



# Concorsi per OSTETRICA/O

**Manuale completo**  
per tutte le prove di selezione

III Edizione

- Le **origini, la formazione e la deontologia** della professione **ostetrica**
- L'organizzazione del **sistema sanitario**
- **Anatomia e fisiologia** dell'apparato genitale femminile
- Il percorso **nascita**
- La **pratica ostetrica**
- Le **patologie ginecologiche**
- Lingua inglese e Informatica (*online*)



ESTENSIONI ONLINE

Software di  
**simulazione**



**Eddie**

l'Assistente virtuale che ti aiuta  
a personalizzare lo studio





# Concorsi per OSTETRICA/O

III Edizione

## Teoria e test

### Accedi ai servizi riservati

Il codice personale contenuto nel riquadro dà diritto a servizi riservati ai clienti. Registrandosi al sito, dalla propria area riservata si potrà accedere a:

**MATERIALI DI INTERESSE  
E CONTENUTI AGGIUNTIVI**

CODICE PERSONALE

Grattare delicatamente la superficie per visualizzare il codice personale.  
Le **istruzioni per la registrazione** sono riportate nella pagina seguente.  
Il volume NON può essere venduto né restituito se il codice personale risulta visibile.

# Istruzioni per accedere ai contenuti e ai servizi riservati

SEGUICI QUESTE SEMPLICI ISTRUZIONI

SE SEI REGISTRATO AL SITO

clicca su **Accedi al materiale didattico**



inserisci email e password



inserisci le ultime 4 cifre del codice ISBN,  
riportato in basso a destra sul retro di

copertina



inserisci il tuo **codice personale** per essere  
reindirizzato automaticamente all'area  
riservata

SE NON SEI GIÀ REGISTRATO AL SITO

clicca su **Accedi al materiale didattico**



registra al sito **edises.it**



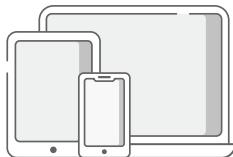
attendi l'email di conferma  
per perfezionare  
la registrazione



torna sul sito **edises.it** e segui la  
procedura già descritta per  
utenti registrati



## CONTENUTI AGGIUNTIVI



Per problemi tecnici connessi all'utilizzo dei  
supporti multimediali e per informazioni sui  
nostri servizi puoi contattarci sulla piattaforma  
**assistenza.edises.it**

SCARICA L'APP **INFOCONCORSI** DISPONIBILE SU APP STORE E PLAY STORE

# Concorsi per **OSTETRICA/O**

**Manuale completo**  
per tutte le prove di selezione

Fabio Parazzini  
Paola Agnese Mauri



Manuale completo per Ostetrica/o - III Edizione  
Copyright © 2026, 2023, 2020 EdiSES edizioni S.r.l. – Napoli

9 8 7 6 5 4 3 2 1 0  
2030 2029 2028 2027 2026

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

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

L'Editore

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

*Fotocomposizione:* EdiSES edizioni S.r.l. – Napoli

*Progetto grafico:* ProMediaStudio di A. Leano – Napoli

*Stampato presso:* PrintSprint S.r.l. - Napoli

*per conto della* EdiSES edizioni S.r.l. – Piazza Dante, 89 – Napoli

ISBN 979 12 5602 503 9

[www.edises.it](http://www.edises.it)

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

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

# Premessa

Frutto dell'esperienza più che trentennale degli autori nell'ambito della didattica accademica e clinica, il volume costituisce un utile e completo strumento di preparazione per le/i neoprofessioniste/i laureate/i in Ostetricia che intendano partecipare a un concorso pubblico. L'obiettivo è quello di proporre un testo redatto in modo sintetico, focalizzato sugli argomenti maggiormente richiesti dai programmi d'esame, corredata da quesiti a risposta multipla alla fine di ciascun capitolo per consentire la verifica immediata delle nozioni teoriche apprese. Il manuale è suddiviso in cinque aree tematiche che affrontano le competenze in ambito ostetrico, ginecologico e neonatologico.

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

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

La **Parte terza** – la più ampia e rispondente ai requisiti di competenza dell'area ostetrica e neonatale – illustra le norme e i documenti di indirizzo del percorso nascita e aspetti clinici quali la diagnostica prenatale, l'assistenza alla gravidanza, al parto, al puerperio, al neonato e alla lattazione fisiologici. Per alcuni tratti d'interesse disciplinare, si accenna alla patologia ostetrica e alla rianimazione neonatale (*golden minute*), segnalando i componenti del team multispecialistico.

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

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

In **omaggio** con il volume:

- il **software di simulazione** per infinite esercitazioni;
- il supporto di **Eddie**, l'assistente virtuale di EdiSES che aiuta a personalizzare lo studio. All'inizio di ogni capitolo, è presente un **QR Code**, che rimanda a risorse aggiuntive. Per fruirne, è necessario accedere o registrarsi su *edises.it*.

Ulteriori **materiali didattici** e **aggiornamenti** sono disponibili nell'area riservata a cui si accede mediante la registrazione al sito *edises.it* secondo la procedura indicata nelle prime pagine del volume.

Eventuali errata-corrigé saranno pubblicati sul sito *edises.it*, nell'apposita sezione "Aggiornamenti" della pagina dedicata al volume.

Altri aggiornamenti sulle procedure concorsuali saranno disponibili sui nostri **social**, su **blog.edises.it** e **infoconcorsi.com**.





# Indice

## Introduzione La professione ostetrica

### Capitolo 1 La professione ostetrica nella storia

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

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

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

## Parte Prima Legislazione e organizzazione del sistema sanitario

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

3.1	Il rapporto di lavoro pubblico .....	23
3.2	I doveri del dipendente pubblico .....	25
3.3	I diritti del dipendente pubblico .....	26
3.3.1	I diritti patrimoniali .....	26
3.3.2	I diritti non patrimoniali .....	27
3.4	Le responsabilità del dipendente pubblico .....	30
3.5	Le responsabilità giuridico-professionali dell'operatore sanitario .....	30



3.5.1 Il diritto alla sicurezza delle cure. Gli organi di garanzia e il monitoraggio delle buone pratiche .....	31
3.5.2 Gli obblighi di trasparenza.....	32
3.5.3 Le raccomandazioni previste dalle linee guida e le buone pratiche clinico-assistenziali .....	32
3.5.4 La responsabilità civile .....	33
3.5.5 La responsabilità amministrativa .....	35
3.5.6 La responsabilità penale.....	35
3.5.7 La responsabilità disciplinare .....	38
3.6 Gli obblighi di informazione verso la persona assistita: il consenso informato	40
3.7 Il trattamento dei dati sanitari.....	42
3.7.1 I requisiti di liceità per il trattamento dei dati sanitari .....	42
3.7.2 La legge sull'intelligenza artificiale e il suo impatto sulla sanità .....	43
3.8 Le responsabilità dell'esercente la professione ostetrica: aspetti specifici...	46
3.9 Il <i>risk management</i> e la gestione del rischio clinico .....	47
3.9.1 Definizione e tipologia di "errore" .....	48
3.9.2 Definizione e tipologia di analisi del rischio clinico.....	50
3.9.3 Monitoraggio della qualità e impiego degli indicatori .....	54
3.9.4 Gestione del rischio clinico.....	55
3.10 I dilemmi etici .....	55
3.10.1 Il concetto di bioetica .....	55
3.10.2 L'eutanasia e il suicidio assistito .....	57
3.10.3 Il testamento biologico .....	58
3.10.4 La clausola di coscienza .....	60
<b>Test di verifica .....</b>	<b>62</b>
<b>Capitolo 4 Salute e sicurezza del personale sanitario</b>	
4.1 Il quadro normativo in materia di sicurezza sul lavoro .....	67
4.2 Gli strumenti di protezione dei lavoratori .....	68
4.3 I soggetti responsabili in materia di sicurezza .....	69
4.4 Il rischio professionale in ambito sanitario.....	71
4.5 Il rischio biologico .....	71
4.6 Il rischio chimico .....	72
4.7 L'utilizzo di attrezature munite di videoterminali .....	75
4.7.1 La normativa di tutela del lavoratore.....	75
4.7.2 Tipologia dei disturbi .....	76
4.8 I dispositivi di protezione individuale (DPI).....	77
4.8.1 La valutazione del rischio e l'individuazione delle misure di protezione.....	77
4.8.2 I DPI nella definizione normativa .....	78
4.8.3 I requisiti dei DPI .....	78
4.8.4 Classificazione dei DPI sulla base del regolamento (CE) n. 2016/425/UE	79
4.8.5 Gli obblighi del datore di lavoro e dei lavoratori.....	80
4.8.6 Il criterio della gradualità negli interventi di protezione .....	81
4.8.7 Il protocollo (o manuale) per la scelta, l'uso e la formazione all'uso....	82
<b>Test di verifica .....</b>	<b>83</b>

**Capitolo 5** Storia, evoluzione e organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale

5.1	L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale .....	85
5.1.1	I precedenti normativi.....	85
5.1.2	Gli obiettivi della L. 833/1978 .....	87
5.1.3	Le Unità Sanitarie Locali .....	88
5.2	La riforma del 1991 .....	89
5.3	La riforma <i>bis</i> (1992) .....	89
5.3.1	Le Aziende Unità Sanitarie Locali .....	90
5.3.2	Le Aziende Ospedaliere .....	90
5.4	La riforma <i>ter</i> : il decreto Bindi (1999) .....	91
5.4.1	Gli indirizzi della riforma .....	91
5.4.2	Le principali innovazioni contenute nel decreto Bindi .....	92
5.5	La disciplina dell'assistenza primaria nel decreto Balduzzi (2012) .....	93
5.6	La <i>Spending review</i> sanitaria del 2015: il principio dell'appropriatezza delle cure .....	94
5.7	La riforma Madia .....	94
5.8	I Livelli Essenziali di Assistenza .....	95
5.9	La riforma Lorenzin (L. 11 gennaio 2018, n. 3) .....	97
5.10	La disciplina del <i>caregiver</i> familiare nelle leggi di bilancio 2018 e 2024 .....	98
5.11	La riorganizzazione della sanità territoriale (D.M. 77/2022) .....	99
5.11.1	Il Distretto sanitario quale baricentro del sistema .....	99
5.11.2	Gli standard organizzativi del Distretto sanitario .....	100
5.11.3	La Casa della Comunità .....	101
5.11.4	L'infermiere di famiglia o di Comunità .....	103
5.11.5	L'Unità di Continuità Assistenziale .....	103
5.11.6	La Centrale Operativa Territoriale e la Centrale Operativa NEA 116117 .....	104
5.11.7	L'Ospedale di Comunità .....	104
5.11.8	Sistemi informativi e qualità .....	105
5.11.9	La prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico .....	106
5.12	La pianificazione sanitaria .....	107
5.12.1	Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) .....	107
5.12.2	Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), il Piano Pandemico Influenzale (PPI) e il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) .....	109
5.12.3	I Piani Sanitari Regionali (PSR) .....	110
5.12.4	I Piani Attuativi Locali (PAL) .....	111
5.12.5	Gli altri strumenti .....	112
	Test di verifica .....	114

## Parte Seconda

### Anatomia e fisiologia della donna

**Capitolo 6** L'apparato genitale femminile

6.1	Anatomia del bacino ostetrico .....	119
6.1.1	La pelvimetria interna .....	120



6.1.2 La mobilità del cingolo pelvico.....	122
6.1.3 I tipi di bacino .....	122
6.1.4 La pelvimetria esterna.....	123
6.2 Anatomia del pavimento pelvico.....	125
6.2.1 Fisiologia del pavimento pelvico.....	127
6.3 Gli organi genitali interni .....	127
6.3.1 La vagina .....	127
6.3.2 L'utero.....	129
6.3.3 Le tube di Falloppio o salpingi .....	130
6.3.4 Le ovaie .....	131
6.4 Gli organi genitali esterni.....	133
6.4.1 La vulva .....	133
<b>Test di verifica .....</b>	<b>135</b>

**Capitolo 7 Il ciclo mestruale e le sue alterazioni**

7.1 Ciclo ovarico e ciclo mestruale .....	139
7.1.1 Fase preovulatoria.....	139
7.1.2 Fase postovulatoria.....	141
7.2 Pubertà e menarca.....	142
7.3 Le principali anomalie dello sviluppo sessuale .....	144
7.3.1 Pubertà precoce .....	144
7.3.2 Pubertà ritardata.....	145
7.3.3 L'assistenza dell'ostetrica/o.....	145
7.4 I disturbi del ciclo mestruale.....	146
7.4.1 Irregolarità mestruali.....	146
7.4.2 Sanguinamenti uterini anomali .....	147
7.4.3 L'amenorrea .....	149
7.4.4 La sindrome premestruale.....	151
7.4.5 L'assistenza dell'ostetrica/o.....	152
<b>Test di verifica .....</b>	<b>153</b>

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

8.1 Fisiologia della menopausa .....	157
8.1.1 La premenopausa.....	157
8.1.2 I cambiamenti ormonali .....	157
8.2 Terapia della sintomatologia climaterica .....	159
8.3 L'osteopenia/osteoporosi postmenopausale .....	160
8.4 L'assistenza dell'ostetrica/o.....	162
<b>Test di verifica .....</b>	<b>163</b>

## Parte Terza Ostetricia

**Capitolo 9 Il percorso nascita**

9.1 Alcune norme e documenti di indirizzo .....	167
9.2 Le linee di azione .....	168
9.3 Gli standard per la valutazione dei punti nascita .....	171

9.4	L'assistenza nei punti nascita: l'esigenza di una rinnovata attenzione alla qualità	178
9.5	L'iniziativa "Baby Friendly" .....	179
9.6	Il modello assistenziale dell'ostetrica/o fra letteratura internazionale e regolamentazione.....	180
9.7	Il programma "Midwifery 2030" .....	182
9.8	Il Comitato Percorso Nascita nazionale (CPNn).....	185
9.9	Le gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO) .....	186
	9.9.1 L'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte dell'ostetrica/o	186
	9.9.2 Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO).....	186
	9.9.3 Standard e requisiti delle aree funzionali BRO .....	187
9.10	Le raccomandazioni <i>intrapartum</i> dell'Organizzazione Mondiale della Sanità	189
	Test di verifica .....	198

#### **Capitolo 10 Fisiologia della gravidanza**

10.1	La fecondazione .....	201
10.2	Lo sviluppo del prodotto del concepimento .....	201
10.3	La gravidanza .....	205
	10.3.1 Il primo trimestre di gravidanza: l'ambivalenza e il cambiamento ...	205
	10.3.2 Il secondo trimestre di gravidanza: la stabilizzazione e l'armonia ...	210
	10.3.3 Il terzo trimestre di gravidanza: la separazione e il distacco.....	214
	Test di verifica .....	220

#### **Capitolo 11 Gli annessi ovulari e la circolazione fetale**

11.1	Gli annessi ovulari .....	223
	11.1.1 Le membrane ovulari o amnio-coriali.....	223
	11.1.2 Il liquido amniotico.....	223
	11.1.3 Il funicolo o cordone ombelicale .....	226
	11.1.4 La placenta .....	228
11.2	La circolazione fetale .....	231
	Test di verifica .....	234

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

12.1	L'identificazione delle gravidanze a basso rischio .....	237
12.2	I controlli in gravidanza .....	238
12.3	Il Sistema Nazionale per le Linee Guida .....	241
12.4	La linea guida "Gravidanza fisiologica".....	242
12.5	Gli "Incontri di Accompagnamento alla Nascita".....	250
	Test di verifica .....	252

#### **Capitolo 13 L'esame ostetrico**

13.1	I tempi della visita ostetrica .....	255
13.2	Il primo tempo dell'esame ostetrico (anamnesi o interrogatorio).....	256
13.3	Il secondo tempo dell'esame ostetrico (ispezione).....	257
13.4	Il terzo tempo dell'esame ostetrico (palpazione) .....	259
13.5	Il quarto tempo dell'esame ostetrico (auscultazione).....	266
13.6	Il quinto tempo dell'esame ostetrico (esplorazione) .....	269



13.7 Il sesto tempo dell'esame ostetrico (esecuzione di esami strumentali di primo livello) .....	272
13.7.1 L'ecografia office.....	273
Test di verifica .....	276
<b>Capitolo 14 La diagnostica prenatale</b>	
14.1 I test di diagnosi prenatale offerti alle coppie .....	279
14.1.1 Tecniche non invasive/tecniche di screening.....	279
14.1.2 Tecniche invasive.....	281
14.2 Linee generali di conduzione dei colloqui precedenti ai test di diagnosi prenatale .....	284
Test di verifica .....	286
<b>Capitolo 15 Il travaglio e il parto</b>	
15.1 Definizione di parto .....	287
15.2 I tre fattori del parto.....	287
15.2.1 Il feto o corpo mobile.....	288
15.2.2 La forza: le contrazioni uterine e le forze ausiliarie materne.....	291
15.2.3 Il canale del parto (bacino osseo e strutture molli).....	294
15.3 I tre stadi (fasi o periodi) del parto.....	295
15.4 I fenomeni del parto .....	298
15.4.1 I fenomeni dinamici .....	298
15.4.2 I fenomeni meccanici del parto .....	300
15.4.3 I fenomeni plastici del parto.....	302
Test di verifica .....	305
<b>Capitolo 16 Assistenza ostetrica al travaglio e al parto</b>	
16.1 Il monitoraggio del travaglio .....	307
16.2 La meccanica del parto .....	310
16.2.1 Teorie sulle cause dei movimenti del meccanismo del parto .....	314
16.2.2 Varietà del meccanismo di parto in presentazione occipitale .....	315
16.3 Il decorso del parto .....	316
16.4 Le posture materne in travaglio .....	318
16.5 La protezione del perineo.....	321
16.6 Episiotomia.....	321
16.7 Il clampaggio funicolare .....	322
16.8 L'aspirazione delle prime vie aeree del neonato .....	324
16.9 Le prime cure ostetriche al neonato.....	324
16.10 Il "golden minute" e l'algoritmo per la rianimazione neonatale .....	328
16.11 Assistenza al secondamento (III stadio del parto) e accenni alla patologia emorragica del <i>post partum</i> (EPP) .....	330
16.11.1 Il protocollo <i>active management</i> .....	340
16.12 Il dolore in travaglio di parto .....	341
16.12.1 Effetti sistemicci del dolore del parto.....	342
16.12.2 Il controllo del dolore in travaglio.....	342
Test di verifica .....	350

**Capitolo 17 La sorveglianza fetale**

17.1	Gli scambi gassosi placentari .....	353
17.2	Il metabolismo cellulare .....	354
17.3	La carenza di ossigenazione e i meccanismi di difesa fetale .....	354
17.4	La rilevazione del battito cardiaco fetale .....	355
17.4.1	Interpretazione della cardiotocografia fetale .....	356
17.4.2	Frequenza cardiaca di base .....	356
17.4.3	Variabilità .....	357
17.5	Registrazione delle contrazioni .....	361
17.5.1	Classificazione della cardiotocografia (CTG) .....	362
	Test di verifica .....	365

**Capitolo 18 L'induzione del parto**

18.1	L'induzione del parto e le indicazioni al suo espletamento .....	367
18.2	Tecniche di induzione .....	368
18.2.1	Ossitocina .....	369
18.2.2	Prostaglandine .....	370
18.2.3	Metodi meccanici .....	371
18.2.4	Amnioressi .....	372
18.2.5	Scollamento delle membrane .....	372
18.3	L'assistenza ostetrica al travaglio indotto .....	373
18.4	L'informazione alle donne .....	374
	Test di verifica .....	375

**Capitolo 19 Il team di sala parto e le relative competenze**

19.1	L'Unità Operativa di Ostetricia: le linee di indirizzo, le professionalità e le risorse .....	377
19.2	Job description dell'ostetrica/o .....	379
19.3	Job description dell'ostetrica/o coordinatore .....	381
19.4	I livelli di competenza delle ostetriche .....	383
19.5	Job description del medico .....	383
19.6	Job description degli operatori di supporto .....	385
19.7	L'uniformità dei comportamenti del team di sala parto e la valutazione .....	387
	Test di verifica .....	390

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

20.1	La distocia del parto .....	393
20.1.1	L'inerzia uterina .....	398
20.1.2	La sproporzione feto-pelvica .....	399
20.1.3	Le anomalie del canale .....	399
20.1.4	La psiche della partoriente .....	399
20.2	La distocia di spalla .....	400
20.2.1	Previsione della distocia di spalla .....	400
20.2.2	Prevenzione della distocia di spalla .....	401
20.2.3	Diagnosi e interventi per la distocia di spalla .....	402
20.2.4	Alcuni accorgimenti dettati dall'esperienza clinica per procedere con le manovre per la distocia di spalla .....	407



20.3	La ventosa ostetrica .....	408
20.3.1	L'assistenza dell'ostetrica/o all'applicazione di <i>vacuum extractor</i> .....	412
20.4	Il forcipe .....	413
20.4.1	La struttura di un forcipe .....	414
	Test di verifica .....	419

### **Capitolo 21 Il taglio cesareo**

21.1	Indicazioni al taglio cesareo .....	423
21.1.1	La morbilità materna legata al taglio cesareo .....	425
21.1.2	La morbilità neonatale legata al taglio cesareo .....	425
21.1.3	Il taglio cesareo su richiesta materna .....	425
21.2	Il taglio cesareo: classificazione .....	426
21.3	L'anestesia per un taglio cesareo .....	426
21.4	La preparazione della gravida all'intervento .....	431
21.5	L'assistenza ostetrica durante il taglio cesareo .....	433
21.6	Tecnica operatoria del taglio cesareo con isterotomia trasversale .....	435
21.6.1	Incisione della cute .....	435
21.6.2	Incisione di sottocute, fascia e divaricazione dei muscoli .....	436
21.6.3	Incisione del peritoneo parietale .....	436
21.6.4	Isterotomia sul segmento uterino inferiore (SUI) .....	437
21.6.5	Incisione del peritoneo viscerale .....	437
21.6.6	Incisione del miometrio .....	437
21.6.7	Estrazione del feto .....	438
21.6.8	Secondamento e controllo dell'emostasi .....	439
21.6.9	Sutura della breccia uterina .....	439
21.6.10	Sutura della parete addominale .....	439
21.7	Tecnica operatoria del taglio cesareo corporale .....	440
21.8	L'isterectomia <i>peripartum</i> o taglio cesareo demolitore .....	440
21.9	Il <i>post partum</i> nel post operatorio .....	441
21.10	Assistenza in gravidanza alla donna precesarizzata .....	442
21.11	Criteri di inclusione (e di esclusione) al VBAC .....	443
	Test di verifica .....	445

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

22.1	Le prime 2 ore dopo il parto .....	447
22.1.1	La prevenzione dell'emorragia nel <i>post partum</i> (PPH) .....	447
22.1.2	L'ostetrica/o e la prevenzione del postnatal collapse (SUPC) .....	448
22.2	Le prime 24 ore di puerperio .....	449
22.2.1	Il quadro relazionale .....	450
22.2.2	Accogliere il padre .....	451
22.3	La coppia madre-neonato dalle 24 alle 72 ore dopo il parto .....	451
22.3.1	Montata lattea o lattogenesi II .....	452
22.3.2	Atteggiamento psico-emotivo della puerpera .....	453
22.4	Il puerperio fisiologico e l'assistenza dell'ostetrica/o alla coppia madre-neonato: nascita di una famiglia .....	454
22.5	Fenomeni regressivi e involutivi del puerperio .....	454
22.5.1	Fenomeni regressivi locali .....	455
22.5.2	Fenomeni regressivi generali .....	459
22.6	L'assistenza ostetrica al neonato entro le 72 ore dal parto .....	464

22.6.1 Il rooming in .....	464
22.6.2 Il bedding in.....	465
22.6.3 L'atteggiamento e i comportamenti di un neonato nelle prime 72 ore di vita e accenni su consigli alla puerpera alla dimissione.....	465
22.6.4 La prima visita del pediatra al neonato.....	469
22.6.5 Gli screening neonatali .....	473
<b>Test di verifica .....</b>	<b>476</b>
 <b>Capitolo 23 Fisiologia della lattazione e allattamento</b>	
23.1 Anatomia della mammella .....	479
23.2 Endocrinologia del puerperio.....	481
23.3 La fisiologia della lattazione .....	482
23.4 La fisiologia dell'allattamento.....	483
23.5 La composizione del latte materno .....	485
23.5.1 La composizione del latte materno nel neonato pretermine.....	485
23.5.2 La composizione del latte materno nelle diverse fasi della lattazione	486
23.5.3 I principali componenti del latte materno .....	488
23.6 I benefici dell'allattamento.....	490
23.6.1 Benefici per la collettività e l'ambiente .....	491
23.6.2 Benefici per la madre.....	491
23.6.3 Benefici per il bambino: protezione dalle malattie e dalle allergie ...	492
23.6.4 Protezione dalle infezioni .....	492
<b>Test di verifica .....</b>	<b>496</b>
 <b>Capitolo 24 Assistenza ostetrica e allattamento</b>	
24.1 L'educazione all'allattamento .....	499
24.2 La posizione di madre e bambino .....	501
24.3 L'attacco al seno .....	503
24.3.1 Segni di trasferimento del latte.....	504
24.3.2 Il neonato "troppo buono" e sonnolento .....	504
24.4 Spremitura, conservazione e somministrazione del latte .....	505
24.4.1 Spremitura manuale.....	505
24.4.2 Conservazione del latte materno spremuto.....	506
24.4.3 Somministrazione del latte materno spremuto .....	507
24.5 Controindicazioni all'allattamento .....	508
24.5.1 Controindicazioni neonatali assolute .....	508
24.5.2 Controindicazioni neonatali temporanee (ragioni cliniche accettabili)	509
24.5.3 Controindicazioni materne assolute .....	509
24.5.4 Controindicazioni materne temporanee .....	510
24.5.5 Controindicazioni false.....	511
24.6 Principali problemi in allattamento.....	511
24.6.1 Ragadi .....	511
24.6.2 Dotto ostruito.....	512
24.6.3 Mastite.....	512
24.6.4 Ascesso mammario.....	513
24.6.5 Infezione da <i>Candida albicans</i> .....	514
24.7 L'alimentazione con formula .....	515
<b>Test di verifica .....</b>	<b>516</b>



**Capitolo 25 La patologia nel puerperio**

25.1	Apparato urinario .....	519
25.2	Sistema osseo.....	520
25.3	I disturbi del sistema vascolare .....	521
25.4	L'ipertensione <i>post partum</i> .....	522
25.5	La sepsi puerperale .....	522
25.6	Forme depressive e da stress .....	523
	Test di verifica .....	526

**Capitolo 26 Le patologie ostetriche del primo trimestre**

26.1	L'aborto spontaneo .....	529
26.1.1	Cause e fattori di rischio.....	530
26.1.2	Sintomatologia e diagnosi .....	530
26.1.3	Terapia.....	531
26.2	La gravidanza extrauterina .....	532
26.2.1	Frequenza e fattori di rischio.....	532
26.2.2	Diagnosi .....	533
26.2.3	Terapia.....	534
26.3	La malattia trofoblastica gestazionale .....	534
26.3.1	Sintomatologia e diagnosi .....	535
26.3.2	Terapia.....	536
26.4	L'assistenza dell'ostetrica/o .....	537
	Test di verifica .....	538

**Capitolo 27 La gravidanza multipla**

27.1	La gravidanza multipla .....	539
27.1.1	Rischi connessi alla gravidanza multipla .....	540
27.2	Il parto nella gravidanza gemellare .....	541
27.2.1	Modalità e timing del parto .....	541
27.2.2	Assistenza a travaglio e parto .....	543
27.3	Il taglio cesareo nella gravidanza gemellare .....	544
	Test di verifica .....	546

**Capitolo 28 Le patologie materne del secondo e terzo trimestre**

28.1	Le principali patologie di interesse ostetrico.....	547
28.1.1	L'ipertensione gestazionale e la preeclampsia .....	547
28.1.2	La sindrome di HELLP (H - emolisi, EL - enzimi epatici, LP - basso numero di piastrine) .....	548
28.1.3	L'eclampsia.....	550
28.1.4	Il diabete .....	551
28.1.5	La colestasi gravidica .....	554
28.2	L'isoimmunizzazione materno-fetale.....	554
28.2.1	Isoimmunizzazione Rh .....	554
28.2.2	Diagnosi di MEN .....	555
	Test di verifica .....	556

**Capitolo 29 Infezioni in gravidanza**

29.1	Le patologie infettive .....	559
29.2	Le infezioni virali .....	560
29.2.1	Infezione rubeolica .....	560
29.2.2	<i>Citomegalovirus (CMV)</i> .....	561
29.2.3	Varicella .....	562
29.2.4	<i>Herpes virus</i> .....	563
29.2.5	Parvovirus B19 .....	563
29.2.6	HIV .....	563
29.2.7	Virus epatite B (HBV) .....	564
29.2.8	HCV .....	564
29.3	Le infezioni protozoarie: <i>toxoplasma gondii</i> .....	565
29.4	Le infezioni batteriche .....	566
29.4.1	Streptococco beta-emolitico .....	566
29.4.2	Sifilide .....	566
29.4.3	<i>Chlamydia trachomatis</i> .....	567
29.4.4	<i>Nesseria gonorrhoeae</i> .....	567
	Test di verifica .....	568

**Capitolo 30 Patologie internistiche in gravidanza**

30.1	Le cardiopatie .....	569
30.1.1	Aspetti assistenziali specifici .....	570
30.2	Le patologie tiroidee .....	571
30.3	L'anemia .....	571
30.4	Le malattie renali .....	573
30.5	L'asma .....	574
30.6	Le malattie dell'apparato digerente .....	574
30.7	L'epilessia .....	574
30.8	L'appendicite .....	575
30.9	Le malattie autoimmuni .....	575
	Test di verifica .....	576

**Capitolo 31 Le patologie della placenta nel terzo trimestre**

31.1	Il distacco intempestivo di placenta normalmente inserta e le anomalie di inserzione placentare .....	577
31.1.1	Distacco intempestivo di placenta normalmente inserta .....	577
31.1.2	Anomalie di inserzione placentare: la placenta previa .....	580
	Test di verifica .....	582

**Capitolo 32 Altre patologie ostetriche**

32.1	Il ritardo di crescita intrauterino .....	583
32.2	Il parto pretermine .....	584
32.2.1	Rottura prematura delle membrane a termine (> 37 settimane di gestazione) .....	586
32.2.2	Rottura prematura delle membrane prima della 37 <sup>a</sup> settimana di gestazione (PROMP) .....	586
32.3	La gravidanza protratta o oltre il termine .....	587
	Test di verifica .....	589



<b>Capitolo 33 L'infertilità e la procreazione medicalmente assistita (PMA)</b>	
33.1 Definizione .....	591
33.2 Epidemiologia .....	592
33.3 Cause e relative diagnosi.....	592
33.3.1 L'infertilità disovulatoria.....	592
33.3.2 Il fattore anatomico .....	593
33.3.3 Il fattore maschile.....	594
33.3.4 L'infertilità inspiegata.....	595
33.4 Inquadramento diagnostico.....	595
33.5 Terapia .....	596
33.5.1 Induzione dell'ovulazione .....	596
33.5.2 Inseminazione intrauterina (IUI).....	597
33.5.3 Fecondazione <i>in vitro</i> (FIVET/ICSI).....	598
33.5.4 Crioconservazione .....	600
33.5.5 <i>Fertility preservation</i> e <i>Social freezing</i> .....	600
33.5.6 PESA-TESE .....	601
33.5.7 PMA eterologa.....	601
33.5.8 Diagnosi preimplanto ( <i>Preimplantation Genetic Testing - PGT</i> ).....	602
Test di verifica .....	603

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

34.1 La legislazione italiana.....	605
34.2 La prevenzione .....	607
34.3 Le procedure .....	608
34.3.1 L'aborto farmacologico .....	608
34.3.2 L'aborto chirurgico.....	610
34.3.3 L'aborto terapeutico.....	610
34.4 L'assistenza dopo l'aborto.....	611
34.5 La pianificazione familiare e la contraccezione post aborto volontario .....	612
Test di verifica .....	614

#### **Capitolo 35 Farmaci in gravidanza e allattamento**

35.1 Prescrizioni farmaceutiche in gravidanza.....	617
35.2 Le dimensioni del rischio dell'assunzione di farmaci in allattamento .....	621
35.3 Controindicazioni assolute e relative, false controindicazioni .....	623
35.4 Uso dei farmaci, gestione dell'allattamento e farmacovigilanza .....	625
Test di verifica .....	626

## **Parte Quarta Ginecologia**

#### **Capitolo 36 Le malformazioni genitali: le anomalie mülleriane**

36.1 Tipologie di malformazioni genitali.....	629
36.2 Le anomalie dei genitali esterni .....	630

36.3 Anomalie dell'utero.....	630
Test di verifica .....	632

### **Capitolo 37 Le patologie ginecologiche benigne**

37.1 Il fibroma uterino.....	633
37.1.1 Classificazione dei fibromi uterini .....	633
37.1.2 Sintomatologia .....	635
37.1.3 Diagnosi e terapia .....	635
37.2 Le cisti ovariche benigne.....	636
37.2.1 Diagnosi .....	637
37.2.2 Terapia .....	637
37.2.3 Le cisti funzionali .....	637
37.2.4 Le cisti organiche .....	637
37.2.5 Le cisti secernenti .....	638
37.3 L'endometriosi.....	638
37.3.1 Sintomatologia .....	639
37.3.2 Diagnosi.....	639
37.3.3 Terapia .....	639
37.4 Il polipo endometriale e cervicale.....	640
Test di verifica .....	641

### **Capitolo 38 Le patologie della statica pelvica e l'incontinenza**

38.1 Accenni alle patologie del pavimento pelvico.....	643
38.2 La prevenzione delle patologie del pavimento pelvico.....	644
38.3 La riabilitazione del pavimento pelvico .....	645
38.3.1 Inkontinenza urinaria .....	646
38.3.2 Inkontinenza anale non neurogena .....	646
38.3.3 Prolasso.....	646
38.3.4 Ritenzione urinaria .....	647
38.3.5 Ritenzione fecale.....	647
38.3.6 Disfunzioni sessuali femminili .....	648
38.4 Il pavimento pelvico in menopausa .....	649
Test di verifica .....	651

### **Capitolo 39 Le infezioni ginecologiche**

39.1 Le infezioni del basso tratto genitale (vulva, vagina, cervice uterina) .....	653
39.1.1 <i>Herpes</i> genitale .....	653
39.1.2 Sifilide .....	654
39.2 Le infezioni della cervice (cerviciti).....	655
39.2.1 <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (NG).....	655
39.2.2 <i>Chlamydia trachomatis</i> (CT) .....	655
39.3 Le infezioni vaginali .....	655
39.4 Malattia infiammatoria pelvica ( <i>Pelvic Inflammatory Disease – PID</i> ) .....	656
Test di verifica .....	658

### **Capitolo 40 I tumori maligni ginecologici**

40.1 Il carcinoma vulvare.....	659
40.2 Il carcinoma della cervice uterina.....	662



40.3	Il carcinoma dell'endometrio.....	664
40.4	Il sarcoma uterino .....	667
40.5	Carcinoma e tumori germinali dell'ovaio .....	668
	40.5.1 Carcinogenesi del tumore epiteliale .....	668
	40.5.2 Tumori dei cordoni sessuali e dello stroma e tumori germinali .....	669
40.6	Tecniche di screening per il carcinoma della cervice uterina .....	670
	40.6.1 Il Pap test .....	671
	Test di verifica .....	674

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

41.1	La comunicazione.....	677
41.2	La comunicazione in oncologia.....	679
41.3	La formazione degli operatori alla "relazione" .....	681
	41.3.1 Il codice deontologico .....	681
	41.3.2 Competenze professionali ed etiche .....	681
	41.3.3 Tipologia di materiale e fonti di informazione .....	683
	41.3.4 Decodifica della domanda, personalizzazione del "pacchetto informativo" e utilizzo del materiale a disposizione .....	684
	41.3.5 Capacità nel saper creare una relazione .....	685
	Test di verifica .....	686

#### **Capitolo 42 La patologia mammaria**

42.1	La patologia mammaria benigna.....	689
	42.1.1 Patologie che originano dal parenchima mammario .....	690
42.2	La patologia mammaria maligna.....	691
	42.2.1 Il carcinoma mammario.....	691
42.3	La competenza dell'ostetrica/o e l'educazione alla prevenzione del tumore mammario.....	695
	42.3.1 La prevenzione primaria .....	696
	Test di verifica .....	698

#### **Capitolo 43 L'assistenza ginecologica e ostetrica in sala operatoria**

43.1	La preparazione fisica dell'operanda.....	701
43.2	La preparazione all'anestesia e all'intervento chirurgico.....	704
	43.2.1 La sedazione e i suoi effetti.....	704
	43.2.2 L'anestesia in gravidanza.....	706
	43.2.3 L'anestesia generale.....	706
	43.2.4 L'anestesia regionale .....	708
43.3	Il periodo intraoperatorio .....	710
	43.3.1 La prevenzione delle infezioni in sala operatoria .....	711
	43.3.2 La preparazione chirurgica della cute .....	712
43.4	Il periodo postoperatorio .....	713
	43.4.1 L'assistenza nel periodo postoperatorio avanzato.....	718
	43.4.2 I rischi postoperatori.....	719
	43.4.3 La gestione del dolore .....	727
43.5	Chirurgia mini-invasiva e ambulatoriale .....	728
43.6	Chirurgia ginecologica nella donna anziana.....	730
	Test di verifica .....	732

**Capitolo 44 Il controllo della fertilità**

44.1	La contraccezione .....	735
44.1.1	Quali informazioni fornire all'utenza .....	736
44.1.2	Gli strumenti per informare .....	736
44.2	Metodi contraccettivi reversibili .....	737
44.2.1	I contraccettivi ormonali .....	737
44.2.2	Metodi barriera .....	741
44.2.3	Dispositivi o sistemi intrauterini .....	745
44.2.4	Contracezione d'emergenza .....	747
44.3	Metodi contraccettivi irreversibili .....	748
44.3.1	Sterilizzazione tubarica .....	748
44.3.2	Sterilizzazione maschile .....	750
44.4	Counselling per la contraccezione dopo il parto .....	751
44.5	Counselling sulla ciclicità della fecondità femminile .....	752
	Test di verifica .....	757
	Autori .....	759

**Parte Quinta**  
**Lingua inglese** 

**Parte Sesta**  
**Informatica** 





# Capitolo 6

## L'apparato genitale femminile



### 6.1 Anatomia del bacino ostetrico

Il bacino ostetrico, chiamato anche **cingolo pelvico**, rappresenta la componente ossea del canale del parto. È formato, anteriormente e lateralmente, dalle ossa pari e simmetriche dell'ileo, dell'ischio e del pube; posteriormente, dall'osso sacro (risultante dalla fusione di 5 vertebre sacrali) e dal coccige (formato da 4 o 5 vertebre coccigee).

La suddivisione della struttura ossea del bacino femminile in **grande e piccolo bacino** riveste particolare importanza in ostetricia, poiché il piccolo bacino, o piccola pelvi, costituisce il tratto funzionale del canale del parto.

Il piano che, dal margine superiore dell'osso pubico, si porta posteriormente verso il sacro costituisce il confine tra grande e piccolo bacino. Questo piano immaginario è denominato **stretto superiore** ed è considerato il piano di ingresso del canale del parto. Lo stretto superiore è delimitato anteriormente dalle branche superiori del pube e dalla sifissi pubica, lateralmente dalle linee innominate destra e sinistra e posteriormente dal promontorio del sacro, in corrispondenza dell'articolazione tra la quinta vertebra lombare e la prima sacrale.

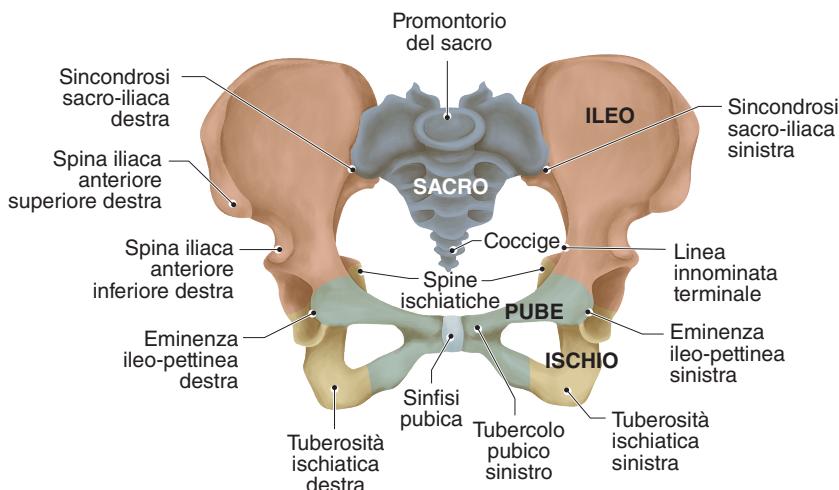


Figura 6.1 Il bacino ostetrico e alcuni punti anatomici di riferimento



### 6.1.1 La pelvimetria interna

Il canale del parto è caratterizzato da un decorso curvilineo a concavità anteriore, che segue la concavità del sacro e del coccige, orientando e facilitando la progressione della parte presentata del feto durante il travaglio e il parto.

La lunghezza del canale del parto osseo, a partire dall'ingresso che coincide con lo stretto superiore fino al suo termine, può essere descritta facendo riferimento alla teoria dei piani convergenti o alla teoria dei piani paralleli (**piani di Hodge**).

I piani convergenti sono tre, mentre i piani paralleli sono quattro.

Il **primo piano**, per entrambe le teorie, coincide con il piano dello *stretto superiore* o ingresso pelvico. Si tratta del piano il cui diametro antero-posteriore va dal margine superiore della sinfisi pubica al promontorio del sacro. Il promontorio del sacro è l'angolo sporgente ventralmente che l'osso sacro forma con l'ultima vertebra lombare (detto anche angolo sacrovertebrale).

Il **secondo piano convergente** è detto anche piano dello *stretto medio*, il cui diametro antero-posteriore va dal margine inferiore della sinfisi pubica fino a passare dalle spine ischiatiche.

Il **terzo piano convergente**, detto anche *stretto inferiore* o egresso pelvico, va dal margine inferiore della sinfisi pubica fino a raggiungere la punta del coccige.

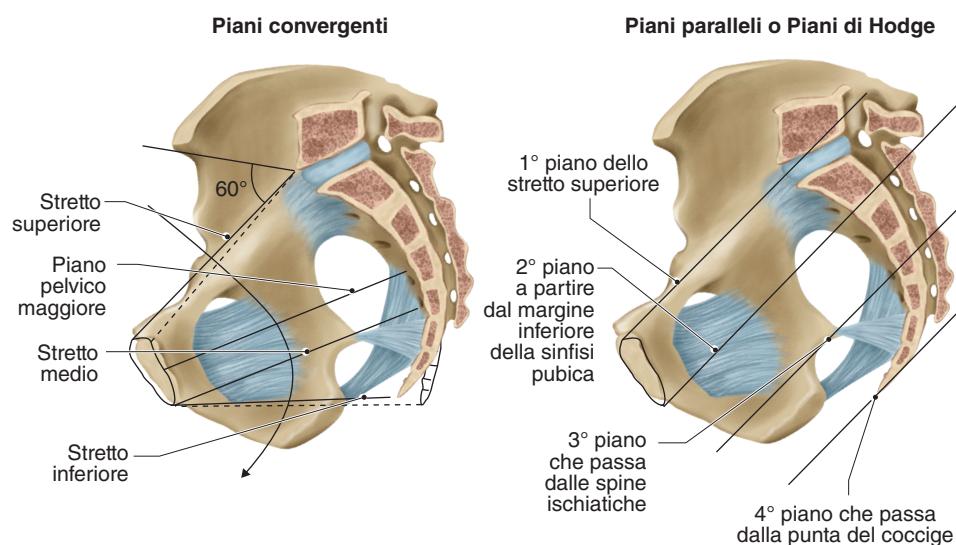
I piani di Hodge restano paralleli al primo piano dello stretto superiore o primo piano parallelo di Hodge; pertanto, per essere descritti, basta che si faccia riferimento ad un unico punto di repere.

Il **secondo piano parallelo** passa dal margine inferiore della sinfisi pubica.

Il **terzo piano parallelo** passa all'altezza delle spine ischiatiche.

Il **quarto piano parallelo** passa dal margine inferiore del coccige.

Ogni piano convergente del bacino ostetrico viene definito a partire da dimensioni antero-posteriori e/o latero-laterali (trasversi) e/o oblique; non bisogna dimentica-



**Figura 6.2** Il bacino osseo ostetrico. I piani convergenti e i 4 piani di Hodge (piani paralleli al piano dello stretto superiore)

re che ciò permette di considerare solo relativamente la tridimensionalità del canale osseo e le caratteristiche morfologiche legate all'angolo anteriore della concavità.

Il canale non è un cilindro, bensì un poliedro complesso, nel quale è peculiare il piano che passa dalle spine ischiatiche sia per dimensioni che per ridefinizione dell'inclinazione dell'asse parallelo al canale (asse pelvico).

I nomi dati agli spazi del canale del parto sono:

- piano contenuto tra il piano dello stretto superiore e il secondo piano parallelo, detto **cilindro di discesa di Pigeaud**;
- piano contenuto tra il secondo piano parallelo e il piano convergente dello stretto inferiore, detto **triangolo di disimpegno di Fochier**.

**Tabella 6.1 Alcuni diametri di pelvimetria interna (facendo riferimento ai piani convergenti)**

Nome del diametro	Punti di riferimento	Misura in cm	Peculiarità
Diametro antero-posteriore dello stretto superiore o coniugata anatomica	Margine superiore della sinfisi pubica Promontorio del sacro	11	
Diametro antero-posteriore dello stretto superiore o coniugata vera o ostetrica	Punto più sporgente verso l'interno del canale del parto del margine superiore della sinfisi pubica Promontorio del sacro	10,5	È il diametro che realmente potrebbe essere sfruttato dal feto, perché tiene conto della conformazione delle ossa pubiche
Diametro obliquo di sinistra dello stretto superiore	Eminenza ileo-pettinea sinistra Sincondrosi sacro-iliaca destra	12,5	È più lungo del diametro obliquo destro per deformazioni legate all'atteggiamento corporeo che assume la maggior parte dei soggetti destrimani
Diametro obliquo di destra dello stretto superiore	Eminenza ileo-pettinea destra Sincondrosi sacro-iliaca sinistra	12	
Diametro latero-laterale o trasverso medio dello stretto superiore	Passa dal punto di incontro dei diametri obliqui dello stretto superiore	12	Non viene normalmente sfruttato da un feto a termine normoconformato, perché posteriormente lo spazio dello stretto superiore è in parte occupato dall'angolo sacrovertebrale
Diametro antero-posteriore dello stretto medio	Margine inferiore della sinfisi pubica Spine ischiatiche	11-11,5	
Diametro latero-laterale dello stretto medio o trasverso dello stretto medio o bispino-ischiatico	Spina ischiatica sinistra Spina ischiatica destra	10-10,5	
Diametro antero-posteriore dello stretto inferiore o cocci-pubico	Margine inferiore della sinfisi pubica Estremità caudale del coccige	9-10 12-12,5	Grazie alla mobilità del coccige (retropulsione), il diametro può ampliarsi fino a due centimetri
Diametro latero-laterale dello stretto inferiore o trasverso dello stretto inferiore o bituberoso	Tuberosità ischiatica sinistra Tuberosità ischiatica destra	11	



## 6.1.2 La mobilità del cingolo pelvico

Come tutti gli organi del corpo, la struttura ossea del cingolo pelvico risponde agli stimoli ormonali, inclusi gli ormoni femminili, estrogeni e progesterone.

Un bacino sottoposto a tale insulto ormonale resta particolarmente plastico e mobile grazie alla maggiore elasticità della sinfisi pubica e delle sincondrosi sacro-iliache che risentono dell'imbibizione più o meno intensa per azione progestinica.

La mobilità del bacino può essere riassunta in possibilità di oscillazione, contronutazione e nutazione.

**L'oscillazione** è data da movimenti laterali e circolari del bacino, ricorrendo in particolar modo alle articolazioni coxo-femorali.

Il movimento di **contronutazione** è determinato dalla rotazione della base del sacro all'indietro e in alto. L'apice del sacro ruota in basso e in avanti, le ali iliache si allontanano dalla linea mediana. Le tuberosità ischiatiche si avvicinano: i diametri inferiori si riducono e aumentano i diametri dello stretto superiore, quindi le fibre del pubo-coccigeo si detendono. Questo grazie anche alla riduzione della lordosi lombare (flessione del tratto lombare) e alla divergenza di ginocchia e punte dei piedi.

La **nutazione** è il movimento della base del sacro che ruota in avanti e in basso, l'apice del sacro ruota in alto e indietro, le ali del sacro si avvicinano alla linea media, l'ischio si allontana dalla linea mediana e la distanza tra le tuberosità ischiatiche aumenta, la distanza tra pube e promontorio si riduce e la distanza tra coccige e pube aumenta. Con la nutazione aumentano i due diametri dello stretto inferiore e si riducono i diametri dello stretto superiore, quindi le fibre del pubo-coccigeo si allungano. In questo caso la lordosi lombare è accentuata dell'estensione del tratto. In aggiunta la nutazione è determinata anche dalla convergenza di ginocchia e punte dei piedi.

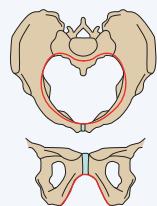
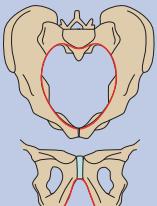
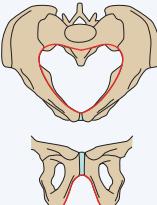
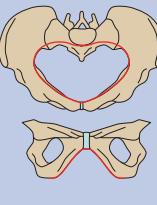
I movimenti del bacino sono favoriti dalle posizioni verticali, ma possono essere ottenuti anche da posizioni semisedute, carponi o sdraiata sul fianco. La posizione supina è l'atteggiamento corporeo che riduce maggiormente la mobilità del cingolo pelvico.

## 6.1.3 I tipi di bacino

Il cingolo pelvico femminile assume con la crescita una **tipica forma**, nel 50% delle donne europee quella **ginecoide**. La conformazione del bacino (tipo) è legata a diversi fattori condizionanti, tra cui la componente genetica/etnica e l'insulto ormonale. Il bacino ginecoide vede i diametri obliqui e trasversi dello stretto superiore meglio rappresentati dei diametri antero-posteriori. I diametri antero-posteriori restano più compiacenti nei piani convergenti medio e inferiore.

Oltre alla morfologia ginecoide, esistono bacini che vengono definiti: **androide**, **antropoide** e **platipelloide**. Dei quattro tipi morfologici di cingolo pelvico la Tabella 6.2 riporta alcune peculiarità.

**Tabella 6.2 Il cingolo pelvico e le possibili conformazioni**

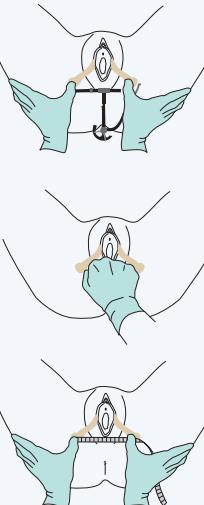
Tipo di bacino	Immagine	Frequenza epidemiologica	Peculiarità
Ginecoide		50% delle donne europee	Nel piano dello stretto superiore, compiacente sia in senso obliquo che antero-posteriore, che trasversale. L'ogiva sotto-pubica ha un angolo di circa 90°.
Androide		23% delle donne europee	Detto anche bacino maschile. Il piano dello stretto superiore resta angusto sia in senso obliquo che trasversale. Restano più ampi i diametri antero-posteriori. L'ogiva sotto-pubica ha un angolo inferiore ai 45°.
Antropoide		25% delle donne europee	Allungato anteriormente e posteriormente, ha una riduzione dei diametri trasversi a favore dei diametri antero-posteriori. L'ogiva sotto-pubica tende ad essere ristretta e ha un angolo tra i 45 e i 90°.
Platipelloide		2% delle donne europee	Detto anche bacino piatto. Il promontorio del sacro si avvicina alla sinfisi pubica. Lo stretto superiore ha un diametro antero-posteriore ridotto. È ampio il diametro trasverso. L'ogiva sotto-pubica rimane particolarmente svasata, con un angolo superiore ai 90°.

#### 6.1.4 La pelvimetria esterna

La semeiotica ostetrica prevede che si valuti clinicamente la dimensione del bacino e dei suoi diametri. Le misurazioni cliniche che sono in grado di permettere una valutazione ragionevolmente buona sia del tipo di bacino sia dell'ingresso sia dell'egresso pelvico sono indicate in Tabella 6.3.

**Tabella 6.3 Alcune valutazioni di pelvimetria ostetrica esterna**

Rilevazione	Definizione valori fisiologici	Immagine	Peculiarità diagnostiche	Considerazioni diagnostiche
La losanga del Michaelis	Rombo visibile con donna in stazione eretta, delimitato: in alto dall'apofisi spinosa della 5 <sup>a</sup> vertebra lombare, lateralmente dalle fossette visibili in relazione alle spine iliache postero-superiori, e in basso dall'inizio del solco intergluteo.  Alta 10-12 cm, larga 10-12 cm.		Permette la diagnosi di tipo di bacino.	Un bacino ginecoide determina una losanga del Michaelis data da due triangoli equilateri. Nei bacini androidi la larghezza è inferiore a 10 cm. Nei bacini platipelloidi l'altezza è inferiore a 10 cm. Se i due triangoli della losanga non sono simmetrici, il bacino è asimmetrico.
Coniugata diagonale	È costituita dalla distanza tra il punto più sporgente del promontorio del sacro e il margine inferiore della sinfisi pubica. Si valuta con una esplorazione vaginale che cerca di raggiungere il promontorio del sacro e l'ausilio di un pelvimetro per la misurazione in cm.  Lunga 11,5 cm o più.		Permette la diagnosi di compiacenza dell'ingresso pelvico.	Sottraendo da 1 a 2 cm al valore ottenuto con la misurazione della coniugata diagonale, si risale alla lunghezza della coniugata vera o ostetrica, indicativa della compiacenza dello stretto superiore.

Rilevazione	Definizione valori fisiologici	Immagine	Peculiarità diagnostiche	Considerazioni diagnostiche
Diametro bituberoso	<p>È costituito dalla distanza tra le due tuberosità ischiatiche. Si può valutare sia tramite l'ausilio di un pelvimetro di Thoms che con la mano atteggiata a pugno (manovra di Greenh), che con l'uso di un metro da sarto posto a misura della distanza tra i due estremi delle tuberosità (diametro di Tarnier).</p> <p>Lungo 8-9 cm.</p>		Permette la diagnosi di compiacenza dell'egresso pelvico.	Alla misura del pelvimetro di Thoms o al pugno che alloggia agevolmente, vanno aggiunti 2 cm dati dalle "parti molli" e si arriva a considerare un diametro bituberoso interno di circa 11 cm.

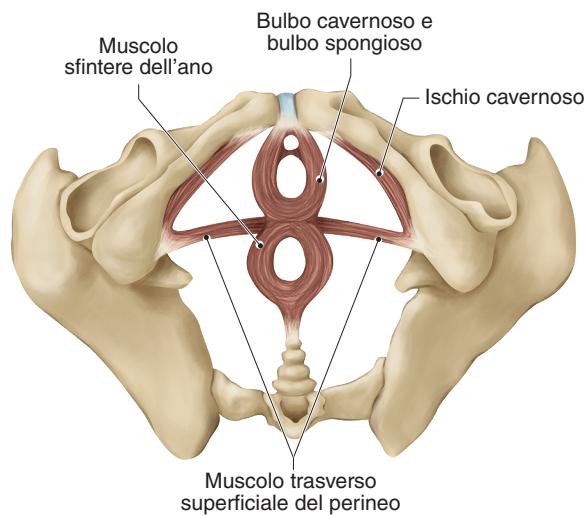
## 6.2 Anatomia del pavimento pelvico

Per pavimento pelvico si intende la struttura muscolo-aponeurotica che chiude il bacino caudalmente. A forma di losanga, si estende in senso sagittale dal margine inferiore della sinfisi pubica all'apice del coccige e in senso trasversale da una tuberosità ischiatica all'altra. La linea bisischiatrica divide la regione in una porzione anteriore (urogenitale) e una porzione posteriore (anale). In una donna, è una superficie anatomica di sostegno dal basso per la vescica, l'utero e l'ultimo tratto dell'intestino.

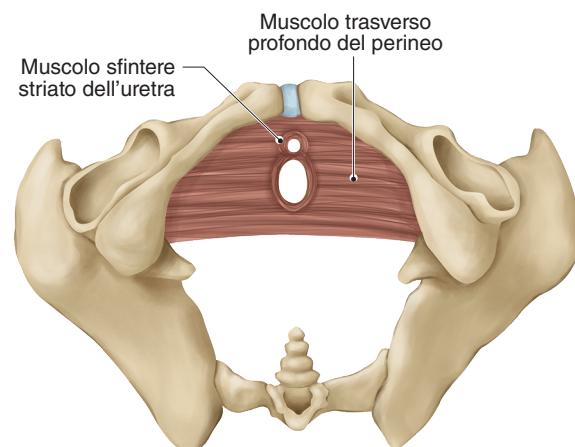
Lo spessore del pavimento pelvico è dato da fibre muscolari che si inseriscono anteriormente a livello del nucleo fibroso centrale, centralmente alle strutture ossee del cingolo pelvico, posteriormente al rafe ano-coccigeo. I muscoli del pavimento pelvico sono disposti su tre strati:

1. **lo strato superficiale** (Figura 6.3) è dato dai muscoli bulbo-cavernoso, ischio-cavernoso, trasverso superficiale e sfintere dell'ano. Il primo decorre attorno agli sfinteri, vaginale e rettale. Il secondo contribuisce alla funzione erettile del clitoride. Il terzo è pari e simmetrico e decorre dalle tuberosità ischiatiche fino al centro tendineo del perineo. Il quarto è il muscolo striato che circonda il tratto finale dell'ano;
2. **lo strato intermedio** (Figura 6.4), costituito dal diaframma urogenitale, detto anche trigono uro-genitale, si estende dalla sinfisi pubica fino alle tuberosità ischiatiche occupando il vestibolo anteriore. Il trigono uro-genitale è formato dal muscolo trasverso profondo del perineo e dallo sfintere dell'uretra. Il primo è un muscolo pari e simmetrico, il secondo è impari mediano e le sue fibre circolari circondano uretra e vagina;
3. **lo strato profondo** (Figura 6.5), detto diaframma pelvico, ha una forma ad arco acuto, con concavità posta superiormente, e si estende tra pube, coccige e ischio. È contraddistinto dal muscolo elevatore dell'ano, il quale è a sua volta composto da quattro fasci:

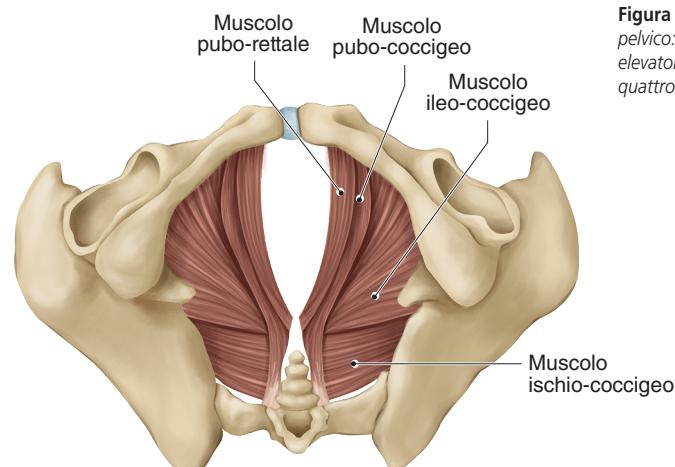




**Figura 6.3** Strato superficiale dei muscoli del pavimento pelvico



**Figura 6.4** I piani muscolari del pavimento pelvico: il piano intermedio



**Figura 6.5** I piani muscolari del pavimento pelvico: il piano profondo dato dal muscolo elevatore dell'ano, composto a sua volta da quattro fasci muscolari

# Capitolo 15

## Il travaglio e il parto



### 15.1 Definizione di parto

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

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

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

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

Inoltre l'evento parto viene detto:

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

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

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

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

### 15.2 I tre fattori del parto

Per fattori del parto si intendono:

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



### 15.2.1 Il feto o corpo mobile

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

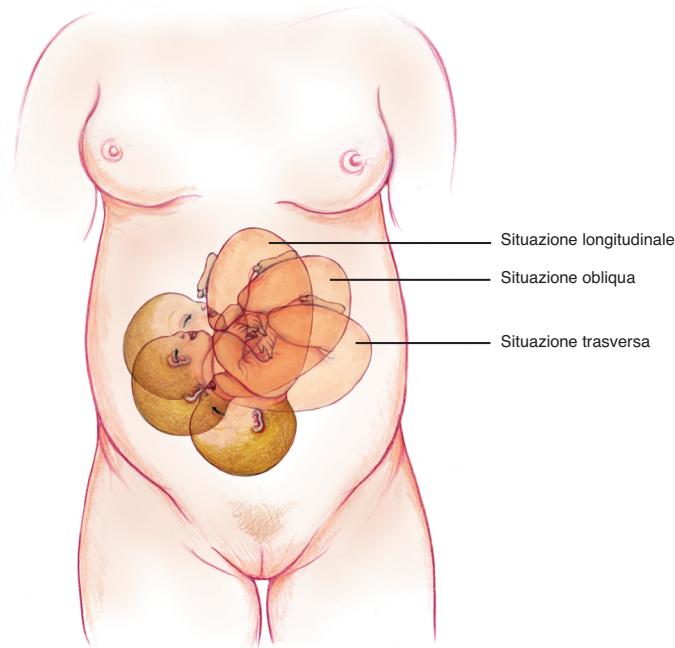
Per "atteggiamento fetale" si intendono i **rappor-ti intrinseci** che le diverse parti del corpo fetale hanno tra loro.

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

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

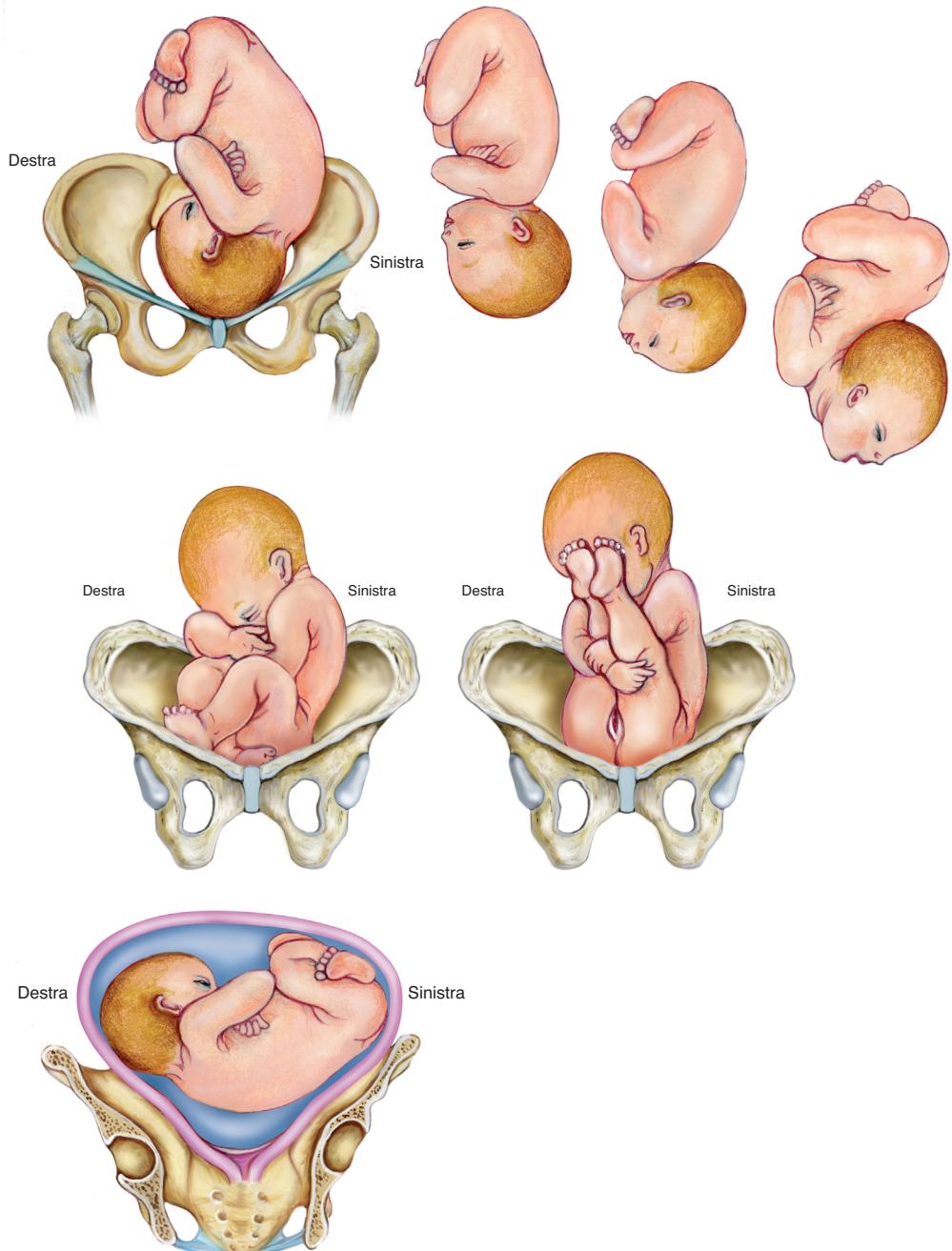
La situazione può essere (Figura 15.1):

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



**Figura 15.1** Situazioni longitudinale, obliqua e trasversa

**La presentazione** è la prima grossa parte fetale (testa, podice, spalle) che prende rapporto con l'ingresso del canale del parto (stretto superiore) e determina il meccanismo del parto (Figura 15.2).



**Figura 15.2** Le sei presentazioni: *cefalica-vertice*, *cefalica-bregma-cefalica-fronte*, *cefalica-faccia*, *podice* (in due sue varietà), *spalla*

Le tre grosse parti del corpo fetale sono la testa, il tronco (le spalle) e il podice (per podice si intende tutto ciò che sta al di sotto delle creste iliache). Ma ciò che determina un relativo meccanismo del parto sono le presentazioni che può assumere la testa fetale, la spalla e il podice. Più nel dettaglio le presentazioni fetalì nel loro numero sono sei:

- *quattro cefaliche*, quando la parte presentata è la testa nei suoi possibili atteggiamenti di flessione più o meno marcata (vertice, bregma, fronte, faccia);
- *una podalica*, quando si presenta all'ingresso pelvico ciò che sta al di sotto delle creste iliache fetalì. La presentazione podalica è *completa* se all'ingresso pelvico si affacciano le 2 natiche e i 2 piedi, è *incompleta* se invece di questi 4 elementi se ne hanno di meno, o presenti in modo variabile, ad esempio gli arti inferiori invece di avere le cosce flesse sull'addome e le gambe flesse sull'addome potrebbero avere le gambe estese. In questo caso si affacciano all'ingresso pelvico solamente le natiche, i piedi saranno verso la testa del feto, perciò si parlerà di **podice incompleto varietà natiche**. Può anche verificarsi che nell'atteggiamento degli arti inferiori un arto sia flesso (come di norma) e un altro esteso o parzialmente esteso, si tratta in tali casi di **varietà incompleta con procidenza di arto**. Da qui le diverse varietà di presentazione podalica (Tabella 15.1);
- *una di spalla* (quando si presenta all'ingresso pelvico la spalla fetale destra o sinistra).

**Tabella 15.1 La presentazione podalica: varietà completa e incomplete**

Definizione della presentazione podalica	Parti fetalì che si affacciano all'ingresso pelvico (stretto superiore) – Varietà di presentazione podalica
Completa	Natiche e piedi
Incompleta	Natiche
	Piedi
	Ginocchia
	Mista

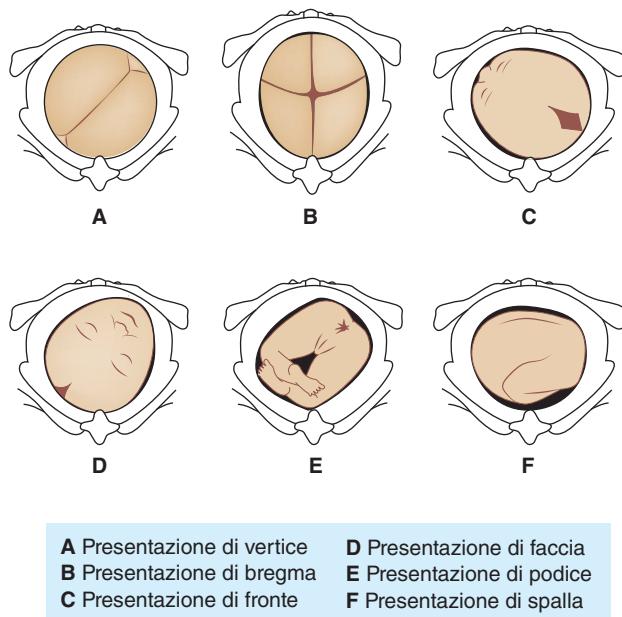
Tra i rapporti estrinseci del corpo mobile vi è la **posizione**.

Per **posizione fetale** si intende la relazione tra un punto preciso della parte presentata e un punto preciso dello stretto superiore.

I punti precisi delle presentazioni, detti "indici di presentazione", sono indicati in Figura 15.3, mentre i punti di repere dello stretto superiore sono: le eminenze ileo pettinee sinistra e destra, le sincondrosi sacro iliache sinistra e destra e i punti estremi del diametro trasverso sinistro o destro.

Per ogni presentazione, a seconda del rapporto che ha l'indice di presentazione con uno dei punti di repere dello stretto superiore, si possono individuare posizioni, nominabili anche con acronimi (Tabella 15.2).

Si noti che per la presentazione di bregma non si identificano posizioni in acronimo, in quanto nella pratica clinica diventa pressoché impossibile una diagnosi differenziale tra le posizioni che assume il bregma e le posizioni occipito posteriori (OISP e OIDP).



**Figura 15.3** Le sei presentazioni e gli indici di presentazione

### 15.2.2 La forza: le contrazioni uterine e le forze ausiliarie materne

La forza dilatante per il collo uterino e propulsiva per il feto è innanzitutto legata al susseguirsi delle contrazioni dell'utero, alla quale, con il raggiungimento della dilatazione completa della bocca uterina e con l'insorgere del secondo stadio attivo del parto (periodo espulsivo), si sommano le forze attive del torchio addominale materno (forze ausiliarie) e le forze di gravità.

Le contrazioni uterine hanno la caratteristica di essere involontarie, ritmiche, dolorose, in travaglio di parto e, oltre ad essere percepite dalla donna, sono rilevate dall'ostetrica/o con la palpazione. L'attività contrattile uterina può essere registrata con il cardiotocografo (Figura 15.4), che con una rilevazione per lo più esterna ne identifica le caratteristiche. Molto raramente si riscontra l'applicazione di trasduttori per la registrazione delle contrazioni in modo intrauterino; pertanto, la caratteristica dell'intensità delle stesse è solo approssimativa e non riferibile alle unità di misura riportate dalla carta millimetrata di registrazione.

L'andamento di una singola contrazione uterina è peculiare: graduale ascesa, raggiungimento di acme e successiva decrescita d'intensità.

Il ritmo, l'intensità e l'ampiezza delle contrazioni è in relazione al periodo o fase o stadio del travaglio di parto che si prende in analisi, come riportato nella Tabella 15.3.

**Tabella 15.2 Rapporto intrinseco e rapporti estrinseci del feto**

Atteggiamento	Situazione	Presentazione	Indice di presentazione	Posizione per rapporto con eminenza ileo-pettinea sinistra	Posizione per rapporto con eminenza ileo-pettinea destra	Posizione per rapporto con sincondrosi sacro-iliaca sinistra	Posizione per rapporto con sincondrosi sacro-iliaca destra	Posizione per rapporto con estremo sinistro-diametro trasverso
Completa flessione	Longitudinale	Vertice	Fontanella triangolare	Occipito-iliaca sinistra anteriore (OIS)	Occipito-iliaca destra anteriore (ODA)	Occipito-iliaca sinistra posteriore (OISP)	Occipito-iliaca destra posteriore (OIDP)	Occipito destra (OD)
Cranio deflesso di 1/3	Longitudinale	Bregma	Fontanella bregmatica	-	-	-	-	-
Cranio deflesso di 2/3	Longitudinale	Fronte	Glabella del naso	Naso-iliaca sinistra anteriore (NISA)	Naso-iliaca destra anteriore (NIDA)	Naso-iliaca sinistra posteriore (NISP)	Naso-iliaca destra posteriore (NIDP)	Naso destra (ND)
Cranio deflesso di 3/3	Longitudinale	Faccia	Mento	Mento-iliaca sinistra anteriore (MISA)	Mento-iliaca destra anteriore (MIDA)	Mento-iliaca sinistra posteriore (MISP)	Mento-iliaca destra posteriore (MIDP)	Mento destra (MD)
Completa flessione	Traversa	Spalla destra	Acromion	-	-	-	Spalla destra in cefalo-iliaca sinistra (CLS – dorso anteriore)	Spalla destra in cefalo-iliaca destra (CID – dorso posteriore)
		Spalla sinistra					Spalla sinistra in cefalo-iliaca sinistra (CLS – dorso posteriore)	Spalla sinistra in cefalo-iliaca destra (CID – dorso anteriore)
Completa flessione	Longitudinale	Podice	Sacro	Sacro-iliaca sinistra anteriore (SISA)	Sacro-iliaca destra anteriore (SIDA)	Sacro-iliaca sinistra posteriore (SISP)	Sacro-iliaca destra posteriore (SIDP)	Sacro destra (SD)



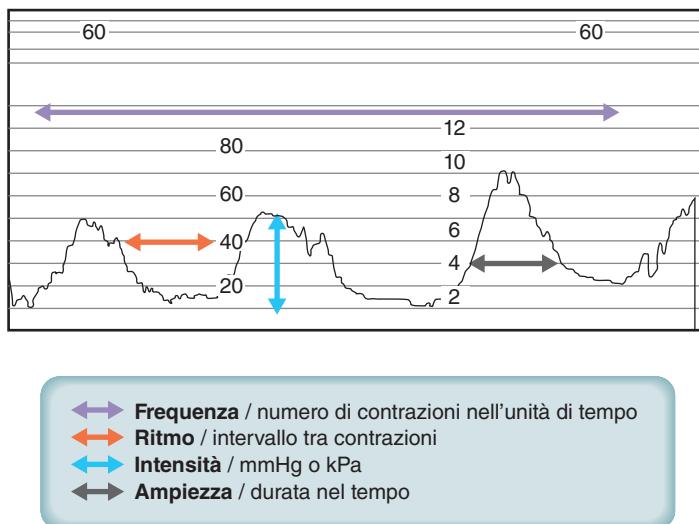


Figura 15.4 Registrazione delle contrazioni uterine con cardiotocografo esterno e loro caratteristiche

Tabella 15.3 Alcune caratteristiche delle contrazioni uterine

Stadio (periodo)	I Stadio passivo (prodromico)	I Stadio attivo (dilatante)	II Stadio attivo (espulsivo)
<b>Dolore - estensione</b>	Tollerabile, localizzato	Intenso, a fascia	Impegnativo, profondo
<b>Dolore - localizzazione percepita</b>	Sovrapubico	A partire dalla 5 <sup>a</sup> vertebra lombare fino a raggiungere le vertebre sacrali	A livello sacrale, retto-vaginale, perineale
<b>Consistenza uterina</b>	Teso, elastico	Ligneo	Ligneo
<b>Ritmo</b>	Irregolare	Circa ogni 2-5 minuti	Circa ogni 1-3 minuti
<b>Aampiezza (durata)</b>	Irregolare	Circa 40-60 secondi	Circa 30-60 secondi

Dopo ogni contrazione uterina (della durata di massimo 60 secondi) subentra un periodo di pausa che all'inizio di un travaglio può essere di 10-15 minuti, mentre con l'avanzare del travaglio tende a ridursi fino a 1-3 minuti. La pausa tra le contrazioni, fisiologicamente, non dovrebbe avere una durata inferiore al minuto, cosicché l'utero – che contraendosi provoca chiusura dei vasi sanguigni utili agli scambi materno-fetali con conseguente riduzione dell'ossigenazione fetale – permetta una compensazione di ripristino di un flusso regolare di sangue al comparto placenta/feto, nell'intervallo tra una contrazione e l'altra. L'eccesso di contrazioni nell'unità di tempo (**tachisistolia**) e l'eccesso di durata nel tempo di una singola contrazione (**ipertono**) sono anomalie di rilievo, che possono determinare sofferenza fetale, fino alla morte fetale.

La forza legata alla spinta volontaria materna durante il secondo stadio attivo del parto è un importante ed essenziale elemento che contribuisce alla nascita del feto, soprattutto se sommata alla forza espulsiva involontaria sviluppata dalle contrazioni uterine.

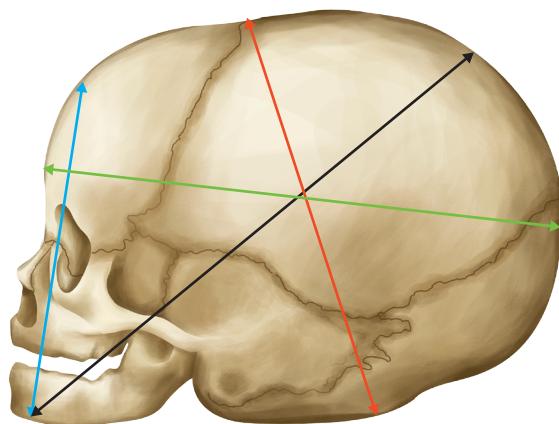
I differenti tipi di spinta sono generalmente classificati come **manovra di Valsalva** e **spinta spontanea**. Con il primo metodo, detto anche “spinta a glottide chiusa”, viene

chiesto alla donna, simultaneamente con l'inizio della contrazione, di fare un respiro profondo, di trattenere l'aria e quindi di spingere con forza. Al contrario, la tecnica di spinta spontanea indica di respirare a glottide aperta e lascia la donna libera di seguire il proprio istinto propulsivo (legato al premito incoercibile).

I ricercatori hanno confrontato gli outcomes di queste due diverse tecniche di spinta negli ultimi decenni e non hanno evidenziato nessuna ragione scientifica che indica il ricorso alla manovra di Valsalva rispetto alla "naturale" spinta spontanea; si deve segnalare come **buona pratica "la spinta libera"**, anche perché diversi studi indicano outcomes migliori in caso di spinta spontanea, relativamente agli effetti protettivi sul perineo della madre e al benessere fetale (presenza di miglior  $\text{PO}_2$  funicolare alla nascita).

### 15.2.3 Il canale del parto (bacino osseo e strutture molli)

Il canale del parto è formato dal piccolo bacino femminile avente un piano ideale che dal margine superiore dell'osso pubico va posteriormente verso l'osso sacro, che ne costituisce il confine superiore (detto *stretto superiore*), porta di ingresso del canale da parto. La pelvi segue il piano dello stretto superiore con un canale idealmente cilindrico, curvo, i cui vari diametri misurano all'incirca 12 cm, terminando in un piano immaginario inferiore (*stretto inferiore*) che dal margine inferiore dell'osso pubico va posteriormente a raggiungere l'apice del coccige.



- ↔ 9,5 cm - mento/frontale
- ↔ 12 cm - occipito / frontale - fronto-occipitale  
(34 cm - media circonferenza)
- 9,5 cm - sottoccipito/bregmatico  
(30-32 cm - piccola circonferenza)
- ↔ 13,5 cm - occipito/mentoniero (mento-occipitale)  
(37 cm - grande circonferenza)

**Figura 15.5** Alcuni diametri e circonferenze della testa fetale





# Concorsi per OSTETRICA/O

## Manuale completo per tutte le prove di selezione

**Manuale di teoria e test** per la preparazione ai **concorsi per Ostetrica/o**.

Ricco di illustrazioni e schemi esplicativi, il testo è suddiviso in sezioni che affrontano le **competenze in ambito ostetrico, ginecologico e neonatologico**:

- **l'introduzione e la prima parte** ripercorrono le tappe storiche e legislative che regolano la professione dell'ostetrica/o, gli aspetti essenziali dell'**organizzazione del sistema sanitario**, del rapporto di lavoro e della **responsabilità dell'ostetrica/o**, comprese la valutazione del rischio professionale e l'individuazione delle misure di protezione;
- **la seconda parte** tratta le basi di **anatomia e fisiologia della donna**;
- **la terza parte** illustra le norme e i documenti di indirizzo del **percorso nascita** e aspetti clinici quali la diagnostica prenatale, l'assistenza alla gravidanza, al parto, al puerperio, al neonato e alla lattazione fisiologici;
- **la quarta parte** presenta le patologie ginecologiche accennando ai quadri malformativi, infettivi, degenerativi e oncologici (anche mammari), con particolare attenzione alla competenza dell'ostetrica/o nella comunicazione con la donna, finalizzata alla prevenzione, aderenza alla cura e riabilitazione.

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

In omaggio con il volume il **software di simulazione** per infinite esercitazioni e il supporto di **Eddie**, l'assistente virtuale di EdiSES che aiuta a personalizzare lo studio.



### ESTENSIONI ONLINE

Software di  
**simulazione**



**Eddie**  
l'Assistente virtuale

Le **risorse di studio** gratuite sono accessibili dalla propria area riservata, previa registrazione al sito [edises.it](http://edises.it). Il **software** consente di esercitarsi su un vastissimo database.

