

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO

**CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA**

Presidente Prof.ssa Alessandra Andrisani

TESI DI LAUREA:

**Le variabili correlate alla soddisfazione materna  
nelle cure *intrapartum*: studio osservazionale trasversale  
presso l'Ospedale San Bortolo di Vicenza**

Relatore: Dott.ssa Altissimo Sandra

Correlatore: Ost. Barbagli Sara

Laureanda: NOVELLETTO ERIKA

Matricola: 2010467

**ANNO ACCADEMICO 2022/2023**



*“Serve un villaggio per far nascere un’ostetrica.  
Perché ogni storia le insegni che c’è sempre da imparare.  
Perché ogni donna con lei si permetta di sentirsi talvolta figlia,  
talvolta mamma, talvolta piena, talvolta vuota.  
Perché ogni bimbo la metta in contatto  
con il proprio pezzo di cielo.  
Perché diventi soglia di una casa abitata,  
inondata di profumi e colori sempre nuovi.”*

*-DoraLuce*



*A tutte le donne che ho incontrato e che incontrerò.*



## INDICE

RIASSUNTO.....	1
CAPITOLO 1. INTRODUZIONE.....	3
1.1. La soddisfazione materna nelle cure <i>intrapartum</i> come standard di qualità....	3
1.1.1. Gli effetti di un'esperienza di parto positiva sulla diade.....	12
1.2. Le variabili <i>intrapartum</i> correlate alla soddisfazione materna.....	19
1.2.1. Il dolore in travaglio.....	20
1.2.1.1. Il contenimento del dolore in travaglio e la soddisfazione materna.....	22
1.2.2. Il travaglio.....	26
1.2.2.1. Le varie tipologie di travaglio in relazione alla soddisfazione materna.....	29
1.2.3. La modalità del parto e la soddisfazione materna.....	32
1.2.4. La posizione al parto e la soddisfazione materna.....	35
1.2.5. Le lacerazioni perineali, l'episiotomia e la soddisfazione materna.....	37
1.2.6. Le cure rispettose e la soddisfazione materna.....	41
1.2.6.1. L'ambiente.....	41
1.2.6.2. Il movimento in travaglio.....	43
1.2.6.3. Il supporto emotivo di una persona di fiducia.....	45
1.2.6.4. Il contatto pelle a pelle.....	47
1.2.7. La figura ostetrica e la soddisfazione materna.....	49
CAPITOLO 2. SCOPO DELLO STUDIO.....	53

CAPITOLO 3. MATERIALI E METODI.....	55
3.1. Disegno dello studio.....	55
3.2. Criteri di inclusione.....	56
3.3. Descrizione del campione.....	57
3.4. Strumenti utilizzati.....	62
3.4.1. Birth Satisfaction Scale.....	62
3.4.1.1. Modifiche effettuate al questionario.....	69
3.4.1.2. Modalità di somministrazione del questionario e raccolta dati....	73
CAPITOLO 4. RISULTATI.....	75
CAPITOLO 5. DISCUSSIONE.....	83
CAPITOLO 6. CONCLUSIONE.....	89
BIBLIOGRAFIA.....	93
ALLEGATO 1.....	105
ALLEGATO 2.....	107
ALLEGATO 3.....	117



## RIASSUNTO

*Introduzione:* in letteratura sono presenti molti studi che dimostrano quanto la soddisfazione materna legata all'evento nascita sia fondamentale per garantire cure di qualità (1-13) e quanto un'esperienza di parto positiva abbia benefici nella diade nel breve e nel lungo periodo (14-25). Tuttavia, nonostante la rilevanza a livello internazionale in merito a questa tematica (1,2), lo studio di quali siano i fattori che influenzano il livello di soddisfazione per il parto richiede ulteriori approfondimenti (9,33-37, 41-49, 51, 54-65, 67).

*Scopo dello studio:* lo scopo dello studio è quello di valutare la soddisfazione delle madri legata alla loro esperienza di parto e individuare quali siano i fattori intrapartali che maggiormente si correlano ad una esperienza di parto positiva.

*Materiali e metodi:* lo studio, di tipo osservazionale trasversale, è stato condotto presso l'Unità Operativa Complessa (UOC) di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale San Bortolo di Vicenza nel periodo compreso tra marzo e agosto 2023. Hanno partecipato allo studio le donne che hanno affrontato un travaglio presso l'Ospedale San Bortolo di Vicenza, indipendentemente dalla modalità con cui si è concluso il parto, che conoscevano la lingua italiana o inglese (sono stati esclusi i tagli cesarei programmati e i tagli cesarei urgenti in assenza di travaglio). Per valutare la soddisfazione delle madri è stato utilizzato il questionario *Birth Satisfaction Scale* questionario validato e già utilizzato in diversi studi clinici (9,70). Per l'analisi delle variabili intrapartali che possono influire sull'esperienza di parto è stato utilizzato il file Excel "Dati Sala Parto" che il personale ostetrico utilizza per raccogliere i dati relativi ai parti della sala parto di Vicenza in relazione alle seguenti variabili: cure amiche della diade, tipologia di travaglio, modalità d'induzione, utilizzo di analgesia, modalità del parto, posizioni libere al parto, esiti perineali, contatto pelle a pelle, ricovero in TIN.

*Risultati:* il campione analizzato si compone di 197 donne incluse nello studio. Le variabili prese in considerazione sono state analizzate in relazione al punteggio

totale del BSS considerando anche ogni punteggio delle tre sottocategorie (qualità delle cure, QA, risorse materne, WA, stress sperimentato, SE). Le variabili associate positivamente alla soddisfazione materna sono il travaglio spontaneo (p-value = 0,0044), il parto spontaneo (p-value < 0,0000), l'utilizzo di posizioni libere (p-value = 0,0004), il perineo integro dopo il parto (p-value < 0,0000) e l'esecuzione del contatto pelle a pelle (p-value = 0,0002). Le variabili associate negativamente alla soddisfazione materna sono: il travaglio pilotato con ossitocina o indotto (p-value = 0,0044), il parto operativo vaginale o addominale (taglio cesareo urgente) (p-value < 0,0000), le lacerazioni perineali (p-value < 0,0000), l'episiotomia (p-value < 0,0000) e l'utilizzo dell'analgia farmacologica (p-value = 0,0012).

*Conclusioni:* Lo studio conferma il legame atteso tra le variabili individuate e la soddisfazione materna. In generale, l'analisi ha dimostrato che la maggior parte delle variabili analizzate ha un impatto nell'indicatore (soddisfazione materna) in senso peggiorativo a mano a mano che ci si discosta dalla fisiologia dell'evento. Quasi tutte le variabili, escluse "cure amiche della diade" e "modalità di induzione", quando impattavano nel ridurre la soddisfazione sono sempre associate ad un effetto statisticamente rilevante nella sottocategoria relativa allo stress sperimentato dalla donna. Lo studio ha permesso di porre l'attenzione su ulteriori due aspetti: come alcune pratiche, che sono ritenute spesso di "secondaria" importanza, siano determinanti per garantire un livello maggiore di soddisfazione per le cure e come sia fondamentale, anche nelle situazioni in cui non è possibile esercitare una forma di controllo sulla variabile, conoscerne l'impatto in un'ottica di elaborazione di strategie per ridurre l'effetto negativo. Dunque, l'utilizzo e l'elaborazione di questionari per misurare la soddisfazione materna aprono le strade ai professionisti sanitari per comprendere come possano agire e migliorare i loro interventi ma più in generale a tutte le strutture sanitarie per migliorare i servizi erogati in base alle necessità dell'utenza.

## CAPITOLO 1. INTRODUZIONE

### 1.1. La soddisfazione materna nelle cure *intrapartum* come standard di qualità

Negli ultimi anni, in risposta alla crescente richiesta da parte delle donne di un'esperienza di parto positiva, la soddisfazione materna nelle cure *intrapartum* è stata oggetto di interesse di molti studi, di organizzazioni nazionali e internazionali.

Anche il *World Health Organization* (WHO) ha delineato delle linee guida ponendo l'attenzione su questo aspetto. Le linee di indirizzo del WHO nascono con l'obiettivo principale di promuovere delle indicazioni di intervento atte a garantire che il parto oltre ad essere sicuro, sia anche un'esperienza positiva per le donne e le loro famiglie. L'organizzazione internazionale sottolinea come l'assistenza incentrata sulla donna possa ottimizzare la qualità del travaglio e del parto attraverso un approccio olistico basato sui diritti umani. Inoltre, viene evidenziata la necessità di basare l'assistenza sanitaria sulle conoscenze scientifiche attuali per il raggiungimento di elevati livelli di salute (1).

Sulla stessa linea le agende globali (Il Piano di Sviluppo Sostenibile nell'Obiettivo 3 – *garantire una vita sana e promuovere il benessere di tutti a tutte le età e La strategia globale per la salute delle donne, dei bambini e degli adolescenti, 2016–2030*, elaborate entrambe dall'Organizzazione delle Nazioni Unite, ONU) hanno posto la loro attenzione sul raggiungimento da parte delle donne e dei bambini del loro pieno potenziale di salute (fisica, mentale e sociale) (2) e non concentrandosi in modo esclusivo sulla sola sopravvivenza dalle complicanze *intrapartum* (1).

Il WHO definisce un'esperienza di parto positiva quella che comprende il parto di un bambino sano in un ambiente clinicamente e psicologicamente sicuro con continuità di supporto pratico ed emotivo da parte del partner e del personale clinico tecnicamente ed emotivamente competente. In aggiunta, sempre secondo il WHO, per la maggior parte delle donne nella definizione di esperienza di parto positiva rientrano il rispetto di un travaglio e un parto fisiologici e un coinvolgimento nel

processo decisionale per garantire alle donne un senso di realizzazione personale e di controllo sul processo anche quando gli interventi medici sono necessari (1).

A tal riguardo è da sottolineare come negli ultimi decenni, con l'obiettivo di migliorare gli *outcomes* per le donne e i neonati, l'andamento principale sia progredito verso un sostanziale aumento nell'applicazione di pratiche volte al controllo del processo fisiologico del travaglio e del parto attraverso l'induzione, l'accelerazione, la regolazione e il monitoraggio di quest'ultimo. Questo andamento però non ha tenuto conto che la crescente medicalizzazione dei processi ha minato la capacità della donna di partorire e ha influito negativamente sull'esperienza di parto (1) e di conseguenza sulla soddisfazione.

Il modello del controllo, ossia quello attualmente prevalente nelle strutture sanitarie, espone le donne, con una gravidanza a basso rischio, a interventi di routine inefficaci e potenzialmente dannosi che interferiscono con il fisiologico processo del parto. Pratiche come la rasatura perineale, l'esecuzione di clisteri, l'amniorexi e l'infusione di liquidi per via endovenosa (3), pur essendo inseriti nei comportamenti non raccomandati dalle linee guida elaborate dal WHO per l'assistenza al travaglio e il parto fisiologici (1), sono ancora largamente applicate.

Allo stesso modo, il WHO, già nel 1996, affermava che *“nell'assistenza alla nascita qualsiasi intervento ostetrico deve essere attuato solo in presenza di precisi indicatori clinici basati sulle evidenze e se è dimostrato che i benefici ne superano i rischi”* (4).

L'Istituto nazionale di statistica (Istat) nel volume *“La salute riproduttiva della donna”* pubblicato nel 2018 relazionava di medicalizzazione dell'evento nascita e ha confermato il crescente andamento verso questa tendenza, affermando che *“in Italia il livello di intervento medico complessivo è alto: il 72,7 % delle donne, che hanno avuto un parto spontaneo, hanno riferito almeno una delle procedure assistenziali”* (5). (Figura 1)

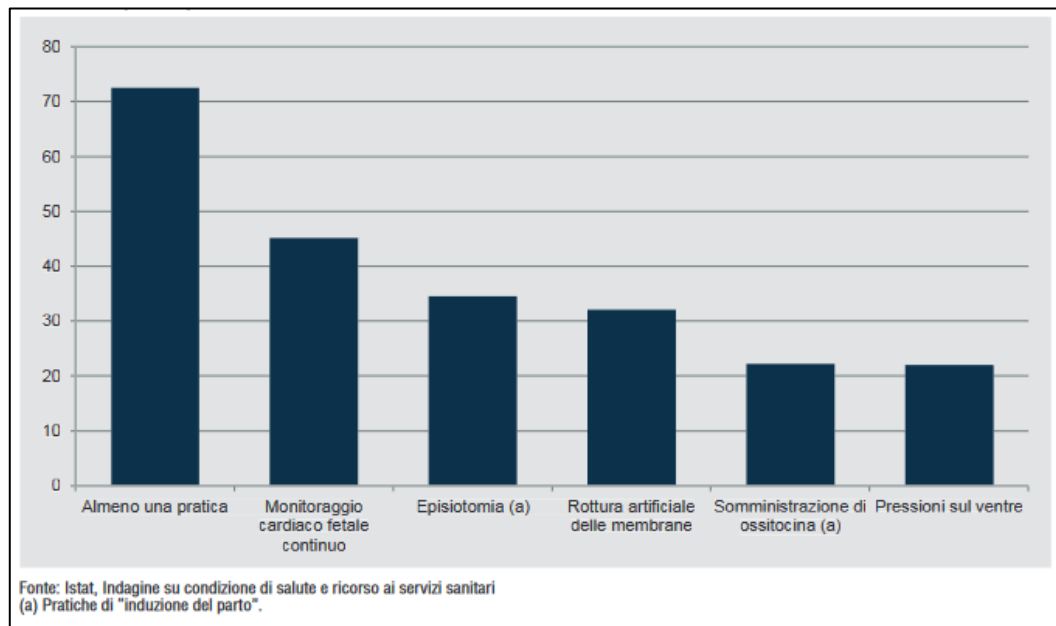


Figura 1 - Procedure assistenziali durante il travaglio e il parto - Anno 2013 per 100 donne che hanno avuto un parto spontaneo), (Istat, 2018)

L'Istat prosegue affermando che le donne che hanno avuto un parto spontaneo riferiscono di aver subito: la rottura artificiale delle membrane in quasi un terzo dei casi (32,1%); l'episiotomia in più di un terzo dei casi (34,6%); il monitoraggio cardiaco fetale continuo nel 45,2%; le pressioni sul ventre in fase espulsiva (la cosiddetta manovra di Kristeller) nel 22,1% e la somministrazione di ossitocina (farmaco che aumenta la frequenza e l'intensità delle contrazioni) viene dichiarata dal 22,3% delle donne, con una quota non affatto trascurabile (14,2%) che dichiara di non sapere se le sia stata o meno somministrata (5).

Sebbene questo sia il modello applicato nella maggior parte dei contesti assistenziali, è necessario evidenziare che l'approccio medicalizzato, oltre a non tener conto dei bisogni, dei valori e delle preferenze personali della donna, nel suo utilizzo generalizzato può avere dei precisi effetti negativi sull'evoluzione del processo fisiologico della nascita, tanto desiderato dalle donne.<sup>1</sup> È necessario evidenziare che:

- *“Un esame diagnostico che si è dimostrato utile nella patologia può essere inopportuno nella fisiologia”* (6). Per l'appunto, *“in medicina, [...], l'esecuzione di ogni test diagnostico comporta un rischio di errore tanto maggiore quanto più è bassa la probabilità che una patologia sia effettivamente presente nella persona sottoposta all'indagine”* (6). Dunque è facile comprendere come l'esecuzione di *“un esame in una condizione di benessere non è di per sé indicativo di un miglioramento della qualità dell'offerta assistenziale, differentemente può essere fonte di possibili errori [...] conseguenti all'individuazione di un falso positivo”* (6) per un esame utilizzato inopportuno.

Un esempio da questo punto di vista lo possiamo trovare nel manuale *“Fisiologia della nascita. Dai prodromi al postpartum”*. Nel manuale viene dimostrato come, attraverso il teorema di Bayes, *“per il quale il valore predittivo positivo di un test diagnostico è direttamente correlato alla prevalenza dell'esito negativo da scongiurare nella popolazione indagata [...], sottoporre al monitoraggio elettronico continuo le donne con travagli fisiologici, che hanno una probabilità a priori di circa l'1% di manifestare un'ipo-ossigenazione fetale in travaglio, fa sì che in questi casi la presenza di un tracciato patologico identificherà feti realmente ipo-ossigenati solo nel 16% dei casi, mentre nell'84% ci si allarmerà inutilmente. Questo allarme si traduce in moltissimi casi nell'esecuzione di un taglio cesareo per presunta “sofferenza fetale” in travagli che avrebbero potuto benissimo concludersi con un parto per via vaginale”* (6).

- *“Ogni atto medico, se efficace, ha anche degli effetti collaterali”* (6). È necessario ricordare che *“in medicina qualsiasi atto terapeutico, qualsiasi presidio farmacologico e qualsiasi intervento chirurgico è gravato da effetti collaterali da cui non si può prescindere”* (6). Dunque, in una condizione di fisiologia, *“il “di più” potrebbe ridurre i benefici raggiunti o addirittura causare, nel complesso, un danno”* (6).

Così, nella più recente prospettiva, l'obiettivo muta: diventa oggi di primaria importanza stabilire pratiche cliniche di alta qualità incentrate sulla donna per l'assistenza al travaglio e al parto fisiologico; processo che per la maggior parte delle donne e dei neonati si realizza senza complicanze e dunque senza necessità di interventi. (Dati Istat 2021: 68,5% di travagli spontanei, 63,25% di parti spontanei) (7).

Determinare un'esperienza di parto positiva significa soddisfare le aspettative personali e socioculturali di una donna nella multidimensionalità dell'evento nascita. Non si riduce più l'evento ai soli *outcomes* fisici (donne e neonati in salute dopo il parto), ma, in generale, si procede sempre di più verso un approccio che tiene conto in egual misura di tutti gli aspetti (fisici, psicologici e sociali) e in questo nuovo quadro la soddisfazione per l'evento nascita diventa di primaria importanza.

Su questa linea in una *review* della letteratura riguardo i paesi in via di sviluppo sui “*Determinanti della soddisfazione delle donne nell'assistenza sanitaria materna*” pubblicata sul *Lancet* (Mary J Renfrew, 2014) si afferma che la soddisfazione materna dell'esperienza di travaglio e parto comprenda all'interno tutte le dimensioni dell'assistenza: la struttura, il processo, gli *outcomes* e l'accessibilità ai servizi (8).

Più in dettaglio lo studio definisce la struttura come l'insieme di accoglienza, pulizia e risorse; il processo come il complesso di comportamenti interpersonali, *privacy*, tempestività nelle cure, assistenza sanitaria ed emotiva e percezione di competenza nello staff del paziente. Gli *outcomes* si riferiscono poi allo stato di salute fisico e psichico di madre e bambino e infine l'accessibilità viene definita l'insieme dei costi per l'accesso ai servizi sanitari (8). (Figura 2)



Figura 2 – Struttura dei fattori che compongono la soddisfazione materna (Srivastava A., et al. 2015)

Nello studio si sottolinea come, a tutte le latitudini, i fattori che si devono tenere in considerazione parlando di soddisfazione materna siano molteplici e la ricerca sugli stessi sia di primario interesse per comprendere l'impatto che i vari determinanti hanno rispetto alla soddisfazione (8).

In modo simile, gli autori di uno studio condotto a Monza sulle variabili correlate alla soddisfazione materna nelle cure *intrapartum*, rilevano come l'esperienza del travaglio e del parto sia complessa, multidimensionale e soggettiva (9).

Nel medesimo studio si sottolinea poi come sia importante comprendere la percezione che le donne hanno delle cure e la soddisfazione per i servizi, in quanto la qualità percepita diventa un fattore determinante per l'utilizzo degli stessi. Mette inoltre in evidenza come offrire alle donne delle cure di qualità che soddisfino le



loro esigenze ed aspettative aumenti l'efficacia della struttura sanitaria e dunque la scelta della medesima come luogo per il parto (9).

Per questo motivo si evidenzia la necessità che la soddisfazione materna per l'evento nascita, ora considerata uno degli indicatori più pertinenti per la valutazione della qualità dei servizi di maternità, diventi un'area di ricerca contemporanea.

A questo proposito anche il WHO ha fornito, sulla base di diverse definizioni nella letteratura, una definizione della qualità dell'assistenza (10). La qualità dell'assistenza alle donne e ai neonati viene definita dall'ente come il grado in cui i servizi sanitari per madri e neonati si dimostrino tempestivi nel raggiungimento dei risultati desiderati, coerenti con le attuali conoscenze professionali e allo stesso tempo sufficientemente incentrati sulle preferenze e sulle aspirazioni delle singole donne e delle loro famiglie. Mettendo nuovamente in luce come, nelle moderne definizioni di qualità dei servizi, il vissuto delle donne, dei neonati e delle loro famiglie sia una caratteristica determinante (10). (Figura 3).

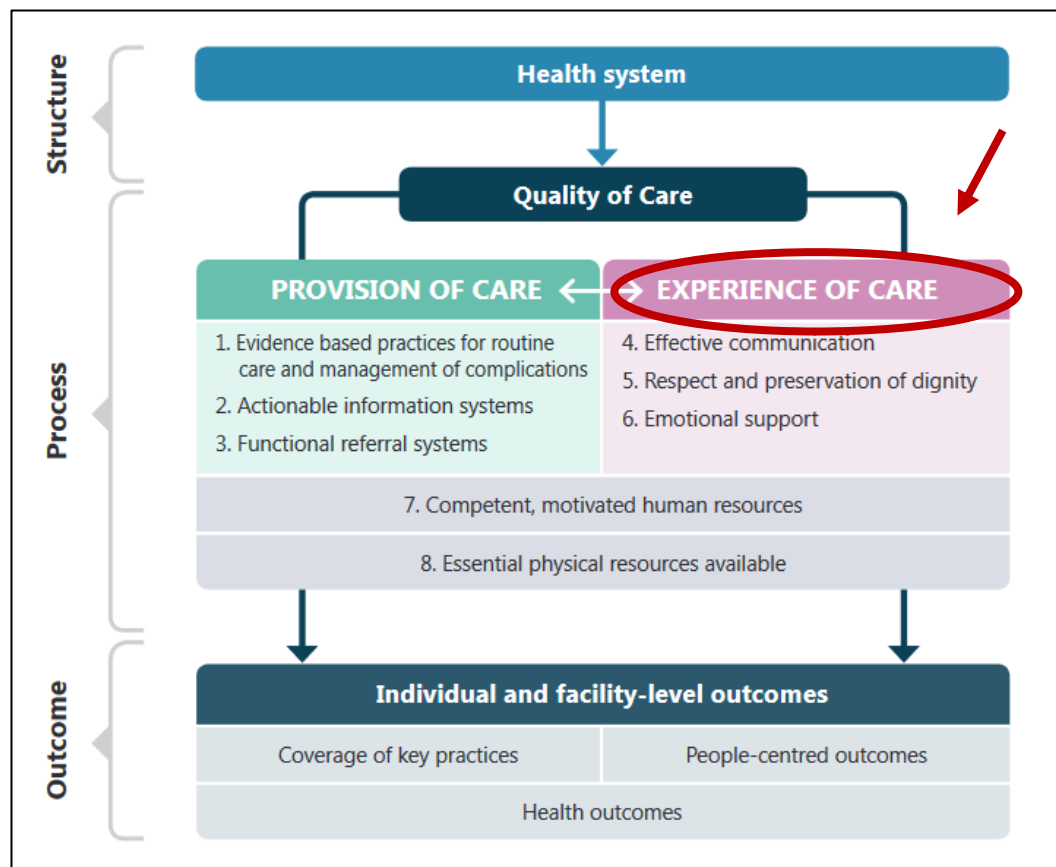


Figura 3 - Struttura del WHO sulla qualità dell'assistenza sanitaria materna e neonatale (World Health Organization. 2016)

Nello stesso documento, inoltre, viene definito come la prospettiva delle donne sulla qualità dei servizi di maternità influenzi la loro decisione di cercare assistenza, e come tener conto delle loro necessità e volontà, siano entrambi componenti essenziali per l'accesso a servizi sanitari da parte delle madri (10).

A questo proposito in una revisione di evidenze qualitative (Bohren, M.A., Hunter, E.C., Munthe-Kaas, H.M. *et al.* 2014), sui facilitatori e gli ostacoli nella scelta della struttura come luogo del parto, si illustra come la qualità delle cure percepita dalle donne (e dunque il vissuto della donna) influenzi la decisione di scegliere come luogo del parto una struttura rispetto ad un'altra (11). Per le strutture sanitarie il

miglioramento della qualità delle cure *intrapartum* ha dunque il potenziale di ridurre gli ostacoli che allontanano la donna dalla scelta della struttura.

In relazione a questo, la stessa revisione sottolinea l'importanza di concentrare gli interventi futuri “*sul raggiungimento di un'assistenza intrapartum rispettosa, non invadente e di alta qualità per tutte le donne*” in quanto affrontare queste tematiche “*rimuoverebbe un importante ostacolo*” durante la scelta per molte donne della struttura sanitaria come luogo del parto (11).

In modo analogo anche in un'ampia indagine nazionale condotta dall'Associazione dei Ginecologi Italiani ospedalieri, del territorio e liberi professionisti (AOGOI), dall'Associazione Ginecologi Universitari italiani (AGUI) e dalla Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) nel 2018 che ha coinvolto 13.671 donne identificate in 117 centri italiani, è stato rilevato che il 3% delle donne alla domanda “*Complessivamente come valuta la qualità dei servizi che ha ricevuto nel reparto di Ostetricia?*” ha risposto inadeguata/molto inadeguata; e che il 1,3% delle donne incluse nello studio alla domanda sul se consiglierebbero alle loro amiche la struttura scelta da loro per partorire ha risposto no/assolutamente no (12).

Quanto detto fino a questo punto accredita l'idea secondo la quale è necessario, per tutte le strutture sanitarie, lavorare per garantire un'esperienza di parto positiva in quanto la soddisfazione materna nelle cure *intrapartum* è obiettivo dell'assistenza sanitaria (13), ha un impatto sull'economia delle strutture sanitarie e, soprattutto, ha delle implicazioni per la diade madre-neonato sia nel breve sia nel lungo periodo (9). Questo si traduce nel bisogno di comprendere, attraverso la ricerca, quali aspetti incidono nel vissuto materno per elaborare, sulla base di questi ultimi, cure di più alto livello che rispecchiano maggiormente le preferenze materne.

### 1.1.1. Gli effetti di un'esperienza di parto positiva sulla diade

Per parlare di quali siano i benefici che, nel breve e nel lungo periodo, una nascita positiva abbia sulla madre e sul neonato è necessario trattare l'argomento nella direzione opposta. In letteratura molti autori si sono spesi per dimostrare quali siano gli effetti che un vissuto materno negativo della nascita ha nella diade, mentre risulta scarsa o addirittura assente la letteratura che invece associa ad un'esperienza positiva del parto i relativi benefici.

Un'esperienza di parto negativa può portare a molteplici problemi tra cui: una maggiore possibilità di depressione post-partum e disturbo da stress post-traumatico (PTSD); sentimenti negativi verso il neonato; difficoltà nell'adattamento al ruolo materno; un intervallo più lungo tra le gravidanze; un'influenza nella decisione di non avere ulteriori gravidanze, la preferenza per il taglio cesareo nelle nascite successive e una difficoltà nell'allattamento.

È necessario, infatti, sottolineare che l'evento nascita e le modalità con cui è gestito hanno un significato importante per le donne. Ciò che per i professionisti è un parto di routine può essere percepito dalla madre come umiliante, mutilante o disumanizzante e dunque come un'esperienza negativa (14) che può avere implicazioni per tutta la vita. (Rowe-Murray & Fisher, 2001)

Il modo in cui una donna viene trattata dai professionisti che la prendono in carico durante il parto può in gran parte determinare l'elaborazione che quella donna avrà dell'esperienza per il resto della sua vita. È esplicativa l'elaborazione proposta in merito da Penny Simkin: *“Una donna in travaglio è molto vulnerabile. Le sue parti più intime del corpo sono esposte; lei è nel dolore; suda, trema, geme e grida mentre è in mezzo a sconosciuti; è in un ambiente strano. Se viene trattata senza rispetto, se i suoi sforzi per mantenere la dignità e il controllo sono respinti, o se si approfitta di lei, l'impatto negativo è permanente. Se è nutrita, trattata con gentilezza e rispetto, e si sente come una partecipante attiva del processo, l'impatto positivo è permanente”* (15).

Questa frase, chiama tutti i professionisti che si occupano della nascita a riflettere in merito alle implicazioni possibili che “*un parto di routine*” (14) può avere nel futuro di ogni donna.

Per l'appunto, se la madre ha una percezione estremamente negativa della sua esperienza di nascita, soffrirà una perdita di autostima ed è più probabile che avrà difficoltà ad assumere un ruolo materno (14).

In un articolo inserito nel 14° volume del “*Journal of Clinical Nursing*” (16) sull'esperienza negativa di parto in travagli prolungati si espone l'associazione, visibile in Figura 4, tra un'esperienza negativa di nascita e l'affermazione «*Le mie difficoltà durante il parto mi segneranno per tutta la vita*» da parte dell'81% delle donne che hanno avuto un'esperienza negativa (16). Ricordando che, quando si parla degli effetti che l'esperienza del parto ha sulla diade madre-neonato, è necessario attenzionare che le ripercussioni che si ottengono possono modificare in modo determinante il benessere futuro anche nel lungo periodo.

Statement	Cases with a positive birth experience (n = 24) (%)	Cases with a negative birth experience (n = 33) (%)	Crude OR		Adjusted OR	
			OR	95% CI	OR	95% CI
It was wonderful to follow the rhythm of my body when the labour pains set in	Disagree 9 (38)	25 (76)	7.8	2.2–27.8	8.5	1.03–69.4
It was a pain to give birth	Agree 11 (46)	30 (94)	17.7	3.4–91.5	6.4	0.25–165.0
It was so painful that I thought I was going to die	Agree 6 (25)	27 (82)	13.5	3.4–48.5	9.3	1.4–62.1
My difficulties during the delivery will mark me for life	Agree 8 (37)	26 (81)	8.7	2.5–29.6	16.1	2.0–129.2
Pain relief during the delivery saved me	Agree 12 (55)	27 (84)	4.5	1.3–16.0	4.6	0.49–43.1

Values are given as n (%).

Figura 4 - Risposte delle donne con un'esperienza negativa o positiva del parto. (Nystedt A, *et al.*2005.)

A questo proposito, nell'articolo citato precedentemente (Nystedt A, *et al.* 2005), gli autori affermano che quando il parto è percepito come un'esperienza negativa può avere conseguenze psicologiche importanti (16).

Su questo tema, la letteratura ha identificato come le donne con un'esperienza di parto negativa siano più a rischio di sviluppare un disturbo da stress post traumatico (PTSD) e altre morbilità psicologiche dopo il parto (16).

In una *review* sistematica sui fattori predisponenti e sugli *outcomes* rispetto all'esperienza di parto si sottolinea come, a seguito di un parto traumatico, le donne possano sviluppare sintomi da PTSD, sperimentare pensieri suicidi e sintomi depressivi, sviluppare tocofobia nelle successive gravidanze, sperimentare meccanismi di difesa disfunzionali, manifestare stress genitoriale, una ridotta relazione con il neonato e problemi relazionali con il partner (17).

In modo analogo, gli autori di una *review* sistematica sull'esperienza del parto e la depressione post partum affermano che l'insoddisfazione per l'esperienza è stata associata a depressione prenatale precoce e tardiva, ansia generale, ansia correlata alla gravidanza, vulnerabilità, nevroticismo e paura per la nascita successiva (18).

In accordo con quanto detto, anche Fenech e Thomson, attraverso una meta-sintesi sulle implicazioni psicosociali che una nascita traumatica può avere, hanno rivelato come un parto traumatico e angosciante possa avere un profondo impatto psicologico sulla donna. Gli autori descrivono come le donne sperimentino intense risposte negative verso sé e gli altri mentre si trovano intrappolate in una cascata di pensieri oscuri e meccanismi di coping disfunzionali e *flashback* che, in alcuni casi, durano per anni. La meta-sintesi rivela come, in seguito ad un'esperienza negativa di parto, le donne siano “*tormentate dai fantasmi*” con un impatto a livello cognitivo, sociale e psicologico. Ulteriori approfondimenti presi in analisi nella medesima *review* sottolineano poi le implicazioni dannose di una nascita traumatica sulle successive gravidanze e sui successivi parti. L'impatto che una nascita di questo tipo ha sulla psiche materna è stato descritto nella stessa sintesi (Fenech &

Thomson, 2014) dalle donne come un senso intrinseco di perdita: la perdita di un parto positivo, la perdita della maternità, la perdita di una famiglia ideale o addirittura la perdita del loro senso di sé (19).

Similmente, (Elmir, Schmied, Wilkes, & Jackson, 2010), in uno studio condotto sulle percezioni e le esperienze materne rispetto a parti traumatici riportano come, in questi casi, le donne si siano sentite intrappolate nei *flashback* dell'esperienza e come, a causa di questi ultimi, abbiano sperimentato una disconnessione con il loro bambino e con il partner (20).

Diventa dunque evidente che l'interpretazione della nascita in senso negativo da parte delle donne è dunque un fattore che influenza fortemente sia il *bonding* materno-neonatale sia la percezione che la donna ha del neonato (19).

È importante sottolineare che un legame madre-neonato di scarsa qualità all'inizio della vita ha un impatto rilevante. Infatti, è stato dimostrato che quest'ultimo sia correlato a una compromissione emotiva, comportamentale e cognitiva del bambino (Greenberg, Mark, 1999) e a un maggior rischio di disturbi dell'umore e dell'ansia durante l'età adulta (21).

È analizzato ulteriormente in numerosi studi come donne che abbiano avuto un'esperienza di nascita negativa abbiano sperimentato sentimenti di paura del parto nelle nascite successive e desideri contrastanti nella scelta di avere altri figli, spesso scegliendo di avere meno figli rispetto a quelli desiderati per il ricordo dell'esperienza passata (22).

In modo affine in una metanalisi di studi qualitativi sull'esperienza materna e la paura del parto, la maggior parte delle donne multipare ha descritto come, successivamente ad un'esperienza di parto negativa, abbia elaborato in gravidanze successive una paura del parto a causa del timore che la situazione sperimentata in precedenza si ripresentasse. Successivamente nella stessa indagine, viene descritto come, diversamente, un'esperienza di nascita positiva potrebbe portare invece

alle donne un nuovo senso di fiducia in sé stesse e una riduzione della paura per il parto in futuro (23).

Sulla stessa linea, in un'indagine trasversale sull'esperienze negative di parto materne e paterne si sottolinea come un'esperienza negativa possa avere un effetto sulla decisione futura di avere una gravidanza (24).

Infine, la paura del parto relativa a un ricordo insoddisfacente del parto precedente, oltre ad essere determinante nelle future scelte riproduttive della donna o più in generale della coppia, è la chiave per la comprensione della “*tocofobia secondaria*” (Hofberg e Brockington, 2000). Questo concetto, che deriva dalle parole greche *phòbos* che significa fobia e *tokòs* che si riferisce al parto, viene definito come la paura del travaglio e del parto, successivamente ad un'esperienza di nascita negativa (19).

Quest'aspetto fa emergere un altro elemento importante di come il vissuto della donna durante il parto possa influire nelle future scelte. Alcuni studi riportano infatti che le donne con tocofobia secondaria, con l'obiettivo di riacquistare un senso di controllo, spesso scelgono per la nascita successiva un taglio cesareo elettivo come modalità di parto. (Hofberg e Brockington, 2000; Bewley e Cockburn, 2002; Gardner, 2003)

Tuttavia, è noto che il taglio cesareo come scelta di modalità del parto non sia assolutamente la scelta più sicura in assenza di indicazioni mediche. Un taglio cesareo è una procedura chirurgica che può portare a numerose complicazioni sia nella madre che nel bambino. (Tabella I)



Tabella I. Complicazione del parto tramite taglio cesareo sulla base dei dati dell'articolo sopracitato. (Mylonas & Friese, 2015)

	Complicanze
Complicanze intraoperatorie	<p>Infezioni</p> <p>Lesioni agli organi (vescica, intestino, ureteri, etc.)</p> <p>Rischi associati all'anestesia</p> <p>Isterectomia come trattamento di sanguinamenti gravi</p>
Complicanze postoperatorie	<p>Complicanze tromboemboliche (embolie, trombosi)</p> <p>Adesioni</p> <p>Dolore persistente</p>
Rischi per le gravidanze successive	<p>Restrizione della crescita fetale (FGR)</p> <p>Parto prematuro</p> <p>Aborto spontaneo</p> <p>Gravidanza ectopica</p> <p>Morte endouterina fetale</p> <p>Rottura d'utero</p> <p>Infertilità</p> <p>Inserzioni anomale della placenta (previa, accreta, increta) e i conseguenti rischi di isterectomia e trasfusioni di sangue</p>

Uno studio (Souza JP *et al.*, 2010) sugli esiti materni e fetali avversi, eseguito tra il 2004 e il 2008 in 24 paesi, ha dimostrato che il taglio cesareo è associato a maggiori rischi per la diade e che dovrebbe essere eseguito solo quando i benefici superano i rischi (23).

Lo stesso studio del WHO (Souza JP *et al.*, 2010) conclude dicendo che il taglio cesareo dovrebbe essere eseguito quando si prevede un chiaro beneficio che compensi i costi più elevati e i rischi aggiuntivi, i quali dovrebbero essere sempre considerati dagli operatori sanitari e dai pazienti al momento di decidere la modalità del parto. La sfida principale legata al taglio cesareo è fare il miglior uso di questa procedura, che è certamente una risorsa importante per la riduzione della mortalità materna, ma il cui uso eccessivo può essere associato ad un aumento del rischio di esiti materni gravi (26).

Per questo motivo, il taglio cesareo non può essere considerato un'alternativa comparabile al parto spontaneo, come modalità del parto, e dovrebbe essere visto con cautela (25). Considerazione che pone nuovamente l'attenzione sull'importanza di garantire un'esperienza di parto positiva: una donna soddisfatta del suo parto è una donna che nelle sue scelte future non sarà condizionata dal vissuto passato e dunque una donna che non richiederà un taglio cesareo elettivo in assenza di indicazioni mediche.

In aggiunta agli impatti psicologici a breve e lungo termine su madre e neonato e all'impatto nelle scelte materne future, è noto come un'elaborazione negativa del parto possa influenzare anche l'inizio e il mantenimento dell'allattamento al seno, comportamento definito a livello internazionale come protettivo per madre e neonato (27, 28).

A questo proposito gli autori di uno studio sull'esperienza di parto correlata all'allattamento al seno e alla relazione madre-bambino hanno riportato che le madri con un livello di soddisfazione maggiore in merito all'esperienza del parto (misurata attraverso una scala di 12 domande sulla percezione del travaglio e della

prima settimana post partum: *Childbirth Perception Scale, CPS*) (29) dimostravano avere un numero maggiore di tassi di allattamento esclusivo al seno rispetto alle madri meno soddisfatte che allattavano il loro neonato in modo combinato o esclusivamente con il latte in formula (30).

Più in dettaglio, inizialmente, un'esperienza di nascita negativa o traumatica, potrebbe ostacolare l'avvio della lattazione e dunque portare le donne alla necessità di introdurre latte artificiale. Mentre successivamente, esperienze di parto negative, contribuirebbero a sviluppare sentimenti di inadeguatezza nelle madri nel prendersi cura e nell'allattare al seno il loro bambino, aumentando la probabilità della scelta del latte in formula (25).

Per questo motivo e per quelli sopracitati, garantire ad una donna un parto positivo si riflette nel benessere a lungo termine per madre e neonato e dunque risulta un investimento in salute che ogni struttura sanitaria dovrebbe fare. Una donna ed un neonato privi delle implicazioni che un'esperienza di parto negativa possa avere sono una diade in salute, obiettivo principale dell'assistenza sanitaria (1).

## **1.2. Le variabili *intrapartum* correlate alla soddisfazione materna**

Analizzate l'importanza della soddisfazione materna per un'esperienza di parto positiva e le implicazioni che quest'ultima ha nel breve e nel lungo periodo, diventa necessario, nell'obiettivo di proporre interventi per migliorare la qualità dell'assistenza, individuare quali siano le variabili che influenzano la percezione materna nell'esperienza del travaglio e del parto.

In questo ambito, come è stato precedentemente anticipato, la letteratura esistente suggerisce che una percezione positiva del parto, compresa la soddisfazione per l'esperienza di cura, sia multidimensionale e sia influenzata da una varietà di fattori, tuttavia, sebbene vi sia una molteplicità di studi che analizzano singolarmente le variabili in associazione alla soddisfazione materna dell'esperienza di nascita, non è ancora stato elaborato un elenco completo delle variabili associate ad una

maggiore o minore soddisfazione dell'esperienza di nascita (31). Questo contribuisce a porre di nuovo l'attenzione sulla necessità di ulteriore ricerca in questo ambito.

### **1.2.1. Il dolore in travaglio**

Normalmente il dolore viene definito nella sua connotazione negativa *“una complessa costellazione di esperienze sensoriali, di risposte autonome involontarie e di reazioni psicologiche e comportamentali provocate da un danno tissutale reale o percepito”* (6); oppure come *“un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata o simile a un danno tissutale effettivo o potenziale”* (International Association for the Study of Pain, 2018) o ancora come *“una sensazione spiacevole e un'esperienza emotiva dotata di un tono affettivo negativo associata ad un danno tissutale potenziale o reale e, comunque, descritta in rapporto a tale danno”* (Definizione del dolore, WHO).

Tuttavia, in travaglio è diverso. Il dolore durante il travaglio è una questione molto più complessa, perde la sua connotazione prettamente negativa e viene definito come *“l'effetto di un insieme di fattori fisiologici e psichici interagenti”* che *“coinvolge la maggior parte delle strutture nervose interessate ai processi sensoriali, emozionali, cognitivi, espressivi, istintuali, motori e ai meccanismi psicodinamici”* (6).

La percezione del dolore durante il travaglio è un fenomeno complesso e soggettivo. Durante il travaglio la qualità e la gravità della percezione dolorosa sono condizionate non solo dall'intensità dello stimolo ma anche da altri fattori: le caratteristiche anatomiche della donna, le caratteristiche del feto (la posizione in utero e le sue dimensioni), le caratteristiche delle contrazioni (ritmo, durata, intensità), la conduzione del travaglio del parto, le modalità assistenziali, fattori psicologici, fattori culturali, fattori cognitivi e fattori sociali (6).

Per questo, è comprensibile come il dolore in travaglio sia definito come il risultato di una complessa elaborazione di molteplici fattori fisiologici e psicosociali legati all'interpretazione individuale di una donna degli stimoli del travaglio (32).

Inoltre, *“diversamente da altri dolori la cui funzione positiva si limita alla protezione dell'individuo da danni tissutali, [...] ha la funzione di stimolo endocrino alla produzione e alla regolazione degli ormoni necessari alla nascita, oltre ad attivare comportamenti protettivi per il benessere della madre e del bambino”* (6). Il dolore assume così una connotazione “positiva” importante per le sue caratteristiche intrinseche che conducono la donna all'assunzione di funzioni fisiche e comportamentali importanti:

- Il dolore connota la fisiologia della nascita.
- Il dolore fa interrompere alla donna le sue attività per cercare un luogo sicuro per la nascita.
- Il dolore favorisce la ricerca di sostegno.
- Il dolore sviluppa l'attitudine di disponibilità materna verso il neonato.
- Il dolore accentua la gioia.
- Il dolore è la transizione verso la maternità.
- Il dolore rinforza il senso di potenza nell'attraversarlo.
- Il dolore definisce la progressione del travaglio grazie al cambiamento delle sensazioni che il dolore crea nella donna durante le diverse fasi del travaglio.
- Il dolore fisiologico è il *trigger* della cascata neuro-ormonale che favorisce: un'attività contrattile efficace; una normale discesa del feto nel canale del parto; l'attivazione di comportamenti protettivi rispetto ai danni tissutali (la qualità, l'intensità e la localizzazione del dolore spesso sono elaborate a livello centrale in risposte comportamentali materne quali la ricerca di posizioni antalgiche che creano meno resistenza o compressione, proteggono i tessuti materni e il feto da malposizioni, modulano la durata e la direzione della spinta e danno il tempo ai tessuti di distendersi gradualmente e non subire danni); una crescente capacità di tollerare il

dolore, la disponibilità all'incontro con il neonato, attivando il legame di attaccamento e l'adattamento neonatale (6).

Tutto questo è possibile quando parliamo di un dolore fisiologico, ossia un dolore intermittente dato dalle contrazioni uterine che porta alla donna la sensazione di ritmicità del parto, *“in cui lo stimolo doloroso è sia propedeutico all'attivazione dei meccanismi di risposta allo stress, sia causa del rilascio di beta-endorfine”*, le quali riducono il dolore, in quanto antalgici endogeni, e inducono nella donna *“modificazioni psichiche gradualmente verso un'alterazione vera e propria dello stato di coscienza in travaglio (il SAC, Stato Alterato di Coscienza) necessaria per l'inibizione cognitivo-valutativa e per la dominanza delle funzioni involontarie limbiche neurovegetative che governano il parto”* (6).

Nei casi in cui il dolore perde invece la sua connotazione fisiologica *“l'eutocia della nascita risulta ostacolata, poiché l'interferenza dell'attivazione ortosimpatica è inficiante il pattern biologico delle contrazioni e potenzialmente dannosa per il metabolismo uterino. [...] In questa condizione di stress cronico, l'emissione delle catecolamine è continua e di conseguenza la sensibilità uterina all'ossitocina è inibita, così come l'espressione antalgica delle endorfine”* (6).

Diventa per questo prioritario nella pratica ostetrica saper distinguere il dolore fisiologico del travaglio, che favorisce le condizioni che permettono alla donna di sperimentare l'intermittenza del dolore (l'alternanza tra dolore e assenza di dolore) e la cascata neuroendocrina ottimale, dal dolore patologico del travaglio, in cui lo stimolo stressogeno a cui è esposta la donna ostacola l'armonia neurovegetativa e dunque il travaglio (6).

#### **1.2.1.1. Il contenimento del dolore in travaglio e la soddisfazione materna**

Nel trattare la tematica del dolore durante il travaglio in relazione alla soddisfazione materna è opportuno trattare delle modalità attraverso cui una madre può ridurre o eliminare la percezione dolorifica, in quanto quest'ultima ha un ruolo importante nel determinare il livello di soddisfazione dell'esperienza (9).

Esistono due principali paradigmi nel definire gli approcci possibili alle sensazioni dolorifiche durante travaglio, individuati dagli autori Leap e Anderson: il paradigma della cooperazione con il dolore (*working with pain paradigm*) e il paradigma dell'eliminazione del dolore (*pain relief paradigm*). Il primo si basa sull'idea che il dolore sia una parte importante nella fisiologia del parto e un tassello fondamentale per l'attivazione della cascata neuroendocrina; dunque con un supporto ottimale e in condizioni di fisiologia, la donna può affrontarlo utilizzando le proprie risorse endogene. Differentemente, il secondo si basa sulla convinzione che il dolore del travaglio non sia necessario, bensì “barbarico” e inutile, che i benefici dell'analgesia superino i rischi e che le donne non debbano dunque sentirsi in colpa a scegliere di ricorrere sistematicamente all'utilizzo di metodi farmacologici (33,6).

Tuttavia è complesso definire quale sia in assoluto la scelta migliore per le donne perché qualunque tecnica analgesica per essere efficace deve inserirsi nella precisa situazione assistenziale. A riguardo, esistono ancora molti dibattiti aperti, ma è da ricordare che la scelta di quale sia la tecnica migliore per quel travaglio e per quella donna è una scelta prettamente materna. Se è pur vero che come professionisti sanitari si è chiamati a esercitare la professione con scienza, coscienza e applicando ciò che le evidenze scientifiche riportano, è necessario ricordare sempre, anche dal WHO nelle linee guida *intrapartum* per un'esperienza di nascita positiva, che le modalità con cui si attua il contenimento del dolore in travaglio e nel parto “*dipendono dalle preferenze materne*” (1).

A tal riguardo, però, è necessario affermare che, sebbene siano molteplici gli studi che individuano l'analgisia epidurale come miglior mezzo per il sollievo del dolore in travaglio (33-35) e sebbene quest'ultima sia largamente accettata e utilizzata dalla maggior parte delle donne, recenti studi hanno dimostrato un'altra realtà. Infatti recenti dimostrazioni hanno messo in luce che, pur essendo efficace nella riduzione della percezione dolorifica in travaglio, le donne sperimentano a causa della stessa: una ridotta capacità di controllo, una ridotta mobilità generata dal

blocco dei nervi sensomotori, un aumento degli interventi durante il travaglio e il parto (è studiato un aumento del numero di parti operativi) (33), un aumento del rischio di ipotensione materna, di iperpiressia materna e di ritenzione urinaria, tutti interventi che hanno poi un forte impatto sulla riduzione della soddisfazione materna dell'esperienza di nascita (9).

A questo proposito, uno studio (Fumagalli, *et al.*, 2021) concernente le variabili correlate alla soddisfazione dell'esperienza del parto ha evidenziato che le donne sottoposte ad analgesia epidurale erano mediamente meno soddisfatte della loro esperienza e avevano livelli di stress più elevati (con conseguente punteggio inferiore nella sottoscala SE) come è visibile in figura 5 (9).

Relationship between maternal variables and I-BSS-R total and Sub-Scales score.																
Variables	I-BSS-R (Total) <sup>a</sup>				QC Sub-Scale <sup>b</sup>				SE Sub-Scale <sup>c</sup>				WA Sub-Scale <sup>d</sup>			
	Mean	SD <sup>e</sup>	p-value	CI (95%) <sup>f</sup>	Mean	SD	p-value	CI (95%)	Mean	SD	p-value	CI (95%)	Mean	SD	p-value	CI (95%)
Nulliparous	26.28	5.78	0.020	(0.23;2.75)	14.08	1.86	0.834	(-0.37;0.46)	7.61	3.39	.000	(0.65;2.14)	4.59	2.04	0.839	(-0.43;0.53)
Multiparous	27.77	4.68			14.13	1.64			9.01	2.82			4.64	2.05		
Antenatal classes (yes)	26.32	5.59	0.038	(-2.58;-0.07)	14.13	1.79	0.751	(-0.35;0.48)	7.57	3.32	.000	(-2.15;-0.66)	4.62	1.98	0.960	(-0.47;0.50)
Antenatal classes (no)	27.65	5.00			14.07	1.72			8.98	2.94			4.61	2.11		
Spontaneous labour	27.26	5.13	0.113	(-0.28;2.63)	14.12	1.67	0.754	(-0.40;0.56)	8.48	3.17	0.043	(0.03;1.77)	4.66	2.09	0.482	(-0.36;0.76)
Induction of labour	26.09	5.90			14.04	2.01			7.58	3.27			4.46	1.88		
Epidural (yes)	24.7	5.95	.000	(-4.66;-2.07)	14.12	2.00	0.890	(-0.41;0.48)	6.4	3.39	.000	(-3.49;-2.01)	4.18	2.00	0.013	(-1.16;-0.14)
Epidural (no)	28.06	4.66			14.09	1.63			9.15	2.70			4.82	2.03		
Active Phase >12 h	23.31	5.99	.000	(-6.01;-2.63)	14.02	2.01	0.757	(-0.67;0.49)	5.76	3.90	.000	(-3.94;-1.94)	3.52	2.06	.000	(-1.94;-0.63)
Active Phase ≤12 h	27.63	4.95			14.11	1.71			8.70	2.86			4.81	1.98		
Oxytocin (yes)	24.20	6.04	.000	(-5.08;-2.29)	13.93	2.00	0.344	(-0.71;0.25)	6.07	3.45	.000	(-3.72;-2.10)	4.20	1.91	0.053	(-1.10;0.00)
Oxytocin (no)	27.89	4.76			14.16	1.67			8.98	2.78			4.75	2.07		
Vacuum(yes)	23.21	5.92	0.001	(-6.50;-1.58)	13.11	2.40	0.010	(-1.88;-0.26)	5.95	3.24	0.001	(-3.96;-1.00)	4.16	2.09	0.314	(-1.44;0.46)
Vacuum (no)	27.25	5.20			14.17	1.68			8.43	3.15			4.65	2.04		
C/S (yes) <sup>g</sup>	24.1	7.84	0.084	(-6.35;0.40)	13.5	2.76	0.271	(-1.74;0.50)	5.8	3.61	0.013	(-4.57;-0.53)	4.8	2.04	0.769	(-1.10;1.49)
C/S (no)	27.08	5.22			14.12	1.71			8.35	3.17			4.61	2.04		
Episiotomy (yes)	25.98	5.64	0.060	(-2.78;0.06)	13.95	1.86	0.376	(-0.68;0.26)	7.36	3.46	0.005	(-2.06;-0.37)	4.66	1.83	0.812	(-0.48;0.61)
Episiotomy (no)	27.33	5.20			14.16	1.72			8.58	3.06			4.60	2.11		
Intact Perineum (yes)	29.31	3.77	0.008	(-4.60;-0.69)	14.41	1.34	0.297	(-0.99;0.30)	9.94	2.27	0.002	(-3.07;-0.73)	4.97	1.96	0.296	(-1.16;0.35)
Intact Perineum (no)	26.67	5.45			14.06	1.80			8.04	3.25			4.57	2.05		

<sup>a</sup> I-BSS-R: Italian version of the BSS-R.  
<sup>b</sup> QL: Quality of Care Provision.  
<sup>c</sup> SE: Stress Experienced during Labour.  
<sup>d</sup> WA: Women's Personal Attributes.  
<sup>e</sup> SD: Standard Deviation.  
<sup>f</sup> CI: Confidence Interval.  
<sup>g</sup> Caesarean section.

Figura 5 - Le variabili *intrapartum* correlate alla soddisfazione materna. Focus sull'utilizzo o meno dell'analgesia. (Fumagalli, *et al.*, 2021)

Questo è esplicativo di come, nella fisiologia, in presenza di un supporto emotivo, di una continuità assistenziale e di un ambiente adeguato, l'utilizzo di routine dell'analgesia farmacologica (come epidurale, spinale o analgesia combinata



spinale-epidurale) dovrebbe avere un ruolo limitato nell'assistenza in travagli e parti fisiologici.

Infatti, l'utilizzo di una procedura standardizzata per l'assistenza al dolore del parto riduce il dolore ad una componente prettamente negativa e disegna la donna come non abbastanza competente per attraversare l'esperienza. Quando il travaglio è fisiologico, c'è sempre un dolore altrettanto fisiologico ed è compito dell'ostetrica ridurre le interferenze possibili per facilitare il naturale progresso del travaglio ed intervenire nel caso di deviazioni dalla fisiologia, anche in termini di dolore.

È opportuno sottolineare che la revisione Cochrane del 2012, sebbene abbia confermato che l'analgia farmacologica (nello specifico l'analgia epidurale) sia il metodo più efficace nella riduzione del dolore del travaglio e del parto, ha descritto l'assenza di evidenze scientifiche che associano un livello di soddisfazione maggiore all'analgia farmacologica piuttosto che a metodi non farmacologici di contenimento del dolore. Dunque, afferma in conclusione che la decisione sul mezzo di controllo migliore deve essere materna, ugualmente a quanto descritto dal WHO nelle linee guida per un'esperienza di parto positiva (1, 33). È dunque chiaro che nel determinare il livello di dolore percepito dalla donna durante l'esperienza del parto intervengano altri e più complessi fattori, assistenziali e non, che non sono correlati all'esclusiva eliminazione del dolore, come invece la cultura occidentale tende a diffondere (6). Esplicativo, in termini simili, è uno studio del Lancet, in cui è stata studiata la soddisfazione materna relativa all'esperienza del parto in 1000 donne. Ancora una volta risulta che un efficace sollievo dal dolore (prodotto dall'analgia epidurale) non ha garantito un'esperienza di nascita soddisfacente. Nel gruppo delle pazienti che avevano utilizzato l'analgia erano presenti più donne insoddisfatte rispetto a coloro che non avevano ricevuto l'analgia ( $p$ -value  $< 0,05$ ). Gli autori dello stesso articolo esprimono infatti la necessità di ulteriori analisi che confrontino il servizio dell'analgia su richiesta contro l'utilizzo dell'analgia quando necessaria (37).

Questo contribuisce ad avvalorare l'idea secondo cui un uso standardizzato dell'epidurale non possa essere effettivamente la soluzione al dolore per tutte le donne in travaglio, in quanto è necessario attenzionare una moltitudine di fattori per ottenere un'efficace riduzione del dolore legato al parto e per garantire alle donne un'esperienza soddisfacente.

### 1.2.2. Il travaglio

Il travaglio viene definito come *“il processo fisiologico attraverso il quale il prodotto del concepimento (feto) ed i suoi annessi (liquido amniotico, placenta e membrane) sono espulsi all'esterno dell'utero, attraverso la vagina”* (38). Inoltre *“è definito dalla presenza di contrazioni uterine regolari, accompagnate dalla maturazione e dilatazione cervicale e dalla discesa del feto”* (38), ma può anche essere definito come *“l'inizio della graduale apertura del grembo materno”,* in cui *“la mamma e suo figlio cominciano un lento processo di separazione in cui il bambino avverte l'imminenza di un cambiamento e la madre lo accompagna senza perdere il controllo”* (6).

In qualsiasi modo si definisca, il processo che porta alla nascita è suddiviso in tre fasi principali: la prima fase, denominata periodo dilatante, che si compone di una fase latente e una fase attiva; la seconda fase, costituita dal periodo espulsivo, anch'esso suddiviso internamente in due fasi, e la terza fase, ovvero il secondamento. Tuttavia, la velocità con cui queste fasi si susseguono non è stata negli anni così semplice da delineare.

Sono numerosi gli studi che hanno nel tempo cercato di definire quale sia la “normale” durata del travaglio. Tuttavia, è complesso dare *“una definizione precisa della durata di questa fase perché esiste un'ampia variabilità individuale nella progressione della dilatazione”*, in quanto è *“il risultato dell'interazione di diversi fattori:*

- *Caratteristiche materne: parità, morfologia del canale del parto, struttura antropometrica (altezza, indice di massa corporea, etnia), variabilità delle contrazioni uterine, vissuto materno (sia passato che presente);*
- *caratteristiche fetali: dimensione, presentazione e posizione fetale;*
- *interferenze legate al luogo del parto e alla cultura ostetrica del rischio, che modificano più o meno consapevolmente il momento dal quale si fa ‘partire l’orologio’;*
- *la modalità di assistenza al travaglio” (6).*

Inoltre, in un’epoca in cui l’induzione del travaglio, l’uso di ossitocina e l’utilizzo dell’analgesia sono diventati molto comuni nella pratica ostetrica, i tempi e le modalità dell’assistenza al travaglio si sono ulteriormente modificati, modificando di conseguenza il vissuto delle donne.

Il presupposto per far in modo che, qualunque sia la modalità con cui un travaglio inizia, l’esperienza della donna risulti essere la più soddisfacente possibile, è offrire un accompagnamento personalizzato e continuativo nel tempo, in cui tutti i dati rilevanti siano considerati fondamentali e l’approccio diventi olistico e centrato sulla donna. Per far questo è necessario “*saper leggere*:

- *I segni clinici di benessere materno.*
- *Le diverse caratteristiche della fase latente e della fase attiva.*
- *I segni di progressione del travaglio.*
- *I segni clinici di atteggiamento e posizione anomala” (6).*

Per mantenere poi il travaglio all’interno della fisiologia e per garantire alle donne sane a termine la progressione del loro travaglio all’interno della normalità è necessario effettuare alcuni accorgimenti. A questo proposito, la Coalizione per migliorare la qualità dei Servizi Maternità (CIMS) nel *Motherfriendly Childbirth Initiative* (39) ha delineato dieci capisaldi nell’assistenza ad un travaglio fisiologico, di cui i cinque più rilevanti sono:

1. Garantire a tutte le madri che partoriscono:
  - accesso illimitato al/alla compagno/a di nascita scelto/a;
  - accesso illimitato al supporto emotivo e fisico continuo da parte di un professionista qualificato;
  - accesso a cure ostetriche professionali.
  
2. Fornire cure culturalmente competenti, ossia cure sensibili alle credenze, ai valori e ai costumi specifici dell'etnia e della religione della madre.
  
3. Offrire alla partoriente la libertà di camminare, muoversi e assumere le posizioni di sua scelta durante il travaglio e il parto (a meno che la restrizione non sia specificamente necessaria per correggere una complicazione) e scoraggiare l'uso della posizione litotomica.
  
4. Non ricorrere abitualmente a pratiche e procedure non supportate da prove scientifiche, compresi, a titolo esemplificativo e non esaustivo: rasatura, clisteri, idratazione endovenosa, una limitata assunzione di cibo e acqua, rottura precoce delle membrane, monitoraggio elettronico del feto. Inoltre limitare gli interventi assistenziali ai seguenti limiti: tasso di induzione del 10% o inferiore, tasso di episiotomia del 20% o inferiore, con un obiettivo del 5% o inferiore, tasso totale di cesarei del 10% o meno negli ospedali della comunità e del 15% o meno negli ospedali di assistenza terziaria (ad alto rischio), tasso di VBAC (parto vaginale dopo cesareo) del 60% o più con un obiettivo del 75% o più.
  
5. Educare il personale a metodi non farmacologici di sollievo dal dolore e non promuovere l'uso di analgesici o farmaci anestetici, se non specificamente necessari per correggere una complicanza.

Attuare questi comportamenti nell'assistenza del travaglio, sia che si tratti di fisiologia che di patologia, permette anche alla percentuale di donne che per motivi medici sono sottoposte ad induzione farmacologica del travaglio (già *in primis* svantaggiate), procedura medica che risente fortemente di implicazioni

nell'andamento del travaglio (l'allungamento dei tempi del travaglio, il ricorso aumentato all'analgesia farmacologica, la limitata libertà di movimento e l'aumentata frequenza di tagli cesarei urgenti) (40), di eliminare il più possibile ulteriori ostacoli che possano complicare l'andamento del travaglio e di poter garantire a tutte le donne un'esperienza di parto positiva, qualsiasi sia la modalità con cui il travaglio insorge.

#### **1.2.2.1. Le varie tipologie di travaglio in relazione alla soddisfazione materna**

Quando si parla di soddisfazione materna in relazione alla modalità del travaglio, se alcuni studi inseriscono l'induzione del travaglio tra i fattori di rischio per avere un livello di soddisfazione materna minore, altri, focalizzando l'attenzione unicamente su questa variabile *intrapartum*, descrivono approfonditamente il legame della modalità del travaglio con l'esperienza materna.

Per il primo gruppo, sono due gli studi presi in analisi: il primo studio, eseguito su un campione nazionale riguardo la prevalenza e i fattori di rischio rispetto ad un'esperienza di parto negativa, condotto da Ulla Waldenström *et al.*, descrive come l'induzione e l'*augmentation* del primo stadio del travaglio rientrino tra le procedure mediche associate ad un'esperienza negativa del parto (41).

Il secondo, effettuato a Monza, sulle variabili *intrapartum* correlate alla soddisfazione materna, inserisce l'utilizzo di ossitocina per l'*augmentation* del travaglio ( $p=0,000$ ; CI: -5,08; -2,29) tra le variabili *intrapartum* che hanno ridotto significativamente la soddisfazione materna media nel punteggio totale del questionario utilizzato e nel punteggio relativo alla sottoscala del livello di stress legato all'esperienza (9). (Figura 6)

Relationship between maternal variables and I-BSS-R total and Sub-Scales score.

Variables	I-BSS-R (Total) <sup>a</sup>				QC Sub-Scale <sup>b</sup>				SE Sub-Scale <sup>c</sup>				WA Sub-Scale <sup>d</sup>			
	Mean	SD <sup>e</sup>	p-value	CI (95%) <sup>f</sup>	Mean	SD	p-value	CI (95%)	Mean	SD	p-value	CI (95%)	Mean	SD	p-value	CI (95%)
Nulliparous	26.28	5.78	0.020	(0.23;2.75)	14.08	1.86	0.834	(-0.37;0.46)	7.61	3.39	.000	(0.65;2.14)	4.59	2.04	0.839	(-0.43;0.53)
Multiparous	27.77	4.68			14.13	1.64			9.01	2.82			4.64	2.05		
Antenatal classes (yes)	26.32	5.59	0.038	(-2.58;-0.07)	14.13	1.79	0.751	(-0.35;0.48)	7.57	3.32	.000	(-2.15;-0.66)	4.62	1.98	0.960	(-0.47;0.50)
Antenatal classes (no)	27.65	5.00			14.07	1.72			8.98	2.94			4.61	2.11		
Spontaneous labour	27.26	5.13	0.113	(-0.28;2.63)	14.12	1.67	0.754	(-0.40;0.56)	8.48	3.17	0.043	(0.03;1.77)	4.66	2.09	0.482	(-0.36;0.76)
Induction of labour	26.09	5.90			14.04	2.01			7.58	3.27			4.46	1.88		
Epidural (yes)	24.7	5.95	.000	(-4.66;-2.07)	14.12	2.00	0.890	(-0.41;0.48)	6.4	3.39	.000	(-3.49;-2.01)	4.18	2.00	0.013	(-1.16;-0.14)
Epidural (no)	28.06	4.66			14.09	1.63			9.15	2.70			4.82	2.03		
Active Phase >12h	23.31	5.99	.000	(-6.01;-2.63)	14.02	2.01	0.757	(-0.67;0.49)	5.76	3.90	.000	(-3.94;-1.94)	3.52	2.06	.000	(-1.94;-0.63)
Active Phase <12h	27.63	4.95			14.11	1.71			8.70	2.86			4.81	1.98		
Oxytocin (yes)	24.20	6.04	.000	(-5.08;-2.29)	13.93	2.00	0.344	(-0.71;0.25)	6.07	3.45	.000	(-3.72;-2.10)	4.20	1.91	0.053	(-1.10;0.00)
Oxytocin (no)	27.89	4.76			14.16	1.67			8.98	2.78			4.75	2.07		
Vacuum (yes)	23.21	5.92	0.001	(-6.50;-1.58)	13.11	2.40	0.010	(-1.88;-0.26)	5.95	3.24	0.001	(-3.96;-1.00)	4.16	2.09	0.314	(-1.44;0.46)
Vacuum (no)	27.25	5.20			14.17	1.68			8.43	3.15			4.65	2.04		
C/S (yes) <sup>g</sup>	24.1	7.84	0.084	(-6.35;0.40)	13.5	2.76	0.271	(-1.74;0.50)	5.8	3.61	0.013	(-4.57;-0.53)	4.8	2.04	0.769	(-1.10;1.49)
C/S (no)	27.08	5.22			14.12	1.71			8.35	3.17			4.61	2.04		
Episiotomy (yes)	25.98	5.64	0.060	(-2.78;0.06)	13.95	1.86	0.376	(-0.68;0.26)	7.36	3.46	0.005	(-2.06;-0.37)	4.66	1.83	0.812	(-0.48;0.61)
Episiotomy (no)	27.33	5.20			14.16	1.72			8.58	3.06			4.60	2.11		
Intact Perineum (yes)	29.31	3.77	0.008	(-4.60;-0.69)	14.41	1.34	0.297	(-0.99;0.30)	9.94	2.27	0.002	(-3.07;-0.73)	4.97	1.96	0.296	(-1.16;0.35)
Intact Perineum (no)	26.67	5.45			14.06	1.80			8.04	3.25			4.57	2.05		

<sup>a</sup> I-BSS-R: Italian version of the BSS-R.  
<sup>b</sup> QL: Quality of Care Provision.  
<sup>c</sup> SE: Stress Experienced during Labour.  
<sup>d</sup> WA: Women's Personal Attributes.  
<sup>e</sup> SD: Standard Deviation.  
<sup>f</sup> CI: Confidence Interval.  
<sup>g</sup> Caesarean section.

Figura 6 – Le variabili *intrapartum* correlate alla soddisfazione materna. Focus sull'utilizzo o meno di ossitocina (Fumagalli, *et al.*, 2021)

Analizzando poi il gruppo di studi che ha elaborato una correlazione tra l'induzione e la soddisfazione materna dell'esperienza, è possibile notare fin da subito una certa unanimità nel descrivere come l'induzione del travaglio vada a ridurre significativamente la soddisfazione e dunque come sia determinante in questi casi attuare delle misure di prevenzione per superare questo ostacolo senza ripercussioni durante il travaglio e il parto.

*In primis*, gli autori di uno studio (Henderson & Redshaw, 2013), allo scopo di indagare l'esperienza delle donne in relazione all'induzione del travaglio, hanno osservato che le donne indotte erano generalmente meno soddisfatte della qualità delle cure ricevute. Più nello specifico, i risultati quantitativi hanno espresso che prima del travaglio, le donne hanno avuto più preoccupazioni legate alle complicanze e agli interventi ostetrici più probabili correlati all'induzione. Durante il travaglio, invece, avevano generalmente meno possibilità di muoversi e di trovare

una posizione comoda e a causa della lunghezza del processo avevano più ostetriche durante il travaglio. Infine, le donne hanno espresso termini più negativi nella descrizione del personale che si è preso cura di loro e hanno espresso una minor gentilezza, un minor rispetto e una peggiore comunicazione da parte del personale rispetto a coloro che hanno avuto un travaglio spontaneo. Lo studio, sottolineando le implicazioni negative che inducono un livello di soddisfazione minore per le donne sottoposte all'induzione, suggerisce che, come per altri aspetti della maternità, una buona comunicazione, la possibilità di scelta, la gentilezza e il rispetto sono essenziali e dovrebbero essere prassi standard soprattutto nel percorso di induzione (42).

*In secundis*, uno studio di coorte di due anni sull'esperienza di parto materna nel travaglio indotto e spontaneo misurata attraverso una scala analogica visiva (VAS) eseguito da Adler K., *et al.*, ha dimostrato che le donne che hanno avuto un'induzione erano meno soddisfatte della loro esperienza di nascita rispetto alle donne con inizio spontaneo del travaglio [7,5% (n = 399) vs. 3,2% (n = 420);  $p < 0,001$ ] (43). (Grafico 1)

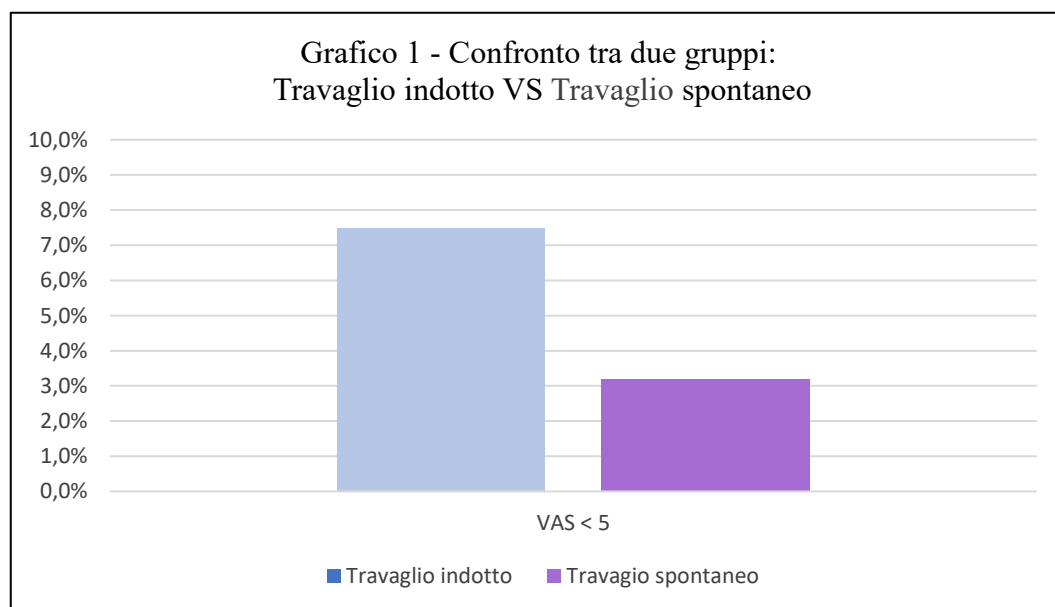


Grafico 1 – Confronto tra due gruppi: Travaglio indotto VS Travaglio spontaneo, costruito sulla base dei dati ricavati dall'articolo di Adler, Rahkonen, & Kruit del 2020.

Nello studio (Adler, Rahkonen, & Kruit, 2020) il ritardo nell'induzione, nel trasferimento in reparto e nel ricevere sollievo dal dolore sono stati menzionati dalle donne come temi chiave, dalla portata tale da rendere la loro esperienza di parto non soddisfacente. Questo spiega perché alcune donne, sebbene l'induzione del parto sia stata efficace e il parto termini in un parto vaginale spontaneo, non siano comunque soddisfatte dell'esperienza (43).

Ad ogni modo, in accordo con quanto afferma la letteratura, il fallimento dell'induzione, il travaglio prolungato a cui le donne indotte sono maggiormente esposte e l'operatività conseguente, sono stati segnalati anche nell'articolo di Adler, Rahkonen, & Kruit del 2020 come fattori significativi nel determinare il grado di soddisfazione materna (43).

### **1.2.3. La modalità del parto e la soddisfazione materna**

In base alla modalità con cui avviene, il parto può essere definito:

- parto eutocico, quando la fuoriuscita del feto attraverso le vie genitali della madre avviene in modo naturale e senza la necessità di interventi esterni;
- parto operativo, quando per la fuoriuscita del feto è necessario un intervento strumentale o manuale, che si può realizzare:
  - per via vaginale con l'applicazione del forcipe o della ventosa;
  - attraverso un'incisione chirurgica della parete addominale e dell'utero (il taglio cesareo).

In letteratura sono molteplici gli autori che correlano la modalità del parto alla soddisfazione materna dell'esperienza. Gli autori di un articolo pubblicato nella 25° edizione del "Journal of Perinatal Medicine" (Geary, Fanagan, & Boylan, 1997) in merito alle preferenze sulle modalità del parto affermano che il parto vaginale è stato correlato in modo significativo ( $p$ -value  $< 0,01$ ) a valutazioni di soddisfazione maggiori, mentre il parto operativo vaginale ( $p$ -value  $< 0,01$ ) e il taglio cesareo sono



stati significativamente associati all'insoddisfazione per l'assistenza durante il travaglio (44).

Sulla stessa linea, Fumagalli, *et al.*, 2021, hanno descritto dati significativamente rilevanti, che ponevano in relazione una minor soddisfazione da parte delle donne con il parto vaginale operativo che si rifletteva in un punteggio più basso nel totale e nella sottocategoria relativa allo stress sperimentato durante l'esperienza. Inoltre, lo stesso articolo ha descritto una maggior esperienza stressante (minor punteggio nella sottoscala stress experience, SE) nelle donne che hanno avuto un taglio cesareo (9). (Figura 7)

Variables	I-BSS-R (Total) <sup>a</sup>				QC Sub-Scale <sup>b</sup>				SE Sub-Scale <sup>c</sup>				WA Sub-Scale <sup>d</sup>			
	Mean	SD	p-value	CI (95%) <sup>f</sup>	Mean	SD	p-value	CI (95%)	Mean	SD	p-value	CI (95%)	Mean	SD	p-value	CI (95%)
Nulliparous	26.28	5.78	0.020	(0.23;2.75)	14.08	1.86	0.834	(-0.37;0.46)	7.61	3.39	.000	(0.65;2.14)	4.59	2.04	0.839	(-0.43;0.53)
Multiparous	27.77	4.68			14.13	1.64			9.01	2.82			4.64	2.05		
Antenatal classes (yes)	26.32	5.59	0.038	(-2.58;-0.07)	14.13	1.79	0.751	(-0.35;0.48)	7.57	3.32	.000	(-2.15;-0.66)	4.62	1.98	0.960	(-0.47;0.50)
Antenatal classes (no)	27.65	5.00			14.07	1.72			8.98	2.94			4.61	2.11		
Spontaneous labour	27.26	5.13	0.113	(-0.28;2.63)	14.12	1.67	0.754	(-0.40;0.56)	8.48	3.17	0.043	(0.03;1.77)	4.66	2.09	0.482	(-0.36;0.76)
Induction of labour	26.09	5.90			14.04	2.01			7.58	3.27			4.46	1.88		
Epidural (yes)	24.7	5.95	.000	(-4.66;-2.07)	14.12	2.00	0.890	(-0.41;0.48)	6.4	3.39	.000	(-3.49;-2.01)	4.18	2.00	0.013	(-1.16;-0.14)
Epidural (no)	28.06	4.66			14.09	1.63			9.15	2.70			4.82	2.03		
Active Phase >12 h	23.31	5.99	.000	(-6.01;-2.63)	14.02	2.01	0.757	(-0.67;0.49)	5.76	3.90	.000	(-3.94;-1.94)	3.52	2.06	.000	(-1.94;-0.63)
Active Phase ≤12 h	27.63	4.95			14.11	1.71			8.70	2.86			4.81	1.98		
Oxytocin (yes)	24.20	6.04	.000	(-5.08;-2.29)	13.93	2.00	0.344	(-0.71;0.25)	6.07	3.45	.000	(-3.72;-2.10)	4.20	1.91	0.053	(-1.10;0.00)
Oxytocin (no)	27.89	4.76			14.16	1.67			8.98	2.78			4.75	2.07		
Vacuum(yes)	23.21	5.92	0.001	(-6.50;-1.58)	13.11	2.40	0.010	(-1.88;-0.26)	5.95	3.24	0.001	(-3.96;-1.00)	4.16	2.09	0.314	(-1.44;0.46)
Vacuum (no)	27.25	5.20			14.17	1.68			8.43	3.15			4.65	2.04		
C/S (yes) <sup>g</sup>	24.1	7.84	0.084	(-6.35;0.40)	13.5	2.76	0.271	(-1.74;0.50)	5.8	3.61	0.013	(-4.57;-0.53)	4.8	2.04	0.769	(-1.10;1.49)
C/S (no)	27.08	5.22			14.12	1.71			8.35	3.17			4.61	2.04		
Episiotomy (yes)	25.98	5.64	0.060	(-2.78;0.06)	13.95	1.86	0.376	(-0.68;0.26)	7.36	3.46	0.005	(-2.06;-0.37)	4.66	1.83	0.812	(-0.48;0.61)
Episiotomy (no)	27.33	5.20			14.16	1.72			8.58	3.06			4.60	2.11		
Intact Perineum (yes)	29.31	3.77	0.008	(-4.60;-0.69)	14.41	1.34	0.297	(-0.99;0.30)	9.94	2.27	0.002	(-3.07;-0.73)	4.97	1.96	0.296	(-1.16;0.35)
Intact Perineum (no)	26.67	5.45			14.06	1.80			8.04	3.25			4.57	2.05		

Figura 7 - Le variabili *intrapartum* correlate alla soddisfazione materna. Focus sulla modalità del parto. (Fumagalli, *et al.*, 2021)

Similmente, gli autori Bossano, *et al.* nel 2017 hanno valutato la soddisfazione materna in relazione alla modalità del parto 10 anni dopo la nascita con il questionario Salomon 2. Il questionario è uno strumento validato composto da venti domande con le seguenti istruzioni: “Per ciascuna affermazione riportata di seguito, esprimi il valore da 1 a 5 che meglio descrive come ti sei sentita durante l'intero

processo del parto, comprese le prime ore dopo la nascita." Ognuna delle 20 affermazioni è valutata su una scala di Likert a 5 punti in cui:

- (1) corrisponde a “per niente d’accordo”;
- (2) corrisponde a “un po’ d’accordo”;
- (3) corrisponde a “moderatamente d’accordo”;
- (4) corrisponde a “parecchio d’accordo”;
- (5) corrisponde a “estremamente d’accordo”.

I punteggi venivano poi valutati in tre ambiti: soddisfazione, angoscia e difficoltà durante il parto. I risultati dello studio hanno descritto che le donne che hanno partorito per via vaginale hanno riportato un maggior livello di soddisfazione medio ( $P\text{-value} < 0,001$ ) e un minor disagio medio ( $P\text{-value} < 0,001$ ) rispetto a quelle che hanno partorito con taglio cesareo. Tra le donne che hanno partorito per via vaginale, il parto operativo vaginale è stato associato a un’esperienza di parto meno favorevole: minore soddisfazione, maggiore angoscia e maggiore difficoltà (45).

Inoltre, questo studio (Bossano, Townsend, Walton, Blomquist, & Handa, 2017), somministrando il questionario circa una decade dopo il parto, pone l’attenzione in come, anche dopo dieci anni, le donne che hanno partorito con parto cesareo hanno ricordato la loro esperienza di parto come meno appagante e più angosciante rispetto a quelle che hanno partorito con parto vaginale. Dunque, coerentemente con gli studi eseguiti nel periodo immediatamente successivo alla nascita, che hanno riportato esperienze di parto peggiori per le donne che partoriscono tramite taglio cesareo, i risultati suggeriscono che tali percezioni perdurano per almeno un decennio dopo il parto (45).

Tuttavia, è necessario sottolineare che, sebbene la modalità del parto abbia un ruolo importante nel determinare il livello di soddisfazione materna, le percezioni di supporto da parte del personale medico, di rispetto, di essere informate e di essere partecipanti attive rispetto al processo decisionale hanno un ruolo fondamentale nel costruire un'esperienza positiva nei confronti della nascita (46). Al contrario, come

Harris e Ayers hanno sottolineato (Harris & Ayers, 2012), le madri che si sentono trascurate, non supportate, sotto stress o prive di attenzioni rispetto alle loro esigenze daranno valutazioni negative alla loro esperienza (47).

Dunque, assunto che già la modalità del parto ha un effetto nel determinare una peggior esperienza nei casi di parto operativo vaginale e taglio cesareo, è importante che ogni professionista, qualunque sia la modalità del parto, si occupi di garantire alla madre supporto e rispetto, in un'ottica di *empowerment* materno che può aiutare ad ottenere una maggior soddisfazione per l'esperienza.

#### **1.2.4. La posizione al parto e la soddisfazione materna**

Le posizioni che una donna può assumere durante il parto sono molteplici e la libertà con cui assume la posizione migliore per sé deve essere rispettata, in quanto sono molteplici le implicazioni negative che si realizzano attraverso l'imposizione di una determinata posizione al parto (solitamente la posizione litotomica).

È opportuno ricordare che *“non esiste la posizione perfetta per partorire, perché ogni donna è diversa, così come sono diversi i parti. In una condizione di fisiologia e in assenza di fattori di rischio, la madre deve essere lasciata libera e messa nelle condizioni di poter scegliere le posizioni che rispondono ai suoi bisogni al meglio”* (6). Inoltre *“non è utile, ai fini del benessere materno, imporre delle posture alle donne se le condizioni cliniche non lo richiedono”* (6). L'ostetrica *“deve quindi saper accompagnare le donne nelle loro diversità”* in quanto il più delle volte la scelta delle donne di una determinata posizione è legata ad una riduzione della sensazione dolorifica, ad una sensazione di spinta più efficace o a questioni emotive, culturali o sociali. Tuttavia, non si spiega allora come *“da indagini effettuate dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2009, [...] l'85% delle donne partorisce ancora in posizione litotomica”* e come *“la coscienza del valore del movimento e della postura materna sia estremamente scarsa tra la maggior parte dei professionisti”* (6).

Già nel 1997, Shermer e Raines affermavano che la capacità di muoversi ha benefici sia fisiologici che psicologici e che quindi la libertà di scegliere e cambiare posizione dovrebbe essere considerata parte integrante delle strategie di gestione del dolore durante il travaglio (48).

Inoltre, il WHO, nel 2015, nelle linee guida *intrapartum* ha ribadito, essendo ancora oggi la posizione supina/litotomica la maggiormente utilizzata per l'assistenza nel parto fisiologico, che è raccomandato incoraggiare l'adozione di posizioni sulla base delle scelte materne, incluse le posizioni verticali, e che è importante non forzare la donna all'assunzione di una determinata posizione, ma anzi, che le donne devono essere sostenute ad adottare qualsiasi posizione che trovano confortevole (1).

Infatti, i benefici che le posizioni alternative hanno rispetto a quella supina o litotomica sono molteplici: il parto viene percepito come meno doloroso, la donna si sente più valorizzata nelle sue scelte, ottenendo un senso di controllo nel processo (*empowerment* materno), si riduce la durata del secondo stadio, si riduce il rischio di interventi ostetrici durante il parto e il livello di soddisfazione materna risulta aumentato (1, 49).

Anche la Coalizione per migliorare la qualità dei Servizi di Maternità (*Coalition for Improving Maternity Services*, CIMS, 1996) afferma che è necessario offrire alla partoriente la libertà di camminare, muoversi e assumere le posizioni di sua scelta durante il travaglio e il parto, a meno che la restrizione non sia specificamente necessaria per correggere una complicanza, ed è necessario scoraggiare l'uso della posizione litotomica (39). Quest'ultima, infatti, è largamente associata a danni perineali severi (*obstetric anal sphincter injury*, OASI) (1), ad una maggior compressione della vena cava con una conseguente ridotta ossigenazione fetale (la posizione litotomica riduce di oltre il 40% la pressione di perfusione placentare: da 85 a 45-50 mmHg) (50) e ad una ridotta mobilità del sacro, caratteristica

sfavorevole all'adattamento ottimale dei diametri del bacino materno al diametro della testa fetale.

Ancora, in uno studio trasversale sugli interventi durante il parto e la soddisfazione materna (Çalik, Karabulutlu, & Yavuz, 2018) è stato descritto come una mobilità limitata crei nelle donne una sensazione di disagio, di ansia e di maggior dolore che interrompe l'equilibrio ormonale della nascita, prolunga il processo del travaglio, impatta sull'aspetto psicologico materno, causa distress fetale, aumenta la probabilità di un parto operativo, trasforma il parto in un'esperienza dolorosa e riduce la soddisfazione materna.

All'interno dello stesso studio viene precisato che per le donne avere un senso di controllo sul processo di nascita e dunque anche sulla scelta della posizione al parto determina livelli di soddisfazione maggiori. Al contrario l'imposizione di una determinata posizione causa una perdita del senso di controllo sul processo con una conseguente insoddisfazione materna (51).

#### **1.2.5. Le lacerazioni perineali, l'episiotomia e la soddisfazione materna**

Le lacerazioni perineali sono eventi molto comuni nelle donne che partoriscono e, nonostante tutto, risultano un fenomeno non ancora sufficientemente considerato sia per le implicazioni sulla salute e sul benessere psicofisico della donna sia per l'interferenza che può creare nella prima relazione con il neonato (6).

Nella pratica comune siamo portati a definire "integro" il perineo che, dopo il parto, non presenta lacerazioni evidenti e non necessita di punti di sutura; tuttavia, il concetto di integrità risulta essere molto più complesso. *"È possibile che un perineo apparentemente integro, senza lacerazioni evidenti, in realtà non lo sia, presentando lesioni o scollamenti dei tessuti più profondi, non visibili; al contrario un perineo potrebbe apparentemente non presentarsi integro, con una piccola lacerazione cutanea, ma esserlo, in quanto integro nei suoi tessuti più profondi"* (6).

Le lacerazioni visibili nell'immediato dopo parto vengono attualmente classificate in quattro gruppi principali:

- Lacerazioni di primo grado (I) quando abbiamo una lesione della vagina o della cute perineale (la cute e il tessuto sottocutaneo del perineo anteriore o posteriore o la mucosa vaginale o una combinazione delle precedenti);
- Lacerazioni di secondo grado (II) quando abbiamo una lesione che coinvolge anche i muscoli perineali (non lo sfintere anale);
- Lacerazioni di terzo grado (III) quando vi è il coinvolgimento dello sfintere anale. Suddivise in tre ulteriori sottogruppi:
  - Lacerazioni di IIIA quando è coinvolto meno del 50% dello spessore dello sfintere anale esterno;
  - Lacerazioni di IIIB quando è coinvolto più del 50% dello spessore dello sfintere anale esterno;
  - Lacerazioni di IIIC quando è coinvolto anche lo sfintere anale interno;
- Lacerazioni di quarto grado (IV) quando, oltre al coinvolgimento dello sfintere anale, interviene una lesione anche della mucosa rettale (se fosse una lesione della sola mucosa rettale, non si tratterebbe di una lacerazione di IV, ma di una lacerazione "ad asola") (52).

Quando si parla invece di episiotomia si intende l'incisione chirurgica dell'orifizio vulvare, una lesione iatrogena paragonabile ad una lesione perineale di II grado (53).

Nel definire il legame che le lacerazioni perineali e l'episiotomia hanno con la soddisfazione materna delle cure è necessario mettere in evidenza che gli studi sono ancora limitati. Se la maggior parte degli autori mette in evidenza una correlazione tra la soddisfazione materna e gli esiti perineali, altri affermano che non vi sia alcuna prova di associazione tra i due aspetti (Opondo, Harrison, Sanders, Quigley, & Alderdice, 2023). Nello specifico, gli autori dello studio delle variabili *intrapartum* correlate alla soddisfazione materna (Fumagalli, *et al.*, 2021) hanno evidenziato sulla base dei dati raccolti una correlazione tra le donne con un perineo integro dopo il parto (inteso come integro il perineo senza lacerazioni visibili dopo il parto), un livello maggiore di soddisfazione materna (punteggio più elevato nel questionario totale con un p-value= 0,008) e un minor livello di stress durante l'esperienza (punteggio più elevato nella sottoscala stress experience, SE, con un p-value=0,002) (9). (Figura 8)

Variables	I-BSS-R (Total) <sup>a</sup>				QC Sub-Scale <sup>b</sup>				SE Sub-Scale <sup>c</sup>				WA Sub-Scale <sup>d</sup>			
	Mean	SD <sup>e</sup>	p-value	CI (95%) <sup>f</sup>	Mean	SD	p-value	CI (95%)	Mean	SD	p-value	CI (95%)	Mean	SD	p-value	CI (95%)
Nulliparous	26.28	5.78	0.020	(0.23;2.75)	14.08	1.86	0.834	(-0.37;0.46)	7.61	3.39	.000	(0.65;2.14)	4.59	2.04	0.839	(-0.43;0.53)
Multiparous	27.77	4.68			14.13	1.64			9.01	2.82			4.64	2.05		
Antenatal classes (yes)	26.32	5.59	0.038	(-2.58;-0.07)	14.13	1.79	0.751	(-0.35;0.48)	7.57	3.32	.000	(-2.15;-0.66)	4.62	1.98	0.960	(-0.47;0.50)
Antenatal classes (no)	27.65	5.00			14.07	1.72			8.98	2.94			4.61	2.11		
Spontaneous labour	27.26	5.13	0.113	(-0.28;2.63)	14.12	1.67	0.754	(-0.40;0.56)	8.48	3.17	0.043	(0.03;1.77)	4.66	2.09	0.482	(-0.36;0.76)
Induction of labour	26.09	5.90			14.04	2.01			7.58	3.27			4.46	1.88		
Epidural (yes)	24.7	5.95	.000	(-4.66;-2.07)	14.12	2.00	0.890	(-0.41;0.48)	6.4	3.39	.000	(-3.49;-2.01)	4.18	2.00	0.013	(-1.16;-0.14)
Epidural (no)	28.06	4.66			14.09	1.63			9.15	2.70			4.82	2.03		
Active Phase >12 h	23.31	5.99	.000	(-6.01;-2.63)	14.02	2.01	0.757	(-0.67;0.49)	5.76	3.90	.000	(-3.94;-1.94)	3.52	2.06	.000	(-1.94;-0.63)
Active Phase ≤12 h	27.63	4.95			14.11	1.71			8.70	2.86			4.81	1.98		
Oxytocin (yes)	24.20	6.04	.000	(-5.08;-2.29)	13.93	2.00	0.344	(-0.71;0.25)	6.07	3.45	.000	(-3.72;-2.10)	4.20	1.91	0.053	(-1.10;0.00)
Oxytocin (no)	27.89	4.76			14.16	1.67			8.98	2.78			4.75	2.07		
Vacuum (yes)	23.21	5.92	0.001	(-6.50;-1.58)	13.11	2.40	0.010	(-1.88;-0.26)	5.95	3.24	0.001	(-3.96;-1.00)	4.16	2.09	0.314	(-1.44;0.46)
Vacuum (no)	27.25	5.20			14.17	1.68			8.43	3.15			4.65	2.04		
C/S (yes) <sup>g</sup>	24.1	7.84	0.084	(-6.35;0.40)	13.5	2.76	0.271	(-1.74;0.50)	5.8	3.61	0.013	(-4.57;-0.53)	4.8	2.04	0.769	(-1.10;1.49)
C/S (no)	27.08	5.22			14.12	1.71			8.35	3.17			4.61	2.04		
Episiotomy (yes)	25.98	5.64	0.060	(-2.78;0.06)	13.95	1.86	0.376	(-0.68;0.26)	7.36	3.46	0.005	(-2.06;-0.37)	4.66	1.83	0.812	(-0.48;0.61)
Episiotomy (no)	27.33	5.20			14.16	1.72			8.58	3.06			4.60	2.11		
Intact Perineum (yes)	29.31	3.77	0.008	(-4.60;-0.69)	14.41	1.34	0.297	(-0.99;0.30)	9.94	2.27	0.002	(-3.07;-0.73)	4.97	1.96	0.296	(-1.16;0.35)
Intact Perineum (no)	26.67	5.45			14.06	1.80			8.04	3.25			4.57	2.05		

Figura 8 - Le variabili *intrapartum* correlate alla soddisfazione materna. Focus sul gruppo perineo integro sì VS perineo integro no. (Fumagalli, *et al.*, 2021)

Lo stesso articolo (Fumagalli, *et al.*, 2021) definisce però assente (dati non significativamente rilevanti) la correlazione tra l'episiotomia e il livello di soddisfazione provato dalle madri.

Differentemente, gli autori dello studio trasversale sulla relazione tra gli interventi e la soddisfazione materna (Çalik, Karabulutlu, & Yavuz, 2018) hanno evidenziato una correlazione tra l'episiotomia al parto e il livello di soddisfazione, raccolto tramite la scala per la misurazione della soddisfazione materna nel parto vaginale (SMMSVB) sviluppata da Güngör e Beji. (51) (Tabella II).

Tabella II – Riassunto dei risultati statistici ottenuti dallo studio (Çalik, Karabulutlu, & Yavuz, 2018) sull'impatto dell'episiotomia nel livello di soddisfazione materna.

Intervento durante il travaglio	Punteggi totali della scala di valutazione della soddisfazione materna		
	N (%)	Media (IQR)	P-value
Episiotomia si	242 (68,9%)	109 (99-145,2)	0,004
Episiotomia no	109 (31,1%)	136 (117-165)	

In merito a questa tematica, gli autori di uno studio sugli effetti che il trauma perineale ha sull'esperienza di nascita (Molyneux, Fowler, & Slade, 2022) realizzano un'analisi leggermente diversa. Nel loro articolo, infatti, gli autori affermano che le donne con danni perineali severi (OASI) o episiotomia hanno riportato un'esperienza di nascita più negativa e si sono percepite meno "capaci di partorire" rispetto a quelle con una lacerazione di I o II grado. Inoltre, le madri con un'episiotomia hanno anche riferito di essersi sentite meno coinvolte nei processi decisionali durante la loro nascita, rimarcando la necessità di un coinvolgimento e un controllo da parte della donna nelle decisioni durante il parto (54).



Al contrario, uno studio che analizza il rapporto tra i traumi perineali e i risultati psicologici post-partum (Opondo, Harrison, Sanders, Quigley, & Alderdice, 2023), sulla base dei dati raccolti afferma che non è presente nessuna evidenza di associazione tra traumi perineali e soddisfazione materna per le cure (55).

A causa delle differenze nelle modalità di approccio alla tematica e nei risultati ottenuti è importante sottolineare la necessità di ulteriori studi a riguardo per chiarire l'effettiva relazione tra i traumi perineali ostetrici legati al parto e la soddisfazione materna.

### **1.2.6. Le cure rispettose e la soddisfazione materna**

Il WHO nelle linee guida sulle cure *intrapartum* per un'esperienza positiva inserisce come prima raccomandazione la necessità di cure materne rispettose. Questa definizione si riferisce a cure organizzate e fornite a tutte le donne attraverso delle modalità che proteggano la loro dignità, *privacy* e riservatezza, assicurino la libertà da danni e maltrattamenti e consentano una scelta informata e un sostegno continuo durante il travaglio e il parto.

#### **1.2.6.1. Il ruolo dell'ambiente**

L'ambiente in cui la donna si trova durante il travaglio ha un ruolo importante nel determinare il livello di *privacy* e di riservatezza che quella donna sperimenta e in misura notevole anche il grado di soddisfazione.

L'ospedalizzazione dell'evento nascita, se da una parte interviene positivamente nel favorire il benessere materno contribuendo a trasmettere alla donna una sensazione di sicurezza per la sua salute e quella del suo bambino, sicuramente non favorisce l'instaurarsi del clima affettivo e intimo che l'evento nascita richiede. Infatti, gli arredi ospedalieri spesso non forniscono quel senso di appartenenza al luogo utile per evitare l'attivazione del sistema neuroendocrino della paura, governato dal cortisolo e dal sistema nervoso simpatico (6).

Dunque, per ridurre stress e tensioni derivanti dall'ambiente, per aumentare il senso di controllo sull'evento, per favorire l'intimità, per ridurre al minimo le interferenze, per garantire la *privacy* e per rispettare il senso del pudore è opportuno allestire lo spazio predisponendolo in modo da suggerire e promuovere nella donna una certa confidenzialità con l'ambiente (6).

In questo ambito gli autori di uno studio in merito ai fattori correlati alla soddisfazione del parto in due gruppi di donne (un gruppo assegnato a cure fisiologiche e un gruppo assegnato a cure di routine), hanno rilevato che l'ambiente creato nella stanza del travaglio e del parto avesse un ruolo importante nel determinare il livello di soddisfazione indipendentemente dalla modalità di assistenza (con un p-value in entrambi i gruppi  $< 0,05$ ). Viene sottolineato come, nel rapporto tra i due, un ambiente sicuro, tranquillo e pulito e il rispetto per la *privacy* possano essere efficaci nel determinare un livello di soddisfazione maggiore per l'evento nascita (56).

In aggiunta, nella stessa direzione, gli autori di un audit per implementare l'assistenza "*Mother-friendly*" nelle unità di maternità in Malawi hanno segnalato una certa insoddisfazione da parte delle donne in seguito alla mancanza di *privacy* nelle strutture sanitarie. Nel documento viene sottolineato come una donna che in travaglio non si sente sicura o protetta risenta fortemente dell'aumento dei livelli di catecolamine. Questi ultimi si manifestano solitamente attraverso un rallentamento del processo che porta alla nascita e proprio a causa di questo spesso le donne sono sottoposte a interventi medici (come *l'augmentation* con l'ossitocina), che riducono ulteriormente la soddisfazione (57).

Infine, garantire un ambiente intimo vuol dire assicurare un ambiente in cui la donna possa sentirsi protetta e al sicuro per dare alla luce il suo bambino. Differentemente, una configurazione spaziale in cui la donna si sente limitata, violata nella *privacy* e insicura espone la donna a molteplici ripercussioni negative: viene ridotta la

mobilità, ne condiziona la libertà di espressione, viene ridotta l'assistenza personalizzata e viene favorito l'uso di routine degli interventi ostetrici (6).

#### **1.2.6.2. Il movimento in travaglio**

Il movimento in travaglio rientra tra i fattori utili a garantire libertà e senso di controllo materno dell'esperienza. Si parla di movimento libero quando *“alla donna è lasciata la piena libertà di movimento. L'ostetrica non attua nessuna restrizione o imposizione sulle posizioni da assumere, [...] ma fa in modo di creare tutte le condizioni perché la donna sia libera di muoversi in base al suo sentire e ai suoi bisogni, in quanto facilita la progressione della fase attiva del travaglio”* (6).

Quando una donna può muoversi liberamente durante il travaglio si ottengono molteplici effetti positivi:

- Si favorisce il corretto posizionamento fetale;
- si rende più sostenibile il dolore;
- si facilita il riposo durante la pausa della contrazione;
- si favorisce l'evoluzione del travaglio;
- si favorisce il benessere fetale;
- si sostiene il coinvolgimento della persona di fiducia che accompagna la donna;
- si favorisce la creazione di una relazione empatica tra la donna e il professionista che si occupa di lei;
- si aumenta il grado di soddisfazione materna (6).

L'importanza che il movimento libero della donna ha durante il travaglio e il parto è riconosciuta a livello internazionale. La mobilità materna è infatti inserita tra le raccomandazioni del WHO per le linee guida sulle cure *intrapartum* per un'esperienza positiva (raccomandazione numero 25) (1) e tra i dieci passi della *Motherfriendly Childbirth Initiative* (39) (raccomandazione numero 4), elaborati dalla CIMS.

A questo proposito, gli autori Shilling, Romano e DiFranco, in una pubblicazione del 2007, affermano che la libertà di movimento è importante per facilitare la nascita del bambino, è il modo migliore per utilizzare la gravità per aiutare il feto a scendere e per aumentare le dimensioni del bacino, permette alle donne di rispondere al dolore in modo attivo e accelera il processo del travaglio. Affermano inoltre che il movimento in travaglio garantisce una maggiore libertà per la madre e livelli di soddisfazione maggiori. Differentemente, un limitato movimento non permette alla madre di assumere le posizioni migliori per la nascita, può aumentare il dolore e diminuire la soddisfazione delle donne per la loro esperienza (58).

Similmente, gli autori di uno studio sugli approcci non farmacologici per alleviare il dolore del travaglio (Simkin & Bolding, Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering, 2004) hanno descritto come le donne incoraggiate a muoversi liberamente riportino oltre ad una riduzione del dolore, anche un maggior livello di soddisfazione (59).

Infine, gli autori di uno studio sperimentale quantitativo per valutare l'effetto dei cambiamenti di posizione e del movimento sulla soddisfazione materna (Vaijayanthimala & Mohanraj, 2013) hanno dimostrato che era presente una differenza significativa tra il livello di soddisfazione del gruppo sperimentale, che aveva ottenuto un punteggio medio più elevato, e il punteggio di soddisfazione media nel gruppo di controllo con un  $p\text{-value} = 0,01$ . Lo studio è stato condotto su un campione di 211 madri in travaglio attivo con una gravidanza non complicata suddivise in due gruppi: il primo, il gruppo sperimentale (106 donne), aveva la possibilità di muoversi e cambiare posizione liberamente, invece il secondo, il gruppo di controllo (105 donne), non aveva la possibilità di muoversi (60).

Sulla base dei dati raccolti, lo studio ha esplicitato che l'adozione di movimenti e posizioni libere durante la prima fase del travaglio ha migliorato la soddisfazione materna per l'evento nascita. Dunque, considerando le prove disponibili e i risultati di questo studio, gli autori dimostrano che il movimento durante il travaglio è un

intervento efficace per aumentare i sentimenti positivi materni legati al parto e che può essere praticato in tutti i contesti (60).

### **1.2.6.3. Il supporto emotivo di una persona di fiducia**

Il WHO inserisce il supporto come aspetto fondamentale per delle cure rispettose e definisce che è raccomandata per tutte le donne la presenza di una persona di fiducia durante il travaglio e il parto (rispettivamente raccomandazione numero 1 e numero 3) (1). Similmente anche il CIMS all'interno dei dieci passi per l'assistenza al travaglio e al parto sostiene che è necessario garantire a tutte le madri che partoriscono accesso illimitato al/alla compagno/a di nascita scelto/a (39).

Una revisione Cochrane effettuata su 22 studi eseguiti in 16 diversi Paesi ha evidenziato che il supporto continuo è più efficace quando effettuato da una persona al di fuori dell'ambito professionale e risulta avere un impatto: nell'aumentare i parti vaginali spontanei, nel ridurre l'uso di analgesia farmacologica e la durata del travaglio (fattori associati ad un'esperienza maggiormente positiva del parto) e nell'aumentare la soddisfazione materna (61).

Gli autori Mosallam, *et al.*, nel 2002, in uno studio sulle percezioni materne in relazione al sostegno psicosociale durante il travaglio, hanno evidenziato che le donne che hanno partorito senza una persona di fiducia, hanno riportato tassi di soddisfazione significativamente più bassi per la loro esperienza di parto. In questo gruppo sono stati segnalati più spesso sentimenti di paura, preoccupazione, dolore, tristezza, ansia, stanchezza e delusione rispetto alle donne che invece avevano il supporto di una persona fidata (62). (Tabella III)

Tabella III – Sentimenti descritti dalle donne dopo il parto nei due gruppi presi in analisi sulla base dei dati dello studio (Mosallam, Rizk, Thomas, & Ezimokhai, 2004)

	Pazienti con una persona di fiducia al parto (%)	Pazienti senza una persona di fiducia al parto (%)	Differenza (p-value)
Paura	12,2%	30,6%	0,0004
Preoccupazione	10,1%	29,4%	< 0,0001
Dolore	11,8%	25,7%	0,004
Tristezza e rimpianto	6,8%	20,2%	0,0007
Ansia	5,4%	17,7%	0,0008
Stanchezza	4,6%	17,2%	0,0004
Delusione	2,5%	12,3%	0,0007

Analogamente, gli autori di una ricerca sugli effetti che il supporto fornito da una persona di fiducia ha nel progresso del travaglio e nella soddisfazione materna hanno confermato che le donne che avevano una persona di fiducia durante tutto il processo della nascita (gruppo d'intervento) hanno sperimentato livelli di soddisfazione significativamente maggiori rispetto alle donne che non hanno avuto questa possibilità (gruppo di controllo). I dati raccolti infatti descrivono che l'86,7% delle donne nel gruppo d'intervento risultavano soddisfatte della loro esperienza mentre solo il 20,0% delle donne nel gruppo di controllo era soddisfatto dell'esperienza (con un p-value < 0,001) (63). (Grafico 2)

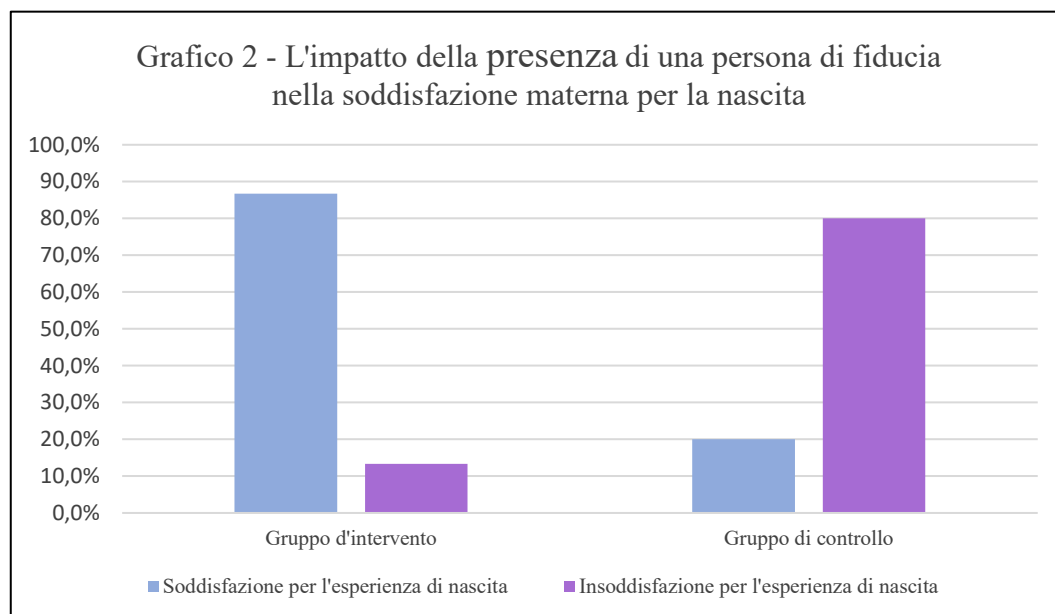


Grafico 2 – L'impatto della presenza di una persona di fiducia nella soddisfazione materna per la nascita sulla base dei dati dello studio (Eid, Salama, Heeba, & Younes Mohamad, 2020)

Infine, i ricercatori di uno studio randomizzato controllato sugli effetti positivi che il supporto alla donna da parte di un compagno di sua scelta ha durante il parto (Bruggemann, Parpinelli, Osis, Cecatti, & Neto, 2007), analizzando i dati raccolti hanno evidenziato che le donne del gruppo in cui il supporto era concesso (105 donne) erano più soddisfatte delle cure ricevute durante il travaglio e il parto rispetto al gruppo di donne a cui non era concessa la presenza di una figura di supporto (107 donne). Dunque, gli autori affermano anche in questo caso che una semplice procedura come l'inserimento di una persona di fiducia scelta della donna durante il processo ha un'influenza positiva sulla soddisfazione materna (64).

#### **1.2.6.4. Il contatto pelle a pelle**

Il contatto pelle a pelle nell'immediato post partum e per le prime due ore dopo il parto dovrebbe essere prioritario per il personale ostetrico. Infatti, la pratica rientra tra le raccomandazioni (precisamente la numero 48) del WHO (*World Health Organization*, 2018) per un'esperienza di parto positiva.

Esistono numerose evidenze che associano il contatto pelle a pelle ad una moltitudine di benefici per la diade. In particolare, nel neonato l'esecuzione del pelle a pelle:

- riduce il periodo di pianto;
- favorisce la stabilizzazione cardiorespiratoria e metabolica;
- facilita la termoregolazione;
- induce la colonizzazione batterica e l'immunomodulazione;
- interviene nell'organizzazione posturomotoria;
- agevola l'avvio precoce dell'allattamento al seno;
- aiuta i processi di attaccamento genitori-figlio (6).

Nella la madre invece, induce:

- maggiore soddisfazione e gradimento dell'esperienza;
- facilitazione del bonding;
- migliore prevenzione contro le emorragie post partum nei casi a basso rischio, per aumento della secrezione ossitocica;
- aumento dell'istinto materno a seguito dell'incremento di produzione endogena di ossitocina, 'l'ormone dell'amore';
- precoce stimolazione del seno ed eiezione del colostro;
- miglioramento della relazione e dell'attaccamento materna (6).

Riguardo all'aumento del gradimento materno per l'esperienza, attraverso uno studio condotto sulla soddisfazione materna in relazione al contatto pelle a pelle, gli autori Kahalon, Preis e Benyamini hanno osservato un'interazione ordinaria tra le variabili. L'analisi ha dimostrato che tra le donne che hanno partorito, indipendentemente dalla modalità del parto, quelle che hanno potuto effettuare il contatto pelle a pelle dopo il parto hanno riferito una soddisfazione significativamente maggiore ( $p\text{-value} < 0,001$ ); la relazione, ricavata dai dati dello studio, è visibile nel Grafico 3 (65).



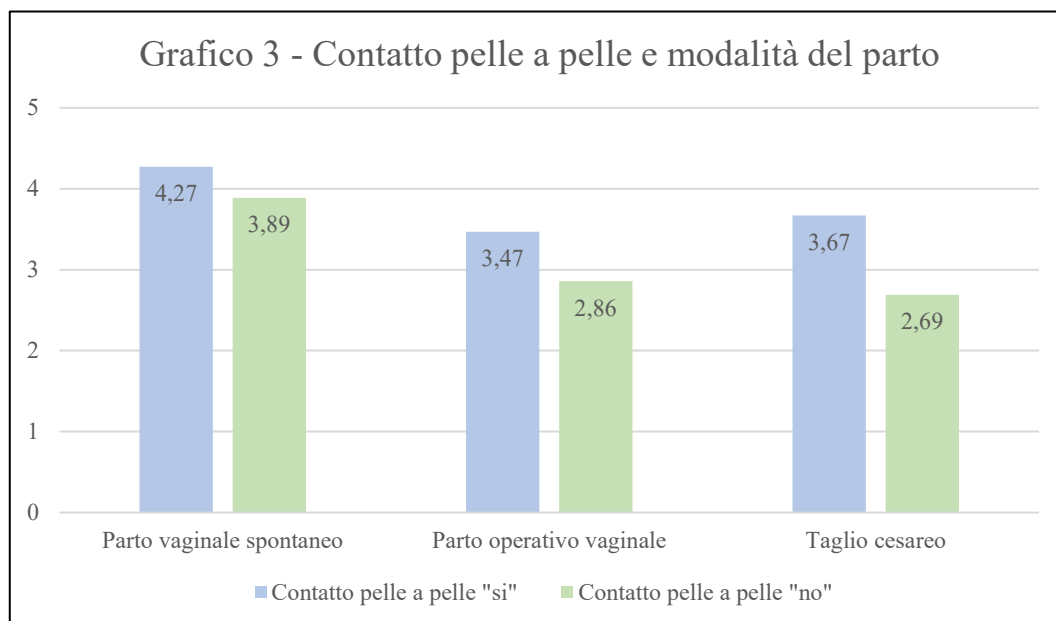


Grafico 3 – Il contatto pelle a pelle e la soddisfazione materna in relazione alla modalità del parto, sulla base dei dati dello studio (Kahalon, Preis, & Benyamini, 2021)

In aggiunta, l'associazione tra le due variabili si è dimostrata particolarmente forte nelle donne che hanno avuto parti operativi (specificatamente nei tagli cesarei in modo maggiore). Dunque, l'esecuzione del contatto pelle a pelle, soprattutto in questi casi, potrebbe avere un forte ruolo nel migliorare il ricordo che quella donna ha per l'esperienza di nascita e il suo livello di soddisfazione (65).

Per questo, nell'articolo, come nella maggior parte della letteratura disponibile (1), viene raccomandato che i professionisti sanitari e tutto il personale che si occupa di assistenza nella maternità facilitino il contatto pelle a pelle tra la donna e il neonato immediatamente, o il più presto possibile, dopo il parto, sia in nascite operative che non operative (65).

### 1.2.7. La figura ostetrica e la soddisfazione materna

La presenza della figura ostetrica in modo continuo durante il travaglio e il parto è a livello internazionale definito uno standard per delle cure materne di qualità. L'appropriatezza della figura ostetrica come guida e punto di riferimento dall'inizio

della gravidanza, passando per il travaglio e il parto, fino al post partum della donna con una gravidanza fisiologica è definita dal WHO nelle linee guida delle cure *intrapartum* per un'esperienza di nascita positiva (1), nelle raccomandazioni per cure assistenziali positive durante la gravidanza (13), ma anche a livello nazionale nelle linee guida italiane sulla gravidanza fisiologica (66).

La presenza della figura ostetrica al parto è recepita dalle donne come un aspetto importante nel determinare un maggior livello di soddisfazione. A tal proposito uno studio randomizzato controllato effettuato in Canada (Harvey, Rach, Stainton, Jarrell, & Brant, 2002) per la valutazione della soddisfazione materna in merito alle cure da parte delle ostetriche ha confrontato attraverso due metodi di valutazione della soddisfazione materna (l'indice di soddisfazione del travaglio e del parto, LADSI e il questionario "Attitudes about Labour and Delivery Experience", ADLE) due gruppi di donne con una gravidanza a basso rischio: il primo, assegnato alle cure delle ostetriche, il secondo, assegnato alle cure dei medici. I risultati ottenuti dal trial confermano un livello di soddisfazione significativamente maggiore delle donne assistite dalle ostetriche e migliori risultati clinici rispetto al gruppo di donne seguito dai medici (67). (Tabella IV)

Tabella IV – Confronto tra due gruppi rispetto al livello di intervento in travaglio sulla base dei dati raccolti dallo studio (Harvey, Rach, Stainton, Jarrell, & Brant, 2002).

Interventi	Gruppo affidato alle cure dalle ostetriche	Gruppo affidato alle cure dei medici
	(%)	(%)
Episiotomie	15,5	32,9
Taglio cesareo	4	15,1
Uso dell'epidurale in travaglio	12,9	23,7
Amniorexi	16,8	30,1

Sulla stessa linea, i redattori di altri due studi (Declercq, Belanoff, & Sakala, 2020, e Waldenstrom & Turnbull, 1998) confermano che l'assistenza da parte delle ostetriche è associata a un minor uso di interventi come induzione, *augmentation* con ossitocina, utilizzo di analgesia, parto vaginale operativo ed episiotomia, rispetto all'assistenza da parte del gruppo medico (68, 69), tutti interventi legati ad un livello di soddisfazione materna inferiore.

Dunque, appurato che l'ostetrica sia la figura professionale migliore per guidare la donna durante il percorso nascita, è importante comprendere come possa impattare sull'assistenza al parto per garantire una maggior soddisfazione materna.

*“Assistere e accompagnare una nascita implica il confronto con la vita e la morte, con il senso di potenza e di impotenza, con la sessualità e la generatività, tematiche chiamano in causa aspetti profondi che risuonano nella biografia di ogni essere umano. Il modo con cui ciascun professionista si è confrontato e si confronta con essa determina in modo profondo l'attitudine con cui si pone in relazione all'evento parto e la capacità di implicarsi come 'parte del processo'” (6).*

È opportuno comprendere che la modalità con cui un'ostetrica si pone nei confronti della donna determina in gran parte le variabili citate in precedenza che hanno un ruolo nel determinare un'esperienza di nascita positiva. Infatti, fino a prova contraria, la creazione di un ambiente adeguato, la possibilità per la donna di muoversi e assumere le posizioni che preferisce, il coinvolgimento della persona di supporto, l'ascolto e la realizzazione delle preferenze e delle necessità materne, la comprensione delle volontà della donna, l'instaurarsi di una relazione di fiducia basata sul rispetto delle credenze culturali, sociali e personali materne e il confronto costruttivo con la donna dipendono in larga misura dall'attitudine con cui si pone il professionista che accompagna la donna durante il parto.

Dunque, approcciarsi alla nascita con un comportamento assertivo basato sulla considerazione sia delle proprie opinioni che di quelle altrui in un clima di confronto e di condivisione, in cui i bisogni, le sensazioni e le richieste sono

ascoltate, garantisce una sensazione di sicurezza nella donna e permette il raggiungimento dei suoi obiettivi (6).

## CAPITOLO 2. SCOPO DELLO STUDIO

Storicamente, la definizione di cure di qualità era correlata in modo univoco alle dimensioni della mortalità e morbilità associate. Oggi risulta prioritario, quando ci si occupa di servizi sanitari, personalizzare le cure con un focus importante sulla soddisfazione dell'utenza rispetto ai servizi erogati.

*“L'assistenza sanitaria non può essere considerata di alta qualità se la persona non è soddisfatta delle cure che riceve” (Mahon, 1996).*

Attualmente la soddisfazione materna legata all'evento nascita è una tematica prioritaria per offrire alle donne cure di qualità (1).

L'attenzione alle cure *intrapartum* è stata spesso messa in relazione con i soli esiti fisici piuttosto che con la dimensione emotiva. Tuttavia, analizzando la letteratura, è semplice comprendere come l'esperienza del travaglio e del parto siano multidimensionali, soggettive e dunque impossibili da ridurre a soli *outcomes* fisici.

Inoltre, la letteratura ha dimostrato che il livello di soddisfazione materna ha degli effetti, a livello fisico ed emotivo, nel breve e nel lungo periodo nella salute della donna e del bambino.

Ma, pur essendoci prove internazionali sull'importanza della soddisfazione materna e sugli effetti negativi che un'esperienza di parto insoddisfacente ha nella diade, vi è una limitata ricerca in questo ambito. Infatti, non esiste ancora una conoscenza approfondita degli interventi *intrapartum* che possono contribuire alla soddisfazione delle donne.

Pertanto, lo scopo di questo studio è quello di valutare, presso l'Ospedale San Bortolo di Vicenza, la soddisfazione delle madri per la loro esperienza di parto in relazione alle variabili *intrapartum* prese in analisi. Lo studio eseguito è di tipo osservazionale trasversale e prevede la somministrazione alle puerpere di un questionario validato per la valutazione della soddisfazione dell'evento nascita e la raccolta dei dati relativi al parto.



## CAPITOLO 3. MATERIALI E METODI

### 3.1. Disegno dello studio

Lo studio, di tipo osservazionale trasversale, è stato condotto presso l'Unità Operativa Complessa (UOC) di Ostetricia e Ginecologia presso l'Ospedale San Bortolo di Vicenza nel periodo compreso tra il 9 marzo 2023 e il 18 agosto 2023.

Per lo studio i dati raccolti sono stati ricavati: dai questionari somministrati alle madri in forma digitale, tramite *QR-code* (Allegato 1) o in forma cartacea (Allegato 2 e allegato 3) tra le 24 e le 72 ore dopo il parto; dai dati ricavati dal file Excel "Dati Sala Parto" (o ove necessario, in quanto mancanti, dalle cartelle cliniche in Archivio Referti Clinici) per l'individuazione delle variabili prese in considerazione.

Sono stati somministrati i questionari quotidianamente durante le giornate di tirocinio nel periodo sopracitato con l'esito finale di 204 donne complessivamente reclutate di cui 197 aderenti ai criteri di inclusione imposti nello studio.

Tutte le donne reclutate sono state messe a conoscenza del progetto di tesi.

È stata eseguita poi, sulla base dei dati raccolti, un'analisi statistica per correlare le variabili *intrapartum* con il livello di soddisfazione materna valutato attraverso il questionario.

Le variabili *intrapartum* prese in considerazione sono:

- la modalità del travaglio (spontaneo, pilotato con ossitocina o indotto);
- la modalità di induzione (all'interno del gruppo "travaglio indotto" si è confrontato il gruppo che è stato indotto tramite prostaglandine, PGE, con il gruppo che è stato indotto tramite metodo meccanico, CRB);
- la modalità del parto (spontaneo vaginale, operativo vaginale, taglio cesareo urgente);
- la posizione al parto nelle donne che hanno partorito per via vaginale;
- l'utilizzo o meno delle "cure amiche della diade" in travaglio;

- l'utilizzo o meno dell'analgesia farmacologica in travaglio;
- gli esiti perineali nelle donne che hanno partorito per via vaginale;
- la possibilità o meno di effettuare il contatto pelle a pelle dopo il parto;
- l'impatto dell'eventuale ricovero del neonato nell'Unità Operativa della Terapia Intensiva neonatale.

### 3.2. Criteri di inclusione

Le donne reclutate per lo studio dovevano rispondere alle seguenti caratteristiche:

- aver affrontato un travaglio presso l'Ospedale San Bortolo di Vicenza, indipendentemente dalla modalità con cui si è concluso il parto;
- aver accettato il trattamento dei dati personali, nei limiti necessari ai fini dello studio;
- aver una buona conoscenza della lingua italiana o della lingua inglese, indipendentemente dalla nazionalità materna;
- aver compilato in tutte le parti il questionario somministrato tra le 24 e le 72 ore dopo il parto, compreso di numero di braccialetto identificativo (per permettere poi la raccolta dei dati relativi alle variabili *intrapartum* analizzate).

Il questionario è stato somministrato attenzionando questi aspetti, tuttavia, dal campione di 204 donne che hanno compilato il questionario dopo il parto, sono state escluse 7 donne (Grafico 4):

- 1 è stata esclusa dallo studio in quanto ha partorito in casa;
- 6 sono state escluse in quanto tagli cesarei urgenti in assenza di travaglio.

Nello specifico:

- 1 è stata esclusa dallo studio in quanto sebbene il travaglio fosse iniziato spontaneamente all'ingresso in Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico presso l'Ospedale San Bortolo di Vicenza la presentazione fetale era podalica;



- 1 è stata esclusa dallo studio in quanto ha avuto un taglio cesareo programmato;
- 4 sono state escluse dallo studio in quanto hanno avuto un taglio cesareo urgente ma in assenza di travaglio (eseguito in urgenza per inizio spontaneo del travaglio ma con un taglio cesareo programmato solitamente nella settimana successiva).

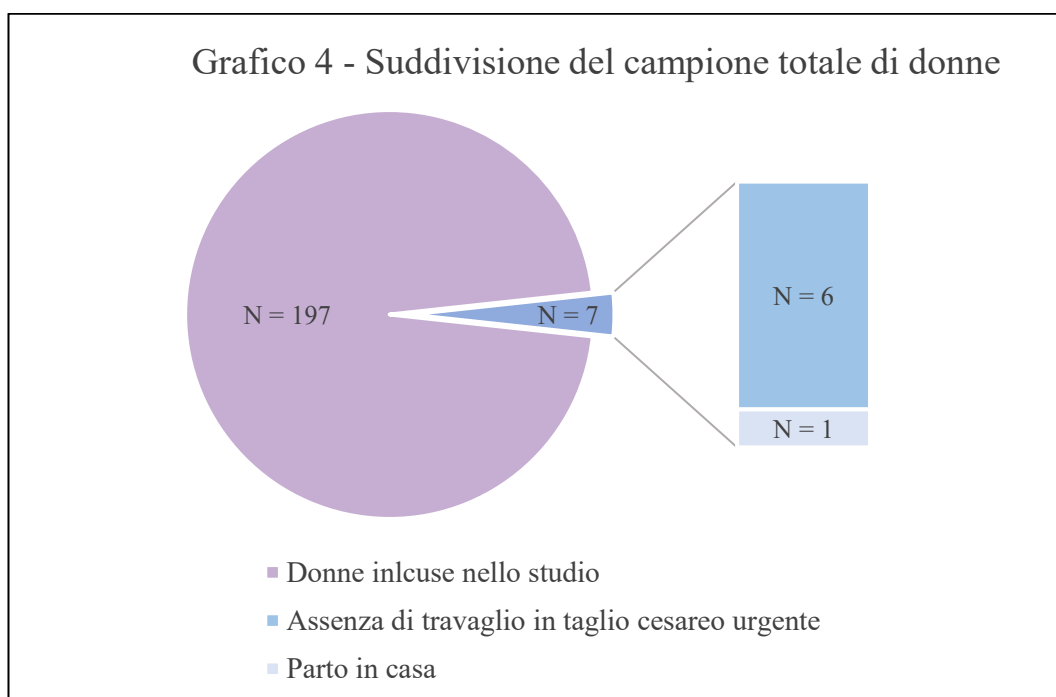


Grafico 4 – Suddivisione del campione totale di donne. Donne incluse ed escluse dallo studio sulla base dei criteri di inclusione.

### 3.3. Descrizione del campione

Il campione preso in analisi per lo studio, dopo la rimozione dei dati delle pazienti che non rientravano nei criteri di inclusione, è composto da 197 donne.

All'interno del campione preso in analisi abbiamo individuato 108 donne primipare e 89 donne multipare (71 al secondo parto, 15 al terzo parto, 2 al quarto parto e 1 al sesto parto); inoltre 196 erano gravidanze singole e 1 era una gravidanza gemellare.

La quasi totalità del campione (N=175) ha ricevuto in travaglio almeno una delle “cure amiche della diade” (movimento libero in travaglio, ambiente intimo, massaggio e utilizzo dell’acqua), le restanti 22 pazienti non hanno avuto questa opportunità.

Della coorte totale di donne il 53,81% (N=106) ha avuto un travaglio spontaneo; il 15,74% (N=31) un travaglio pilotato; il 30,45% (N=60) un travaglio indotto di cui il 14,21% (N=28) con prostaglandine, PGE, e il 16,24% (N=32) con un metodo meccanico di induzione, CRB. (Grafico 5)

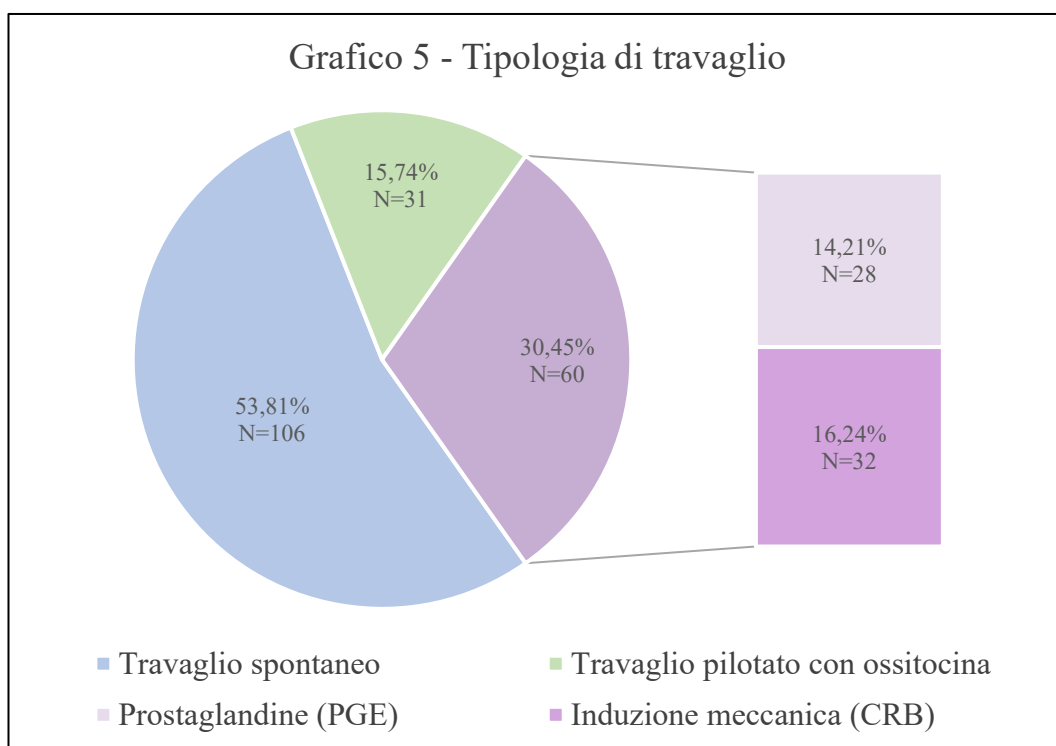


Grafico 5 – Suddivisione del campione in base alla tipologia di travaglio.

Del campione totale l’80,71% (N=159) ha avuto un parto vaginale spontaneo (PS); l’11,68% (N=23) un parto operativo vaginale (PO) e il 7,61% (N=15) un taglio cesareo urgente in travaglio (TC). (Grafico 6)

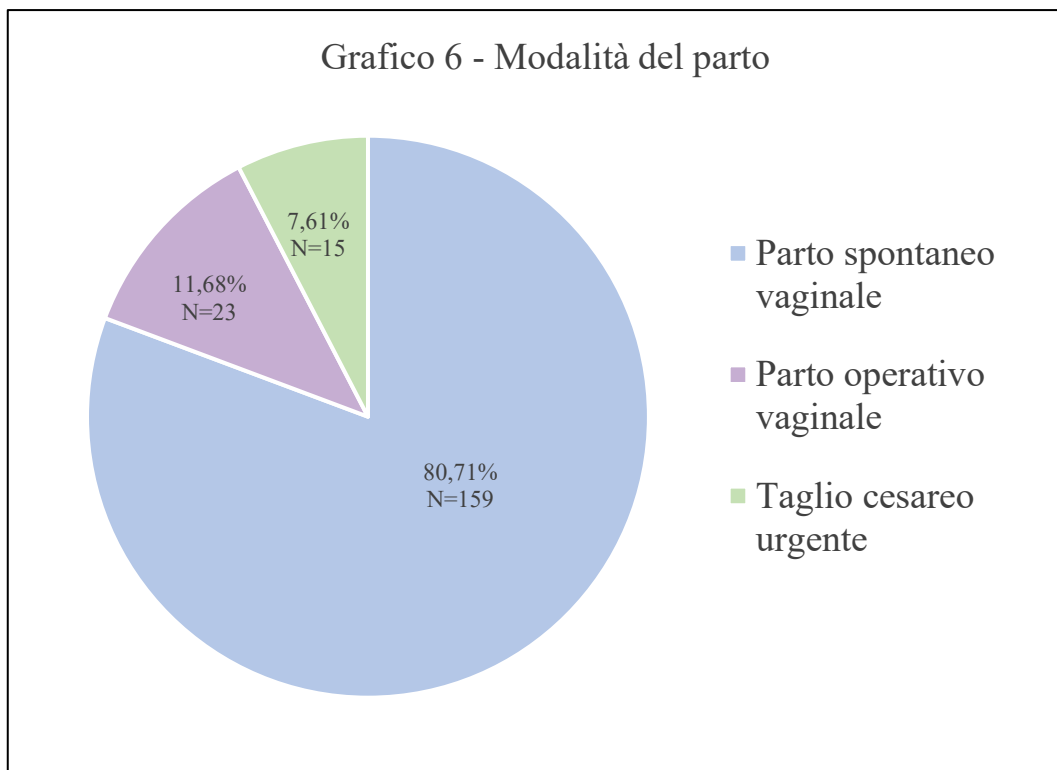


Grafico 6 – Suddivisione del campione in base alla modalità del parto.

All'interno del gruppo analizzato il 42,64% (N=84) donne non ha fatto uso di metodi farmacologici di contenimento del dolore in travaglio (all'interno del gruppo "No analgesia", il 96,42% (N=81) ha avuto un parto vaginale spontaneo, l'1,19% (N=1) ha avuto un parto operativo vaginale e il 2,38 (N=2) ha avuto un taglio cesareo urgente, tuttavia, rientrano in questo gruppo in quanto ha eseguito l'analgesia in urgenza ma in travaglio non ha usato metodi farmacologici di contenimento del dolore); il 57,63% (N=113) ha fatto uso di analgesia in travaglio (all'interno del gruppo "si analgesia" il 69,03% (N=78) ha avuto un parto vaginale spontaneo, il 19,47% (N=22) ha avuto un parto operativo vaginale, l'11,50% (N=13) han avuto un taglio cesareo urgente). (Grafico 7)

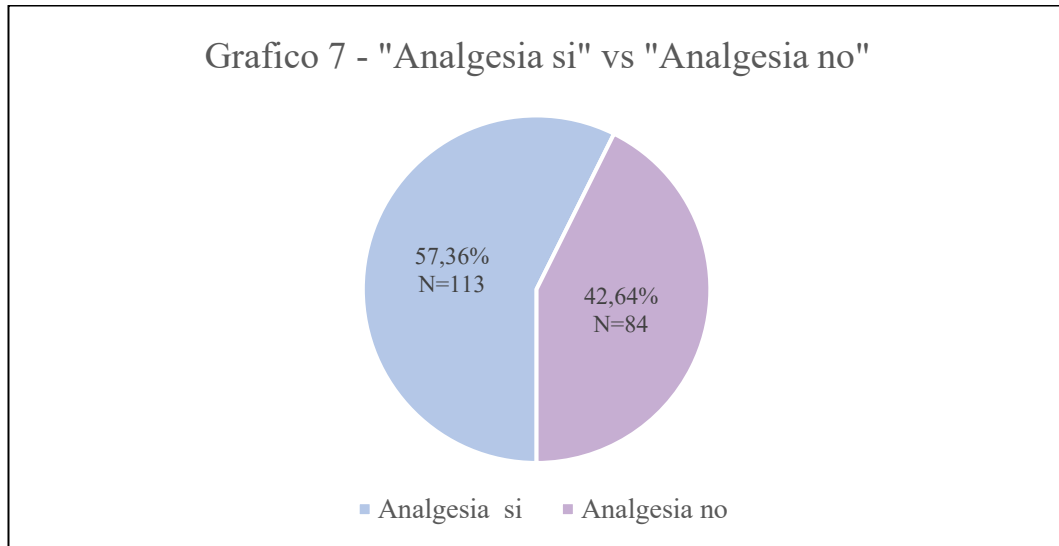


Grafico 7 – Suddivisione del campione in base all'utilizzo o meno di analgesia.

Delle donne che hanno avuto un parto vaginale (N=182): 66 hanno partorito in posizione litotomica (43 parti vaginali spontanei e 23 parti operativi vaginali) e 116 in posizione libera, tutti parti vaginali spontanei. Escluse dal conteggio ci sono 15 donne che hanno avuto un parto operativo addominale (15 tagli cesarei urgenti). (Grafico 8)

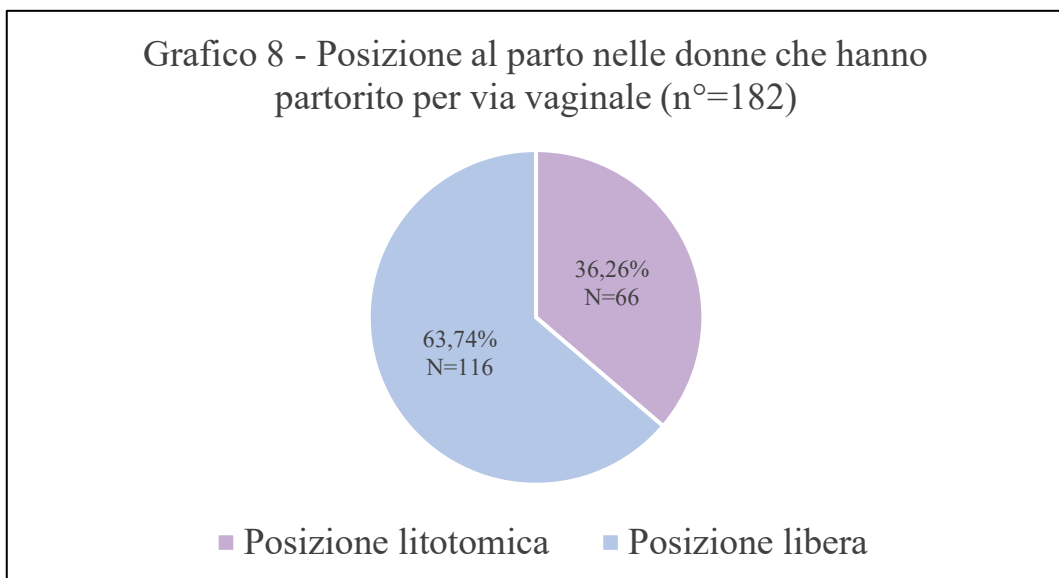


Grafico 8 – Posizione al parto nelle donne che hanno partorito per via vaginale.

Gli esiti perineali registrati nelle donne che hanno partorito per via vaginale (N=182) sono stati nel 20,32% (N=37) perinei integri, tutti parti vaginali spontanei; nel 37,36% (N=68) lacerazioni di primo grado (di cui 66 parti vaginali spontanei e 2 parti operativi vaginali); nel 34,63% (N=63) lacerazioni di secondo grado (di cui 55 parti vaginali spontanei e 8 parti operativi vaginali); nell'1,10% (N=2) lacerazioni di terzo grado (di cui 1 parto vaginale spontaneo e 1 parto operativo vaginale) e nel 6,59% dei casi (N=12) episiotomie, eseguite tutte in parti operativi vaginali. Escluse dal conteggio ci sono 15 donne che hanno avuto un parto operativo addominale (15 tagli cesarei urgenti). (Grafico 9)

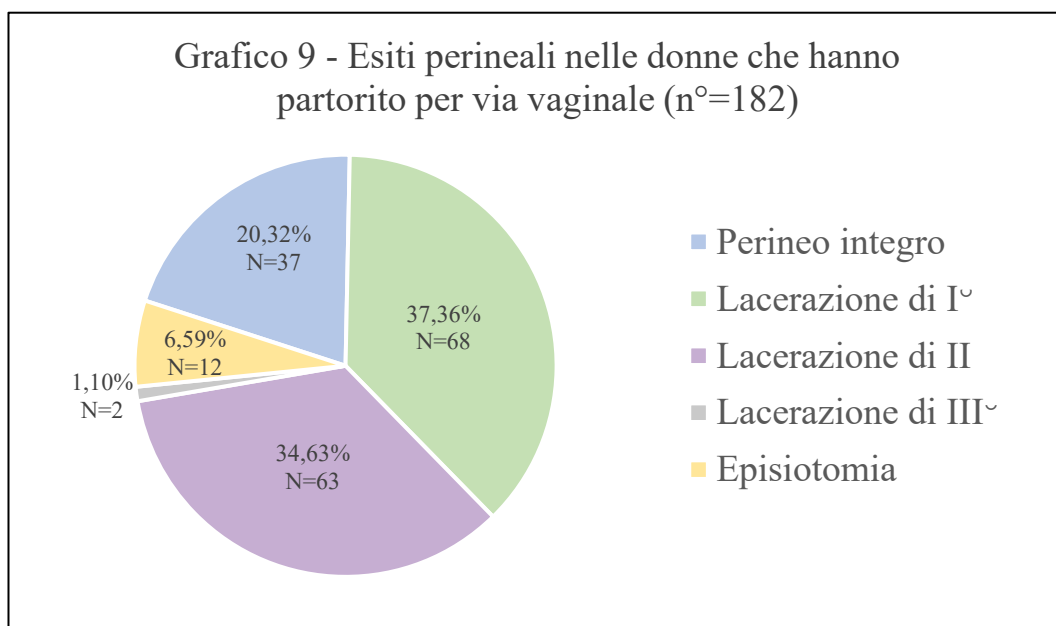


Grafico 9 – Esiti perineali nelle donne che hanno partorito per via vaginale.

Del gruppo preso in analisi l'11,68% (N=23) non ha potuto fare il contatto pelle a pelle dopo il parto (10 parti vaginali spontanei, 7 parti operativi vaginali e 6 tagli cesarei urgenti), mentre il restante 88,32% (N=174) ha eseguito il contatto pelle a pelle. (Grafico 10)

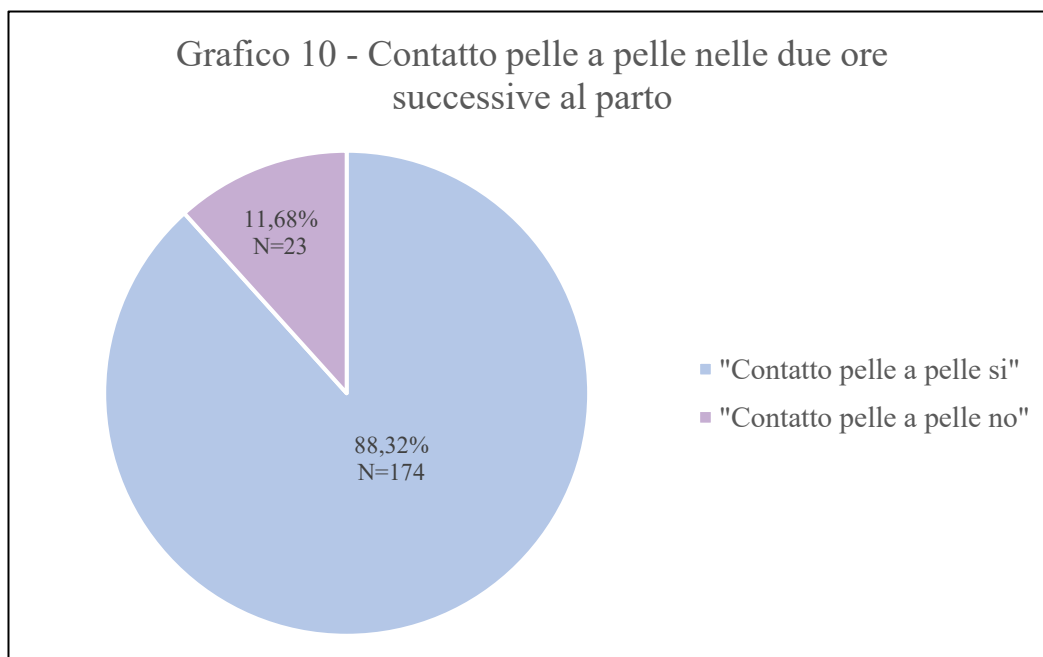


Grafico 10 – Contatto pelle a pelle nelle due ore successive al parto.

Infine, 3 donne hanno avuto il neonato ricoverato in Terapia Intensiva Neonatale (TIN) dopo il parto (di cui 2 dopo parto vaginale spontaneo e 1 dopo parto operativo vaginale); le restanti 194 hanno avuto il neonato in stanza dopo il parto.

### 3.4. Strumenti utilizzati

#### 3.4.1. Birth Satisfaction Scale

Per i fini dello studio, analizzare le variabili intrapartali correlate alla soddisfazione materna, è stato necessario individuare uno strumento che risultasse efficace per la valutazione della soddisfazione materna.

Sulla base di uno studio simile (Fumagalli, *et al.*, 2021), eseguito a Monza, si è deciso di utilizzare nel presente studio il questionario inglese validato Birth Satisfaction Scale (BSS) (71). Il questionario è stato ideato da Caroline Hollins Martin e Valerie Fleming ed è stato sviluppato concentrandosi sul significato per le donne della soddisfazione per la nascita. Un concetto complesso e che comprende un insieme di fattori diversi. Gli autori nello sviluppare il questionario hanno

lavorato selezionando in prima istanza i concetti chiave che hanno un ruolo nella soddisfazione e in seconda battuta selezionando le sottocategorie migliori per svilupparli sulla base delle evidenze scientifiche.

Il questionario è suddiviso in tre categorie principali:

- la qualità delle cure (Quality of care provision, QA);
- le risorse materne (Women's personal attributes, WA);
- lo stress sperimentato durante l'esperienza (Stress experienced during labour, SE).

Rispettivamente, la categoria relativa alla qualità delle cure è stata sviluppata con quattro sottocategorie: la prima, sul rispetto delle aspettative materne (*home assessment*), domande 12 e 26.

- (12) La mia esperienza di parto è stata molto diversa da ciò che mi aspettavo.  
*(12) My birth experience was considerably different to what I intended (71).*
- (26) Il mio parto è progredito come avevo programmato.  
*(26) My birth proceeded as I planned it (71).*

La seconda relativa all'ambiente del parto (*birth environment*), domande 14 e 28.

- (14) Ho percepito la sala parto come confortevole e sicura.  
*(14) I felt that the delivery room was unthreatening and comfortable (71).*
- (28) La sala parto era pulita e igienizzata (72).  
*(28) The delivery room was clean and hygienic (71).*

La terza sul supporto sufficiente da parte del partner e dei professionisti che si sono presi cura della madre (*sufficient support*), domande 10 e 24.

- (10) Mi sono sentita ben supportata dal mio partner durante il travaglio e il parto.  
*(10) I felt well supported by my partner during labour and birth (71).*
- (24) Mi sono sentita ben supportata dallo staff durante il travaglio e il parto (72).

*(24) I felt well supported by staff during my labour and birth (71).*

La quarta sulla relazione con i professionisti sanitari che si sono presi cura della donna (*relationships with health care professionals*), domande 13 e 27.

- (13) Ho avuto la stessa ostetrica durante il travaglio e il parto.  
*(13) I had the same midwife throughout the entire process of labour and delivery (71).*
- (27) Lo staff ha comunicato con me in modo appropriato durante il travaglio (72).  
*(27) The staff communicated well with me during labour (71).*

Successivamente, la sezione relativa alle risorse materne è suddivisa in quattro categorie: la prima sull'abilità di coping della donna durante travaglio (*ability to cope during labour*) domande 1 e 15.

- (1) Ho affrontato positivamente il mio parto.  
*(1) I coped well during my birth (71).*
- (15) Mi sono sentita molto preoccupata durante il travaglio e il parto (72).  
*(15) I felt very anxious during my labour and birth (71).*

La seconda sulla sensazione di controllo (*feeling in control*), domande 2 e 16.

- (2) Lo staff della sala parto mi ha incoraggiata a prendere decisioni riguardo a come io volessi che il travaglio progredisse (72).  
*(2) The delivery room staff encouraged me to make decisions about how I wanted my birth to progress (72).*
- (16) Mi sono sentita di aver perso il controllo durante la mia esperienza di parto (72).  
*(16) I felt out of control during my birth experience (71).*

La terza sulla preparazione per il parto (*preparation for childbirth*), domande 3 e 17.



- (3) Ero ben preparata per il mio travaglio (mi sono informata e/o ho frequentato un corso di accompagnamento alla nascita).  
*(3) I was well prepared for my labour; i.e. read much literature and/or attended parenthood education classes (71).*
- (17) Ho preferito non conoscere in anticipo le fasi del parto.  
*(17) I felt it was better not to know in advance about the processes of giving birth (71).*

L'ultima sulla relazione con il bambino (*relationship with baby*), domande 11 e 25.

- (11) Sono stata incoraggiata a tenere in braccio il mio bambino per un considerevole periodo di tempo dopo il parto.  
*(11) I was encouraged to hold my baby for a substantial amount of time after birth (71).*
- (25) Sono stata separata dal mio bambino per un considerevole periodo di tempo dopo il parto.  
*(25) I was separated from my baby for a considerable period of time after my birth (71).*

Infine, l'ultima sezione relativa allo stress sperimentato durante l'esperienza è composta da sette sottocategorie così definite.

La prima sul distress sperimentato durante il parto (*distress experienced during labour*), domande 4 e 18.

- (4) Penso che il parto sia stata un'esperienza stressante (72).  
*(4) I found giving birth a distressing experience (71).*
- (18) Non ero per niente in difficoltà durante il travaglio (72).  
*(18) I was not distressed at all during labour (71).*

La seconda sulle lesioni ostetriche (*obstetrics injuries*), domande 5 e 19.

- (5) Ho superato il parto senza conseguenze fisiche e/o psichiche (72).  
*(5) I came through childbirth virtually unscathed (71).*

- (19) Mi sono sentita ferita dalla mia esperienza di parto.

*(19) I felt mutilated by my birth experience (71).*

La terza sulla percezione di aver ricevuto sufficienti cure mediche (*perception of having received sufficient medical care*), domande 7 e 21.

- (7) Durante il travaglio ho ricevuto un'assistenza eccellente.

*(7) During labour I received outstanding medical care (71).*

- (21) Lo staff mi ha fornito insufficiente assistenza durante il mio parto.

*(21) The staff provided me with insufficient medical care during my birth (71).*

La quarta sulla ricezione di interventi ostetrici (*receipt of an obstetric intervention*), domande 8 e 22.

- (8) Sono stata sottoposta a molti interventi medici (induzione, ventosa, taglio cesareo, ...).

*(8) I received much medical intervention, i.e. induction, forceps, section etc (71).*

- (22) Ho avuto un travaglio naturale, con minimi interventi medici.

*(22) I had a natural labour, i.e. minimal medical intervention (71).*

La quinta sul dolore sperimentato dalla donna (*pain experienced*), domande 29 e 30.

- (29) Il parto è stato estremamente doloroso.

*(29) Giving birth was incredibly painful (71).*

- (30) Il travaglio non è stato così doloroso come immaginavo.

*(30) Labour was not as painful as I imagined (71).*

La sesta sulla durata del travaglio (*long labour*), domande 9 e 23.

- (9) Ho avuto un travaglio rapido e veloce.

*(9) I had a swift and speedy labour (71).*

- (23) Ho pensato che il mio travaglio fosse eccessivamente lungo (72).

*(23) I thought my labour was excessively long (71).*

E l'ultima sulla salute del bambino (*health baby*), domande 6 e 20.

- (6) Ho partorito un bambino in buone condizioni di salute  
*(6) I gave birth to a healthy normal baby (71).*
- (20) Il mio bambino ha subito delle complicanze evitabili durante il parto.  
*(20) My baby was avoidably hurt during birth (71).*

(Figura 9).

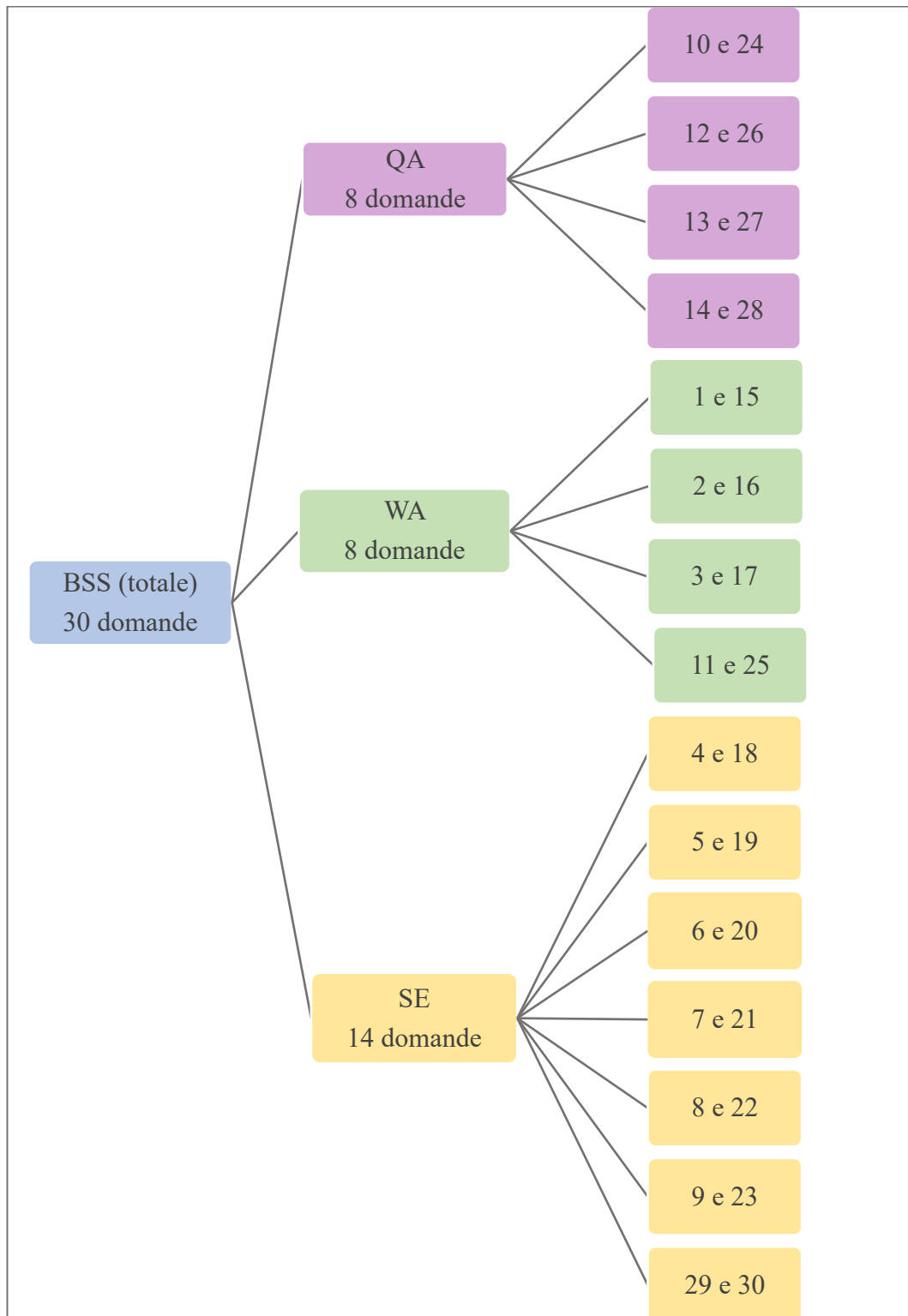


Figura 9 – Suddivisione originale del questionario Birth Satisfaction Scale.

Per ogni domanda è prevista una risposta attraverso una scala di Likert a cinque gradi: corrispondenti a “completamente in disaccordo”, “in disaccordo”, “né d’accordo né in disaccordo”, “d’accordo” e “completamente d’accordo”. La maggior parte delle domande (domande numero 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 18, 22, 24, 26, 27, 28, 30) è valutata seguendo il *grading* della scala: in cui alla risposta “completamente d’accordo” corrisponde il punteggio maggiore.

Per le altre 12 domande (domande numero 4, 8, 12, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 25, 29) la valutazione è inversa: il punteggio maggiore corrisponde alla risposta “completamente in disaccordo”.

Il BSS può essere utilizzato da tutti gli operatori sanitari per valutare la soddisfazione e l'insoddisfazione delle donne rispetto all'esperienza di nascita (71).

Il questionario è inoltre uno strumento con molteplici applicazioni. Può essere utilizzato per: identificare gli aspetti di insoddisfazione della nascita, stabilire correlazioni con altre misure psicometriche, per valutare modelli/sistemi di cura come strumento autonomo o come test di screening prima di un lavoro qualitativo dettagliato (71).

In tutti i casi, risulta efficace per scoprire le motivazioni di una soddisfazione o insoddisfazione per la nascita, può essere uno strumento utile per i professionisti della maternità per migliorare gli standard di assistenza *intrapartum* e allocare le risorse in modo efficace (71).

#### **3.4.1.1. Modifiche effettuate al questionario**

Il questionario scelto per lo studio è un questionario validato e largamente utilizzato in vari studi clinici. Ai fini dello studio, data la necessità di somministrarlo in una struttura sanitaria italiana ad una coorte di donne che conoscevano la lingua italiana, meglio di quella inglese (nella maggioranza dei casi), si è reso necessario un processo di traduzione.

Durante il processo di traduzione sono state nella maggior parte utilizzate traduzioni letterali per aderire il più possibile alle domande originali inglesi, tuttavia, in quota

parte, alcune parole sono state modificate nel tentativo di trovare la terminologia più adeguata che esprimesse lo stesso significato (anche in termini di impatto) nelle due lingue. La parola inglese “*mutilated*” nella domanda 19, di cui la traduzione letterale sarebbe “mutilata” è stata modificata in “ferita”; gli aggettivi “*healthy normal*” riferiti al bambino nella domanda 6, letteralmente “sano e normale”, sono stati parafrasati in “...bambino in buone condizioni di salute”. Per dieci delle trenta domande sviluppate (le domande numero 2, 4, 5, 15, 16, 18, 23, 24, 27, 28) è stata utilizzata la traduzione in lingua italiana validata (72), eseguita per la realizzazione dello studio effettuato Monza (Fumagalli, *et al.*, 2021) (9).

Inoltre, ai fini dello studio, sebbene sia stata mantenuta la suddivisione del questionario nelle tre sezioni principali (QA, WA, SE), sono state effettuate delle modifiche rispetto alla suddivisione delle domande nelle tre sezioni. Tuttavia, sono state mantenute sempre inalterate le coppie individuate dagli autori che hanno elaborato il questionario. (es. 1 e 15 all’interno della stessa sezione perché riguardanti entrambe l’abilità di coping della donna, allo stesso modo tutte le altre: 2 e 16, 3 e 17, ...). La nuova suddivisione delle domande ha prodotto lo schema visibile in Figura 10.

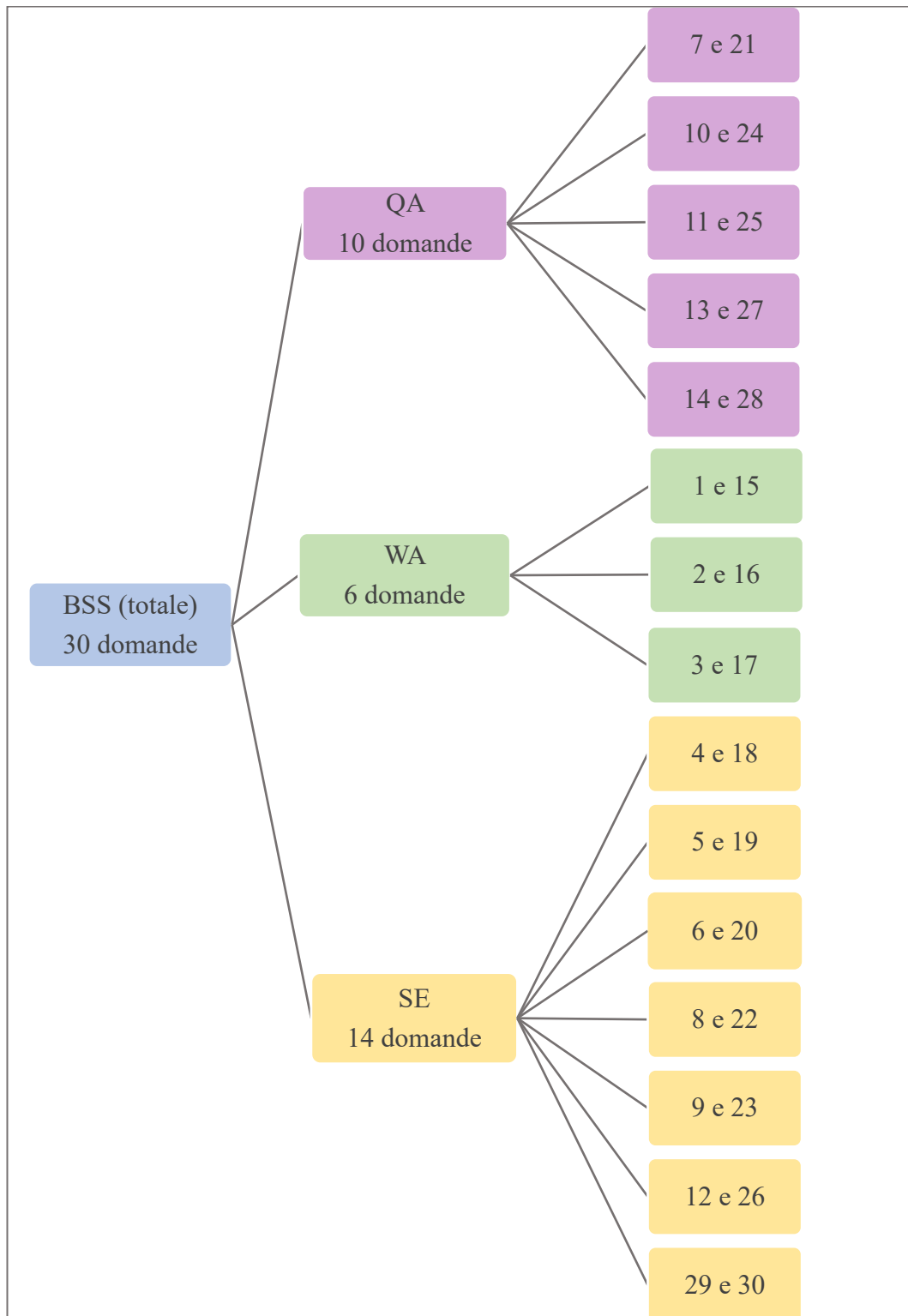


Figura 10 – Suddivisione adattata del questionario Birth Satisfaction Scale.

Il questionario è stato poi personalizzato con l’inserimento aggiuntivo di tre domande (due all’inizio e una al termine del questionario), le quali non sono state però utilizzate nel conseguimento del punteggio totale ma per scopi differenti.

La prima domanda aggiunta è relativa al numero di bracciale della donna, condizione indi per cui il questionario poteva essere poi collegato ai dati del parto (criterio di inclusione allo studio).

La seconda, relativa all’utilizzo o meno delle “cure amiche della diade” durante il travaglio (Figura 11), informazione non ricavabile in altro modo, utilizzata per comprendere se l’utilizzo di questo tipo di cure avesse un impatto nell’aumentare la soddisfazione materna.

<p><b>Durante il travaglio quali di questi metodi non farmacologici per la gestione del dolore ha utilizzato? *</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nessuno</p> <p><input type="checkbox"/> Massaggio</p> <p><input type="checkbox"/> Utilizzo dell'acqua (borsa dell'acqua calda e/o doccia)</p> <p><input type="checkbox"/> Ambiente intimo (luci soffuse e/o musicoterapia e/o aromaterapia)</p> <p><input type="checkbox"/> Posizioni libere (le è stata data la possibilità di assumere la posizione che preferiva e/o le è stato proposto di cambiare posizione)</p>
<p><b>During labor which of these non-pharmacological pain management methods did you use? *</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nothing</p> <p><input type="checkbox"/> Massage</p> <p><input type="checkbox"/> Use of water (Hot bottle and/or shower)</p> <p><input type="checkbox"/> Intimate setting (soft lights and/or aromatherapy and/or music therapy)</p> <p><input type="checkbox"/> Free positions (you had the opportunity to take your preferred position and/or the staff suggested to change the position)</p>

Figura 11 – Domanda 2 del questionario somministrato alle donne. (versione italiana e versione inglese)



Infine, la terza è una domanda con risposta aperta; inserita per lasciare uno spazio alle donne in cui si sentissero libere di esprimere in anonimato un commento in relazione al loro vissuto. (Figura 12)

<p><b>Ringraziandola per essere arrivata a questo punto, le lascio questo spazio a sua disposizione per lasciare, se lo desidera, un commento sulla sua esperienza di travaglio e parto.</b></p>
<p><b>Thank you for coming to this point, I leave this space at your disposal if you would like to leave a comment of your experience of labor and birth.</b></p>
<p>Figura 12 – Ultima domanda del questionario somministrato alle donne. (versione italiana e versione inglese)</p>

#### **3.4.1.2. Modalità di somministrazione del questionario e raccolta dati.**

Il questionario è stato somministrato, alle donne che hanno affrontato un travaglio di parto presso l'ospedale San Bortolo di Vicenza nel periodo tra il 9 marzo 2023 e il 18 agosto 2023, in lingua originale (inglese) alle donne madrelingua inglesi o alle donne che avevano una conoscenza della lingua inglese più approfondita rispetto a quella della lingua italiana; mentre in lingua italiana alle donne madrelingua italiana o che avessero una conoscenza della lingua italiana più approfondita rispetto a quella della lingua inglese.

Sono state utilizzate due modalità di somministrazione in base alle preferenze materne: la modalità digitale, tramite *QR-code*, e la modalità cartacea.

Nel primo caso veniva consegnato alle donne un foglio cartaceo di presentazione dello studio con a fianco un *QR-code* (Allegato 1). Il *QR-code*, scansionato con la fotocamera del cellulare, dava la possibilità di visionare il questionario costruito digitalmente attraverso la piattaforma di Google moduli, e permetteva la registrazione delle domande direttamente sul file Excel.

Nel secondo caso veniva consegnato alle donne un fascicolo in cui era presente la presentazione dello studio (utilizzata anche nel foglio con *QR-code*) e la totalità

delle domande in formato cartaceo (Allegato 2 e allegato 3). Il fascicolo veniva poi ritirato e inserito manualmente nella piattaforma Excel.

Le domande del questionario BSS sono state trasformate, seguendo le indicazioni degli autori del questionario (Martin & Fleming, 2011), ottenendo in tal modo un punteggio finale compreso tra 0 e 120 (che corrisponde al più alto livello di soddisfazione possibile).

I dati relativi alle variabili prese in considerazione sono stati ricavati dal file Excel presente nella Sala Parto dell'UOC di Ostetricia e Ginecologia attraverso il numero di braccialetto, fornito dalle donne nel questionario.

Successivamente, i dati, del questionario e delle variabili intrapartali considerate, sono stati correlati tra di loro attraverso il numero di braccialetto presente in entrambi i casi in un file Excel univoco.

## CAPITOLO 4. RISULTATI

L'obiettivo è stato quello di effettuare un'analisi per valutare l'effetto di alcune variabili legate all'esperienza di 197 donne durante il parto sulla scala di benessere BSS-totale e le relative sotto-scale (WA, QA e SE).

Inizialmente, è stata condotta un'analisi descrittiva raggruppando i dati in base a ciascuna delle variabili considerate e calcolando la media e la deviazione standard. La media fornisce una stima del valore centrale attorno al quale i dati si distribuiscono, mentre la deviazione standard offre un'indicazione della dispersione dei dati (maggiore è la deviazione standard, maggiore è la variabilità dei dati rispetto alla media).

Successivamente, al fine di valutare l'effetto di ciascuna di queste variabili sugli indicatori di benessere individuati, è stata condotta un'analisi di regressione lineare tra ciascuna variabile indipendente e l'indicatore corrispondente (variabile dipendente). Sono state eseguite un totale di 36 regressioni (9 variabili indipendenti e 4 indicatori).

La regressione lineare ha permesso di stimare il coefficiente di impatto di ciascuna variabile sull'indicatore (quanto l'indicatore cambia in risposta a una variazione della variabile). Un coefficiente con valore assoluto maggiore indica un impatto maggiore della variabile sull'indicatore. Se il coefficiente è vicino a zero, ciò suggerisce che la variabile ha un impatto limitato sull'indicatore.

Per valutare la significatività delle relazioni, è stato riportato l'intervallo di confidenza al 95% del coefficiente e il valore p. Un valore p inferiore allo 0,05 indica che la relazione tra la variabile e l'indicatore è statisticamente significativa, permettendo di respingere l'ipotesi che non ci sia alcuna relazione tra di loro.

Infine, per analizzare le diverse metodologie di induzione del parto, è stato applicato il test ANOVA monodirezionale per confrontare tre gruppi di dati categorici che non potevano essere ordinati.

Tutte le variabili sono state analizzate in relazione al punteggio totale del BSS e considerando anche ogni punteggio delle tre sottocategorie (WA, QA, SE) come è visibile in Tabella V.

Tabella V – Analisi delle variabili in relazione al BSS-totale e alle sottocategorie WA, QA e SE.

Variabili	size	BSS -TOTALE				WA			
		mean	std	p-value	IC (95%)	mean	std	p-value	IC (95%)
Cure amiche "no"	22	82,95	10,77	0,4180	(-3.61, 8.72)	16,95	3,55	0,2674	(-0.65, 2.37)
Cure amiche "si"	175	85,51	14,24			17,81	3,39		
Travaglio spontaneo	106	88,05	12,77	0,0044	(-5.3, -1.01)	17,86	3,25	0,3466	(-0.79, 0.28)
Travaglio pilotato con ossitocina	31	81,71	16,00			18,03	3,94		
Travaglio indotto	60	82,05	13,79			17,30	3,41		
Analgesia "no"	84	88,90	13,55	0,0012	(-10.25, -2.59)	17,88	3,36	0,5587	(-1.25, 0.68)
Analgesia "si"	113	82,49	13,58			17,59	3,45		
Parto vaginale spontaneo	159	88,06	12,47	0,0000	(-12.02, -5.93)	17,99	3,25	0,1042	(-1.47, 0.13)
Parto operativo vaginale	23	72,87	12,33			15,96	3,48		
Taglio cesareo urgente	15	74,13	15,45			17,53	4,32		
Posizione libera "no"	66	81,50	14,30	0,0004	(3.35, 11.2)	17,05	3,65	0,0362	(0.08, 2.07)
Posizione libera "si"	116	88,78	12,16			18,12	3,09		
Posizione "TC"*	15	74,13	15,45			17,53	4,32		
Perineo integro	37	94,03	11,07	0,0000	(-7.01, -3.54)	19,11	2,96	0,0010	(-1.24, -0.32)
Lacerazione di I°	68	86,68	12,83			17,60	3,52		
Lacerazione di II°	63	84,08	12,00			17,52	2,90		
Lacerazione di III°	2	83,50	0,71			17,00	2,83		
Episiotomia	12	70,00	14,86			15,42	4,25		
Pazienti sottoposte a TC*	15	74,13	15,45			17,53	4,32		
Ricovero in TIN "no"	194	85,45	13,63	0,0614	(-30.87, 0.63)	17,74	3,35	0,3809	(-5.63, 2.15)
Ricovero in TIN "si"	3	70,33	26,10			16,00	7,00		
Pelle a pelle "no"	23	75,30	13,14	0,0002	(5.38, 17.08)	16,87	3,83	0,2059	(-0.52, 2.44)
Pelle a pelle "si"	174	86,53	13,50			17,83	3,34		
Variabili	size	QA				SE			
		mean	std	p-value	IC (95%)	mean	std	p-value	IC (95%)
Cure amiche "no"	22	32,64	4,32	0,0948	(-0.29, 3.72)	33,36	6,21	0,9915	(-3.83, 3.79)
Cure amiche "si"	175	34,35	4,55			33,34	8,84		
Travaglio spontaneo	106	34,28	4,57	0,8808	(-0.77, 0.66)	35,91	7,63	0,0000	(-4.13, -1.55)
Travaglio pilotato con ossitocina	31	33,61	4,31			30,06	9,54		
Travaglio indotto	60	34,23	4,66			30,52	8,28		
Analgesia "no"	84	34,40	4,72	0,5202	(-1.71, 0.86)	36,62	7,90	0,0000	(-8.0, -3.42)
Analgesia "si"	113	33,98	4,42			30,91	8,26		
Parto vaginale spontaneo	159	34,79	4,43	0,0002	(-3.06, -0.98)	35,28	7,42	0,0000	(-8.12, -4.46)
Parto operativo vaginale	23	31,57	3,55			25,35	8,05		
Taglio cesareo urgente	15	31,53	5,04			25,07	9,14		
Posizione libera "no"	66	33,27	4,31	0,0110	(0.41, 3.06)	31,18	8,68	0,0003	(2.07, 6.86)
Posizione libera "si"	116	35,01	4,42			35,65	7,45		
Posizione "TC"*	15	31,53	5,04			25,07	9,14		
Perineo integro	37	36,16	3,76	0,0023	(-1.58, -0.35)	38,76	7,29	0,0000	(-4.56, -2.48)
Lacerazione di I°	68	33,90	4,67			35,18	6,95		
Lacerazione di II°	63	34,54	4,25			32,02	7,63		
Lacerazione di III°	2	34,50	2,12			32,00	1,41		
Episiotomia	12	30,75	4,25			23,83	9,19		
Pazienti sottoposte a TC*	15	31,53	5,04			25,07	9,14		
Ricovero in TIN "no"	194	34,21	4,52	0,2784	(-8.05, 2.31)	33,51	8,40	0,0348	(-20.19, -0.82)
Ricovero in TIN "si"	3	31,33	6,03			23,00	15,00		
Pelle a pelle "no"	23	30,70	3,98	0,0001	(2.02, 5.83)	27,74	8,72	0,0007	(2.72, 9.98)
Pelle a pelle "si"	174	34,62	4,42			34,09	8,30		

\*Esclusione delle donne che sono state sottoposte ad un taglio cesareo urgente.

Attraverso l'analisi di regressione lineare tra ciascuna variabile indipendente e l'indicatore corrispondente è stato osservato che, per la tipologia di travaglio, le donne il cui travaglio è insorto spontaneamente hanno avuto un punteggio più alto di soddisfazione rispetto alle donne che hanno avuto un travaglio pilotato con ossitocina o indotto ( $p\text{-value} = 0,0044$ ; IC (95%) = -5,03; -1,01).

Se si prende in considerazione la modalità del parto, il livello di soddisfazione materna è diminuito nel caso di un parto operativo vaginale o un taglio cesareo in travaglio ( $p\text{-value} < 0,0000$ ; IC (95%) = -12,02; -5,93) come viene rappresentato nel grafico 11.

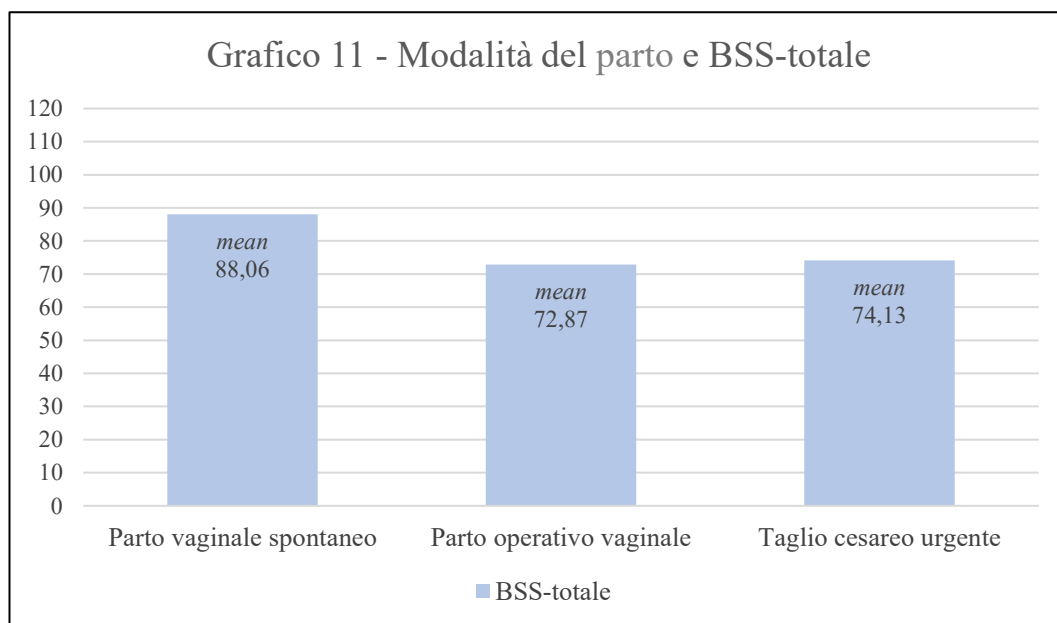


Grafico 11 – Modalità del parto e punteggio BSS – totale.

Lo stesso effetto peggiorativo è stato osservato anche per la variabile “analgesia”. Le donne che hanno utilizzato l’analgesia farmacologica in travaglio hanno ottenuto un livello di soddisfazione per il parto significativamente ridotto ( $p\text{-value} = 0,0012$ ; IC (95%) = -10,25; -2,59) rispetto al gruppo di confronto, relazione visibile nel grafico 12.

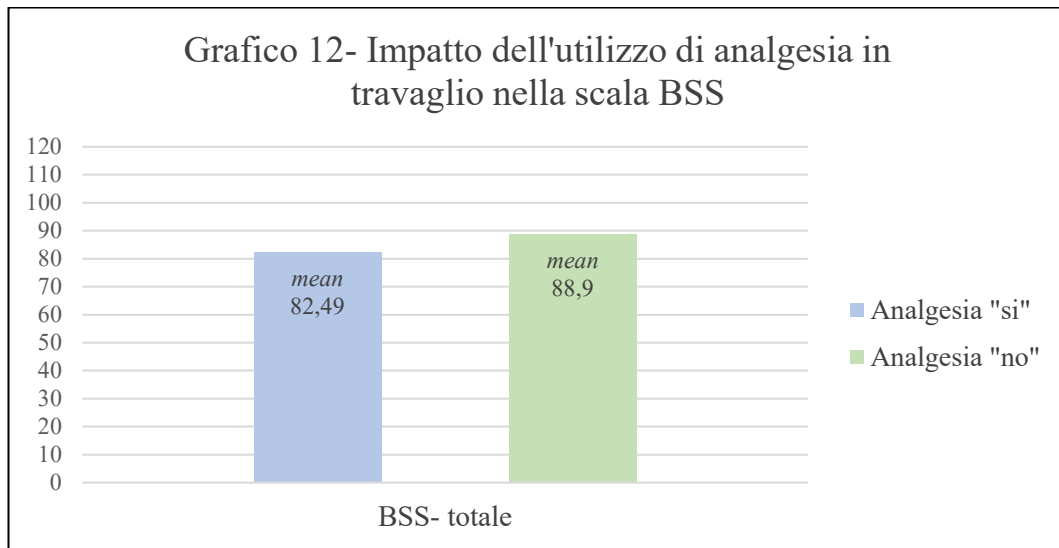


Grafico 12 – Impatto dell’utilizzo di analgesia in travaglio nella scala BSS -totale.

Altre variabili *intrapartum* che, secondo l’analisi effettuata, hanno ridotto significativamente la soddisfazione materna sono: il mancato utilizzo di posizioni libere (p-value = 0,0004; IC (95%) = 3,35; 11,2; variabile rappresentata tramite i valori medi nel grafico 13); esiti perineali sfavorevoli (p-value < 0,0000; IC (95%) = -7,01; -3,54, di cui i valori medi sono visibili nel grafico 14); la mancata esecuzione del contatto pelle a pelle (p-value = 0,0002; IC (95%) = 5,38; 17,08, variabile rappresentata con i valori medi nel grafico 15).

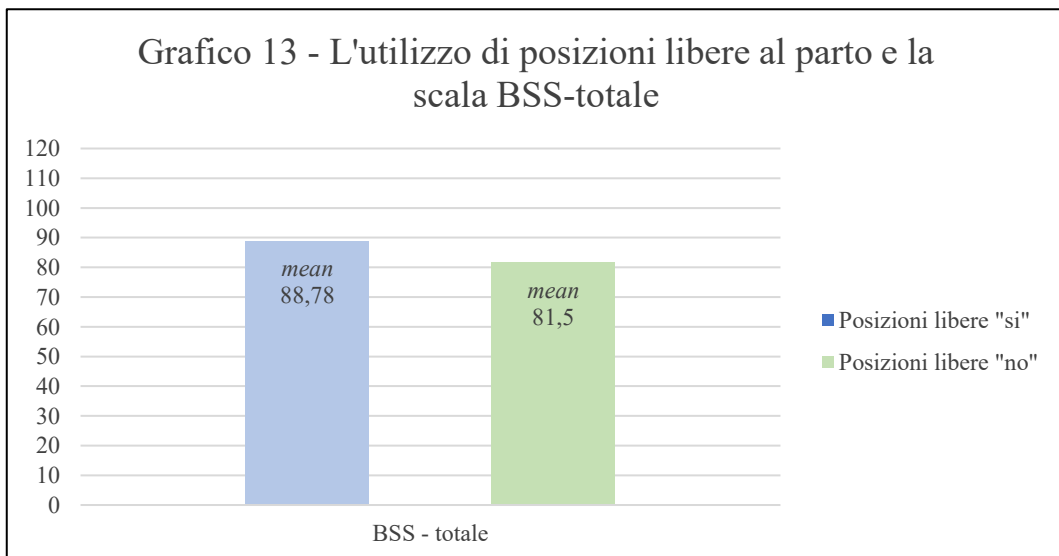


Grafico 13 – L'utilizzo di posizioni libere al parto e la scala BSS - totale

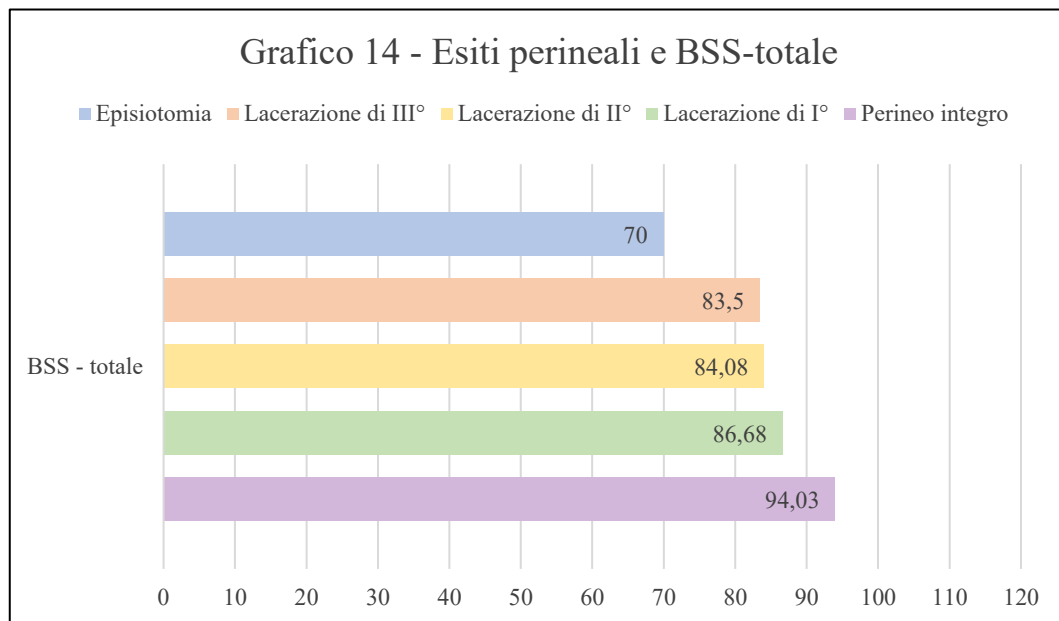


Grafico 14 – Esiti perineali e BSS – totale. (Dati relativi alla media).

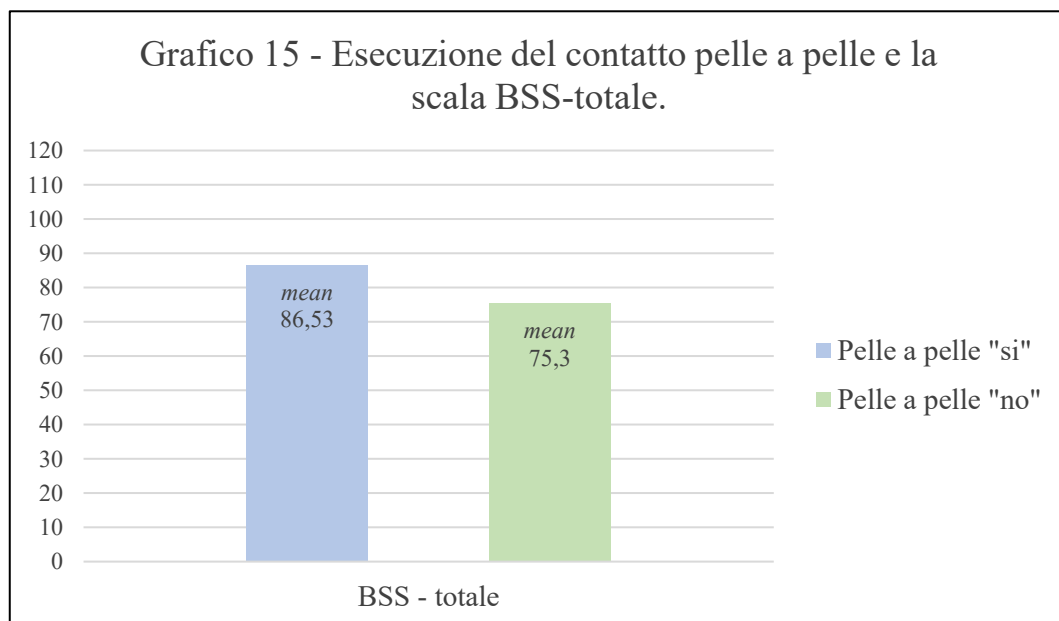


Grafico 15 – Esecuzione del contatto pelle a pelle e la scala BSS - totale

Differentemente, per le variabili relative alle “cure amiche della diade” e al ricovero del neonato in TIN non sono stati osservati legami significativi con il punteggio totale del questionario utilizzato (BSS-totale).

Le variabili significativamente associate al punteggio BSS-totale, hanno influenzato le tre sottocategorie in modo diverso, di cui il legame con ognuna di esse è visibile in Figura 13.

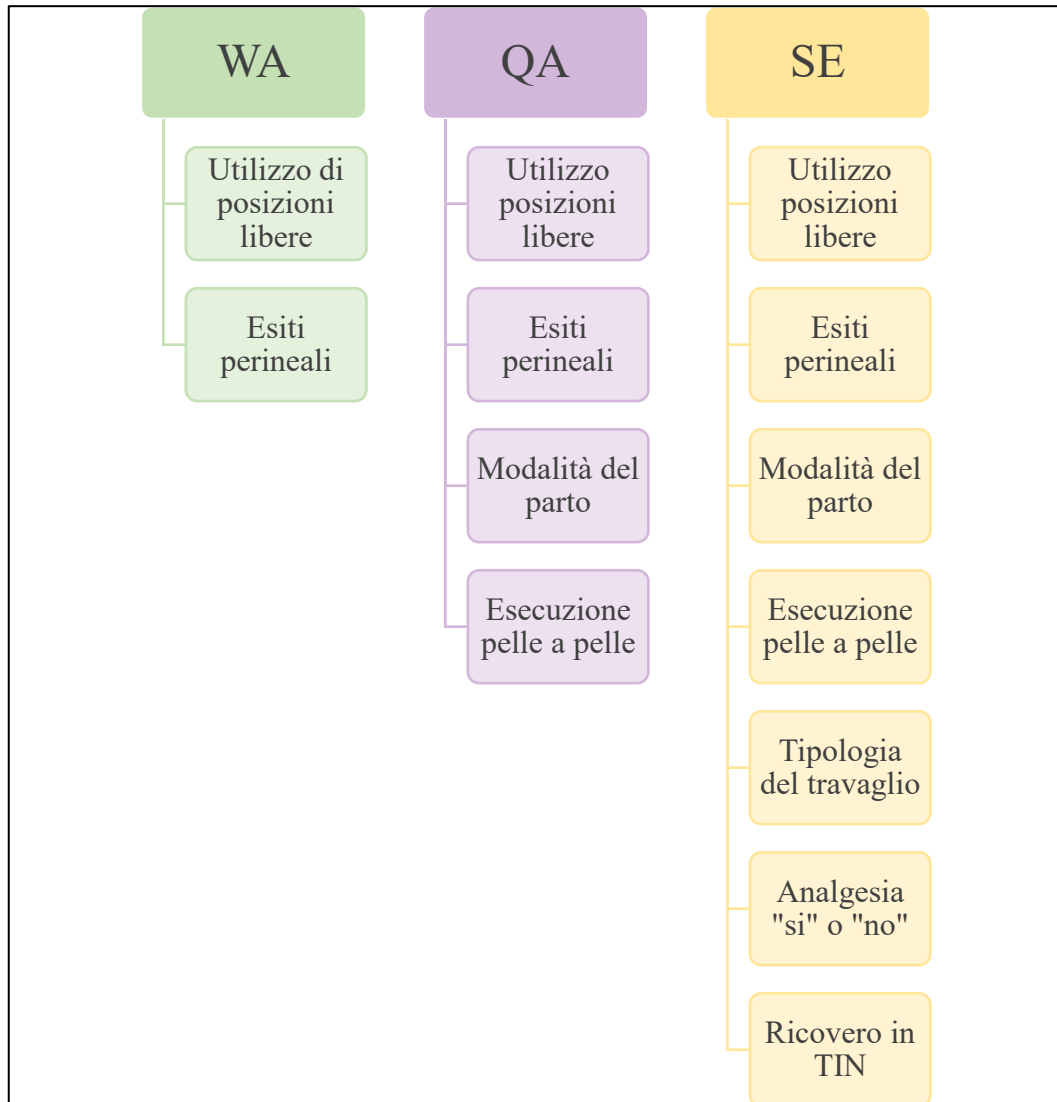


Figura 13 – Legame tra le variabili e le sottocategorie del questionario BSS.

Nello specifico, la tipologia del travaglio (p-value < 0,0000; IC (95%) = -4,13; -1,55) e l'utilizzo dell'analgesia in travaglio (p-value < 0,0000; IC (95%) = -8,0; -3,42) sono stati significativamente associati alla sottocategoria SE, ma non alle altre sottocategorie (WA e QA).



La modalità del parto (QA: p-value = 0,0002; IC (95%) = -3,98; -0,98; SE: p-value < 0,0000; IC (95%) = -8,12; -4,46) e l'esecuzione del contatto pelle a pelle (QA: p-value = 0,0001; IC (95%) = 2,02; 5,83; SE: p-value = 0,0007; IC (95%) = 2,72; 9,98) sono state significativamente associate alle sottocategorie QA e SE, ma non alla sottocategoria WA.

L'utilizzo delle posizioni libere (WA: p-value = 0,0362; IC (95%) = 0,08; 2,07; QA: p-value = 0,0110; IC (95%) = 0,41; 3,06; SE: p-value = 0,0003; IC (95%) = 2,07; 6,86) e gli esiti perineali (WA: p-value = 0,0010; IC (95%) = -1,24; -0,32; QA: p-value = 0,0023; IC (95%) = -1,58; -0,35; SE: p-value < 0,0000; IC (95%) = -4,56; -2,48) sono stati significativamente associati a tutte e tre le sottocategorie (WA, QA, SE).

Differentemente, il ricovero del neonato in TIN (p-value = 0,0348; IC (95%) = -20,19; -0,82) si è dimostrato essere significativamente associato alla sola sottocategoria SE, di cui la differenza tra le medie ottenute nei due gruppi "ricovero in TIN si" e "ricovero in TIN no" è visibile nel grafico 16. Non è stata osservata nessuna associazione significativa con le altre sottocategorie (QA e WA) e con la scala totale (BSS-totale) del questionario.

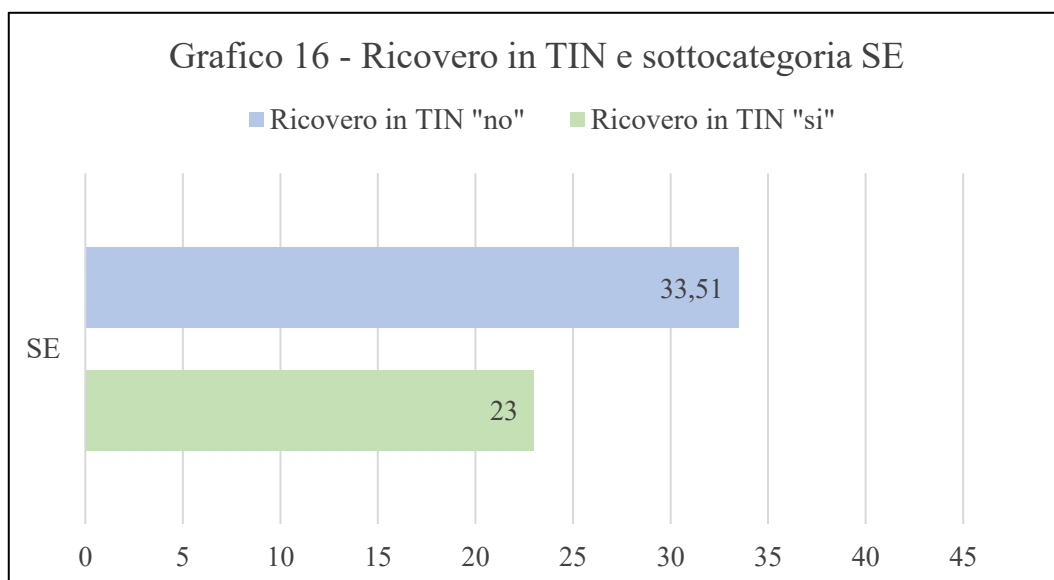


Grafico 16 - Ricovero in TIN e sottocategoria SE (Stress sperimentato).

Infine, per lo studio delle varie modalità di induzione del travaglio, è stata utilizzata una modalità di analisi differente (ANOVA), che ha permesso di confrontare tre gruppi di dati categorici che non potevano essere ordinati, ma che non ha prodotto dati significativamente rilevanti associati alla scala totale del questionario (BSS-totale) e alle tre sottocategorie individuate (WA, QA e SE). (Tabella VI)

Tabella VI – Analisi delle modalità di induzione correlate al BSS-totale e alle sottocategorie WA, QA e SE.

Metodo di induzione	Valori	BSS - TOTALE				WA		
		size	mean	std	p-value (ANOVA)	mean	std	p-value (ANOVA)
	<i>Induzione meccanica (CRB)</i>	31	81,71	16,00	0,1143	18,03	3,94	0,1582
	<i>Prostaglandine (PGE)</i>	28	77,89	13,63		16,46	3,52	
	<i>Pilotato con ossitocina</i>	32	85,69	13,08		18,03	3,18	
	<i>Travagli spontanei (esclusi)*</i>	106	88,05	12,77		17,86	3,25	
			QC			SE		
	*Esclusione dei travagli spontanei per analizzare i diversi metodi di induzione con la soddisfazione materna.		mean	std	p-value (ANOVA)	mean	std	p-value (ANOVA)
			33,61	4,31	0,1815	30,06	9,54	0,1726
			33,14	5,49		28,29	7,73	
			35,19	3,62		32,47	8,37	
			34,28	4,57		35,91	7,63	

## CAPITOLO 5. DISCUSSIONE

Lo scopo dello studio era quello di indagare la soddisfazione delle donne nei confronti delle cure intrapartali presso l’Ospedale San Bortolo di Vicenza, centro che assiste ogni tipo di gravidanza, dal basso all’alto rischio ostetrico.

Per far questo è stato adottato il Birth Satisfaction Scale (Martin & Fleming, 2011) in lingua originale e in lingua italiana. L’obiettivo era di misurare la soddisfazione materna per l’evento nascita attraverso il punteggio totale e il punteggio delle tre sotto-scale, le quali misurano tre categorie distinte ma correlate tra loro.

È stato osservato che quasi tutte le variabili (escluse “cure amiche della diade”, “modalità di induzione” e “ricovero in TIN”, che non hanno avuto risultati significativi) sono associate significativamente alla scala BSS completa, confermando l’impatto atteso preannunciato in letteratura. Più nello specifico, sono state confermate delle relazioni tra la soddisfazione materna e la modalità del travaglio, l’utilizzo di analgesia in travaglio, la modalità del parto, la posizione al parto, gli esiti perineali e il contatto pelle a pelle dopo il parto.

Per la modalità del travaglio, si conferma quanto detto dalla letteratura (9, 41-43) e si evidenzia una correlazione negativa tra la soddisfazione e l’utilizzo di farmaci per l’induzione o *l’augmentation* in travaglio. Nello specifico, come confermato dallo studio condotto a Monza (Fumagalli, *et al.*, 2021), i suddetti interventi aumentano lo stress sperimentato dalla donna (punteggio inferiore nella sottocategoria SE). Per la stessa variabile non sono presenti però correlazioni con le risorse materne e la qualità delle cure offerte.

Per l’utilizzo dell’analgesia farmacologica in travaglio l’evidenza fornisce opinioni contrastanti per quanto riguarda il suo rapporto con la soddisfazione delle cure (9, 33, 37). Tuttavia, in questo studio e anche in quello di Monza (Fumagalli, *et al.*, 2021), le donne che hanno utilizzato l’analgesia farmacologica sono nel complesso meno soddisfatte della loro esperienza e con livelli più elevati di stress sperimentato durante il parto.

Il risultato è probabilmente associato alla riduzione della percezione di controllo che le donne, che richiedono l'utilizzo di metodi farmacologici, sperimentano e al conseguente aumento del loro livello di stress, che influenza negativamente la loro soddisfazione per l'esperienza (9). Tuttavia, come non è possibile definire "disumani" coloro che non utilizzano metodi farmacologici per il contenimento del dolore allo stesso modo, non è possibile "demonizzare" chi li usa. Perché, come raccomandato dalle linee guida del WHO sull'assistenza *intrapartum* per un'esperienza di parto positiva (1) e dalla revisione Cochrane del 2012 (Jones, *et al.*, 2012), la scelta sulla metodologia più adeguata è sempre quella scelta dalla partoriente.

Per questo, i professionisti sanitari devono essere consapevoli che il contesto e il tipo di assistenza proposto potrebbero avere un forte effetto: sulla necessità di alleviare il dolore in travaglio (la possibilità per una donna di muoversi; la possibilità di avere una persona di fiducia di supporto; il rispetto dei tempi e delle preferenze materne riducono la sensazione dolorifica) (1, 6, 39, 58, 59, 61, 62) e sul tipo di scelte che le donne faranno per far fronte a questo bisogno. Dunque, assunto che l'utilizzo routinario e isolato dell'analgesia farmacologica non sia efficace per tutte allo stesso modo (6, 33) e che sia necessario assecondare le volontà materne, diventa importante che le ostetriche propongano approcci personalizzati per sostenere ogni donna al meglio nella gestione del dolore durante il travaglio (*World Health Organization*, 2018) indipendentemente dalla scelta che poi una donna farà.

Per quanto concerne la modalità del parto, lo studio conferma un'associazione tra una maggior soddisfazione per l'esperienza di nascita e il parto spontaneo. La variabile influenza, inoltre, due sotto-scale del questionario: QA (qualità delle cure) e SE (stress sperimentato). I risultati confermano l'associazione individuata in letteratura che identifica un livello inferiore di soddisfazione in relazione a modalità interventistiche di parto, riconducibili al parto operativo vaginale e al taglio cesareo urgente (9, 44, 45). È necessario sottolineare che il risultato probabilmente è condizionato anche dal clima di ansia e stress che una madre è più soggetta a

sperimentare in situazioni d'urgenza, come nei casi sopracitati. Infatti, sebbene la modalità del parto abbia un ruolo importante nel determinare il livello di soddisfazione materna, la percezione di supporto e di rispetto da parte del personale sanitario, di essere informate e di essere partecipanti attive rispetto al processo decisionale hanno un ruolo fondamentale nel costruire un'esperienza positiva che porti alla nascita (46). Al contrario, madri che si sentono trascurate, non supportate, sotto stress o prive di attenzioni rispetto alle loro esigenze avranno sicuramente valutazioni negative rispetto alla loro esperienza (47). A riguardo risultano esplicitivi, due commenti lasciati da due donne nell'ultima domanda del questionario somministrato. Il primo, mette in evidenza come il supporto e l'attenzione per la madre abbia portato ad un'elaborazione positiva dell'evento nascita (punteggio BSS-totale 85; SE 32):

*“Ho avuto 3 fantastiche ostetriche (+ 1 ostetrico altrettanto fenomenale) che mi hanno accompagnato durante il travaglio e il parto rispondendo alle mie domande, mettendomi sempre a mio agio, gestendo situazioni impreviste e le mie preoccupazioni. Nonostante le 18 ore trascorse lì dentro conservo un ricordo “positivo” di questa esperienza proprio per merito delle ostetriche che mi hanno assistito e che hanno saputo mettere in atto le procedure migliori per me in quel momento. Un grazie per aver rispettato i tempi del mio corpo e della bimba, (...). Un grazie soprattutto per la loro umanità, professionalità e attenzione: se dovessi partorire di nuovo non avrei dubbi nello scegliere nuovamente Vicenza!”*

Il secondo, al contrario, evidenzia come, una ridotta attenzione alle necessità della madre e un suo ridotto coinvolgimento nel processo decisionale, possa portare a un'elaborazione negativa dell'esperienza e dunque ad una soddisfazione materna inferiore (punteggio BSS-totale 41; SE 8):

*Commento originale*

*“I didn't feel like I was listened to when I begged for them to change the course of labor. I didn't feel like my needs were validated or listened to.”*

*Traduzione italiana*

*“Non mi sono sentita ascoltata quando ho chiesto di cambiare il corso del travaglio. Non ho sentito che le mie necessità erano confermate o ascoltate.”*

Riguardo alle variabili analizzate, in accordo con quanto detto nella letteratura presa in analisi (6, 48, 49, 51), nelle linee guida del WHO (1) e nelle raccomandazioni del CIMS (39), l'utilizzo di posizioni libere durante il parto ha un impatto positivo sul livello di soddisfazione materna. Nello specifico, nel presente studio si è visto che la possibilità di utilizzare una posizione libera al parto ha influenzato positivamente la scala BSS totale ( $p\text{-value}=0,0004$ ) e in modo significativamente rilevante anche le tre sotto-scale individuate: WA, QA e SE. Perciò, garantire alla donna la possibilità di assumere la posizione che preferisce durante il parto, in assenza di altra indicazione medica, permette di eliminare un ostacolo determinante una riduzione della soddisfazione materna (51) in tutte le sue dimensioni (WA, QA e SE).

Un altro aspetto rilevante nel definire un minor grado di soddisfazione durante il parto è stato il grado di lacerazione del perineo. Infatti, nell'analisi relativa agli esiti perineali è possibile visualizzare un rapporto direttamente proporzionale tra le lacerazioni perineali/l'episiotomia e il livello di soddisfazione materna. In questo legame l'episiotomia è il margine inferiore e il perineo integro quello superiore (relazione visibile nel Grafico 13, pagina 80). L'analisi dimostra un certo *grading* in senso negativo quando si ottengono lacerazioni perineali più gravi (soddisfazione via via minore quando il grado di lacerazione spontanea peggiora dal I al III grado), mentre una netta relazione tra una soddisfazione inferiore e l'episiotomia (perineo integro  $mean = 94,03$ ; episiotomia  $mean = 70$ ), come afferma la maggior parte della letteratura disponibile (9, 51, 54).

Tuttavia, riguardo a quest'analisi, è corretto sottolineare alcuni limiti. Nello specifico, nel campione analizzato, la totalità delle episiotomie (N=12) sono state effettuate in parti operativi vaginali e in posizione litotomica: variabili che hanno anch'esse un impatto negativo nella soddisfazione. Dunque, si può assumere che,

come affermato dalla letteratura (9, 44, 45, 48, 49, 51, 54), l'impatto così elevato nella riduzione della soddisfazione sia correlabile ad un livello di intervento ostetrico maggiore richiesto da alcune situazioni d'emergenza/urgenza e non al singolo intervento "episiotomia".

Ugualmente, è possibile però sottolineare l'importanza, nelle situazioni in cui l'intervento risulta essere necessario, di limitare gli effetti negativi attraverso il lavoro da parte del personale sulle dimensioni controllabili all'interno delle situazioni di emergenza-urgenza. In modo esemplificativo, anche la semplice spiegazione di quanto sta accadendo alla donna, o più in generale alla coppia, per assicurarle un ruolo come partecipante attivo e dunque un certo grado di controllo in ciò che sta accadendo, può risultare benefico in un'interpretazione positiva dell'evento.

In aggiunta, nel campione di donne analizzato, si è dimostrato significativamente rilevante, nella scala BSS-totale e nelle sotto-scale relative alla qualità delle cure (QA) e allo stress sperimentato (SE), l'esecuzione del contatto pelle a pelle in relazione alla soddisfazione materna. Questo, in accordo con la letteratura, dimostra che il legame con il neonato iniziato nell'immediato post partum sia fondamentale per molteplici benefici sia neonatali che materni e sia determinante nell'aumentare il livello di soddisfazione (in accordo con lo studio di Kahalon, Preis, & Benyamini, 2021); è fondamentale quindi limitare i casi in cui non avviene solamente a necessità neonatologiche improrogabili.

Infine, nella stessa direzione, la correlazione evidenziata tra il ricovero in TIN del neonato e lo stress sperimentato dalla madre (individuato nella sottocategoria SE), indica che la separazione dal neonato nelle ore successive alla nascita e lo stato di salute di quest'ultimo ha un impatto determinante nell'elaborazione che una madre fa dell'esperienza del parto. Diventa importante, in questi casi, il servizio di supporto psicologico, che nella realtà di Vicenza è offerto dall'UO della Terapia Intensiva Neonatale, a tutte le madri con i neonati ricoverati in TIN. In quanto, il sostegno nell'elaborazione dell'evento e la possibilità di sentirsi ascoltate

collaborano nel determinare sentimenti di maggior accoglienza e comprensione per la fragilità delle donne in queste situazioni e dunque un maggiore livello di soddisfazione rispetto alle cure erogate.

Nonostante i soddisfacenti risultati ottenuti, sono stati riscontrati allo stesso tempo dei limiti. Precisamente, dati non significativamente rilevanti sono stati visualizzati: per la variabile “cure amiche della diade”, probabilmente per il ridotto campione di confronto che non ne ha fatto uso (175 donne nel gruppo “cure amiche si”; 22 donne nel gruppo “cure amiche no”) e nell’analisi relativa alla soddisfazione correlata alle diverse metodologie di induzione del travaglio. Tuttavia, sulla base della letteratura e degli studi analizzati, ipotizzando un legame tra le variabili e l’indicatore, per entrambe, si ritengono necessari ulteriori approfondimenti.



## CAPITOLO 6. CONCLUSIONE

La soddisfazione per le cure è definita uno standard di qualità nelle politiche sanitarie internazionali (1), oltre ad essere un metro di misura per l'utenza nella scelta delle strutture presso cui rivolgersi.

L'obiettivo dello studio era di comprendere l'impatto delle variabili intrapartali in relazione alla soddisfazione materna per l'evento nascita, restituendo importanza all'ascolto delle preferenze materne durante l'assistenza.

Attraverso lo studio osservazionale trasversale eseguito all'Ospedale San Bortolo di Vicenza si è confermato il legame atteso dalla disamina della letteratura effettuata tra le variabili individuate e la soddisfazione materna per le cure. In generale, l'analisi lineare di tipo regressivo ha dimostrato che la maggior parte delle variabili aveva un impatto nell'indicatore (soddisfazione materna) in senso peggiorativo a mano a mano che ci si discostava dalla fisiologia dell'evento. Fisiologia che risulta determinante per le donne anche dalla definizione del WHO di cure soddisfacenti per le madri (1).

L'impatto negativo è stato riscontrato in tutte le procedure di intervento effettuate durante il parto: induzione/*augmentation* del travaglio; parto operativo (vaginale o addominale); utilizzo di analgesia farmacologica; lacerazioni perineali; episiotomia; impossibilità di utilizzare una posizione libera al parto; la mancata esecuzione del contatto pelle a pelle e il ricovero del neonato in TIN. Variabili che hanno tutte un ruolo, più o meno determinante, nel senso di controllo e di autonomia che la donna percepisce durante l'evento nascita.

Infatti, è necessario sottolineare che, in letteratura, nel parlare delle sopracitate variabili, spesso associano i sentimenti negativi per il parto e le suddette variabili alla sensazione da parte della madre di ridotto, o assente, controllo rispetto a quanto accade e di una partecipazione passiva in relazione all'evento nascita, che ottiene come effetto finale una soddisfazione materna minore.

Quasi tutte le variabili, escluse “cure amiche della diade” e “modalità di induzione”, hanno modificato invece in modo differente le sottocategorie individuate nel questionario. Tuttavia, quando una variabile impattava nel ridurre la soddisfazione, vi era sempre associato un impatto statisticamente rilevante nella sottocategoria relativa allo stress sperimentato dalla donna. La sezione comprende le domande relative: al distress sperimentato durante il parto (le domande 4 e 18), alle lesioni ostetriche (le domande 5 e 19), alla salute del bambino (le domande 6 e 20), alla ricezione di interventi ostetrici (le domande 8 e 22), alla durata del travaglio (le domande 9 e 23), al rispetto delle aspettative materne (le domande 12 e 26) e al dolore sperimentato dalla donna (le domande 29 e 30).

Per due delle variabili analizzate, nello specifico “cure amiche della diade” e “metodo di induzione”, i risultati non hanno dimostrato una correlazione significativa con l’indicatore (soddisfazione) e si ritengono necessari ulteriori approfondimenti. Si può ipotizzare che la causa di questi risultati sia riconducibile ad un campione ridotto per la sottocategoria “induzioni” (che contava 91 donne, divise in tre gruppi) e ad un ridotto campione di confronto nella variabile “cure amiche della diade” (22 donne) escludendo, anche sulla base di quanto detto dalla letteratura, di un’effettiva assenza di legame tra queste procedure e la soddisfazione.

In aggiunta ai risultati ottenuti, lo studio ha permesso di porre l’attenzione su come alcune pratiche che sono ritenute di “secondaria” importanza nell’assistenza clinica da parte di alcuni professionisti sanitari, come la scelta libera delle posizioni da utilizzare durante il travaglio e il parto o l’assicurare il contatto pelle a pelle dopo la nascita (in assenza di controindicazioni mediche), siano invece determinanti per garantire un livello maggiore di soddisfazione per le cure e dunque per un’esperienza di nascita positiva. Inoltre, è stato possibile attenzionare come sia fondamentale, anche nelle situazioni in cui non è possibile esercitare una forma di controllo sulla variabile (come la necessità di effettuare un parto operativo vaginale o addominale o l’utilizzo di farmaci per l’induzione o la separazione dal neonato

per motivi medici), conoscerne l'impatto in un'ottica di elaborazione di strategie per ridurre l'effetto negativo.

In conclusione, l'utilizzo e l'elaborazione di questionari per misurare la soddisfazione materna aprono le strade non solo ai professionisti sanitari per comprendere come possano agire e migliorare i loro interventi nelle cure intrapartali e non, ma, in aggiunta, a tutte le strutture sanitarie per migliorare i servizi erogati, in tutte le dimensioni del percorso nascita, in base alle necessità dell'utenza attraverso dei riscontri, da parte di quest'ultima, ottenuti con la compilazione di questionari ad hoc.



## BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. (2018). *WHO raccomandations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Ginevra: World Health Organization.
2. World Health Organization. (2018). *Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030)*. Ginevra: World Health Assembly, 71.
3. Mary J Renfrew, A. M. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 1129-1145.
4. World Health Organization. (1996). *Mother-Baby Package: Implementing safe motherhood in countries*. Ginevra: World Health Organization, Maternal Health and Safe Motherhood Programme, UNDP, UNFPA, UNICEF, The World Bank.
5. Istat. (2018). *La salute riproduttiva della donna*. Roma: Istituto nazionale di statistica.
6. Spandrio, R., Regalia, A., & Bestetti, G. (2014). *Fisiologia della nascita. Dai prodromi al post partum*. Roma: Carrocci editore.
7. Boldrini, R., Di Cesare, M., Basili, F., Campo, G., Moroni, R., & Morgan. (2022). *Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2021*. Roma: Ministero della Salute.

8. Srivastava, A., Avan, B., Rajbangshi, P., & Bhattacharyya, S. (2015). Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. . *BMC Pregnancy Childbirth*, 15-97.
9. Fumagalli, S., Colciago, E., Antolini, L., Riva, A., Nespoli, A., & Locatelli, A. (2021). Variables related to maternal satisfaction with intrapartum care in Northern Italy. *Women Birth*, 154-161.
10. World Health Organization . (2016). *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*. Geneva: World Health Organization.
11. Bohren, M., Hunter, E., & Munthe-Kaas, H. (2014). Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health*, 11-71.
12. Scambia, G., Viora, E., Colacurci, N., & Longhi, C. (2020). Patient-reported experience of delivery: A national survey in Italy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, 197-198, 244.
13. World Health Organization. (2016). *Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva: World Health Organization.
14. Laufer, A. (1990). Breastfeeding. Toward resolution of the unsatisfying birth experience. *J Nurse Midwifery*, 35,42-45.

15. Simkin, P. (2018). Just Another Day in a Woman's Life? Women's Long-Term Perceptions of Their First Birth Experience. *Birth*, 203-210.
16. Nystedt, A., Högberg, U., & Lundman, B. (2005). The negative birth experience of prolonged labour: a case-referent study. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 579-586.
17. McKelvin, G., Thomson, G., & Downe, S. (2021). The childbirth experience: A systematic review of predictors and outcomes. *Women Birth*, 407-416.
18. Bell, A., & Andersson, E. (2016). The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*, 112-123.
19. Fenech, G., & Thomson, G. (2014). Tormented by ghosts from their past?: A meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery*, 185-193.
20. Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 2142-2153.
21. Kidd, K., Prasad, D., Cunningham, J., & De Azevedo Cardoso, T. F. (2022). The relationship between parental bonding and mood, anxiety and related disorders in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 221-236.

22. Nilsson, C., Bondas, T., & Lundgren, I. (2010). Previous Birth Experience in Women With Intense Fear of Childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 298-309.
23. Wigert H, N. C.-L. (2020). Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *Explore the current issue of International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15.
24. Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2018). Women's and men's negative experience of child birth-A cross-sectional survey. *Women Birth*, 103-109.
25. Mylonas, I., & Friese, K. (2015). Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. *DEUTSCHES ÄRZTEBLATT INTERNATIONAL*, 489-495.
26. Souza, J., Gülmezoglu, A., Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., Carroli, G., Fawole, B., & Ruyan, P. (2010). Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Med*, 8-71.
27. Comitato Italiano per l'UNICEF - Fondazione Onlus. (2022). *Insieme per l'allattamento. Guida all'applicazione dei passi per proteggere, promuovere e sostenere l'adattamento nelle strutture del percorso nascita*. Roma: Comitato Italiano per l'UNICEF - Fondazione Onlus.



28. World Health Organization, UNICEF, GLASE. (1993). *Allattamento al seno: corso pratico di counselling. Manuale del partecipante*. Roma: OMS, UNICEF, GLASE.
29. Truijens, S., Wijnen, H., Pommer, A., Oei, S., & Pop, V. (2014). Development of the Childbirth Perception Scale (CPS): perception of delivery and the first postpartum week. *Archives of Women's Mental Health*, 411-421.
30. Davis, A., & Sclafani, V. (2022). Birth Experiences, Breastfeeding, and the Mother-Child Relationship: Evidence from a Large Sample of Mothers. *Canadian Journal of Nursing Research*, 518-529.
31. Lazzerini, M., Mariani, I., Semenzato, C., & Valente, E. (2020). Association between maternal satisfaction and other indicators of quality of care at childbirth: a cross-sectional study based on the WHO standards. *BMJ Open*.
32. Lowe, N. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, S16-24.
33. Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., . . . Neilson, J. (2012). *Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
34. Sng, B., & Sia, A. (2017). Maintenance of epidural labour analgesia: The old, the new and the future. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 15-22.

35. Effects of Epidural Analgesia on Labor Pain and Course of Labor in Primigravid Parturients: A Prospective Non-randomized Comparative Study. *Cureus*.
36. Nespoli, A., Colciago, E., Pedroni, S., Perego, S., & Fumagalli, S. (2018). The Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R): process of translation and adaptation in an Italian context. *Annali Istituto Superiore di Sanità*, 340-34736.
37. BarbaraM. Morgan, C. B. (1982). Analgesia and satisfaction in childbirth (The Queen Charlotte's 1000 mother survey). *The Lancet*, 808-810.
38. Posner, G., Dy, J., Black, A., & Jones, G. (2013). *Human Labor and Birth*. The McGraw-Hill Companies, Inc. .
39. Coalition for Improving Maternity Services (CIMS). (1996). *The Mother-Friendly Childbirth Initiative. The First Consensus Initiative of the CIMS*. 41-44: Birth Gaz.
40. Simon, C., & Grobman, W. (2005). When has an induction failed? *Obstetrics & Gynecology*, 705-709.
41. Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Rådestad, I. (2004). A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 17-27.

42. Henderson, J., & Redshaw, M. (2013). Women's experience of induction of labor: a mixed methods study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1159-1167.
43. Adler, K., Rahkonen, L., & Kruit, H. (2020). Maternal childbirth experience in induced and spontaneous labour measured in a visual analog scale and the factors influencing it; a two-year cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 415.
44. Geary, M., Fanagan, M., & Boylan, P. (1997). Maternal satisfaction with management in labour and preference for mode of delivery. *Journal of Perinatal Medicine*, 433-439.
45. Bossano, C. M., Townsend, K. M., Walton, A. C., Blomquist, J. L., & Handa, V. L. (2017). The maternal childbirth experience more than a decade after delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 342e1-342e8.
46. Zhang, N., & An, S. (2012). Consistency of Delivery Mode Increases Chinese Mothers' Maternal Satisfaction: The Effect of Perception of Support from Medical Staff and Mothers' Self-Efficacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1490).
47. Harris, R., & Ayers, S. (2012). What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum 'hotspots'. *Psychology & Health*, 1166-1177.

48. Shermer, R. H., & Raines, D. A. (1997). Positioning During the Second Stage of Labor: Moving Back to Basics. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 26(6), 727-734.
49. Priddis, H., Dahlen, H., & Schmied, V. (2012). What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women and Birth*, 25(3), 100-106.
50. Danti, L. (2012). Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia, Spedali Civili di Brescia Ipossia fetale in travaglio di parto: che fare? *Rivista di ostetricia ginecologia pratica e medicina perinatale*, 27, 9-19.
51. Çalik, K., Karabulutlu, Ö., & Yavuz, C. (2018). First do no harm - interventions during labor and maternal satisfaction: a descriptive cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18(415), 1-10.
52. Dott.ssa Viganò, F. (2016). *LACERAZIONI PERINEALI OSTETRICHE DI III E IV GRADO*. Tratto da Università degli Studi di Padova: <https://www.sdb.unipd.it/lacerazioni-perineali-di-iii-iv-grado-2016-f-vigan%C3%B2>
53. Gruppo Emergenze Ostetriche (GEO). (2020, Febbraio 21-22). *IL TRAUMA PERINEALE OSTETRICO. LA PROTEZIONE DEL PERINEO E LA SUA RIPARAZIONE*. (C. Crescini, A cura di) Tratto da [gruppoemergenzeostetriche.it](http://gruppoemergenzeostetriche.it): <https://gruppoemergenzeostetriche.it/wp-content/uploads/SIMP-FIRENZE-2020-min.pdf>

54. Molyneux, R., Fowler, G., & Slade, P. (2022, Giugno). The effects of perineal trauma on immediate self-reported birth experience in first-time mothers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 43(2), 228-234.
55. Opondo, C., Harrison, S., Sanders, J., Quigley, M. A., & Alderdice, F. (2023). The relationship between perineal trauma and postpartum psychological outcomes: a secondary analysis of a population-based survey. *BMC Pregnancy Childbirth*, 23(639), 1-10.
56. Jafari, E., Mohebbi, P., & Mazloomzadeh, S. (2017). Factors related to women's childbirth satisfaction in physiologic and routine childbirth groups. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 219-224.
57. Kongnyuy, E. J., Mlava, G., & van den Broek, N. (2009, Giugno). Criteria-based audit to improve women-friendly care in maternity units in Malawi. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 35(3), 483-489.
58. Shilling, T., Romano, A., & Difranco, J. (2007). Care practice #2: freedom of movement throughout labor. *The Journal of Perinatal Education*, 16(3), 21-24.
59. Simkin, P., & Bolding, A. (2004, Dicembre). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(6), 489-504.

60. Vaijayanthimala, M., & Mohanraj, J. (2013, Marzo). Effect of movements and positions of labouring women on maternal satisfaction during first stage of labour. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 4(1), 166-170.
61. Hodnett, E., Gates, S., Hofmeyr, G., & Sakala, C. (2013). *Continuous support for women during childbirth*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
62. Mosallam, M., Rizk, D., Thomas, L., & Ezimokhai, M. (2004, Marzo). Women's attitudes towards psychosocial support in labour in United Arab Emirates. *Arch Gynecol Obstet*, 3(269), 181-187.
63. Eid, S. M., Salama, N. S., Heeba, M. F., & Younes Mohamad, R. I. (2020, Dicembre). Supportive care provided by companion during childbirth and its effect on labor progress and maternal satisfaction. *Port Said Scientific Journal of Nursing*, 7(3), 218-243.
64. Bruggemann, O., Parpinelli, M., Osis, M. J., Cecatti, J., & Neto, A. (2007, Luglio 6). Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. *Reproductive Health*, 4(5).
65. Kahalon, R., Preis, H., & Benyamini, Y. (2021). Who benefits most from skin to-skin mother-infant contact after birth? Survey findings on skin-to-skin and birth satisfaction by mode of birth. *Midwifery*, 92(102862).

66. Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria. (2011). *Linea guida sulla gravidanza fisiologica*. Milano: Sistema Nazionale per le linee guida.
67. Harvey, S., Rach, D., Stainton, M. C., Jarrell, J., & Brant, R. (2002, Dicembre). Evaluation of satisfaction with midwifery care. *Midwifery*, 260-267.
68. Declercq, E., Belanoff, C., & Sakala, C. (2020 , Giugno). Intrapartum Care and Experiences of Women with Midwives Versus Obstetricians in the Listening to Mothers in California Survey. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 45-55.
69. Waldenstrom, U., & Turnbull, D. (1998, Novembre). A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105, 1160-1170.
70. Mahon, P. Y. (1996). An analysis of the concept 'patient satisfaction' as it relates to contemporary nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 1241-1248.
71. Martin, C. H., & Fleming, V. (2011). The Birth Satisfaction Scale. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(2), 124–135.
72. Nespoli, A., Colciago, E., Pedroni, S., Perego, S., & Fumagalli, S. (2018, Dicembre). The Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R): process of translation and adaptation in an Italian context. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 54(4), 340-347.





## **Allegato 1.**

### **BIRTH SATISFACTION SCALE**

Hi, my name is Erika Novelletto and I am a student of the Degree Course in Midwifery at the University of Padua.

I have reached the last year of my university career and I am writing a thesis on variables related to the satisfaction of labor and childbirth. I would be very grateful if you could give me a few minutes to complete the following questionnaire, in order to understand how you experienced the moment and your degree of satisfaction. In the questionnaire you will be asked to enter your bracelet number in order to be able to retrieve later the variables on the birth that will be the subject of thesis. All data collected will be used exclusively for statistical purposes of the thesis project and only to the extent that they are relevant to it.

Thank you in advance for your time.



BSS - ENG

### **SCALA DI SODDISFAZIONE DEL PARTO**

Salve, mi chiamo Erika Novelletto, sono una studentessa del Corso di Laurea in Ostetricia dell'Università degli Studi di Padova.

Sono giunta all'ultimo anno del mio percorso universitario e sto stilando una tesi in merito alle variabili correlate alla soddisfazione materna relativa al travaglio e al parto. Le sarei molto grata se potesse dedicarmi qualche minuto per compilare il seguente questionario, al fine di comprendere come ha vissuto questi momenti e il suo grado di soddisfazione. Nel questionario le sarà richiesto di inserire il suo numero di braccialetto per poter recuperare in un secondo momento le variabili sul parto che saranno oggetto di tesi. Tutti i dati raccolti saranno utilizzati esclusivamente a fini statistici per il progetto di tesi e nella sola misura in cui siano rilevanti per essa.

La ringrazio in anticipo per il suo tempo.



BSS - IT



## Allegato 2.

### BIRTH SATISFACTION SCALE

*Hi, my name is Erika Novelletto and I am a student of the Degree Course in Midwifery at the University of Padua. I have reached the last year of my university career and I am writing a thesis on variables related to the satisfaction of labor and childbirth. I would be very grateful if you could give me a few minutes to complete the following questionnaire, in order to understand how you experienced the moment and your degree of satisfaction.*

*In the questionnaire you will be asked to enter your bracelet number in order to be able to retrieve later the variables on the birth that will be the subject of thesis. All data collected will be used exclusively for statistical purposes of the thesis project and only to the extent that they are relevant to it.*

*Thank you in advance for your time.*

#### **Section 1: preliminary questions.**

##### **1. Bracelet number.**

\_\_\_\_\_

##### **2. During labor which of these non-pharmacological pain management methods did you use?**

- Nothing
- Massage
- Use of water (Hot bottle and/or shower)
- Intimate setting (soft lights and/or aromatherapy and/or music therapy)
- Free positions (you had the opportunity to take your preferred position and/or the staff suggested to change the position)
- Other : \_\_\_\_\_

**Section 2: Birth Satisfaction Scale.**

*(The questionnaire uses a Likert scale graded from 1 to 5, in which 1 corresponds to "completely disagree" and 5 to "completely agree").*

**1. I coped well during my birth**

- Strongly Agree
- Agree
- Neither Agree or Disagree
- Disagree
- Strongly Disagree

**2. The delivery room staff encouraged me to make decisions about how I wanted my birth to progress**

- Strongly Agree
- Agree
- Neither Agree or Disagree
- Disagree
- Strongly Disagree

**3. I was well prepared for my labour, i.e., read a lot of literature and/or attended parenthood education classes**

- Strongly Agree
- Agree
- Neither Agree or Disagree
- Disagree
- Strongly Disagree

**4. I found giving birth a distressing experience**

- Strongly Agree
- Agree
- Neither Agree or Disagree
- Disagree
- Strongly Disagree

**5. I came through childbirth virtually unscathed**

- Strongly Agree
- Agree
- Neither Agree or Disagree
- Disagree
- Strongly Disagree

**6. I gave birth to a healthy normal baby**

- Strongly Agree
- Agree
- Neither Agree or Disagree
- Disagree
- Strongly Disagree

**7. During labour I received outstanding medical care**

- Strongly Agree
- Agree
- Neither Agree or Disagree
- Disagree
- Strongly Disagree

**8. I received a lot of medical intervention, i.e., induction, forceps, section etc**

- Strongly Agree
- Agree
- Neither Agree or Disagree
- Disagree
- Strongly Disagree

**9. I had a swift and speedy labour**

- Strongly Agree
- Agree
- Neither Agree or Disagree
- Disagree
- Strongly Disagree

**10. I felt well supported by my partner during labour and birth**

- Strongly Agree
- Agree
- Neither Agree or Disagree
- Disagree
- Strongly Disagree

**11. I was encouraged to hold my baby for a substantial amount of time after birth**

- Strongly Agree
- Agree
- Neither Agree or Disagree
- Disagree
- Strongly Disagree

**12. My birth experience was considerably different to what I intended**

- Strongly Agree
- Agree
- Neither Agree or Disagree
- Disagree
- Strongly Disagree

**13. I had the same midwife throughout the entire process of labour and delivery**

- Strongly Agree
- Agree
- Neither Agree or Disagree
- Disagree
- Strongly Disagree

**14. I felt that the delivery room was unthreatening and comfortable**

- Strongly Agree
- Agree
- Neither Agree or Disagree
- Disagree
- Strongly Disagree

**15. I felt very anxious during my labour and birth**

- Strongly Agree
- Agree
- Neither Agree or Disagree
- Disagree
- Strongly Disagree

**16. I felt out of control during my birth experience**

- Strongly Agree
- Agree
- Neither Agree or Disagree
- Disagree
- Strongly Disagree

**17. I felt it was better not to know in advance about the processes of giving birth**

- Strongly Agree
- Agree
- Neither Agree or Disagree
- Disagree
- Strongly Disagree

**18. I was not distressed at all during labour**

- Strongly Agree
- Agree
- Neither Agree or Disagree
- Disagree
- Strongly Disagree

**19. I felt mutilated by my birth experience**

- Strongly Agree
- Agree
- Neither Agree or Disagree
- Disagree
- Strongly Disagree



**20. My baby was avoidably hurt during birth**

- Strongly Agree
- Agree
- Neither Agree or Disagree
- Disagree
- Strongly Disagree

**21. The staff provided me with insufficient medical care during my birth**

- Strongly Agree
- Agree
- Neither Agree or Disagree
- Disagree
- Strongly Disagree

**22. I had a natural labour, i.e., minimal medical intervention**

- Strongly Agree
- Agree
- Neither Agree or Disagree
- Disagree
- Strongly Disagree

**23. I thought my labour was excessively long**

- Strongly Agree
- Agree
- Neither Agree or Disagree
- Disagree
- Strongly Disagree

**24. I felt well supported by staff during my labour and birth**

- Strongly Agree
- Agree
- Neither Agree or Disagree
- Disagree
- Strongly Disagree

**25. I was separated from my baby for a considerable period of time after my birth**

- Strongly Agree
- Agree
- Neither Agree or Disagree
- Disagree
- Strongly Disagree

**26. My birth proceeded as I planned it**

- Strongly Agree
- Agree
- Neither Agree or Disagree
- Disagree
- Strongly Disagree

**27. The staff communicated well with me during labour**

- Strongly Agree
- Agree
- Neither Agree or Disagree
- Disagree
- Strongly Disagree

**28. The delivery room was clean and hygienic**

- Strongly Agree
- Agree
- Neither Agree or Disagree
- Disagree
- Strongly Disagree

**29. Giving birth was incredibly painful**

- Strongly Agree
- Agree
- Neither Agree or Disagree
- Disagree
- Strongly Disagree

**30. Labour was not as painful as I imagined**

- Strongly Agree
- Agree
- Neither Agree or Disagree
- Disagree
- Strongly Disagree



## Allegato 3.

### QUESTIONARIO SULLA SODDISFAZIONE DEL PARTO

Salve, mi chiamo Erika Novelletto, sono una studentessa del Corso di Laurea in Ostetricia dell'Università degli Studi di Padova. Sono giunta all'ultimo anno del mio percorso universitario e sto stilando una tesi in merito alle variabili correlate alla soddisfazione materna relativa al travaglio e al parto. Le sarei molto grata se potesse dedicarmi qualche minuto per compilare il seguente questionario, al fine di comprendere come ha vissuto questi momenti e il suo grado di soddisfazione.

Nel questionario le sarà richiesto di inserire il suo numero di braccialetto per poter recuperare in un secondo momento le variabili sul parto che saranno oggetto di tesi. Tutti i dati raccolti saranno utilizzati esclusivamente a fini statistici per il progetto di tesi e nella sola misura in cui siano rilevanti per essa. La ringrazio in anticipo per il suo tempo.

#### Sezione 1: domande preliminari

1. Numero di braccialetto

\_\_\_\_\_

2. Durante il travaglio quali di questi metodi non farmacologici per la gestione del dolore ha utilizzato?

- Nessuno
- Massaggio
- Utilizzo dell'acqua (borsa dell'acqua calda e/o doccia)
- Ambiente intimo (luci soffuse e/o musicoterapia e/o aromaterapia)
- Posizioni libere (le è stata data la possibilità di assumere la posizione che preferiva e/o le è stato proposto di cambiare posizione)
- Altro: \_\_\_\_\_

**Sezione 2: Birth satisfaction scale**

*(Il questionario utilizza una scala Likert graduata da 1 a 5, in cui 1 corrisponde a “completamente in disaccordo” e 5 a “completamente d’accordo”).*

**1. Ho affrontato positivamente il mio parto**

- Completamente d’accordo
- D’accordo
- Né d’accordo né in disaccordo
- In disaccordo
- Completamente in disaccordo

**2. Lo staff della sala parto mi ha incoraggiata a prendere decisioni riguardo a come io volessi che il travaglio progredisse**

- Completamente d’accordo
- D’accordo
- Né d’accordo né in disaccordo
- In disaccordo
- Completamente in disaccordo

**3. Ero ben preparata per il mio travaglio (mi sono informata e/o ho frequentato un corso di accompagnamento alla nascita)**

- Completamente d’accordo
- D’accordo
- Né d’accordo né in disaccordo
- In disaccordo
- Completamente in disaccordo

**4. Penso che il parto sia stata un'esperienza stressante**

- Completamente d'accordo
- D'accordo
- Né d'accordo né in disaccordo
- In disaccordo
- Completamente in disaccordo

**5. Ho superato il parto senza conseguenze fisiche e/o psichiche**

- Completamente d'accordo
- D'accordo
- Né d'accordo né in disaccordo
- In disaccordo
- Completamente in disaccordo

**6. Ho partorito un bambino in buone condizioni di salute**

- Completamente d'accordo
- D'accordo
- Né d'accordo né in disaccordo
- In disaccordo
- Completamente in disaccordo

**7. Durante il travaglio ho ricevuto un'assistenza eccellente**

- Completamente d'accordo
- D'accordo
- Né d'accordo né in disaccordo
- In disaccordo
- Completamente in disaccordo

**8. Sono stata sottoposta a molti interventi medici (induzione, ventosa, taglio cesareo)**

- Completamente d'accordo
- D'accordo
- Né d'accordo né in disaccordo
- In disaccordo
- Completamente in disaccordo

**9. Ho avuto un travaglio rapido e veloce**

- Completamente d'accordo
- D'accordo
- Né d'accordo né in disaccordo
- In disaccordo
- Completamente in disaccordo

**10. Mi sono sentita ben supportata dal mio partner durante il travaglio e il parto**

- Completamente d'accordo
- D'accordo
- Né d'accordo né in disaccordo
- In disaccordo
- Completamente in disaccordo

**11. Sono stata incoraggiata a tenere in braccio il mio bambino per un considerevole periodo di tempo dopo il parto**

- Completamente d'accordo
- D'accordo
- Né d'accordo né in disaccordo
- In disaccordo
- Completamente in disaccordo



**12. La mia esperienza di parto è stata molto diversa da ciò che mi aspettavo**

- Completamente d'accordo
- D'accordo
- Né d'accordo né in disaccordo
- In disaccordo
- Completamente in disaccordo

**13. Ho avuto la stessa ostetrica durante il travaglio e il parto**

- Completamente d'accordo
- D'accordo
- Né d'accordo né in disaccordo
- In disaccordo
- Completamente in disaccordo

**14. Ho percepito la sala parto come confortevole e sicura**

- Completamente d'accordo
- D'accordo
- Né d'accordo né in disaccordo
- In disaccordo
- Completamente in disaccordo

**15. Mi sono sentita molto preoccupata durante il travaglio e il parto**

- Completamente d'accordo
- D'accordo
- Né d'accordo né in disaccordo
- In disaccordo
- Completamente in disaccordo

**16. Mi sono sentita di aver perso il controllo durante la mia esperienza di parto**

- Completamente d'accordo
- D'accordo
- Né d'accordo né in disaccordo
- In disaccordo
- Completamente in disaccordo

**17. Ho preferito non conoscere in anticipo le fasi del parto**

- Completamente d'accordo
- D'accordo
- Né d'accordo né in disaccordo
- In disaccordo
- Completamente in disaccordo

**18. Non ero per niente in difficoltà durante il travaglio**

- Completamente d'accordo
- D'accordo
- Né d'accordo né in disaccordo
- In disaccordo
- Completamente in disaccordo

**19. Mi sono sentita ferita dalla mia esperienza di parto**

- Completamente d'accordo
- D'accordo
- Né d'accordo né in disaccordo
- In disaccordo
- Completamente in disaccordo

**20. Il mio bambino ha subito delle complicanze evitabili durante il parto**

- Completamente d'accordo
- D'accordo
- Né d'accordo né in disaccordo
- In disaccordo
- Completamente in disaccordo

**21. Lo staff mi ha fornito insufficiente assistenza durante il mio parto**

- Completamente d'accordo
- D'accordo
- Né d'accordo né in disaccordo
- In disaccordo
- Completamente in disaccordo

**22. Ho avuto un travaglio naturale, con minimi interventi medici**

- Completamente d'accordo
- D'accordo
- Né d'accordo né in disaccordo
- In disaccordo
- Completamente in disaccordo

**23. Ho pensato che il mio travaglio fosse eccessivamente lungo**

- Completamente d'accordo
- D'accordo
- Né d'accordo né in disaccordo
- In disaccordo
- Completamente in disaccordo

**24. Mi sono sentita ben supportata dallo staff durante il travaglio e il parto**

- Completamente d'accordo
- D'accordo
- Né d'accordo né in disaccordo
- In disaccordo
- Completamente in disaccordo

**25. Sono stata separata dal mio bambino per un considerevole periodo di tempo dopo il parto**

- Completamente d'accordo
- D'accordo
- Né d'accordo né in disaccordo
- In disaccordo
- Completamente in disaccordo

**26. Il mio parto è progredito come avevo programmato**

- Completamente d'accordo
- D'accordo
- Né d'accordo né in disaccordo
- In disaccordo
- Completamente in disaccordo

**27. Lo staff ha comunicato con me in modo appropriato durante il travaglio**

- Completamente d'accordo
- D'accordo
- Né d'accordo né in disaccordo
- In disaccordo
- Completamente in disaccordo

**28. La sala parto era pulita e igienizzata**

- Completamente d'accordo
- D'accordo
- Né d'accordo né in disaccordo
- In disaccordo
- Completamente in disaccordo

**29. Il parto è stato estremamente doloroso**

- Completamente d'accordo
- D'accordo
- Né d'accordo né in disaccordo
- In disaccordo
- Completamente in disaccordo

**30. Il travaglio non è stato così doloroso come immaginavo**

- Completamente d'accordo
- D'accordo
- Né d'accordo né in disaccordo
- In disaccordo
- Completamente in disaccordo

