



Professioni & Concorsi

TEORIA e TEST

F. Parazzini, P.A. Mauri

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

SEGUI 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**



registrati al sito **edises.it**

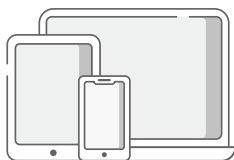


attendi l'email di conferma
per perfezionare
la registrazione



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

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 neopprofessioniste/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, corredato 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-corrigge 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
	Test di verifica	62
 Capitolo 4 Salute e sicurezza del personale sanitario		
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 attrezzature 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
	Test di verifica	83

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
	Test di verifica	135

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
	Test di verifica	153

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
	Test di verifica	163

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
Capitolo 14 La diagnostica prenatale		
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
Capitolo 15 Il travaglio e il parto		
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
Capitolo 16 Assistenza ostetrica al travaglio e al parto		
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 sistemici 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 morbidità materna legata al taglio cesareo	425
21.1.2	La morbidità 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
Test di verifica		476

Capitolo 23 Fisiologia della lattazione e allattamento

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
Test di verifica		496

Capitolo 24 Assistenza ostetrica e allattamento

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
Test di verifica		516

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	Citomegalovirus (CMV)	561
29.2.3	Varicella	562
29.2.4	Herpes virus	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 inserita e le anomalie di inserzione placentare	577
31.1.1	Distacco intempestivo di placenta normalmente inserita	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 ^a settimana di gestazione (PROMP)	586
32.3	La gravidanza protratta o oltre il termine	587
	Test di verifica	589

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

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 preimpianto (<i>Preimplantation Genetic Testing</i> - PGT)	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	Incontinenza urinaria	646
38.3.2	Incontinenza 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</i> – PID).....	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	Contraccezione 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 sinfisi 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.

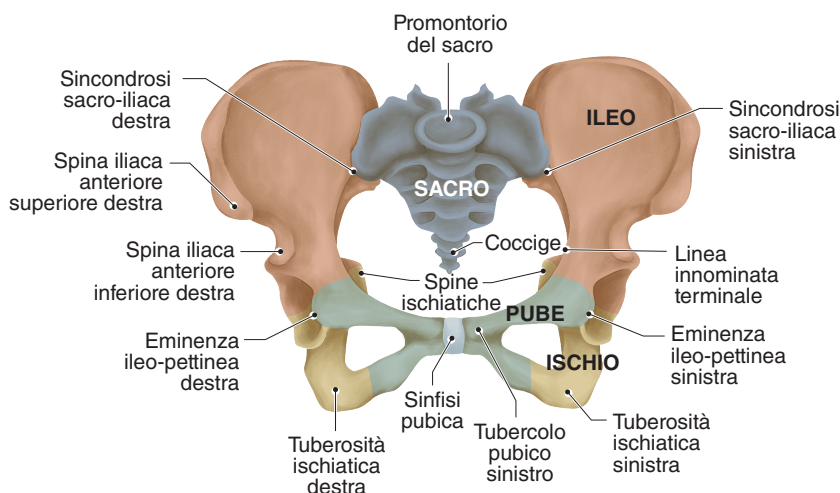


Figura 6.1 Il bacino ostetrico e alcuni punti anatomici di riferimento



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-

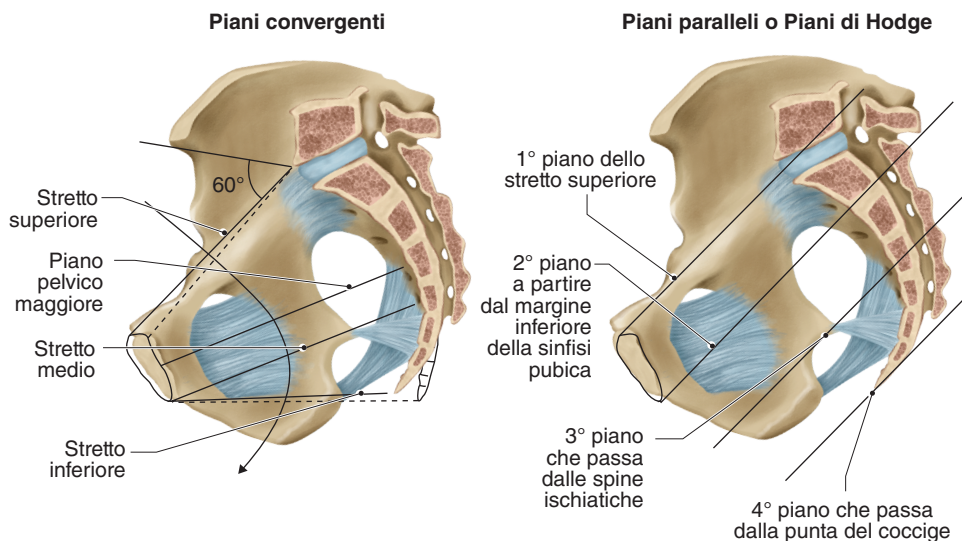


Figura 6.2 Il bacino osseo ostetrico. I piani convergenti e i 4 piani di Hodge (piani paralleli al piano dello stretto superiore)

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 mediana, 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.

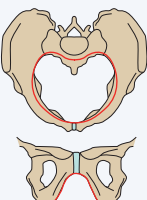
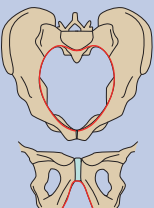
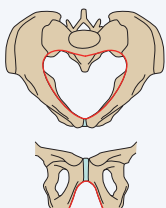
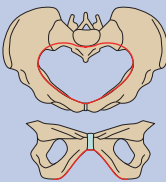
I movimenti del bacino sono favoriti dalle posizioni verticali, ma possono essere ottenuti anche da posizioni semisedute, carponi o sdraiate sul fianco. La posizione supina è l'atteggiamento corporeo che riduce maggiormente la mobilità del cingolo pelvico.

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.


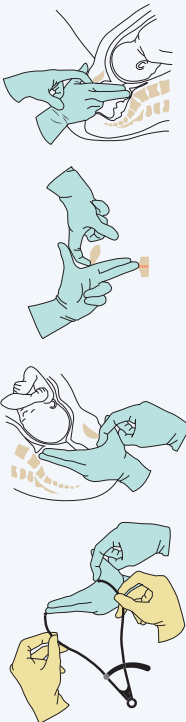
Tabella 6.2 Il cingolo pelvico e le possibili conformazioni

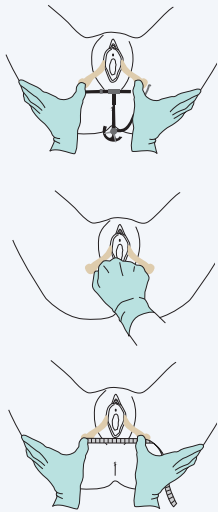
Tipo di bacino	Immagine	Frequenza epidemiologica	Peculiarità
Ginecoide		50% delle donne europee	Nel piano dello stretto superiore, compiacente sia in senso obliquo che antero-posteriore, che trasversale. L'ogiva sotto-pubica ha un angolo di circa 90°.
Androide		23% delle donne europee	Detto anche bacino 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	<p>Rombo visibile con donna in stazione eretta, delimitato: in alto dall'apofisi spinosa della 5ª vertebra lombare, lateralmente dalle fossette visibili in relazione alle spine iliache postero-superiori, e in basso dall'inizio del solco intergluteo.</p> <p>Alta 10-12 cm, larga 10-12 cm.</p>		Permette la diagnosi di tipo di bacino.	<p>Un bacino ginecoide determina una losanga del Michaelis data da due triangoli equilateri.</p> <p>Nei bacini androidi la larghezza è inferiore a 10 cm.</p> <p>Nei bacini platipelloidi l'altezza è inferiore a 10 cm.</p> <p>Se i due triangoli della losanga non sono simmetrici, il bacino è asimmetrico.</p>
Coniugata diagonale	<p>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.</p> <p>Lunga 11,5 cm o più.</p>		Permette la diagnosi di compiaccenza dell'ingresso pelvico.	<p>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 compiaccenza dello stretto superiore.</p>

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 bisischiatica 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:

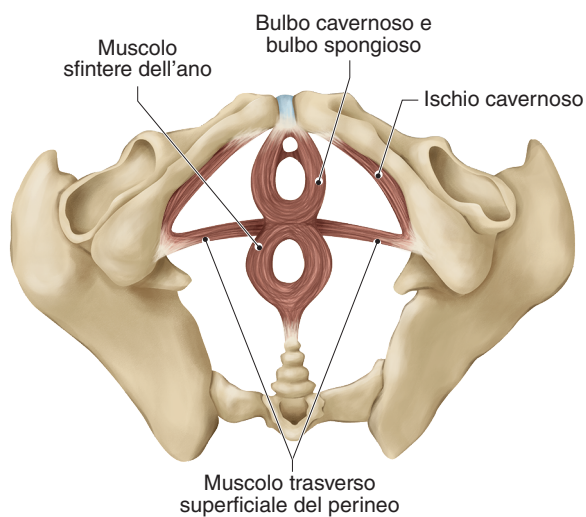


Figura 6.3 Strato superficiale dei muscoli del pavimento pelvico

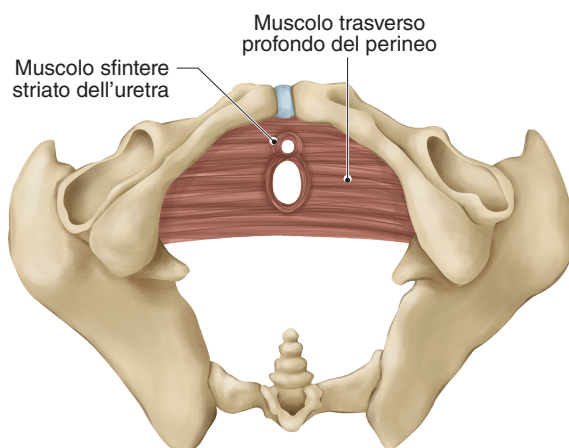


Figura 6.4 I piani muscolari del pavimento pelvico: il piano intermedio

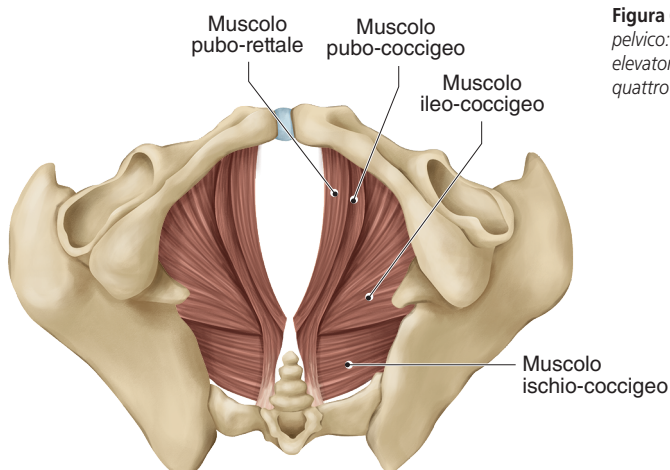


Figura 6.5 I piani muscolari del pavimento pelvico: il piano profondo dato dal muscolo elevatore dell'ano, composto a sua volta da quattro fasci muscolari

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 22ª settimana;
- > parto pretermine o prematuro: prima dell'inizio della 37ª settimana;
- > a termine: tra l'inizio della 37ª e la fine della 41ª settimana (40 + 6 giorni);
- > post-termine o oltre-termine: dall'inizio della 41ª settimana di gestazione.

Inoltre l'evento parto viene detto:

- > gemellare o plurimo: se il numero dei feti è superiore a uno;
- > indotto: qualora si verificano 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.

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

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

La situazione può essere (Figura 15.1):

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

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

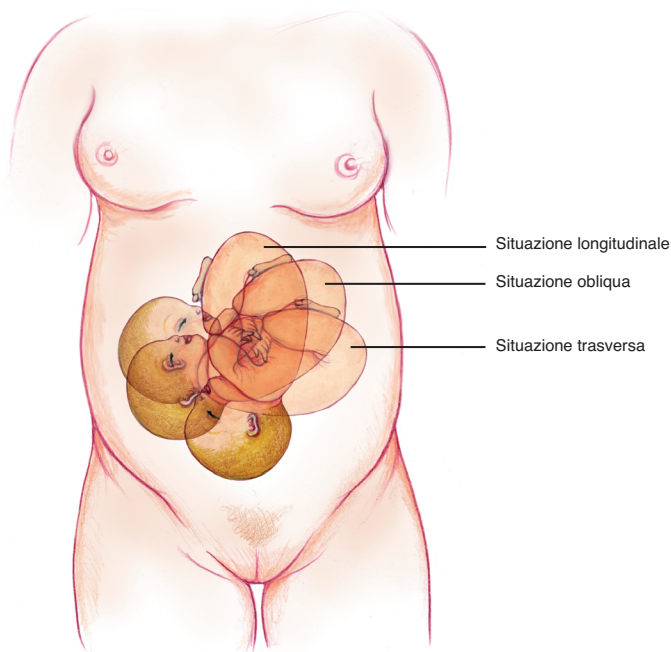


Figura 15.1 Situazioni longitudinale, obliqua e trasversa

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).

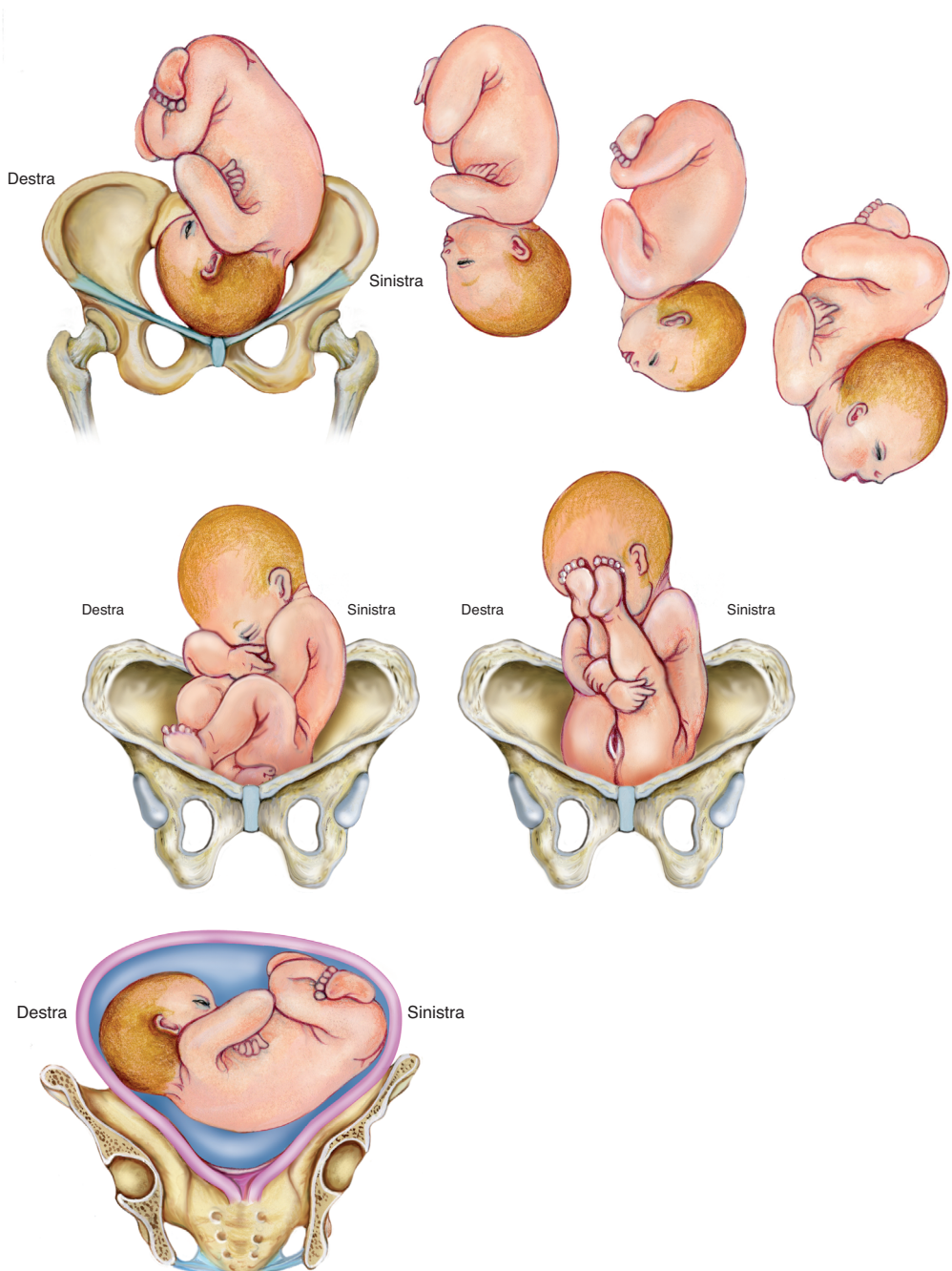


Figura 15.2 Le sei presentazioni: cefalica-vertice, cefalica-bregma- cefalica-fronte, cefalica-faccia, podice (in due sue varietà), spalla

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 fetali 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 fetali. 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 incompleta

Definizione della presentazione podalica	Parti fetali 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 ODP).

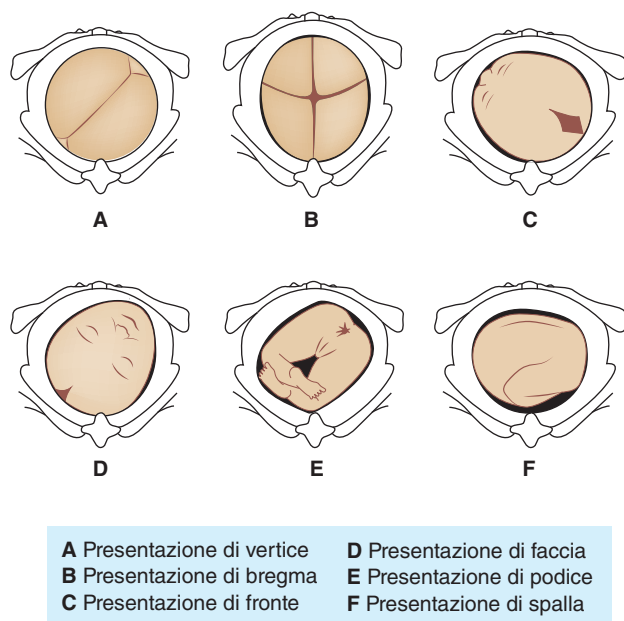


Figura 15.3 Le sei presentazioni e gli indici di presentazione

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-petitea sinistra	Posizione per rapporto con eminenza ileo-petitea destra	Posizione per rapporto con sincondrosi sacro-iliaca sinistra	Posizione per rapporto con sincondrosi sacro-iliaca destra
Completa flessione	Longitudinale	Vertice	Fontanella triangolare	Occipito-iliaca sinistra anteriore (OISA)	Occipito-iliaca destra anteriore (OIDA)	Occipito-iliaca sinistra posteriore (OISP)	Occipito-iliaca destra posteriore (OIDP)
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)
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)
Completa flessione	Trasversa	Spalla destra	Acromion	-	-	-	-
		Spalla sinistra		-	-	-	-
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)

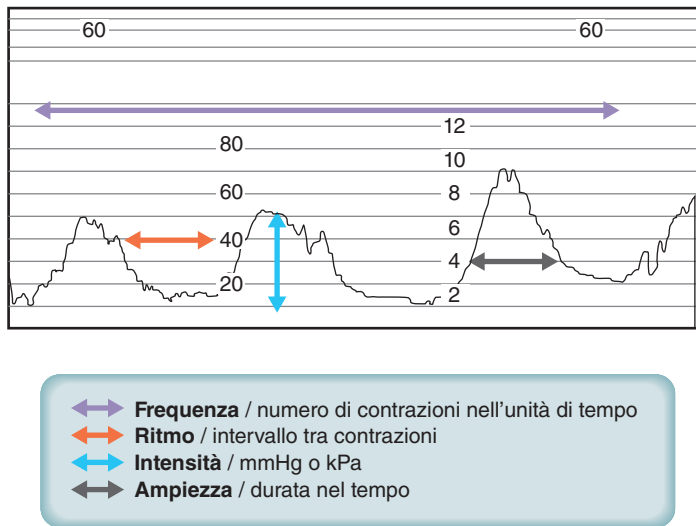


Figura 15.4 Registrazione delle contrazioni uterine con cardiotocografo esterno e loro caratteristiche

Tabella 15.3 Alcune caratteristiche delle contrazioni uterine			
Stadio (periodo)	I Stadio passivo (prodromico)	I Stadio attivo (dilatante)	II Stadio attivo (espulsivo)
Dolore - estensione	Tollerabile, localizzato	Intenso, a fascia	Impegnativo, profondo
Dolore - localizzazione percepita	Sovrapubico	A partire dalla 5ª vertebra lombare fino a raggiungere le vertebre sacrali	A livello sacrale, retto-vaginale, perineale
Consistenza uterina	Teso, elastico	Ligneo	Ligneo
Ritmo	Irregolare	Circa ogni 2-5 minuti	Circa ogni 1-3 minuti
Ampiezza (durata)	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 PO₂ 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.

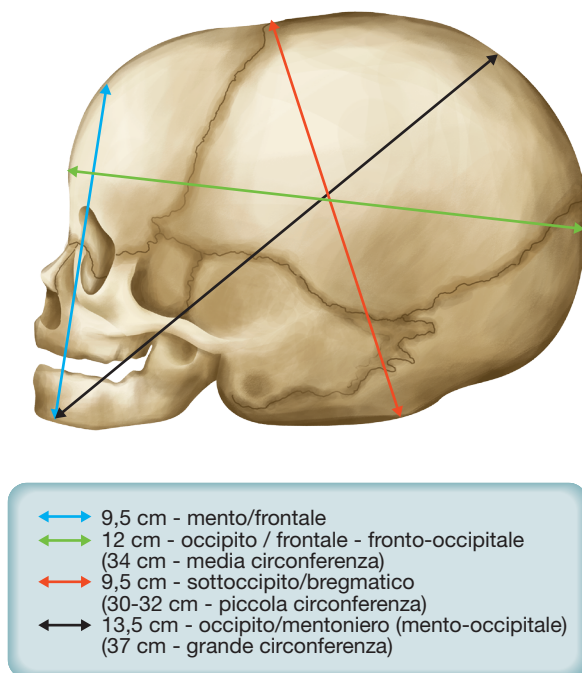


Figura 15.5 Alcuni diametri e circonferenze della testa fetale



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 corredato 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**. Il **software** consente di esercitarsi su un vastissimo database.



blog.edises.it



infoconcorsi.com



€ 42,00

