gli articoli selezionati sono stati 11. Il metodo è riassunto nel diagramma di flusso (**Figura 1**).

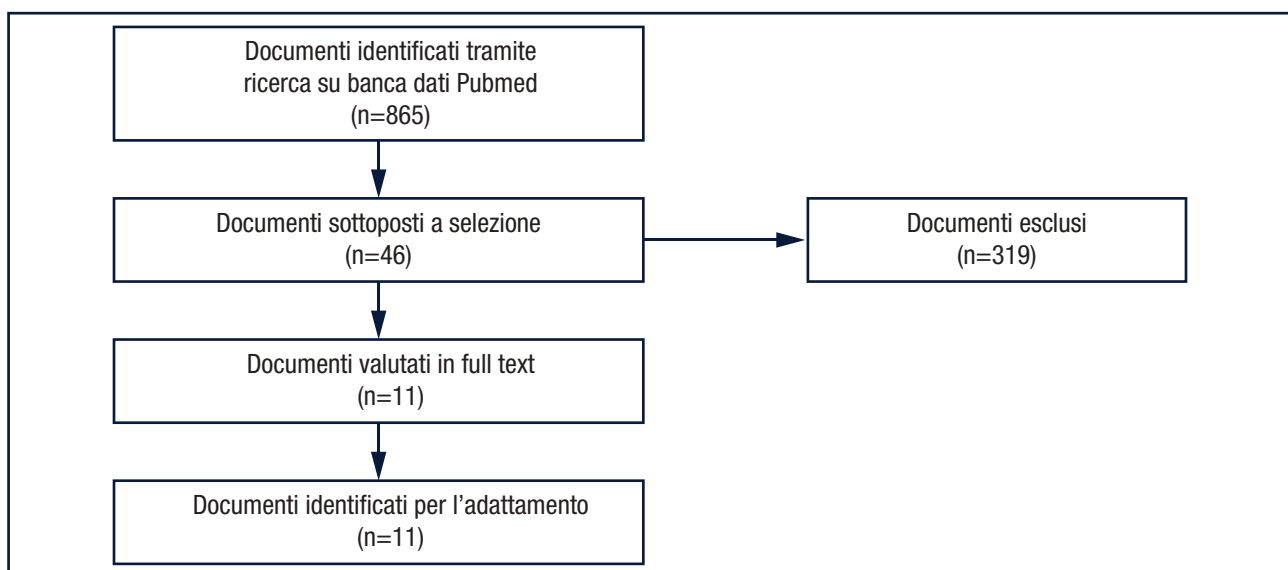


Figura 1. Diagramma di flusso della ricerca.

5.3 Discussione

Sono stati identificati undici articoli che rispettavano i criteri di inclusione. Gli autori hanno suddiviso i lavori selezionati in quattro macro aree: formazione, relazione, empatia e soddisfazione. La medicina narrativa è un elemento basilare della formazione professionale. Quando introdotta nel percorso degli studi ostetrici serve per migliorare l'apprendimento e per migliorare l'approccio narrativo del professionista verso il paziente. La scrittura narrativa, l'ascolto e l'interpretazione delle esperienze della nascita, migliorano l'empatia verso la donna, verso sé stessi e nei confronti dell'equipe. I concetti di soddisfazione e di relazione sono essenziali per una assistenza di qualità alla nascita. Nessuno studio ha preso in analisi il partogramma adattato alla medicina narrativa. Al momento non esistono partogrammi di stampo narrativo.

5.3.1 Formazione

Durante il percorso di studi dei professionisti dell'area materno-infantile l'approccio narrativo potrebbe migliorare l'assistenza ostetrica. In uno studio ermeneutico partecipativo condotto in Nuova Zelanda, viene analizzata l'introduzione di un curriculum centrato sulla narrazione¹.

Un approccio pedagogico narrativo migliora l'integrazione di teoria e pratica nell'educazione ostetrica; esso si concretizza quando studenti, insegnanti e clinici condividono e interpretano in comune le narrazioni delle loro esperienze nell'istruzione e nella pratica clinica. Ogni corso include una o due sessioni narrative e due gruppi di discussione. La narrazione iniziale può essere fornita da una donna, da un'ostetrica o dagli stessi studenti. Gli studenti ascoltano la narrazione e dopo vengono divisi in gruppi di circa 15, ciascuno con un insegnante, per interpretare e discutere la narrazione e per determinare gli obiettivi di apprendimento

del gruppo. Le narrazioni hanno creato l'opportunità per gli insegnanti di ostetricia, di parlare della pratica ostetrica relativa a una singola donna, e non solo. Esse hanno incoraggiato gli studenti a riflettere sui propri limiti, valori e convinzioni, hanno migliorato l'ascolto, e la capacità di apprezzare l'individualità dell'esperienza di ogni donna.

Un altro metodo efficace è l'indagine narrativa che esplora come le esperienze di nascita dei genitori e l'assistenza neonatale favoriscano l'educazione dell'operatore². All'inizio vengono raccolte le interviste di genitori che raccontano la loro esperienza riguardo l'evento nascita e le cure neonatali successive; in seguito, vengono trascritte alla lettera, e si passa alla fase del "costruttivismo" dove viene creata una storia centrale; i partecipanti verificano la credibilità delle storie potendo apportare modifiche ai contenuti, ed infine l'analisi tematica evidenzia i temi principali estrapolati da questi racconti. Temi che saranno utilizzati nell'insegnamento e nell'apprendimento, poiché la narrativa ha il potere di educare e formare.

5.3.2 Empatia

Gli studi clinici confermano la capacità della medicina narrativa di comprendere lo stato d'animo e la situazione emotiva di una persona in un evento delicato ed intimo come il parto.

Uno studio britannico indaga il concetto di parto "normale", adottando un approccio qualitativo e descrittivo per ispirare narrazioni sulla nascita delle donne e delle loro ostetriche³.

A tutti i partecipanti è stato chiesto con interviste non strutturate di raccontare la storia della nascita dal loro punto di vista. I dati comprendevano 42 interviste individuali, con 21 madri e le loro 16 ostetriche. Alcune ostetriche avevano assistito più di una delle madri. Le interviste sono durate dai 15 ai 50 minuti e sono state registrate digitalmente prima di essere trascritte integralmente.

Il confronto ha rivelato molte somiglianze tra le storie delle donne e delle ostetriche. Non sono mancate disuguaglianze nella percezione del parto. Il metodo narrativo è andato in profondità nel capire le interazioni profonde che avvengono in sala parto tra la donna e chi la assiste.

La scrittura narrativa aumenta l'empatia, incoraggia l'atteggiamento positivo verso le persone assistite, qualifica la professionalità dei sanitari⁴.

In uno studio si esplorano i racconti di 16 donne con spettro autistico che hanno partorito⁵. Utilizzando l'approccio di Burke all'analisi narrativa, lo studio identifica sei elementi all'interno di ogni storia, tra cui *quando, dove, chi, cosa, come e perché*. Raccontando le storie di nascite ben dettagliate e spontanee, le partecipanti esprimono come le loro sensazioni di preoccupazione fossero minimizzate, i loro desideri sottovalutati, nonostante all'apparenza fisica potessero sembrar tranquille. Il senso profondo della loro narrazione è un esempio per migliorare l'empatia e la cura.

5.3.3 Soddisfazione e Relazione

Le ultime due macro aree si riferiscono alla soddisfazione delle donne e, solo in alcuni casi, del curante rispetto all'evento nascita e la relazione instaurata tra il curante e la donna. La competenza narrativa è al centro dell'attenzione in diversi contesti.

I racconti di 81 madri in giovane età, tra i 15 e i 24 anni, basati sull'indagine narrativa, sono un mezzo attraverso il quale le madri possono esprimersi, sviluppare le loro competenze e capacità, comprendere e apprezzare la loro vulnerabilità e la forza scaturita dall'esperienza del parto⁶.

Nella sintesi di 12 racconti personali, di scrittura riflessiva, gli autori racchiudono le gioie, le paure, le sfide e i traumi delle donne intervistate⁷. Lo scopo è trasmettere una esperienza narrativa al personale sanitario per sostenere le donne e migliorare la cura, dando voce alle loro esperienze. Anche

la narrazione di racconti negativi è un motivo di riflessione.

Esaminando i racconti delle quattordici donne che hanno subito un parto cesareo non pianificato, con interviste semistrutturate, emergono i punti di vista più disparati e le emozioni vissute da ciascuna di loro⁸. Le partecipanti desideravano una comunicazione più chiara con il personale della sala parto, maggior voce in capitolo nel processo decisionale e il coinvolgimento di persone di supporto. Le esperienze negative di nascita influiscono sul benessere materno e infantile; diventa una necessità comprendere le percezioni delle donne e sviluppare strategie per assisterle nella costruzione di una esperienza positiva sulla nascita.

In due cliniche a Durban in Sudafrica, uno studio qualitativo ha dato voce alle esperienze, tutte negative, dell'assistenza alle partorienti nelle strutture sanitarie, attraverso interviste approfondite condotte in diversi momenti della gravidanza, del parto, fino al rientro al lavoro della donna⁹. La narrazione ha evidenziato la scarsa qualità dell'assistenza, la mancanza di rispetto e di riservatezza. Questi racconti dovrebbero educare i sanitari a migliorare le cure.

Durante la pandemia da Covid19, uno studio ha analizzato storie di nascita di 83 donne su YouTube¹⁰. Lo stato di grave necessità ha reso l'evento nascita più umano, rafforzando il rapporto tra le donne e le persone che hanno prestato la loro assistenza.

La tecnica ermeneutica di Gadamer, in cinque fasi, ha evidenziato i temi principali della nascita: decisione, cura, influenza ed emozioni. Questo metodo ha permesso, attraverso il racconto, di comprendere le aspettative di un gruppo di donne alla prima esperienza di parto¹¹.

5.4 Conclusioni

L'approccio narrativo nell'evento nascita è un alleato per migliorare la qualità di assistenza e l'espe-

rienza della donna e dell'operatore. Le finalità del suo utilizzo sono migliorare l'empatia, la soddisfazione, la relazione tra donna ed operatore ed arricchire la formazione e l'apprendimento dell'ostetrica e del medico. La maggior parte degli studi si concentrano sull'uso della narrativa per le donne. Raramente il personale che assiste al parto riporta la sua narrazione.

Non sono stati trovati studi su un partogramma narrativo. Nel partogramma, oltre all'aspetto tecnico e scientifico, dovrebbero essere inseriti spunti narrativi per migliorare l'assistenza olistica alla donna. Un partogramma con competenza narrativa pone al centro dell'attenzione la donna; inoltre è fonte di crescita continua per il personale della sala parto.

La medicina narrativa sviluppa la *phronesis*, saggezza pratica, degli studenti di Ostetricia, migliora l'apprendimento e rafforza l'intuizione che emerge, al momento della nascita, su questa donna unica, in questo luogo particolare, tra queste risorse disponibili, in questo momento.

Bibliografia

1. Gilkison A, Giddings L, Smythe L. Real life narratives enhance learning about the 'art and science' of midwifery practice. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2016 Mar;21(1):19-32. doi:10.1007/s10459-015-9607-z. Epub 2015 Apr 25. PMID: 25910876
2. Julia Petty, Joy Jarvis, Rebecca Thomas. *Nurse Res*. 2018 Mar 16;25(4):47-51. doi:10.7748/nr. 2018.e1533. Core story creation: analysing narratives to construct stories for learning PMID 29546968 DOI: 10.7748/nr. 2018.e1533
3. Susanne Darra and Fiona Murphy, *Coping and Help in Birth: An investigation into 'normal' childbirth as described by new mothers and their attending midwives, Midwifery*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.05.007> PMID 27428094
4. Victoria A Shaffer, Jennifer Bohanek, Elizabeth S Focella, Haley Horstman, Lise Saffran. 2019 Oct 15;14(10): e0224046. doi: 10.1371/journal.pone.0224046. ECollection 2019. Encouraging perspective taking: Using narrative writing to induce empathy for others engaging in negative health behaviours PMID 31613906 PMCID: PMC6793876 DOI:10.1371/journal.pone.0224046
5. Laura Foran Lewis, Hannah Schirling, Emma Beaudo- in, Hannah Scheibner, Alexa Cestrone *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2021 Nov;50(6):679-690. doi: 10.1016/j. jogn.2021.08.099. Epub 2021 Sep 17. Exploring the Birth Stories of Women on the Autism Spectrum PMID 34543606 DOI:10.1016/j.jogn.2021.08.099
6. Anna Carson, Cathy Chabot, Devon Greyson, Kate Shannon, Putu Duff, Jean Shoveller. *Sociol Health Illn* 2017 Jul;39(6):816-831. doi: 10.1111/1467-9566.12518. Epub 2016 Oct 28. A narrative analysis of the birth stories of early-age mothers PMID 27791267 PMCID: PMC5516245 DOI:10.1111/1467-9566.12518
7. Mary Politi, Emily S Jungheim. *Narrat Inq Bioeth*. 2017;7(3):179-182. doi: 10.1353/nib.2017.0055. Introduction. Challenges with Care During Labor and Delivery PMID 29249700 DOI:10.1353/nib.2017.0055
8. Mary Colleen Simonelli, Susan Gennaro, Caitlin O'Connor, Louise T Doyle. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2021 Jan;50(1):30-39. doi: 10.1016/j.jogn.2020.09.157. Epub 2020 Nov 13. Women Construct Their Birth Narratives and Process Unplanned Cesarean Births Through Storytelling PMID 33197433 DOI: 10.1016/j.jogn.2020.09.157
9. Sphindile Mapumulo, Lyn Haskins, Silondile Luthuli, Christiane Horwood. *PLoS One*. 2021 Dec 14;16(12): e0261204. doi: 10.1371/journal.pone.0261204. eCollection 2021. Health workers' disrespectful and abusive behaviour towards women during labour and delivery: A qualitative study in Durban, South Africa PMID 34905562 PMCID: PMC8670673 DOI:10.1371/journal.pone.0261204
10. Kobi V Ajayi, Idethia S Harvey, Sonya Panjwani, Inyang Uwak, Whitney Garney, Robin L Page *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2021 Sep-Oct;46(5):284-292. Narrative Analysis of Childbearing Experiences During the COVID-19

Pandemic PMID 34162794 PMCID: PMC8373388 doi: 10.1097/NMC.0000000000000742.

11. Valerie Fleming, Franziska Frank, Yvonne Meyer, Jessica Pehlke-Milde, Piroska Zsindely, Harriet Thorn-Cole, Claire de Labrusse. PLoS One. 2022 Feb 4;17(2):

e0261902. doi:10.1371/journal.pone.0261902. eCollection 2022. Giving birth: A hermeneutic study of the expectations and experiences of healthy primigravid women in Switzerland PMID 35120125 PMCID: PMC8815900 DOI: 10.1371/journal.pone.0261902

6. DALLA PRATICA DI CURA ALLA CURA DELLA NASCITA

6.1 Premessa

La medicina narrativa è in sintonia con l'assistenza alla nascita. Narrare è una pratica di cura. Il metodo è descritto in letteratura: ascolto empatico, lettura con cura, scrittura riflessiva, scrittura creativa sono la sostanza della medicina narrativa. La curva di apprendimento richiede impegno affinché si traduca in una vera competenza narrativa. Il profondo impatto della nascita sulla vita di una donna, della sua famiglia e di chi assiste merita un approfondimento.

Come descritto nel terzo capitolo, il partogramma molte volte è compilato dopo il parto per completare la cartella clinica. In caso di controversia sull'assistenza, è lo strumento prediletto dalla medicina legale, dopo la cardiocografia.

Il partogramma con competenza narrativa può cambiare l'assistenza alla nascita. Il dato puntiforme diventa un racconto clinico. In seguito, il racconto potrebbe diventare una scrittura riflessiva e una scrittura creativa. La cartella parallela attiene alla formazione. La condivisione della cartella parallela guidata da un docente è uno stimolo per vivere nel profondo l'arte ostetrica.

Il nostro auspicio è che la medicina narrativa sia inserita nel cammino formativo dei professionisti dell'area materno-infantile.

6.2 La nascita della medicina narrativa

La medicina si occupa della malattia.

Si narrano le fiabe ai bambini, si raccontano le vicende tra amici, si riassume la giornata tornando a casa in famiglia. Viviamo di storie.

Raccontare storie è il modo più umano di scambiare esperienze e di seguire lo scorrere del-

la vita. Una storia è la narrazione orale o scritta di vicende vere o di finzioni. Perfino la Storia, come la conosciamo e la studiamo, è la ricostruzione in forma narrativa di fatti del passato.

Le storie soddisfano il bisogno ineludibile dell'uomo di dare un senso alla propria vita. Come scriveva Gabriel Garcia Marquez nel suo libro autobiografico "Vivere per raccontarla": *"la vita non è quella che si è vissuta, ma quella che si ricorda e come la si ricorda per raccontarla"*.

Raccontarci storie, selezionarle dalla nostra memoria e dai nostri ricordi, permette di costruire un'immagine di noi stessi perfino migliore di quella reale, aiutandoci a vivere meglio e a rendere l'esistenza più sopportabile. In definitiva sono le storie che ci hanno reso umani e sono dunque una risorsa importante da coltivare e valorizzare per l'individuo e per il futuro dell'intera umanità.

La medicina è scienza e ragione ma anche arte e intuizione. Il cuore dell'ostetricia è la nascita.

La definizione Narrative-based Medicine (NBM) è speculare a Evidence-based Medicine (EBM), paradigma dominante che indica la medicina basata sulle prove di efficacia. Nonostante i due concetti vengano spesso contrapposti è possibile operare un'integrazione dei due approcci.

Negli anni '80 alla Harvard Medical School, Arthur Kleinman e Byron Good hanno posto le basi della medicina narrativa¹⁻³.

Kleinman ha distinto tre concetti di malattia corrispondenti a tre termini inglesi intraducibili in italiano: disease (malattia come evento o trauma oggettivo e misurabile); illness (malattia come esperienza soggettiva della sofferenza e del malessere); sickness (malattia come rappresentazione sociale).

La medicina narrativa fece la sua comparsa nel-

la letteratura scientifica del Regno Unito, negli anni '90, con l'ispirazione di Trisha Greenhalgh e Brian Hurwitz^{4,5}. I due medici hanno avvicinato la malattia alla tradizione del racconto, considerata perduta nell'insegnamento e nella pratica della medicina. La narrazione fornisce il significato, il contesto e la prospettiva in cui inquadrare la persona; definisce il come, il perché e il modo in cui ci si ammala. Lo studio delle storie offre la possibilità di sviluppare una comprensione che non può essere raggiunta con nessun altro mezzo.

Rita Charon ha portato nella pratica medica il paradigma di cura basato sulla narrazione⁶.

Onorare le storie di malattia e di cura, dare un nome ad ogni persona con la sua storia: una pratica che i professionisti sanitari devono applicare per avviare il necessario cambiamento di prospettiva. La pratica medica richiede competenza narrativa, capacità di riconoscere, assorbire, interpretare e comprendere le storie e i drammi degli altri. Nel 2009 Rita Charon ha introdotto il corso di Medicina Narrativa alla Columbia University di New York per permettere ai futuri medici di sviluppare le competenze narrative. La medicina narrativa è una proposta per riflettere sulla salute connessa al mondo dell'arte, della musica, del teatro e di ogni forma espressiva.

Il sociologo Guido Giarelli, insieme a Byron Good, ha pubblicato l'esperienza condotta presso l'Azienda Sanitaria di Reggio Emilia⁷. Le storie di malattia narrate rafforzano il rapporto tra la medicina narrativa la medicina basata sulle prove. La narrazione è al servizio della qualità della cura.

Per Giorgio Bert è fondamentale lo scambio di narrazioni nella relazione terapeutica in cui si incontrano due culture diverse⁸. La medicina narrativa è un atteggiamento mentale acquisito, che si usa per scoprire un territorio vasto, affascinante e in gran parte ancora ignoto: il mondo dell'altro, del paziente. Nelle narrazioni del paziente il medico

trova i significati e il senso del percorso diagnostico e di cura.

Nel giugno 2013 a Londra si è svolta la prima conferenza di interesse mondiale sulla Medicina Narrativa, *A narrative future for healthcare*, organizzata dal King's College di Londra e dalla Columbia University⁹. La conferenza ha riunito studiosi con l'obiettivo di attrarre l'interesse internazionale sul sapere narrativo in sanità.

A Firenze il programma NAME, acronimo di *Narrative Based Medicine*, ha inserito la medicina narrativa in una organizzazione sanitaria^{10,11}. Il Laboratorio di Medicina Narrativa ha coinvolto molte specializzazioni, anche l'ostetricia, con molteplici metodi di formazione e di ricerca narrativa: interviste, mappe concettuali, focus group, video-riprese di colloqui, cinema come suggestione. Sono stati elaborati strumenti dedicati, come il Decalogo del Buon Paziente e del Buon Medico e utilizzati mezzi espressivi come la poesia, la pittura e il teatro. Sono state raccolte molte storie di pazienti cercando di comprenderle nel senso più profondo.

6.3 Definizione di medicina narrativa

Nel giugno 2014 l'Istituto Superiore di Sanità insieme al Centro Nazionale Malattie Rare ha organizzato la *"Conferenza di consenso: Linee di indirizzo per l'utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative"*¹².

La Conferenza ha chiarito la definizione, le metodologie, gli strumenti, l'utilità, gli ambiti e l'applicazione della Medicina Narrativa.

La Conferenza ha concluso che *"con il termine di Medicina Narrativa si intende una metodologia d'intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa. La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, com-*

prendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura. Il fine è la costruzione condivisa di un percorso di cura personalizzato (storia di cura). La NBM si integra con la EBM e, tenendo conto della pluralità delle prospettive, rende le decisioni clinico-assistenziali più complete, personalizzate, efficaci e appropriate. La narrazione del paziente e di chi se ne prende cura è un elemento imprescindibile della medicina contemporanea, fondata sulla partecipazione attiva dei soggetti coinvolti nelle scelte. Le persone, attraverso le loro storie, diventano protagoniste del processo di cura».

6.4 La pratica di cura secondo Rita Charon: attenzione, rappresentazione e connessione

Per Rita Charon, scrivere in prosa ordinaria ci avvicina alle persone e ci aiuta a riconoscere le nostre reazioni emotive¹³.

La narrazione è una via per la consapevolezza, l'impegno, la responsabilità, l'eticità, l'empatia.

La relazione terapeutica è simile a un ciclo



Figura 1. Illustrazione di Fiammetta Ciavurro

cardiaco. Durante la diastole usiamo il cervello in modo dinamico per ascoltare. L'ascolto porta all'attenzione per l'altro. Ogni persona che si rivolge a noi racconta la sua storia. Nella storia è presente un'aspettativa di attenzione e di cura.

Durante la sistole formuliamo una diagnosi, interpretiamo i segni oggettivi, proponiamo una soluzione. Nella pratica esistono tre fasi: attenzione, rappresentazione, connessione.

Durante il travaglio il ritmo uterino della donna è simile a quello cardiaco, pausa-contrazione-pausa-contrazione, fino alla nascita.

Un'altra similitudine è con le onde marine che crescono e arrivano fino alla riva in un ciclo continuo (**Figura 1**).

Attenzione

Per Rita Charon, se ci mettiamo a disposizione dell'altro, se lo lasciamo parlare attraverso di noi, possiamo aiutarlo a comprendere le sue stesse parole, risuonando come un'anfora al vento¹³.

Uno studio ha evidenziato che mediamente il medico interrompe il racconto dei sintomi dopo 18 secondi, togliendo spazio all'ascolto del vissuto della persona assistita¹⁴.

Assorbendo diastolicamente quello che l'altro dice, offriamo cure efficaci. La formazione e la pratica narrativa ci aiutano a raggiungere lo stato di attenzione. Attraverso la narrazione si trova un sostegno per la personale ricerca di senso.

Rappresentazione

Tra l'attenzione e la rappresentazione esiste un legame potente. I racconti in prosa ordinaria, gli incontri in reparto, le sessioni di cartella parallela fanno emergere il vissuto e la difficoltà nell'assistenza degli operatori sanitari. Anche senza particolare formazione emergono descrizioni piene di significato nella relazione di cura. Dalla filosofia alla psicologia cognitiva, dall'estetica agli studi lettera-

ri, dalla scrittura creativa alla psicoanalisi, molto è stato pubblicato sulla teoria e la prassi della rappresentazione, sulla percezione e l'immaginazione, sulla capacità di tradurre in parole una situazione "reale" o inventata.

Per Rita Charon la rappresentazione deriva da qualcosa che è stato osservato¹³. Gli artisti non se ne stanno in soffitta con gli occhi chiusi a inventare dal nulla. Sono simili ai sognatori, agli operatori sanitari che prendono la penna in mano. L'immaginazione trae origine dalle esperienze. Questo è il lavoro sistolico.

Paul Ricoeur ha indagato la comprensione delle nostre esperienze e di quelle altrui per mezzo dei testi¹⁵. Si parte dal concetto di mimesis, termine greco che indica l'imitazione, già usato da Aristotele per descrivere i modi in cui l'azione prende forma nella trama.

La mimesis è un processo attivo di trasposizione in opere rappresentative, attraverso il racconto, il linguaggio, il pensiero, lo spettacolo, il canto. La mimesis crea qualcosa che prima non c'era.

Per Rita Charon, mentre una persona presta attenzione, l'altra fornisce una rappresentazione¹³.

Poi, i ruoli si invertono. Si tratta di processi collaborativi e reciproci, basati sul desiderio e sulla fiducia, dove ci si compenetra e ci si lascia coinvolgere: non c'è attenzione senza rappresentazione, non c'è rappresentazione senza attenzione.

La cartella clinica e il partogramma sono forme particolari di rappresentazione. Normalmente la lettura sostituisce la conversazione. Lo stile del testo è in forma passiva, i verbi sono all'infinito. Per esempio, *eseguito, prescritto, somministrato, eseguire, somministrare*.

I professionisti della salute imparano a sopprimere il proprio punto di vista a favore di un linguaggio formale. La cartella clinica ha valore medico legale. La conseguenza è il silenzio su quello che si pensa e si prova.

Rita Charon ha confrontato le cartelle cliniche ospedaliere con quelle del padre medico di famiglia presso una comunità¹³. Le sue cartelle cliniche erano storie di malattia e di cura, di cultura e di soggettività, d'intimità e di sofferenza: storie di persone che procedono insieme. Sono una unità di corpo, mente e spirito.

Connessione

La connessione è paragonabile alla circolazione sanguigna. La sistole e la diastole cardiaca comportano il regolare flusso del sangue nel resto del corpo. Attenzione come diastole e rappresentazione come sistole, portano alla connessione tra la persona assistita e l'operatore sanitario. Il risultato è una cura efficace con rapporti professionali coerenti.

L'empatia è l'effetto più evidente della connessione tra la donna, l'ostetrica e il medico. L'empatia è la capacità di accogliere le emozioni di un altro individuo, elaborarle in senso cognitivo, di mettere in atto un comportamento che restituisce all'altro una reazione positiva cognitiva ed emotiva¹⁶.

La letteratura ha riconosciuto gli effetti positivi dell'empatia sull'assistenza¹⁷⁻¹⁹.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità una esperienza positiva della nascita è un aspetto critico di una assistenza ostetrica di alta qualità, centrata sulla donna²⁰.

6.5 La competenza narrativa

Le capacità verbali sono quattro: ascoltare, parlare, leggere, scrivere²¹. Lettura e ascolto ricevono la narrazione, scrittura e parola producono la narrazione. Facciamo un uso quotidiano di queste abilità. Il cattivo uso è la causa frequente di incomprensioni.

La competenza narrativa nasce dalla capacità di attenzione e rappresentazione attraverso l'a-

scolto, la lettura, la scrittura, la parola. In questo modo raccogliamo i dati clinici con empatia costruendo una alleanza terapeutica duratura. Cambiamo il modo di curare. Ascolto e lettura si riferiscono all'attenzione, la fase diastolica della relazione. Scrittura e parola si riferiscono alla rappresentazione, la fase sistolica. Tutte insieme portano alla connessione, allo scambio reciproco.

La competenza narrativa è una postura. Non è una abilità tecnica da imparare a scuola, come una procedura chirurgica^{22,23}.

“La postura narrativa è l'essenza della medicina narrativa, è il modo di essere di una cura personalizzata, co-costruita, centrata sulla relazione curante-curato. È un atteggiamento, un modo di pensare, di porsi con il paziente, di abitare la professione, si costruisce nel tempo attraverso le esperienze formative, di socializzazione, di apprendimento attraverso il modelling nei luoghi di lavoro. Non è un tratto caratteriale, anche se attitudini relazionali la facilitano, è fatta di metodo, rigore e verifiche. È una proprietà emergente che origina dall'intreccio di diversi fattori i principali dei quali sono: l'ascolto attivo, l'attenzione situata, lo sguardo, l'empatia, il dialogo con le parole giuste, l'autoconsapevolezza emozionale, l'aver cura di sé, la curiosità e la meraviglia, oltre naturalmente alla competenza tecnica e scientifica”.

Contributo personale di Paolo Trenta

John Launer, medico di medicina generale e terapista familiare, ha parlato di co-costruzione della relazione terapeutica²⁴. La competenza narrativa è composta da abilità di ascolto, espressione, interazione empatica attraverso il linguaggio. La conversazione tra il sanitario e la persona assistita è il momento in cui si intrecciano i significati. I professionisti con competenza narrativa mostrano empatia, capacità di riflessione, professionalità, affidabilità.

Ascolto empatico

L'ascolto è la prima abilità comunicativa che impariamo istintivamente da neonati; le prime parole le abbiamo pronunciate a circa un anno di età mentre la lettura e la scrittura sono arrivate con la scuola intorno ai sei anni.

Dedichiamo molto più tempo ad ascoltare che a parlare, leggere e scrivere. Circa la metà dei nostri momenti di veglia è dedicata all'ascolto, un terzo è dedicato al parlare, il rimanente diviso tra lettura e scrittura. Ascoltare vuol dire costruire significati per arrivare a una comprensione attiva delle informazioni trasmesse. Quando entriamo in relazione con una fonte comunicativa, oltre al suono che ci arriva attraverso l'orecchio esterno, percepiamo diverse informazioni, che ci aiutano nella costruzione dei significati e nell'interpretazione: il tono e il ritmo della voce del nostro interlocutore; il corpo, con la mimica, lo sguardo, la postura e la prossemica; l'abbigliamento; lo spazio in cui si diffonde il suono; l'ambiente nel suo insieme.

L'ascolto è una capacità multisensoriale che può coinvolgere anche la vista e l'olfatto. Nella vita quotidiana sentiamo una grande quantità di suoni e di parole che non sempre riescono ad attirare la nostra attenzione. La differenza tra sentire e ascoltare è legata al livello di attenzione. L'attenzione dipende dal grado di interesse che la comunicazione genera.

Per comprendere in modo efficace un messaggio orale è necessario interpretare, oltre che il significato delle parole, anche il linguaggio non verbale e l'intenzione di chi parla. Ogni relazione terapeutica inizia con un racconto.

Imparare ad ascoltare in modo empatico significa distogliere l'attenzione da noi, da quello che vorremmo dire per controbattere, per correggere, per dare indicazioni, per parlare della nostra esperienza nello stesso campo, per affermarci di fronte all'altro. Oltre che attraverso parole, la co-

municazione passa anche dalle pause, dalle brevi esitazioni, dal linguaggio del corpo, dallo sguardo. I nostri sensi devono essere coinvolti nel recepire la quantità di informazioni che confluiscono nell'ascolto. L'empatia genera in chi parla un senso di comprensione e di accoglienza che migliora la sua capacità comunicativa^{22,25}.

Scrivere ciò che si ascolta consolida il flusso dei nostri pensieri, le nostre opinioni, e favorisce l'ascolto profondo. Possiamo considerare i nostri appunti come una memoria esterna, che salva i nostri ricordi in sicurezza. Non sempre l'ascolto empatico però consente di scrivere senza che ciò sembri all'altro una distrazione; possiamo allora fissare alcune note, quando siamo certi di aver compreso il senso profondo del discorso, così da poterle rielaborare in seguito.

Letture con cura

Cura fa rima con lettura. Sviluppando competenze narrative, i professionisti della salute sono più attenti verso i pazienti, sintonizzati con le loro esperienze, riflessivi nel proprio lavoro, precisi nell'interpretazione¹³. Secondo Arthur Frank bisogna "pensare con le storie"²⁶. Per Rita Charon i clinici sono le gioiose ostetriche di questo cambiamento di vita¹³. A partire dagli anni Quaranta del Novecento il New Criticism ha introdotto il close reading, la lettura con cura. L'analisi testuale con cura non considera soltanto il messaggio e la trama di un testo.

Rita Charon ha proposto alla Columbia University un modello per la lettura con cura basato su cinque punti: contesto, forma, tempo, trama e desiderio.

Contesto

- A chi si rivolge il testo?
- In quale contesto si svolge il testo?

Forma

- Quale genere e struttura presenta il testo?

- Quale è la voce narrante del testo?
- Il testo contiene metafore o un riferimento ad altri testi?
- Il testo ha uno stile formale o discorsivo?

Tempo

- In quale ordine, con quale velocità e per quanto tempo si svolgono gli eventi?

Trama

- Quale è la trama del testo?

Aspettativa

- Quale aspettativa si intuisce nel testo?

La lettura con cura è la firma del metodo narrativo. La lettura con cura si fonda sulla lettura accurata di un testo: un'opera letteraria, un romanzo, un breve racconto, una poesia, un saggio, una storia di malattia, una cartella parallela. Anche un dipinto, una fotografia, un video, un film, un'opera musicale. La lettura con cura è anche osservazione con cura.

Il facilitatore propone una riflessione comune dopo una breve fase di lettura: la prospettiva del testo, la forma, la voce narrante, le emozioni veicolate dal testo. L'ascolto è condiviso, non giudicante. Subito dopo il facilitatore introduce uno spunto narrativo per una scrittura creativa breve e spontanea. Lo spunto è aperto senza domande chiuse. I partecipanti leggono i loro testi per una riflessione ulteriore a partire dal testo originale.

La lettura con cura agisce sia sull'attenzione che sulla rappresentazione, la base della competenza narrativa che conduce alla connessione.

Scrittura riflessiva e scrittura creativa

La scrittura riflessiva e la scrittura creativa sono il risultato della capacità di prestare attenzione alla realtà che viviamo. Ogni incontro, ogni situazione vissuta è una esperienza che richiede una riflessione per rappresentare la percezione e trasformarla in memoria.

La cartella parallela è un esempio di scrittura

riflessiva applicata alla formazione¹³. Lo studente è invitato a elaborare l'esperienza di cura verso una persona assistita con aspetti che esulano dalla cartella clinica. Lo studente racconta la propria speranza, le delusioni, le aspettative, il rapporto esclusivo ed intimo con quella persona.

Il testo viene poi letto alla presenza di un professore in un piccolo gruppo di colleghi per una riflessione comune. Lo scopo ultimo è migliorare l'assistenza. La competenza umana diventa una base per la competenza tecnica, indispensabile nelle professioni sanitarie²⁷.

La linea narrativa del tempo è un grafico: l'asse orizzontale rappresenta il tempo. L'asse verticale gli eventi del travaglio considerati significativi dall'operatore.

Il diario personale è un metodo di scrittura riflessiva²². Scrivere con costanza nel tempo porta alla luce il mondo interiore. Un flusso di emozioni affrancato dal rigore logico e razionale

Le esperienze vissute che diventano una scrittura riflessiva hanno il potenziale di divenire una scrittura creativa. Si parte dalla realtà per descrivere gli eventi in modo creativo. La forma comprende il racconto, il romanzo, la poesia, la grafica, la fotografia, la musica. La creatività non ha limiti formali. Scrittori creativi, come William Faulkner e Franz Kafka, hanno sostenuto che scrivere è come "conoscere cosa si è pensato"¹³.

6.6 La cura della nascita attraverso la competenza narrativa

La cura della nascita e l'utilizzo del partogramma secondo i principi della medicina narrativa, conducono chi lavora in sala parto alla competenza narrativa.

L'attenzione narrativa in sala parto è l'**ascolto empatico**. Sentire non sempre coincide con ascoltare.

In sala parto la Rappresentazione **clinica** si basa sulla compilazione del **partogramma**. La nostra proposta è utilizzare la **Guida OMS 2020** che contiene una sezione dedicata al sostegno alla donna, una sezione sulle decisioni condivise in sala parto, una rappresentazione grafica della dilatazione cervicale rispettosa della fisiologia.

Uno strumento narrativo clinico da aggiungere al partogramma nella cartella clinica potrebbe essere la **Nota del parto con spunti narrativi**, dove gli eventi clinici del travaglio e del parto sono raccontati in forma discorsiva dagli operatori. Philpott e Castle avevano previsto un campo note nel partogramma del 1972²⁸. Gli spunti narrativi facilitano la narrazione. La nota **non contiene le riflessioni personali dell'operatore sanitario (Figura 2)**.

La Rappresentazione basata **sulla riflessione personale non è nella cartella clinica**. La riflessione personale è una occasione di crescita a partire dalle esperienze in sala parto, che ogni operatore condivide con la donna e con gli altri operatori.

Uno strumento semplice potrebbe essere la **Linea narrativa del tempo del travaglio**. Ogni evento significativo per l'operatore, anche personale, viene riassunto in un grafico. La linea del tempo **non rimane nella cartella clinica della donna**. Ogni operatore compila il suo grafico personale (**Figura 3**).

Il **Racconto** è una forma di **scrittura riflessiva** per riflettere sull'esperienza vissuta in sala parto in parallelo alla linea narrativa del tempo.

Il **Diario personale** è un metodo tradizionale che aiuta nel tempo a ricordare, a crescere, a cambiare la prospettiva.

Nella formazione il docente potrebbe proporre ai suoi allievi di scrivere una **Cartella parallela** raccontando, dal loro punto di vista, le esperienze vissute in sala parto. La condivisione guidata dei

Nota del parto

Spunti narrativi; primo stadio: l'evoluzione del travaglio... la donna... il feto... la persona di fiducia... il nostro sostegno...; **secondo stadio:** la donna... il desiderio di spingere... la discesa della testa... il battito cardiaco fetale... la persona di fiducia... il nostro sostegno...; **dopo il parto:** la donna...il neonato...il contatto tra la donna e il neonato...

--	--

Figura 2. Nota del parto con spunti narrativi.

Linea del tempo del travaglio di parto

Figura 3. Linea del tempo del travaglio di parto.



Tabella 1. Nascita e competenza narrativa

Attenzione narrativa
Ascolto empatico
Rappresentazione clinica narrativa nella cartella clinica
Partogramma/Guida OMS 2020
Nota del parto con spunti narrativi
Rappresentazione personale non compresa nella cartella clinica
Linea narrativa del tempo del travaglio
Racconto
Diario personale
Cartella parallela
Scrittura creativa
Connessione
Empatia
Ricerca basata sulla qualità

testi sarebbe uno strumento educativo di grande impatto.

La **Scrittura creativa** lascia spazio alla libertà espressiva. La nascita ha ispirato nei secoli grandi opere letterarie in prosa e in poesia, trame teatrali, film, raccolte di immagini, sculture, dipinti.

La Connessione ha come fine ultimo **l'empatia** tra la donna e le persone che la assistono in sala parto. L'empatia apre la porta ad una esperienza positiva della nascita. La **Ricerca basata sulla qualità** approfondisce gli aspetti umani dell'assistenza (**Tabella 1**).

Bibliografia

1. Kleinman, Arthur. Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Vol. 3. Univ of California Press, 1980.
2. Kleinman, Arthur. "The illness narratives: suffering, healing, and the human condition: [excerpt]." Academic medicine 92.10 (2017): 1406.
3. Byron J. Good. Narrare la malattia: lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente. Einaudi, 2006.
4. Trisha Greenhalgh, Brian Hurwitz, Narrative Based Medicine: Dialogue and discourse in clinical practice. BMJ Books, Londra 1998
5. Trisha Greenhalgh, Brian Hurwitz, why study narrative? BMJ Books, Londra 1999.
6. Rita Charon, Narrative Medicine: honoring the stories of illness, Oxford University Press, New York 2006.
7. Guido Giarelli, Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile, Franco Angeli, Milano 2005.
8. Giorgio Bert, Medicina narrativa. Storie e parole nella relazione di cura, Il pensiero scientifico editore, Roma 2007.
9. Brian Hurwitz, Rita Charon, "A narrative future for health-care", The Lancet 2013;381(9881):1886-1887
10. P. Ballo, M. Milli, C. Slater, F. Bandini, F. Trentanove, G. Comper, A. Zuppiroli, S. Polvani, "Prospective Validation of the Decalogue, a Set of Doctor-Patient Communica-



- tion Recommendations to Improve Patient Illness Experience and Mood States within a Hospital Cardiologic Ambulatory Setting,” *BioMed Research International* Volume 2017
11. Polvani S. et al, “Narrative medicine, a model of clinical governance: the experience of the Local Health Authority of Florence in Italy” in *Clinical Practice* (2014) 11(5), 493–499
 12. Conferenza di Consenso Linee di indirizzo per l'utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative 11-12-13 giugno 2014 Promossa dall'Istituto Superiore della Sanità (ISS), Centro Nazionale Malattie Rare (CNMR)
 13. Charon, Rita. *Medicina narrativa (Italian Edition)* Raffaello Cortina Editore. Kindle Edition.
 14. Egidio Moja, Elena Vegni, *La visita medica centrata sul paziente*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2000.
 15. Ricoeur, P. (1983), *Tempo e racconto*, vol. 1. Tr. it. Jaca Book, Milano 1986.
 16. Riess H. *Emerg Med J* 2022; 39:418–419
 17. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, et al. The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One* 2014;9: e94207.
 18. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2013;63: e76–84
 19. Shanafelt TD, West C, Zhao X, et al. Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *J Gen Intern Med* 2005; 20:559–64.
 20. World Health Organization. *WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. Geneva: World Health Organisation; 2018
 21. Tullio De Mauro, *Linguistica elementare*, Laterza, Roma-Bari 1998.
 22. Polvani, Stefania. “Cura alle stelle: manuale di salute narrativa.” (2022) Maria Margherita Bulgarini Editore
 23. *Medicina Narrativa: quale formazione per la competenza narrativa Esperienza e letteratura a confronto* Francesca Memini, Venusia Covelli *Medical Humanities & Medicina Narrativa* pp. 101-121 (dicembre 2020)
 24. Launer, J., Why narrative? «*Postgraduate Medical Journal*», 85.1-001, 2009, pp. 167-168. *Narrative-based practice in health and social care: conversations Inviting change*, Routledge, London 2018.
 25. Marianella Sclavi, *Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*, Bruno Mondadori, Milano 2003.
 26. Frank, A.W. (1995), *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. University of Chicago Press, Chicago.
 27. Charon R, Hermann N, Devlin MJ. Close Reading and Creative Writing in Clinical Education: Teaching Attention, Representation, and Affiliation. *Acad Med*. 2016 Mar;91(3):345-50.
 28. Philpott RH. Graphic records in labour. *Br Med J*. 1972 Oct 21;4(5833):163-5. doi:10.1136/bmj.4.5833.163. PMID: 5078450; PMCID: PMC1786387.

7. INDICAZIONI PER LA BUONA PRATICA CLINICA

Il partogramma è uno strumento per il monitoraggio del travaglio di parto (Capitolo 1, 2, 3, 4)

I requisiti per il buon uso del partogramma sono l'accettabilità degli operatori sanitari, il supporto del sistema sanitario, le risorse umane e la competenza degli operatori sanitari (Capitolo 3).

L'efficacia del partogramma è condizionata dal contesto di utilizzo. Un effetto diretto sull'esito del parto non è il motivo per cui si consiglia di usare il partogramma (Capitolo 3)

L'utilizzo del partogramma come strumento di screening e il suo inserimento in un contesto integrato di assistenza in sala parto, previene il ricorso al taglio cesareo, migliora la qualità dell'assistenza e la soddisfazione delle donne (Capitolo 3).

La velocità di dilatazione di 1cm/ora nella fase attiva del travaglio, corrispondente alla linea di attenzione del partogramma, è inefficace per identificare le donne a rischio di esiti avversi del parto (Capitolo 3)

La Guida OMS 2020 è l'evoluzione del partogramma perchè contiene una sezione dedicata al sostegno alla donna, una sezione sulle decisioni condivise in sala parto, una rappresentazione della dilatazione cervicale rispettosa della fisiologia (Capitolo 1, 2, 3).

La Medicina Narrativa è una metodologia d'intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa. La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti sono coinvolti nella cura alla nascita. Il fine è la costruzione condivisa di un percorso di cura personalizzato (Capitolo 5, 6).

La competenza narrativa nasce dalla capacità di attenzione e di rappresentazione attraverso l'a-

scolto, la lettura, la scrittura, la parola. Ascolto e lettura si riferiscono all'attenzione, la fase diastolica della relazione. Scrittura e parola si riferiscono alla rappresentazione, la fase sistolica (Capitolo 6).

La competenza narrativa è una postura. Non è una abilità tecnica da imparare a scuola (Capitolo 6).

In sala parto l'Attenzione si basa sull'ascolto empatico (Capitolo 6).

In sala parto la Rappresentazione clinica si basa sulla compilazione del partogramma (Capitolo 6).

Uno strumento narrativo clinico da aggiungere al partogramma nella cartella clinica potrebbe essere la Nota del parto con spunti narrativi (Capitolo 6).

La Rappresentazione basata sulla riflessione personale non è nella cartella clinica. Uno strumento semplice potrebbe essere la Linea narrativa del tempo del travaglio (Capitolo 6)

Il Racconto è una forma di scrittura riflessiva per riflettere sull'esperienza vissuta in sala parto in parallelo alla linea narrativa del tempo (Capitolo 6).

Il Diario personale è un metodo tradizionale che aiuta nel tempo a ricordare, a crescere, a cambiare la prospettiva (Capitolo 6).

Nella formazione il docente potrebbe proporre ai suoi allievi di scrivere una Cartella parallela raccontando, dal loro punto di vista, le esperienze vissute in sala parto (Capitolo 6).

La scrittura creativa lascia spazio alla libertà espressiva (Capitolo 6).

La Connessione ha come fine ultimo l'empatia tra la donna e le persone che la assistono in sala parto. L'empatia apre la porta ad una esperienza positiva della nascita per la donna e per l'operatore (Capitolo 6).

La Ricerca basata sulla qualità approfondisce gli aspetti umani dell'assistenza (Capitolo 5, 6).

APPENDICE A - LA CURVA CERVICOMETRICA E IL PARTOGRAMMA

Il padre nobile del partogramma è Emanuel Friedman. Tuttavia, Philpott e Castle hanno realizzato il primo modello grafico¹⁻³. La curva cervicometrica di Friedman è stata per tanti anni la base degli studi sul travaglio⁴.

Prima di Friedman

Nel suo libro del 1978, *Labour Clinical Evaluation and Management*, Friedman analizzò gli studi precedenti al 1954⁵.

Tra il 1930 e il 1944 Calkins ha studiato la variabilità della durata del travaglio contrapponendo la resistenza della cervice uterina e del pavimento pelvico all'efficacia della contrazione uterina⁶⁻⁹.

In momenti diversi, Frey nel 1929¹⁰, Geisendorf nel 1937¹¹ e Caldeyro Barcia nel 1958¹² hanno centrato l'attenzione sul conteggio delle contrazioni uterine. Il metodo grafico valutava: il numero di contrazioni uterine in 30 minuti, la durata media, le caratteristiche. La rottura delle membrane era il punto di partenza. Per le nullipare si stimavano circa trecento contrazioni uterine fino al parto e duecento per le pluripare. In seguito, Caldeyro Barcia ha introdotto le Unità Montevideo per descrivere le contrazioni uterine.

Nel 1946 Wolf ha distinto con un grafico il tempo frazionale di dilatazione dal tempo totale¹³. L'analisi era sempre retrospettiva dal momento del parto. Non era utile per descrivere il travaglio in tempo reale.

Per Zimmer l'esperienza di Wolf fu la base per la costruzione di curve basate sulla durata del travaglio¹⁴. La rottura delle membrane era il momento centrale. La curva iperbolica mostrava una accelerazione a tre-quattro centimetri di dilatazione. Il punto di accelerazione non era descritto con precisione ed era sempre stimato in modo retrospettivo.

Koller a Basilea, in parallelo a Zimmer, propose il "Partogramm"¹⁵. Il tempo zero era la rottura delle membrane. La dilatazione era descritta paragonandola alla grandezza delle monete dell'epoca. Koller, inoltre, riteneva che la rottura delle membrane influenzasse la durata del periodo dilatante e del periodo espulsivo. La compilazione del "Partogramm" era continua: la curva era orizzontale nel primo periodo del travaglio e poi accelerava^{16,17}. La scala del grafico non era lineare e riportava incrementi irregolari della dilatazione a causa della mancata definizione standard della dilatazione in centimetri.

Gli studi di Friedman

Virginia Apgar, anestesista della Columbia University, stava studiando l'effetto del blocco periferico sull'andamento del travaglio e chiese a un giovane medico, Friedman: "Come è la curva di dilatazione?". Friedman disegnò così la curva di dilatazione con taccuino e matita¹⁸. Per ogni travaglio registrava i dati salienti, in particolare la dilatazione cervicale nel tempo. La valutazione della dilatazione cervicale avveniva per esplorazione rettale, per ridurre il rischio di infezione. Fin dalle prime osservazioni fu visibile una curva sigmoidea. Da questa nacque il concetto di fase latente e attiva del periodo dilatante del travaglio. Nello stesso tempo Friedman definì i limiti statistici della durata delle fasi del travaglio in base alla parità.

Nel 1954 Friedman pubblicò il suo primo studio *Graphic Analysis of Labour*, su un campione di 100 donne nullipare¹⁹. Un segno dei tempi è che 64 donne su 100 partorirono dopo una applicazione bassa di forcipe. L'episiotomia era eseguita in 98 casi su 100. L'inizio del travaglio era considerato il momento in cui la donna riferiva regolare attività contrattile uterina.

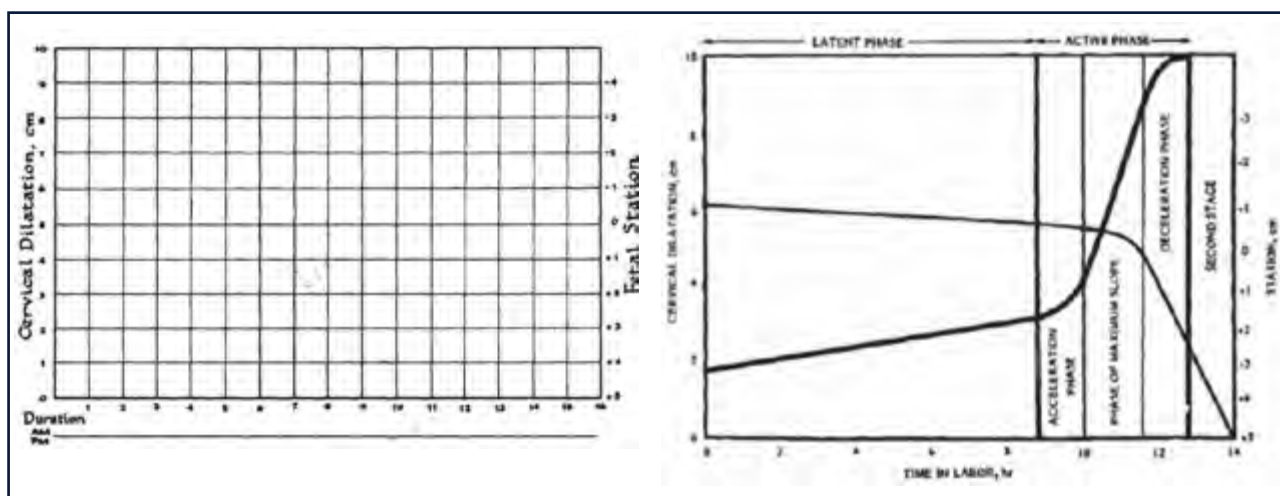


Figura 1. Cervicogramma e curva di Friedman⁵

Secondo Friedman la tecnica di registrazione della dilatazione nel tempo era semplice: un foglio a quadretti con dieci quadrati sull'ordinata per la dilatazione in centimetri; ogni quadrato sull'ascissa rappresentava un'ora. La curva si costruiva unendo i punti della dilatazione tra una visita e la successiva.

Nel 1955 Friedman pubblicò uno studio su 500 donne nullipare con tre sezioni: le curve medie di dilatazione, le anomalie della dilatazione, l'applicazione del metodo alle varie situazioni cliniche²⁰. La curva sigmoidea fu divisa in fasi: la fase latente, dall'inizio del travaglio all'inizio della fase attiva; la fase attiva, quando la curva diventava verticale, in tre fasi: accelerazione, massima accelerazione e decelerazione. Spesso la fase di accelerazione era breve e si assimilava alla fase di massima accelerazione.

Nel 1956 pubblicò uno studio su 500 donne multipare. La curva aveva un aspetto simile a quella delle nullipare²¹.

Il libro del 1978 ha consolidato i risultati degli studi precedenti⁵. Nel grafico era presente anche la curva di discesa della parte presentata.

In termini funzionali il travaglio comprendeva tre periodi: il periodo prodromico, con la fase latente e l'accelerazione della fase attiva; il periodo dilatante, comprendente la fase di massima accelerazione e di decelerazione; il periodo pelvico, comprendente la fase di decelerazione e il periodo espulsivo.

Friedman negli anni, raccolse nel *National Collaborative Perinatal Project*, i partogrammi di 26.838 donne. Nel 2010 uno studio americano, grazie a sofisticate tecniche statistiche, ha rielaborato i dati storici di questo database (**Figura 1**)²².

PHILPOTT E CASTLE

Philpott e Castle nel 1972 pubblicarono due studi di valore immenso^{2,3}. Nella loro realtà, l'attuale Zimbabwe, era presente 1 medico ogni 80000 persone. In travaglio di parto l'assistenza ostetrica era minima. L'arresto del travaglio conduceva facilmente alla morte del feto e/o della madre.

Philpott e Castle aggiunsero la linea di attenzione come limite statistico per una dilatazione fisiologica. L'incremento era di 1 cm/ora a partire da almeno 3 cm di dilatazione e il 100% di appiattamento cervicale.

Con il secondo studio, i due ricercatori aggiunsero la linea di azione a quattro ore dalla linea di attenzione, un tempo arbitrario per iniziare la gestione attiva del travaglio. Su 624 donne, 68 (11%), superarono la linea di azione.

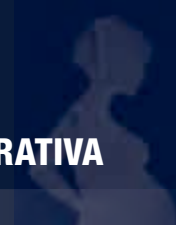
Le azioni raccomandate erano: l'analgesia peridurale, la valutazione della pelvi per sospetto di sproporzione, la somministrazione di fluidi endove-

na e l'assunzione di carboidrati semplici, l'infusione di ossitocina; successiva valutazione a distanza di sei ore, taglio cesareo in caso di sospetta sofferenza fetale.

Il confronto con uno studio del 1966, in cui non erano presenti le due linee di riferimento, ha dimostrato la diminuzione dei tagli cesarei, dei travagli di durata maggiore di 12 e di 24 ore, della mortalità perinatale e l'aumento dei parti operativi con ventosa.

Philpott nel 1972 scrisse al *British Medical Journal* che le registrazioni grafiche miglioravano l'assistenza ostetrica in travaglio¹.

Il grafico misurava 25x40 cm e il modulo comprendeva due pagine. Il documento era visibile sul bordo del letto della donna in travaglio. La prima pagina conteneva i dati del ricovero, la seconda l'evoluzione del travaglio e le osservazioni. Il nucleo centrale era la curva cervicometrica.



Descrizione del partogramma di Philpott e Castle

Orario: il tempo zero, come descritto da Hendricks, era il ricovero della donna in sala parto.
Battito cardiaco fetale: un grafico analizzava il grado del battito cardiaco fetale in base a cinque categorie. L'auscultazione intermittente del battito avveniva per 30 secondi prima, durante e dopo la contrazione uterina.
Liquido amniotico: Una sigla per membrane integre, liquido chiaro, liquido tinto di meconio;
Accavallamento delle ossa craniche: un valore da 0 a ++.
Cervicogramma: la visita si praticava ogni quattro ore. La dilatazione era segnata con una X. Dopo la prima visita, le successive si eseguivano con un solo dito per ridurre il rischio di infezioni. La posizione dell'occipite era un segno orario vicino alla X. La linea di attenzione era una linea retta con una progressione di 1 cm/ora. Corrispondeva alla progressione media del 10% di pazienti africane più lente in travaglio, con una dilatazione di almeno 3 cm e un appianamento del 100%. Lo scostamento della curva cervicometrica dalla linea di attenzione era un'indicazione a trasferire la donna in un centro di riferimento per un travaglio a rischio.
Discesa della parte presentata: Una O evidenziava la discesa della parte presentata. Crichton nel 1962 considerò la percentuale della testa sopra la sinfisi pubica per descrivere la discesa, da 5/5 a 0/5. L'impegno avveniva a 2/5;
Contrazioni uterine: basate sul metodo descritto da Eskes nel 1962, per riportare il numero di contrazioni in 10 minuti e la durata
Farmaci: prescrizione e somministrazione
Ossitocina: unità per litro e gocce per minuto
Pressione arteriosa: espressa nel grafico, come una linea tra diastolica e sistolica
Polso: riportata sul grafico, con un punto
Temperatura: riportata come valore
Urine: volume, presenza di proteine e di chetoni.

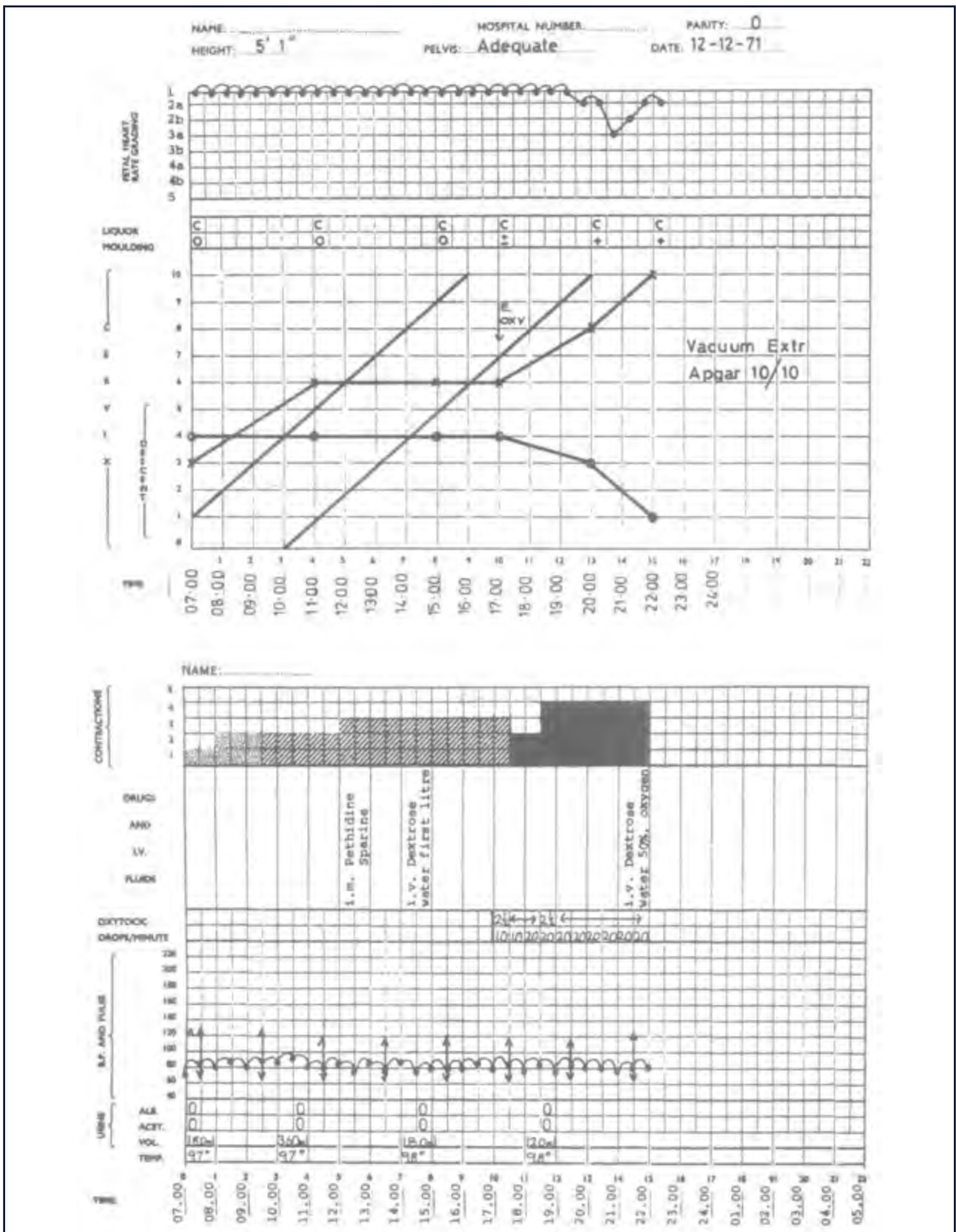


Figura 2. Partogramma di Philpott e Castle¹

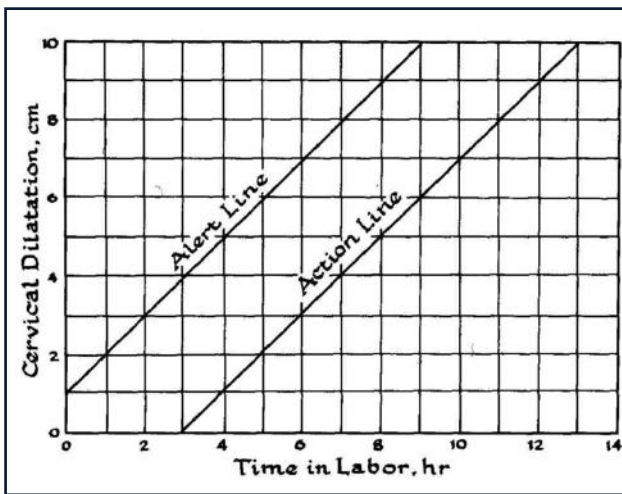


Figura 3. Linea di attenzione e di azione di Philpott e Castle²

STUDD

John Studd era stato per un periodo collega di Philpott e Castle in Zimbabwe.

Nel 1972 l'Ospedale di Birmingham introdusse il partogramma africano nel Regno Unito.

Nel 1973 il partogramma si diffuse con alcune rilevanti modifiche, alla maggior parte delle maternità inglesi^{23,24}. Gli ostetrici espressero dubbi sull'uso della linea di azione per le donne inglesi.

Studd decise di studiare la dilatazione media delle donne inglesi per evitare la rigidità della linea di azione di Philpott e Castle. Il gruppo di studio comprendeva 176 donne nullipare e 264 donne multipare. Il travaglio era spontaneo, senza poten-

ziamento ossitocico, senza partoanalgesia, con parto spontaneo.

Studd realizzò dei nomogrammi in base alla dilatazione al momento dell'entrata in sala travaglio, come descritto da Hendricks.

In origine i nomogrammi erano cinque, le curve medie erano disegnate su fogli acetati da applicare sul cervicogramma. In seguito, divennero quattro, quando Studd eliminò la curva media da 9 a 10 cm.

La deviazione della curva di dilatazione a destra di due ore, rispetto al nomogramma, diagnosticava un travaglio prolungato o patologico.

Descrizione del partogramma di Studd

Nome: margine superiore sinistro. Spazio sufficiente per una etichetta adesiva.
Note particolari: analgesia, ergometrina, prove crociate.
Battito cardiaco fetale: frequenza cardiaca fetale rilevata ogni 15 minuti, rispetto alla gradazione del battito descritta da Philpott. Una freccia verso il basso indicava bradicardia fetale.
Liquido amniotico: come nel partogramma di Philpott. La durata della rottura delle membrane era in uno spazio a sinistra del partogramma
Accavallamento delle ossa craniche: come nel partogramma di Philpott.
Inizio del partogramma: il tempo zero era il momento in cui la donna entrava in sala travaglio.
Discesa della testa fetale: regola dei quinti per via addominale con l'aggiunta della posizione fetale.
Cervicogramma: il grafico della dilatazione durava 24 ore rispetto alle 12 ore di Philpott. Il grafico misurava 23 cm x 6,2 cm.
Nomogrammi della dilatazione cervicale in acetato
Ossitocina: il dosaggio era adiacente al cervicogramma e al grafico delle contrazioni uterine.
Farmaci e liquidi endovenosi: in forma tabellare
Temperatura: riportata come valore
Urine: volume, presenza di proteine e di chetoni.

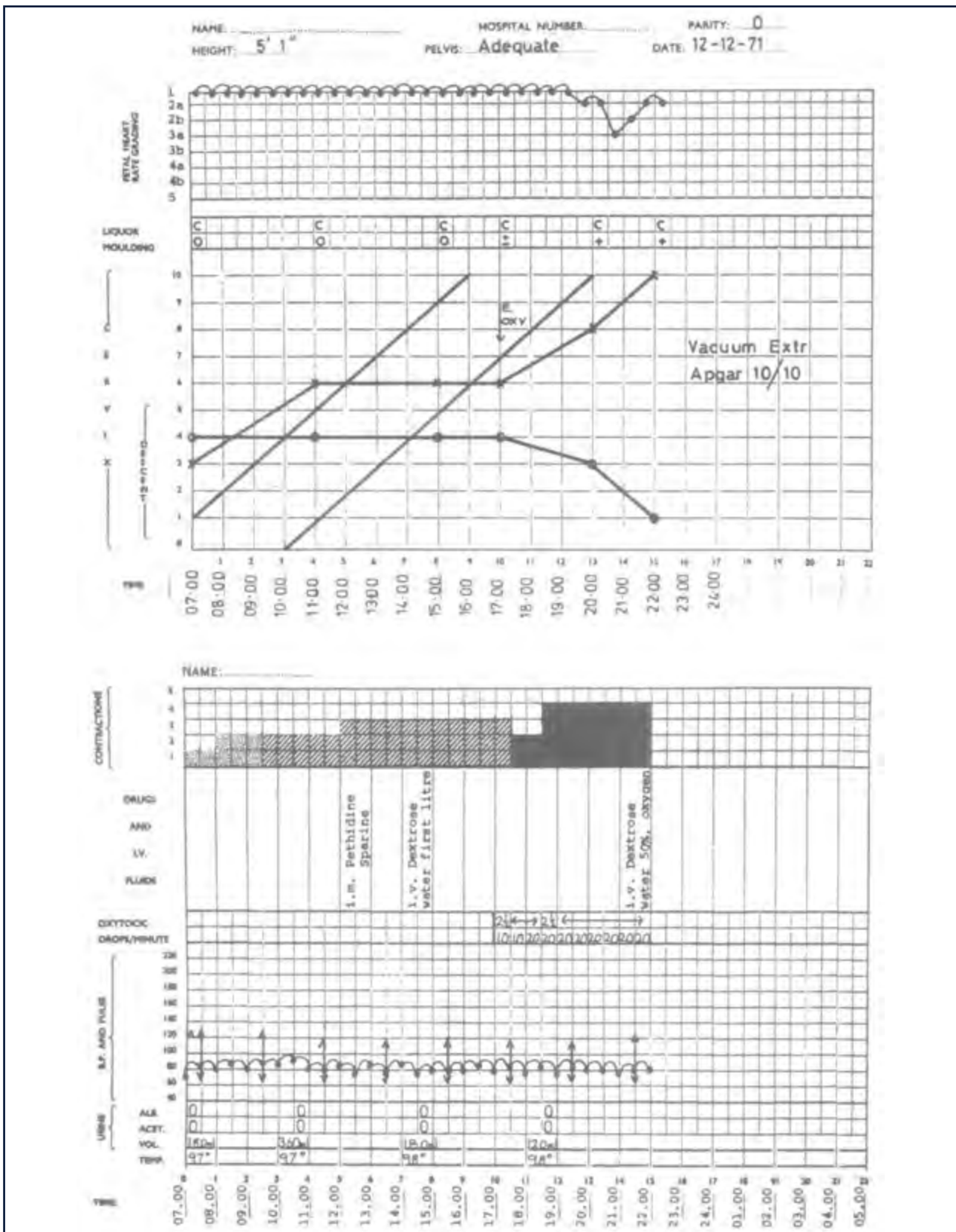


Figura 4. Partogramma di Studd²³

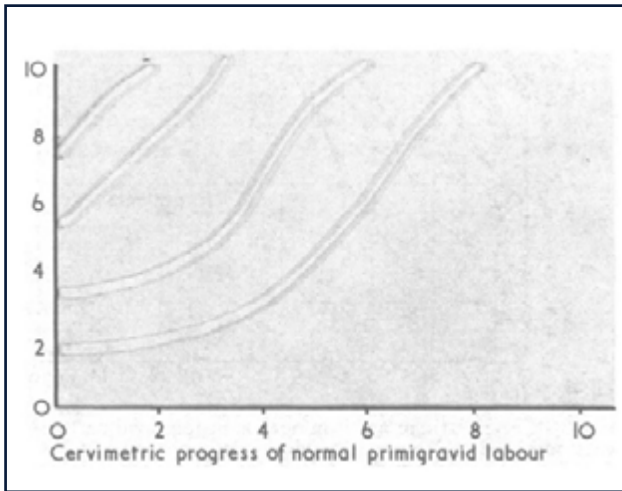


Figura 5. Nomogrammi di Studd²³

O'DRISCOLL

Nel 1973 la scuola di Dublino del National Maternity Hospital, diretta da Kieran O'Driscoll, pubblicò uno studio prospettivo su 1000 donne nullipare²⁵. Il Trattamento Attivo del Travaglio limitava entro 12 ore la durata massima del travaglio. La dilatazione cervicale era descritta su un grafico semplice con una linea di riferimento di 1 cm/ora. Il trattamento attivo era necessario se la dilatazione progrediva con una velocità minore di 1 cm/ora.

Si procedeva con l'amniorexi e poi con l'infusione di ossitocina entro un'ora. Si cominciava da 10 gocce e si aumentava ogni 15 minuti fino ad un massimo di 60 gocce al minuto. Da 2,5 mUI/min a 30 mUI/min. L'assistenza era 1:1. L'ostetrica non lasciava mai sola la donna in travaglio. La Petidina era l'unico analgesico. Il 55% delle donne ricevette l'ossitocina. La diagnosi di travaglio di parto era strategica per decidere il trattamento attivo del

travaglio. Il 5,2% delle donne ha eseguito un taglio cesareo e il 19,5% un parto operativo con il forcipe. Nessuna ventosa ostetrica. L'induzione del parto con amniorexi è stata praticata nel 26,7% delle donne. Le morti perinatali sono state 25, ma solo in 2 casi attribuibili al travaglio.

Lo schema completo del Trattamento Attivo del travaglio di parto comprendeva: diagnosi precoce di travaglio con persona esperta, visita vaginale ogni ora per ore e poi ogni 2 ore, amnioressi un'ora dopo il ricovero, potenziamento con ossitocina se la dilatazione non procede un cm/ora, invio a domicilio se fuori travaglio, supporto psicologico personalizzato alla donna, uso libero della parto-analgesia, consulto regolare tra gli ostetrici, clampaggio precoce del cordone, trazione controllata e uterotonici, corsi di preparazione al parto, audit regolare della sala parto e valutazione dei risultati.

Descrizione del partogramma del National Maternity Hospital

Modulo unico in formato A3
Intestazione: nome, data, numero di cartella, ora del ricovero, epoca gestazionale, dolore, membrane rottura spontanea, membrane rottura artificiale.
Cervice al ricovero: dilatazione, lunghezza, consistenza, posizione.
Livello della parte presentata.
Grafico dilatazione: asse x =cm, asse y = ore dal ricovero. Linea di riferimento 1 cm/ora.
Spazio per descrivere il secondo stadio e il parto.
Calcolo delle ore di travaglio a partire dal momento del ricovero. Tempo massimo di travaglio 12 ore.
Polso e temperatura: a sinistra del partogramma
Grafico frequenza cardiaca fetale: asse x = frequenza cardiaca asse y = ore dal ricovero
Pressione arteriosa
Liquido amniotico
Analgesia: si/no
Piè di pagina: ora della dilatazione completa, ora del parto, durata dal momento del ricovero, peso alla nascita, tipo di parto, condizione dei genitali, sutura, perdite ematiche, anestesia locale, pressione arteriosa.
Infusione di ossitocina: a destra dei grafici in una tabella che descrive orario, ml/ora e contrazioni uterine.
Nota sul travaglio: spazio libero a destra del modulo.

NAME HOSPITAL NO.

DATE TIME OF ADMISSION WEEKS

PAINS SHOW SROM ARM

CERVIX ON ADMISSION LENGTH DILATATION STATION CONSISTENCY POSITION

DELIVERED

FULL=10 cm

9 cm

8 cm

7 cm

6 cm

5 cm

4 cm

3 cm

2 cm

1 cm

DILATION OF CERVIX

UNEFFACED MATERNAL OBS 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

HOURS AFTER ADMISSION

Pulse T °C F.H.

160

150

140

130

120

110

100

B/P

LIQUOR

OXYTOCIN

ANALGESIA

TIME MPH CONTRACTIONS

Full Dilatation..... TIME OF DELIVERY..... DURATION..... BIRTH WEIGHT.....

METHOD NDOX NDOF Forceps Ventouse Breech Multiple LSCS

Intact Laceration Episiotomy Sutures Blood loss Locs 8 R

Figura 6. Partogramma di O'Driscoll²⁵

BEAZLEY E KURJAK

Nel 1971 il partogramma fu introdotto in un grande ospedale londinese²⁶.

La curva cervicometrica, per le nullipare e per le multipare, era una linea di regressione dei tempi tra un centimetro e il successivo che escludeva il 20% delle donne con una dilatazione cervicale

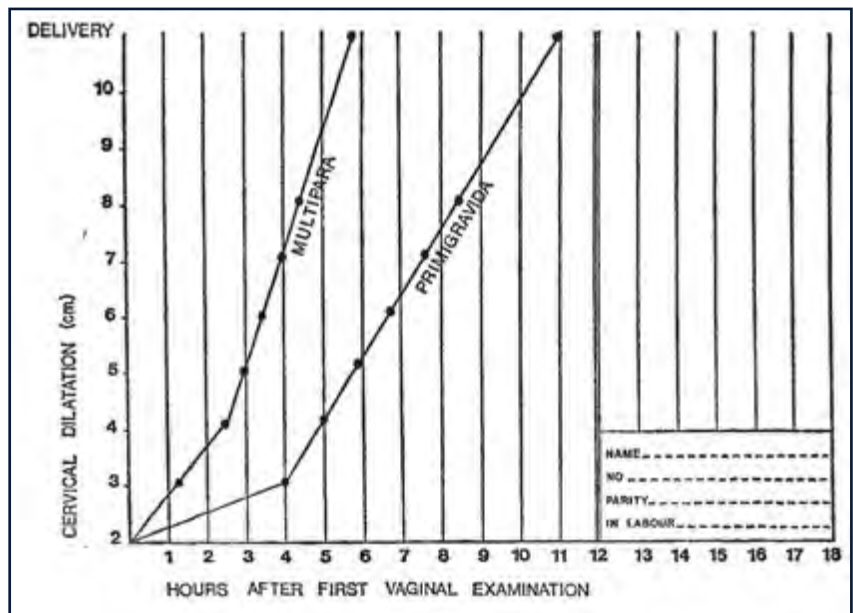
più lenta. La fase attiva iniziava a 2 cm con l'apertura del partogramma e terminava al momento del parto.

La fase latente era esclusa. Lo spostamento a destra rispetto alla linea di riferimento comportava il trattamento attivo del travaglio.

Descrizione della curva cervicometrica di Beazley e Kurjak

Asse orizzontale X: ore dalla prima visita, massimo 18 ore.
Asse verticale Y: dilatazione cervicale da 2 cm a 10 cm fino al parto.
Curva per nullipara e per multipara.
Riquadro in basso a destra: Nome, Numero, Parità, Ora inizio travaglio

Figura 7. Partogramma di Beazley e Kurjak²⁶



OMS 1994, 2000 E 2003

A partire dal 1990 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato 4 modelli di partogramma. Il Partogramma composito comprendeva una fase latente di 8 ore e una fase attiva, a partire da 3 cm di dilatazione²⁹. La linea di attenzione progrediva di 1 cm-ora; la linea di azione era parallela a 4 ore a destra della prima linea. Il partogramma composito registrava anche la discesa della testa fetale, gli indicatori del benessere materno e fetale, i farmaci.

La prima registrazione era all'ora zero se la dilatazione era minore di 3 cm. La successiva, se fosse iniziata la fase attiva, sarebbe stata riportata sul valore corrispondente della linea di attenzione. Una linea interrotta descriveva il passaggio dalla fase latente alla fase attiva.

Nel 2000 l'OMS ha pubblicato il Partogramma

modificato, che escludeva la fase latente. La fase attiva iniziava a 4 cm³⁰. Il motivo dell'esclusione della fase latente era: l'aumento degli interventi non necessari e la difficoltà degli operatori nel passaggio dalla fase latente alla fase attiva. Spesso le multipare con dilatazione passiva erano erroneamente considerate in fase attiva.

La terza versione del partogramma dell'OMS, del 2003, era rivolta al personale esperto della sala parto³¹. L'area a sinistra della linea di attenzione era verde e rappresentava la progressione normale. L'area a destra della linea di azione era colorata di rosso. L'area compresa tra la linea di attenzione e di azione era di colore giallo per una attenta sorveglianza. Il grafico non descriveva la discesa della parte presentata.

Descrizione del Partogramma OMS composito su 24 ore

Intestazione: nome, gravidanza, parità, numero di scheda, data di ricovero, rottura delle membrane e orario
Grafico della frequenza del battito cardiaco fetale.
Liquido amniotico con una sigla
Accavallamento delle ossa craniche
Grafico della dilatazione cervicale e della discesa: la fase latente comprende le prime otto ore. La fase attiva inizia dopo 3 cm. La fase attiva del grafico comprende la linea di attenzione, con una progressione di cm/ora e la linea di azione a quattro ore di distanza. Se la fase latente termina prima di otto ore si trasferisce la dilatazione sul corrispondente punto della linea di attenzione.
La discesa della parte presentata è descritta in senso inverso della dilatazione in quinti per via addominale.
Orario e Durata in colonna
Contrazioni in dieci minuti: numero di contrazioni e intensità con metodo grafico
Ossitocina: Unità/litro e gocce/minuto
Farmaci e liquidi endovenosi
Grafico del polso e della pressione arteriosa
Temperatura
Urine: proteine, chetoni, volume
Infusione di ossitocina: a destra dei grafici in una tabella che descrive orario, ml/ora e contrazioni uterine.
Nota sul travaglio: spazio libero a destra del modulo.

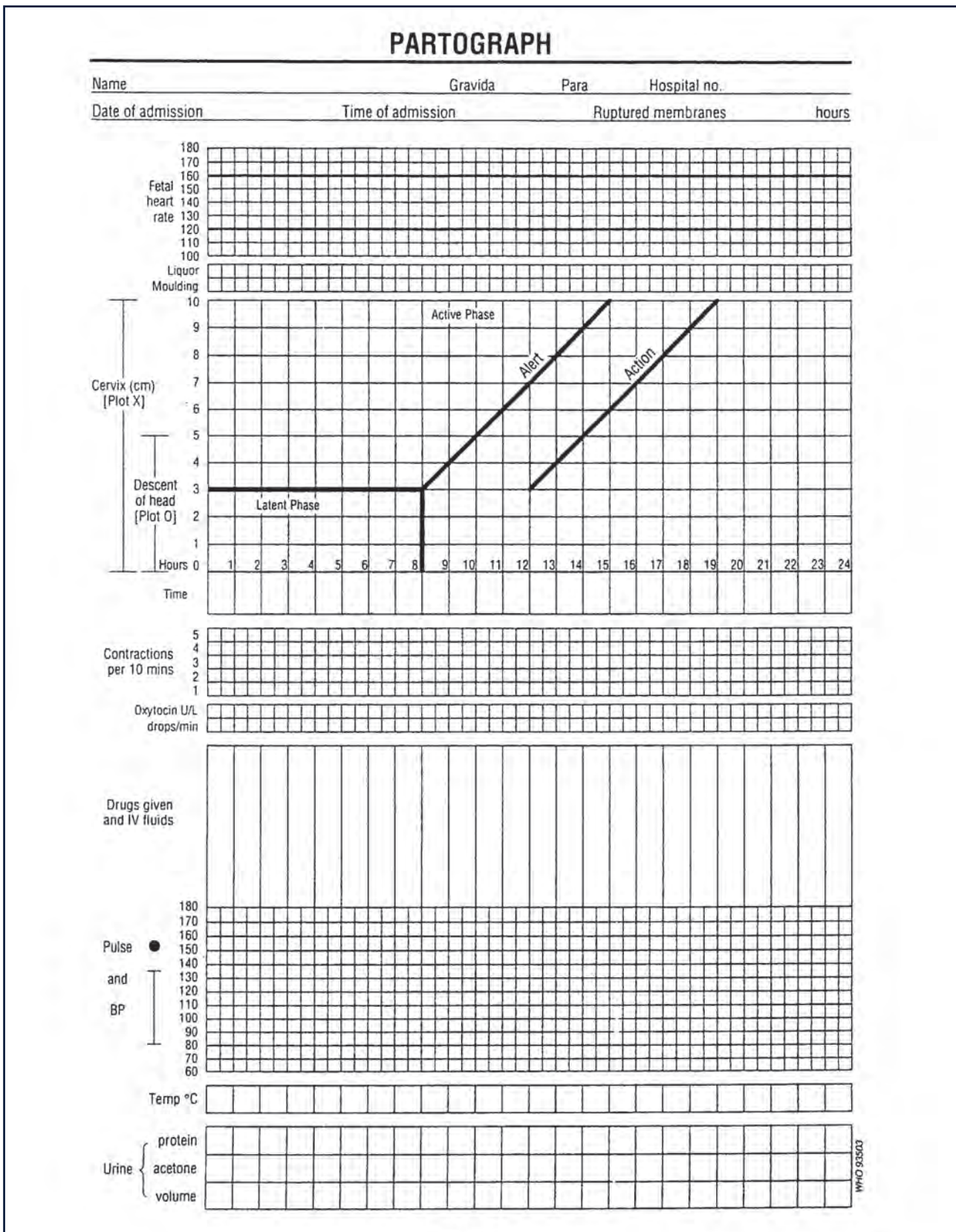


Figura 8. Partogramma OMS composito²⁹

Descrizione del Partogramma OMS composito su 12 ore

Intestazione: nome, gravidanza, parità, numero di scheda, data di ricovero, rottura delle membrane e orario
Grafico della frequenza del battito cardiaco fetale.
Liquido amniotico con una sigla
Accavallamento delle ossa craniche
Grafico della dilatazione cervicale e della discesa: esclusione della fase latente. La fase attiva inizia dopo 4 cm. La fase attiva del grafico comprende la linea di attenzione, con una progressione di 1 cm/ora e la linea di azione a 4 ore di distanza.
La discesa della parte presentata è descritta in senso inverso della dilatazione in quinti per via addominale.
Orario e Durata in colonna
Contrazioni in dieci minuti: numero di contrazioni e intensità con metodo grafico
Ossitocina: Unità/litro e gocce/minuto
Farmaci e liquidi endovenosi
Grafico del polso e della pressione arteriosa
Temperatura
Urine: proteine, chetoni, volume
Infusione di ossitocina: a destra dei grafici in una tabella che descrive orario, ml/ora e contrazioni uterine.
Nota sul travaglio: spazio libero a destra del modulo

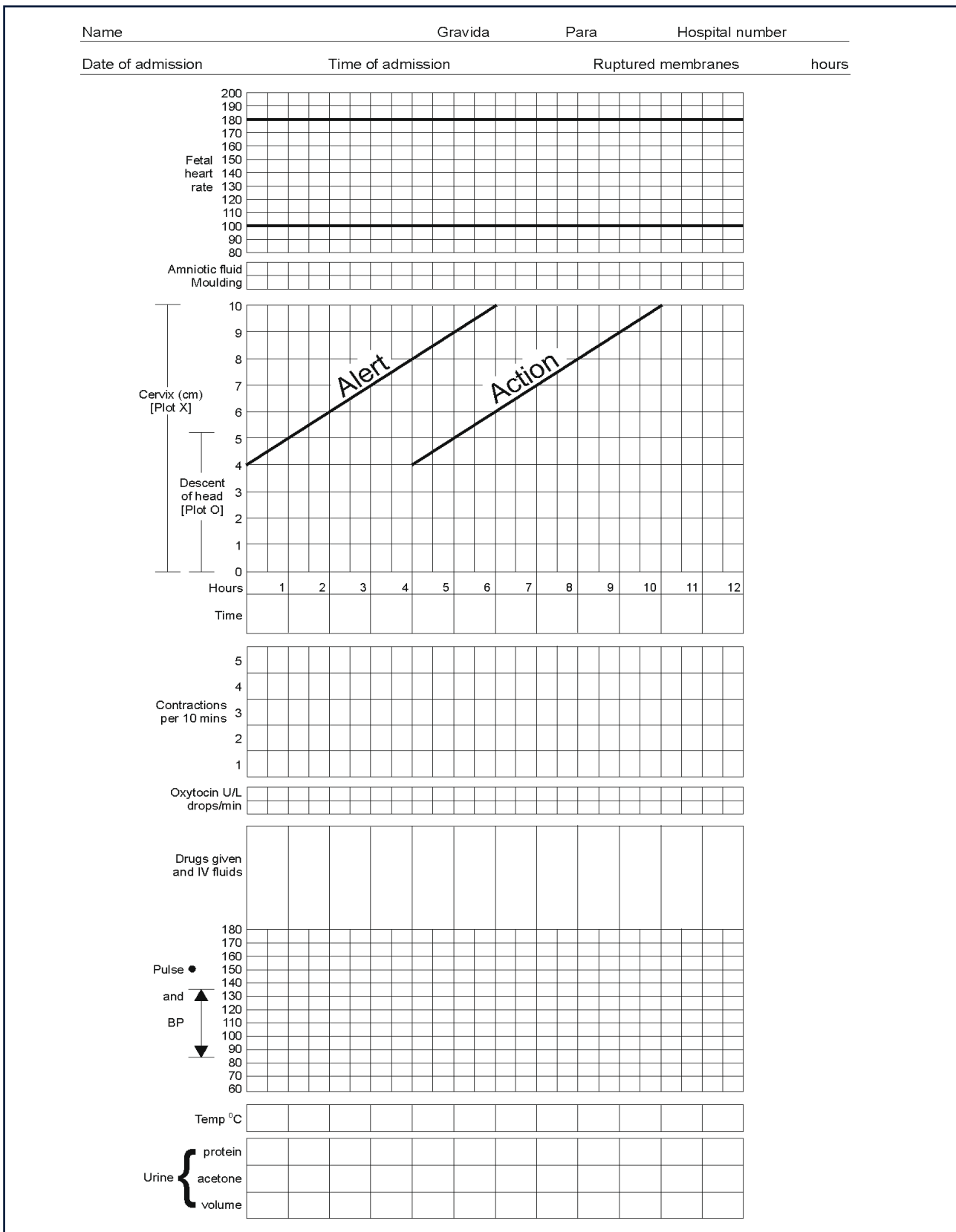


Figura 9. Partogramma OMS modificato³⁰

Descrizione del Partogramma OMS 2003 per personale esperto

Grafico della dilatazione: fase attiva a partire da 4 cm. Area verde a sinistra della linea di attenzione. Area gialla tra linea di attenzione e di azione. Area rossa a destra della linea di azione.
Esclusione della discesa.
Orario
Durata della fase attiva
Ore dalla rottura delle membrane
Sanguinamento vaginale
Liquido amniotico
Contrazioni in dieci minuti
Frequenza cardiaca fetale battiti per minuto
Quantità di urina
Temperatura
Polso
Pressione arteriosa
Dilatazione cervicale
Ora del secondamento
Ossitocina

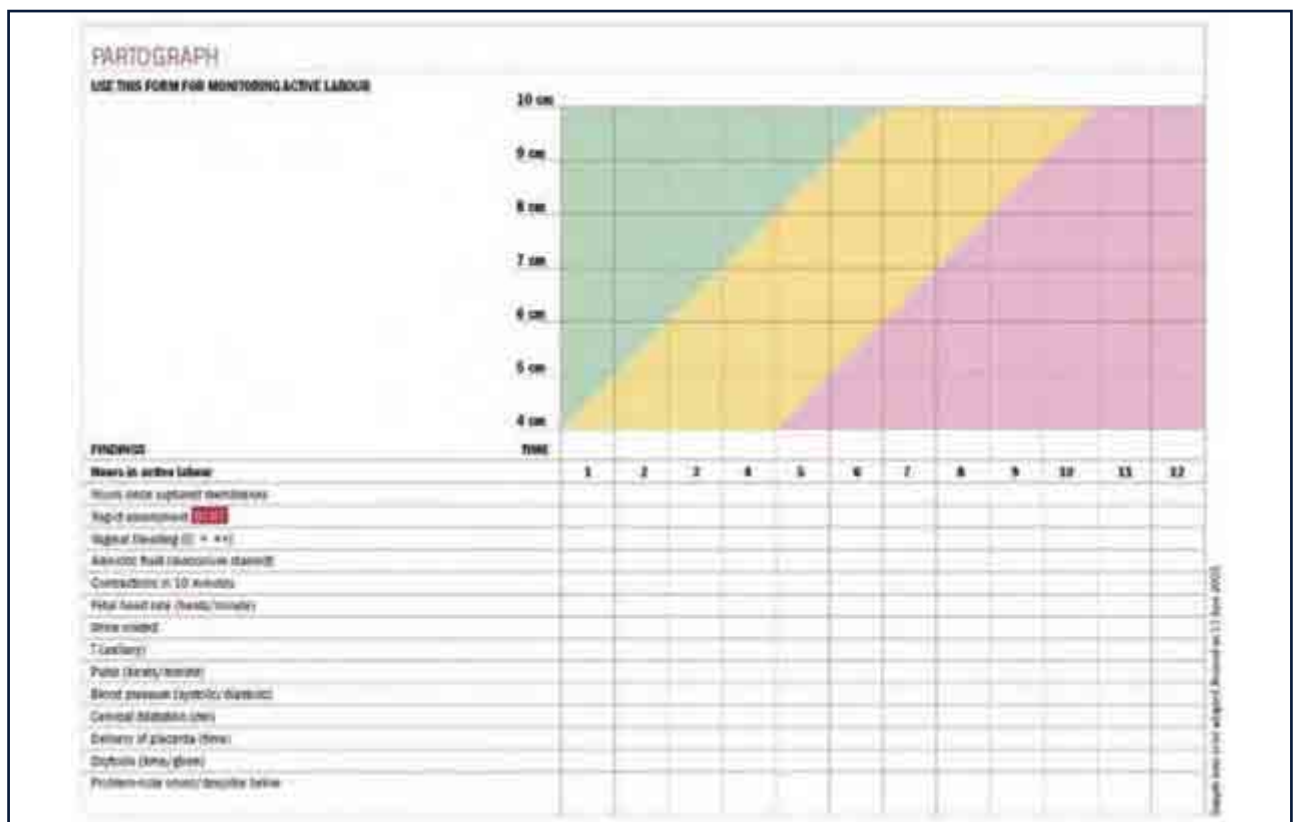


Figura 10. Partogramma OMS semplificato³¹

PARTOGRAMMA ROTONDO

Il partogramma rotondo è una alternativa al partogramma dell'OMS composito. Nel 1998 uno studio ha confrontato i due modelli in una regione disagiata del Burkina Faso³². Il partogramma

OMS conteneva la fase latente del travaglio, poi rimossa con il modello del 2000. A tre mesi circa dall'introduzione il 90% dei partecipanti gradiva il partogramma rotondo.

Descrizione del Partogramma rotondo

Modulo cartaceo
Cervicogramma centrale a forma di orologio da 1 a 12 ore. Dilatazione cervicale, polso materno, pressione arteriosa, battito cardiaco, fetale, contrazioni uterine.
Margine superiore del modulo: nome della donna, provenienza, parità, settimana di gravidanza, preeclampsia, pregresso cesareo. Ora di arrivo, inizio del travaglio, membrane e liquido amniotico, ospedale e assistenti
Margine inferiore del modulo: dati sul parto.
Quadrante trasparente di plastica
Il quadrante di plastica contiene una linea di attenzione e di azione che si sovrappone al cervicogramma cartaceo, fornendo informazioni sull'andamento del travaglio.
La zona a sinistra della linea di attenzione è verde, tra le due linee era gialla, oltre la linea di azione è rossa.
Una linea verticale sul diagramma stabilisce l'orario esatto in cui inizia la fase attiva.

NAME: GRAVIDA: PARA: AGE: PREGNANCY AT TERM: U / MONTH: VILLAGE: HISTORY OF CESAREAN SECTION: PRE-ECLAMPSIA: YES-SINCE: MECONIUM: BLOOD: COLOUR OF AMNIOTIC FLUID: CLEAR: TRANSVERSE: OTHER: PRESENTATION: VERTEX: BREECH: OTHER

DATE & TIME OF ARRIVAL: BEGINNING OF LABOUR: RUPTURED MEMBRANES: NO: YES-SINCE: COLOUR OF AMNIOTIC FLUID: CLEAR: MECONIUM: BLOOD: PRESENTATION: VERTEX: BREECH: TRANSVERSE: OTHER

DELIVERY: DATE & TIME OF BIRTH: LIVE BIRTH: STILLBIRTH: WEIGHT: SEX: AFGAR: 1-2

Figura 11. Partogramma rotondo³²

ZHANG 2010

Nel 2010 il Consortium on Safe Labour ha analizzato in modo retrospettivo i dati dei parti di 19 ospedali per 62415 donne³³. Nel gruppo di studio erano necessarie anche più di 6 ore da una dilatazione di 4 cm a 5 cm; più di 3 ore da 5 cm a 6 cm. Il travaglio accelerava di più nelle multipare dopo 6 cm rispetto alle nullipare. I risultati hanno aperto una strada ad un nuovo modello di cervicogramma, il *cervicogramma di Zhang*. Lo scopo

principale era ridurre il ricorso al taglio cesareo in seguito ad interventi ostetrici non appropriati.

Il cervicogramma di Zhang escludeva la la linea di attenzione, nel momento in cui negli Stati Uniti il travaglio di parto si assisteva in ospedale. Le linee della dilatazione, corrispondenti al 95° centile, erano esponenziali, a forma di scala. La progressione non era lineare. Il cervicogramma tollerava tempi lunghi prima di 6 cm.

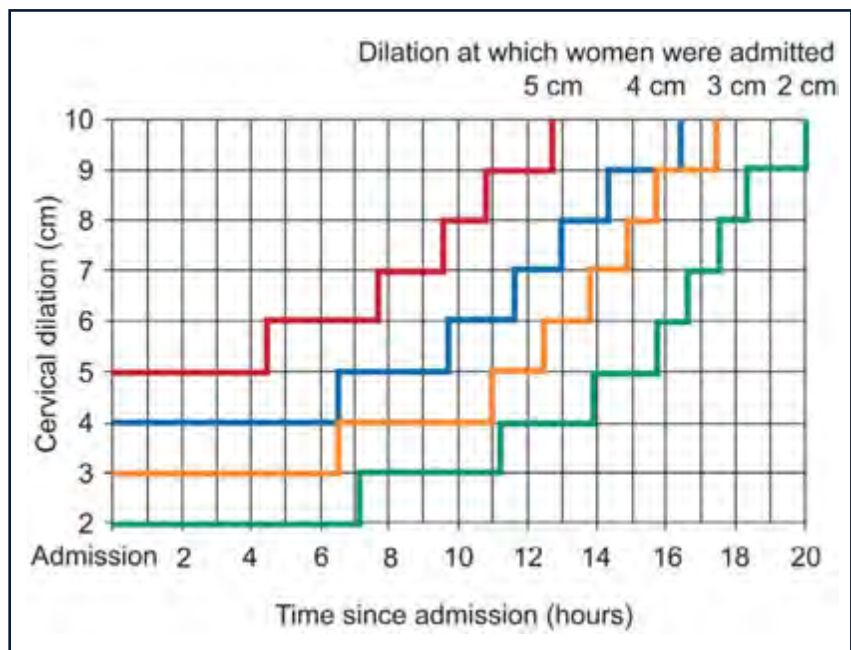
Descrizione del cervicogramma di Zhang

Asse orizzontale (X): ore dal ricovero, fino a 20.

Asse verticale (Y): dilatazione cervicale in cm.

Nel grafico 4 linee a forma di scala, a partire da 2,3,4 e 5 cm al momento del ricovero.

Figura 12. Cervicogramma di Zhang³³



IL CERVICOGRAMMA DI NEAL E LOWE

Il cervicogramma di Neal e Lowe era dedicato all'assistenza in ospedale con personale esperto³⁴. Il cervicogramma fisiologico limitava la diagnosi di distocia per un travaglio lento, con una auspicabile riduzione del potenziamento con ossitocina e del taglio cesareo. I principi base erano quattro: la diagnosi di travaglio attivo è certa; la progressione di cm/ora deve essere rivista e adattata alla popolazione locale; la

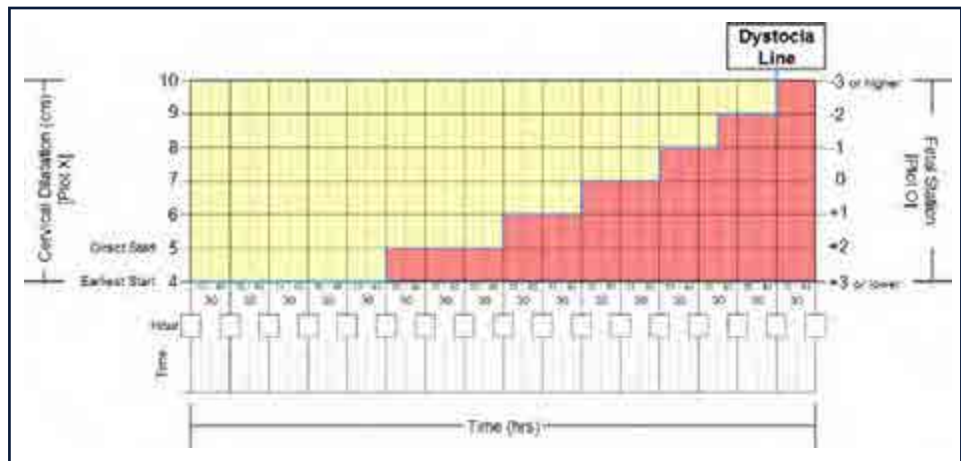
dilatazione accelera progressivamente durante la fase attiva del travaglio; il tempo per progredire di un cm è più variabile all'inizio della fase attiva che in seguito.

Il cervicogramma conteneva una linea di distocia. La diagnosi diveniva sospetta al superamento della linea; gli interventi correttivi graduati nel tempo. L'eventuale taglio cesareo richiedeva il parere di almeno due ostetrici esperti.

Descrizione del cervicogramma di Neal e Lowe

Il cervicogramma contiene un unico grafico dilatazione discesa.
Asse orizzontale X: tempo fino a 16 ore con frazioni di 15 minuti.
Asse principale verticale Y: dilatazione cervicale da 4 a 10. Inizio precoce a 4 cm. Inizio diretto a 5 cm.
Asse secondario verticale Y: discesa da 3 a +3
Linea della distocia: linea scalare da 4 a 10 cm. Progressione più lenta fino a 7 cm. Parte a sinistra della linea di distocia gialla, per indicare la fisiologia, a destra rossa per la distocia

Figura 13.
Cervicogramma di Neal e Lowe³⁴



IL PARTOGRAMMA DI SIZER E COLLABORATORI

Il partogramma storicamente ha rappresentato il primo stadio. Nel 2000 a Cardiff, nel Regno Unito è stato proposto un partogramma del secondo stadio³⁵.

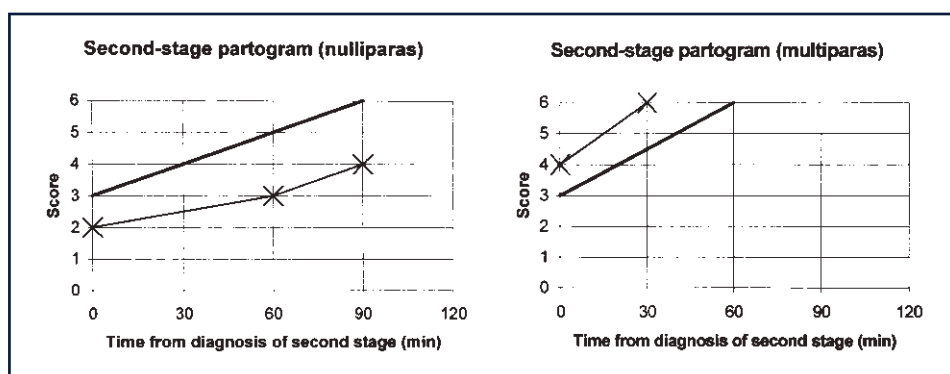
Il grafico rappresentava un numero da 0 a 6, somma di due variabili: la discesa della parte presentata e la posizione. Quando la testa era visibile

con il perineo disteso il punteggio era 5, al piano perineale era 6. Con lo studio del secondo stadio di 1413 donne un punteggio elevato aumentava la possibilità di un parto spontaneo, senza però predire l'esito neonatale. Sono stati costruiti due nomogrammi da applicare al grafico, per nullipara e per multipara.

Descrizione del partogramma di Sizer e collaboratori

Asse orizzontale X: tempo da 0 a 120 minuti con frazioni di 30 minuti.
Asse verticale Y: punteggio da 0 a 6.
Nomogramma per nullipara a partire da 3 al tempo 0 e 6 a 90 minuti.
Nomogramma per multipara a partire da 3 al tempo 0 e 6 a 60 minuti.

Figura 14.
Partogramma di Sizer³⁵





SONOPARTOGRAMMA

Un gruppo di studiosi provenienti dal Regno Unito e dalla Norvegia ha realizzato uno studio prospettivo su 20 donne con una valutazione simultanea, vaginale ed ecografica, della dilatazione, della discesa e della posizione fetale³⁶. Il sonoparto-

gramma si è rivelato uno strumento affidabile, a confronto con il partogramma tradizionale. La correlazione tra la visita e l'ecografia è stata buona per la dilatazione e la posizione fetale, meno per la discesa. La visita sovrastimava la dilatazione.

Descrizione del Sonopartogramma

Grafico frequenza cardiaca fetale
Asse orizzontale X: tempo da 0 24 ore
Asse verticale Y: frequenza cardiaca fetale da 50 a 200 bpm
Tumore da parto: descrizione su linea singola nel tempo
Accavallamento delle ossa craniche: descrizione su linea singola nel tempo
Punteggio di visualizzazione della dilatazione cervicale da 0 a 3: descrizione su linea singola nel tempo
Grafico dilatazione discesa
Asse orizzontale X: tempo da 0 24 ore
Asse principale verticale Y: dilatazione da 0 a 10
Asse secondario verticale Y: distanza testa perineo da 0 a 10
Posizione della testa fetale: descrizione su linea singola nel tempo
Liquido amniotico: descrizione su linea singola nel tempo
Ossitocina: descrizione su linea singola nel tempo
MI/ora di ossitocina: descrizione su linea singola nel tempo
Grafico numero contrazioni uterine per dieci minuti
Asse orizzontale X: tempo da 0 24 ore
Asse verticale Y: da 0 a 5 contrazioni
Sigla dell'operatore

SONOPARTOGRAM

HOSP. NO : DATE
 SURNAME : EDD
 FORENAME : PARITY :
 AGE :
 CONSULTANT :

DURATION OF LABOUR IN HOURS

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23		
190																										190
180																										180
170																										170
160																										160
150																										150
140																										140
130																										130
120																										120
110																										110
100																										100
90																										90
80																										80
70																										70
60																										60

FETAL HEART RATE:
 CAPUT:
 MOULDING:
 CERVICAL DILATATION SCORE (3,2,1,0):
 C E R V I C A L D I L A T I O N:
 HEAD POSITION:
 AMNIOTIC FLUID (N,R,M) OXYTOCIN ml/hr:
 CONTRACTIONS PER 10 MIN:
 INITIALS:

SPECIAL INSTRUCTIONS:

INITIAL ASSESSMENT:

- Fetal head descent _____
- Fetal head position _____
- Cervical dilatation _____
- Deepest pool of amniotic fluid _____
- Umbilical artery Doppler _____

Time SR0M: _____
Time ARM: _____

CAPUT: SAGITTAL VIEW OF THE HEAD
TRANSPERINEAL ULTRASOUND

- No caput
- 0-1cm Skull-Skin distance
- 1-2cm Skull-Skin distance
- 2-3cm Skull-Skin distance

MOULDING: OVERLAPPING OF SUTURES
TRANSPERINEAL ULTRASOUND

Yes _____
No _____

>75% 50-75% 25-50% <25%

Cervix Cervix Cervix Cervix

FETAL HEAD DESCENT
TRANSPERINEAL ULTRASOUND

Fetal head-perineum distance (cm): _____

FETAL HEAD POSITION
TRANSABDOMINAL ULTRASOUND

> 09:30 - < 02:30 OA
 02:30 - 03:30 LOT
 08:30 - 09:30 ROT
 > 03:30 - < 08:30 OP

Figura 15. Sonopartogramma³⁶

IL PARTOGRAMMA SENZA CARTA

Il partogramma senza carta era uno strumento mentale per prevedere l'ora del parto³⁷. Quando la dilatazione raggiungeva almeno 4 cm si applicava la formula che prevedeva una progressione di 1 cm/ora, la Alert ETD, l'ora attesa del parto di attenzione. La Action ETD, ora attesa del parto di

azione comprendeva l'attesa di quattro ore oltre la ETD. Attorno a questi due orari l'assistenza cercava di prevenire la distocia. Il superamento del primo richiedeva una attenta valutazione, una terapia o un trasferimento in ospedale. La seconda una decisione sul parto.

Descrizione del partogramma senza carta

La prima volta che la donna raggiunge 4 cm l'ostetrica annota sulla cartella clinica due orari
La ETD di attenzione
La ETD di azione
Ad esempio, se la donna è ad una dilatazione di 5 cm alle 10 di mattina la ETD di attenzione è le 15, cinque ore dopo
La ETD di azione le 19, dopo ulteriori 4 ore
Gli altri parametri del partogramma sono inseriti in modo narrativo nella cartella clinica



Figura 16. Partogramma senza carta³⁷



LA SCALA DEL TRAVAGLIO

La Scala del travaglio è una proposta nata in Egitto³⁸. Il tentativo era modificare il cervicogramma in accordo con la linea guida del NICE britannico. Lo scopo era ridurre la diagnosi inappropriata di distocia.

Il cervicogramma conteneva una descrizione della dilatazione cervicale e due scalini la linea delle

membrane e la linea del potenziamento ossitocico. Lo studio si è concentrato sul travaglio di parto di 71 donne, confrontando il partogramma OMS modificato e la scala del travaglio. La differenza nella diagnosi di distocia era significativa a favore della Scala del travaglio, con ottimo esito materno e neonatale.

Descrizione della Scala del travaglio

Numero di cartella, Ora del ricovero, Data
Punteggio di Bishop numerico da sfavorevole a favorevole
Tocogramma: fase latente a sinistra, fase attiva a destra. Asse orizzontale X: tempo, Asse verticale Y: numero di contrazioni in 10 minuti, fino a 5.
Frequenza cardiaca fetale: fase latente a sinistra, fase attiva a destra. Asse orizzontale X: tempo, Asse verticale Y: frequenza cardiaca fetale.
Membrane: fase latente a sinistra, fase attiva a destra.
Scala cervicale: a sinistra rappresentazione grafica della consistenza e della percentuale di appianamento. Fase latente da 1 a 3 cm. Secondo stadio al centro: cinque cerchi per rappresentare la discesa da 2 a +2.
Fase attiva: da 4 a 10 cm.
Gradino delle membrane
Gradino del potenziamento ossitocico. A destra rappresentazione grafica della posizione della cervice e della percentuale di appianamento.
Ossitocina: gocce U/L e gocce minuto
Pressione arteriosa sistolica, diastolica, Temperatura, Quantità di urina, Acetone, Proteinuria, Liquidi, Farmaci

LABOUR SCALE

Hospital number: _____ G/P: _____ Time of admission: _____ Date _____

Bishop bar

Unfavorable 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 Favourable

Tocograph

Cardiograph

Membranes

Cervical scale

Management zone

Latent phase

Dehydration
 CPD
 Malposition
 R/B fullness

Consistency

(F) (M) (S)

100%
75%
50%
25%

Latent phase 1 2 3

Second stage

Active phase 4 5 6 7 8 9 10

Membrane line

Augmentation line

Management zone

Active phase

Second stage

Dehydration
 CPD
 Malposition
 R/B fullness

Oxytocin U/L Drops/min

Systolic BP Diastolic BP

Temperature

Urine amount
Urine acetone
Urine protein

Fluids
Drugs

Figura 17. Scala del travaglio³⁸

GUIDA OMS 2020

Nel febbraio 2018 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato una linea guida sull'assistenza durante il travaglio e il parto³⁹. Lo scopo era una esperienza positiva della nascita per la donna e per chi assiste.

La Guida OMS per l'Assistenza in Travaglio del 2020 ha modificato il partogramma in base a questa linea guida. La donna è al centro dell'assistenza. Le scelte sono condivise con lei e con gli ostetrici in sala parto. La diagnosi di fase attiva del travaglio è il punto di partenza della Guida OMS. La Guida OMS contiene sette sezioni: Informazione sulla donna, Assistenza, Feto, Donna, Evoluzione del travaglio, Terapia, Decisioni condivise. La compilazione prevede quattro fasi: Valuta: il be-

nessere della donna, del suo bambino e l'evoluzione del travaglio. Registra: le osservazioni cliniche sulla Guida OMS. Controlla: le osservazioni con i valori soglia nella colonna "Attenzione" della Guida OMS. Pianifica: gli interventi utili, coinvolgendo la donna e documentando la decisione finale.

Ogni colonna corrisponde a un'ora. Quando la donna raggiunge la dilatazione completa si trasferisce la registrazione al secondo stadio. Se la durata del travaglio supera 12 ore, si inizia un nuovo modulo. La colonna "Attenzione" contiene i valori soglia per le osservazioni in travaglio. Se le osservazioni non superano la soglia, l'evoluzione del travaglio e l'assistenza sono fisiologici e non è necessario un intervento medico.

Descrizione della Guida OMS 2020

Sezione 1: Informazione sulla donna: nome, parità, inizio del travaglio, diagnosi di fase attiva, rottura delle membrane, fattori di rischio
Sezione 2: Assistenza con colonna di allarme, stile tabella: accompagnamento, sollievo del dolore, liquidi, postura
Sezione 3: Feto con colonna di allarme, stile tabella: frequenza cardiaca di base, decelerazioni, membrane, posizione del feto, tumore da parto, accavallamento delle ossa craniche
Sezione 4: Donna con colonna di allarme, stile tabella: polso, pressione sistolica, pressione diastolica, temperatura, urine
Sezione 5: Evoluzione del travaglio con colonna di allarme, stile tabella: contrazioni per 10 minuti, durata delle contrazioni, cervice con limite orario per ogni centimetro di dilatazione basato sulle prove scientifiche, discesa da 5/5 per via addominale a 0/5.
Sezione 6 stile tabella: ossitocina, farmaci, liquidi endovena
Sezione 7 stile tabella: decisioni condivise, giudizio clinico, orientamento.

IL PARTOGRAMMA E LA COMPETENZA NARRATIVA

WHO LABOUR CARE GUIDE

Name _____ Parity _____ Labour onset _____ Active labour diagnosis [Date _____]

Ruptured membranes [Date _____ Time _____] Risk factors _____

		Time																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3		
		← ACTIVE FIRST STAGE →												← SECOND STAGE →				
SUPPORTIVE CARE	Companion	N																
	Pain relief	N																
	Oral fluid	N																
	Posture	SP																
BABY	Baseline FHR	<110, ≥160																
	FHR deceleration	L																
	Amniotic fluid	M+++, B																
	Fetal position	P, T																
	Caput	+++																
	Moulding	+++																
WOMAN	Pulse	<60, ≥120																
	Systolic BP	<80, ≥140																
	Diastolic BP	≥90																
	Temperature °C	<35.0, ≥37.5																
	Urine	P++, A++																
	Contractions per 10 min	≤2, >5																
	Duration of contractions	<20, >60																
LABOUR PROGRESS	Cervix [Plot X]	10																
		9	≥ 2h															
		8	≥ 2.5h															
		7	≥ 3h															
		6	≥ 5h															
		5	≥ 6h															
	Descent [Plot O]	5																
		4																
		3																
		2																
1																		
0																		
MEDICATION	Oxytocin (U/L, drops/min)																	
	Medicine																	
	IV fluids																	
SHARED DECISION-MAKING	ASSESSMENT																	
	PLAN																	
INITIALS																		

In active first stage, plot 'X' to record cervical dilatation. Alert triggered when lag time for current cervical dilatation is exceeded with no progress. In second stage, insert 'P' to indicate when pushing begins.

INSTRUCTIONS: CIRCLE ANY OBSERVATION MEETING THE CRITERIA IN THE 'ALERT' COLUMN, ALERT THE SENIOR MIDWIFE OR DOCTOR AND RECORD THE ASSESSMENT AND ACTION TAKEN. IF LABOUR EXTENDS BEYOND 12H, PLEASE CONTINUE ON A NEW LABOUR CARE GUIDE.

Abbreviations: Y – Yes, N – No, D – Declined, U – Unknown, SP – Supine, MO – Mobile, E – Early, L – Late, V – Variable, I – Intact, C – Clear, M – Meconium, B – Blood, A – Anterior, P – Posterior, T – Transverse, P+ – Protein, A+ – Acetone

Figura 18. Guida OMS 2020⁴⁰

BIBLIOGRAFIA

1. Philpott RH. Graphic records in labour. *Br Med J*. 1972 Oct 21;4(5833):163-5. doi: 10.1136/bmj.4.5833.163. PMID: 5078450; PMCID: PMC1786387.
2. Philpott RH, Castle WM. Cervicographs in the management of labour in primigravidae. I. The alert line for detecting abnormal labour. *J Obstet Gynaecol Br Commonw*. 1972 Jul;79(7):592-8. doi: 10.1111/j.1471-0528.1972.tb14207.x. PMID: 5043422.
3. Philpott RH, Castle WM. Cervicographs in the management of labour in primigravidae. II. The action line and treatment of abnormal labour. *J Obstet Gynaecol Br Commonw*. 1972 Jul;79(7):599-602. doi: 10.1111/j.1471-0528.1972.tb14208.x. PMID: 5043423.
4. Friedman EA. The graphic analysis of labour. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1954; 68: 1568-1575
5. Friedman EA. Labour: clinical evaluation and management. Second edition. New York: Appleton-Century Crofts, 1978
6. Calkins LA, Irvine JH, Horsley GXV : Variation in the length of labor. *Am J Obstet Gynecol* 19:294, 1930
7. Calkins LA, Litzenberg JC, Plass ED: The length of labor. *Am J Obstet Gynecol* 22:504, 1931
8. Calkins LA: The length of labor: III. The first stage: Labor pains and consistency of cervix. *Am J Obstet Gynecol* 27:349, 1934
9. Calkins LA: Second stage of labor—the descent phase. *Am J Obstet Gynecol* 48:798, 1944
10. Frey E: Die Bedeutung der Wehentafel für die Physiologie und Pathologie der Geburt beim vorzeitigen Blasensprung. *Schweiz Med Wochenschr* 59:613, 1929
11. Geisendorf W: Le nombre des contractions dans l'accouchement dirigé. *Gynecol Obstet* 35:355, 1937
12. Caldeyro-Barcia R: Uterine contractility in obstetrics. *Deux Cong Int Gynecol Obstet* 1:65, 1958
13. Wolf W: Der unzeitige Blasensprung. Stuttgart, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 1946, p103
14. Zimmer K. Die Muttermundseröffnung bei den Schädellagen im Wegzeit-Diagramm. *Arch Gynaekol* 179. 35, 1951
15. Koller T: Versuch einer graphischen Darstellung des Geburtsverlaufes. *Gynaecologia* 126:227, 1948
16. Koller T, Abt K: Das vertikale Partogramm als zusätzliche Kontrolle des Geburtsverlaufes. *Gynaecologia* 130:419, 1950
17. Koller T, Abt K: Résultats de l'étude du "diagramme d'accouchement." *Rev Franc Gynecol Obstet* 47:163, 1952
18. Romero R *Am J Obstet Gynecol*. 2016 October ; 215(4): 413–414. doi:10.1016/j.ajog.2016.07.034.
19. Friedman EA. The graphic analysis of labour. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1954; 68: 1568-1575
20. Friedman E.A. Primigravid labor: a graphicostatistical analysis. *Obstetrics and Gynecology* 1955; 6:567-589
21. Friedman E.A. Labor in multiparas: a graphicostatistical analysis. *Obstetrics and Gynecology* 1956; 8: 691-703
22. Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk R, Sundaram R, Beaver J, Fraser W. The natural history of the normal first stage of labor. *Obstet Gynecol*. 2010 Apr;115(4):705-710. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181d55925. Erratum in: *Obstet Gynecol*. 2010 Jul;116(1):196. PMID: 20308828.
23. Studd J. Partograms and nomograms of cervical dilatation in management of primigravid labour. *Br Med J*. 1973 Nov 24;4(5890):451-5. doi: 10.1136/bmj.4.5890.451. PMID: 4758447; PMCID: PMC1587584.
24. Studd J, Clegg DR, Sanders RR, et al. Identification of high risk labours by labour nomogram. *Br Med J*. 1975;2: 545–547
25. O'Driscoll K, Stronge JM. Active management of labor. *Br Med J*. 1973 Sep 15;3(5880):590. doi: 10.1136/bmj.3.5880.590. PMID: 4726933; PMCID: PMC1586832.
26. Beazley JM, Kurjak A. Influence of a partograph on the active management of labour. *Lancet*. 1972 Aug 19;2(7773):348-51. doi: 10.1016/s0140-6736(72)91735-7. PMID: 4114719.
27. Maternal Health and Safe Motherhood Programme, Division of Family Health, WHO Geneva, Preventing pro-

- longed labour: a practical guide, The Partograph, Part I, Principles and Strategy.WHO/FHE/MSM/93.8.
28. Maternal Health and Safe Motherhood Programme, Division of Family Health, WHO Geneva, Preventing prolonged labour: a practical guide, The Partograph, Part II, User's Manual. WHO/FHE/MSM/93.9.
 29. World Health Organization maternal health and safe motherhood initiative. World Health Organization partograph in management of labour. *The Lancet* 343, 4 Giugno, 1399-1404, 1994.
 30. World Health Organization. Managing Complications in Pregnancy and Child- birth. Geneva: World Health Organization; 2000.
 31. WHO Managing complications in pregnancy and child-birth. 2003 available in Pdf at URL www.who.int
 32. Wacker J, Kyelem D, Bastert G, et al. Introduction of a simplified round partogram in rural maternity units: Seno province, Burkina Faso, West-Africa. *Trop Doct.* 1998;28:146-152
 33. Zhang J, Landy HJ, Ware Branch D, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, Hatjis CG, Ramirez MM, Bailit JL, Gonzalez-Quintero VH, Hibbard JU, Hoffman MK, Kominiarek M, Learman LA, Van Veldhuisen P, Troendle J, Reddy UM; Consortium on Safe Labor. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol.* 2010 Dec;116(6):1281-1287. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181fdef6e. PMID: 21099592; PMCID: PMC3660040
 34. Neal JL, Lowe NK. Physiologic partograph to improve birth safety and outcomes among low-risk, nulliparous women with spontaneous labor onset. *Med Hypotheses.* 2012 Feb;78(2):319-26. doi: 10.1016/j.mehy.2011.11.012. Epub 2011 Dec 3. PMID: 22138426; PMCID: PMC3254242
 35. Sizer AR, Evans J, Bailey SM, et al. A second-stage partogram. *Obstet Gyne- col.* 2000;96:678-683
 36. Hassan WA, Eggebø T, Ferguson M, Gillett A, Studd J, Pasupathy D, Lees CC. The sonopartogram: a novel method for recording progress of labor by ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2014 Feb;43(2):189-94. doi: 10.1002/uog.13212. PMID: 24105734
 37. Devdas AK. ETD - A 20 second tool for absolute prevention of prolonged and obstructed labor in resource poor situations. *The New Indian Journal of OBGYN.* 2015; 2(1):24-26
 38. Shazly SA, Embaby LH, Ali SS. The labour scale--assessment of the validity of a novel labour chart: a pilot study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2014 Aug;54(4):322-6. doi: 10.1111/ajo.12209. Epub 2014 May 17. PMID: 24835694.
 39. World Health Organization. WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. Geneva: World Health Organisation; 2018
 40. WHO Labour Care Guide: User's Manual. Geneva: World Health Organization; 2020

APPENDICE B - CONFRONTO DELLA GUIDA OMS 2020 CON UN CAMPIONE DI PARTOGRAMMI ITALIANI

ID_partogramma	Punto nascita I-II livello	Tempo_puntuale	Tempo_progressivo	Sezione secondo stadio	Nome	Partità	Insorgenza travaglio	Data diagnosi fase attiva	Rottura delle membrane (data e ora)	Fattori di rischio	Persona di fiducia	Gestione del dolore	Idratazione per os	Posture	Frequenza Cardiaca Fetale	Decelerazioni	Liquido Amniotico	Posizione fetale	Caput	Accavallamento	Frequenza Cardiaca	Pressione Arteriosa	Temperatura Corporea	Urine e minzione	Frequenza contrazioni	Durata contrazioni	Altra descrizione contrazione	Valore iniziale della dilatazione (cm)	Fase attiva	Dilatazione cervicale (cm)	Progressione PP (0-5)	Tipo di allerta	Linee progressione	Ossitocina	Farmaci	Liquidi endovena	Sezione presa di decisione condivisa con la donna	Accertamento ostetrico	Pianificazione ostetrica
1	I	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					x	x	x	x	x	1	x	x	x	1	x	x	x	x					
2	II	x	x		x	x	x	x	x				x		x	x						x	x	x	x	x	0	x	x	x	1	x	x	x					
3	II	x	x		x	x	x	x	x						x	x						x	x	x	x	x	2	x	x	x	1	x	x	x	x				
4	II	x	x		x										x	x									X	2	x	x	x	2	x	x	x						
5	II	x			x	x		x				x			x	x										x	1	x	x	x	4		x						
6	I	x				x									x	x	x								x	x		x											
7	II	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x						x	x	x	x	x	0	x	x	x	4		x	x					
8	I	x			x		x	x	x						x	x										x	1	x	x	x	4								
9	II	x	x			x		x							x	x	x					x	x				0	x	x	x	4			x	x				
10	I	x	x				x	x				x			x	x									x	0	x	x	x	4		x	x						
11	II	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x			x	x	x					x			X	x	2	x	x	x	2	x	x						
12	II	x	x	x			x	x							x	x	x					x	x	x	X	x	0		x	x	1	x		x					
13	II	x	x		x						x	x			x	x						x	x	x	X	2		x	x	4		x							
14	II	x	x		x						x	x			x	x						x	x	x	X	2		x	x	4									
15	I	x			x	x					x	x			x	x						x	x	x	x	4	x	x	x	1	x	x		x			x		
16	I	x	x		x	x	x		x	x					x	x	x					x	x	x	X	2	x	x	x	2	x	x	x		x	x			
17	I	x	x		x										x	x						x	x	x	x	x	1	x	x	x	1	x							
18	II	x	x		x	x		x			x	x	x		x	x	x					x	x	x	x	x	x	1		x	x	4		x					
19	I	x	x		x	x			x	x					x	x	x					x	x		X	2		x	x	2	x	x	x		x	x			
20	I		x	x			x	x	x							x											1		x	x	4		x						
21	II	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x						x	x	x	x	0		x	x	1	x	x	x		x	x			
22	II	x	x		x		x		x	x					x	x		?				x	x		x	2		x	x	3	x	x	x		x	x			
23	II	x	x		x										x	x	x	x				x	x		x	2		x	x	4		x							

IL PARTOGRAMMA E LA COMPETENZA NARRATIVA

ID_partogramma	Punto nascita I-II livello	Tempo_puntuale	Tempo_progressivo	Sezione secondo stadio	Nome	Parità	Insorgenza travaglio	Data diagnosi fase attiva	Rottura delle membrane (data e ora)	Fattori di rischio	Persona di fiducia	Gestione del dolore	Idratazione per os	Posture	Frequenza Cardiaca Fetale	Decelerazioni	Liquido Amniotico	Posizione fetale	Caput	Accavallamento	Frequenza Cardiaca	Pressione Arteriosa	Temperatura Corporea	Urine e minzione	Frequenza contrazioni	Durata contrazioni	Altra descrizione contrazione	Valore iniziale della dilatazione (cm)	Fase attiva	Dilatazione cervicale (cm)	Progressione PP (0-5)	Tipo di allerta	Linee progressione	Ossitocina	Farmaci	Liquidi endovena	Sezione presa di decisione condivisa con la donna	Accertamento ostetrico	Pianificazione ostetrica
24	II	x	x	x		x	x				x	x	x		x	x	x				x	x	x	x	x	2	x	x	4		x	x	x						
25	II	x	x	x											x	x	x								X	2	x	x	1	x		x	x						
26	I	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x		x	x	x				x	x	x	x		x	2	x	x	4									
27	II	x			x	x	x	x			x	x	x		x	x					x	x	x	x		x	2	x	x	4		x							
28	I	x	x						x		x		x		x	x	x				x	x	x	x		x	2	x	x	4									
29	II	x			x	x	x	x	x		x				x	x					x	x	x	x	x	3	x	x	x	1	x		x	x					
30	II	x			x	x	x	x	x		x	x			x	x					x	x	x			x	x	0	x	x	1	x		x	x	x			
31	II	x	x	x	x	x	x						x		x		x									x	1	x	x	1	x		x	x					
32	I	x	x	x	x	x	x	x							x	x	x	x				x	x	x		X	2	x	x	x	2	x		x	x				
33	I	x													x	x						x	x	x		x	2	x	x	4		x	x						
34	II	x	x	x	x	x	x	x	x						x	x	x								X	x	2	x	x	3	x		x	x					
35	II	x	x	x	x	x		x								x											1	x	x	4		x							
36	I	x	x	x	x			x			x	x				x	x					x	x	x	x		3	x		4		x							
37	II	x	x			x	x	x							x	x						x	x			x	x	0	x	x	2	x		x	x				
38	II	x			x			x							x	x	x					x	x	x	x		x	x	x	0	x	x	4		x				
39	II	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x		x	x	x						x			x	5	x	x	x	1	x		x					
40	I	x			x	x	x	x	x		x	x	x		x	x	x					x	x	x	x		x	0	x	x	4		x	x	x				
41	II	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x		x	x	x					x	x	x	x		X	0	x		4		x						
42	II	x	x	x	x		x	x	x		x	x	x		x	x	x					x	x	x	x		x	3	x	x	4		x						
43	II	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x		x	x	x					x				X	1	x	x	4		x	x						

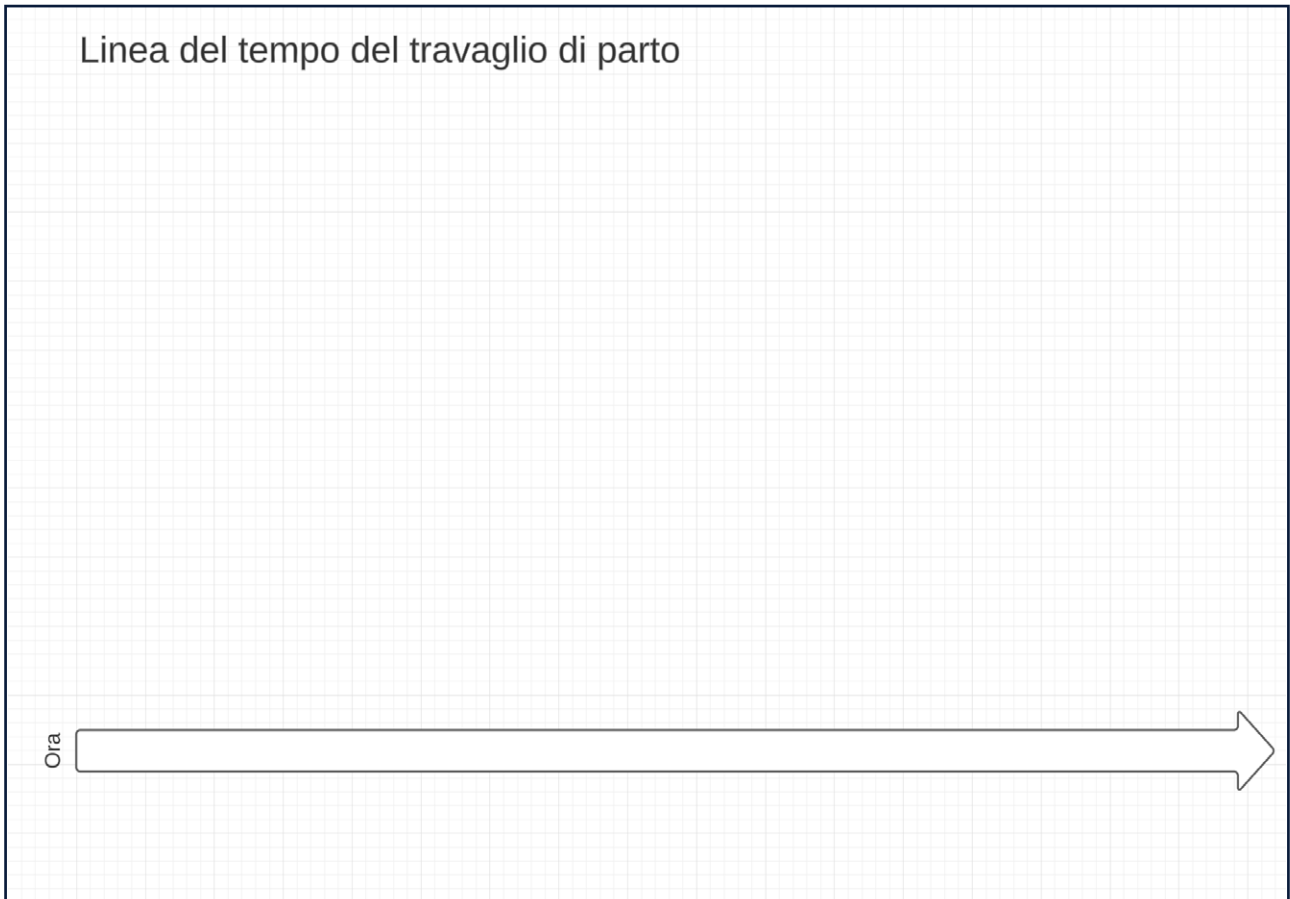
APPENDICE C - MODELLO DI NOTA DEL PARTO

Nota del parto

Spunti narrativi; primo stadio: l'evoluzione del travaglio... la donna... il feto... la persona di fiducia... il nostro sostegno...; **secondo stadio:** la donna... il desiderio di spingere... la discesa della testa... il battito cardiaco fetale... la persona di fiducia... il nostro sostegno...; **dopo il parto:** la donna...il neonato...il contatto tra la donna e il neonato...

--	--

APPENDICE D - MODELLO DI LINEA DEL TEMPO DEL TRAVAGLIO DI PARTO



APPENDICE E - GUIDA OMS 2020 IN ITALIANO

Guida OMS per la cura in travaglio di parto

Nome _____ Parità _____ Inizio del travaglio _____ Inizio fase attiva I stadio: Data _____

Rottura delle membrane: Data _____ Ora _____ Fattori di rischio: _____

		Orario												Durata			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
		← Fase attiva I stadio →												II stadio			
Supporto	Persona di fiducia	No															
	Sollievo dolore	No															
	Idratazione orale	No															
	Posizione	Supina															
Feto	Bcf linea di base	<110 ≥160															
	Bcf decelerazioni	Tardive															
	Liquido amniotico	Meconio +++ Sangue															
	Posizione fetale	Posteriore Trasversa															
	Caput	+++															
	Modellamento	+++															
Donna	Polso	<60 ≥120															
	PA Sistolica	<80 ≥140															
	PA Diastolica	≥ 90															
	Temperatura	<35,0 ≥ 37,5															
Urina	Proteine +++ Acetone +++																
Contrazioni per 10'	≤ 2 >5																
Durata contrazioni	<20 >60																
Progressione del travaglio	Dilatazione	10															
		9	≥ 2h														
		8	≥ 2.5h														
		7	≥ 3h														
		6	≥ 5h														
	Discesa	5	≥ 6h														
		4															
		3															
		2															
		1															
0																	
Terapia	Ossitocina (U/L, gocce/minuto)																
	Farmaco																
	Liquidi endovena																
Decisioni condivise	Valutazione																
	Planificazione																
Sigla																	

Segnare con una X la dilatazione cervicale in fase attiva. Segnalare se il tempo di permanenza a una certa dilatazione supera il valore della colonna di allarme. Nel secondo stadio segnare con una P il momento in cui la donna avverte il premito.

Evidenziare con un cerchio le osservazioni che rientrano nei valori della colonna di attenzione, avvertire l'ostetrica anziana e il medico, registrare la valutazione globale e il percorso condiviso. Se il travaglio supera 12 ore iniziare un nuovo partogramma

Guida OMS per la cura in travaglio di parto **MANUALE D'USO**



Guida OMS per la cura in travaglio di parto

Manuale d'Uso



Guida OMS per la cura in travaglio di parto: Manuale d'Uso

ISBN 978-92-4-001756-6 (versione elettronica)

ISBN 978-92-4-001757-3 (versione stampata)

© **Organizzazione Mondiale della Sanità 2020**

Alcuni diritti sono riservati. Questo lavoro è disponibile sotto la licenza Creative Commons Attribution- NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Rispettando i termini di questa licenza, è possibile copiare, ridistribuire e adattare il lavoro per scopi non commerciali, avendo cura che il lavoro sia propriamente citato, come indicato di seguito. In qualsiasi uso di questo lavoro non dovrebbero esservi indicazioni alcune che l'OMS appoggi una specifica organizzazione o prodotto o servizi. L'uso del logo dell'OMS non è permesso. Se il lavoro viene adattato, occorre sottoporlo alla stessa licenza di Creatività. Se viene creata una traduzione di questo lavoro, deve essere aggiunta la seguente clausola di non responsabilità in corrispondenza della citazione utilizzata: 'Questa traduzione non è stata creata dall'Organizzazione Mondiale della sanità che non è responsabile per il contenuto o l'accuratezza della traduzione. La versione originale in Inglese è l'edizione autentica e vincolante'.

Qualsiasi mediazione riguardante le possibili dispute che si vengano a creare in merito alla licenza, dovrebbero essere condotte in accordo con le regole di mediazione dell'Organizzazione Mondiale per la proprietà intellettuale (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Citazione suggerita. *WHO labour care guide*: manuale di utilizzo [WHO labour care guide: user's manual]. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Dati Cataloguing-in-Publication (CIP). I dati CIP sono disponibili su <http://apps.who.int/iris>.

Vendita, diritti e licenza. Per comprare le pubblicazioni dell'OMS, vedere <http://apps.who.int/bookorders>. Per inviare richieste per l'uso commerciale e riguardo i diritti e le licenze vedere: <http://www.who.int/about/licensing>.

Materiale di terzi. Se si desidera utilizzare materiale presente in questo lavoro che è attribuito a terzi, come tabelle, immagini o figure, è propria responsabilità determinare se vi sia la necessità di avere il permesso e di ottenere lo stesso da parte del titolare dei diritti di autore. Il rischio di reclami che risultino dalla violazione di diritti di autore su materiale appartenenti a terzi, appartiene solo al fruitore.

Dichiarazioni di non responsabilità generali. Le destinazioni d'uso e la presentazione del materiale in questa pubblicazione non implica l'espressione di alcuna opinione da parte dell'OMS riguardante lo stato legale di Stati, territori, città o aree o riguardo le loro Istituzioni. Le linee punteggiate o tratteggiate sulle mappe rappresentano confini approssimativi per i quali potrebbe non esserci ancora pieno accordo.

La menzione di specifiche aziende o prodotti non implica che questi siano approvati dall'OMS o raccomandati in preferenza ad altri di natura simile che non siano menzionati. Eccetto errori ed omissioni, i nomi propri dei prodotti sono distinguibili per le iniziali maiuscole.

Tutte le ragionevoli precauzioni sono state prese dall'OMS per verificare le informazioni presenti in questo manuale. In ogni caso, il materiale pubblicato viene distribuito senza garanzia di alcun genere, sia espressa che implicita. La responsabilità riguardo l'interpretazione e l'uso del materiale è a carico del lettore. In nessun caso l'OMS sarà responsabile per i danni derivati dal suo uso.

Indice

Ringraziamenti	v
Acronimi ed abbreviazioni	vi
Introduzione	1
Scopo del manuale	2
Destinatari	2
La Guida OMS	2
Per chi dovrebbe essere usata la Guida OMS?	2
Quando dovrebbe essere iniziata la Guida OMS?	2
Dove dovrebbe essere usata la Guida OMS	3
Struttura della Guida OMS	3
Come usare la Guida OMS	5
Monitoraggio del travaglio e pianificazione	5
Usare la Guida OMS	5
Nomenclatura per completare Guida OMS	6
Come compilare la Sezione 1: Informazioni identificative e caratteristiche del travaglio all'ammissione	8
Come compilare la Sezione 2: Sostegno	9
Come compilare la Sezione 3: Assistenza ostetrica al feto	11
Come compilare la Sezione 4: Assistenza ostetrica alla donna	14
Come compilare la Sezione 5: Progressione del travaglio	17
Come compilare la Sezione 6: Terapia farmacologica	20
Come compilare la Sezione 7: Processo decisionale condiviso	21
Bibliografia	23
Allegato 1: OMS Guida OMS	24
Allegato 2: Come adattare la Guida OMS nelle sale parto	25
Allegato 3: Introdurre la Guida OMS nelle sale parto	26
Allegato 4: Elenco di raccomandazioni sull'assistenza intrapartum per un'esperienza di parto positiva	27
Allegato 5: Strumentario e materiale necessari per l'assistenza intrapartum	33

Ringraziamenti

Il Dipartimento di Salute Sessuale e Riproduttiva e Ricerca e il Dipartimento di Salute Materna, Neonatale, Pediatrica, dell'adolescente e dell'invecchiamento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità vogliono ringraziare sentitamente per il contributo che molti individui e organizzazioni hanno apportato allo sviluppo di questo manuale.

Fernando Althabe, Mercedes Bonet e Olufemi Oladapo, del Dipartimento Salute Sessuale e Riproduttiva dell'OMS e Ricerca hanno avviato e coordinato i lavori di questo manuale. I seguenti membri dello Staff della sede centrale dell'OMS hanno contribuito al processo di sviluppo di questo manuale in varie parti del lavoro: Maurice Bucagu, Frances McConville e Anayda Portela.

L'OMS vuole estendere i suoi sinceri ringraziamenti a Richard Adanu, Stine Bernitz, Blami Dao, Soo Downe, Justus Hofmeyr, Caroline Homer, Vanora Hundley, Barbara Levy, Tina Lavender, David Lissauer, Robert Pattinson, João Paulo Souza, Mary Ellen Stanton, Jeff Stringer, Petra ten Hoope- Bender e Valerie Vannevel, che hanno collaborato in qualità di membri del Gruppo Tecnico di Lavoro.

Apprezziamo il feedback datoci da un copioso numero di referenti internazionali che hanno partecipato ai progetti di indagine e valutazione che hanno avuto luogo nel processo di sviluppo del manuale. Un ringraziamento speciale va a tutti i partner di ricerca per il loro contributo al manuale durante la valutazione multicentrica della Guida OMS che è stata coordinata da Joshua Vogel and Veronica Pingray. Veronica Pingray ha coordinato il sondaggio internazionale della versione originale della Guida, e ha steso la prima bozza del manuale e ha coordinato l'input dei soggetti referenti.

L'agenzia per lo Sviluppo Internazionale degli Stati Uniti (USAID) e il Programma di Sviluppo delle Nazioni Unite (UNDP)/Il Fondo per la Popolazione delle Nazioni Unite (UNFPA)/e il Fondo per i Bambini delle Nazioni Unite (UNICEF)/OMS/Programma speciale di ricerca, sviluppo e formazione alla ricerca nella riproduzione (HRP), un programma con diversi sponsor creato dall'OMS, hanno finanziato questo lavoro. Le opinioni dei vari membri finanziatori di questo lavoro non ne hanno influenzato la stesura.

Acronimi e abbreviazioni

BCF	Battito Cardiaco Fetale
bpm	Battiti per minuto
FCF	Frequenza cardiaca fetale
IM	Intramuscolo
EV	Endovenoso
EPP	Emorragia Postpartum
Guida OMS	Guida OMS per la cura in travaglio di parto
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
PAD	Pressione Arteriosa Diastolica
PAS	Pressione Arteriosa Sistolica
TCC	Trazione controllata del cordone
UI	Unità Internazionali
UNICEF	Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia
UNFPA	Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione
USAID	Agenzia degli Stati Uniti per lo Sviluppo Internazionale

Chiarimenti

Con l'acronimo BCF si intende la FCF (frequenza cardiaca fetale) in quanto adoperato ampiamente sul territorio

Introduzione

Più di un terzo delle morti materne, metà dei nati morti e un quarto delle morti neonatali si verifica per complicazioni durante il travaglio e il parto (1-2). La maggior parte di queste morti avviene nelle realtà con setting assistenziale a basso livello e sono in larga parte prevenibili tramite interventi tempestivi (3). Il monitoraggio del travaglio e del parto, e il riconoscimento e il trattamento precoce delle complicanze sono fondamentali nella prevenzione degli outcome avversi legati alla nascita. Il miglioramento della qualità dell'assistenza al momento della nascita (travaglio e parto) è stato identificato come la più efficace strategia nel ridurre i nati morti e le morti fetali e neonatali, comparato con i protocolli di cura antenati e postnatali. (4)

Nel Febbraio 2018, l'organizzazione mondiale della sanità ha pubblicato una serie di raccomandazioni riguardo l'assistenza intrapartum per un'esperienza di parto positiva (5). Le raccomandazioni includono le nuove definizioni della durata del primo e secondo stadio del travaglio e forniscono indirizzi riguardo il tempo e l'utilizzo di interventi sul travaglio per migliorare la salute e il benessere materno-fetale (5-7). Le raccomandazioni sono basate sul principio che, attraverso l'uso di pratiche efficaci sul parto e travaglio e l'abbandono di quelle inefficaci (e potenzialmente dannose), il personale sanitario possa supportare la donna nel raggiungere gli obiettivi fisici, emozionali e psicologici che desiderano per loro stesse, i loro bambini e le loro famiglie (8).

Le raccomandazioni OMS sull'assistenza intrapartum specificano pratiche "evidence based" che dovrebbero essere implementate durante il travaglio e nell'immediato periodo postpartum e scoraggiano quelle non efficaci, che dovrebbero essere evitate. Le raccomandazioni OMS coprono:

- l'assistenza durante il travaglio e il parto: cura rispettosa della maternità, comunicazione efficace, compagnia in travaglio, continuità dell'assistenza;
- primo stadio del travaglio: definizione di fase latente e di primo stadio attivo, durata e progressione del primo stadio, condotta di ammissione in travaglio, pelvimetria clinica al ricovero, verifica routinaria del benessere fetale all'ammissione in travaglio, rasatura pubica, clistere al ricovero, esplorazione digitale vaginale, lavanda vaginale, cardiocografia in continuo, auscultazione intermittente della frequenza cardiaca, sollievo dal dolore, fluidi orali e cibo, mobilità materna e posizione, gestione attiva del travaglio, amniotomia routinaria, ossitocina per la prevenzione del prolungamento, agenti antispastici e fluidi endovenosi per prevenire il ritardo del travaglio;
- secondo stadio del travaglio: definizione durata, posizione al parto (con o senza analgesia epidurale), metodo di spinta, tecniche per prevenire il trauma perineale, episiotomia, pressione fundica;
- terzo stadio del travaglio: profilassi uterotonica, clampaggio ritardato del funicolo, trazione controllata sul cordone, massaggio uterino;
- assistenza al neonato: aspirazione nasale o orale routinaria durante la rianimazione, contatto "skin to skin", allattamento al seno, prevenzione della malattia emorragica con l'uso di vitamina k, bagnetto e altre cure post-natali immediate al neonato;
- assistenza alla donna nel postpartum: valutazione del tono uterino, uso di antibiotici, valutazione di routine nel postpartum, dimissione di donna con parto vaginale non complicato.

Per facilitare un'implementazione efficace delle suddette raccomandazioni, l'OMS ha rivisto e rivisitato il design del precedente partogramma.

La Guida OMS è stata costruita per il personale sanitario al fine di monitorare il benessere materno-fetale durante il travaglio attraverso regolari rilevazioni, al fine di identificare ogni deviazione rispetto la normalità. Questo strumento permette di stimolare decisioni condivise tra operatore sanitario e donna, e promuovere un'assistenza centrata sulla paziente. La Guida OMS è da considerare come una risorsa per assicurare un'assistenza di qualità basata sulle evidenze, con una speciale enfasi sull'assicurare sicurezza, evitare interventi non necessari, e procurare sostegno.

Obiettivo di questo manuale

Questo manuale è stato sviluppato per aiutare il personale che assiste le donne durante il travaglio e il parto a usare con successo la Guida OMS.

Destinatari

I destinatari primari di questo manuale sono gli operatori sanitari impiegati direttamente nell'assistenza al travaglio in tutti i contesti assistenziali di questa tipologia. Questo significa ostetriche, infermieri, medici generici e ostetrici-ginecologi *. Il manuale sarà anche di interesse dello staff coinvolto nell'addestramento del personale sanitario, manager sanitari, implementatori e manager di programmi per la salute materno-infantile, organizzazioni non governative (ONG), e società professioniste coinvolte nella pianificazione e gestione dei servizi sanitari materno-infantili.

La Guida OMS

I principali scopi della Guida OMS sono:

- Guidare il monitoraggio e la documentazione del benessere materno-fetale e della progressione del travaglio
- Guidare il personale medico-ostetrico ad offrire assistenza ostetrica durante il travaglio per assicurare alla donna un'esperienza positiva della nascita
- Assistere il personale medico-ostetrico a riconoscere prontamente e correggere complicanze emergenti nel corso del travaglio, fornendo soglie di riferimento per le osservazioni fatte durante il travaglio, che sono intese come stimolo per la riflessione e per azioni specifiche se viene riscontrata un'osservazione anormale
- Prevenire durante il travaglio interventi non necessari
- Supportare audit e miglioramenti nella qualità della gestione del travaglio.

Per chi dovrebbe essere usata la Guida OMS?

La Guida OMS è stata costruita per la cura delle donne e dei loro bambini durante il travaglio e il parto. Ciò include la verifica e l'osservazione, le quali sono essenziali per la cura di tutte le donne gravide, indipendentemente dal loro status. Comunque la Guida OMS è stata primariamente ideata per essere usata per le donne in apparente buona salute e i loro bambini (ad esempio donne con gravidanze a basso rischio). Le donne a rischio di sviluppare complicanze in travaglio richiedono un monitoraggio e assistenza aggiuntiva specializzata (9).

Al momento dell'arrivo presso il reparto di travaglio, le donne dovrebbero avere un'iniziale valutazione per determinare se il travaglio è iniziato. Una guida dettagliata per eseguire un'iniziale valutazione per verificare il benessere materno-fetale e determinare lo stadio del travaglio viene riportata nella *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice* (10). Le donne in travaglio richiederanno successivi monitoraggi della progressione del travaglio con la Guida OMS.

Quando la Guida OMS dovrebbe essere iniziata?

La compilazione della Guida OMS, con la documentazione del benessere materno-fetale, così come della progressione del travaglio, dovrebbe iniziare quando la donna entra nella fase attiva del primo stadio del travaglio (5 cm o più di dilatazione cervicale), indipendentemente dalla parità e dall'integrità delle membrane.

Sebbene la Guida OMS non dovrebbe essere iniziata nella fase latente del travaglio, è opportuno che la donna e il feto vengano monitorati e ricevano assistenza e supporto durante la fase latente. Una guida sull'assistenza alle donne in fase latente può essere trovata in *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice* (10).

Dove dovrebbe essere usata la Guida OMS?

La Guida OMS è stata costruita per tutte le nascite nelle strutture sanitarie e per tutti i livelli di assistenza. Le donne che travagliano nelle strutture sanitarie di basso livello potrebbero necessitare di un trasferimento presso un livello assistenziale di maggiore livello qualora insorgessero complicazioni. Le donne in queste realtà dovrebbero perciò avere accesso ad appropriate opzioni di riferimento e trasporto per un sicuro e tempestivo trasferimento. L'uso della Guida OMS può facilitare la precoce identificazione di potenziali complicanze e quindi potrebbe contribuire ad un tempestivo trasferimento quando si rende necessario verso centri nascita specializzati.

Sommario dei punti chiave per iniziare ad usare la LCG

Per chi dovrebbe essere usata la LCG?

Tutte le donne in travaglio. Le donne ad alto rischio potrebbero richiedere monitoraggio e assistenza aggiuntivi.

Quando dovrebbe essere iniziata la LCG?

Quando la donna entra nella fase attiva del primo stadio del travaglio (cioè quando la dilatazione cervicale è di 5 cm o più)

Dove dovrebbe essere usata la LCG?

La LCG è costruita per l'uso a tutti i livelli di assistenza nelle strutture sanitarie

Struttura della Guida OMS

La Guida OMS ha sette sezioni, che sono state adattate dalla struttura del precedente partogramma. Le sezioni sono le seguenti (vedi Fig. 1):

1. Informazioni identificative e caratteristiche del travaglio all'ammissione
2. Sostegno
3. Assistenza ostetrica al feto
4. Assistenza ostetrica alla donna
5. Progressione del travaglio
6. Terapia farmacologica
7. Processo decisionale condiviso

La sezione 1 deve essere utilizzata per la documentazione del nome della donna e delle caratteristiche del travaglio all'ammissione che sono importanti per la gestione dello stesso: parità, modalità di insorgenza del travaglio, data di diagnosi di travaglio attivo, data e ora della rottura delle membrane, e fattori di rischio. La sezione dovrebbe essere completata con le informazioni ottenute quando la diagnosi di travaglio attivo è confermata.

Le sezioni 2-7 contengono una serie di osservazioni del travaglio. Il personale sanitario dovrebbe registrare le osservazioni per tutte le sezioni subito dopo che la donna è ammessa in travaglio. Il resto della Guida OMS è poi completato seguendo in seguito ai successivi accertamenti ostetrici durante il travaglio. Per tutte le osservazioni, c'è un asse del tempo orizzontale per la documentazione del tempo corrispondente all'osservazione e un asse verticale con i valori di riferimento per la determinazione di qualsiasi deviazione al di fuori delle normali osservazioni. La Guida OMS fornisce anche una sezione del secondo stadio per continuare le osservazioni fatte durante il primo stadio del travaglio (eccetto per la dilatazione cervicale, che si completa nel primo stadio del travaglio).

Come usare la Guida OMS

Monitoraggio del travaglio e pianificazione

Durante il travaglio sono richieste regolari verifiche degli eventi del travaglio stesso per garantire il benessere materno-fetale. La decisione di intervenire nel corso del travaglio è primitivamente basata sull'osservazione di una deviazione dalle osservazioni attese durante queste valutazioni.

Per facilitare azioni orientate dal monitoraggio del travaglio, la Guida OMS fornisce espliciti valori di riferimento per le osservazioni in travaglio e include una sezione per documentare le decisioni condivise e per correggere ogni deviazione da quelle normalmente attese. Per assicurare l'applicazione sistematica e consistente della Guida OMS, gli operatori sanitari sono incoraggiati ad usare l'approccio Valutazione/Registrazione/Controllo/Pianificazione, che significa:

- **Valutazione** (valutare il benessere della donna e del feto, e la progressione del travaglio)
- **Registrazione** (documentazione delle osservazioni in travaglio)
- **Controllo delle soglie di riferimento** (comparare le osservazioni con i valori di riferimento presenti nella colonna di allerta)
- **Pianificazione** (decidere se e quali interventi sono necessari, consultandosi con la donna, e documentare di conseguenza).

È importante per gli operatori sanitari monitorare in prospettiva il benessere delle donne e dei bambini e la progressione del travaglio, e applicare il processo di Valutazione/Registrazione/Controllo/Pianificazione ad ogni valutazione durante il travaglio.

Le sezioni di seguito forniscono informazioni su come completare la Guida OMS. Un esempio clinico segue ogni sezione per illustrare l'uso della Guida OMS.

La Guida OMS è intesa come una guida e non un sostituto per un buon giudizio con il rispetto delle condizioni e preferenze individuali delle donne.

Ulteriore guida sul management clinico delle donne durante il travaglio e il parto, incluso il management delle complicanze, può essere reperito *in Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice (10)* e *Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors (9)*.

Per ragioni pratiche questo manuale descrive le osservazioni materne e fetali separatamente. Comunque, le decisioni non dovrebbero basarsi su osservazioni individuali ma su una valutazione complessiva della donna e del feto.

Usare la Guida OMS

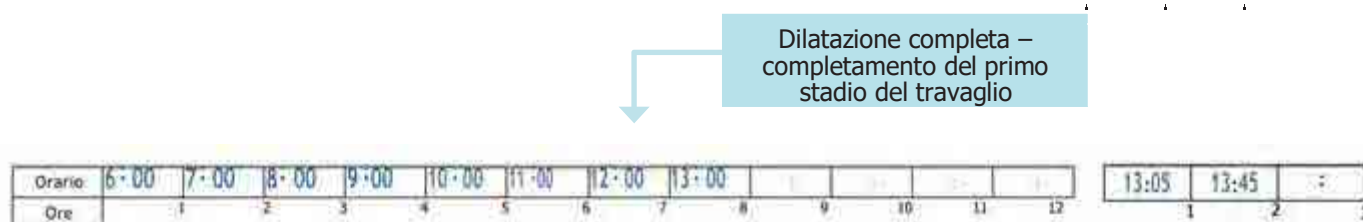
Asse del tempo: la prima riga dell'asse del tempo "Tempo" viene usata per registrare l'ora di ogni osservazione mentre la seconda riga ("Ore") identifica il numero di ore che sono trascorse durante il corso del travaglio (vedi Fig.2). La riga "Tempo" è divisa in colonne per la registrazione del tempo in ore e minuti. Ogni Colonna rappresenta un'ora (60 minuti)

Come descritto nell'esempio di seguito, se la prima valutazione viene condotta alle ore 06:30 e la seconda e la terza 1 e 2 ore dopo, alle 07:30 e alle 08:30, queste dovranno essere registrate tutte nelle rispettive colonne. Se alle 12:30 la donna raggiunge la dilatazione completa, la registrazione del tempo dovrebbe essere continuata nelle caselle relative al secondo stadio.

Se il travaglio continua oltre le 12 ore, si dovrebbe iniziare un secondo foglio di Guida OMS. Il tempo dovrebbe essere registrato usando il formato 12 o 24 ore, secondo la pratica locale.

Colonna dei riferimenti ("Allerta"): La Colonna "Allerta" presenta le soglie per osservazioni anormali durante il travaglio che richiedono ulteriori valutazioni e azioni da parte del sanitario, riassunte nelle Tabelle 3-7. Se le osservazioni non incontrano nessun criterio nella Colonna "Allerta", la progressione del travaglio può essere considerata come normale e nessun intervento medico è richiesto.

Fig. 2. Come registrare il tempo nella Guida OMS



I professionisti sanitari dovrebbero cerchiare le osservazioni che rientrano nella Colonna "Allerta". Questo dovrebbe aiutare a evidenziare quelle osservazioni che richiedono una particolare attenzione.

Mentre le soglie di riferimento sono in gran parte basate sulle linee guida OMS, alcune sono derivate da pareri di esperti. È importante notare che le soglie di riferimento sono da intendersi come precoci segnali di allerta. Perciò, i valori di riferimento dovrebbero essere adattati in accordo con le linee guida locali e non sostituire l'esperto giudizio clinico di un professionista sanitario.

Frequenza delle valutazioni: La frequenza delle osservazioni è simile a quella prevista dal precedente partogramma, come presentato nelle Tabelle 4-7. Mentre la frequenza delle valutazioni nella Guida OMS è in gran parte basata sulle linee guida OMS, per alcune variabili la frequenza del monitoraggio è basata sull'opinione degli esperti piuttosto che sulle evidenze di alta qualità. È importante che il personale sanitario adatti la frequenza del monitoraggio a ciascun particolare caso clinico e in accordo con le linee guida locali. Si auspica che la frequenza delle valutazioni richieste dipenda dal risultato delle osservazioni del travaglio e dallo status della donna e del feto.

Nomenclatura per completare la Guida OMS

Dove una misurazione preveda l'uso di numeri, dovrebbe essere registrato l'effettivo valore numerico. Quando si documentano osservazioni non numeriche-ad esempio osservazioni non basate su un conteggio-è stata creata una lista di abbreviazioni per standardizzare la nomenclatura usata dal team degli operatori sanitari e per consentire una coerente interpretazione della Colonna d' "Allerta" (vedi Tabella 1).

Tabella 1. Abbreviazioni per registrare osservazioni non-numeriche

Sezione 1: Informazioni identificative e caratteristiche del travaglio all'ingresso	
Rottura delle membrane (Data; Ora)	NN= Non noto
Sezione 2: Supporto	
Persona di fiducia	Si
	No
	ND = Non Desiderata
Sollievo dal dolore	Si
	No
	R = La donna rifiuta di ricevere sollievo dal dolore farmacologico e non.
	No
	R = Donna rifiuta
Posizione Materna	SP = Supina
	L= Libera

Sezione 3: Feto	
Decelerazioni	No
	P = Precoci
	T= Tardive
	V = Variabili
Liquido amniotico	I = Membrane Integre
	R = Membrane rotte, liquido chiaro
	M = Liquido tinto di meconio: registra +, ++ e +++ per indicare rispettivamente non significativo, medio e meconio spesso
	E = Liquido ematico
Posizione Fetale	A = Posizione occipito anteriore
	P = Posizione occipito posteriore
	T = Posizione occipito trasversa
Caput	0 (Non presente)
	+
	++
	+++ (Ricontrato)
Accavallamento ossa craniche	0 (Non presente)
	+ (Suture accostate)
	++ (Suture Sovrapposte ma riducibili)
	+++ (Suture Sovrapposte non riducibili)
Sezione 4: Donna	
Urine	P – (No proteinuria)
	P Tracce (Tracce di proteinuria)
	P 1+
	P 2+
	P 3+
Acetone	A – (No acetonuria)
	A 1+
	A 2+
	A 3+
	A 4+
Sezione 5: Progressione del travaglio	
Non applicabile	
Sezione 6: Terapia Farmacologica	
Ossitocina	No
	Se "Sì", indicare U/L e ml/min
Farmaci	No
	Se "Sì", riportare nome, dose e via di somministrazione del farmaco
Fluidi EV	Si
	No
Sezione 7: Processo decisionale condiviso	
Non applicabile	

Come completare la Sezione 1: Informazioni identificative e caratteristiche del travaglio al ricovero

Questa sezione raccoglie il nome della donna e le informazioni chiave necessarie per capire le caratteristiche di base e i fattori di rischio della donna al momento dell'ingresso in sala parto. Altre importanti caratteristiche demografiche e del travaglio, come l'età materna, l'età gestazionale, la sierologia, l'emoglobina, il gruppo sanguigno e il fattore Rh, eventuale necessità e motivo di trasferimento, la distanza sinfisi fondo, dovrebbero essere incluse nella cartella clinica della donna.

La Tabella 2 mostra come valutare le variabili in questa sezione e come si dovrebbero registrare le informazioni ottenute nella Guida OMS.

Tabella 2. Guida alla compilazione della Sezione 2 della Guida OMS

Variabile	Passaggio 1: Valuta	Passaggio 2: Riporta
Nome	Chiedere alla donna il suo nome completo.	<ul style="list-style-type: none"> Registrazione il nome completo della donna e verificare che corrisponda al nome presente nella sua cartella clinica.
Parità	Trovare nella cartella clinica il numero di volte in cui la donna ha partorito un bambino dopo l'epoca di vitalità (secondo le linee guida locali).	<ul style="list-style-type: none"> Usare il sistema di codifica locale per registrare la parità, ad esempio Parità (o P) = numero di bambini nati per via vaginale (secondo la definizione locale di vitalità)
Insorgenza del travaglio	L'insorgenza del travaglio è stata spontanea o indotta (usando metodi artificiali?)	<ul style="list-style-type: none"> Registrazione "Spontaneo" se la donna raggiunge la fase attiva del primo stadio del travaglio senza stimolazioni artificiali per l'insorgenza di travaglio (sia attraverso metodi farmacologici che non farmacologici). Registrazione "Indotto" se l'insorgenza del travaglio è stata stimolata artificialmente, mediante somministrazione alla donna gravida di ossitocina o prostaglandine, rottura artificiale delle membrane, applicazione di catetere con balloon nella cervice, o altri metodi.
Diagnosi di travaglio attivo	In che data è stata posta la diagnosi di fase attiva del primo stadio del travaglio?	<ul style="list-style-type: none"> Indicare la data di diagnosi di travaglio attivo. Usare il formato locale per registrare le date. (es. gg/mm/aa o gg/ mm/aaaa).
Rottura delle membrane	In che data e a che ora è avvenuta la rottura delle membrane (se la rottura delle membrane è avvenuta prima dell'ammissione)?	<ul style="list-style-type: none"> Data e ora [hh: mm] in cui è avvenuta la rottura delle membrane. Questi dati potrebbero essere riferiti dalla donna o dalla persona di fiducia, o possono essere ricavati dalla cartella clinica se le membrane sono state rotte dopo il ricovero ma prima di iniziare la Guida OMS. Usare il formato locale per registrare l'ora. Indicare 'sconosciuta' se la rottura delle membrane è confermata ma la donna non può riportare la data e/o l'ora e non è presente documentazione in cartella clinica.
Fattori di rischio	Fattori di rischio	<ul style="list-style-type: none"> Fattori di rischio ostetrici, medici e sociali noti che possono influenzare l'assistenza e la gestione di potenziali complicanze del travaglio. Per esempio, condizioni mediche preesistenti (es. Ipertensione cronica), condizioni ostetriche (es. Preeclampsia), età materna avanzata, gravidanza adolescenziale; travaglio pretermine e colonizzazione da Streptococco di Gruppo B.

Esempio di come compilare la Sezione 1

Data: 7 Giugno, 2020 *Ora 06:00*

Maria Giovanna, una donna con una gravidanza a basso rischio, si presenta con contrazioni e riferisce di aver avuto una perdita di liquido dalla vagina durante l'ultima ora. La sua epoca gestazionale è 38 settimane.

Questa è la sua quarta gravidanza. Lei ha avuto precedentemente due parti, uno di un bambino nato vivo e un altro di un bambino nato morto. Lei ha avuto anche un aborto. Sta assumendo ferro per via orale per trattare l'anemia.

L'ostetrica in servizio all'accettazione ha chiesto tutte le informazioni necessarie ed effettua la valutazione clinica per valutare il benessere materno-fetale e lo stato del travaglio di Maria Giovanna. Fra gli altri parametri, l'ostetrica rileva che Maria Giovanna ha contrazioni regolari (3 contrazioni ogni 10 minuti), la dilatazione è di 5 cm e le membrane sono rotte.

La Figura 3 mostra come la Guida OMS dovrebbe essere completata con le informazioni sopra riportate.

Fig. 3. Come compilare la sezione 1

The screenshot shows the header of the OMS Guide for Labor Care form. The title is "GUIDA OMS PER LA CURA IN TRAVAGLIO DI PARTO". Below the title, there are several fields with pre-filled information: "Nome: Maria Giovanna Rossi", "Parità: 2", "Inizio del travaglio: spontaneo", "Inizio fase attiva I stadio (Data: 07/07/20)", "Rottura membrane (Data: 07/07/22)", "Ora: 5:00", and "Fattori di rischio: Pregressa MEF, anemia".

Come completare la Sezione 2: Sostegno

La cura rispettosa della maternità è un diritto fondamentale delle donne in gravidanza e una componente essenziale delle raccomandazioni OMS per l'assistenza intrapartum (5). L'OMS raccomanda un'efficace comunicazione tra i sanitari e la donna in travaglio, incluso l'uso di linguaggio semplice e culturalmente appropriato durante ogni. Ad ogni donna dovrebbero essere fornite spiegazioni chiare delle procedure e del loro scopo. Gli esiti delle visite dovrebbero essere spiegati alla donna e alla sua persona di fiducia, e la conseguente linea d'azione resa chiara per rendere possibile la presa di decisioni condivise.

Questa sezione della Guida OMS mira a incoraggiare in maniera consistente la pratica della cura rispettosa della maternità durante il travaglio e il parto, attraverso il continuo sostegno e il monitoraggio dello stesso. Ciò include la compagnia della persona di fiducia durante il travaglio, l'accesso al sollievo dal dolore farmacologico e non farmacologico, la possibilità di idratarsi liberamente e tecniche per migliorare il comfort della donna (come incoraggiare la donna al movimento durante il travaglio) (vedere la Tabella 3). Le misure di sostegno dovrebbero essere offerte e valutate in maniera continuativa durante il travaglio.

In ogni caso, per una efficace documentazione, le osservazioni riguardanti il sostegno fornito alla donna dovrebbero essere registrate ogni ora.

Tabella 3. Guida alla compilazione della Sezione 2 della Guida OMS

	Passaggio 1: Valuta	Passaggio 2: Riporta	Passaggio 3: Controlla le soglie	Passaggio 4: Pianifica
Persona di fiducia	La donna ha una persona di fiducia di sua scelta presente che la supporta al momento delle visite?	Si No R = La donna rifiuta	Allerta: No	<ul style="list-style-type: none"> Se hai segnato "no", offri di trovare una persona di scelta alla donna. Se hai segnato "Si" o "Rifiuta", continua a indagare la sua preferenza durante la progressione del travaglio e il parto.
Sollievo dal dolore	La donna ha ricevuto una tecnica di alleviamento del dolore?	Si No R = La donna rifiuta	Allerta: No	<ul style="list-style-type: none"> Se hai segnato "no", offri sollievo dal dolore in accordo con le preferenze della donna, disponibilità del metodo antidolorifico ed esperienza nel metodo antidolorifico. Puoi offrire un'epidurale alla più bassa concentrazione attiva per evitare le complicazioni da anestetici locali, o oppioidi come il fentanyl, la di morfina e la petidina. Le tecniche di rilassamento come quelle che impiegano il rilassamento muscolare, la respirazione, la musica, mindfulness e tecniche manuali possono essere usate in base alle preferenze della donna.
Idratazione orale	La donna ha assunto idratazione orale su richiesta dall'ultima sua valutazione?	Si No R = La donna rifiuta	Allerta: No	<ul style="list-style-type: none"> Se registri "No", incoraggia la donna a introdurre una dieta leggera e bevande da lei desiderate durante il travaglio.
Posizione	Quale postura sta adottando la donna durante il parto e il travaglio?	SP = Supina MO = Mobile (include il camminare, dondolare o altre posizioni non supine, es. decubito laterale, accovacciata, inginocchiata, in piedi)	Allerta: SP = Supina	<ul style="list-style-type: none"> Se registri "SP" incoraggia la donna a camminare liberamente durante la prima fase del travaglio. Supporta la scelta materna della posizione (laterale sinistra, in ginocchio, in piedi supportata dalla persona di fiducia) in ogni stadio del travaglio.

Esempio di come compilare la Sezione 2

Data: 07 Giugno 2020 Ore 6:00

Maria Giovanna è arrivata in sala parto dopo una valutazione generale e clinica. L'ostetrica di turno la segue costantemente ma non è presente un compagno o una persona di sua conoscenza.

Riferisce dolore significativo durante le contrazioni uterine e chiede aiuto. Ha bevuto un succo di frutta e cammina.

L'ostetrica che assiste Maria Giovanna durante il travaglio le propone di avere a fianco qualcuno di sua scelta. Maria Giovanna ha chiesto la presenza della sorella. L'ostetrica ha dato indicazioni alla sorella su quando e come chiamare in caso di necessità.

È stato aggiunto un divisorio tra i letti per garantire maggiore privacy in quanto nella stanza è presente un'altra donna in travaglio. Maria Giovanna e la sorella ricevono consigli sulle tecniche di rilassamento per il sollievo dal dolore.

Ore 7:00

Maria Giovanna è con sua sorella e usa le tecniche di rilassamento per il sollievo dal dolore.

Sta bevendo acqua, quando ha sete. Adesso è a letto in posizione supina.

La Figura 4 mostra come la Guida OMS può essere compilata con le informazioni sopra riportate. Sono cerchiare in rosso quelle osservazioni che trovano una corrispondenza con la colonna di "Allerta".

Fig. 4. Come compilare la Sezione 2

GUIDA OMS PER LA CURA IN TRAVAGLIO DI PARTO

Nome: Maria Giovanna Rossi Parità: 2 Tipo del travaglio: spontaneo Inizio fase attiva (Data: 07/07/20)

Rotura membrane (Data: 07/07/22) Ora: 5:00 Fattori di rischio: Pregressa MEF; anemia

	Orario	6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00				13:05	13:45			
		Ore	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	Allerta	FASE ATTIVA												II FASE			
SOSTEGNO	Presenza di dolore	No	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si					Si		
	Calore della cute	No	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si					Si		
	Integrità della cute	No	Si	Si	Si	0	Si	Si	0	Si					Si		
	Posizione	SP	MO	SP	MO	MO	SP	MO	MO	SP					SP		
															PARTO		

Come compilare la sezione 3: Assistenza ostetrica al feto

Questa sezione vuole facilitare il processo decisionale condiviso durante il monitoraggio del benessere fetale. Il benessere fetale è monitorato attraverso la rilevazione regolare della linea di base della frequenza cardiaca fetale (BCF), presenza di decelerazioni, valutazione del liquido amniotico, della posizione fetale, modellamento dell'estremo cefalico e comparsa di caput succedaneum (edema del cuoio capelluto) (vedi Tabella 4).

Tabella 4. Guida alla compilazione della Sezione 3 della Guida OMS

	Passaggio 1: Valuta	Passaggio 2: Registra	Passaggio 3: Controlla le soglie	Passaggio 4: Pianifica
Linea di base BCF	Auscultare il BCF per almeno 1 minuto. Auscultare durante una contrazione uterina e continuare per 30 secondi dopo la contrazione. Valutare il polso materno per differenziare il battito cardiaco materno da quello fetale.	Registrare la linea di base del BCF (come valore unico di battiti in 1 minuto). Per il secondo stadio, registrare il valore clinicamente più significativo nel lasso di tempo di 15 minuti.	Allerta: <110, ≥160 <i>È raccomandata l'auscultazione intermittente del BCF con Doppler ultrasound device o stetoscopio di Pinard per le donne a basso rischio, durante il travaglio di parto(5). Un rallentamento del BCF in assenza di contrazioni o che persiste dopo la contrazione è suggestivo di distress fetale. In assenza di un battito cardiaco materno accelerato, una tachicardia fetale può anch'essa essere considerata un segno di distress fetale (9).</i>	Se il BCF è <110 or ≥160, chiedere alla donna di girarsi sul fianco sinistro, dopo allertare un collega esperto e seguire i protocolli clinici Se il BCF ha un valore compreso tra 110 e 159, continuare a valutare il BCF ogni 30 minuti durante il primo stadio e ogni 5 minuti durante il secondo stadio del travaglio (10).
Decelerazioni BCF	Auscultare il BCF per minimo 1 minuto. Auscultare durante una contrazione uterina e continuare per 30 secondi dopo la contrazione.	Registrare la presenza di decelerazioni utilizzando: N = No P=Precoci T=Tardive V= Variabili	Allerta: T = Tardive <i>Registrare la presenza di decelerazioni (5). Un rallentamento del BCF in assenza di contrazioni o che persiste dopo la contrazione è suggestivo di distress fetale (9).</i>	Se sono presenti decelerazioni tardive o una singola decelerazione prolungata, chiedere alla donna di girarsi sul fianco sinistro, dopo prolungare l'auscultazione del BCF, allertare un collega esperto e seguire i protocolli clinici. Se non sono presenti decelerazioni, continuare a monitorare il BCF ogni 30 minuti durante il primo stadio e ogni 5 minuti durante il secondo stadio del travaglio (10).
Liquido amniotico	Com'è lo stato delle membrane? C'è perdita di liquido amniotico? Se "Sì", qual è il colore del liquido amniotico?	I = membrane integre L = membrane rotte, liquido amniotico limpido M = membrane rotte, con presenza di meconio: usare +, ++ e +++ per rappresentare lievemente tinto, francamente tinto e poltaceo E = membrane rotte, liquido amniotico ematico.	Allerta: M+++ (poltaceo), E = ematico/sangue <i>Valutare lo stato delle membrane. Se le membrane sono rotte, valutare il colore del liquido amniotico che scola. La presenza di liquido amniotico poltaceo indica la necessità di uno stretto monitoraggio e un possibile intervento per trattare un distress fetale. (9). Il liquido amniotico ematico è comune nel distacco di placenta, placenta previa, vasa praevia o rottura d'utero (11).</i>	Se è presente sangue o meconio denso, allertare un collega esperto e seguire i protocolli clinici. Se le membrane sono integre o rotte con liquido amniotico limpido, valutare il liquido amniotico durante la successiva esplorazione vaginale dopo 4 ore, se non diversamente indicato.

	Passaggio 1: Valuta	Passaggio 2: Riporta	Passaggio 3: Controlla le soglie	Passaggio 4: Pianifica
Posizione Fetale	Eseguire una delicata esplorazione vaginale usando una tecnica asettica per valutare la posizione fetale, dopo aver ottenuto il consenso della donna e garantendone la privacy. Non iniziare l'esplorazione durante la contrazione. Valutare tutti i parametri richiesti durante la stessa esplorazione vaginale	A = posizione occipito anteriore P = posizione occipito posteriore T = posizione occipito trasversa	Allerta: P=posizione occipito posteriore T=posizione occipito trasversa <i>Con la discesa, la testa fetale ruota in modo tale che l'occipite si porta anteriormente nella pelvi materna. La mancata rotazione della posizione occipito posteriore e occipito trasversa in posizione occipito anteriore, dovrebbe essere gestito come una posizione fetale anomala (9).</i>	Se viene rilevata la posizione occipito posteriore o occipito trasversa, allertare un collega esperto e seguire le protocolli clinici. Se è diagnosticata la posizione occipito-anteriore, rivalutare la posizione durante la successiva esplorazione vaginale a distanza di 4 ore, se non diversamente indicato.
Caput	Quando si esegue l'esplorazione vaginale per valutare altri parametri clinici, valutare la presenza di caput succedaneum.	Grado del caput da 0 (non presente) a +, ++ o +++ (marcato).	Allerta: +++ <i>Valutare il caput succedaneum insieme agli altri segni di benessere materno e fetale e identificare i rischi di esiti avversi al parto (5). Se la parte presentata ha un esteso caput succedaneum, (insieme ad altre osservazioni di anormalità) potrebbe essere un segno di distocia (9).</i>	Se caput = +++, allertare un collega esperto e seguire le protocolli clinici. Se caput = 0 sino a ++, ripetere la valutazione durante la successiva esplorazione vaginale a distanza di 4 ore, se non diversamente indicato.
Modellamento	Quando si esegue l'esplorazione vaginale per valutare altri parametri clinici, valutare la forma del cranio fetale e il grado di accavallamento delle ossa della testa fetale durante il travaglio.	Grado da 0 (nessuno) a +++ (marcato). Assegnare: + (accostate), ++ (suture sovrapposte ma riducibili), +++ (suture sovrapposte ma non riducibili).	Allerta: +++ <i>Rilevare il modellamento isolato insieme agli altri segni di benessere materno e fetale identificare i rischi di esiti avversi al parto (5). Un terzo grado di modellamento (insieme ad altri segni anomali) potrebbe essere un segno di distocia(9).</i>	Se modellamento = +++, allertare un collega esperto e seguire i protocolli clinici. Se modellamento = 0 fino a ++, solitamente è segno di normalità (soprattutto se ++ si verifica all'ultimo stadio del travaglio), ripetere la valutazione durante la successiva esplorazione vaginale a distanza di 4 ore, se non diversamente indicato.

Esempio di come compilare la Sezione 3

Data: 07 Giugno 2020 Ore 6:00

Movimenti attivi fetali presenti durante il monitoraggio intermittente e linea di base 140 bpm (battiti per minuti) senza decelerazioni.

All'esplorazione vaginale si reperta una dilatazione cervicale di 5 cm, presentazione cefalica. Non è presente caput né modellamento, e la posizione fetale è occipito-posteriore. Liquido amniotico limpido.

Ore 06:30

FCF 136 bpm, decelerazioni assenti.

Ore 07:00

FCF 132 bpm, presenza di decelerazioni variabili.

Ore 07:30

FCF 148 bpm, decelerazioni assenti. L'ostetrica controlla il Pad di Maria Giovanna e riscontra la presenza di liquido amniotico limpido, dato che anche tutti gli altri

La Figura 5 mostra come la Guida OMS può essere compilata con le informazioni sopra. Sono cerchiati in rosso quelle osservazioni che trovano una corrispondenza con la Colonna di "Allerta".

Fig. 5. Come compilare la Sezione 3

GUIDA OMS PER LA CURA IN TRAVAGLIO DI PARTO

Nome: Maria Giovanna Rossi Partita: 2 Inizio del travaglio: spontaneo Inizio fase attiva I stadio (Data: 07/07/20)

Rottura membrane (Data: 07/07/22 Ore: 5:00) Fattori di rischio: Progresso MEF; anemia

		6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00				13:05	13:45			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3		
		FASE ATTIVA											II FASE				
SOSTEGNO	Presenza di dolore	No	(No)	Si	Si	Si	(No)	Si	Si	Si			Si				
	Contrazioni forti	No	(No)	Si	Si	Si	(No)	Si	Si	Si			Si				
	Intensità (cm)	No	Si	Si	Si	0	Si	Si	0	Si			Si				
	Posizione	SP	MO	(SP)	MO	MO	(SP)	MO	MO	(SP)			(SP)				
FETO	Linea di base BCF	>110, >140	140	136	132	148	133	145	138	128	151	133	149	125	153	130	132
	Decelerazioni BCF	+	No	No	+	No	No	No	No	No	+	No	No	No	No	No	No
	Liquido amniotico	M+++/E	L								+						+
	Posizione	R,T	(P)								(T)						A
	Caput	+++	0								+						+
	Modellamento	+++	0								+						++

Come compilare la Sezione 4: Assistenza ostetrica alla donna

Questa sezione vuole facilitare il processo decisionale durante il monitoraggio intermittente del benessere materno. Sulla Guida OMS sono monitorate la salute materna e il suo benessere attraverso una regolare rilevazione del polso, pressione arteriosa, temperatura corporea e urine (vedi Tabella 5).

Tabella 5. Guida alla compilazione della Sezione 4 della Guida OMS

	Passaggio 1: Valuta	Passaggio 2: Registra	Passaggio 3: Controlla le soglie	Passaggio 4: Pianifica
FC	Contare le pulsazioni materne in 1 minuto.	Registrare le pulsazioni materne (bpm).	Allerta: <60, ≥120 <i>Se le pulsazioni materne aumentano, potrebbe essere segno di disidratazione o dolore, di febbre o essere segno di sanguinamento o shock (9). La bradicardia materna dovrebbe innescare una serie di valutazioni materne (e fetali) per identificare possibili cause, incluso l'utilizzo di farmaci, la posizione supina, il dolore, il sanguinamento o una patologia cardiaca.</i>	<p>⑩ Se la FC <60 o ≥120 bpm, allertare un collega esperto e seguire le protocolli clinici</p> <p>⑩ Se FC ≥60 e <120 bpm, valutare la FC ogni 4 ore.</p>
PA Sistolica	Misurare la pressione sistolica in posizione seduta.	Registrare la pressione sistolica della donna (PAS) in mmHg.	Allerta: <80, ≥140 <i>Valutare la pressione sanguigna per monitorare il benessere materno e identificare i fattori di rischio di esiti avversi al parto. (5) La pressione sanguigna bassa può essere segno di shock emorragico, shock settico, franca o occulta emorragia. Un valore di 140 mmHg della pressione sistolica potrebbe essere un segno di ipertensione (sono necessarie ulteriori valutazioni per formulare una diagnosi) (10,12).</i>	<p>⑩ Se PAS <80 o ≥140 allertare un collega esperto e seguire i protocolli clinici.</p> <p>⑩ Se PAS ≥80 o <140, valutare la PAS ogni 4 ore.</p>
PA Diastolica	Misurare la pressione diastolica in posizione seduta.	Registrare la pressione diastolica della donna (PAD) in mmHg.	Allerta: ≥90 <i>Un valore di pressione diastolica ≥90 potrebbe essere un segno di ipertensione (sono necessarie ulteriori valutazioni per formulare una diagnosi) (10).</i>	<p>⑩ Se DBP ≥90, allertare un collega esperto e seguire i protocolli clinici.</p> <p>⑩ Se DBP <90, valutare la DBP ogni 4 ore.</p>
Temperatura	Misurare la temperatura ascellare.	Registrare la temperatura materna in gradi Celsius	Allerta: <35.0, ≥ 37.5 <i>La temperatura materna dovrebbe essere monitorata durante tutto il travaglio per valutare il benessere materno e identificare i fattori di rischio di esiti avversi al parto (5).</i>	<p>⑩ Se temperatura <35.0 o ≥37.5, allertare un collega esperto e seguire i protocolli clinici</p> <p>⑩ Se temperatura compresa tra 35.0 e 37.4 gradi, valutare la temperatura ogni 4 ore</p>
Urina	Controllare la presenza di proteine e chetoni nelle urine con una striscia reattiva.	Registrare la lettura delle proteine (P) e chetoni (A) come Negativo, Tracce, +, ++, +++, +++++..	Allerta: P++, A++ <i>Un 2+ di proteine (P++) guida l'assistenza successiva della donna, sebbene la conferma si ottiene con uno stick di controllo che presenta un 2+ alla successiva minzione. La proteinuria potrebbe essere segno di pre-eclampsia, infezione delle vie urinarie, anemia severa o patologie cardiache o renali non diagnosticate. La chetonuria potrebbe essere un segno di disidratazione secondaria a ridotto introito di liquidi o perdita eccessiva (vomito e diarrea), travaglio prolungato o diabete non diagnosticato (13).</i>	<p>⑩ Se P++, A++ o maggiore, interpretare i valori contestualizzando con un esame clinico completo, allertare un collega esperto e seguire i protocolli clinici</p> <p>⑩ Se P = Negativo, Tracce o +, valutare ogni 4 ore o ogni volta che la donna urina durante il travaglio.</p>

Esempio di come compilare la Sezione 4

Data: 07 Giugno 2020 Ore 6-00

La FC di Maria Giovanna è 88 bpm, con una pressione arteriosa di 120/80 mmHg. La sua temperatura corporea è di 36.5°C.

Ha urinato al momento del ricovero senza riscontro di proteinuria o chetonuria. Visto che tutti i parametri materni sono nella norma, l'ostetrica pianifica di ricontrrollare a distanza di 4 ore, se non diversamente indicato.

Ore 10-00

La FC di Maria Giovanna è 96 bpm, con una pressione arteriosa di 128/84 mmHg. La sua temperatura corporea è di 36.9°C. Alle urine non si evidenzia proteinuria né chetonuria.

Figura 6 mostra come la Guida OMS può essere compilata con tutte le informazioni raccolte. Sono cerchiare in rosso quelle osservazioni che trovano una corrispondenza con la Colonna di "Allerta". Per quelle osservazioni che sono valutate e registrate ogni 4 ore, lasciare le caselle vuote nelle ore in cui la rivalutazione non è richiesta.

Fig. 6. Come compilare la Sezione 4

GUIDA OMS PER LA CURA IN TRAVAGLIO DI PARTO

Nome **Maria Giovanna Rossi** Parità **2** Inizio del travaglio **spontaneo** Inizio fase attiva I stadio [Data **07/07/20**]

Rottura membrane [Data **07/07/22** Ora **5:00**] Fattori di rischio **Pregressa MEF; anemia**

		Orario	5-00	7-00	8-00	9-00	10-00	11-00	12-00	13-00								13:05	13:45	:
		Ore	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				1	2	3
		Allerta	← FASE ATTIVA →												← II FASE →					
SOSTEGNO	Persone di riserva	No	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si								Si		
	Milieve oltre	No	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si								Si		
	Intervento orale	No	Si	Si	Si	D	Si	Si	D	Si								Si		
	Posizione	SP	MO	SP	MO	MO	SP	MO	MO	SP								SP	PARTO	
FETO	Linea di base BCF	<110, ≥160	140	136	132	148	133	145	138	128	151	133	149	125	153	130	132			
	Decelerazioni BCF	T	No	No	V	No	No	No	No	No	V	No	No	No	No	No				
	Liquido amniotico	M+++ , E	L								+									
	Posizione	P,T	P								T									
	Caput	+++	0								+									
	Modellamento	+++	0								+									
MADRE	Pulso	<60, ≥120	88							96										
	PA Sistolica	>80, ≥140	120							128										
	PA Diastolica	≥90	80							84										
	Temperatura °C	<35.0, ≥37.5	36.5							36.9										
	Urina	P++, A++	-/-							-/-										

Come compilare la Sezione 5: Progressione del travaglio

Questa sezione incoraggia l'adozione di una pratica sistematica nel monitoraggio intermittente dei segni di progressione del travaglio. La progressione del travaglio è registrata sulla Guida OMS mediante una regolare osservazione della frequenza e durata delle contrazioni, della dilatazione cervicale e della discesa della parte presentata. (vedi Tabella 6).

Tabella 6. Guida alla compilazione della Sezione 5 della Guida OMS

	Passaggio 1: Valuta	Passaggio 2: Registra	Passaggio 3: Controlla le soglie	Passaggio 4: Pianifica
Contrazioni in 10 min	Contare il numero di contrazioni in 10.	Registrare il numero assoluto di contrazioni.	Allerta: $\leq 2, > 5$ <i>Se le contrazioni sono inefficaci, sospettare una inadeguata attività uterina (9). Contrazioni continue sono un segno di travaglio ostruito. (10).</i>	<p>¹⁰ Se le contrazioni sono ≤ 2 o > 5 per 10 minuti, verificare il numero di contrazioni per altri 10 minuti. Se la frequenza è confermata, allertare un collega esperto e seguire i protocolli clinici.</p> <p>¹⁰ Se le contrazioni sono 3–5 in 10 minuti, valutare le contrazioni uterine ogni 30 minuti durante il primo stadio del travaglio e ogni 5 minuti durante il secondo stadio.</p>
Durata delle contrazioni	Valuta la durata delle contrazioni.	Registrare la durata delle contrazioni in secondi. Nel secondo stadio, registrare il valore clinicamente più significativo (es: la contrazione con la durata più lunga e più breve, in relazione a ogni singolo caso) in un intervallo di tempo di 15 minuti.	Allerta: $< 20, > 60$ <i>Contrazioni brevi potrebbero indicare un'adeguata attività contrattile. Più di 5 contrazioni in 10 minuti o contrazioni continue sono segni di distocia iperstimolazione (9).</i>	<p>¹⁰ Se le contrazioni durano < 20 o > 60 secondi, verificare il numero di contrazioni per altri 10 minuti. Se la durata è confermata, allertare un collega esperto e seguire i protocolli clinici.</p> <p>¹⁰ Se le contrazioni durano ≥ 20 o ≤ 60, valutare le contrazioni uterine ogni 30 minuti durante il primo stadio del travaglio e ogni 5 minuti durante il secondo stadio.</p>

	Passaggio 1: Valuta	Passaggio 2: Riporta	Passaggio 3: Controlla le soglie	Passaggio 4: Pianifica
Cervice	<p>Eseguire una delicata esplorazione vaginale usando una tecnica asettica per valutare la posizione fetale, dopo aver ottenuto il consenso della donna e garantendone la privacy.</p> <p>Non iniziare l'esplorazione vaginale durante la contrazione.</p> <p>Valutare tutti i parametri richiesti durante la stessa esplorazione vaginale.</p>	<p>Nel primo stadio del travaglio mettere una "X" nella casella che interseca l'ora e la dilatazione cervicale ogni volta che si esegue un'esplorazione vaginale.</p> <p>Durante il secondo stadio, inserire "P" per indicare l'inizio delle spinte materne.</p>	<p>Valori di allerta nel primo stadio:</p> <p>5 cm = ≥6 h (la dilatazione cervicale rimane a 5 cm per 6 ore o più)</p> <p>6 cm = ≥5 h (la dilatazione cervicale rimane a 6 cm per 5 ore o più)</p> <p>7 cm = ≥3 h (la dilatazione cervicale rimane a 7 cm per 3 ore o più)</p> <p>8 cm = ≥2.5 h (la dilatazione cervicale rimane a 8 cm per 2.5 ore o più)</p> <p>9 cm = ≥2h (la dilatazione cervicale rimane a 9 cm per 2 ore o più)</p> <p>Valori di allerta nel secondo stadio:</p> <p>≥3h nelle nullipare;</p> <p>≥2h nelle pluripare</p> <p>(la nascita non avviene dopo 3 ore dall'inizio della fase attiva del secondo stadio nelle nullipare e 2 ore nelle pluripare)</p> <p><i>Le prove scientifiche mostrano importanti variazioni nella distribuzione della dilatazione cervicale nelle donne a basso rischio ostetrico, per molte donne la progressione del travaglio è più lenta di 1 cm/h per la maggior parte del travaglio eppure l'espletamento del parto avviene con esiti favorevoli^(5,14).</i></p>	<p>¹⁰ Allerta: se non vi è una modificazione della dilatazione nelle tempistiche previste o se non vi è una progressione nel secondo stadio</p> <p>¹⁰ Durante il primo stadio: se la progressione del travaglio procede, valutare la dilatazione cervicale ogni 4 ore, se non diversamente indicato. Quando si esegue un'esplorazione vaginale prima che siano trascorse 4 ore dalla precedente valutazione, sii sicuro che apporti importanti informazioni per il processo decisionale.</p>
Discesa della PP	<p>Valutare la discesa attraverso la palpazione addominale; fare riferimento alla parte palpabile della testa fetale (divisa in quinti) palpabile al di sopra della sinfisi pubica.</p>	<p>Inserire "O" nella casella che interseca l'ora e il livello di discesa. Inserire un "O" a ogni esplorazione vaginale. 5/5, 4/5, 3/5, 2/5, 1/5 e 0/5 dovrebbero essere utilizzati per descrivere il livello della stazione fetale mediante la palpazione (9).</p>	<p>Non ci sono evidenze sulle soglie di questo parametro che è variabile da caso a caso.</p>	<p>¹⁰ Durante il primo stadio, valutare la discesa ogni 4 ore prima di eseguire la visita ostetrica, se non diversamente indicato.</p> <p>¹⁰ Durante il secondo stadio, tenere conto delle sensazioni della donna, efficacia della spinta, la posizione fetale e il benessere quando si decide di valutare la discesa.</p>

Esempio di come compilare la Sezione 5

<i>Data: 07 Giugno 2020</i>	<i>Ore 6:00</i>
<i>Al momento del ricovero, Maria Giovanna ha 3 contrazioni in 10 minuti, di moderata intensità e della durata di 40 secondi.</i>	
<i>All'esplorazione vaginale la cervice è dilatata di 5 cm, la presentazione è cefalica e la discesa fetale è 4/5.</i>	
<i>Dato che tutti gli altri parametri sono nella norma e che Mary Jane ha un buon coping in travaglio. L'ostetrica valuta il numero e la durata delle contrazioni ogni ora. L'esplorazione vaginale è eseguita ogni 4 ore, non sono necessarie altre visite.</i>	
	<i>Ore 10:00</i>
<i>Maria Giovanna ha molto dolore. Sua sorella ha lasciato la sala parto e lei è sola, sdraiata a letto in posizione supina. I suoi parametri vitali sono 96 bpm di frequenza cardiaca, pressione arteriosa 128/84 mmHg, e la FCF è 151 bpm con decelerazioni variabili. Maria Giovanna ha 3 contrazioni intense in 10 minuti della durata di 50 secondi. La discesa fetale è 3/5. La dilatazione cervicale è 8 cm e la posizione fetale è occipito-trasversa. Nel liquido amniotico c'è presenza di meconio 1+/4.</i>	
<i>L'ostetrica le chiede se desidera avere vicino una persona di fiducia. Mary Jane vuole la sorella, che è uscita per parlare con la famiglia in sala d'attesa. L'ostetrica consiglia alla sorella come aiutarla utilizzando un panno umido fresco sul viso e sul corpo e massaggiandole la schiena.</i>	
	<i>Ore 13:00</i>
<i>Maria Giovanna ha 3 contrazioni in 10 minuti che durano 50 secondi ciascuna. La discesa fetale è di 2/5. La cervice è dilatata di 10 cm e la posizione fetale è occipito-anteriore. amniotico c'è presenza di meconio 1+/4. FCF è 132 bpm, senza decelerazioni.</i>	
	<i>Ore 13:30</i>
<i>Maria Giovanna ha 4 contrazioni in 10 minuti che durano 50 secondi ciascuna. La discesa</i>	

La Figura 7 mostra come la Guida OMS può essere compilata con tutte le informazioni fornite sopra.

	Passaggio 1: Valuta	Passaggio 2: Registra
Idratazione EV	La donna riceve idratazione EV?	Registra: Sì No <i>Non è consigliata l'idratazione ev di routine alle donne in travaglio, poiché riduce la mobilità della donna e aumenta ingiustificatamente i costi. In donne a basso rischio, dovrebbe essere incoraggiata l'idratazione orale; l'idratazione EV (4) dovrebbe essere somministrata solo in determinati casi (5).</i>

Come compilare la sezione 7: Processo decisionale condiviso

Lo scopo di questa sezione è di facilitare una comunicazione continua con la donna e la persona di fiducia, e di avere inoltre un registro di tutte le valutazioni e del percorso condiviso. (vedi Tabella 8).

Tabella 8. Guida alla compilazione della Sezione 7 della Guida OMS

	Riporta
Valutazione	<ul style="list-style-type: none"> Riportare sulla Guida OMS la valutazione generale e altre osservazioni non documentate in precedenza che sono tuttavia importanti per il monitoraggio del travaglio.
Pianificazione	<ul style="list-style-type: none"> Riportare la condotta da seguire dopo le valutazioni. Per esempio: <ul style="list-style-type: none"> Continuare il monitoraggio di routine Prescrivere test diagnostici Potenziare il travaglio con ossitocina ev Procedure mediche, ad esempio amniorexi Parto operativo vaginale con ventosa o forcipe Taglio cesareo La donna deve essere coinvolta nella discussione per fare delle scelte informate. Ogni qualvolta venga fatta una valutazione clinica del benessere materno e fetale, riportare il percorso deciso con la donna.

Esempio di compilazione Sezioni 6 e 7

Maria Giovanna ha avuto un travaglio di parto e un parto fisiologici. Maria Giovanna durante il travaglio di parto è stata incoraggiata a deambulare e ad avere accanto a sé una persona di sua scelta. I parametri clinici sono sempre rimasti nel range di normalità, per cui non vi è stata necessità di intervenire.

Qui sotto potrai trovare un esempio di come compilare la sezione 6 e 7 della Guida OMS (vedi Fig.8) sulla base delle informazioni qui sopra.

Riferimenti Bibliografici

1. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp O, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6):e323–33.
2. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet*. 2016;387(10018):587–603.
3. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division: executive summary. Geneva: World Health Organization; 2019. Contract No.: WHO/RHR/19.23.
4. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet*. 2014;384(9940):347–70.
5. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.
6. Oladapo OT, Diaz V, Bonet M, Abalos E, Thwin SS, Souza H, et al. Cervical dilatation patterns of 'low-risk' women with spontaneous labour and normal perinatal outcomes: a systematic review. *BJOG*. 2018;125(8):944–54.
7. Abalos E, Oladapo OT, Chamillard M, Diaz V, Pasquale J, Bonet M, et al. Duration of spontaneous labour in 'low-risk' women with 'normal' perinatal outcomes: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018;223:123–32.
8. Oladapo OT, Tunçalp Ö, Bonet M, Lawrie TA, Portela A, Downe S, et al. WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and wellbeing. *BJOG*. 2018 Jul;125(8):918–922
9. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva: World Health Organization; 2017.
10. WHO, UNFPA, UNICEF. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. Geneva: World Health Organization; 2015.
11. Liabsuetrakula T. Algorithm of intrapartum care for abnormal vaginal loss: liquor abnormalities, blood and purulent discharge. *BJOG* 2020. (in press).
12. Haddad SM, Souza RT, Cecatti JG. Pulse and blood pressure: developing algorithms for supporting digital-Health for management of maternal intrapartum complications. *BJOG* 2020. (in press).
13. Cheung KW, Meher S. Clinical algorithm for the management of intrapartum maternal urine abnormalities. *BJOG* 2020. (in press).
14. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol*. 2010;116(6):1281–7.
15. Fischer F, Lange K, Klose K, Greiner W, Kraemer A. Barriers and strategies in guideline implementation – a scoping review. *Healthcare (Basel)*. 2016;4(3):36.
16. Vogel JP, Comrie-Thomson L, Pingray V, Gadama L, Galadanci H, Goudar S, et al. Usability, acceptability, and feasibility of the World Health Organization Labour Care Guide: A mixed-methods, multicountry evaluation. *Birth*. 2020 Nov 22.
17. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: World Health Organization; 2016.

ALLEGATO 2

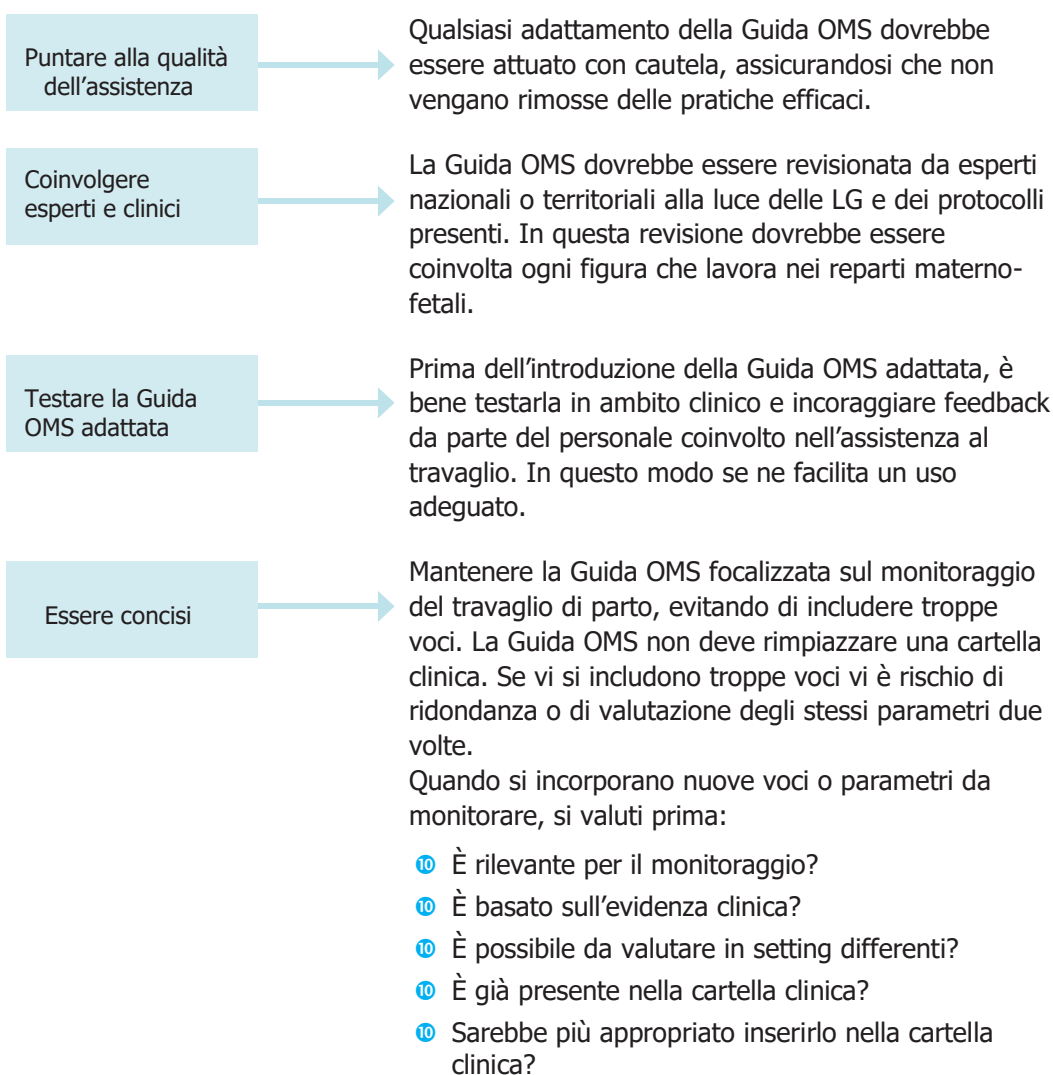
Come adattare la Guida OMS

La Guida all'Assistenza del travaglio di parto dell'OMS è stata concepita per aderire alle raccomandazioni dell'OMS *sull'assistenza intrapartum per un'esperienza di parto positiva*.⁽⁵⁾ Potrebbe esservi la necessità di adattare il testo di questa guida in modo che siano rispettate le convenzioni locali (ad es. usare i piani di Hodge per classificare la discesa della parte presentata).

Tuttavia, è fortemente sconsigliato rimuovere dalla Guida OMS le pratiche cliniche raccomandate. Anche in contesti in cui alcune delle indicazioni siano meno attuabili o non sempre disponibili il monitoraggio dell'utilizzo di questi interventi è importante per migliorare la qualità dell'assistenza offerta durante il travaglio.

Di seguito vi è una descrizione del processo di revisione della Guida OMS e di identificazione di elementi che devono essere adattati alle pratiche cliniche locali (vedere Fig. 9)

Fig. 9 Processo di adattamento della Guida OMS



ALLEGATO 3

Introdurre la Guida OMS nelle sale parto

La Guida OMS è uno strumento che implementa le *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience (5)*. Il grado di adozione delle pratiche cliniche contenute nella guida all'assistenza può variare. Ad esempio, all'interno della Guida OMS ci possono essere delle pratiche cliniche che già sono ampiamente in uso nelle sale parto (ad es. uso di partoanalgesia). Altre pratiche cliniche potrebbero invece non essere adoperate, e la Guida OMS può fornire al personale di sala parto un'ottima guida da seguire per migliorare lo standard di cura durante il travaglio e il parto.

È ben risaputo che la mera distribuzione di raccomandazioni non ne assicura la messa in pratica da parte del personale sanitario (15). Possono esserci inoltre altri ostacoli all'adozione della Guida OMS nell'assistenza routinaria. Ad esempio, il personale in strutture con un alto ritmo di lavoro o sottorganico e scarse risorse potrebbe ritenere la Guida OMS un dispendio di tempo o comunque non attuabile nella pratica clinica quotidiana. In altre strutture, il personale potrebbe non essere ben disposto ad aggiornare i propri metodi o comunque opporre resistenza nell'includere la Guida OMS nella propria assistenza routinaria; in tal caso, dovrebbe essere studiata una solida strategia per introdurre la Guida OMS nelle sale parto.

Per introdurre la Guida OMS nelle sale parto, sarà richiesta una strategia attiva da attuare su più livelli. Uno studio pilota in sei Stati ha evidenziato una serie di strategie differenti per la messa in pratica della Guida OMS (16) (vedere Tabella 9).

Tabella 9. Strategie per l'adozione della Guida OMS

Revisione e adattamento	Leadership e formazione
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Revisionare la Guida OMS e decidere se vi sia bisogno di adattamenti a livello nazionale. <input type="checkbox"/> Assicurarsi che le abbreviazioni adoperate abbiano un significato nel paese in cui viene introdotta la Guida OMS. <input type="checkbox"/> Coinvolgere amministratori e dirigenti a livello locale nel processo di adattamento. <input type="checkbox"/> Ottimizzare il tempo dell'operatore: minimizzare ogni variabile che rischia di essere ridondantemente registrata sia nella cartella clinica che nella Guida OMS <input type="checkbox"/> Evitare di aggiungere nuovi parametri, soprattutto se non rilevanti per il travaglio ed il parto. <input type="checkbox"/> Puntare al massimo della qualità; non rimuovere voci della Guida OMS solo perché non possono essere messe in pratica <input type="checkbox"/> Rivedere i protocolli e le procedure che sono richieste per fornire un ambiente adatto all'adozione della Guida OMS <input type="checkbox"/> Tradurre la Guida OMS, il manuale e altro materiale se necessario. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Formare un team eterogeneo (ostetrici ginecologi, ostetriche/ci e infermieri/e) che abbia competenza ed esperienza nella Guida OMS e che possa formare il resto del personale <input type="checkbox"/> Chiedere agli esperti clinici del territorio di familiarizzare con la Guida OMS. <input type="checkbox"/> Pianificare una formazione iniziale, una formazione di mantenimento e attività in continuo di supporto e tutoraggio. <input type="checkbox"/> Includere una parte pratica nel programma di formazione. <input type="checkbox"/> Lasciare lo spazio e il tempo necessario per la formazione. Il personale potrebbe inizialmente considerare la Guida OMS scoraggiante e richiederà più tempo per abituarsi al suo uso. <input type="checkbox"/> Gli incontri di formazione devono essere nella lingua locale. <input type="checkbox"/> Offrire dei feedback sul completamento della Guida OMS sia nella fase di compilazione della stessa che al termine per migliorare le abilità del personale.
Lavoro di squadra nella compilazione della Guida OMS	Monitoraggio e valutazione
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> L'uso della Guida OMS dovrebbe essere responsabilità di tutto il team della sala parto. <input type="checkbox"/> Lo scopo della Guida OMS è il processo decisionale oggettivo basato su dati. Considerare che parte del personale possa dover essere guidato e supervisionato nella compilazione della Guida OMS. <input type="checkbox"/> Puntare all'adozione universale della Guida OMS (in tutti i turni). La Guida OMS può essere d'aiuto nella corretta trasmissione delle informazioni durante il passaggio di consegne. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mantenere o introdurre un Sistema di monitoraggio basato sulla Guida OMS per controllare gli indicatori di qualità dell'assistenza fornita, ad esempio la percentuale di pazienti con un accompagnatore scelto e il tasso di tagli cesarei. <input type="checkbox"/> Per un continuo miglioramento mostrare e condividere gli indicatori di qualità dell'assistenza.

ALLEGATO 4

Elenco di raccomandazioni sull'assistenza intrapartum per un'esperienza di parto positiva

Tipo di assistenza	Raccomandazione	Categoria di Raccomandazione
Assistenza durante il travaglio e il parto		
Un'assistenza che rispetti la maternità	1. L'assistenza rispettosa della maternità – che si riferisce all'assistenza organizzata e fornita a tutte le donne atte a rispettare e mantenere la dignità, privacy e riservatezza; garantire l'assenza di danno o maltrattamento, e garantire un consenso informato e un continuo supporto durante il travaglio e il parto– è raccomandata.	Raccomandato
Comunicazione efficace	2. È raccomandato l'uso di un linguaggio semplice e accettabile culturalmente tra il personale sanitario e la partoriente per rendere la comunicazione il più efficace possibile.	Raccomandato
Accompagnamento	3. Un accompagnatore scelto dalla paziente è raccomandato durante tutto il travaglio e il parto.	Raccomandato
Continuità nell'assistenza	4. I modelli di continuità assistenziale che vedono l'ostetrica/o come il principale attore, in cui vi è una sola ostetrica o un gruppo ristretto di ostetriche che seguono la donna sia nelle fasi antenatali e intrapartum che nel puerperio sono raccomandati in contesti in cui vi siano dei programmi di ostetricia ben funzionanti.	Raccomandato in specifici contesti
Primo stadio del travaglio		
Definizione della fase latente e attiva del primo stadio del travaglio	5. L'uso delle seguenti definizioni di fase latente e fase attiva del primo stadio di travaglio sono raccomandati nella pratica clinica: <ul style="list-style-type: none"> ▪ La fase latente è un periodo che si caratterizza per la presenza di contrazioni uterine dolorose e una modificazione del collo dell'utero, che include un certo grado di appianamento e di più lenta progressione della dilatazione fino ai 5 cm, sia per le nullipare che per le pluripare. ▪ La fase attiva è un periodo che si caratterizza per la presenza di contrazioni uterine dolorose e regolari, un appianamento più incalzante e una più rapida dilatazione dai 5 cm fino a dilatazione completa sia per le nullipare che per le pluripare. 	Raccomandato
Durata del primo stadio	6. Le donne dovrebbero essere informate dell'assenza di una durata standard della fase latente del primo stadio del travaglio e che essa stessa può variare molto da donna a donna. Tuttavia, la durata della parte attiva del primo stadio del travaglio (dai 5 cm fino a dilatazione completa) solitamente non si protrae oltre le 12 ore nelle nullipare e le 10 ore nelle pluripare.	Raccomandato

Tipo di assistenza	Raccomandazione	Tipo di raccomandazione
Primo stadio del travaglio		
Progressione del primo stadio del travaglio	7. Per le gravide con un inizio spontaneo del travaglio di parto, la soglia della dilatazione cervicale è di 1 cm/h durante la fase attiva del primo stadio (Come rappresentato dalla linea di attenzione sul partogramma) non è accurata per identificare le donne a rischio di distocia, per cui non ne è raccomandato l'uso con questo intento.	Non raccomandato
	8. Una dilatazione cervicale minima di 1 cm/h durante la fase attiva del primo stadio è una velocità non realistica per alcune donne e quindi non è raccomandata per l'identificazione di una normale progressione di travaglio. Il solo tasso di dilatazione inferiore a 1 cm/h non dovrebbe essere sufficiente a un'indicazione di prassi all'intervento ostetrico.	Non raccomandato
	9. Il travaglio potrebbe non progredire più celermente fino al raggiungimento di una dilatazione soglia di 5 cm. Di conseguenza, non è raccomandata la messa in pratica di interventi medici per l'accelerazione del travaglio e del parto (come l'aumento di ossitocina o il taglio cesareo) prima del raggiungimento di questa soglia, purché le condizioni materne e fetali siano rassicuranti.	Non raccomandato
Ammissione in sala parto	10. Per gravidanze a basso rischio che presentano un inizio di travaglio spontaneo, l'ammissione ritardata in sala parto fino alla fase attiva del primo stadio del travaglio è raccomandata solo in un ambito di ricerca rigorosa.	Raccomandato in ambito di ricerca
Pelvimetria al ricovero	11. Non è raccomandata la pelvimetria clinica routinaria al ricovero per travaglio di parto in una gravida in salute.	Non raccomandato
Valutazione routinaria del benessere fetale al ricovero per travaglio	12. La cardiocografia di routine non è raccomandata per la valutazione del benessere fetale al ricovero per travaglio spontaneo in una gravidanza a basso rischio.	Non raccomandato
	13. Si raccomanda l'auscultazione del BCF usando una sonda Doppler o lo stetoscopio fetale di Pinard per la valutazione del benessere fetale al ricovero per travaglio.	Raccomandato
Tricotomia perineale/pubica	14. Non è raccomandata una tricotomia perineale/pubica prima del parto vaginale.	Non raccomandato
Clistere al ricovero	15. Non è raccomandata la somministrazione di un clistere per ridurre l'uso di metodi di accelerazione del travaglio.	Non raccomandato
Visita ostetrica	16. Si raccomanda una visita ostetrica a intervalli di 4 ore come valutazione di routine durante la fase attiva del primo stadio del travaglio in donne con gravidanze a basso rischio.	Raccomandato
CTG in continuo durante il travaglio	17. Non è raccomandato un monitoraggio in continuo mediante CTG per la valutazione del benessere fetale in una donna con gravidanza a basso rischio e insorgenza spontanea di travaglio di parto	Non raccomandato
Auscultazione intermittente del BCF	18. È raccomandata durante il travaglio l'auscultazione intermittente del BCF con una sonda Doppler o con uno stetoscopio fetale di Pinard per le donne con gravidanze a basso rischio.	Raccomandato
Analgesia epidurale per alleviare il dolore	19. È raccomandata l'analgesia epidurale, su richiesta, per le donne a basso rischio che desiderano un alleviamento del dolore durante il travaglio.	Raccomandato

Tipo di assistenza	Raccomandazione	Tipo di raccomandazione
Primo stadio di travaglio		
Analgesia con oppioidi	20. L'uso di oppioidi per via parenterale è un'opzione, su richiesta, raccomandata per le donne a basso rischio che desiderano analgesici durante il travaglio.	Raccomandato
Tecniche di rilassamento per il controllo del dolore	21. Si raccomandano tecniche di rilassamento come il rilassamento progressivo della muscolatura, la respirazione, l'ascolto di musica, mindfulness e altro per donne con gravidanza fisiologica che ne facciano richiesta come analgesici durante il travaglio. Su richiesta della donna.	Raccomandato
Tecniche manuali per il controllo del dolore	22. Si raccomandano tecniche manuali, come il massaggio o l'applicazione di impacchi caldi, per donne con gravidanza fisiologica che ne facciano richiesta come analgesici durante il travaglio. Su richiesta della donna.	Raccomandato
Analgesia per prevenire un ritardo del travaglio	23. Non si raccomanda l'analgesia per prevenire il ritardo e per ridurre il potenziamento durante il travaglio di parto.	Non raccomandato
Idratazione orale e alimentazione	24. Si raccomandano l'idratazione orale e l'alimentazione nelle donne con gravidanze a basso rischio.	Raccomandato
Posizioni assunte durante il travaglio e mobilità	25. Si raccomanda l'incoraggiamento della mobilità e dell'assunzione di una postura eretta durante il travaglio in donne con gravidanze a basso rischio.	Raccomandato
Detersione vaginale	26. Non si raccomanda la detersione vaginale di routine con clorexidina durante il travaglio con l'intento di prevenire morbidità di tipo infettivo.	Non raccomandato
Gestione attiva del travaglio	27. Non si raccomanda una condotta per una gestione attiva del travaglio atta a prevenire un'alterazione della progressione dello stesso.	Non raccomandato
Amniorexi di routine	28. Non si raccomanda una amniorexi di routine per prevenire un'alterazione della progressione del travaglio.	Non raccomandato
Amniorexi precoce e potenziamento con ossitocina	29. Non si raccomanda un'amniorexi precoce con il potenziamento di ossitocina per prevenire un'alterazione della progressione del travaglio.	Non raccomandato
Uso di ossitocina in donne con analgesia epidurale	30. Non si raccomanda l'uso di ossitocina in donne con analgesia per la prevenzione di un'alterazione della progressione del travaglio.	Non raccomandato
Farmaci antispastici	31. Non si raccomanda l'uso di agenti antispastici per la prevenzione di un'alterazione della progressione del travaglio.	Non raccomandato
Idratazione ev per prevenzione distocia	32. Non si raccomanda l'uso di idratazione EV con lo scopo di ridurre la durata del travaglio.	Non raccomandato

Tipo di assistenza	Raccomandazione	Tipo di raccomandazione
Secondo stadio del travaglio		
Definizione e durata del secondo stadio del travaglio	<p>33. Si raccomanda l'uso della seguente definizione e durata del secondo stadio del travaglio nella pratica clinica:</p> <ul style="list-style-type: none"> Il secondo stadio è il periodo di tempo che intercorre tra la dilatazione completa e il parto, durante cui la donna avverte una voglia incoercibile di spingere, come risultato delle contrazioni uterine. Le donne dovrebbero essere a conoscenza della differenza soggettiva nella durata di questo periodo. Nelle nullipare, il parto avviene solitamente entro 3 ore, mentre nelle pluripare solitamente entro 2 ore. 	Raccomandato
Posizione del parto (donne senza epidurale)	34. Si raccomanda per tutte le partorienti senza epidurale l'assunzione di una posizione a scelta, includendo la posizione ortostatica.	Raccomandato
Posizione del parto (donne con epidurale)	35. Si raccomanda per tutte le partorienti con epidurale l'assunzione di una posizione a scelta, includendo la posizione ortostatica.	Raccomandato
Tipologia di spinta	36. Le donne durante la fase attiva del secondo stadio dovrebbero essere incoraggiate e supportate nell'assecondare il loro bisogno di spingere.	Raccomandato
Tipologia di spinta (per donne con analgesia epidurale)	37. È raccomandato, nelle donne con analgesia epidurale ritardare le spinte di una o due ore dopo la dilatazione completa o fino alla comparsa della sensazione di premito, in contesti in cui ci siano risorse a sufficienza per un prolungato secondo stadio e in cui un'ipossia fetale possa essere valutata e trattata in maniera adeguata.	Raccomandato in base al contesto
Tecniche per prevenire un trauma perineale	38. Per le partorienti nel secondo stadio del travaglio le tecniche per ridurre il trauma perineale e per facilitare il parto spontaneo (che includono massaggio perineale, apposizione di compresse calde e apposizione di mani per salvaguardare il perineo) sono raccomandate in base alle preferenze della donna e delle opzioni disponibili.	Raccomandato
Episiotomia	39. Non si raccomanda l'uso routinario dell'episiotomia nelle donne che stanno affrontando un parto vaginale spontaneo.	Non raccomandato
Pressione fundica	40. Non si raccomanda l'applicazione di pressione fundica per facilitare il parto durante la seconda fase del travaglio.	Non raccomandato
Terzo stadio del travaglio		
Profilassi con uterotonici	41. Si raccomanda l'uso di uterotonici per la prevenzione dell'Emorragia post partum (EPP) durante il terzo stadio.	Raccomandato
	42. Si raccomanda l'ossitocina (10 UI, IM/EV) come uterotonico di scelta per la prevenzione dell'EPP	Raccomandato
	43. In contesti in cui l'ossitocina non sia disponibile si raccomanda l'uso di altri uterotonici iniettabili (se appropriati ergometrina/ metilergometrina o una combinazione di ossitocina e ergometrina) o misoprostolo orale (600 µg).	Raccomandato

Tipo di assistenza	Raccomandazione	Tipo di raccomandazione
Terzo stadio del travaglio		
Clampaggio ritardato del cordone ombelicale	44. Si raccomanda il clampaggio ritardato del cordone ombelicale (non prima di un minuto dopo il parto) al fine di migliorare gli outcome sia fetali che materni di salute e nutrizione.	Raccomandato
Trazione controllata del cordone (TCC)	45. Si raccomanda TCC in contesti in cui il personale che assiste il parto sia formato a riguardo, in un parto vaginale se sia il personale che la partoriente hanno il proposito di ridurre in piccola parte sia la perdita ematica che la terza fase.	Raccomandato
Massaggio uterino	46. Non si raccomanda il massaggio uterino continuo come intervento atto a prevenire l'EPP in donne che hanno ricevuto una corretta profilassi con ossitocina	Non raccomandato
Cure del neonato		
Aspirazione nasale o orale di routine	47. Non si dovrebbe applicare un'aspirazione nasale o orale ai neonati nati in presenza di liquido amniotico chiaro che respirano in autonomia.	Non raccomandato
Contatto pelle a pelle	48. I neonati senza complicanze dovrebbero essere mantenuti con contatto pelle a pelle con la madre durante la prima ora dopo il parto per prevenire l'ipotermia e promuovere l'allattamento.	Raccomandato
Allattamento	49. Tutti i neonati, inclusi quelli con un basso peso alla nascita che abbiano il riflesso di suzione, dovrebbero essere posti a contatto con il seno il prima possibile dopo la nascita quando sia la madre che il neonato siano stabili clinicamente e entrambi pronti.	Raccomandato
Profilassi antiemorragica con vitamina K	50. Si dovrebbe somministrare dopo il parto 1 mg di vitamina K IM a tutti i neonati (per es. dovrebbe essere somministrata ai neonati dopo la prima ora in cui il neonato è a contatto pelle a pelle con la madre).	Raccomandato
Bagnetto e altre cure nell'immediato periodo postnatale del neonato	51. Il bagnetto dovrebbe essere rimandato ad almeno 24h ore dalla nascita. Ove questo non sia possibile a causa di motivi culturali, il bagnetto dovrebbe essere posticipato ad almeno 6 ore dal parto. Si raccomanda un abbigliamento appropriato per la temperatura dell'ambiente circostante. Questo significa generalmente uno o due strati in più rispetto agli adulti, ed è raccomandato l'uso di cappellini/cuffiette. Madre e neonato non dovrebbero essere separati e dovrebbero rimanere nella stessa stanza 24 ore al giorno.	Raccomandato

Tipo di cura	Raccomandazione	Tipo di raccomandazione
Assistenza ostetrica alla donna nel post partum		
Valutazione del tono uterino	52. Si raccomanda in tutte le donne una valutazione addominale del tono uterino per un'identificazione precoce dell'atonia uterina.	Raccomandato
Profilassi antibiotica nel parto non complicato	53. Non si raccomanda la profilassi antibiotica in donne con un parto vaginale senza complicanze.	Non raccomandato
Profilassi antibiotica di routine per l'episiotomia	54. Non si raccomanda la profilassi antibiotica di routine in donne che abbiano subito un'episiotomia.	Non raccomandato
Valutazione materna di routine nel postpartum	55. Tutte le donne devono essere valutate di routine e nelle prime 24 ore e a partire dalla prima ora post partum per monitorare le lochiazioni, il mantenimento del globo di sicurezza, il livello del fondo uterino, la temperatura e il polso. La pressione arteriosa deve essere misurata poco dopo il parto. Se nella norma, la seconda misurazione deve avvenire entro le 6 ore successive. La minzione spontanea deve essere documentata entro 6 ore.	Raccomandato
Dimissione in seguito a parto vaginale senza complicanze	56. In seguito a un parto vaginale senza complicanze in una struttura sanitaria, le madri e i neonati in salute dovrebbero ricevere assistenza per almeno 24 ore dopo il parto.	Raccomandato

ALLEGATO 5

Strumentario e materiale necessari per l'assistenza intrapartum

Le strutture sanitarie sono tenute ad avere in dotazione e in quantità sufficiente, presidi di base, materiale e strumentario che permettano, all'interno delle sale parto, sia di eseguire le cure di routine che di individuare complicanze durante il travaglio e il parto (17).

La lista dei presidi e del materiale riportata qui di seguito non è una lista esaustiva, né vuole escludere altri presidi usati per il mantenimento di uno standard di qualità nell'assistenza intrapartum e adoperati in base alle disponibilità e alle preferenze della donna e della struttura sanitaria.

Una stanza calda e pulita <ul style="list-style-type: none">▪ Lettini ginecologici o letti con lenzuola pulite a sufficienza▪ Fonte di luce▪ Fonte di calore▪ Presenza di toilette pulite e accessibili alle donne in travaglio▪ Presenza di divisori se vi è più di un letto	Strumentario <ul style="list-style-type: none">▪ Sfigmomanometro o altro apparecchio per misurare la pressione▪ Stetoscopio▪ Termometro▪ Stetoscopio fetale o sonda Doppler
Lavaggio delle mani <ul style="list-style-type: none">▪ Presenza di acqua corrente▪ Sapone▪ Spazzola per le unghie▪ Salviette pulite▪ Igienizzante mani con alcool	Farmaci <ul style="list-style-type: none">▪ Fluidi ev▪ Ossitocina▪ Magnesio solfato iniettabile▪ Antibiotici▪ Antiretrovirali▪ Antipertensivi▪ Analgesici▪ Anestetici
Rifiuti <ul style="list-style-type: none">▪ Cestino per tamponi e traversine▪ Recipiente per teli e lenzuola sporche▪ Contenitore per i taglienti	Sterile <ul style="list-style-type: none">▪ Autoclave▪ Vaso per forcipe▪ Ventosa
Varie ed eventuali <ul style="list-style-type: none">▪ Guida OMS stampata▪ Orologio da parete▪ Torcia con batterie ed extra lampadina▪ Log book▪ Cartella clinica▪ Consensi informati▪ Frigorifero▪ Necessità di base per l'accompagnatore (sedia, spazio in cui cambiarsi, vestiti, accesso alla toilette)▪ Uno spazio privato per la donna e l'accompagnatore▪ Fornitura elettrica▪ Cibo e acqua potabile	Materiale <ul style="list-style-type: none">▪ Guanti▪ Catetere vescicale▪ Aghi e siringhe▪ Bisturi o forbici sterili▪ Agocannula▪ Fili da sutura per lacerazione o episiotomia▪ Soluzione antisettica (iodoformica o clorexidina)▪ Alcool (70% alcool)▪ Tamponi▪ Candeggina (composti a base di cloro)▪ Zanzariere impregnate▪ Stick urinari▪ Clamp▪ O2

Per ulteriori informazioni, si prega di contattare:

Organizzazione Mondiale della Sanità
Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland

Maternal and Perinatal Health Unit, Department of
Sexual and Reproductive Health and Research

