



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:

Personalizzare l'assistenza con il piano del parto: analisi qualitativa

Relatore: Dott.ssa Mussi Patrizia

LAUREANDA: Pertile Sofia

ANNO ACCADEMICO 2023/2024

INDICE

ABSTRACT.....	1
CAPITOLO 1: LA MEDICINA NARRATIVA.....	5
1.1 Definizione di medicina narrativa	5
1.1 Applicazioni	7
CAPITOLO 2: IL PIANO DEL PARTO.....	12
2.1 Origine e benefici del piano del parto.....	12
2.2 Benefici del piano del parto.....	14
2.3 Sfide del piano	17
MATERIALI E METODI.....	19
RISULTATI.....	20
DISCUSSIONE.....	30
Presenza di una persona di fiducia.....	30
Movimento	31
Luogo del parto.....	36
Contenimento del dolore	38
Partecipazione attiva del partner.....	41
Comunicazione con l'ostetrica	42
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	46

ABSTRACT

Introduzione: negli ultimi anni, è emersa sempre di più l'attenzione al travaglio e parto fisiologico con il coinvolgimento della donna. Studi qualitativi e revisioni della letteratura hanno evidenziato che le donne desiderano informazioni durante la gravidanza e vorrebbero partecipare attivamente al travaglio e al parto, al fine di promuovere una maggiore autonomia, soddisfazione ed empowerment, migliorando così gli esiti materni e neonatali e favorendo il parto fisiologico. L'obiettivo di questo studio è valutare l'efficacia del piano del parto, uno strumento introdotto negli anni 80' in risposta alla crescente medicalizzazione, con lo scopo di migliorare l'assistenza ostetrica e l'esperienza del parto. Con un'analisi qualitativa si cerca di valutare se questo strumento consenta alle donne di esprimere le proprie preferenze in modo consapevole ed informato, permettendo loro di partecipare alle decisioni.

Metodi: è stata condotta un'analisi qualitativa. I dati sono stati raccolti nel periodo da marzo ad ottobre 2024 attraverso la somministrazione del "piano del parto", un questionario composto da domande aperte, somministrato alle donne frequentanti il corso di preparazione alla nascita che si è svolto nei consultori dell'AULSS 2 Marca Trevigiana.

Risultati: sono stati analizzati 130 questionari, l'età media del campione è di 32,5 anni e sono emerse sei categorie, ciascuna composta da delle sottocategorie. Le categorie principali sono: "presenza di una persona di fiducia", "movimento", "contenimento del dolore", "luogo del parto", "partecipazione attiva del padre" e "quale emozione vorresti comunicare all'ostetrica".

Discussione: In tutte le categorie è emerso il desiderio delle donne di esprimersi liberamente, con idee diverse ma realistiche, in linea con l'assistenza fornita negli ospedali. Per questo è importante sottolineare l'importanza dell'informazione offerta dai corsi di preparazione alla nascita che ha consentito alle partecipanti di prendere decisioni consapevoli. Nessuna donna ha espresso il desiderio di medicalizzazione del parto; al contrario, è prevalsa la preferenza per un parto fisiologico e personalizzato. La maggior parte delle donne desidera un movimento libero e la possibilità di assumere posizioni diverse, attribuendo importanza all'ambiente che le circonda, alle emozioni e alla presenza attiva del partner nell'accudimento del neonato. Tuttavia, alcune preferirebbero posizioni supine o non desidererebbero muoversi durante il travaglio. È emerso anche che la maggior parte delle donne è favorevole a metodi non farmacologici per il sollievo dal dolore, a differenza di quelli farmacologici, richiesti in misura minore. Infine, una piccola

percentuale di donne rimane indecisa su alcune scelte, ma tutte concordano nel voler avere al proprio fianco una persona di fiducia.

Conclusioni: i risultati di questo studio evidenziano l'efficacia dell'implementazione del piano del parto insieme ai corsi di preparazione alla nascita per vivere un'esperienza positiva e fisiologica, con un maggior empowerment e soddisfazione per la donna. Il piano del parto si è rivelato uno strumento utile per consentire alle donne di esprimere le proprie preferenze riguardanti il travaglio e parto.

ABSTRACT

Background: There has been an increasing focus on physiological labor and birth with the involvement of women. Qualitative studies and literature reviews have shown that women desire information during pregnancy and want to actively participate in labor and birth to foster greater autonomy, satisfaction, and empowerment, as well as to improve maternal and neonatal outcomes by promoting physiological birth. The objective is to evaluate the effectiveness of the birth plan, a tool introduced in the 1980s in response to increasing medicalization, aimed at improving obstetric care and the birth experience. Through qualitative analysis, we seek to assess whether this tool allows women to express their preferences in a conscious and informed manner, enabling them to participate in decision-making.

Methods: A qualitative analysis was conducted. Data were collected from March to October 2024 through the administration of the "birth plan," a questionnaire composed of open-ended questions, given to women attending childbirth preparation courses held at the AULSS 2 Marca Trevigiana clinics.

Results: A total of 130 questionnaires were analyzed, with a mean age of the sample being 32.5 years. Six categories emerged, each comprising subcategories. The main categories are: "presence of a trusted person," "movement," "pain management," "place of birth," "active participation of the partner," and "what emotion would you like to communicate to the midwife."

Discussion: In all categories, women expressed a desire to freely articulate their preferences, with diverse yet realistic ideas aligned with the care provided in hospitals. This highlights the importance of information from childbirth preparation courses, which enabled participants to make informed decisions. No woman expressed a desire for medicalization of birth; rather, there was a preference for physiological and personalized birth. Most women desired freedom of movement and various positions, emphasizing the importance of their environment, emotions, and the active presence of their partner in caring for the newborn. However, some preferred supine positions or did not want to move during labor. Additionally, most women favored non-pharmacological methods for pain relief, in contrast to pharmacological methods, which were requested less frequently. Finally, a small percentage of women remained undecided on certain choices, but all agreed on wanting a trusted person by their side.

Conclusion: The results of this study highlight the effectiveness of implementing the birth plan alongside childbirth preparation courses to experience a positive, physiological birth with greater empowerment and satisfaction for women. The birth plan has proven to be a useful tool for women to express their preferences regarding labor and delivery.

CAPITOLO 1: LA MEDICINA NARRATIVA

1.1 Definizione di medicina narrativa

Secondo la dottoressa Stefania Polvani, sociologa e Presidente della Società Italiana di Medicina Narrativa (SIMeN), fin dall'antichità l'uomo si dedica al racconto perché è il modo più umano di scambiare esperienze. Attraverso le trame si permette il dialogo che dà vita alle relazioni. Condividendo la propria storia e il proprio vissuto con gli altri, si trova il senso di ciò che sta accadendo (Polvani, 2022).

Secondo il filosofo Sartre *“un uomo è sempre un narratore di storie, vive circondato dalle sue storie e da quelle di altre persone, vede tutto ciò che gli accade in termini di queste storie”* (Kitta, 2024). Ogni relazione terapeutica inizia con il racconto e per comprendere il paziente è fondamentale capire ciò che ci sta comunicando, quindi non basta solo sentire, si deve anche ascoltare (Polvani, 2022). Il sociologo Arthur Frank vede l'ascolto come un obbligo morale *“Uno dei nostri doveri più difficili come esseri umani è ascoltare le voci di coloro che soffrono. Le voci dei malati sono facili da ignorare. Ascoltare è difficile, ma è anche un atto morale fondamentale”* (Kitta, 2024).

La storia è presente anche in ambito medico fin dall'antichità. Negli anni '80 alla Harvard Medical School, Arthur Kleinman e Byron Good, psichiatri e antropologi, lavorarono sul concetto di malattia e la avvicinarono alla tradizione del racconto. Le storie di malattia fanno comprendere il problema del paziente in senso olistico permettendo di affrontare il dolore interiore e morale, la disperazione e la speranza che accompagnano la malattia. Infatti, secondo la sociologa Polvani, la patologia cronica e i complessi sistemi di trattamento non possono solo avvalersi del metodo sperimentale, è necessario integrare anche un approccio olistico. Inoltre, le esperienze di malattia sono diverse, come diverse sono le persone e i cambiamenti che la sofferenza impone (Polvani, 2022).

La dottoressa Rita Charon, fondatrice della *Narrative Medicine*, introduce nella pratica medica il paradigma della narrazione. Secondo lei, *“la pratica efficace della medicina richiede competenza narrativa, ovvero la capacità di riconoscere, assorbire ed interpretare e agire sulle storie e le difficoltà degli altri; i nostri metodi possono dare ai medici le competenze necessarie per guardare dalla prospettiva dei pazienti, spingendoli ad usare l'immaginazione per rendere viva la loro condizione ed aiutarli ad immaginare un futuro per chi lotta contro la malattia”* (Charon, 2006).

La dottoressa afferma anche che, grazie alla competenza narrativa, i medici possono avvicinarsi ai pazienti e alla loro malattia, offrendo nuove opportunità per cure mediche migliori ed efficaci, rispettose ed empatiche basate sulla fiducia. La narrazione permette di sensibilizzare chi legge e chi ascolta alle storie di malattia e stimola la capacità di riflessione

con la giusta attenzione alla loro storia. Inoltre, aiuta il paziente a sentirsi ascoltato, ad elaborare e accettare i fatti vissuti e a ricostruire il tempo (Polvani, 2022).

La medicina narrativa permette di raccontare tutta la storia facendo emergere informazioni che non sarebbero mai state prese in considerazione (Cenci, 2020). Come nella psicoanalisi, anche in tutta la pratica medica, il racconto della storia del paziente è un atto terapeutico centrale, si trovano le parole per contenere il dolore e le preoccupazioni che ne conseguono, permettendo maggior controllo sulla malattia. La narrazione aiuta ad avere un maggior sollievo dal dolore della malattia (Charon, 2001).

Secondo il neurofisiologo Fabrizio Benedetti, membro dell'Accademy of Europe di Londra, che da anni si occupa del rapporto tra corpo e mente, la storia accompagna una terapia, e se la risposta è positiva, si attiva la produzione di endorfine con effetto antalgico. Al contrario uno stimolo verbale negativo può aumentarne il dolore. Dunque, il dottor Benedetti afferma che è importante la comunicazione tra medico e paziente, perché questa assume un ruolo centrale al punto da influenzare l'esito della terapia (Valente, 2022). Questo permette un percorso di cura e assistenza condivisa e quindi più efficace. Non significa che il medico deve immedesimarsi nella sofferenza del malato, ma deve essere disposto ad accogliere la sua storia. L'esperienza dimostra che le persone ammalate e i loro familiari si sentono più rassicurati quando, nel luogo di cura, si presta attenzione non solo alla malattia ma anche al loro vissuto sentendosi più a loro agio (Margreth, 2022).

Nel 2015 è stata introdotta la definizione di medicina narrativa (*Narrative Medicine*) durante la Conferenza di Consenso promossa dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), assieme al Centro Nazionale Malattie Rare (CNMR), dopo averne pubblicato le linee guida per il suo utilizzo in ambito clinico-assistenziale per le malattie rare e neurodegenerative. Dunque, *“con questo termine si intende una metodologia d'intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa. La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura. Il fine è la costruzione condivisa di un percorso di cura personalizzato (storia di cura). La Medicina Narrativa (NBM) si integra con l'Evidence-Based Medicine (EBM) e, tenendo conto della pluralità delle prospettive, rende le decisioni clinico-assistenziali più complete, personalizzate, efficaci e appropriate. Il racconto del paziente e di chi se ne prende cura è un elemento imprescindibile della medicina contemporanea, fondata sulla partecipazione attiva dei soggetti coinvolti nelle scelte. Le persone, attraverso le loro storie, diventano protagoniste del processo di cura”*. La Narrative-Based Medicine (NBM) non si colloca nella categoria della medicina alternativa o complementare e non intende mettere in discussione le prove di efficacia; pertanto, non è antagonista all'Evidence-Based Medicine (EBM).

La Narrative-Based Medicine si integra con l'Evidence-Based Medicine, che prevede che qualsiasi trattamento sia giustificato da prove di efficacia. L'Istituto Superiore di Sanità, nel 2023, ha affermato che, oltre alla malattia intesa come "disease", è necessario considerare anche "illness" e "sickness", ovvero il vissuto soggettivo del paziente e dei familiari, nonché la percezione sociale della malattia.

Secondo la sociologa Polvani, questa metodologia rappresenta la proposta di coniugare l'efficacia della tecnologia diagnostica e terapeutica con il riconoscimento della soggettività del paziente, dei loro diretti e del rispetto nelle loro scelte, rendendone attiva la partecipazione. Ad oggi, non è solo uno strumento o una competenza ma una vera e propria pratica di cura (Polvani, 2022).

1.1 Applicazioni

La medicina narrativa, attraverso la storia, riporta il paziente al centro del processo di cura; l'Azienda Sanitaria di Firenze è stata tra le prime in Italia ad applicarla fondando nel 2004 il programma NAME (Narrative based Medicine). Lo scopo di NAME fu quello di trattare il vissuto del malato, porre al centro delle cure la persona e l'alleanza tra operatori e pazienti per migliorare il sistema di cura. Questo programma ha dimostrato come la narrazione permetta a chi ha una malattia di fare ordine, di dare un senso alle esperienze e a collocare nel tempo e nello spazio la patologia, diventando così una pratica terapeutica. In questo progetto sono state riunite diverse strutture, tra cui Cardiologia, Oncologia, Terapia Intensiva, rischio clinico, comunicazione, relazioni con il pubblico, Reumatologia, infermieristica, educazione alla salute, pianificazione e controllo (Polvani, 2022).

Secondo l'Istituto Superiore di Sanità la medicina narrativa viene applicata in altri ambiti come:

- Prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione
- Maggior aderenza al trattamento da parte del paziente; nella carta di Firenze è evidenziato come il tempo dedicato all'informazione è tempo di cura, e, se chiara è essenziale per la decisione del paziente (Istituto italiano di Bioetica, 2005)
- Funzionamento del team di cura, prevenzione del burn-out di operatori e caregiver grazie ad un buon clima emotivo e ad una buona comunicazione (Polvani S, 2022)
- Consapevolezza del ruolo professionale e del proprio mondo emotivo da parte degli operatori
- Promozione e prevenzione del percorso diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)
- Ottimizzazione risorse e prevenzione di contenziosi giuridici (Cenci, 2016)

Secondo l'articolo pubblicato a luglio 2024 dalle dottoresse Anna Kitta ed Eva K. Masel, la narrazione sta emergendo sempre di più anche nelle cure palliative. In particolare, come anche in oncologia, i pazienti si confrontano con questioni di vita e cercano risposte per affrontare la loro realtà diversa e le loro prospettive future (Kitta, 2024).

Un altro ambito che vede la sua applicazione è il trattamento dell'epilessia. È stato condotto uno studio dalla psicologa Cristina Cenci e lo psichiatra e neurologo Oriano Mecarelli pubblicato nel 2020 riguardante l'applicazione della Medicina Narrativa per la personalizzazione dei percorsi di cura dell'epilessia. Lo scopo dello studio è stato quello di valutare l'utilità e la fattibilità delle metodiche narrative di routine attraverso una piattaforma digitale. La maggior parte dei pazienti ha ritenuto che questa pratica debba essere inserita di routine perché il paziente si è potuto concentrare meglio su sé stesso, migliorando così la pratica clinica (Cenci, 2020).

Questa metodologia si ritrova anche nella personalizzazione del trattamento dei pazienti anziani. Secondo la psicologa Cenci, i racconti dei pazienti e dei caregiver, le loro descrizioni, percezioni ed esperienze e preferenze, possono ridurre il rischio di interventi inappropriati. Grazie alle storie si possono promuovere procedure basate sulle esigenze specifiche di quel paziente. Inoltre, il tempo impiegato per la narrazione non crea un peso per i caregiver e per i professionisti perché viene visto come il tempo necessario per il trattamento (Cenci, 2016). Inoltre, è stato dimostrato come l'adozione dell'approccio della narrativa possa essere utile per identificare i bisogni che non sono stati soddisfatti in pazienti con malattie rare e complesse (rCTD) durante la gravidanza. È stato elaborato un elenco di possibili azioni per migliorare l'assistenza dei pazienti e delle loro famiglie in iniziative future. (Marinello, 2022) Anche nell'Unità operativa di terapia intensiva neonatale di secondo livello è stata introdotta un'intervista telefonica per valutare la soddisfazione delle cure e identificare gli ostacoli. È emerso che l'intervista "*Moms in the NICU*" è efficace per identificare strategie di miglioramento della salute e co-sviluppare un piano di assistenza personalizzata. Le madri hanno riferito di aver provato sentimenti come rassicurazione, comprensione e, in alcuni casi, sollievo (Adua, 2023).

La Medicina Narrativa però, non richiede solo buona volontà e un atteggiamento accogliente nei confronti di chi racconta, ma anche una formazione e un apprendimento metodico, assicurandosi che il professionista possieda specifiche competenze comunicative e relazionali. In uno studio pubblicato a dicembre 2023 dalla dottoressa Yuan Jing, è emerso come insegnare la Narrative Medicine durante il tirocinio in ostetricia e ginecologia, permette agli studenti di migliorare le loro capacità empatiche (Yuan, 2023).

Nella letteratura scientifica ci sono molti metodi diversi in base all'obiettivo e al contesto in cui ci si trova lasciando libero il paziente intervistato nell'uso della modalità più consona:

- Colloquio condotto con competenze narrative: secondo il dottor John Launer, il professionista deve tenere presente sette punti durante il colloquio. Il primo punto riguarda la conversazione, che non si limita a descrivere la realtà, ma la ricostruisce e la arricchisce. Il secondo punto parla di curiosità, ovvero ciò che trasforma una conversazione non impegnativa in una terapia. Il terzo punto è il contesto, un elemento fondamentale per comprendere la storia di malattia e costruire un legame di fiducia; questo include la famiglia, il posto di lavoro, la comunità di appartenenza, la religione e i valori, tutti elementi ai quali è necessario prestare attenzione. Gli ultimi tre elementi riguardano la co-costruzione del racconto, la cautela e la cura. Il medico deve cercare di creare una realtà migliore di quella attuale, prestando attenzione a rimanere realista e rispettoso nei confronti del paziente. Infine, l'ultimo elemento, ovvero la cura, è fondamentale: senza di essa nient'altro funzionerebbe (Polvani, 2022)
- Interviste narrative semi-strutturate: secondo il medico Giorgio Bert *“la narrazione spontanea tende a essere caotica e se si lascia che il paziente possa svolgerla in tutte le direzioni, si otterrà materiale eccessivo, scoordinato e in gran parte non utilizzato da parte del medico”* (Bert, 2007)
- Cartella parallela: la dottoressa Rita Charon ha proposto agli studenti della Columbia University un'integrazione narrativa alla cartella clinica, istituendo una cartella parallela in cui gli studenti sono stati invitati a scrivere le proprie emozioni e sentimenti per comprendere meglio ciò che i pazienti stanno vivendo e anche ciò che, in riflesso, i giovani medici si trovano a vivere
- Scrittura riflessiva
- Scheda narrativa: si tratta di un racconto semi-strutturato con una griglia costituita da parole chiave intervallate da spazi bianchi che i pazienti devono compilare. Serve per comprendere meglio un aspetto specifico del vissuto della malattia, ad esempio emozioni, aspetti fisici, spirituali e di sofferenza.
- Videointervista
- Time slips, narrazione illustrata, creatività: sono elementi importanti nella cura, stimolano l'immaginazione e, attraverso la poesia, il disegno, la creazione di una fiaba possono sostituirsi alla sola scrittura permettendo al paziente di comunicare in modo semplice ciò che prova.
- Stesura di un diario: scrivere aiuta a fare ordine sui pensieri e ad elaborare un'esperienza importante come quella della malattia; registrando emozioni, sintomi, riflessioni.

Il paziente che comunica attraverso la forma scritta è più consapevole delle sue emozioni perché prima di scriverle deve sforzarsi per elaborarle. Ha un effetto positivo nel processo di cura perché ogni vissuto è unico e individuale. Si è visto come l'uso di un diario narrativo possa essere utile per migliorare la qualità della vita dei pazienti durante il ricovero nei reparti di terapia intensiva e nella fase di riabilitazione, risultando così uno strumento fondamentale anche per chi lo legge (Polvani, 2022).

Dunque, secondo Polvani, il curante ha il ruolo di guidare la narrazione con domande specifiche e mirate, utilizzando strategie comunicative appropriate a seconda dello scopo, rendendo il racconto più funzionale al percorso di diagnosi e cura.

È stato condotto uno studio qualitativo dalla pediatra Ute Zocher, basato sull'analisi di interviste realizzate da due medici oncologi e un'infermiera, focalizzandosi sul loro punto di vista anziché su quello del paziente. È emerso che, l'utilizzo di un diario digitale come strumento per l'applicazione della medicina narrativa è stato apprezzato dai professionisti. Inoltre, la qualità dell'informazione fornita dal paziente ha portato ad un cambiamento nel rapporto curante-curato. Colui che necessita di assistenza non è “una” persona ma “la” persona, si crea empatia e maggior intimità. Dall'analisi della percezione del curante, emerge che l'applicazione del diario è utile ai professionisti per comprendere l'esperienza dei loro pazienti (Zocher, 2020).

La si ritrova anche nel mondo digitale. Questo perché, secondo il rapporto Censis 2014, il 42% degli italiani utilizza Internet per informazioni sulla salute; si cercano approfondimenti, si condividono bisogni, paure e consigli su community online e social network, rischiando una disintermediazione del sapere delle pratiche mediche. Dunque, è nata la prima piattaforma digitale per l'applicazione nella pratica clinica: la Digital Narrative Medicine (DNM). La DNM fornisce una tipologia di diario che non richiede interazione, i tempi di stesura e di lettura sono scelti rispettivamente dal paziente e dal curante, fornendo un racconto più accurato e tempi di visita più rapidi. La DNM si pone come obiettivo la co-produzione della salute per una medicina più efficace e meno costosa, al fine di costruire un percorso di cura personalizzato e condiviso. Dunque, è il primo dispositivo di telemedicina che integra le metodologie narrative e *“trasforma il processo attuale di empowerment digitale del paziente in risorsa per la cura, guidata da un medico”*. (Cenci, 2023). Inoltre, a novembre 2023 è stato pubblicato uno studio dall'oncologa Maria Cecilia Cercato che ha evidenziato come l'utilizzo di un processo narrativo digitale sia utile per la pratica oncologica, sia dal punto di vista del paziente che dell'operatore. Nello specifico, è stato introdotto il diario nel percorso di cura dei pazienti con sarcoma osseo e sarcoma dei tessuti molli degli arti (Cercato, 2023).

Dunque, questo approccio va contestualizzato in termini di empowerment e segna un passaggio dalla medicina paternalistica al modello di relazione in cui il paziente non è solo un oggetto di cura (Charon, 2006).

CAPITOLO 2: IL PIANO DEL PARTO

2.1 Origine e benefici del piano del parto

Il piano del parto è stato introdotto per la prima volta da Simkin e Reinke nel 1980 come strumento di educazione al parto, in un'epoca in cui questo evento era fortemente medicalizzato e le scelte delle donne erano limitate. Più di un decennio fa, il Consiglio dei Diritti Umani delle Nazioni Unite ha approvato una risoluzione che riconosceva la salute materna come un diritto umano. Di conseguenza, i sostenitori a livello globale si sono mobilitati per affermare il diritto a un'assistenza materna rispettosa, riconosciuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e sostenuta da oltre 90 organizzazioni internazionali e professionisti sanitari (Ahmadpour, 2022). Ci sono misure concrete che ogni partecipante al sistema di assistenza alla maternità può adottare per contribuire a rendere una cura rispettosa, tra cui l'utilizzo di piani di nascita individuali (Baumont, 2023). L'introduzione di questo documento fu rivoluzionaria perché permise alle donne di rivendicare i propri diritti e di esprimere le proprie necessità durante il travaglio, con l'obiettivo di migliorare la loro salute; questo fu rapidamente introdotto in alcuni paesi europei ed utilizzato nel 78% delle sale parto in Inghilterra (Ahmadpour, 2022). Nel 1996, l'OMS ha introdotto il piano di nascita come parte delle *“buone pratiche nell'assistenza durante il parto e la nascita”* al fine di umanizzare e riorganizzare l'assistenza raccomandandone tuttora l'uso. Il piano del parto è un documento redatto come intervista semi-strutturata o narrativa, ovvero un metodo utilizzato nella raccolta dei dati negli studi qualitativi (Mohaghegh, 2022).

Il dottor Giorgio Bert, che ha approfondito lo studio sulla comunicazione medico-paziente, ha affermato che *“la narrazione spontanea tende a essere caotica e, se si lascia che il paziente possa svolgerla in tutte le direzioni, si otterrà materiale eccessivo, scoordinato e in gran parte non utilizzato dal medico”*. Pertanto, l'operatore sanitario ha il compito di guidare la narrazione con domande mirate e strategie comunicative appropriate, rendendo il racconto funzionale al percorso assistenziale (Bert, 2007).

Il Sistema Sanitario Nazionale spagnolo nel 2013 ha pubblicato una linea guida relativa al piano del parto, basandosi sulle raccomandazioni dell'OMS di Ginevra pubblicate nel 1996. Secondo quanto riportato, è opportuno redigerlo intorno alle 28-32 settimane di gestazione tenendo in considerazione le opzioni fornite dall'ospedale scelto per il parto, in modo che le richieste possano essere soddisfatte. Infatti, è consigliabile scriverlo dopo una adeguata informazione e insieme ad una ostetrica così da poter prendere una decisione informata.

In questo documento sono presenti alcune categorie, tra cui:

- Ambiente del travaglio e parto: se la donna preferisce una stanza singola, confortevole e piacevole che richiama la propria casa oppure, se preferisce una stanza più “tecnica” come una sala operatoria, con luci soffuse e musica
- Presenza di un accompagnatore di fiducia
- Possibilità di idratazione e alimentazione, assenza di infusione endovenosa e induzione se non necessari
- Metodologie per alleviare il dolore: tecniche di respirazione, rilassamento, movimento libero, massaggi, acqua e vari metodi di analgesia
- Movimento in travaglio: camminare, muoversi, utilizzare la palla, cuscini, tappetini, sgabello olandese e la possibilità di usufruire della vasca
- Posizione preferita: semi reclinata, accovacciata, in piedi, ginecologica e molte altre.
- Nascita del bambino: domande riguardanti l’allattamento, il taglio del funicolo e il contatto pelle a pelle (skin to skin).

Il Ministero della Salute spagnolo afferma che bisogna evitare l’ossessione per “*il parto perfetto*”, ma si deve redigere un documento realistico, consapevoli che alcuni eventi potrebbero cambiare (Kohan, 2023). Infatti, il piano del parto è uno strumento dinamico, dato dall’imprevedibilità della natura del parto (Shareef, 2023). Un altro esempio di piano del parto, presentato alle donne durante uno studio, è quello dell’ostetrica Paravash Ahmadpour che prevede domande riguardanti il travaglio, il movimento, la possibilità di idratarsi e alimentarsi, il contenimento del dolore, le cure del neonato (Ahmadpour, 2022). Queste voci rientrano anche nelle raccomandazioni del Ministero della Salute del 2018, che incoraggia la donna a identificare una persona di sua scelta che le garantisca un supporto continuo.

Attraverso risposte scritte alle domande del questionario, le donne hanno la possibilità di esprimere le preferenze, le aspettative e i bisogni riguardo al travaglio e al parto, al fine di rendere l’esperienza il più positiva possibile (Mohaghegh, 2022) (Shareef, 2024). Infatti, è importante ascoltare le loro voci, sentire le loro preoccupazioni e agire prontamente per fornire l’assistenza e il supporto che meritano (Baumont, 2023). Inoltre, è un documento che facilita la comunicazione tra la donna, il suo partner e il personale sanitario, favorendo un’assistenza personalizzata che rispetti le esigenze e le situazioni personali della donna, coinvolgendola nel processo decisionale, facendola sentire unica, aumentando così la sua autonomia percepita (Shareef, 2024). L’autonomia di una donna nel processo decisionale sulla propria salute e su quella del proprio bambino è considerata parte essenziale per un’assistenza di qualità.

Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea l'importanza dell'autonomia di una persona nel prendere decisioni e scelte sulle procedure nel periodo perinatale, anche di fronte a complicazioni o interventi medici necessari (Vogels-Broeke, 2023).

2.2 Benefici del piano del parto

Uno studio qualitativo condotto in Iran nel 2022 ha esplorato le percezioni delle donne riguardo al piano del parto, evidenziando come vi fossero pochi dati disponibili sull'argomento. Secondo la dottoressa Zaynab Mohaghegh, il parto è un evento che crea ricordi che durano per tutta la vita, influenzando così il benessere della madre, del neonato e della nuova famiglia (Mohaghegh, 2022). Sebbene il parto possa portare a vari esiti psicologici a breve e lungo termine, se le madri ricevono supporto e cure adeguate, i ricordi rimarranno positivi, anche in caso di complicanze. Al contrario, le esperienze negative sono strettamente correlate all'insoddisfazione dell'esperienza del parto: paura, autostima e senso di controllo sono interconnessi e influenzati da fattori ambientali e dall'interazione con il personale sanitario. La mancanza di controllo e di supporto durante questo evento è spesso associata ad ansia, disturbo da stress post-traumatico e depressione post-partum (Ahmadpour, 2022). Inoltre, dove la medicalizzazione è elevata, come in Messico, molte donne non vivono esperienze soddisfacenti (Yam, 2007).

Quindi, una formazione adeguata sul travaglio e le strategie proposte dagli operatori sanitari per garantire un'esperienza positiva possono ridurre la paura del parto. Per questo, quando alcuni elementi mancano, l'esperienza negativa del parto può influire non solo sulle donne, ma anche sulle relazioni con il partner e sull'intera famiglia. (Ahmadpour, 2022) (Mohaghegh, 2022). In una revisione condotta dall'ostetrica Shahnaz Kohan in cui sono stati analizzati 948 articoli è emerso che il piano del parto ha un effetto positivo sull'empowerment, sulla soddisfazione e sull'esperienza positiva della donna, riducendo anche il tasso di taglio cesareo. Le conseguenze positive materne e neonatali dei piani di nascita prevalgono sulle conseguenze negative. Le donne avevano maggiori opportunità di iniziare ad allattare al seno in sala parto e i neonati di donne primipare, con un programma di parto, avevano valori di pH del sangue del funicolo ombelicale migliori rispetto a quelli di donne primipare senza un programma di parto (Kohan, 2023).

Il miglioramento dell'esperienza del parto e la riduzione degli effetti negativi sono emersi anche in uno studio condotto nel 2022 dall'ostetrica Parivash Ahmadpour, attuato per valutare l'implementazione di un piano del parto in Iran. Diversi sono i fattori che possono aiutare le madri a vivere un'esperienza positiva della nascita, tra cui la partecipazione al processo decisionale, una relazione positiva con il personale sanitario e un maggiore controllo percepito durante il parto. (Ahmadpour, 2022).

La partecipazione al processo decisionale e un'informazione adeguata svolgono un ruolo significativo nella gestione dello stress, nel supporto materno e nella preparazione fisica e psicosociale della futura madre. Una maggiore consapevolezza, derivante da una comunicazione efficace, può ridurre la paura e creare un feedback positivo per la donna. Comunicazione e supporto, che contribuiscono alla soddisfazione della madre riguardo al parto, rappresentano due degli indicatori più importanti della qualità dell'assistenza materna (Ahmadpour, 2020).

Il piano del parto è uno strumento centrato sulla donna, perché ne riflette i valori e i bisogni, consentendole di avere maggiore controllo sul parto migliorandone l'esperienza, favorendo la comunicazione e il rapporto di fiducia con la propria ostetrica. L'ostetrica Zaynab Mohaghegh, inoltre, definisce il piano del parto come uno strumento importante nella preparazione all'evento nascita, perché, oltre a ridurre gli esiti negativi, aumenta l'empowerment e l'autostima della donna. Quando l'assistenza è personalizzata e dunque incentrata su una singola donna, si fornisce un supporto continuo, si presta attenzione alle sue esigenze e alla sua determinazione durante il travaglio e il parto. In questo modo si rafforza il rapporto di fiducia con l'operatore e il caregiver, che si basa sull'empatia e sul rispetto, aumentando l'adesione alle proposte di assistenza fornite dai professionisti. Ad esempio, sapere che i propri mariti potevano essere al loro fianco durante il parto ha migliorato il vissuto del travaglio (Mohaghegh Z J. M., 2022) (Ahmadpour, 2022).

Le donne che hanno utilizzato il piano di nascita hanno identificato questo strumento come una guida che permette loro di fare scelte informate e di ricordare aspetti importanti durante il parto, anche in momenti di difficoltà. Durante lo studio, le partecipanti hanno affermato il questionario le ha aiutate a concentrarsi solo sull'evento, prendendo decisioni consapevoli e responsabilizzandosi sulle proprie scelte. Questo ha migliorato la loro autoefficacia e il loro empowerment. Inoltre, il piano del parto è stato percepito dalle donne come uno strumento utile ed efficace per la preparazione e l'adattamento al dolore del parto in modo da poterlo accettare e sopportare consapevolmente. Infatti, le donne vogliono informazioni sul dolore e sulla paura, oltre a suggerimenti su come gestirli (Yam, 2007). Una dello studio ha dichiarato *"Il mio corpo era completamente preparato al parto perché avevo aumentato la mia conoscenza sul parto vaginale. Era come se sapessi come alleviare il mio dolore da sola e come potevo controllarmi. Quando sei consapevole di qualcosa, ne hai meno paura"*. Secondo uno studio condotto nel 2023 dallo stesso autore, il piano del parto ha ridotto gli interventi medici non necessari come l'induzione del parto perché le donne con questo strumento avevano maggiori probabilità di avere un parto naturale, partecipando attivamente alla gestione del travaglio con consapevolezza.

La sua stesura riduce anche la durata delle fasi attive del travaglio, e la maggior parte delle partecipanti è stata ricoverata in ospedale quando la fase attiva era già iniziata. Riducendo la durata delle fasi del travaglio, si migliorano gli esiti neonatali e si riducono le probabilità di ricovero in terapia intensiva neonatale, aumentando le probabilità di iniziare l'allattamento subito dopo il parto (Mohaghegh, 2023). Questo dimostra come la formazione prenatale e il coinvolgimento delle donne possano ridurre la paura e l'ansia, influenzando positivamente il decorso del travaglio. La riduzione dell'ansia durante il travaglio aumenta la secrezione di endorfine e diminuisce la secrezione di adrenalina che sono elementi molto importanti per il suo andamento. Oltre a questi elementi anche il supporto fornito dagli operatori sanitari ha un effetto positivo. Un altro intervento medicalizzato ridotto grazie al piano del parto è l'uso dell'episiotomia, poiché le donne che redigono un piano eseguono più massaggi ed esercizi perineali. Inoltre, è migliorato il tasso di parto vaginale e il suo successo dopo un taglio cesareo (VBAC). Dunque, il piano del parto è uno strumento che aumenta la probabilità di un parto vaginale e il desiderio di avere un altro figlio, incrementando la soddisfazione delle donne anche nel post-partum (Mohaghegh, 2022). Tuttavia, è importante che il piano di nascita venga discusso con l'operatore sanitario durante la gravidanza e il parto, perché, nonostante i benefici, a volte può essere rigido e irrealistico, causando conflitti e esperienze negative (Shareef, 2023).

Le donne dello studio condotto dalla dottoressa Zaynab Mohaghegh per ritenevano che scrivere il piano del parto offrisse loro l'opportunità di riflettere e cercare informazioni da fonti autorevoli, poiché non si può scrivere un piano senza preparazione. Infatti, i risultati hanno evidenziato come sia efficace implementare il piano di nascita assieme ai corsi di preparazione alla nascita (Mohaghegh, 2022).

Coloro che hanno frequentato un corso di preparazione alla nascita acquisiscono conoscenze e competenze per affrontare al meglio il periodo perinatale aumentando anche la preferenza per parti vaginali non medicalizzati ma fisiologici, (Athinaidou, 2024) considerando le proprie opzioni e prendendo coscienza di eventuali avventi avversi. Una donna dello studio ha affermato *“essere preparati e istruiti ha aumentato il successo in tutto ciò che abbiamo fatto. Questo dovrebbe essere incoraggiato e sostenuto in modo particolare durante la gravidanza e il parto, avere conoscenza è abilitante”* (Mohaghegh, 2022).

La stessa autrice nel 2023 ha pubblicato uno studio randomizzato controllato che ha evidenziato l'importanza di istruire le donne e coinvolgerle nel processo decisionale durante il parto; questo svolge un ruolo cruciale nella loro preparazione fisica e psicosociale. Oltre ai corsi preparto, che le informano sulla gravidanza e offrono opzioni per la gestione del travaglio, il piano del parto contribuisce alla demedicalizzazione dell'evento.

Anche secondo questo recente studio, è stato dimostrato che le donne sono maggiormente coinvolte nel processo di cura e sono anche più informate su ciò che le aspetta sviluppando aspettative più realistiche su ciò che potrebbe accadere (Mohaghegh, 2023). Inoltre, in una revisione sistematica recente condotta dalla dottoressa Anna Maria Athinaidou pubblicata nel 2024, è emerso che il corso di preparazione alla nascita è stato efficace nel ridurre la paura e l'ansia associate al parto migliorandone l'autoefficacia (Athinaidou, 2024).

2.3 Sfide del piano

Le limitazioni emerse sono prevalentemente due; in primo luogo, a volte, i genitori non sono propensi ad accettare modifiche, anche se lievi; in secondo luogo, spesso i piani di nascita contengono informazioni percepite come “difensive” o poco utili e poco flessibili. Tamara Kaufman doula e educatrice al parto in Ohio, nel suo studio, sottolinea l'importanza di considerare il piano del parto come uno strumento che aiuta i futuri genitori a prendere decisioni consapevoli e realmente informate sia prima che dopo il travaglio e il parto, per vivere l'evento che desiderano. Il motore di ricerca Google, molto utilizzato per la ricerca di informazioni, offre dei piani del parto predefiniti con domande che potrebbero spostare l'attenzione della coppia su argomenti poco rilevanti, portando il personale sanitario a non prenderlo in considerazione. Ad esempio, vengono poste domande su pratiche come tricotomia o l'esecuzione del clistere, non più eseguite di routine. Inoltre, anche la lunghezza del brano può influire sull'attenzione prestata dal personale sanitario durante la lettura.

Secondo l'autrice, prima di scrivere il piano è necessario una “*discussion birth plan*”, che facilita il dialogo tra la donna e il suo partner e l'operatore sanitario. Questa discussione permette di affrontare preoccupazioni, domande, preferenze e opzioni disponibili creando un'opportunità per la coppia di conoscere meglio l'evento del parto. In questo modo, i futuri genitori possono esplorare la possibilità di assistere e imparare a comunicare efficacemente con i professionisti. In questo modo i genitori hanno l'opportunità di esplorare le possibilità di assistenza offerte dalla struttura. Dunque, secondo Tamara Kaufman essere ben informati aumenta l'autostima e la capacità di realizzare i propri desideri e prendere decisioni. Dopo aver discusso il piano del parto durante la gravidanza, dopo aver esaminato i propri desideri, le opzioni disponibili e la loro fattibilità con un operatore, si può redigere il “piano del parto” da consegnare nella struttura ospedaliera scelta. Questo permette di verificare che ciò che è stato discusso durante la gravidanza sia consona con le pratiche dell'ospedale scelto. L'autrice suggerisce di comporre una pagina che elenca brevemente i principi più importanti. Avere un piano breve e conciso per il personale oltre ad essere più semplice nella lettura, permette loro di avere bene in mente i punti più importanti. Gli operatori sanitari che in precedenza credevano che i piani di nascita segnalassero pazienti

difficili, potrebbero iniziare a notare che i parti più facili sono quelli che coinvolgono genitori che si sono presi del tempo per parlare e ascoltare il loro operatore sanitario, al fine di sviluppare un piano di nascita. Dunque, l'autrice afferma che è importante prima discutere, informarsi e poi redigerlo in modo da rendere realistiche le richieste (Kaufman, 2007). Si è visto, in una revisione recente pubblicata nel 2022 dall'ostetrica Caterina H. Bell, che aspettative irrealistiche e inflessibili hanno portato ad insoddisfazione. Dunque, gli operatori sanitari svolgono un ruolo chiave nella stesura dei piani di nascita. Nel presente studio l'impatto dei piani di nascita sulle donne ha dimostrato risultati generalmente positivi, in particolare dove è coinvolta la collaborazione, attraverso una buona comunicazione (Bell, 2022).

Shareef, dottoressa e docente all'università di scienze mediche, raccomanda agli operatori e alle donne di rivedere insieme i piani di nascita prima del parto, perché potrebbero verificarsi cambiamenti imprevisti che rendono difficile attenersi al piano redatto dalla donna. Si è osservato come le donne di fronte al cambiamento non mostravano impatti negativi sulla loro esperienza del parto, mantenendo il controllo della situazione (Shareef, 2023). In uno studio condotto in Messico, nonostante i parti non siano andati come previsto nei piani di nascita, le donne hanno comunque vissuto esperienze soddisfacenti (Yam, 2007). Pertanto, nonostante l'eterogeneità dei piani, quando sono sviluppati in collaborazione con gli operatori sanitari, i risultati sono stati associati a esperienze positive e ad un maggiore tasso di nascite fisiologiche (Ahmadpour, 2022).

Infatti, il Ministero della Salute spagnolo ha introdotto ufficialmente il piano di nascita come raccomandazione, fornendo però una linea guida. In più, l'autore sottolinea che ogni ospedale può proporre un piano da somministrare in base alle opzioni offerte dalla struttura (López, 2021). Lo studio ha anche analizzato il punto di vista delle ostetriche riguardo al piano di nascita. Le ostetriche hanno affermato che questo strumento aiuta le madri ad accettare meglio le circostanze inaspettate durante il parto. Inoltre, ritengono che consenta alle donne di rafforzare la loro capacità di ragionamento, ampliando le loro conoscenze. In questo modo, si incrementa il loro impegno interiore, la responsabilità e la soddisfazione delle loro aspettative. Inoltre, l'impegno delle donne nella realizzazione del piano aumenta la loro autostima, l'autocontrollo e l'autoefficacia (Mohaghegh, 2022). L'autocontrollo di una donna, secondo uno studio del 2023 condotto da Vogels-Broeke, dottore al "Research Centre for Midwifery Science", si ha maggiormente quando è attivamente coinvolta nel processo decisionale riguardo all'esperienza indipendentemente dall'esito. Al contrario, il mancato coinvolgimento può contribuire ad un'esperienza negativa o traumatica, anche se non tutte le donne vogliono partecipare alla stessa misura (Vogels-Broeke, 2023).

MATERIALI E METODI

Lo studio è di tipo qualitativo secondo il modello di Graneheim e Lundman (Mohagheh, 2022). I dati sono stati raccolti nel periodo da marzo ad ottobre 2024 attraverso la somministrazione del “piano del parto”. Il modello preso in esame è stato pubblicato dalla University of Washington Medical Center (University of Washington, 2017).

Il piano del parto è un questionario composto da domande aperte, con la possibilità di più risposte al quesito, ed è stato somministrato alle donne frequentanti il corso di preparazione alla nascita, che si è svolto nei consultori dell’AULSS 2 Marca Trevigiana (Montebelluna, Castelfranco, Conegliano e Treviso) previo consenso.

I criteri di inclusione di questo studio sono: la maggiore età e la padronanza della lingua italiana. La descrizione del campione comprende la nazionalità, l’età, il numero di gravidanze e il luogo del parto; gli ospedali elencati dalle donne sono i seguenti: Bassano del Grappa, Camposampiero, Castelfranco Veneto, Cittadella, Conegliano, Feltre, La Spezia, Mestre, Montebelluna, Pordenone, Treviso. Il questionario è stato costituito tassonomizzando 6 categorie: presenza di una persona di fiducia, movimento, luogo del parto, contenimento del dolore, taglio del funicolo ombelicale, emozioni da riferire all’ostetrica al momento del parto. Le categorie sono state scelte in base alle raccomandazioni del Ministero della Salute in cui si sottolinea l’importanza per la donna di avere al proprio fianco una persona di sua scelta per un supporto fisico ed emozionale continuo.

RISULTATI

Sono stati raccolti 130 questionari intitolati “*il piano del parto*”; i dati sono stati riportati in una tabella utilizzando il programma Excel. I risultati dei questionari sono stati analizzati attraverso il metodo qualitativo, riportati in tabelle secondo il modello di Graneheim e Lundman.

Table 1

	Numero	Valore %
Età		
Media	32,5	19-45
Nazionalità		
Brasiliana	1	0,80%
Ghanese	1	0,80%
Italiana	120	92,30%
Macedone	1	0,80%
Moldava	1	0,80%
Rumena	5	3,80%
Tedesca	1	0,80%
Totale campione	130	100%
Numero di gravidanze		
Nullipare		
1	111	85,40%
Pluripare		
2	17	13,10%
3	1	0,80%
4	1	0,80%
<i>Totale pluripare</i>	<i>19</i>	<i>14,70%</i>
Totale	130	100,00%

Tab. I: Caratteristiche partecipanti

Il campione di donne riportato nella tabella ha un'età media di 32,5 anni ed è di diversa nazionalità: il 92,3% delle donne è di nazionalità italiana, il 3,8% di nazionalità rumena e la nazionalità brasiliana, ghanese, macedone, moldava e tedesca hanno una rappresentazione dello 0,8% ciascuna. Il questionario è stato somministrato ad un 85,4% di donne nullipare e ad un 14,7% di donne pluripare.

CATEGORIE	Numero	Valore%
Persona di fiducia		
Si	130	100%
No	0	0%
<i>Risposte totali</i>	<i>130</i>	<i>100%</i>
Movimento		
Si	128	98,50%
No	2	1,50%
<i>risposte totali</i>	<i>130</i>	<i>100%</i>
Atmosfera		
Si	127	97,70%
No	3	2,30%
<i>Risposte totali</i>	<i>130</i>	<i>100%</i>
Contenimento dolore		
Si	125	96,20%
No	5	3,80%
<i>Risposte totali</i>	<i>130</i>	<i>100%</i>
Ruolo del papà		
Si	125	96,20%
Nessuna preferenza	5	3,80%
<i>Risposte totali</i>	<i>130</i>	<i>100%</i>
Taglio del funicolo		
Si	119	91,50%
Non sa	3	2,30%
No	8	6,20%
<i>Risposte totali</i>	<i>130</i>	<i>100%</i>
Comunicazione di dubbi, paure, perplessità		
Si	124	95,40%
No	6	4,60%
<i>Risposte totali</i>	<i>130</i>	<i>100%</i>

Tab. II: Categorie

Da una prima analisi è emerso che il 100% delle donne ha affermato di voler avere una persona di fiducia al proprio fianco; il 98,5% ha dichiarato di voler includere il movimento nel proprio percorso e, nel 97,7% dei casi, le donne hanno espresso la propria preferenza riguardo all'atmosfera del luogo del parto. Un 96,2% ha risposto alla domanda relativa al metodo di contenimento del dolore. Un'altra categoria riguarda la presenza del papà e la sua partecipazione attiva: il 96,2% ha risposto alla domanda sul ruolo in sala parto, mentre il 91,5% ha affermato di volere che il proprio partner tagliasse il funicolo ombelicale; invece, il 2,3% ha dichiarato di non saperlo ancora.

L'ultima categoria analizzata riguarda quello che le donne vorrebbero comunicare alla propria ostetrica, ed è emerso che il 95,4% vuole esprimere le proprie preoccupazioni ed emozioni.

	Numero	Valore%
Presenza del compagno	129	99,20%
Presenza della madre	1	0,80%
<i>Risposte totali</i>	<i>130</i>	<i>100%</i>

Tab. III: Persona di fiducia

Rispetto alla categoria “*persona di fiducia*” il 99,2% delle donne ha scelto il compagno mentre lo 0,8% ha scelto la madre.

MOVIMENTO	Numero	Valore %
Posizioni verticali		
Eretta	12	9,20%
Eretta con camminata	5	3,80%
Accovacciata	11	8,50%
Basculamento bacino	2	1,50%
Carponi	32	24,60%
Inginocchiata	1	0,80%
Palla	15	11,50%
Sgabello olandese	2	1,50%
<i>Totale</i>	<i>80</i>	<i>46,20%</i>
Posizione laterale		
Fianco	45	34,60%
Cuscino tra le gambe	4	1,50%
Comoda per riposo	1	0,80%
<i>Totale</i>	<i>50</i>	<i>38,50%</i>
Posizione seduta		
Semi-seduta	5	3,80%
Seduta	7	5,40%
<i>Totale</i>	<i>12</i>	<i>9,20%</i>
Posizioni dorsali		
Supina	2	1,50%
Distesa	5	3,80%
<i>Totale</i>	<i>7</i>	<i>5,40%</i>
Posizione litotomica		
<i>Totale</i>	<i>1</i>	<i>0,80%</i>
Posizioni alternative		
Movimento in acqua	9	6,90%
Posizione rana	1	0,80%
Posizione asimmetrica	1	0,80%
<i>Totale</i>	<i>11</i>	<i>8,50%</i>
Posizioni Libere		
Movimento libero	22	16,90%
Imparate al corso parto	3	2,30%
Imparate al corso yoga	3	2,30%
Consigli ostetrica	2	1,50%
<i>Totale</i>	<i>30</i>	<i>23,00%</i>
Posizioni con sostegno		
Sostegno non definito	2	1,50%
Sostegno sbarra	1	0,80%
Sostegno marito	4	3,10%
Sostegno liana	2	1,50%
<i>Totale</i>	<i>9</i>	<i>6,90%</i>
Non sa	8	6,20%

Tab. IV: Movimento

Di seguito i risultati delle posizioni emerse: le posizioni verticali sono state scelte dal 46,2% delle donne. Di queste, il 9,2% ha scelto la posizione eretta, un 3,8% la camminata, l'accovacciata nell'8,5% e il basculamento del bacino nell'1,5%. Tra le posizioni verticali rientrano anche la posizione carponi, scelte nel 24,6% delle donne, mentre quella inginocchiata è stata scelta dallo 0,8%. Le posizioni laterali, invece, sono state richieste nel 38,5% mentre quella seduta nel 9,2%. A queste si associa l'utilizzo del cuscino tra le gambe nell'1,5%, mentre lo 0,8% vorrebbe una posizione laterale per riposare. La posizione litotomica è stata scelta nello 0,8% mentre quella dorsale nel 5,4%; le posizioni dorsali comprendono quella supina e quella distesa, rispettivamente nell'1,5% e nel 3,8%. Le posizioni alternative sono state scelte dalle donne da un 8,5%; tra queste, il movimento in acqua è stato scelto dal 6,9%, mentre la posizione a rana e quella asimmetrica sono state scelte entrambe nello 0,8%. Le posizioni libere sono state scelte nel 23% dei casi: il 16,9% delle donne ha scelto il movimento libero, il 2,3% ha scelto le posizioni imparate al corso di preparazione della nascita e di yoga, infine, l'1,5% vuole affidarsi ai consigli dell'ostetrica. L'ultima categoria riguarda le posizioni con sostegno: l'1,5% ha scelto la liana come sostegno e, con la stessa percentuale, è stata indicata una scelta non definita. Infine, lo 0,8% ha scelto la sbarra da parto mentre il 3,1% vorrebbe il marito come sostegno. Il 6,2% delle donne ancora non sa quale posizione vorrebbe adottare.

LUOGO DEL PARTO	Numero	Valore%		Numero	Valore%
Caratteristiche dell'ambiente			Illuminazione		
Accogliente	5	3,80%	Soffusa	73	56,10%
Calore (temperatura)	6	4,60%	Accesa	2	1,50%
Intimità	18	13,80%	<i>Totale</i>	75	57,60%
Mantenimento della Privacy	1	0,80%			
Pulito	2	1,50%	Colore pareti	4	3,10%
Rilassante	8	6,20%	<i>Totale</i>	4	3,10%
Silenzioso	6	4,60%			
Tranquillità	15	11,50%	Presenza di oggetti		
Fisiologico	1	0,80%	Oggetti personali	11	8,50%
<i>Totale</i>	62	47,60%	Palla	2	1,50%
			<i>Totale</i>	13	10,00%
Assistenza			Presenza dell'acqua	4	3,10%
Empatia	2	1,50%	<i>Totale</i>	4	3,10%
Gentilezza	3	2,30%			
Supporto	2	1,50%	Presenza stimoli sensoriali		
Presenza del marito	16	12,30%	Aromi	23	17,70%
<i>Totale</i>	23	17,60%	Meditazione	1	0,80%
			Musica	81	62,30%
Caratteristiche personali			<i>Totale</i>	105	80,80%
Mindfulness	1	0,80%			
Emozione	1	0,80%	Non sa ancora	3	2,30%
<i>Totale</i>	2	1,60%	<i>Totale</i>	3	2,30%
Tutto purché si stia bene					
	1	0,80%			
<i>Totale</i>	1	0,80%			

Tab. V: Luogo del parto

La terza categoria riguarda l'atmosfera della sala parto, ovvero, le preferenze delle donne relative a ciò che vorrebbero con loro durante il travaglio e il parto. La prima categoria riguarda le caratteristiche che l'ambiente dovrebbe avere secondo il 47,6% delle donne. La sottocategoria riporta un 3,8% per un ambiente accogliente, un 4,6% per un ambiente caloroso e il 13,8% delle donne vorrebbe un po' di intimità con il proprio marito. Lo 0,8% vorrebbe il mantenimento della privacy, e nella stessa percentuale che sia fisiologico, mentre l'1,5% delle donne vorrebbe che sia pulito. Aggettivi come rilassante, tranquillo e silenzioso sono stati scelti rispettivamente dal 6,2%, 11,5% e 4,6% delle donne. Le caratteristiche dell'assistenza sono state scelte dalle donne nel 17,6%: l'empatia e il supporto rispettivamente nell'1,5% delle donne, la gentilezza nel 2,3% e la presenza del marito nella loro stanza nel 12,3%. Altre donne si sono concentrate sull'emozione nello 0,8% e la consapevolezza nella stessa percentuale, ma anche su tutto quanto purché si stia bene.

Le donne si sono soffermate anche su altri aspetti come l'illuminazione nel 57,6%: le donne hanno preferito un'illuminazione accesa nell'1,5% mentre soffusa nel 56,1%. Un'altra

caratteristica è la presenza di pareti colorate scelte nel 3,1% e nella presenza di oggetti nel 10%, delle donne, come la palla nell'1,5% e l'8,5% ha affermato di voler portare con sé un oggetto personale. La presenza dell'acqua è stata scelta nel 3,1% mentre la presenza di stimoli sensoriali nell'80,8%: la meditazione è stata scelta nello 0,8%, la presenza di aromi nel 17,7% e la presenza della musica nel 62,3% delle donne.

Il 2,3% non sa ancora cosa vorrebbe con sé e come vorrebbe l'atmosfera della propria stanza.

CONTENIMENTO DEL DOLORE	Numero	Valore%
Metodi non farmacologici		
Acqua calda	66	50,80%
Affidarsi a sé stesse e alla natura	2	1,50%
Ambiente familiare	1	0,80%
Aromaterapia	14	10,80%
Calore	1	0,80%
Digitopressione	6	4,60%
Massaggi	21	16,10%
Movimento	3	2,30%
Musica	23	17,70%
Presenza marito	5	3,80%
Respirazione	26	20%
Yoga	3	2,30%
Vocalizzazioni	1	0,80%
Tutte le tecniche possibili	3	2,30%
Metodi farmacologici		
Analgesia inalatoria	10	7,80%
Analgesia Peridurale	31	23,80%
Analgesia peridurale solo se i metodi non farmacologici non funzionano	7	5,40%
Non sa ancora	5	3,80%

tab. VI: Contenimento del dolore

La quarta categoria riguarda il contenimento del dolore. Sono stati scelti dalle donne metodi farmacologici e non farmacologici.

Le donne, come metodo farmacologico hanno scelto l'analgesia inalatoria nel 7,8%, l'analgesia peridurale nel 23,8% e, se i metodi non farmacologici non dovessero funzionare, quest'ultima è stata scelta nel 5,4%. I metodi non farmacologici scelti sono l'acqua nel 50,8%, un ambiente familiare nello 0,8% delle donne e l'aromaterapia nel 10,8%. Un 1,5% delle donne vorrebbe affidarsi a sé stessa e alla natura e lo 0,8% delle donne nel calore della stanza. Le tecniche come la digitopressione e il massaggio sono state scelte rispettivamente nel 4,6%, nel 16,1% mentre il movimento è stato preferito nel 2,3%. La musica è stata preferita dalle donne nel 17,7% e le vocalizzazioni nello 0,8%. La presenza del marito come metodo di contenimento del dolore è stata scelta nel 3,8% delle donne, invece tecniche come la respirazione e lo yoga sono state desiderate rispettivamente nel 20% e nel 2,3% delle donne. Il 3,8% delle donne non sa ancora quale metodo utilizzare per il contenimento del dolore.

PARTECIPAZIONE ATTIVA DEL PARTNER	Numero	Valore%
Coinvolgimento attivo del padre nell'accudimento		
Si	124	95,40%
Nessuna preferenza	5	3,80%
Madre	1	0,80%
<i>Totale</i>	<i>130</i>	<i>100%</i>
Taglio funicolo ombelicale		
Si	119	91,50%
No	3	2,30%
Non so	8	6,20%
<i>Totale</i>	<i>130</i>	<i>100%</i>

Tab. VII: Coinvolgimento del Partner

In questa categoria è stata analizzata la presenza attiva del papà durante il parto. Il suo coinvolgimento nell'accudimento è stato preferito dalle donne nel 95,4%. Il 3,8% non ha preferenze, mentre lo 0,8% ha scelto la madre.

Per il taglio del funicolo ombelicale, il 91,5% delle donne ha espresso il proprio desiderio di volerlo far recidere al padre del neonato, mentre il 6,2% non sa ancora e deciderà al momento. Il 2,3% delle donne non vuole che il padre tagli il funicolo.

COMUNICAZIONE CON L'OSTETRICA		Numero	Valore %		Numero	Valore%
Paure				Supporto		
Paura del cesareo	3	2,30%	Comprensione	2	1,50%	
Paura dell'ago	11	8,50%	Disponibilità	4	3,10%	
Paura del dolore	5	3,80%	Gentilezza	2	1,50%	
Paura del tempo	1	0,80%	Rassicurazione	5	3,80%	
Paura punti di sutura	1	0,80%	Sentirsi a proprio agio	1	0,80%	
Paura del parto	2	1,50%	Supporto ostetrica	19	14,60%	
Paura di non essere in grado	1	0,80%	Libertà di scelta	1	0,80%	
Paura di essere allontanata dal compagno	1	0,80%	Intimità con il marito	2	1,50%	
Paura delle forbici	1	0,80%	Sincerità	3	2,30%	
Paura della defecazione	1	0,80%	Accogliente	1	0,80%	
Paura delle complicanze	1	0,80%	Sintonia	1	0,80%	
<i>Totale</i>	28	21,70%	Fiducia	3	2,30%	
			Empatia	2	1,50%	
Essere informata	57	6,20%	Tranquillità	1	0,80%	
<i>Totale</i>	57	6,20%	Incoraggiata	1	0,80%	
			Umanità	1	0,80%	
Nulla grazie alla preparazione dei corsi	6	43,80%	<i>Totale</i>	49	39,70%	
<i>Totale</i>	6	43,80%				
Niente da comunicare	16	12,30%	Non essere informata	2	1,50%	
<i>Totale</i>	16	12,30%	<i>Totale</i>	2	1,50%	

Tab. VIII Comunicazione con l'ostetrica

L'ultima categoria riguarda ciò che le donne vorrebbero far sapere alla propria ostetrica, ovvero alcuni dubbi, paure o richieste di supporto.

Dai risultati è emerso che il 21,7% delle donne desidera comunicare le proprie paure: di questa percentuale, il 2,3% ha paura del parto cesareo, l'8,5% dell'ago, il 3,8% del dolore, e nello 0,8% della durata del parto e dei punti di sutura.

La paura del parto è emersa nell'1,5% e lo 0,8% delle donne vorrebbe comunicare alla propria ostetrica di aver paura di non essere in grado e che non vorrebbe essere allontanata dal partner; nella stessa percentuale anche la paura della defecazione, delle forbici e delle complicanze. Un'altra categoria emersa riguarda il supporto: l'1,5% ha indicato la comprensione, l'intimità con il proprio marito, la gentilezza e l'empatia. La disponibilità è stata espressa nel 3,1% e la rassicurazione nel 3,8%. La libertà di scelta vorrebbe essere espressa nello 0,8%, mentre il supporto fornito dall'ostetrica, i suoi consigli e la sua guida sono stati menzionati nel 14,6%.

La sincerità e la fiducia vengono espresse nel 2,3%, mentre l'accoglienza, la sintonia, la tranquillità e l'umanità sono state indicate dallo 0,8% delle donne; nella stessa percentuale, le donne desiderano essere incoraggiate dall'ostetrica.

DISCUSSIONE

Presenza di una persona di fiducia

I risultati evidenziati nella seguente analisi qualitativa sono coerenti con quanto riportato nella letteratura. Il 100% delle donne intervistate ha espresso il desiderio di avere accanto una persona di fiducia. Questo è in linea con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 2018, per cui, ad ogni donna viene consigliata la possibilità di sperimentare il travaglio e il parto con il compagno di sua scelta. Tale accompagnatore può essere il partner, un familiare, un'amica o una persona della sua rete sociale.

Dai risultati ottenuti dalla prima categoria è emerso che la maggior parte delle donne vorrebbe al proprio fianco il compagno durante il travaglio e parto. Tuttavia, non tutte le donne scelgono il partner; in una piccola percentuale, per esempio, è stata scelta la madre. Inoltre, sempre in numero ridotto, alcune donne che hanno indicato il partner come accompagnatore principale hanno comunque scelto una seconda persona di fiducia (la madre), nel caso in cui il compagno non potesse essere presente a causa del lavoro. Questo evidenzia l'importanza per le donne di avere accanto una persona cara che la sostenga emotivamente, per non essere sola nei momenti più difficili del travaglio, fornendo un supporto e un sostegno affettivo. Le donne che si sono sentite supportate dal compagno tendono a vivere l'esperienza del parto con maggior soddisfazione e a fare meno ricorso alla partoanalgesia. La partecipazione del partner, infatti, permette di condividere un percorso di trasformazione significativo. Il compagno può prendersi cura della donna, proteggerla e garantire che i suoi bisogni e desideri vengano rispettati (Longworth, 2021). La sua presenza riduce lo stress, aumenta la soddisfazione materna e rafforza il legame affettivo con il partner e promuove una maggiore comunicazione e un processo decisionale condiviso.

Una partecipante dello studio ha affermato *“In una sala parto, non c'è solo una donna che partorisce e un bambino che nasce, ma anche un uomo che diventa padre, se presente”*. Anche i partner che inizialmente si sentono incapaci di gestire l'esperienza del parto, dopo la partecipazione riportano un aumento dell'empowerment e del senso di paternità, rafforzando la propria autostima e provando emozioni come euforia, potere e gioia, spesso grazie anche alla guida e al supporto dell'ostetrica (Smith, 2024). Per la donna, avere accanto una persona con cui poter condividere intimamente questo momento, come il partner, o con la persona da lei scelta, è di fondamentale importanza perché, oltre a condividere l'esperienza con la propria compagna, riduce l'ansia e lo stress (Olza, 2018).

Movimento

I risultati della seconda categoria dello studio sono confermati e rafforzati da quanto emerso dalla letteratura riguardo l'importanza del movimento durante il travaglio e il parto. La maggior parte delle donne ha espresso una propria preferenza per le posizioni da adottare. Secondo una revisione condotta nel 2013 dall'ostetrica Lawrence Annemarie, è importante variare le posizioni e favorire il movimento libero. Questi aspetti aiutano a sfruttare al meglio le forze di gravità e l'efficienza delle contrazioni uterine, elementi essenziali nella progressione ottimale del travaglio, oltre a favorire l'allineamento fetale e la dinamica del parto. Inoltre, il movimento libero e la possibilità di assumere posizioni diverse durante il travaglio, rappresentano le principali risposte fisiologiche al dolore riducendo anche l'uso dell'analgesia peridurale (Lawrence, 2013). Questo viene supportato da un recente studio pubblicato ad agosto 2024 dall'ostetrica Marlene Lopes; queste pratiche influenzano positivamente la progressione del travaglio (Lopes, 2024) facilitando il parto spontaneo, riducendo così la necessità di interventi medici non indispensabili.

Un ulteriore effetto positivo della mobilitazione riguarda l'allattamento: ridurre lo stress materno, favorisce la capacità e la volontà della donna di proseguire con l'allattamento, grazie ad un maggiore senso di empowerment e soddisfazione per l'esperienza del parto (Vila-Candel, 2024). Il movimento libero, dunque, ha un'influenza positiva apportando diversi benefici. In particolare, riduce il rischio di compressione dei grossi vasi da parte dell'utero, garantendo così un'adeguata ossigenazione. Ciò si traduce in effetti positivi anche per il feto, come la riduzione delle alterazioni cardiografiche.

Secondo la revisione condotta nel 2023 dal Ginecologo Dimitrios Papoutsis e dall'ostetrica Angeliki Antonakou, se alle donne fosse consentito di scegliere liberamente le posizioni durante il travaglio, opterebbero per una mobilità attiva, cambiando fino a 7-8 posizioni. Inoltre, è stato evidenziato come partorire in una posizione diversa dalla posizione litotomica, faciliti il processo del parto, poiché consente un maggiore movimento del coccige e un aumento del diametro della pelvi ossea. Le posizioni alternative, inoltre, vengono spesso utilizzate come strategie conservative, proposte alla donna come parte dell'assistenza prima di ricorrere a pratiche invasive come l'utilizzo dell'ossitocina o l'amnioressi, poiché possono migliorare specifiche condizioni cliniche (Papoutsis, 2023).

Questo supporta quanto riscontrato nello studio condotto perché le donne, grazie alla possibilità di comunicare i propri desideri, hanno potuto esprimere la loro idea.

Le posizioni scelte maggiormente dalle donne sono quelle verticali. Queste posizioni, spesso, sono selezionate spontaneamente dalle partorienti poiché favoriscono l'allineamento ottimale tra il corpo dell'utero, il segmento uterino inferiore, la cervice e

l'ingresso pelvico, facilitando un'azione più armoniosa delle contrazioni. I benefici di queste posizioni sono molteplici. Rispetto a quelle supine, l'assunzione di posizioni erette, associata alla deambulazione, comporta una riduzione della durata della fase attiva del travaglio, una minore probabilità di ricorrere al taglio cesareo e una riduzione dell'uso di analgesia epidurale (Lawrence, 2013). L'ostetrica Marta Berta che ha condotto una revisione nel 2019 ha confermato che la seconda fase del travaglio risulta ridotta poiché la posizione eretta migliora l'efficienza delle contrazioni uterine, permettendo al feto di assumere una posizione più favorevole, attraversando così il canale del parto in modo più rapido (Berta, 2019). Uno studio più recente, pubblicato nel 2024 condotto dall'ostetrica Lopes, ha ulteriormente confermato i vantaggi di queste posizioni: esse migliorano l'effetto della forza di gravità sul feto, aumentano l'efficacia delle contrazioni e ampliano i diametri pelvici, facilitando una dilatazione cervicale più rapida e riducendo la durata della prima fase del travaglio di circa 1 ora e 20 minuti. Inoltre, contribuiscono anche a prevenire la distocia, riducendo l'incidenza di episiotomia. Dal punto di vista fetale, ottimizzando il flusso sanguigno tra placenta e feto, diminuiscono le probabilità di ricovero in unità di terapia intensiva neonatale (Lopes, 2024).

Alle posizioni verticali, si è visto come si possa integrare la possibilità di camminare; questo risultato emerso è coerente anche con quanto rilevato nello studio sperimentale pubblicato nel 2022 dal medico dell'Unità di Terapia Intensiva Neonatale, Zahra Al Aryani. Secondo l'autore, le madri che restavano a letto senza camminare riportavano una minore soddisfazione riguardo all'esperienza del parto rispetto a quelle che si muovevano o cambiavano posizione. Questo può essere spiegato dal fatto che il movimento libero contribuisce a ridurre la percezione del dolore, motivo per cui è importante incoraggiarlo durante il travaglio, assecondando i segnali del corpo e sfruttando la varietà di posizioni disponibili. A queste pratiche si possono associare anche esercizi come la respirazione (Al Aryani, 2022). La deambulazione e il mantenimento di posizioni erette, come inginocchiarsi, accovacciarsi o stare in piedi durante la prima fase del travaglio, sono considerati metodi naturali per alleviare il dolore. Inoltre, queste posizioni favoriscono il rilascio endogeno di ossitocina, contribuendo al progresso del travaglio in modo più fisiologico (Papoutsis, 2023).

Anche nello studio sono emersi risultati riguardanti l'assunzione della posizione accovacciata e quella carponi che permette alla donna di potersi inginocchiare e ciò è conforme alla letteratura. La posizione accovacciata è considerata tra le più naturali ed è utile per indurre fisiologicamente il travaglio; riduce la percezione del dolore e migliora l'efficienza della spinta. L'aumento dei diametri del bacino, insieme all'azione della gravità, fornisce al feto più spazio per muoversi e progredire nel canale del parto.

Inoltre, per evitare di mantenere costantemente questa posizione, è possibile alternarla ad altre, utilizzando un supporto tra una contrazione e l'altra (Satone, 2023).

La posizione carponi (anche chiamata inginocchiata con un appoggio in avanti), è utilizzabile anche durante il parto, in particolare nel caso di dolore lombare a causa di una mal posizione fetale. Questa posizione consente alla donna di alleviare il peso dell'utero da quella regione anatomica, riducendo la pressione esercitata dalla parte presentata sul sacro. Inoltre, permette un movimento più libero del bacino, facilitando la tolleranza al dolore e distribuendo le tensioni su vari punti della regione pelvica. Questa tecnica, abbinata alla respirazione, facilita la gestione del ritmo delle contrazioni.

Essendo una posizione stancante, soprattutto per le braccia e le ginocchia, è consigliabile utilizzare un supporto. Si può coinvolgere maggiormente il partner, perché, insieme alla posizione accovacciata, possono fornire alle loro compagne un sostegno su cui appoggiarsi. Questa possibilità di movimento libero consente alle donne di cercare un supporto che dia sicurezza e conforto (Satone, 2023). Il coinvolgimento del partner e l'utilizzo del cuscino da posizionare tra le gambe nella posizione di fianco, assieme anche all'utilizzo della sbarra sono emersi nei risultati dello studio. Dunque, secondo il ginecologo Satone, la presenza di un supporto può facilitare l'utilizzo di queste posizioni perché potrebbero essere difficili da mantenere senza un sostegno (Satone, 2023).

Oltre ai benefici clinici, le posizioni verticali offrono anche vantaggi emotivi significativi. Infatti, questa posizione è strettamente associata ad un'esperienza di parto più positiva, in quanto favorisce un maggiore coinvolgimento nel processo decisionale, promuovendo l'autonomia e l'autocontrollo durante il travaglio. Inoltre, offre distrazione e conforto, riducendo potenzialmente il bisogno di analgesia. Coinvolge anche il partner in modo più attivo, contribuendo a un'esperienza più soddisfacente per entrambi. L'autrice sottolinea l'importanza di promuovere l'empowerment della donna già durante la gravidanza, incoraggiandola a partecipare attivamente alle decisioni relative alla mobilità e informandola sui benefici delle posizioni erette (Lopes, 2024).

Un altro tipo di posizione emersa dallo studio è l'utilizzo dello sgabello. Questa posizione eretta aiuta ad utilizzare la gravità per stimolare la progressione lungo il canale del parto, aumentandone anche i diametri. Infine, un altro oggetto utilizzato è la palla che, mantenendo la posizione verticale come anche per lo sgabello, favorisce la discesa e la rotazione del feto stimolando il mantenimento della posizione verticale. Questo approccio comporta sia benefici psicologici che fisici, come il rilassamento dei muscoli lombari e del pavimento pelvico (Satone, 2023).

Finora si è analizzato il movimento concentrato sulle posizioni verticali. Tuttavia, un altro obiettivo fondamentale nell'accompagnamento di una donna in travaglio è il riposo. Le conoscenze in ambito neuroendocrino spiegano come, durante le pause tra le contrazioni, si attivi il sistema parasimpatico, che favorisce il rilassamento generale, un fattore cruciale per il regolare avanzamento del travaglio in modo fisiologico. Le posizioni di rilassamento sono quelle che forniscono alla donna la sensazione di abbandono del corpo, riducendo le tensioni muscolari e permettendole anche di addormentarsi brevemente tra una contrazione e l'altra. Una donna dello studio ha affermato: *“vorrei ogni tanto assumere una posizione comoda che mi rilassi”*. Questo, dunque, giustifica un gruppo ristretto di donne che ha preferito adottare una posizione seduta come la semiseduta o seduta con le gambe incrociate. Queste posizioni non solo favoriscono il riposo, ma risultano particolarmente efficaci quando il dolore è localizzato nella zona sopra pubica, permettendo di "racchiudere" la parte dolorante tra cosce e addome. Questo può essere utile, ad esempio, durante un travaglio precipitoso o in caso di discesa precoce della parte presentata.

Tuttavia, in una piccola percentuale di donne, sono state preferite le posizioni dorsali come quella supina e distesa. La posizione supina non è la più favorevole per la progressione del travaglio, poiché può rendere le contrazioni più dolorose e aumentare il rischio di paura e agitazione, con conseguenze negative sulla perfusione fetale a causa della compressione di vasi sanguigni importanti (Lawrence, 2013). In alternativa alla posizione supina, l'ostetrica attraverso un'adeguata comunicazione, potrà suggerire alla donna una posizione semi-reclinata o semi-seduta.

Infatti, un'altra posizione scelta dalle donne dell'analisi qualitativa condotta è la posizione laterale. Il ginecologo Satone ha evidenziato che la posizione laterale è associata ad una seconda fase del travaglio più breve, ad una minore intensità del dolore percepito, ad un minor numero di parti strumentali e di episiotomie. Inoltre, viene associata anche ad una minor incidenza di anomalie nella frequenza cardiaca fetale perché evita la compressione dell'aorta o della vena cava inferiore o di entrambe. La posizione di parto laterale presentava anche la percentuale più alta di perineei integri; infatti, viene utilizzata anche per il parto. Per questi motivi, per le donne che hanno indicato di preferire una posizione "distesa" nello studio condotto, senza specificare se si trattasse di una posizione supina o laterale, l'ostetrica, attraverso un adeguato sostegno, potrà proporre una posizione che risponda alle esigenze della donna e favorisca il benessere materno e fetale (Satone, 2023).

Secondo la recente meta-analisi condotta nel 2024 dal ginecologo Jordan McKinney, il movimento libero può essere praticato anche in acqua. L'acqua calda favorisce la redistribuzione del flusso sanguigno e riduce il dolore stimolando il rilascio di endorfine, aumentando l'elasticità dei tessuti e il rilassamento. Inoltre, l'acqua contribuisce a ridurre

l'ansia e permette un movimento più fluido e libero durante il travaglio. Da un punto di vista clinico, il parto in acqua non ha aumentato la probabilità di infezione materna, riduce il rischio di emorragia postpartum, di bassi punteggi Apgar, di rianimazione neonatale, infezione e ricovero in TIN (McKinney, 2024).

Infine, secondo il ginecologo Prasiddhi Satone la maggior parte delle donne partorisce in posizione supina o semi-seduta. Le posizioni verticali, come in piedi, sedute, accovacciate, insieme a quelle laterali e carponi, risultano meno comuni. Tuttavia, è molto importante informare le donne riguardo ai numerosi benefici delle posizioni alternative, poiché queste possono essere utilizzate non solo durante il travaglio, ma anche durante il parto. Gli autori sottolineano che, quando alle donne viene data la possibilità di scegliere, esse adottano una varietà di posizioni, sia supine (come quella di fianco, semi-reclinata o litotomica) che non supine, sia per il travaglio che per il parto (Satone, 2023).

Infatti, i risultati ottenuti dallo studio supportano quanto enunciato in questa revisione perché le posizioni tradizionali sono state scelte in numero inferiore rispetto alle posizioni libere ed alternative.

Dalla categoria "*Movimento*", è emerso che le donne desiderano non essere vincolate a una scelta predefinita "*Vorrei sentirmi libera di muovermi*". Questo desiderio implica la possibilità di scegliere liberamente, seguendo il proprio corpo e i suggerimenti dell'ostetrica al momento del bisogno: "*Sceglierò la posizione richiamata dal mio corpo*". Si è osservato come queste tecniche, specialmente se combinate tra loro, hanno un effetto positivo; pertanto, è importante incoraggiare le donne ad adottarle, considerando i loro benefici (Cavalcanti, 2019).

Si può affermare, dunque, che non esiste una posizione antalgica per eccellenza; ogni donna, a seconda della localizzazione del dolore, del momento e della fase del travaglio in cui si trova, sarà lei stessa ad individuare le posture che le offriranno maggior sollievo. Infatti, come affermano le raccomandazioni NICE "*Intrapartum care*" pubblicate nel 2023, la percezione è soggettiva e unica. Pertanto, è fondamentale fornire informazioni alle donne soprattutto durante i corsi di preparazione alla nascita, riguardo alla varietà di posizioni disponibili. In questo modo, possono scegliere liberamente e consapevolmente ciò che è meglio per loro, ascoltando il proprio corpo e vivendo un'esperienza positiva (Lopes, 2024). Una donna dello studio, per esempio, ha affermato "*libertà di movimento per poterle provare tutte*".

Dai risultati, dunque, emerge che tutte le donne dello studio hanno espresso la loro preferenza, e la maggior parte di loro ha scelto un movimento libero e vario, rappresentato dalle diverse posizioni elencate.

Questo riflette la libertà di espressione del corpo, che è parte integrante della vita di una donna, soprattutto in un momento così significativo che porteranno con sé per sempre.

Luogo del parto

Una percentuale notevole di donne ha espresso la propria preferenza riguardo all'atmosfera desiderata nella sala parto. Questo dato è rilevante, poiché, l'ambiente in cui avviene il parto riveste un ruolo importante perché influisce notevolmente sugli esiti del parto, sul vissuto della donna fino a 12 mesi dopo il parto (Goldkuhl, 2023). Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2018 ha sottolineato l'importanza di un'esperienza di parto positiva e sana, essenziale per la soddisfazione delle donne.

I risultati che emergono maggiormente dall'analisi di questa categoria riguardano le caratteristiche dell'ambiente. Le donne hanno espresso la preferenza per un ambiente che sia tranquillo, silenzioso, accogliente, rilassante, caloroso, pulito, con pareti tinteggiate e luci soffuse, evitando un'atmosfera che richiami una sala chirurgica. Questo è il linea con quanto emerso nello studio randomizzato controllato condotto dall'ostetrica Goldkuhl Lisa nel 2023, il quale evidenzia che gli elementi che compongono la sala parto influenzano significativamente le esperienze del parto. L'autore sottolinea che un'esperienza positiva promuove il parto fisiologico e ha un impatto notevole sull'attaccamento madre-bambino e sulla donna stessa, aumentandone la soddisfazione, la consapevolezza e il senso di controllo nel processo decisionale. Ad esempio, un ambiente percepito come sicuro favorisce la produzione e il rilascio dell'ormone ossitocina, che non solo induce e stimola le contrazioni del travaglio, ma riduce anche i livelli di dolore e stress, influenzando positivamente il benessere emotivo. Dunque, è importante favorire alla donna ambienti di parto personalizzati, che siano per loro familiari, rilassanti e di supporto affinché il loro processo fisiologico del travaglio funzioni in modo ottimale e riduca il rischio di complicazioni del parto (Goldkuhl, 2023). Infatti, nei risultati dello studio condotto, è emersa la preferenza da parte delle donne di portare con sé un proprio oggetto personale per richiamare la propria casa, il proprio ambiente sicuro, come una candela che favorisca il rilassamento, la propria palla, il cuscino, una pallina antistress o delle cuffiette per ascoltare la musica.

Promuovere una sala più intima, protetta, pulita e funzionale, dotata di illuminazione regolabile, aromi, suoni e pareti colorate, può garantire un senso di familiarità. Attraverso questi stimoli sensoriali, si può anche ridurre il ricorso all'analgisia. Tutto ciò è finalizzato a suscitare un senso di appartenenza a quello spazio, che ne riduca il senso di allerta dato dall'estraneità del luogo al fine di vivere l'evento in modo positivo.

Dunque, per ridurre le tensioni e lo stress, aumentare il senso di controllo sull'evento e favorire la fisiologia del travaglio, è opportuno allestire lo spazio in modo funzionale. È importante chiedere alla donna se e cosa dell'ambiente la inibisca, oltre a come desidera l'illuminazione. Inoltre, in un ambiente adeguato, è più facile instaurare buone relazioni con la coppia.

La sicurezza percepita in un luogo è molto importante: *“Avrei bisogno di personale che faccia sentire tranquilla”*. Questa risposta introduce un altro tema emerso nello studio, in linea con la letteratura. Inoltre, in questo contesto, risulta più semplice instaurare buone relazioni non solo con la coppia, ma anche con il personale sanitario (Goldkuhl, 2023). Infatti, le donne hanno espresso il loro desiderio di avere al proprio fianco personale empatico, che le permetta di praticare la “mindfulness”, che sia gentile, accogliente e competente.

Un dato significativo dello studio è la presenza di un'illuminazione soffusa. Questo è supportato dall'ostetrico francese Frederick Leboyer; una ridotta illuminazione, elemento molto desiderato dalle donne, influenza anche il bambino, evitando eventi stressanti. Garantisce tranquillità, riduce gli interventi medici non necessari e aumenta l'attenzione al momento vissuto dalla donna, rispettandone i tempi. Questo le consente di concentrarsi su sé stessa anziché su ciò che accade intorno a lei, percependo meglio il proprio corpo, garantendo intimità e autonomia (Rodrigues, 2019). Tuttavia, una piccola percentuale dello studio vorrebbe mantenere una buona illuminazione e non soffusa. Per questi motivi è necessario offrire alle donne ambienti di parto personalizzati, che favoriscano il loro rilassamento e che siano di supporto affinché il processo sia fisiologico, come richiesto da una partecipante dello studio: *“vorrei tutto purché si stia bene”*. Inoltre, riduce il rischio di complicanze, come per esempio un travaglio prolungato, interventi non necessari, l'utilizzo dell'ossitocina endovenosa, il parto vaginale strumentale e il cesareo d'urgenza, aumentando la probabilità di parto vaginale, la soddisfazione della donna e la possibilità di un allattamento esclusivo (Goldkuhl, 2023).

Oltre agli aggettivi sopra citati, altri due elementi importanti riscontrati nello studio sono l'intimità e la privacy. È emerso che le donne desiderano un luogo intimo, circondate da poche persone, affinché questo momento sia ritagliato per loro e per il marito. Questo è in linea con quanto riportato nella letteratura, perché tali elementi sono fondamentali per vivere l'esperienza della nascita e del parto nella massima libertà possibile. Le donne non devono sentirsi imbarazzate e devono poter mostrare anche le proprie debolezze senza che ciò rappresenti motivo di tensione interiore. Pertanto, è importante che alla donna sia

consentito di stabilire, per quanto possibile, le posizioni, i luoghi e le persone che caratterizzeranno l'esperienza del parto.

Infatti, lo studio ha rilevato che alcune donne desiderano un momento intimo con il proprio marito. Oltre al suo coinvolgimento, permette di instaurare un clima di fiducia ed equilibrio, facendo sentire la donna sostenuta e amata. Questo momento così intenso mantiene la madre in contatto con il suo vissuto intimo, amplificato dal contatto affettivo con il proprio compagno (Smith, 2024).

Gli elementi che favoriscono un senso di familiarità non sono uguali per tutti. Oltre alle caratteristiche relazionali e all'ambiente fisico, è emerso il desiderio delle donne di avere nel loro luogo sicuro stimoli sensoriali che rendano la propria stanza confortevole, come la presenza di aromi. Questo è in linea con quanto riportato nella letteratura. Avere aromi, musica, luci, oggetti e pareti con viste sulla natura, oltre a elementi come l'acqua e meditazione, favorisce il rilassamento (Goldkuhl, 2023).

Dunque, dallo studio si può affermare che per le donne l'ambiente circostante è importante; sono emersi elementi diversi tra loro, a sostegno di un'assistenza personalizzata.

Contenimento del dolore

Secondo i risultati dello studio condotto, le donne hanno espresso il desiderio di utilizzare sia metodi farmacologici che non farmacologici, questi ultimi sono stati scelti prevalentemente per il loro benessere.

Papoutsis e Antonakou, rispettivamente ginecologo e ostetrica, hanno affermato che, una donna in travaglio che si sente bene e rilassata avrà una percezione diversa del dolore rispetto ad una donna che prova paura, ansia, stanchezza o che ha avuto una precedente esperienza negativa. Il dolore del parto è considerato una delle esperienze più intense per le donne. La sua percezione, infatti, è un fenomeno complesso e soggettivo che varia da persona a persona ed è correlata non solo alla localizzazione e all'intensità del dolore, ma anche allo stato psicologico dell'individuo. Dunque, i modulatori del dolore non sono influenzati solo da fattori esogeni, come gli analgesici, ma anche da fattori endogeni scatenati dalle emozioni, come la paura e l'ansia, oltre che dalla mobilitazione e dal sostegno (Papoutsis, 2023), (Tzeng, 2017).

Lo studio citato supporta i desideri delle donne emersi in questa analisi qualitativa. Una donna ha affermato "*Quando sono stata separata dal mio compagno, il dolore è diventato ingestibile*". Alcune donne, quindi, hanno desiderato il supporto emotivo del proprio compagno, mentre molte si sono concentrate prevalentemente su un ambiente che le ricordasse la propria casa, caratterizzato da un'atmosfera calorosa e da luci soffuse. Un

altro dato significativo riguarda l'importanza della musica; altre donne hanno invece preferito pratiche come la respirazione e i massaggi. Una piccola percentuale ha scelto la pratica dello yoga, unita a un movimento libero che permette di affidarsi a sé stesse e alla natura. Secondo una revisione condotta dalla psicologa Caroline Smith, il rilassamento, lo yoga e la musica possono contribuire a ridurre il dolore e la durata del travaglio, aumentando la soddisfazione legata al sollievo e all'esperienza del parto (Smith, 2018).

La tecnica della respirazione, molto apprezzata dalle donne, consiste in respiri lenti e profondi, inspirando dal naso ed espirando dalla bocca. Questa pratica rappresenta uno strumento endogeno efficace per sciogliere tensioni, ridurre l'ansia e favorire il rilassamento del pavimento pelvico. Nota anche come "respirazione Lamaze", introdotta dal dottore Fernand Lamaze.

Secondo una meta-analisi pubblicata nel 2021 da Chao Wu, dottore dell'università medica dell'aeronautica militare, è emerso che la respirazione aiuta la donna a rilassare i muscoli volontari, a distrarsi dalle emozioni negative e a concentrarsi sui movimenti respiratori. Questo contribuisce a mantenere la calma durante il travaglio e ad aumentare la fiducia nella propria capacità di partorire, aiutando le donne a comprendere come affrontare il dolore promuovendo il comfort. Inoltre, permette di favorire il parto naturale e riduce anche il rischio di emorragia post-partum (Wu, 2021). Combinato all'espirazione ci può essere la vocalizzazione, tecnica emersa nello studio. In base alla teoria del cancello, la vibrazione raggiunge più rapidamente i centri superiori del sistema nervoso deputato all'elaborazione del dolore.

Un'altra tecnica emersa, che si basa sempre su questo principio, è la digitopressione, ovvero la pressione esercitata con il pollice sugli stessi punti dell'agopuntura, insieme a massaggi che mirano a sciogliere le tensioni e alleviare il dolore. Queste pratiche possono essere eseguite dall'ostetrica, ma anche dal partner, coinvolgendolo maggiormente, o da una persona di fiducia da lei scelta. Infatti, secondo la Gate Control Theory, ideata dallo psicologo Ronald Melzack e il neurofisiologo Patrick Wall, se uno stimolo doloroso viene associato ad uno meccanico dato dal tocco pressorio o vibratorio, il dolore sarà attenuato grazie all'attivazione di una fibra (A-beta) che, quando stimolata dallo stimolo non doloroso, blocca la trasmissione di segnali dolorifici. Inoltre, questa tecnica contribuisce a ridurre i livelli di catecolamine e cortisolo, ovvero gli ormoni dello stress, della paura, mentre aumenta la concentrazione della serotonina (Melzack, 1965).

Le donne hanno scelto anche l'aromaterapia per il loro ambiente di parto, il che è in linea con quanto emerso nella letteratura. In una revisione sistematica condotta dall'ostetrica Mahbubeh Tabatabaiechehr, l'aromaterapia è riconosciuta come un metodo efficace per

ridurre i sintomi associati a vari processi fisiologici, inclusa l'esperienza del travaglio. Essa consiste nell'utilizzo di oli essenziali derivati da colture naturali per rilassare e controllare la mente e il corpo attraverso composti aromatici. L'aromaterapia offre anche benefici psicologici nel post partum come la riduzione della depressione, il miglioramento della qualità del sonno e un alleviamento del dolore post-episiotomia o taglio cesareo. Inoltre, il suo utilizzo riduce la necessità di analgesia epidurale, riducendone anche i tempi del parto (Tabatabaeichehr, 2020). Dai risultati è emerso che, una donna dello studio, per esempio, avrebbe il desiderio di portare con sé l'olio alla lavanda. Questo è in linea con quanto riportato nella revisione in esame. Infatti, l'olio essenziale alla lavanda riduce il dolore e l'ansia (Tabatabaeichehr, 2020).

Un'altra tecnica desiderata è l'immersione in acqua calda. Questo è in linea con quanto emerso nella letteratura. Secondo la revisione sistematica condotta dall'ostetrica Ethel Burns, l'immersione in acqua all'interno di una vasca, favorisce il rilassamento. Il parto e il travaglio in acqua possono ridurre la paura, l'ansia e la percezione del dolore, favorendone la fisiologia. Inoltre, può aumentare i tassi di perineo integro e ridurre l'utilizzo dell'episiotomia. Altri benefici, riguardano una precoce dimissione e un migliore avvio dell'allattamento al seno, insieme alla riduzione dell'uso di analgesici (Burns, 2022).

Inoltre, se ad una donna non dovesse piacere l'immersione, le si può proporre un'alternativa: gli impacchi caldi. Secondo l'ostetrica Hannah Dahlen, gli impacchi sono stati altamente accettati sia dalle donne che dalle ostetriche come mezzo per alleviare il dolore durante la seconda fase tardiva del travaglio, riducendo anche quello perineale durante il parto. Sia le ostetriche che le donne erano positive riguardo all'uso degli impacchi caldi in futuro (Dahlen, 2009). Uno studio a supporto di quanto enunciato è stato pubblicato nel 2024 dall'ostetrica Sara Edwards; secondo questa meta-analisi l'acqua ha aumentato la soddisfazione materna mentre il dolore percepito era diminuito, diminuendo anche la durata delle fasi del travaglio grazie al rilassamento (Edwards, 2024). Dunque, molte donne vorrebbero evitare metodi farmacologici o invasivi di contenimento del dolore durante il travaglio e questo è in linea con i risultati ottenuti dallo studio in cui la maggior parte delle donne ha espresso il proprio desiderio. Una gestione efficace e soddisfacente del dolore deve essere personalizzata per ogni donna (Smith, 2018).

Le donne, tuttavia, non hanno espresso solo desideri riguardanti i metodi non farmacologici, ma hanno anche manifestato preferenze per quelli farmacologici, come l'analgesia epidurale e inalatoria. L'analgesia epidurale è una tecnica farmacologica che riduce efficacemente il dolore aumentando la soddisfazione della madre per il sollievo ottenuto.

Tuttavia, potrebbe allungare la seconda fase del travaglio, aumentare il rischio di parto operativo, ipotensione materna, blocco dei nervi sensomotori, iperpiressia e ritenzione urinaria.

Però, secondo la revisione condotta dal medico Millicent Anim-Somuah non ha avuto impatto sul rischio di ricorrere ad un taglio cesareo o ad un mal di schiena a lungo termine. Inoltre, non sembra avere un effetto immediato sullo stato del neonato come determinato dai punteggi di Apgar o nei ricoveri in terapia intensiva neonatale (Millicent, 2018).

Dunque, si può affermare che è importante ascoltare le donne e i loro bisogni. Qualsiasi tecnica elencata, come il supporto emotivo continuo, un ambiente rassicurante e non giudicante, il coinvolgimento del partner, una cura dell'ambiente, la continuità assistenziale da parte dell'ostetrica, l'uso del movimento, può influenzare le diverse dimensioni del dolore, rendendolo più sopportabile, contribuendo ad un evento naturale e soddisfacente per la donna. Un clima di attenzione, comprensione e dialogo, consente alla madre di esercitare un certo controllo sugli eventi di cui è protagonista, facendola sentire "efficace". È proprio la sensazione di perdita di efficacia e di controllo a determinare una percezione sgradevole dell'esperienza del parto, più ancora della stessa esperienza di dolore (Goldkuhl, 2023).

Partecipazione attiva del partner

In precedenza, si è visto il ruolo benefico dato dal coinvolgimento del partner durante il travaglio e parto. Un'altra categoria che lo vede partecipare, oltre alla sua presenza a fianco della donna, è dopo la nascita del loro bambino. Questa categoria ha indagato le preferenze delle donne riguardo il ruolo attivo del padre. I risultati dello studio hanno evidenziato che la maggior parte delle donne vorrebbe che partecipasse. Le donne vorrebbero che il partner le aiutasse soprattutto nei momenti di stanchezza, contribuendo così a creare un legame fin dal primo momento, iniziando questa nuova conoscenza. Questo è in linea con quanto emerge in letteratura.

Secondo la Dottoressa specializzata in Medicina Sociale, Anna Sarkadi, in una revisione, ha affermato come le cure precoci al neonato da parte del padre, sotto supervisione del personale e seguendo il protocollo, sia benefico per loro. Queste prime cure prevedevano il taglio del funicolo ombelicale, tenerli in braccio e asciugarli dandoli alla madre, misurarli e pesarli. La metodologia, dunque, sarebbe sicura per i bambini con parametri fisiologici (Sarkadi, 2008).

Questo influisce sul benessere di coppia perché il parto è un'esperienza complessa e con il suo coinvolgimento anche il partner può sentirsi parte integrante del momento, agendo anche sul legame del papà con il suo bambino. Sempre in letteratura, secondo uno studio

clinico randomizzato controllato, il neonatologo Hernán Villalón, afferma che ci sono altri benefici derivanti da questo contatto precoce genitore-figlio.

Durante il contatto pelle a pelle, nei parti cesarei o in momenti in cui non era possibile darlo alla madre, i neonati piangevano meno e raggiungevano uno stato di rilassamento prima rispetto agli altri, inoltre presentavano schemi di suzione e tentativi di comunicazione vocalizzata più precoci. I genitori che hanno tenuto in braccio i propri figli durante la prima ora di vita hanno mostrato un maggiore comportamento non verbale nei loro confronti quando valutati a un mese con la Brazelton Neonatal Assessment Scale (BNAS). In questo modo, il padre dovrebbe essere il primo caregiver del neonato, in caso di separazione dalla madre (Villalón, 2014).

Un ulteriore studio conferma i benefici dati da una partecipazione attiva paterna. Secondo una revisione del 2024, pubblicata dalla psicologa Laura Cordolcini, è emerso che i livelli di ossitocina paterna erano più elevati dopo che i padri avevano preso in braccio i loro neonati, aumentando così il legame padre-neonato. Questo ha riportato benefici paterni dati da uno stato d'animo meno ansioso e stressante; dunque, può avere effetti positivi. Per quanto riguarda il neonato invece, durante la pratica dello skin to skin paterno, il loro pianto è durato meno tempo rispetto a quelli posizionati nelle culle. Studi futuri dovrebbero fornire altre prove sul ruolo dei comportamenti tattili dei padri (Cordolcini, 2024). Inoltre, molti genitori ritengono che sia emotivamente opprimente viverlo senza previa preparazione, per questo, è necessario informare maggiormente la coppia riguardo il ruolo attivo del padre (Sarkadi, 2008).

Comunicazione con l'ostetrica

Il parto non è solo un'esperienza fisica, è anche un'esperienza psicologica molto intensa e profonda che lascia ricordi vivi per il resto della vita. Secondo una meta-analisi condotta dalla ginecologa Ibone Olza è necessario ascoltare e soddisfare le esigenze emotive delle donne. Il benessere emotivo e psicologico, quindi, si rivela cruciale per le percezioni e le esperienze di gravidanza e parto. Così come l'eccessiva applicazione di pratiche di assistenza medicalizzata per donne sane, anche la sfera psicologica preoccupa e non sempre viene presa in considerazione. Invece, l'autrice afferma che comprendere l'esperienza psicologica del parto può contribuire a migliorare un approccio alla salute e alla promozione di relazioni familiari sane e felici a lungo termine. Per questo, permettere alle donne di esprimere le proprie emozioni, preoccupazioni e sensazioni non solo favorisce un senso di integrazione e coesione, ma contribuisce anche a rendere l'esperienza del parto più positiva.

Le emozioni, dunque, hanno un ruolo fondamentale: comunicandole, le donne non solo permettono agli altri di comprenderle, ma possono anche riflettere sulla propria storia personale (Olza, 2018).

L'ostetrica Jennifer Fenwick, in uno studio clinico randomizzato controllato, evidenzia come livelli elevati di paura del parto possano influenzare negativamente la preparazione all'evento, gli esiti ostetrici e il benessere emotivo generale (Fenwick, 2015). Le donne che manifestano una forte paura tendono a subire interventi ostetrici più frequenti, inclusi tagli cesarei, in più, vengono prodotti ormoni che ostacolano le contrazioni, prolungando il travaglio (Dinç, 2024). Inoltre, una cattiva salute emotiva è correlata anche ad un rischio di depressione, con ripercussioni sulle interazioni con il neonato e sulla relazione di coppia. L'autrice osserva come ci sia stato un decremento dell'8% nel tasso di taglio cesareo dopo che le donne hanno partecipato a interventi prenatali di psicoeducazione. Questi risultati suggeriscono che la consulenza prenatale può alleviare ansia e paura, conducendo a una maggiore soddisfazione e a una riduzione dei traumi legati al parto, rafforzando così il legame tra il benessere emotivo e un'esperienza di parto più positiva (Fenwick, 2015). A supporto di tale affermazione, una donna dello studio condotto ha affermato *“Il corso preparto mi ha tolto ogni dubbio; ora rimane la cosa più bella: partorire.”*

L'importanza delle emozioni durante il travaglio e il parto emerge chiaramente dai risultati, che si allineano con quanto riportato nella letteratura: molte donne desiderano comunicare con la propria ostetrica. I temi principali identificati sono tre: esprimere le proprie paure, indicare quali forme di supporto sarebbero più utili e ricevere informazioni.

Il supporto riveste un ruolo centrale per le donne dello studio. Secondo la dottoressa Ibone Olza, l'esperienza psicologica del parto per le donne è fortemente influenzata dalle persone presenti durante la nascita, come il marito e l'ostetrica. È molto importante che queste persone siano compassionevoli e supportino le donne nel mantenere un senso di controllo, affinché i loro desideri possano realizzarsi, aumentando così la possibilità di un parto fisiologico (Olza, 2018).

L'approccio One-to-One non solo aumenta la soddisfazione materna, ma promuove anche una comunicazione efficace e una relazione di fiducia tra la donna e l'ostetrica. Questo è confermato da una revisione che ha coinvolto 15.858 donne. Un supporto continuo è infatti associato ad una nascita più fisiologica e porta con sé numerosi benefici sia per la madre che per il feto, tra cui la riduzione dell'uso di analgesia, una durata più breve delle fasi del travaglio e una riduzione del parto cesareo. Inoltre, riduce anche i punteggi Apgar bassi a cinque minuti e riduce anche i sentimenti negativi al parto (Bohren, 2017).

Alcuni esempi raccolti dai questionari rivelano una richiesta di sostegno: *“Non vorrei essere lasciata da sola”* e *“Vorrei essere accompagnata passo dopo passo”*; dunque, si

riflette la necessità di un supporto costante da parte delle ostetriche. Altre qualità desiderate includono disponibilità, gentilezza, fiducia, sintonia, tranquillità e la libertà di scegliere *“Sentirsi libera di scegliere senza giudizi”*.

Tale supporto consente loro di concentrarsi su sé stesse perché sanno che ciò che accade intorno a loro è normale e sono al sicuro, facilitando così il rilascio di ormoni essenziali per un travaglio e parto fisiologico. Le ostetriche e gli altri operatori sanitari possono facilitare questo processo dimostrando empatia, compassione e supportando la convinzione di una donna nella propria capacità di partorire. Un buon supporto non solo aumenta la soddisfazione materna, ma consente, anche grazie ad una buona informazione, di avere un maggiore controllo sulla situazione. *“Sapere per essere consapevole”* è quanto afferma una donna, infatti, ricevere informazioni complete permette loro di fare scelte consapevoli.

Accanto al supporto, le donne manifestano un forte bisogno di comprensione ed empatia, intese non come semplice *“mettersi nei loro panni”*, ma come ascolto autentico, che ne riconosca l'individualità e le emozioni uniche che vivono. *“Vorrei essere ascoltata e aiutata”, “Farmi sentire a mio agio”* sono frasi emblematiche che evidenziano come l'ascolto vada oltre l'udito, richiedendo un'accoglienza attenta alla storia e ai sentimenti dell'altro (Olza, 2018).

Infine, la capacità di riconoscere e accogliere emozioni, ansie e paure attraverso una comunicazione efficace e un supporto continuo è fondamentale per aiutare le donne ad affrontarle e attivare nuove risorse. Secondo una recente meta-analisi, pubblicata ad agosto 2024, dal medico Sevgi Dinç, uno dei metodi segnalati come efficaci nel ridurre la paura del parto negli ultimi anni è l'approccio basato sulla consapevolezza, tramite un'adeguata educazione durante la gravidanza. In questo modo aumenta la sensazione di empowerment per la donna (Dinç S, 2024). Per questi motivi, è importante che la donna possa esprimersi e confidare alle ostetriche le sue paure, affinché l'operatore, attraverso un'assistenza personalizzata possa aiutarla a liberarsi della paura. *“Vorrei dirle che ho tanta paura, ma sono pronta ad affidarmi al mio corpo, al mio bambino e alla mia guida, l'ostetrica, pronta ad accogliere ogni sfida nel modo più naturale possibile”*. Perché questo avvenga, è essenziale che le donne percepiscano che i loro bisogni siano ascoltati e le loro scelte considerate. Una donna consapevole, informata e coinvolta nelle decisioni che riguardano sé stessa e il proprio bambino sperimenta una connessione e coerenza tra ciò che accade nel corpo e nella mente. Questo clima di fiducia, assieme al supporto contribuisce a ridurre la paura e ad aumentare la soddisfazione complessiva (Dinç, 2024) (Olza, 2018).

Secondo le raccomandazioni Nice *“intrapartum care”*, per garantire un rapporto di fiducia con la donna, per permetterle di prendere decisioni e per garantire sicurezza, è opportuno chiederle quali sono i suoi desideri e le sue aspettative per il travaglio.

CONCLUSIONE

In conclusione, il piano del parto si è rivelato un documento scritto utile per la donna al fine di poter esprimere le proprie preferenze. Questo, secondo quanto emerso, permette alla donna una maggiore consapevolezza, empowerment e soddisfazione dell'esperienza grazie ad un'assistenza personalizzata, con benefici sia per lei che per il feto. Le categorie analizzate compongono la cornice necessaria per un'esperienza di parto positiva, fisiologica, creata con consapevolezza grazie alle informazioni ottenute al corso di preparazione alla nascita.

Ogni travaglio è unico, e attraverso le loro espressioni, le donne possono ricevere un'assistenza più personalizzata e informata. L'intervista semi-strutturata ha offerto una guida utile, consentendo loro di esprimere desideri concreti, in linea con l'assistenza normalmente offerta dal personale ostetrico e non desideri irrealistici. È significativo notare come le richieste siano state diverse, sottolineando l'importanza di un'assistenza che rispetti, ascolti e valorizzi la singolarità e i bisogni di ogni donna.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Adua K, R. R. (2023). developing a pilot to engage and empower women who have delivered a prematurely born infant. *Tratto da* <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37301839/>
- Ahmadpour P, M. S.-A.-C. (2020, Settembre). Evaluation of the birth plan implementation: a parallel convergent mixed study. *Reprod Health. PMC*. *Tratto da* <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32894145/>
- Ahmadpour P, M. S.-A.-C. (2022, Novembre). Effect of implementing a birth plan on maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial. *PMC*. *Tratto da* <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36419027/>
- Al Aryani Z, O. A. (2022, Agosto). Examining the impact of upright and recumbent positions on labor outcomes in Saudi Arabia: A quasi-experiment. *PMC*. *Tratto da* <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37546496/>
- Anim-Somuah M, S. R. (2018, Maggio). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *PMC*. *Tratto da* <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29781504/>
- Annemarie Lawrence, L. L. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Library*. *Tratto da* <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub3/full>
- Athinaidou AM, V. E. (2024, Luglio). Influence of Antenatal Education on Birth Outcomes: A Systematic Review Focusing on Primiparous Women. *PMC*. *Tratto da* <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39139345/>
- Baumont MS, D. C. (2023, Maggio). Every Mother Counts: listening to mothers to transform maternity care. *ELSEVIER*. *Tratto da* <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37164500/>

- Bell CH, M. S. (2022, Agosto). Birth plans: A systematic, integrative review into their purpose, process, and impact. *Elsevier*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35640358/>
- Bert, G. (2007). Medicina narrativa, storie e parole nella relazione di cura. Il pensiero scientifico. In S. Polvani, *Cura alle stelle* (p. 244).
- Berta M, L. H. (2019, Dicembre). Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. . *PMC*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31801479/>
- Burns E, F. C. (2022, Luglio). Systematic review and meta-analysis to examine intrapartum interventions, and maternal and neonatal outcomes following immersion in water during labour and waterbirth. . *PMC*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35790327/>
- Cavalcanti ACV, H. A. (2019, Settembre). Complementary therapies in labor: randomized clinical trial. *Scielo*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31553374/>
- Cenci C, M. O. (2020). Digital narrative medicine for the personalization of epilepsy care pathways. *ELSEVIER*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32554233/>
- Cenci C, E. P. (2023). *Digital Narrative Medicine*. Tratto da Digital Narrative Medicine: <https://digitalnarrativemedicine.com/it/servizi/>
- Cenci, C. (2016). Narrative Medicine and the personalisation of treatment for elderly patient. *ELSEVIER*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27210901/>
- Cercato MC, O. C. (2023, Novembre). Narrative Medicine: A Digital Diary in the Management of Patients with Bone and Soft Tissue Sarcoma-A Multidisciplinary Pilot Study. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38068266/>
- Charon, R. (2006). Narrative medicine: honoring the stories of illness. In S. Polvani, *Cura alle stelle* (p. 63). NewYork.

Wu Ciao, (2021, gennaio). The combined effects of Lamaze breathing training and nursing intervention on childbirth in primiparas: a meta-analysis of the PRISMA systematic review.

. *PMC*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33530192/>

Cordolcini L, C. A. (2024, Gennaio). Skin-to-Skin Care and Spontaneous Touch by Fathers in Full-Term Infants: A Systematic Review. *PMC*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38247712/>

Dahlen HG, H. C. (2009, Aprile). 'Soothing the ring of fire': Australian women's and midwives' experiences of using perineal warm packs in the second stage of labour. *Elsevier*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18031878/>

Dinç S, E. E. (2024, Agosto). The effect of mindfulness-based childbirth education intervention on fear of childbirth: systematic review and meta-analysis. *PMC*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39166664/>

Edwards S, A. A. (2024, Luglio). Waterbirth: A Systematic Review and Meta-Analysis. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36791786/>

Espana, F. D. (2013). *Observatorio de salud de la Mujer, Sistema Nacional de Salud*. Tratto da Iniziativa Parto Normal.

Fenwick J, T. J. (2015, Ottobre). Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. *PMC*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26518597/>

Goldkuhl L, G. H.-M. (2023, Gennaio). Impact of Birthing Room Design on Maternal Childbirth Experience: Results From the Room Birth Randomized Trial. *PMC*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36239523/>

Istituto italiano di Bioetica. (2005). *Carta di Firenze*. <https://www.istitutobioetica.it/documenti-di-riferimento/documenti-di-riferimento/187-documenti/549-carta-di-firenze-rapporto-medico-paziente>

Istituto Superiore di Sanità. (2015). Conferenza di consenso: Linee di indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e

cronico-degenerative. Sanità: I quaderni di medicina (Quaderno n. 7, pp. 18-20).
https://www.medicinanarrativa.network/wp-content/uploads/2021/03/Quaderno_n._7_02_CONSENSUS-CONF-FINALE_compressed.pdf

Kaufman, T. (2007). Evolution of the birth plan. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18566650/>

Kitta A, M. E. (2024). Unveiling narrative medicine in palliative care. 13. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38988083/>

Kohan S, H. M.-D. (2023, Settembre). Maternal infant outcomes of birth planning: A review study. *PMC*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38023070/>

L, G. (2023, Gennaio). Impact of Birthing Room Design on Maternal Childbirth Experience: Results From the Room Birth Randomized Trial. (G. H.-M. Goldkuhl L, A cura di) *PMC*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36239523/>

Lawrence A, L. L. (2013, Agosto). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Library*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23959763/>

Longworth MK, F. C. (2021). Fathers' roles matter too: An ethnographic study examining fathers' roles and the influences on their roles during labour and birth. *Elsevier*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33186868/>

Lopes MI, V. M. (2024, Agosto). Women's empowerment for active labor: A qualitative study with nurse-midwives in antenatal education for childbirth. *PMC*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39175493/>

López-Toribio M, B. P. (2021, Settembre). Exploring women's experiences of participation in shared decision-making during childbirth: a qualitative study at a reference hospital in Spain. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34535117/>

Margreth, A. (2022). Capacità di ascolto e scrittura. Nasce l'osservatorio sulle cure. In S. Polvani, *Cura alle stelle* (p. 53). Emmebi .

- Marinello D, Z. D. (2022). Exploring patient's experience and unmet needs on pregnancy and family planning in rare and complex connective tissue diseases: a narrative medicine approach. *PMC*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36597980/>
- McKinney JA, V. G.-R. (2024, Marzo). Water birth: a systematic review and meta-analysis of maternal and neonatal outcomes. *Elsevier*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38462266/>
- Meghan A Bohren, G. J. (2017, Luglio). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Library*. Tratto da <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/full?highlightAbstract=pregnanc%7Cpregnancy>
- Millicent Anim-SomuahRebecca MD SmythAllan M Cyna, A. C. (2018, Maggio). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Library*. Tratto da <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000331.pub4/full?highlightAbstract=peridural%7Cparto%7Cperidurale%7Canalgesia%7Cpart%7Canalgesi>
- Mohaghegh Z, J. M. (2022, Dicembre). Implementation of birth plans integrated into childbirth preparation classes for vaginal birth: a qualitative study of women, their husbands and clinicians' perspectives in Iran. *PMC*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36575405/>
- Mohaghegh Z, J. M. (2023, Aprile). Effect of birth plans integrated into childbirth preparation classes on maternal and neonatal outcomes of Iranian women: A randomized controlled trial. *PMC*. Tratto da <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10117766/>
- Olza I, L.-W. P.-M. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *PMC*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30341110/>
- P., B. (2004). *L'accoglienza della nascita e della maternità* (Il Quaderno Montessori, n. 82 ed.). Tratto da *Promozione dello sviluppo del bambino e della genitorialità dalla gravidanza al primo anno di vita*.

- Papoutsis D, A. A. (2023, Dicembre). Papoutsis D, Antonakou A. Normal childbirth: The natural, non-medical, alternative approaches to the most common medical interventions in labor. *PMC*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38045472/>
- Polvani, S. (2022). *Cura alle stelle* (p. 71, p. 51-64, p. 41-52, p. 90, p. 214-38). Emmebi edizioni.
- R Melzack, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science* . Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5320816/>
- Rita, C. (2001). The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11597295/>
- Roberta Spandrio, A. R. (2023). *Fisiologia della nascita* (p. 275, p. 400-11, Roma: Carocci Editore.
- Rodrigues LSP, S. A. (2019, Settembre). Low light in delivery room: obstetric nursing's experiences. *SciELO*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31531594/>
- Sarkadi A, K. R. (2008, Febbraio). Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review. *Wiley*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18052995/>
- Satone PD, T. S. (2023, Aprile). Alternative Birthing Positions Compared to the Conventional Position in the Second Stage of Labor: A Review. *PMC*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37223195/>
- Shareef N, S. N. (2023, Luglio). The role of birth plans for shared decision-making around birth choices of pregnant women in maternity care: A scoping review. *ELSEVIER*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36464597/>
- Shareef N, S. P. (2024, Giugno). The contribution of birth plans to shared decision-making from the perspectives of women, their partners and their healthcare providers. *PMC*. Tratto da <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11207161/>

- Smith C, P. C. (2024, Gennaio). Fathers' Experiences during Delivery of Their Newborns: A Content Analysis. *PMC*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38328009/>
- Smith CA, L. K. (2018, Marzo). Relaxation techniques for pain management in labour. . *PMC*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29589650/>
- Tabatabaeichehr M, M. H. (2020, Maggio). The Effectiveness of Aromatherapy in the Management of Labor Pain and Anxiety: A Systematic Review. *PMC*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32874088/>
- Tzeng, Y.-L., Yang, Y.-L., Kuo, P.-C., Lin, Y.-C., & Chen, S.-L. (2017). Pain, Anxiety, and Fatigue During Labor: A Prospective, Repeated Measures Study. *JNR*. Tratto da https://journals.lww.com/jnr-twina/fulltext/2017/02000/pain,_anxiety,_and_fatigue_during_labor__a.11.aspx
- Valente, E. (2022, giugno). La comunicazione condiziona l'esito della terapia: una nuova ricerca dimostra la relazione anche in termini neurobiologici. *digital narrative medice*. Tratto da <https://digitalnarrativemedicine.com/it/la-comunicazione-condiziona-lesito-della-terapia-una-nuova-ricerca-dimostra-la-relazione-anche-in-termini-neurobiologici/>
- Vila-Candel R, S.-V. F.-A.-A.-F.-T. (2024, Febbraio). Factors Influencing Duration of Breastfeeding: Insights from a Prospective Study of Maternal Health Literacy and Obstetric Practices. *PMC*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38474818/>
- Villalón H, T. R. (2014, Ottobre). Participación paterna en la experiencia del parto [Father involvement in childbirth]. *Scielo*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25697431/>
- Vogels-Broeke M, C. E. (2023, Giugno). Women's decision-making autonomy in Dutch maternity care. *Wiley*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35977033/>
- Washington, U. o. (2017). *University of Washington Medical Center*. Tratto da My Birth plan.

Yam EA, G. A. (2007). Introducing birth plans in Mexico: an exploratory study in a hospital serving low-income Mexicans. *Wiley*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17324177/>

Yuan J, Z. X. (2023, Dicembre). Narrative medicine in clinical internship teaching practice. *PMC*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37722672/>

Zocher U, B. I. (2020). Application of narrative medicine in oncological clinical practice: impact on health care professional. *Il pensiero scientifico*. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32157263/>

Allegato 1: Tabella ricerca bibliografica

LINK	TITOLO	BIBLIOGRAFIA	PAROLE CHIAVE	FILTRI
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30983460/ Scartato	Revisione sistematica <i>La medicina narrativa come strumento di educazione medica</i>	Milota MM, van Thiel GJMw, van Delden JJM. Narrative medicine as a medical education tool: A systematic review. Med Teach. 2019 Jul;41(7):802-810. doi: 10.1080/0142159X.2019.1584274. Epub 2019 Apr 14. PMID: 30983460.	(medicine, narrative [MeSH Terms])	Meta-analysis, Randomized control trial, systematic review, 5 years, Humans
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33167952/ Scartato	Randomized control trial <i>Gruppi Balint e medicina narrativa a confronto con una condizione di controllo nella promozione dell'empatia degli studenti</i>	Lemogne C, Buffel du Vaure C, Hoertel N, Catu-Pinault A, Limosin F, Ghasarossian C, Le Jeunne C, Jaury P. Balint groups and narrative medicine compared to a control condition in promoting students' empathy. BMC Med Educ. 2020 Nov 9;20(1):412. doi: 10.1186/s12909-020-02316-w. PMID: 33167952; PMCID: PMC7654605.	(medicine, narrative [MeSH Terms])	Meta-analysis, Randomized control trial, systematic review, 5 years, Humans
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30385101/ scartato	Randomized control trial <i>Navigare nell'incertezza: la medicina narrativa nell'educazione alla consulenza sulle opzioni di gravidanza</i>	Rivlin K, Westhoff CL. Navigating uncertainty: Narrative medicine in pregnancy options counseling education. Patient Educ Couns. 2019 Mar;102(3):536-541. doi: 10.1016/j.pec.2018.10.017. Epub 2018 Oct 28. PMID: 30385101.	(medicine, narrative [MeSH Terms])	Meta-analysis, Randomized control trial, systematic review, 5 years, Humans
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31988222/ Scartato	Revisione sistematica <i>Contenuti e risultati dei programmi di medicina narrativa: una revisione sistematica della letteratura fino al 2019</i>	Reicin CD, Childs E, Pasco JC, Trinquart L, Flynn DB, Wingerter SL, Bhasin RM, Demers LB, Benjamin EJ. Content and outcomes of narrative medicine programmes: a systematic review of the literature through 2019. BMJ Open. 2020 Jan 26;10(1):e031568. doi: 10.1136/bmjopen-2019-031568. PMID: 31988222; PMCID: PMC7045204.	(medicine, narrative [MeSH Terms])	Meta-analysis, Randomized control trial, systematic review, 5 years, Humans
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33592815/ scartato	Randomized control trial <i>Programma di cura basato sulla terapia della reminiscenza per ridurre l'ansia e la depressione nei sopravvissuti al glioma:</i>	Zhao X. Reminiscence therapy-based care program for reducing anxiety and depression in glioma survivors: A randomized controlled trial. Medicine (Baltimore). 2021 Feb 5;100(5):e23056. doi: 10.1097/MD.00000000000023056. PMID: 33592815; PMCID: PMC7870240.	(medicine, narrative [MeSH Terms])	Meta-analysis, Randomized control trial, systematic review, 5 years, Humans

	<i>uno studio randomizzato e controllato</i>			
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31425658/ Scartato	Randomized control trial <i>Condizioni di controllo dello standard di cura dello studio sulla terapia di riqualificazione dell'acufene : fondamento logico e descrizione di un protocollo centrato sul paziente</i>	Erdman SA, Scherer RW, Sierra-Irizarry B, Formby C. The Tinnitus Retraining Therapy Trial's Standard of Care Control Condition: Rationale and Description of a Patient-Centered Protocol. Am J Audiol. 2019 Sep 13;28(3):534-547. doi: 10.1044/2019_AJA-18-0068. Epub 2019 Aug 19. PMID: 31425658; PMCID: PMC6808311.	(medicine, narrative [MeSH Terms])	Meta-analysis, Randomized control trial, systematic review, 5 years, Humans
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38988083/	Articolo periodico <i>Svelare la medicina narrativa nelle cure palliative</i>	Kitta A, Masel EK. Unveiling narrative medicine in palliative care. Ann Palliat Med. 2024 Jul;13(4):751-753. doi: 10.21037/apm-24-76. Epub 2024 Jun 25. PMID: 38988083	(medicine, narrative [MeSH Terms])	Meta-analysis, Randomized control trial, systematic review, 5 years, Humans
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38512594/ Scartato	Revisione sistematica: <i>Interventi di medicina narrativa per i medici oncologici</i>	Paul TK, Reddy Y, Gnanakumar A, England R, Superdock A, Malipeddi D, Wrigley J, Reardon E, Weaver MS, Kaye EC. Narrative medicine interventions for oncology clinicians: a systematic review. Support Care Cancer. 2024 Mar 21;32(4):241. doi: 10.1007/s00520-024-08434-1. PMID: 38512594.	(("Narrative Medicine"[Mesh]) AND "Medical Oncology"[Mesh]) AND "Empathy"[Mesh]]	5 years
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11597295/	Articolo periodo: <i>La relazione medico-paziente. Medicina narrativa: un modello di empatia, riflessione, professione e fiducia</i>	Charon R. The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. JAMA. 2001 Oct 17;286(15):1897-902. doi: 10.1001/jama.286.15.1897. PMID: 11597295.	Narrative-based medicine; digital diary; personalized care;	5 years
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32157263/	Analisi qualitativa: <i>Applicazione della medicina narrativa nella pratica clinica oncologica: impatto sul professionista sanitario</i>	Zocher U, Bertazzi I, Colella E, Fabi A, Scarinci V, Franceschini A, Cenci C, Cognetti F, Cercato MC. Applicazione della medicina narrativa nella pratica clinica oncologica: l'impatto sull'operatore [Application of narrative medicine in oncological clinical practice: impact on health care professional.]. Recent Prog Med. 2020 Mar;111(3):154-159. Italian. doi:	Narrative-based medicine; digital diary; personalized care;	5 years

		10.1701/3315.32857. PMID: 32157263.		
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35107030/ Scartato	Studio Randomizzata to: <i>Medicina narrativa: fattibilità di un'applicazione del diario narrativo digitale in oncologia</i>	Cercato MC, Colella E, Fabi A, Bertazzi I, Giardina BG, Di Ridolfi P, Mondati M, Petitti P, Bigiarini L, Scarinci V, Franceschini A, Servoli F, Terrenato I, Cognetti F, Sanguineti G, Cenci C. Narrative medicine: feasibility of a digital narrative diary application in oncology. <i>J Int Med Res.</i> 2022 Feb;50(2):3000605211045507. doi: 10.1177/03000605211045507. PMID: 35107030; PMCID: PMC8859529.	Narrative-based medicine; digital diary; personalized care;	5 years
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35054100/ Scartato	Studio Multidisciplinare: <i>Medicina narrativa: un diario digitale nella gestione dei pazienti con sarcoma osseo e dei tessuti molli. Risultati preliminari di uno studio pilota multidisciplinare.</i>	Cercato MC, Vari S, Maggi G, Faltyn W, Onesti CE, Baldi J, Scotto di Uccio A, Terrenato I, Molinaro C, Scarinci V, Servoli F, Cenci C, Biagini R, Ferraresi V. Narrative Medicine: A Digital Diary in the Management of Bone and Soft Tissue Sarcoma Patients. Preliminary Results of a Multidisciplinary Pilot Study. <i>J Clin Med.</i> 2022 Jan 14;11(2):406. doi: 10.3390/jcm11020406. PMID: 35054100; PMCID: PMC8779279.	Narrative-based medicine; digital diary; personalized care;	5 years
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32554233/	Studio progetto pilota: <i>Medicina narrativa digitale per la personalizzazione dei percorsi di cura dell'epilessia</i>	Cenci C, Mecarelli O. Digital narrative medicine for the personalization of epilepsy care pathways. <i>Epilepsy Behav.</i> 2020 Oct;111:107143. doi: 10.1016/j.yebeh.2020.107143. Epub 2020 Jun 15. PMID: 32554233.	Digital narrative medicine; Disease; Epilepsy; Illness; Personalization of care; Sickness.	
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27210901/	Revisione: <i>Medicina narrativa e personalizzazione del trattamento per i pazienti anziani</i>	Cenci C. Narrative medicine and the personalisation of treatment for elderly patients. <i>Eur J Intern Med.</i> 2016 Jul;32:22-5. doi: 10.1016/j.ejim.2016.05.003. Epub 2016 May 19. PMID: 27210901.	Narrative medicine; Personalisation	
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36597980/	<i>Analisi qualitativa: Esplorare l'esperienza dei pazienti e i bisogni insoddisfatti in materia di gravidanza e pianificazione familiare nelle malattie rare e</i>	Marinello D, Zucchi D, Palla I, Aguilera S, Galetti I, Holmner M, Sandulescu S, Scarle L, Tremarias D, Bouillot C, Cattaneo L, Gaglioti A, Ticciati S, Brucato A, Khamashta M, Shoenfeld Y, Tincani A, Talarico R, Tani C, Mosca M. Exploring patient's experience and unmet needs on pregnancy and family planning in rare and complex connective tissue	Narrative medicine; Personalisation	5 year

	<i>complesse del tessuto connettivo: un approccio di medicina narrativa</i>	diseases: a narrative medicine approach. RMD Open. 2022 Dec;8(2):e002643. doi: 10.1136/rmdopen-2022-002643. PMID: 36597980; PMCID: PMC9748988		
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37301839/	Progetto pilota: <i>Mamme in terapia intensiva neonatale: sviluppo di un progetto pilota per coinvolgere e dare potere alle donne che hanno partorito un neonato prematuro</i>	Padua K, Robinson R, Ness A, Judy A, Lee GM, Gould J. Moms in the NICU: developing a pilot to engage and empower women who have delivered a prematurely born infant. BMC Pregnancy Childbirth. 2023 Jun 10;23(1):432. doi: 10.1186/s12884-023-05738-8. PMID: 37301839; PMCID: PMC10257253.	Decrease risk of repeat preterm birth; Empower mothers; Engage mothers;	
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37722672/	Studio randomizzato o controllato: <i>Medicina narrativa nella pratica didattica del tirocinio clinico</i>	Yuan J, Zeng X, Cheng Y, Lan H, Cao K, Xiao S. Narrative medicine in clinical internship teaching practice. Med Educ Online. 2023 Dec;28(1):2258000. doi: 10.1080/10872981.2023.2258000. Epub 2023 Sep 18. PMID: 37722672; PMCID: PMC10512813.	Narrative medicine; clinical practice; medical education; medical humanities; obstetrics and gynecology.	
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38068266/	Studio pilota multidisciplinare: <i>Medicina narrativa: un diario digitale nella gestione dei pazienti con sarcoma osseo e dei tessuti molli - Uno studio pilota multidisciplinare</i>	Cercato MC, Onesti CE, Vari S, Maggi G, Faltyn W, Ceddia S, Terrenato I, Scarinci V, Servoli F, Cenci C, Biagini R, Ferraresi V. Narrative Medicine: A Digital Diary in the Management of Patients with Bone and Soft Tissue Sarcoma-A Multidisciplinary Pilot Study. J Clin Med. 2023 Nov 21;12(23):7218. doi: 10.3390/jcm12237218. PMID: 38068266; PMCID: PMC10706943.	digital diary; narrative medicine;	
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36575405/	Studio qualitativo: <i>Attuazione di piani di nascita integrati nei corsi di preparazione e al parto per il parto vaginale: uno studio qualitativo sulle prospettive delle donne, dei loro mariti e dei medici in Iran</i>	Mohaghegh Z, Javadnoori M, Najafian M, Montazeri S, Abedi P, Leyli EK, Bakhtiari S. Implementation of birth plans integrated into childbirth preparation classes for vaginal birth: a qualitative study of women, their husbands and clinicians' perspectives in Iran. BMC Pregnancy Childbirth. 2022 Dec 27;22(1):969. doi: 10.1186/s12884-022-05305-7. PMID: 36575405; PMCID: PMC9792921.	Delivery, Obstetric"[Mesh]) AND "Female"[Mesh] AND "Humans"[Mesh]) AND "Iran"[Mesh]) AND "Parturition"[Mesh]) AND "Prenatal Care"[Mesh]) AND "Qualitative Research"[Mesh]	Meta-analysis

<p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36419027/</p>	<p>studio randomizzato e controllato <i>Effetto dell'implementazione di un piano di nascita sugli esiti materni e neonatali</i></p>	<p>Ahmadpour P, Moosavi S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Jahanfar S, Mirghafourvand M. Effect of implementing a birth plan on maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial. BMC Pregnancy Childbirth. 2022 Nov 22;22(1):862. doi: 10.1186/s12884-022-05199-5. PMID: 36419027; PMCID: PMC9682672.</p>	<p>("Female"[Mesh]) AND "Humans"[Mesh]) AND "Infant, Newborn"[Mesh]) AND "Iran"[Mesh]) AND "Labor, Obstetric"[Mesh]) AND "Parturition"[Mesh]) AND "Pregnancy"[Mesh]) AND "Prenatal Care"[Mesh]</p>	
<p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32894145/</p>	<p>studio misto parallelo convergente: <i>Valutazione dell'attuazione del piano di nascita</i></p>	<p>Ahmadpour P, Mosavi S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Jahanfar S, Mirghafourvand M. Evaluation of the birth plan implementation: a parallel convergent mixed study. Reprod Health. 2020 Sep 7;17(1):138. doi: 10.1186/s12978-020-00989-6. PMID: 32894145; PMCID: PMC7487561.</p>	<p>("Female"[Mesh]) AND "Humans"[Mesh]) AND "Infant, Newborn"[Mesh]) AND "Iran"[Mesh]) AND "Labor, Obstetric"[Mesh]) AND "Parturition"[Mesh]) AND "Pregnancy"[Mesh]) AND "Prenatal Care"[Mesh]</p>	
<p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3302950/ Scartato</p>	<p>protocollo di studio: <i>Progettare l'architettura dell'unità calmante travaglio-parto-recupero-postpartum</i></p>	<p>Esfeh BK, Kazemi A, Shamsaie A. Designing architecture of soothing labor-delivery-recovery-postpartum unit: a study protocol. Reprod Health. 2020 Dec 10;17(1):196. doi: 10.1186/s12978-020-01055-x. PMID: 33302950; PMCID: PMC7731737.</p>	<p>("Female"[Mesh]) AND "Humans"[Mesh]) AND "Infant, Newborn"[Mesh]) AND "Iran"[Mesh]) AND "Labor, Obstetric"[Mesh]) AND "Parturition"[Mesh]) AND "Pregnancy"[Mesh]) AND "Prenatal Care"[Mesh]</p>	
<p>7. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10117766/</p>	<p>Studio randomizzato e controllato: <i>Effetto dei piani di nascita integrati nei corsi di preparazione e al parto sugli esiti materni e neonatali delle donne iraniane</i></p>	<p>Mohaghegh Z, Javadnoori M, Najafian M, Abedi P, Kazemnejad Leyli E, Montazeri S, Bakhtiari S. Effect of birth plans integrated into childbirth preparation classes on maternal and neonatal outcomes of Iranian women: A randomized controlled trial. Front Glob Womens Health. 2023 Apr 6;4:1120335. doi: 10.3389/fgwh.2023.1120335. PMID: 37091299; PMCID: PMC10117766.</p>	<p>birth plans and maternal outcomes and natural childbirth and neonatal outcomes and prenatal education</p>	
<p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35640358/</p>	<p>Da articoli simili: <i>Revisione; Piani di nascita: una revisione sistematica e integrativa</i></p>	<p>Bell CH, Muggleton S, Davis DL. Birth plans: A systematic, integrative review into their purpose, process, and impact. Midwifery. 2022 Aug;111:103388. doi: 10.1016/j.midw.2022.103</p>	<p>birth plans and maternal outcomes and natural childbirth and neonatal outcomes and prenatal education</p>	

	<i>del loro scopo, processo e impatto</i>	388. Epub 2022 May 25. PMID: 35640358.		
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11207161/	Analisi qualitativa: <i>Il contributo dei piani di nascita al processo decisionale condiviso dal punto di vista delle donne, dei loro partner e dei loro operatori sanitari</i>	Shareef N, Said P, Lamers S, Nieuwenhuijze M, de Vries M, van Dillen J. The contribution of birth plans to shared decision-making from the perspectives of women, their partners and their healthcare providers. PLoS One. 2024 Jun 26;19(6):e0305226. doi: 10.1371/journal.pone.0305226. PMID: 38924004; PMCID: PMC11207161.	Decision making, parturition, pregnancy, psychology	5 year
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36464597/	Revisione: <i>Il ruolo dei piani di nascita per il processo decisionale condiviso sulle scelte di nascita delle donne incinte nell'assistenza alla maternità.</i>	Shareef N, Scholten N, Nieuwenhuijze M, Stramrood C, de Vries M, van Dillen J. The role of birth plans for shared decision-making around birth choices of pregnant women in maternity care: A scoping review. Women Birth. 2023 Jul;36(4):327-333. doi: 10.1016/j.wombi.2022.11.008. Epub 2022 Dec 1. PMID: 36464597.	Decision making, parturition, pregnancy, psychology	5 year
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38023070/	Revisione: <i>Risultati materno-infantili della pianificazione del parto</i>	Kohan S, Hajhashemi M, Valiani M, Beigi M, Mohebbi-Dehnavi Z. Maternal-infant outcomes of birth planning: A review study. J Educ Health Promot. 2023 Sep 29;12:315. doi: 10.4103/jehp.jehp_1450_22. PMID: 38023070; PMCID: PMC10670885	Birth plan; delivery plan; maternal outcome; neonatal outcome.	5 year
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17324177/	Studio qualitativa: <i>Introduzione di piani di nascita in Messico: uno studio esplorativo in un ospedale al servizio dei messicani a basso reddito</i>	Yam EA, Grossman AA, Goldman LA, Garcia SG. Introducing birth plans in Mexico: an exploratory study in a hospital serving low-income Mexicans. Birth. 2007 Mar;34(1):42-8. doi: 10.1111/j.1523-536X.2006.00124.x. PMID: 17324177.	Birth plan; delivery plan; maternal outcome; neonatal outcome.	5 year
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18566650/	Revisione: <i>Evoluzione del piano di nascita</i>	Kaufman T. Evolution of the birth plan. J Perinat Educ. 2007 Summer;16(3):47-52. doi: 10.1624/105812407X217985. PMID: 18566650; PMCID: PMC1948092.	Birth plan; delivery plan; maternal outcome; neonatal outcome.	5 year
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26518597/	Studio clinico randomizzato o controllato: <i>Effetti di un intervento psicoeducativo ostetrico per ridurre</i>	Fenwick J, Toohill J, Gamble J, Creed DK, Buist A, Turkstra E, Sneddon A, Scuffham PA, Ryding EL. Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological	Birth plan; delivery plan; maternal outcome; neonatal outcome.	5 year

	<i>la paura del parto sui risultati del parto delle donne e sul benessere psicologico post-partum</i>	wellbeing. BMC Pregnancy Childbirth. 2015 Oct 30;15:284. doi: 10.1186/s12884-015-0721-y. PMID: 26518597; PMCID: PMC4628230		
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29370258/ Scartato	Revisione: <i>Coinvolgere gli uomini per migliorare la salute materna e neonatale: una revisione sistematica dell'efficacia degli interventi</i>	Tokhi M, Comrie-Thomson L, Davis J, Portela A, Chersich M, Luchters S. Involving men to improve maternal and newborn health: A systematic review of the effectiveness of interventions. PLoS One. 2018 Jan 25;13(1):e0191620. doi: 10.1371/journal.pone.0191620. PMID: 29370258; PMCID: PMC5784936.	((("Humans"[Mesh]) AND "Infant, Newborn"[Mesh]) AND "Prenatal Care"[Mesh]) AND "Father-Child Relations"[Mesh]	Meta-Analysis, Systematic Review
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37471291/ Scartato	Studio nazionale: <i>Anamnesi psichiatrica paterna e materna e rischio di parto pretermine e parto precoce a termine: uno studio nazionale che utilizza registri svedesi</i>	Yin W, Ludvigsson JF, Åden U, Risnes K, Persson M, Reichenberg A, Silverman ME, Kajantie E, Sandin S. Paternal and maternal psychiatric history and risk of preterm and early term birth: A nationwide study using Swedish registers. PLoS Med. 2023 Jul 20;20(7):e1004256. doi: 10.1371/journal.pmed.1004256. PMID: 37471291; PMCID: PMC10358938.	((("Parturition"[Mesh]) AND ("Term Birth"[Mesh] OR "Delivery Rooms"[Mesh])) AND "Fathers"[Mesh]	
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32902121/ Scartato	Revisione: <i>I padri in sala parto: aspettative teoriche ed esperienze di vita reale</i>	Khajehi M, Hajizadeh N, Behroozpour E. Fathers in the Birthing Room: Theoretical Expectations and Real-Life Experiences. J Midwifery Womens Health. 2020 Nov;65(6):737-740. doi: 10.1111/jmwh.13145. Epub 2020 Sep 9. PMID: 32902121.	((("Parturition"[Mesh]) AND ("Term Birth"[Mesh] OR "Delivery Rooms"[Mesh])) AND "Fathers"[Mesh]	
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33186868/	Studio etnografico: <i>Anche il ruolo dei padri è importante: uno studio etnografico che esamina i ruoli dei padri e le influenze sui loro ruoli durante il travaglio e il parto</i>	Longworth MK, Furber C, Kirk S. Fathers' roles matter too: An ethnographic study examining fathers' roles and the influences on their roles during labour and birth. Midwifery. 2021 Jan;92:102857. doi: 10.1016/j.midw.2020.102857. Epub 2020 Oct 14. PMID: 33186868.	((("Parturition"[Mesh]) AND ("Term Birth"[Mesh] OR "Delivery Rooms"[Mesh])) AND "Fathers"[Mesh]	
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32748050/ Scartato	Studio: <i>Esito negativo della nascita attraverso le generazioni: il contributo</i>	Tullius Z, Rankin K, DeSisto C, Collins JW Jr. Adverse birth outcome across the generations: the contribution of paternal factors. Arch Gynecol Obstet. 2020 Nov;302(5):1151-1157.	((("Parturition"[Mesh]) AND ("Term Birth"[Mesh] OR "Delivery Rooms"[Mesh])) AND "Fathers"[Mesh]	

	<i>dei fattori paterni</i>	doi: 10.1007/s00404-020-05712-1. Epub 2020 Aug 3. PMID: 32748050.		
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32108660/ Scartato	Studio comparativo <i>Valutazione comparativa delle esperienze di stress genitoriale fino a 2-3 anni dopo la nascita pretermine e a termine</i>	Schuetz Haemmerli N, Lemola S, Holditch-Davis D, Cignacco E. Comparative Evaluation of Parental Stress Experiences Up to 2 to 3 Years After Preterm and Term Birth. <i>Adv Neonatal Care</i> . 2020 Aug;20(4):301-313. doi: 10.1097/ANC.0000000000000714. PMID: 32108660; PMCID: PMC7379044.	((("Parturition"[Mesh]) AND ("Term Birth"[Mesh] OR "Delivery Rooms"[Mesh])) AND "Fathers"[Mesh])	
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29517368/ Scartato	Editoriale: <i>I padri in sala parto: scelta o coercizione? Aiuto o ostacolo?</i>	Jomeen J. Fathers in the birth room: choice or coercion? Help or hindrance? <i>J Reprod Infant Psychol</i> . 2017 Sep;35(4):321-323. doi: 10.1080/02646838.2017.1361124. PMID: 29517368.	((("Parturition"[Mesh]) AND ("Term Birth"[Mesh] OR "Delivery Rooms"[Mesh])) AND "Fathers"[Mesh])	
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27716107/ Scartato	Studio comparativo <i>"È stato intenso!" Spiritualità durante il parto: uno studio comparativo misto delle esperienze di madri e padri in un ospedale pubblico</i>	Bélangier-Lévesque MN, Dumas M, Blouin S, Pasquier JC. "That was intense!" Spirituality during childbirth: a mixed-method comparative study of mothers' and fathers' experiences in a public hospital. <i>BMC Pregnancy Childbirth</i> . 2016 Sep 30;16(1):294. doi: 10.1186/s12884-016-1072-z. PMID: 27716107; PMCID: PMC5045591.	((("Parturition"[Mesh]) AND ("Term Birth"[Mesh] OR "Delivery Rooms"[Mesh])) AND "Fathers"[Mesh])	
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20673600/ Scartato	Studio fenomenologico <i>I padri in sala parto: cosa si aspettano e cosa vivono? Uno</i>	Longworth HL, Kingdon CK. Fathers in the birth room: what are they expecting and experiencing? A phenomenological study. <i>Midwifery</i> . 2011 Oct;27(5):588-94. doi: 10.1016/j.midw.2010.06.013. Epub 2010 Jul 29. PMID: 20673600.	Longworth HL, Kingdon CK. Fathers in the birth room: what are they expecting and experiencing? A phenomenological study. <i>Midwifery</i> . 2011 Oct;27(5):588-94. doi: 10.1016/j.midw.2010.06.013. Epub 2010 Jul 29. PMID: 20673600.	
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26165171/ Scartato	Revisione: <i>Una revisione narrativa del coinvolgimento dei padri durante il travaglio e la loro influenza sul processo decisionale</i>	Longworth MK, Furber C, Kirk S. A narrative review of fathers' involvement during labour and birth and their influence on decision making. <i>Midwifery</i> . 2015 Sep;31(9):844-57. doi: 10.1016/j.midw.2015.06.004. Epub 2015 Jun 14. PMID: 26165171.	((("Parturition"[Mesh]) AND ("Term Birth"[Mesh] OR "Delivery Rooms"[Mesh])) AND "Fathers"[Mesh])	
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16700400/ Scartato	Revisione: <i>Atteggiamenti delle</i>	Modarres Nejad V. Couples' attitudes to the husband's presence in the	((("Parturition"[Mesh]) AND ("Term	

	<i>coppie nei confronti della presenza del marito in sala parto durante il parto</i>	delivery room during childbirth. East Mediterr Health J. 2005 Jul;11(4):828-34. PMID: 16700400.	Birth"[Mesh] OR "Delivery Rooms"[Mesh]) AND "Fathers"[Mesh]	
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38328009/	“articoli simili” analisi qualitativa. <i>Le esperienze dei padri durante il parto dei loro neonati: un'analisi dei contenuti</i>	Smith C, Pitter C, Udoudo DA. Fathers' Experiences during Delivery of Their Newborns: A Content Analysis. Int J Community Based Nurs Midwifery. 2024 Jan 1;12(1):23-31. doi: 10.30476/IJCBNM.2023.100009.2337. PMID: 38328009; PMCID: PMC10844877.	(("Parturition"[Mesh]) AND ("Term Birth"[Mesh] OR "Delivery Rooms"[Mesh])) AND "Fathers"[Mesh]	
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25697431/	“Articoli simili” Studio randomizzato o controllato: <i>[Coinvolgimento del padre nel parto]</i>	Villalón H, Toro R, Riesco I, Pinto M, Silva C. Participación paterna en la experiencia del parto [Father involvement in childbirth]. Rev Chil Pediatr. 2014 Oct;85(5):554-60. Spanish. doi: 10.4067/S0370-41062014000500005. PMID: 25697431.	(("Parturition"[Mesh]) AND ("Term Birth"[Mesh] OR "Delivery Rooms"[Mesh])) AND "Fathers"[Mesh]	Meta-analisi, Studio clinico randomizzato o controllato, negli ultimi 10 anni.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31801479/	Meta-analisi	Berta M, Lindgren H, Christensson K, Mekonnen S, Adefris M. Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2019 Dec 4;19(1):466. doi: 10.1186/s12884-019-2620-0. PMID: 31801479; PMCID:	Flexible sacrum position; Maternal position; Second stage duration.	5 year
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38474818/	Da articoli simili: Studio prospettico: <i>fattori che influenzano la durata dell'allattamento al seno: approfondimenti da uno studio prospettico sulla cultura della salute materna e sulle pratiche ostetriche</i>	Vila-Candel R, Soriano-Vidal FJ, Franco-Antonio C, Garcia-Algar O, Andreu-Fernandez V, Mena-Tudela D. Factors Influencing Duration of Breastfeeding: Insights from a Prospective Study of Maternal Health Literacy and Obstetric Practices. Nutrients. 2024 Feb 28;16(5):690. doi: 10.3390/nu16050690. PMID:	Flexible sacrum position; Maternal position; Second stage duration.	5 year
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32666866/ Scartato	Revisione sistematica e una meta-analisi <i>Intervento di aromaterapia sull'ansia</i>	Liao CC, Lan SH, Yen YY, Hsieh YP, Lan SJ. Aromatherapy intervention on anxiety and pain during first stage labour in nulliparous women: a systematic	(("Aromatherapy"[Mesh]) AND "Anxiety"[Mesh]) AND "Labor Pain"[Mesh]	Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, in the last 10 years

	<i>e sul dolore durante la prima fase del travaglio nelle donne nullipare</i>	review and meta-analysis. J Obstet Gynaecol. 2021 Jan;41(1):21-31. doi: 10.1080/01443615.2019.1673707. Epub 2020 Jul 15. PMID: 32666866.		
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29526235/ Scartato	Studio randomizzato o controllato: <i>Effetti dell'aromaterapia con Rosa damascena sul dolore e l'ansia del travaglio nelle donne nullipare durante la prima fase del travaglio</i>	Hamdamian S, Nazarpour S, Simbar M, Hajian S, Mojab F, Talebi A. Effects of aromatherapy with Rosa damascena on nulliparous women's pain and anxiety of labor during first stage of labor. J Integr Med. 2018 Mar;16(2):120-125. doi: 10.1016/j.joim.2018.02.005. Epub 2018 Feb 9. PMID: 29526235.	("Aromatherapy"[Mesh]) AND "Anxiety"[Mesh]) AND "Labor Pain"[Mesh]	Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, in the last 10 years
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32874088/ Scartato	Revisione sistematica: <i>L'efficacia dell'aromaterapia nella gestione del dolore e dell'ansia del travaglio</i>	Tabatabaeichehr M, Mortazavi H. The Effectiveness of Aromatherapy in the Management of Labor Pain and Anxiety: A Systematic Review. Ethiop J Health Sci. 2020 May;30(3):449-458. doi: 10.4314/ejhs.v30i3.16. PMID: 32874088; PMCID: PMC7445940.	Anxiety; Aromatherapy; Labor Pain	systematic review.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37054616/ Scartato	Studio randomizzato o controllato. <i>L'effetto dell'inalazione di olio di ylang ylang e olio di limone sul dolore del travaglio e l'ansia nelle donne incinte</i>	Sirkeci I, Cagan O, Koc S. The effect of ylang oil and lemon oil inhalation on labor pain and anxiety pregnant women: A randomized controlled trial. Complement Ther Clin Pract. 2023 Aug;52:101748. doi: 10.1016/j.ctcp.2023.101748. Epub 2023 Mar 24. PMID: 37054616.	("Aromatherapy"[Mesh]) AND "Labor Pain"[Mesh]	Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Review, 5 years
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35987683/ Scartato	Studio randomizzato o controllato. <i>Determinazione dell'effetto dell'inalazione e della terapia di massaggio con olio essenziale di lavanda sulla gravità del dolore percepito durante il travaglio nelle donne primipare</i>	Karatopuk S, Yarıcı F. Determining the effect of inhalation and lavender essential oil massage therapy on the severity of perceived labor pain in primiparous women: A randomized controlled trial. Explore (NY). 2023 Jan-Feb;19(1):107-114. doi: 10.1016/j.explore.2022.08.006. Epub 2022 Aug 11. PMID: 35987683.	("Aromatherapy"[Mesh]) AND "Labor Pain"[Mesh]	Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Review, 5 years
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37464818/ Scartato	Revisione <i>Un approccio</i>	Liu C, Pang L, Wang L, Zhang L, Ma D, Chen J, Nie G, Chen A. Pharmacotherapeutic	("Aromatherapy"[Mesh]) AND "Labor Pain"[Mesh]	Meta-Analysis, Randomized Controlled

	<i>farmacoterapia per la gestione del dolore del travaglio utilizzando farmaci sintetici e terapie naturali</i>	Approaches for Managing Labour Pain Using Synthetic Drugs and Natural Therapies. Comb Chem High Throughput Screen. 2024;27(9):1276-1285. doi: 10.2174/1386207326666230718144457. PMID: 37464818.		Trial, Review, 5 years
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34231175/ Scartato	Revisione sistematica e una meta-analisi <i>Dolore del travaglio in diverse dilatazioni della cervice e punteggi Apgar influenzati dall'aromaterapia.</i>	Shaterian N, Pakzad R, Fekri SD, Abdi F, Shaterian N, Shojaee M. Labor Pain in Different Dilatations of the Cervix and Apgar Scores Affected by Aromatherapy: A Systematic Review and Meta-analysis. Reprod Sci. 2022 Sep;29(9):2488-2504. doi: 10.1007/s43032-021-00666-4. Epub 2021 Jul 6. PMID: 34231175.	("Aromatherapy"[Mesh]) AND "Labor Pain"[Mesh]	Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Review, 5 years
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33927109/ Scartato	Revisione <i>Aromaterapia in ostetricia</i>	Bertone AC, Dekker RL. Aromatherapy in Obstetrics: A Critical Review of the Literature. Clin Obstet Gynecol. 2021 Sep 1;64(3):572-588. doi: 10.1097/GRF.00000000000000622. PMID: 33927109.	("Aromatherapy"[Mesh]) AND "Labor Pain"[Mesh]	Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Review, 5 years
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31531594/	Revisione <i>Bassa luce in sala parto: esperienze di infermieri ostetrici</i>	Rodrigues LSP, Shimo AKK. Low light in delivery room: obstetric nursing's experiences. Rev Gaucha Enferm. 2019 Sep 16;40:e20180464. Portuguese, English. doi: 10.1590/1983-1447.2019.20180464. PMID: 31531594.	("Delivery Rooms"[Mesh]) AND "Lighting"[Mesh]	
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28583159/ Scartato	Analisi qualitativa <i>Esplorare le strategie che le ostetriche della British Columbia utilizzano per promuovere un parto normale</i>	Butler MM. Exploring the strategies that midwives in British Columbia use to promote normal birth. BMC Pregnancy Childbirth. 2017 Jun 5;17(1):168. doi: 10.1186/s12884-017-1323-7. PMID: 28583159; PMCID: PMC5460538.	("Birth Setting"[Mesh]) AND "Delivery Rooms"[Mesh]	10 years
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36239523/ Scartato	Studio randomizzato o controllato <i>Impatto della progettazione e della sala parto sull'esperienza del parto materno Room Birth</i>	Goldkuhl L, Gyllensten H, Begley C, Nilsson C, Wijk H, Lindahl G, Uvnäs-Moberg K, Berg M. Impact of Birthing Room Design on Maternal Childbirth Experience: Results From the Room4Birth Randomized Trial. HERD. 2023 Jan;16(1):200-218. doi: 10.1177/19375867221124232. Epub 2022 Oct 14. Erratum in: HERD. 2023 Dec	("Delivery Rooms"[Mesh]) AND ("Midwifery"[Mesh] OR "Natural Childbirth"[Mesh])	Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, in the last 5 years.

		11:19375867231199746. doi: 10.1177/19375867231199746. PMID: 36239523; PMCID: PMC9755691.		
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33011378/ Scartato	Linee guida <i>Parto normale: supporto fisiologico al travaglio e procedure mediche.</i>	Nadjafizadeh M, Caron FM. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) avec la collaboration du Collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF) et du Collège national des sages-femmes de France (CNSF) – accueil du nouveau-né en salle de naissances [Normal childbirth: physiologic labor support and medical procedures. Guidelines of the French National Authority for Health (HAS) with the collaboration of the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF) and the French College of Midwives (CNSF) - Newborn care in the delivery room]. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2020 Dec;48(12):944-952. French. doi: 10.1016/j.gofs.2020.09.019. Epub 2020 Oct 1. PMID: 33011378.	("Delivery Rooms"[Mesh]) AND ("Midwifery"[Mesh] OR "Natural Childbirth"[Mesh])	Randomized Controlled Trial, Review, in the last 5 years
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35293256/ Scartato	ARTICOLI SIMILI: Studio con metodi misti <i>Esperienze delle donne sulle caratteristiche fisiche in una sala parto appositamente progettata: uno studio con metodi misti in Svezia</i>	Skogström LB, Vithal E, Wijk H, Lindahl G, Berg M. Women's Experiences of Physical Features in a Specially Designed Birthing Room: A Mixed-Methods Study in Sweden. HERD. 2022 Jul;15(3):193-205. doi: 10.1177/19375867221077097. Epub 2022 Mar 16. PMID: 35293256; PMCID: PMC9254390.	("Delivery Rooms"[Mesh]) AND ("Midwifery"[Mesh] OR "Natural Childbirth"[Mesh])	Randomized Controlled Trial, Review, in the last 5 years
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37858103/ Scartato	ARTICOLI SIMILI: Analisi qualitativa <i>Implementazione di un nuovo design della sala parto: uno studio qualitativo con la prospettiva</i>	Goldkuhl L, Tistad M, Gyllensten H, Berg M. Implementing a new birthing room design: a qualitative study with a care provider perspective. BMC Health Serv Res. 2023 Oct 19;23(1):1122. doi: 10.1186/s12913-023-10051-3. PMID: 37858103; PMCID: PMC10585888.	("Delivery Rooms"[Mesh]) AND ("Midwifery"[Mesh] OR "Natural Childbirth"[Mesh])	Randomized Controlled Trial, Review, in the last 5 years

	<i>dell'operatore sanitario</i>			
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37546496/	Studio sperimentale <i>Esame dell'impatto delle posizioni eretta e sdraiata sui risultati del lavoro in Arabia Saudita</i>	Al Aryani Z, Orabi A, Fouly H. Examining the impact of upright and recumbent positions on labor outcomes in Saudi Arabia: A quasi-experiment. <i>Belitung Nurs J.</i> 2022 Aug 18;8(4):316-324. doi: 10.33546/bnj.2114. PMID: 37546496; PMCID: PMC10401374.	labor outcomes; midwifery; nursing; positions.	5 year
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37223195/	Revisione <i>Posizioni alternative per il parto rispetto alla posizione convenzionale nella seconda fase del travaglio: una revisione</i>	Satone PD, Tayade SA. Alternative Birthing Positions Compared to the Conventional Position in the Second Stage of Labor: A Review. <i>Cureus.</i> 2023 Apr 21;15(4):e37943. doi: 10.7759/cureus.37943. PMID: 37223195;	alternative birthing positions; maternal birth experience; the second stage.	5 year
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36239523/	Studio clinico randomizzato	Goldkuhl L, Gyllensten H, Begley C, Nilsson C, Wijk H, Lindahl G, Uvnäs-Moberg K, Berg M. Impact of Birthing Room Design on Maternal Childbirth Experience: Results From the Room4Birth Randomized Trial. <i>HERD.</i> 2023 Jan;16(1):200-218. doi: 10.1177/19375867221124232. Epub 2022 Oct 14. Erratum in: <i>HERD.</i> 2023 Dec 11:19375867231199746. doi: 10.1177/19375867231199746. PMID: 36239523; PMCID: PMC9755691.	birthing room design; childbirth experience; healthcare environment;	5 year, randomized control trial
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35790327/	Revisione sistematica e meta-analisi <i>esaminare gli interventi intrapartum e gli esiti materni e neonatali dopo l'immersione e in acqua durante il travaglio e il parto in acqua</i>	Burns E, Feeley C, Hall PJ, Vanderlaan J. Systematic review and meta-analysis to examine intrapartum interventions, and maternal and neonatal outcomes following immersion in water during labour and waterbirth. <i>BMJ Open.</i> 2022 Jul 5;12(7):e056517. doi: 10.1136/bmjopen-2021-056517. Erratum in: <i>BMJ Open.</i> 2022 Sep 27;12(9):e056517corr1. PMID: 35790327; PMCID: PMC9315919.	Pain and labour and water and interventions and waterbirth	
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35153152/ Scartato	Da articoli simili: Studio multicentrico randomizzato	Lee N, Leiser B, Halter-Wehrli Y, Mårtensson LB, Gao Y, Kildea S. A comparison of two versus four sterile water injections for the relief of back pain in labour: A multicentre randomised equivalence trial. <i>Women</i>	Pain and labour and water and interventions and waterbirth	Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Systematic Review, in the last 5 years

	<i>Un confronto tra due e quattro iniezioni di acqua sterile per il sollievo del mal di schiena durante il travaglio</i>	Birth. 2022 Nov;35(6):e556-e562. doi: 10.1016/j.wombi.2022.02.002. Epub 2022 Feb 10. PMID: 35153152.		
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39288157/ Scartato	Revisione <i>Riposo terapeutico come intervento nel travaglio precoce</i>	Coston JN, Dotters-Katz SK, Kuller JA, Craig AM. Therapeutic Rest as an Intervention in Early Labor: A Literature Review. <i>Obstet Gynecol Surv.</i> 2024 Sep;79(9):533-538. doi: 10.1097/OGX.0000000000001298. PMID: 39288157.	("Pain Management"[Mesh]) AND "Labor, Obstetric"[Mesh]	Meta-Analysis, Review, Systematic Review, in the last 2 years
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39245922/ Scartato	revisione sistematica e una meta-analisi <i>Predittori della gestione del dolore del travaglio tra le donne incinte in Etiopia</i>	Geltore TE, Hadaro TS, Oshine W, Bekele M, Foto LL. Predictors of labor pain management among pregnant women in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. <i>Womens Health (Lond).</i> 2024 Jan-Dec;20:17455057241275442. doi: 10.1177/17455057241275442. PMID: 39245922; PMCID: PMC11382248.	("Pain Management"[Mesh]) AND "Labor, Obstetric"[Mesh]	Meta-Analysis, Review, Systematic Review, in the last 2 years
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39047320/ Scartato	Meta-analisi <i>L'effetto dell'addestramento all'ipnosi prenatale sull'uso dell'analgesia durante il travaglio e il parto</i>	Lai MYK, Wong MM, Kearney L, Lee N. The effect of antenatal hypnosis training on pharmacological analgesia use during labour and birth: A systematic review and meta-analysis. <i>Midwifery.</i> 2024 Oct;137:104113. doi: 10.1016/j.midw.2024.104113. Epub 2024 Jul 19. PMID: 39047320.	("Pain Management"[Mesh]) AND "Labor, Obstetric"[Mesh]	Meta-Analysis, Review, Systematic Review, in the last 2 years
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38009592/ Scartato	Revisione <i>Pratiche di gestione del dolore del parto e fattori associati in Etiopia</i>	Azeze GA, Asgedom YS, Efa AG, Haile KE, Woldegeorgis BZ, Gebeyehu NA, Gebrekidan AY, Kassie GA, Lombebo AA. Labor pain management practices and associated factors in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. <i>Int J Gynaecol Obstet.</i> 2024 Jul;166(1):204-213. doi: 10.1002/ijgo.15276. Epub 2023 Nov 27. PMID: 38009592.	("Pain Management"[Mesh]) AND "Labor, Obstetric"[Mesh]	Meta-Analysis, Review, Systematic Review, in the last 2 years
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37688846/ Scartato	Revisione <i>Sfide anestetiche delle donne obese in gravidanza</i>	Knight G, Mushambi M. Anesthetic challenges of pregnant obesity women. <i>Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.</i> 2023 Dec;91:102405. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2023.1	("Pain Management"[Mesh]) AND "Labor, Obstetric"[Mesh]	Meta-Analysis, Review, Systematic Review, in the last 2 years

		02405. Epub 2023 Aug 11. PMID: 37688846.		
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37625990/ Scartato	Revisione <i>Fattori associati alla febbre materna correlata all'epidurale nelle donne a termine a basso rischio</i>	Knight G, Mushambi M. Anesthetic challenges of pregnant obesity women. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2023 Dec;91:102405. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2023.102405. Epub 2023 Aug 11. PMID: 37688846.	("Pain Management"[Mesh]) AND "Labor, Obstetric"[Mesh]	Meta-Analysis, Review, Systematic Review, in the last 2 years
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36827052/ Scartato	meta-analisi Analgesia neuroassiale durante il travaglio e la depressione postpartum	Li B, Tang X, Wang T. Neuraxial analgesia during labor and postpartum depression: Systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2023 Feb 22;102(8):e33039. doi: 10.1097/MD.00000000000033039. PMID: 36827052; PMCID: PMC11309598.	("Pain Management"[Mesh]) AND "Labor, Obstetric"[Mesh]	Meta-Analysis, Review, Systematic Review, in the last 2 years
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33478303/ Scartato	Meta-analisi <i>Palla da parto per ridurre il dolore del travaglio</i>	Grenvik JM, Rosenthal E, Wey S, Saccone G, De Vivo V, De Prisco Lcp A, Delgado García BE, Berghella V. Birthing ball for reducing labor pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Matern Fetal Neonatal Med. 2022 Dec;35(25):5184-5193. doi: 10.1080/14767058.2021.1875439. Epub 2021 Jan 21. PMID: 33478303.	labor; labor pain; natural childbirth	Meta-Analysis, in the last 10 years.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36442355/ Scartato	Revisione <i>Effetti del massaggio perineale durante il parto sugli esiti materni e neonatali nelle donne primipare</i>	Li Y, Wang C, Lu H, Cao L, Zhu X, Wang A, Sun R. Effects of perineal massage during childbirth on maternal and neonatal outcomes in primiparous women: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2023 Feb;138:104390. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104390. Epub 2022 Nov 13. PMID: 36442355.	labor; labor pain; natural childbirth	Meta-Analysis, in the last 10 years.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29768662/ Scartato	Revisione: <i>Immersione in acqua durante il travaglio e il parto</i>	Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. Cochrane Database Syst Rev. 2018 May 16;5(5):CD000111. doi: 10.1002/14651858.CD000111.pub4. PMID: 29768662; PMCID: PMC6494420.	labor; labor pain; natural childbirth	Meta-Analysis, in the last 10 years.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36791786/	Da Articoli simili: Meta-analisi e una revisione sistematica <i>Parto in acqua</i>	Edwards S, Angarita AM, Talasila S, Berghella V. Waterbirth: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Perinatol. 2024 Jul;41(9):1134-1142. doi: 10.1055/s-0043-1764145. Epub 2023 Feb 15. PMID:	labor; labor pain; natural childbirth	Meta-Analysis, in the last 10 years.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29781504/	Meta-analisi	Hautala M, Smeds M, Taittonen L. Waterbirths	labor; labor pain; natural childbirth	Meta-Analysis, in

	<i>Parto in acqua</i>	were associated with low pain relief during delivery, high breastfeeding success and healthy newborn infants. Acta Paediatr. 2022 Oct;111(10):1885-1890. doi: 10.1111/apa.16467. Epub 2022 Jul 1. PMID: 35748524. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29781504/		the last 10 years.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29589650/	Revisione <i>Tecniche di rilassamento per la gestione del dolore durante il travaglio</i>	Smith CA, Levett KM, Collins CT, Armour M, Dahlen HG, Sukanuma M. Relaxation techniques for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Mar 28;3(3):CD009514. doi: 10.1002/14651858.CD009514.pub2. PMID: 29589650; PMCID: PMC6494625.	labor; labor pain; natural childbirth	Meta-Analysis, in the last 10 years.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33530192/	Meta analisi <i>Gli effetti combinati dell'addestramento alla respirazione Lamaze e dell'intervento infermieristico sul parto nelle primipare</i>	Wu C, Ge Y, Zhang X, Du Y, He S, Ji Z, Lang H. The combined effects of Lamaze breathing training and nursing intervention on the delivery in primipara: A PRISMA systematic review meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2021 Jan 29;100(4):e23920. doi: 10.1097/MD.00000000000023920. PMID: 33530192; PMCID: PMC7850642.	labor; labor pain; natural childbirth	Meta-Analysis, in the last 10 years.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36497898/ Scartato	Studio trasversale <i>Il ruolo delle ostetriche nel corso del parto naturale: analisi dei fattori sociodemografici e psicosociali</i>	Guzewicz P, Sierakowska M. The Role of Midwives in the Course of Natural Childbirth-Analysis of Sociodemographic and Psychosocial Factors-A Cross-Sectional Study. Int J Environ Res Public Health. 2022 Nov 28;19(23):15824. doi: 10.3390/ijerph192315824. PMID: 36497898; PMCID: PMC9739036.	("Natural Childbirth"[Mesh]) AND "Pain"[Mesh]	5 year
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35748524/ Scartato	Studio retrospettivo <i>Il parto in acqua è stato associato a un basso sollievo dal dolore durante il parto, a un elevato successo dell'allattamento al seno e a neonati sani</i>	Hautala M, Smeds M, Taittonen L. Waterbirths were associated with low pain relief during delivery, high breastfeeding success and healthy newborn infants. Acta Paediatr. 2022 Oct;111(10):1885-1890. doi: 10.1111/apa.16467. Epub 2022 Jul 1. PMID: 35748524.	("Natural Childbirth"[Mesh]) AND "Pain"[Mesh]	5 year
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38045472/	Revisione <i>Parto fisiologico: gli approcci</i>	Papoutsis D, Antonakou A. Normal childbirth: The natural, non-medical, alternative approaches to	("Natural Childbirth"[Mesh]) AND "Pain"[Mesh]	5 year

	<i>alternativi naturali e non medici agli interventi medici più comuni durante il travaglio</i>	the most common medical interventions in labor. Eur J Midwifery. 2023 Dec 1;7:36. doi: 10.18332/ejm/174525. PMID: 38045472; PMCID: PMC10690818.		
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20692774/ Scartato	articolo vecchio ma che conferma la deambulazione in travaglio		("Movement"[Mesh]) AND "Labor Stage, First"[Mesh]) AND "Pain"[Mesh]	5 year
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23959763/	Da articoli citati: Posizioni materne e mobilità durante la prima fase del travaglio	Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Aug 20;(8):CD003934. doi: 10.1002/14651858.CD003934.pub3. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2013;(10):CD003934. PMID: 23959763.	("Movement"[Mesh]) AND "Labor Stage, First"[Mesh]) AND "Pain"[Mesh]	5 year
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38104069/ Scartato	Da articoli citati: Promuovere l'educazione alla posizione eretta e alla mobilità durante il travaglio nelle donne nullipare	Borer H, Dubovi I. Fostering childbirth education on upright positions and mobility during labor in nulliparous women. BMC Pregnancy Childbirth. 2023 Dec 16;23(1):870. doi: 10.1186/s12884-023-06166-4. PMID: 38104069; PMCID: PMC10724979.	Educazione al parto; Coinvolgimento cognitivo; quadro ICAP; Lavoro; Mobilità; Posizioni erette.	
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18031878/	"articoli simili" Studio randomizzato o controllato "Lenire l'anello di fuoco": esperienze di donne e ostetriche australiane sull'uso di impacchi caldi perineali nella seconda fase del travaglio	Dahlen HG, Homer CS, Cooke M, Upton AM, Nunn RA, Brodrick BS. 'Soothing the ring of fire': Australian women's and midwives' experiences of using perineal warm packs in the second stage of labour. Midwifery. 2009 Apr;25(2):e39-48. doi: 10.1016/j.midw.2007.08.002. Epub 2007 Nov 26. PMID: 18031878.		
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30341110/	Meta-analisi Le esperienze psicologiche delle donne durante il parto fisiologico	Olza I, Leahy-Warren P, Benyamini Y, Kazmierczak M, Karlsdottir SI, Spyridou A, Crespo-Mirasol E, Takács L, Hall PJ, Murphy M, Jonsdottir SS, Downe S, Nieuwenhuijze MJ. Women's psychological experiences of physiological childbirth: a	("Mindfulness"[Mesh]) AND "Parturition"[Mesh]	Meta-Analysis, Review, in the last 5 years

		meta-synthesis. BMJ Open. 2018 Oct 18;8(10):e020347. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020347. PMID: 30341110; PMCID: PMC6196808.		
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26518597/	Studio randomizzato o controllato <i>Effetti di un intervento psicoeducativo ostetrico per ridurre la paura del parto sui risultati del parto delle donne e sul benessere psicologico post-partum</i>	Fenwick J, Toohill J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, Sneddon A, Scuffham PA, Ryding EL. Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. BMC Pregnancy Childbirth. 2015 Oct 30;15:284. doi: 10.1186/s12884-015-0721-y. PMID: 26518597; PMCID: PMC4628230.	BMC Pregnancy Childbirth	Randomized Controlled Trial
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24325752/ Scartato	Analisi quantitativa <i>Efficacia di uno studio pilota sull'educazione al parto basata sulla consapevolezza sull'autoefficacia materna e sulla paura del parto</i>	Byrne J, Hauck Y, Fisher C, Bayes S, Schutze R. Effectiveness of a Mindfulness-Based Childbirth Education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. J Midwifery Womens Health. 2014 Mar-Apr;59(2):192-7. doi: 10.1111/jmwh.12075. Epub 2013 Dec 10. PMID: 24325752.	educazione al parto; terapie complementari e alternative; formazione scolastica; ostetricia; dolore e capacità di affrontare il travaglio; educazione del paziente;	Clinical Trial
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39166664/	Revisione sistematica e meta-analisi <i>L'effetto dell'intervento educativo sul parto basato sulla consapevolezza sulla paura del parto</i>	Diñç S, Erdoğan E, Doğan RA. The effect of mindfulness-based childbirth education intervention on fear of childbirth: systematic review and meta-analysis. Rev Assoc Med Bras (1992). 2024 Aug 16;70(7):e20240167. doi: 10.1590/1806-9282.20240167. PMID: 39166664; PMCID: PMC11329262.	("Mindfulness"[Mesh]) AND "Parturition"[Mesh]	Meta-Analysis, Review, in the last 5 years
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37084975/ Scartato	Revisione sistematica e meta-analisi <i>L'efficacia degli interventi basati sulla consapevolezza sull'autoefficacia e sulla paura del parto nelle donne incinte</i>	Abdolalipour S, Mohammad-Alizadeh Charandabi S, Mashayekh-Amiri S, Mirghafourvand M. The effectiveness of mindfulness-based interventions on self-efficacy and fear of childbirth in pregnant women: A systematic review and meta-analyses. J Affect Disord. 2023 Jul 15;333:257-270. doi: 10.1016/j.jad.2023.04.020. Epub 2023 Apr 19. PMID: 37084975.	("Mindfulness"[Mesh]) AND "Parturition"[Mesh]	Meta-Analysis, Review, in the last 5 years
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31797402/ Scartato	Revisione	Van der Riet P, Francis L, Rees A. Exploring the impacts of mindfulness	("Mindfulness"[Mesh]) AND	Meta-Analysis, Review, in

	<i>Esplorare gli impatti della consapevolezza e dello yoga sui risultati del parto e sulla salute materna</i>	and yoga upon childbirth outcomes and maternal health: an integrative review. Scand J Caring Sci. 2020 Sep;34(3):552-565. doi: 10.1111/scs.12762. Epub 2019 Dec 3. PMID: 31797402.	"Parturition"[Mesh]	the last 5 years
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38247712/	Revisione sistemica <i>Cura pelle a pelle e tocco spontaneo da parte dei padri nei neonati a termine</i>	Cordolcini L, Castagna A, Mascheroni E, Montiroso R. Skin-to-Skin Care and Spontaneous Touch by Fathers in Full-Term Infants: A Systematic Review. Behav Sci (Basel). 2024 Jan 17;14(1):60. doi: 10.3390/bs14010060. PMID: 38247712; PMCID: PMC10813587.		
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39175493/	Studio qualitativo <i>L'emancipazione femminile nel travaglio attivo: uno studio qualitativo con ostetriche infermiere nell'educazione prenatale per il parto</i>	Lopes MI, Vieira M, Cardoso A. Women's empowerment for active labor: A qualitative study with nurse-midwives in antenatal education for childbirth. Eur J Midwifery. 2024 Aug 22;8. doi: 10.18332/ejm/188117. PMID: 39175493; PMCID: PMC11339881	active birth; decision-making; nurse midwives; prenatal education	5 year
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31553374/	Studio clinico randomizzato <i>Terapie complementari nel travaglio</i>	Cavalcanti ACV, Henrique AJ, Brasil CM, Gabrielloni MC, Barbieri M. Complementary therapies in labor: randomized clinical trial. Rev Gaucha Enferm. 2019 Sep 23;40:e20190026. Portuguese, English. doi: 10.1590/1983-1447.2019.20190026. PMID: 31553374	Labor pain, Labor stage, first, labor obstetric. Physiology	5 year
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18052995/	Revisione sistematica <i>Coinvolgimento dei padri e risultati dello sviluppo dei figli</i>	Sarkadi A, Kristiansson R, Oberklaid F, Bremberg S. Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. Acta Paediatr. 2008 Feb;97(2):153-8. doi: 10.1111/j.1651-2227.2007.00572.x. Epub 2007 Dec 3. PMID: 18052995.	Child development, fathers, humans, child, socioeconomic factors	
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32874088/	Revisione sistematica <i>L'efficacia dell'aromaterapia nella gestione del dolore e dell'ansia del travaglio</i>	Tabatabaeichehr M, Mortazavi H. The Effectiveness of Aromatherapy in the Management of Labor Pain and Anxiety: A Systematic Review. Ethiop J Health Sci. 2020 May;30(3):449-458. doi: 10.4314/ejhs.v30i3.16. PMID: 32874088; PMCID: PMC7445940.	Anxiety; Aromatherapy; Labor Pain;	Systematic Review

<p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39139345/</p>	<p>Revisione</p> <p><i>Influenza dell'educazione prenatale sui risultati della nascita: una revisione sistematica focalizzata sulle donne primipare</i></p>	<p>Athinaidou AM, Vounatsou E, Pappa I, Harizopoulou VC, Sarantaki A. Influence of Antenatal Education on Birth Outcomes: A Systematic Review Focusing on Primiparous Women. <i>Cureus</i>. 2024 Jul 14;16(7):e64508. doi: 10.7759/cureus.64508. PMID: 39139345; PMCID: PMC11320171.</p>	<p>antenatal classes; childbirth self-efficacy, vaginal birth, prenatal education</p>	<p>5 year</p>
<p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37164500/</p>	<p>Revisione</p> <p><i>Ogni madre conta: ascoltare le madri per trasformare l'assistenza materna</i></p>	<p>Baumont MS, Dekker CS, Rabinovitch Blecker N, Turlington Burns C, Strauss NE. Every Mother Counts: listening to mothers to transform maternity care. <i>Am J Obstet Gynecol</i>. 2023 May;228(5S):S954-S964. doi: 10.1016/j.ajog.2022.12.306. Epub 2023 Mar 22. PMID: 37164500.</p>	<p>health equity; maternal morbidity; pregnancy; respectful maternity care</p>	<p>5 year</p>
<p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35977033/</p>	<p>Analisi qualitativa</p> <p>Autonomia decisionale delle donne nell'assistenza alla maternità olandese</p>	<p>Vogels-Broeke M, Cellissen E, Daemers D, Budé L, de Vries R, Nieuwenhuijze M. Women's decision-making autonomy in Dutch maternity care. <i>Birth</i>. 2023 Jun;50(2):384-395. doi: 10.1111/birt.12674. Epub 2022 Aug 17. PMID: 35977033</p>	<p>autonomy; decision-making; maternity care; pressure</p>	<p>5 year</p>
<p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34535117/</p>	<p>Analisi qualitativa</p> <p><i>Esplorare le esperienze di partecipazione delle donne al processo decisionale condiviso durante il parto: uno studio qualitativo presso un ospedale di riferimento in Spagna</i></p>	<p>López-Toribio M, Bravo P, Llupià A. Exploring women's experiences of participation in shared decision-making during childbirth: a qualitative study at a reference hospital in Spain. <i>BMC Pregnancy Childbirth</i>. 2021 Sep 17;21(1):631. doi: 10.1186/s12884-021-04070-3. PMID: 34535117; PMCID: PMC8447503</p>		<p>5 year</p>

Allegato 2: Piano del parto (University of Washington Medical Center)

Birth Plan: Checklist

Fill out this page according to your own wishes for your birth. Keep in mind that you might not be able to follow every wish on this page depending on hospital policy or if complications arise during your labor. Share your plan with your support team, practitioner, and midwife.

Labor

- Dim Lighting
- Play Music
- Quiet
- Bring things in from home like blankets or photos
- Aromatherapy scents
- Playing my favorite music in labor.
- I want to be with me

Hydration and Nourishment

- I would like to eat light like soup in labor.
- I would like to drink liquids in labor.
- I wouldn't like to eat and drink in labor.

Mobility

- I prefer to maintain all mobility, including walking and changing positions
- I want to use bedside foam for all fours, sitting, and exercising.
- I prefer to lie on the bed and rest.

Monitoring

- I prefer the fetus to be regularly monitored (fetal heart examination).
- I prefer to monitor the fetal heart rate intermittently (every 15 minutes in the first stage and every 5 minutes in the second stage between contractions) at the discretion of the doctor.

Pain relief

Nonmedical Options

- Relaxation
- Changing positions/walking
- Intellectual visualization
- Massage
- Fitness ball
- Breathing
- Hot shower
- Hot and cold packs

Medical Options

- I like to use intramuscular and intravenous pain relievers for labor pain relief.
- I don't like any painkillers to be used to relieve labor pain.

Augmentation

Methods to Speed Up Labor

- I prefer not to use oxytocin in any way to speed up my labor.
- I prefer, at the doctor's discretion, to use oxytocin to speed up my labor if needed.
- I prefer to continue to use oxytocin to speed up my labor despite the presence of active uterine contractions.

Amniotomy

- Prefer that my practitioner or midwife breaks my bag of water.
- Prefer that my bag of water breaks on its own.

I don't have any opinion about the rupture of the bag of water.

Pushing

- I would like to push whenever I feel like it.
- I would like to be directed as to when to push.
- I prefer to wait to push until I feel the urge or until my baby descends.

Episiotomy

- I prefer not to have an episiotomy.
- I would like to have an episiotomy at the discretion of the doctor or midwife.

Child birth

- I like to touch the baby's head while crooning. Yes No
- I would like a mirror placed at the foot of the bed so I can watch my baby's birth. Yes No

Child care

- I don't like to breastfeed immediately after childbirth.
- I like to breastfeed immediately after childbirth.
- I would like the routine hospital procedure to be followed for my baby.

In cases of caesarean section

- I would like midwife to accompany me during surgery.
- I like my accompanying midwife to explain the surgical procedures to me.
- I would like to breastfeed in the recovery room soon.

Allegato 3: Piano del parto dello studio qualitativo

PIANO DEL PARTO

Età:

Nazionalità:

Numero di gravidanza:

Data presunta del parto:

Luogo scelto per il parto:

- Chi vorresti come persona di fiducia da avere al tuo fianco durante il tuo travaglio e il parto?

- Movimento: durante il tuo travaglio e il parto, in quale posizione vorresti stare? C'è una posizione che hai visto e vorresti sperimentare? *(posizioni più comode a casa con le quali ti sei trovata meglio in gravidanza, per esempio dormire sul fianco ecc.... oppure le posizioni viste, sentite e spiegate al corso di preparazione alla nascita)*

- Come immagini il luogo in cui accogliere il tuo bambino insieme alla persona che starà a tuo fianco? Cosa ti renderebbe più a casa? Hai qualcosa di particolare che vorresti portare con te in questo viaggio? *(luci accese, luci soffuse, musica rilassante, rock, pop... o senza musica, presenza o assenza di aromi, oggetti personali)*

- Contenimento del dolore: c'è qualcosa che hai già avuto modo di sperimentare per il contenimento del dolore? C'è un metodo che vorresti provare o che pensi faccia più per te? *(acqua, aromaterapia, musica, digitopressione, analgesia peridurale e analgesia inalatoria)*

- Vorresti far tagliare il cordone al papà?

- Dopo il parto (spontaneo o cesareo) vorresti che il bambino/a restasse con il suo papà? hai preferenze a riguardo? *(per esempio, quando ti alzi dopo le due ore del parto, o dopo il bagnetto...)*

- Paure, dubbi, perplessità, richieste che vorresti far sapere alla tua ostetrica in modo che ti possa, se desideri, dare sostegno e soddisfare e chiarire tutti i tuoi dubbi ed esigenze? *(paura degli aghi, per esempio, preferisci che ti venga detto tutto quanto passo per passo...)*

