



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA DI OSTETRICIA

**LA PROMOZIONE DEL “TEMPO
CONDIVISO” PER GARANTIRE LA
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE:
AUDIT SULL’INTRODUZIONE DEL
TURNO DI 12 ORE.
L’ESPERIENZA ALL’OSPEDALE BUFALINI DI
CESENA.**

Relatrice

Dott.ssa Debora D’Onofrio

Laureanda

Miryam Di Sarra

Sessione I Novembre 2025

Anno Accademico 2024/2025

Indice

Abstract	1
1. La continuità assistenziale.....	3
1.1 La continuità assistenziale in ostetricia	4
1.2 Realtà in Italia.....	7
2. Percorso gravidanza nella realtà di Cesena	10
2.1 Percorso gravidanza al Consultorio Familiare di Cesena.....	11
2.2 Gestione della presa in carico della gravida all’Ospedale Bufalini di Cesena	12
2.2.1 Il progetto di modifica della turnistica.....	12
3. L’Audit: valutazione dell’efficacia del modello delle 12/12 ore	15
3.1 Metodi.....	15
3.1.1 Soggetti	15
3.1.2 Criteri di inclusione.....	15
3.1.3 Criteri di esclusione	15
3.1.4 Strumenti.....	15
3.2 Risultati.....	16
3.2.1 Descrizione del campione.....	16
3.2.2 Analisi degli outcomes.....	20
4. Discussione dei risultati.....	28
4.1 Omogeneità del campione e stabilità clinica di base	28
4.2 Impatto significativo: la continuità assistenziale.....	28
4.3 Limiti dello studio	29
5. Conclusioni.....	30
Bibliografia.....	31

Abstract

Introduzione: la letteratura supporta modelli di continuità assistenziale ostetrica come essenziali per migliorare gli outcomes materni e la soddisfazione della donna. In un contesto come quello italiano un passo possibile da compiere verso una maggiore continuità assistenziale in Ospedale potrebbe essere l'introduzione di una turnistica di 12/12 ore (turno diurno e turno notturno), che permetterebbe un minore ricambio del personale e un'assistenza maggiormente personalizzata alla donna.

Obiettivi: valutare l'impatto del passaggio dal modello di turnazione in quinta (7/7/12 ore) a uno schema prevalentemente di 12/12 ore sulla continuità assistenziale e sugli outcomes ostetrici associati, nell'Unità Operativa di Ostetricia all'Ospedale Bufalini di Cesena.

Metodi: è stata condotta un'analisi confrontando i dati raccolti mediante consultazione delle cartelle cliniche informatizzate relativi a n = 197 donne ricoverate in due periodi omogenei, ossia Ottobre 2023 (turnazione in quinta) e Ottobre 2024 (turnazione di 12/12 ore). Sono state considerate arruolabili le donne ricoverate per insorgenza spontanea di prodromi, travaglio di parto e rottura delle membrane a termine di gravidanza, a prescindere dal tipo di parto (spontaneo, operativo, taglio cesareo urgente o emergente in travaglio, pilotato), dal numero di feti e dagli outcomes neonatali. I campioni sono risultati omogenei per parità, età gestazionale, diagnosi al ricovero e rischio ostetrico all'ingresso.

Per l'analisi statistica sono stati utilizzati il test del Chi-Quadrato di Pearson e il test t di Student a due campioni.

Risultati: Non sono state riscontrate differenze statisticamente significative negli outcomes ostetrici presi in analisi (durata delle fasi del parto, ricorso ad analgesia, ricorso ad augmentation, modalità del parto, integrità del perineo, modificazione del rischio ostetrico).

È stata riscontrata una differenza statisticamente significativa nella distribuzione del numero di cambi turno. La percentuale di donne non soggette a cambio turno è aumentata significativamente dal 41.12% del 2023 al 56.67% nel 2024. Nonostante il miglioramento, il 28.89% dei parto ha subito ancora almeno un cambio turno, evidenziando il limite della turnazione mista ancora in atto.

Conclusioni: l'introduzione parziale della turnazione ostetrica di 12/12 ore ha rappresentato un successo gestionale, raggiungendo l'obiettivo di incrementare significativamente la continuità assistenziale, riducendo la frequenza dei passaggi di consegne, senza compromettere negativamente la stabilità degli outcomes ostetrici.

Studi futuri potrebbero essere svolti per valutare l'impatto a lungo termine dell'introduzione della turnistica 12/12, l'impatto in seguito all'adesione totale del personale al modello di 12/12 ore, la soddisfazione della donna e del personale, il bilancio tra la *fatigue* del personale e l'efficienza a lungo termine.

1. La continuità assistenziale

In ostetricia parte fondamentale del percorso della donna è caratterizzata dalla costruzione di un rapporto di fiducia con le figure professionali incontrate durante la gravidanza. Questa rappresenta una fase delicata della vita, in cui il desiderio di un decorso regolare si affianca spesso a dubbi e preoccupazioni. Risulta quindi essenziale per la donna poter riconoscere nelle figure di riferimento operatori formati ed empatici a cui potersi affidare.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha evidenziato la necessità di compiere a livello globale una transizione verso modelli assistenziali ostetrici in cui le figure principali che si confrontano con donne e neonati, a partire dal periodo prenatale fino al periodo postnatale, sono ostetriche che forniscono autonomamente assistenza di qualità tenendo in considerazione i bisogni individuali, che collaborano, se necessario, con altri specialisti in gruppi interdisciplinari. Questo approccio è volto a garantire a ogni donna e neonato un'assistenza personalizzata¹.

Negli ultimi decenni si è assistito, tuttavia, a un aumento della medicalizzazione dell'evento nascita. Sebbene ciò abbia contribuito a un miglioramento della morbilità e mortalità materno-infantile, ha anche introdotto numerosi interventi medici non sempre necessari, che hanno portato alla snaturalizzazione di un evento che, nella maggioranza dei casi, è fisiologico. Le donne, talvolta, percepiscono l'ambiente ospedaliero e la figura del medico come maggiormente rassicuranti, affidandosi completamente alla medicina piuttosto che credere nelle loro capacità e potenzialità.

Tale eccesso di interventi di routine messi in atto durante la gravidanza, i prodromi, il travaglio e il parto può disturbare i vari processi ormonali della mamma e del bambino, riducendone i benefici, come evidenziato in un report del 2015. Ad esempio, alti livelli di stress durante il travaglio, dati dall'ambiente o dal tipo di cure che si stanno ricevendo, possono portare a un eccesso di beta-endorfina (oppioidi endogeni) in circolo con conseguente rallentamento del travaglio di parto.²

È, dunque, cruciale compiere passi significativi verso un'assistenza prettamente ostetrica. L'obiettivo dell'Ostetrica è di accompagnare la donna durante la gravidanza fornendole gli strumenti necessari per comprendere e affrontare l'evento con maggiore sicurezza e determinazione, vivendo l'evento facendo forza sulle proprie risorse. Per garantire un sostegno

¹ World Health Organization. Transitioning to midwifery models of care: global position paper. 2024

² Buckley SJ. Executive Summary of Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care. J Perinat Educ. 2015

efficace che accompagni la donna in questa riscoperta del sé e che ne tuteli l'autonomia decisionale, si rende indispensabile un modello basato sulla continuità assistenziale.

1.1 La continuità assistenziale in ostetricia

La continuità assistenziale si riferisce, in generale, a un tipo di cura che prevede l'offerta di un'assistenza costante durante tutto il percorso di cura della persona, garantendo che gli operatori coinvolti abbiano una conoscenza approfondita della sua situazione e delle sue esigenze.

Uno studio svolto nel 2003 individua tre tipi di continuità in ogni disciplina:

1. Continuità informativa: scambio di informazioni tra un operatore e l'altro riguardo la persona assistita e la malattia, ma anche riguardo ai valori, alle preferenze e al contesto del paziente, in modo da garantire che ogni servizio sia in grado di rispondere alle sue esigenze;
2. Continuità gestionale: importante specialmente nei casi complessi e nelle malattie croniche, si riferisce a una continuità ottenuta quando i servizi vengono forniti in modo tempestivo e complementare, mediante piani di gestione condivisi o protocolli di cura;
3. Continuità relazionale: data sia dallo stesso operatore che da un gruppo di operatori che fornisca al paziente un senso di prevedibilità e coerenza.³

In ambito ostetrico i modelli di continuità assistenziale prevedono che l'assistenza venga fornita dalla stessa ostetrica (caseload midwifery), o da un gruppo di ostetriche (team midwifery), durante la gravidanza, il parto e il post-partum, in collaborazione con un gruppo di medici ostetrici e specialisti se necessario⁴. Il pensiero alla base di questo approccio è la creazione di un rapporto di fiducia tra operatore e donna, in un percorso di trasformazione fisica ed emotiva della gravida e della coppia.

Attualmente l'accesso a questo tipo di assistenza si ha principalmente in Australia e Regno Unito. Anche il Canada, la Danimarca, il Giappone, la Nuova Zelanda e la Svezia presentano realtà in cui vengono proposti modelli di continuità assistenziale⁵.

In Australia il modello assistenziale di caseload midwifery è presente in diverse realtà già da 20 anni, in particolare nei servizi di salute pubblici. Le modalità di erogazione possono avere differenze in base alle indicazioni specifiche di ciascuna struttura sanitaria, ma l'organizzazione

³ Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003

⁴ World Health Organization. Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience 2022

⁵ Bradford BF, Wilson AN, Portela A, McConville F, Fernandez Turienzo C, Homer CSE. Midwifery continuity of care: A scoping review of where, how, by whom and for whom? *PLOS Glob Public Health*. 2022

del lavoro è simile, con reperibilità telefonica 24h e la presenza dell'ostetrica in tutte le fasi dell'assistenza. Le ostetriche lavorano insieme in gruppi di 2 o 3, e ogni ostetrica prende in carico un certo numero di donne l'anno (nella maggior parte dei casi tra le 30-40 donne con gravidanza a basso rischio ostetrico). Lavorare in piccoli gruppi permette la sostituzione dell'ostetrica assegnata alla donna nei casi in cui la referente principale deve assentarsi.⁶

Una revisione sistematica del database di Cochrane del 2016, aggiornata nel 2024, ha preso in considerazione numerosi studi che mettevano a confronto modelli di assistenza ostetrica continua (team midwifery o caseload midwifery) con altri tipi di assistenza (medici ostetrici, medici di famiglia, o entrambi, in collaborazione con infermiere e ostetriche). Dai risultati si evidenzia come i modelli di continuità assistenziale ostetrici, rispetto ad altri tipi di assistenza, aumentino la probabilità di incidenza dei parti vaginali spontanei e riducano l'incidenza dei tagli cesarei, dei parti operativi e del ricorso a episiotomia. La differenza nell'incidenza di emorragie post-partum e l'ammissione dei neonati alle unità di terapia intensiva è quasi nulla. Le donne che hanno ricevuto assistenza attraverso modelli di continuità assistenziale ostetrici hanno riportato in generale esperienze positive durante la gravidanza, il parto e il postparto. È riportato anche un maggiore risparmio economico nei modelli di continuità assistenziale, sia nel periodo antepartum che nel periodo intrapartum.⁷

Una realtà in cui la continuità assistenziale ostetrica viene garantita sono le Midwifery Unit (MU), ossia unità a conduzione esclusivamente ostetrica a cui donne sane con gravidanze fisiologiche possono rivolgersi. In queste unità le ostetriche hanno responsabilità e autonomia nella gestione dell'assistenza alla gravida e alla famiglia. L'assistenza avviene dalla presa in carico fino alla transizione verso la genitorialità, con l'applicazione di un approccio olistico in un ambiente familiare e confortevole. Questo tipo di realtà possono essere situate all'interno dell'ospedale o collegate a esso ("Alongside") o essere del tutto indipendenti ("Freestanding"). Uno studio svolto in Danimarca nel 2012 evidenzia come le MU, in modo particolare le freestanding midwifery units (FMU), offrano importanti benefici psicosociali alle gravide e sono associate a migliori esperienze del parto e maggiore soddisfazione riguardo l'assistenza, rispetto alle tradizionali unità ostetriche ospedaliere. In modo particolare le donne seguite nelle

⁶ Dawson K, Forster DA, McLachlan HL, Newton MS. Operationalising caseload midwifery in the Australian public maternity system: Findings from a national cross-sectional survey of maternity managers. *Women Birth*. 2018

⁷ Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016

FMU hanno percepito che le ostetriche fossero molto supportive e attente riguardo i loro bisogni psicologici e i loro desideri per il parto.⁸

A livello europeo sono stati redatti i Midwifery Unit Standard, un documento creato grazie alla collaborazione tra il Midwifery Unit Network (MUNet) e la European Midwives Association (EMA). Questi standard sono 29, tra i quali troviamo:

- Standard 1: La MU ha una filosofia assistenziale scritta e pubblicamente accessibile basata su valori e principi condivisi;
- Standard 4: La MU ha un’Ostetrica, un Medico Ginecologo e un Neonatologo di riferimento;
- Standard 8: Il percorso assistenziale per un’assistenza ostetrica personalizzata e individualizzata nella MU è aperto a tutte le donne;
- Standard 10: Il personale essenziale per una MU include un team fisso e una leader ostetrica al suo interno per promuovere alti standards, senso di appartenenza e una filosofia assistenziale appropriata;
- Standard 13: La MU ha programmi di formazione e di educazione continua del personale;
- Standard 15: La MU offre un ambiente che promuove un modello di assistenza bio-psico-sociale e la creazione di relazioni;
- Standard 20: La MU ha una politica che riconosce l’autonomia e la responsabilità delle ostetriche;
- Standard 25: La MU ha linee guida, protocolli e procedure basati sulle più recenti evidenze scientifiche e sottoposti a revisioni regolari.

Questi standard sono stati creati per porre una base dalla quale si possa partire per aumentare l’implementazione delle unità ostetriche in Europa e hanno come scopo quello di migliorare la qualità delle cure in gravidanza, ridurre le differenze nella pratica e facilitare l’utilizzo di un modello bio-psico-sociale della nascita⁹. Questo modello, contrapposto al modello biomedico e ideato da George Engel nel 1977, prevede un approccio olistico alla persona, considerando la salute e la malattia il risultato di un’interazione complessa tra fattori biologici, psicologici e sociali¹⁰. In un’ottica di assistenza alla donna in gravidanza, al parto e nel post-partum l’applicazione di questo modello suggerisce di dover tenere conto non solo dei fattori biologici

⁸ Overgaard C, Fenger-Grøn M, Sandall J. The impact of birthplace on women's birth experiences and perceptions of care. *Soc Sci Med*. 2012

⁹ Midwifery Unit Network. *Midwifery Unit Standards*. 2018

¹⁰ Engel, G. L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. 1977

che influenzano l'evento, ma anche dei fattori psicologici e sociali propri di ogni donna e famiglia con cui si viene a contatto. Questo tipo di approccio risulta essere indispensabile per un'assistenza personalizzata e può essere facilitato in contesti di continuità in cui il vissuto della donna è conosciuto.

1.2 Realtà in Italia

In Italia l'importanza della continuità assistenziale ostetrica viene ribadita dalle Linee Guida sulla “*Gravidanza Fisiologica*” (Aggiornate al 2025). Nel documento “*Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in Autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanza a basso rischio ostetrico (BRO)*” rilasciato dal Ministero della Salute si evidenzia la presenza in alcune Regioni Italiane di modelli organizzativi che promuovono l'autonomia ostetrica:

- Aree BRO funzionalmente collegate e adiacenti alla U.O. di Ostetricia e Ginecologia ma con separazione fisica (centri “*alongside*”).
- Gestione autonoma BRO all'interno della U.O. di Ostetricia e Ginecologia sulla base di protocolli e griglie di definizione del rischio condivise. Questo modello è più rappresentato nel nostro Paese.¹¹

Attualmente le Aree funzionali BRO italiane si trovano presso l'Ospedale S. Martino di Genova, l'Ospedale Careggi di Firenze (casa di maternità Margherita) e l'Ospedale S. Anna di Torino. Le aree funzionali BRO sono strutture dedicate al parto naturale dove operano un gruppo di ostetriche che si occupa di gestire la donna dalla fine della gravidanza, durante il parto e il puerperio, fino alla dimissione dall'ospedale. Sono strutture collegate alle unità di ostetricia in modo tale da garantire il trasferimento rapido della donna nei casi in cui si devia dalla fisiologia ed è necessario ricorrere ad intervento medico. Sono presenti luoghi comuni e spazi pensati per accogliere la famiglia della donna, ossia il compagno e gli eventuali figli, in cui possono dormire e mangiare nel tempo in cui rimane ricoverata.

Nell'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010¹² viene ribadita l'importanza per le donne di essere seguite in un contesto di continuità e che i Consultori Familiari, istituiti con Legge 29 luglio 1975, n.405, sono uno strumento importante per garantirla.

¹¹ Ministero della Salute. “*Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)*”, nota DGPROGS n. 0034949-P del 31/10/2017

¹² Accordo Stato Regioni “*Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo*”. 16 dicembre 2010

I consultori familiari sono strutture organizzative dei Distretti sanitari delle ASL che rientrano nelle prestazioni del Servizio sanitario nazionale, a cui l'utenza può rivolgersi liberamente. Per quanto concerne l'area ostetrica è rivolto a donne, coppie e famiglie che cercano servizi e consulenze riguardanti affettività e sessualità, maternità e paternità, gravidanza, corsi di preparazione al parto, allattamento, contraccezione, applicazione della legge n.194/78 per l'interruzione volontaria di gravidanza, autopalpazione del seno, visite ginecologiche e menopausa.

Per legge dovrebbe essere presente un consultorio ogni 25.000 abitanti, ma in un'indagine nazionale svolta tra il 2018 e il 2019 è stata rilevata la presenza di 1 ogni 35mila abitanti, meno rispetto a quanto preveda la legge, e, inoltre, l'organico multidisciplinare non è coperto in nessuna regione. Inoltre, si evidenzia una disomogeneità a livello nazionale nell'organizzazione dei consultori, del personale disponibile e dei servizi offerti. I bacini di utenza risultano essere maggiori al Nord rispetto che al Centro e al Sud¹³. Questo discostamento dai parametri definiti per legge e queste differenze organizzative nelle varie regioni italiane sono probabilmente dovute ai tagli finanziari sempre maggiori alla sanità pubblica e a uno scarso interesse dei gruppi politici nei confronti di una riorganizzazione a livello nazionale dei servizi.

I consultori familiari rappresentano, nelle realtà in cui funzionano in modo adeguato, un punto fondamentale per il percorso gravidanza della donna, in quanto hanno la capacità di intercettare le donne a inizio gravidanza, garantire la presa in carico delle gravidanze fisiologiche da parte di un'unica ostetrica che ne seguirà il decorso, svolgere un ruolo di passaggio verso i servizi ospedalieri nel momento in cui la gravidanza dovesse deviare dalla fisiologia e a fine gravidanza per la presa in carico, riprendere in gestione il neonato e la donna durante il puerperio.

Nonostante l'esistenza delle linee guida e dei decreti citati a inizio capitolo, che spingono verso percorsi di continuità, la realtà sul territorio italiano rimane variegata e non omogenea. Implementare le Midwifery Units in Italia richiederebbe un cambiamento sia a livello normativo che culturale. Alcune strutture sanitarie hanno iniziato a sperimentare modelli di assistenza ostetrica autonoma, ma la diffusione su larga scala è ostacolato da: mancanza di risorse sia strutturali, che fisiche, che economiche adeguate; disparità nella gestione delle politiche sanitarie tra le diverse regioni; cultura medica del parto ancora presente in molte aree, che continua a vedere il medico ginecologo e l'ospedale come figure necessarie per la gestione della gravidanza e del parto.

¹³ ISS. Indagine nazionale sui consultori familiari 2018-2019.

Primi passi possono essere mossi garantendo la continuità assistenziale in gravidanza, promuovendo e rendendo centrali i Consultori familiari e in ospedale, garantendo per lo meno la presenza di modelli di Gestione autonoma BRO, ora presenti in 40 punti nascita, in tutta Italia, e stabilizzando l'integrazione tra territorio e ospedale.

2. Percorso gravidanza nella realtà di Cesena

Da quanto emerso nell'Indagine nazionale sui consultori familiari (2018-2019) in Emilia-Romagna la diffusione dei Consultori Familiari è di una sede ogni 22.937 residenti, in linea con il gold standard di una sede ogni 20.000 abitanti, con una capacità attrattiva che è quasi il doppio rispetto al valore medio nazionale.

In Emilia-Romagna vi sono 172 Consultori familiari, 48 Spazi Giovani, 39 Spazi Giovani Adulti e 11 Spazi Donne Immigrate e loro bambini¹⁴. Questi servizi fanno riferimento alle 8 aziende USL presenti in regione, ovvero quella di Piacenza, Parma, Reggio-Emilia, Modena, Bologna, Imola, Ferrara e della Romagna.

I Punti Nascita attivi in regione sono 19, dove viene garantita per le donne con gravidanza fisiologica l'assistenza ostetrica one to one.

La provincia di Forlì-Cesena fa parte dell'Ausl Romagna e presenta due punti nascita, ossia l'Ospedale Morgagni-Pierantoni di Forlì e l'Ospedale Bufalini di Cesena e 15 Consultori Familiari:

- Consultorio Familiare di Bagno di Romagna;
- Consultorio Familiare di Bertinoro;
- Consultorio Familiare di Castrocaro terme e Terra del Sole;
- Consultorio Familiare e spazio giovani/giovani adulti di Cesena;
- Consultorio Familiare di Cesenatico;
- Consultorio Familiare e spazio giovani/giovani adulti di Forlì;
- Consultorio Familiare di Forlimpopoli;
- Consultorio Familiare di Galeata;
- Consultorio Familiare di Mercato Saraceno;
- Consultorio Familiare di Modigliana;
- Consultorio Familiare di Premilcuore;
- Consultorio Familiare di Predappio;
- Consultorio Familiare di Rocca San Casciano;
- Consultorio Familiare di Santa Sofia;
- Consultorio Familiare e spazio giovani/giovani adulti di Savignano sul Rubicone.

¹⁴ Regione Emilia-Romagna. "Dalla storia dei Consultori Familiari alle nuove sfide per le reti dei servizi e delle comunità". Vol. 1 Dalla genealogia al futuro dei Consultori Familiari. 2025

Non tutti i consultori in elenco svolgono attività per quanto riguarda il percorso nascita, ma offrono servizi di screening e visite ginecologiche.

2.1 Percorso gravidanza al Consultorio Familiare di Cesena

Operativo sul territorio cesenate è il Consultorio Familiare in Piazza Anna Magnani, a cui le gravide possono accedere liberamente a inizio gravidanza fino alla presa in carico a 37-38 settimane degli ambulatori ospedalieri. Ogni donna viene seguita da un'ostetrica, che si occuperà dell'apertura della cartella della gravidanza, sia online che cartacea, e della programmazione e prenotazione delle visite, degli esami e delle ecografie previste dalle Linee Guida sulla Gravidanza Fisiologica. L'ostetrica avrà anche il compito di monitorare il benessere emotivo della gravida, mediante la compilazione di un questionario sul disagio emozionale come previsto dalla Procedura Aziendale 182 del 2018, per poi indirizzare eventualmente la gravida a servizi e figure competenti offerti dall'Ausl Romagna. Queste informazioni vengono trasmesse successivamente alle ostetriche presenti in Ospedale, in modo tale da garantire l'assistenza adeguata a ogni caso.

L'ostetrica consultoriale ha, inoltre, la responsabilità di individuare le gravidanze che deviano dalla fisiologia in modo da poterle indirizzare agli ambulatori adeguati. A Cesena, le donne con una gravidanza considerata ad alto rischio vengono inviate agli ambulatori della Gravidanza a Rischio, presenti all'interno dell'Ospedale Bufalini di Cesena, in cui la donna viene seguita in modalità condivisa da ostetrica e medico ostetrico.

La gravidanza fisiologica (BRO) viene seguita in consultorio fino a 36-37 settimane di gestazione, momento in cui le gravide vengono indirizzate agli ambulatori della Gravidanza a Termine in ospedale con una prenotazione effettuata dall'ostetrica di riferimento del consultorio. Quest'ultima si occuperà poi di programmare un appuntamento in consultorio per il post-partum, a 40 giorni dal parto. Questa visita è un'occasione per monitorare l'andamento dell'allattamento, l'adattamento alla nuova vita familiare e il benessere emotivo della donna, oltre che il corretto sviluppo del postpartum, il tutto in un'ottica di continuità dell'assistenza.

L'ambulatorio della gravidanza a termine si trova al 5 piano scala C dell'Ospedale Bufalini di Cesena. Oltre alle donne seguite dal Consultorio Familiare di Cesena, possono accedervi anche le donne seguite privatamente o presso un altro Consultorio mediante l'invio di una mail all'ambulatorio.

Il primo accesso all'ambulatorio GAT si svolge intorno alle 37-38 settimane di gestazione e consiste in un colloquio di circa un'ora in cui avviene la presa in carico da parte dell'ostetrica

e il controllo di tutta la documentazione sulla gravidanza. Viene inoltre svolta la consulenza anestesiologica. I successivi accessi sono così programmati:

- A 40 settimane di gestazione (w) si svolge una valutazione ostetrica;
- A 41w si svolge una valutazione ostetrica con CTG (tracciato cardiotocografico) ed ecografia;
- A 41w + 2 giorni si svolge una valutazione ostetrica con CTG ed ecografia;
- A 41w + 4/5 giorni si organizza il ricovero della gravida per induzione del parto.

2.2 Gestione della presa in carico della gravida all’Ospedale Bufalini di Cesena

Sul territorio di Cesena è presente l’Ospedale Bufalini, all’interno del quale si trova uno dei punti nascita Hub della regione. L’Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia è situata al quinto piano scala B, con una separazione tra il reparto di Ginecologia e il reparto di Ostetricia.

Il reparto di degenza, il Nido, il Punto Nascita, comprendente quattro sale parto e due sale operatorie e l’ambulatorio di urgenza ed emergenza ostetrico-ginecologico sono comunicanti tra loro.

Nella struttura ospedaliera sono presenti anche gli ambulatori della gravidanza a rischio (GAR) e gli ambulatori della gravidanza a termine (GAT).

Gli ambulatori GAT prendono in carico la gravida con una prima visita a 38 settimane. Questa prima visita serve per verificare l’anamnesi raccolta in consultorio, tramite la consultazione della cartella digitale e di quella cartacea, la presenza di tutti gli esami e per spiegare alla donna il percorso e le visite fino al termine di gravidanza.

Il ricovero in ospedale della gravida può avvenire in due modalità differenti. La donna gravida può accedere direttamente all’ambulatorio di urgenza ed emergenza ostetrica, senza dover passare per il Pronto Soccorso Generale. Qui verrà accolta da un’ostetrica che si occuperà di svolgere il triage e di assistere il medico durante l’eventuale ricovero, o l’invio a casa.

L’altra modalità è tramite appuntamento preso dalle ostetriche degli ambulatori GAR e GAT per l’induzione della gravidanza.

Al momento del travaglio la donna è trasferita nel punto nascita e viene presa in carico da un’ostetrica attraverso il modello “One-to-One”, per cui la professionista seguirà la donna per l’intera durata del turno.

2.2.1 Il progetto di modifica della turnistica

Nell’Accordo Stato Regioni del 2010 viene sottolineato come uno degli aspetti critici della continuità assistenziale sia il travaglio di parto e viene affermato che uno dei modi per

assicurarne l’attuazione comporterebbe, nella realtà italiana, la modificazione delle attività e dei ritmi di lavoro delle ostetriche.

Fino al 2023 l’Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia di Cesena seguiva una turnistica “in quinta” con turno della mattina (7-14), turno del pomeriggio (14-20) e turno notturno (19:50-7:10). Con questo tipo di articolazione oraria dei turni la donna in travaglio ha più probabilità di incontrare diverse ostetriche nel suo percorso, andando incontro a più cambi turno.

Per questo motivo, e anche per una richiesta del personale, a Marzo 2024 si è optato per l’introduzione di turni da 12/12 ore: un turno diurno dalle 07:30 alle 20:00 e un turno notturno dalle 19:45 alle 07:45.

L’equipe ostetrica è composta da 60 ostetriche, 12 sono diurniste e dedicate alle attività ambulatoriali e le restanti 48 sono turniste e si dividono tra reparto e sala parto. Di queste 48, 6 non hanno aderito per motivi personali alla nuova matrice di turnistica, proseguendo col turno “classico” in quinta e 1 ostetrica esente dalle notti che svolge turni diurni da 12 ore.

La programmazione della turnistica prevede 6 gruppi definiti che per un anno intero ruotano insieme; all’interno di ciascun gruppo è presente un’ostetrica che ruota in quinta e che, in base alle competenze, ruota sia in reparto che in sala parto. Il turno è quindi articolato con 5 ostetriche presenti in sala parto, di cui una dedicata al pronto soccorso ostetrico, e 3 ostetriche presenti in reparto. Un’altra ostetrica, generalmente una di quelle che lavora a orario ridotto, è assegnata al nido insieme a un’infermiera.

La modifica alla turnistica è stata introdotta sia per poter garantire una maggiore continuità assistenziale alle donne, andando a ridurre il numero di cambio turni, che per una gestione migliore della vita privata del personale, nonostante non ci sia stata un’adesione uniforme da parte del personale. La fase sperimentale dell’introduzione del cambiamento si è conclusa dopo 1 anno, con un primo questionario rivolto al personale a 6 mesi e uno successivo a 1 anno dall’implementazione.

Il concetto di continuità assistenziale in questo caso si verifica con la possibilità di dedicare a ogni donna il giusto tempo e attenzione durante un momento intimo e delicato. La riduzione del numero di passaggi di consegne tra le diverse professioniste, grazie al turno lungo, abbassa il rischio di doversi affidare più volte ad un viso sconosciuto e allo stress che questo può comportare, favorendo un senso di stabilità e sicurezza nella donna.

Grazie al maggior tempo a disposizione l’ostetrica può avere un quadro più ampio e completo dell’evoluzione del travaglio/parto della gravida, potendo osservare l’andamento fisiologico o l’insorgenza di eventuali problematiche per un periodo prolungato e significativo. Questo le

permette di proporre strategie assistenziali diverse e personalizzate e di aiutare in modo più mirato la progressione del travaglio. Inoltre, si ha maggior tempo per sviluppare una conoscenza più approfondita dei desideri, delle paure e del percorso della donna, aumentando significativamente le possibilità di creare un legame di fiducia più profondo e solido.

La scelta di focalizzare l'audit sull'introduzione del turno da 12 ore in sala parto è dettata proprio dalla necessità di verificare oggettivamente l'impatto di questo modello organizzativo sui diversi outcomes del travaglio e del parto. Sebbene i vantaggi teorici siano evidenti, è cruciale svolgere una valutazione sull'efficacia pratica in un contesto assistenziale ad alta intensità e complessità come l'area nascita.

3. L’Audit: valutazione dell’efficacia del modello delle 12/12 ore

Lo scopo di questo Audit è quello di verificare se l’introduzione dei turni di 12 ore abbia comportato cambiamenti nell’assistenza, prendendo in considerazione il mese di Ottobre 2023 e il mese di Ottobre 2024 e andando ad analizzare in particolare il numero di cambio turni dall’ingresso in reparto fino al parto, la durata del travaglio e periodo espulsivo, il numero di donne che hanno fatto ricorso all’utilizzo dell’analgesia epidurale e il numero di travagli in cui è stato necessario ricorrere ad augmentation.

3.1 Metodi

3.1.1 Soggetti

I soggetti analizzati in questo audit sono le gravide ricoverate per prodromi, travaglio e rottura delle membrane nel mese di ottobre 2023 e nel mese di ottobre 2024.

3.1.2 Criteri di inclusione

Sono state incluse nell’audit le puerpere registrate nel Registro Nascite dell’Ospedale “Bufalini” di Cesena nel mese di ottobre 2023 e nel mese di ottobre 2024. Sono state considerate come arruolabili le donne ricoverate per insorgenza spontanea di prodromi, travaglio di parto e rottura delle membrane, a termine di gravidanza, a prescindere dal tipo di parto (spontaneo, operativo, taglio cesareo urgente o emergente, pilotato), dal numero di feti e dall’outcome neonatale.

3.1.3 Criteri di esclusione

Sono state escluse le donne ricoverate per induzione programmata del travaglio di parto, induzione per rottura spontanea delle membrane superiore alle 24 ore, rottura prematura delle membrane, taglio cesareo programmato, taglio cesareo urgente o emergente senza travaglio di parto.

3.1.4 Strumenti

La raccolta dei dati è avvenuta mediante la consultazione delle cartelle cliniche informatizzate delle puerpere ricoverate in Ostetricia nell’Ottobre del 2023 e nell’Ottobre del 2024. Inizialmente è stata svolta una prima selezione delle candidate mediante consultazione del Registro Nascite, secondo i criteri di esclusione. Successivamente sono state consultate le cartelle cliniche informatizzate, in particolare la narrazione delle attività svolte durante la permanenza delle donne in Sala parto. I dati di interesse raccolti sono stati inseriti in una tabella Excel, dove le donne sono state identificate mediante numero nosologico. Successivamente i dati sono stati sottoposti ad analisi statistica tramite il Software STATA.

3.2 Risultati

3.2.1 Descrizione del campione

La popolazione iniziale per lo studio è stata identificata selezionando dal Registro Nascite della Sala Parto tutte le donne, con il rispettivo numero progressivo, che hanno partorito nell’Ottobre 2023 e nell’Ottobre 2024, per un totale di 323 donne (171 nel 2023 e 152 nel 2024).

Nella fase iniziale dall’Audit si è svolta una preselezione delle cartelle attraverso la consultazione del database statistico della Sala Parto dell’Ospedale Bufalini di Cesena. Questo ha permesso di identificare e selezionare le donne che rispettavano i criteri di inclusione, riducendo il campione a 215 cartelle (117 del 2023 e 98 del 2024).

Successivamente, durante l’analisi del contenuto delle cartelle cliniche informatizzate, sono state riscontrate ulteriori donne che non rispettavano i criteri di inclusione dell’audit. Si è quindi proceduto all’esclusione di tali cartelle dall’analisi finale.

Il campione finale studiato è costituito da 197 donne totali, di cui 107 hanno partorito nell’Ottobre 2023 e 90 hanno partorito nell’Ottobre 2024.

Dall’analisi statistica si evince che le due popolazioni prese in considerazione risultano essere omogenee e, quindi, paragonabili.

Le caratteristiche del campione prese in esame sono:

- Parità (tab.1);
- Età gestazionale (EG) (tab. 2);
- Rischio ostetrico al ricovero (tab.3);
- Motivo del ricovero (tab. 4).

Parità

La **tabella 1** mostra la distribuzione della parità (numero dei parti precedenti) delle donne campionate a Ottobre 2023 e Ottobre 2024. In entrambi gli anni la maggioranza del campione è composta da nullipare (parità 0): 54,72% nel 2023 e 50,00% nel 2024. Le donne primipare (parità 1) sono risultate essere circa un terzo del campione in entrambi gli anni: 33,96% nel 2023 e 36,67% nel 2024). I casi di pluriparità (parità >2) hanno rappresentato la minoranza del campione: 11,31% nel 2023 e 12,24% nel 2024.

La distribuzione della parità è risultata omogenea tra i campioni del 2023 e del 2024. Il test del Chi-Quadrato di Pearson non ha rilevato differenze significative nelle proporzioni di primipare

e multipare tra i due anni ($\chi^2(4) = 2.66, p = 0.615$). Questo risultato conferma che i due campioni sono paragonabili per quanto riguarda la caratteristica della parità.

Tabella 1 Confronto tra parità Ottobre 2023 e Ottobre 2024

```
. tab Annoricovero Parità, r chi nokey
```

Anno ricovero	Parità					Total
	0	1	2	3	4	
2023	58	36	10	1	1	106
	54.72	33.96	9.43	0.94	0.94	100.00
2024	45	33	12	0	0	90
	50.00	36.67	13.33	0.00	0.00	100.00
Total	103	69	22	1	1	196
	52.55	35.20	11.22	0.51	0.51	100.00

```
Pearson chi2(4) = 2.6647 Pr = 0.615
```

Età gestazionale (EG)

La **tabella 2** mostra la distribuzione dell'età gestazionale (in settimane) al ricovero che è risultata essere comparabile tra i campioni del 2023 e del 2024. La maggior parte dei ricoveri è avvenuta tra la 39a e la 41a settimana di gestazione in entrambi gli anni (circa il 78,5% nel 2023 e 80% nel 2024).

Il test del Chi-Quadrato di Pearson ha confermato l'omogeneità della distribuzione, non rilevando differenze statisticamente significative nelle proporzioni di EG tra i due anni ($\chi^2(6) = 3.98, p = 0.680$). I due campioni sono bilanciati e omogenei per quanto riguarda l'età gestazionale.

Tabella 2 Confronto età gestazionale gravide tra Ottobre 2023 e Ottobre 2024

```
. tab Annoricovero EG , r chi nokey
```

Anno ricovero	EG							Total
	36	37	38	39	40	41	42	
2023	1	5	17	19	38	27	0	107
	0.93	4.67	15.89	17.76	35.51	25.23	0.00	100.00
2024	0	5	11	16	35	21	2	90
	0.00	5.56	12.22	17.78	38.89	23.33	2.22	100.00
Total	1	10	28	35	73	48	2	197
	0.51	5.08	14.21	17.77	37.06	24.37	1.02	100.00

```
Pearson chi2(6) = 3.9788 Pr = 0.680
```

Rischio ostetrico al ricovero

La **tabella 3** mostra la distribuzione del rischio ostetrico al momento del ricovero, dove 0 rappresenta basso rischio ostetrico (BRO) e l'alto rischio ostetrico (ARO). La maggior parte delle donne (circa il 70% in totale) è stata classificata a basso rischio ostetrico all'ingresso (0). Il gruppo del 2024 presenta una percentuale leggermente inferiore di donne classificate ad alto rischio ostetrico (25.56%) rispetto al gruppo del 2023 (32.71%). Nonostante questo, il test del Chi-Quadrato di Pearson ha confermato l'omogeneità della distribuzione del rischio tra i gruppi ($\chi^2(1) = 1.28, p = 0.272$). Anche per questa caratteristica i due campioni sono considerati comparabili.

Tabella 3 Confronto rischio ostetrico al ricovero tra ottobre 2023 e ottobre 2024

`tab Anno Rischioingresso , r chi nokey`

Anno ricovero	Rischio ingresso		Total
	0	1	
2023	72	35	107
	67.29	32.71	100.00
2024	67	23	90
	74.44	25.56	100.00
Total	139	58	197
	70.56	29.44	100.00

`Pearson chi2(1) = 1.2046 Pr = 0.272`

Legenda: 0 = basso rischio ostetrico; 1 = alto rischio ostetrico

Motivo del ricovero

La **tabella 4** mostra la distribuzione del motivo del ricovero nei due periodi presi in esame. I prodromi (0) e il travaglio (2) rappresentano complessivamente le cause principali di ricovero. Si hanno alcune variazioni percentuali per quanto riguarda il ricovero per rottura prematura delle membrane (PROM, 1) e il ricovero per prodromi e PROM (3), ma il test del Chi-Quadrato di Pearson non ha rilevato una differenza statisticamente significativa nella distribuzione complessiva dei motivi di ricovero tra i due gruppi ($\chi^2(3) = 5.20, p = 0.158$). Pertanto, i campioni sono omogenei anche per questa caratteristica.

Tabella 4 Confronto del motivo del ricovero tra Ottobre 2023 e Ottobre 2024

. tab Anno Motivoricovero , r chi nokey

Anno ricovero	Motivo ricovero				Total
	0	1	2	3	
2023	47	17	36	7	107
	43.93	15.89	33.64	6.54	100.00
2024	36	8	33	13	90
	40.00	8.89	36.67	14.44	100.00
Total	83	25	69	20	197
	42.13	12.69	35.03	10.15	100.00

Pearson chi2(3) = 5.2000 Pr = 0.158

Legenda: 0 = prodromi; 1 = PROM; 2 = travaglio; 3 = prodromi e PROM

3.2.2 Analisi degli outcomes

Dall'analisi statistica si evidenzia che le due popolazioni prese in esame risultano sovrapponibili in termini dei seguenti outcome:

- Durata media dei prodromi (tab. 5);
- Durata media travaglio (tab. 6);
- Durata media periodo espulsivo (tab. 7);
- Ricorso ad analgesia epidurale (tab. 8) e tempo di applicazione (tab. 9);
- Ricorso ad augmentation (tab. 10) e tempo di applicazione (tab. 11);
- Modalità parto (tab. 12);
- Rischio a fine parto (tab. 13);
- Integrità perineo (tab. 14);
- Cambi turno (tab. 15) e frequenza (tab. 16).

Durata media dei prodromi

Nella **tabella 5** è stato confrontato il tempo medio in minuti dei prodromi tra le donne che hanno partorito nell'Ottobre del 2023 e le donne che hanno partorito nell'Ottobre del 2024.

La durata media dei prodromi per il gruppo del 2023 è stata di 331.54 minuti (SD = 295.39, n = 70), mentre per il gruppo del 2024 è stata di 367.91 minuti (SD = 277.52, n = 55). Nonostante la durata media inferiore nel 2023, il test *t* a due campioni non ha rilevato una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi ($t(123) = -0.70, p = 0.484$). La differenza media stimata è di -36.37 minuti ($IC95\% : [-138.97, 66.24]$).

Tabella 5 Confronto durata media in minuti del periodo prodromico tra Ottobre 2023 e Ottobre 2024

```
. ttest Durataprodomi, by(Annoricovero)
```

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. err.	Std. dev.	[95% conf. interval]
2023	70	331.5429	35.30608	295.3918	261.1092 401.9766
2024	55	367.9091	37.42078	277.5199	292.8849 442.9332
Combined	125	347.544	25.67835	287.0927	296.7193 398.3687
diff		-36.36623	51.83677		-138.9739 66.24147
diff = mean(2023) - mean(2024)				<i>t</i> = -0.7016	
H0: diff = 0				Degrees of freedom	= 123
Ha: diff < 0		Ha: diff != 0		Ha: diff > 0	
Pr(<i>T</i> < <i>t</i>) = 0.2421		Pr(<i>T</i> > <i>t</i>) = 0.4843		Pr(<i>T</i> > <i>t</i>) = 0.7579	

Durata media travaglio

Nella **tabella 6** è stato confrontato il tempo medio in minuti del travaglio tra i campioni dell’Ottobre 2023 e dell’Ottobre 2024.

La durata media del travaglio per il gruppo del 2023 è stata di 189.15 minuti ($SD = 224.67$, $n = 107$), mentre per il gruppo del 2024 è stata di 183.98 minuti ($SD = 193.80$, $n = 90$). Nonostante la durata media leggermente superiore nel 2023, il test t a due campioni non ha rilevato una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi ($t(195) = -0.17, p = 0.864$). La differenza media stimata è di -5.17 minuti ($IC95\% : [-54.39, 64.73]$).

Tabella 6 Confronto durata media in minuti del travaglio tra Ottobre 2023 e Ottobre 2024

```
. ttest Duratatravaglio , by(Annoricovero)

Two-sample t test with equal variances

-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
      Group |     Obs      Mean    Std. err.    Std. dev.  [95% conf. interval]
-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
      2023 |     107  189.1495    21.71957    224.669  146.0884  232.2107
      2024 |      90  183.9778    20.42813    193.7982  143.3875  224.568
-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
      Combined |    197  186.7868    15.0058    210.6164  157.1932  216.3804
-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
      diff |          5.171755    30.19884          -54.38652  64.73003
-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
      diff = mean(2023) - mean(2024)          t =      0.1713
      H0: diff = 0          Degrees of freedom =      195
      Ha: diff < 0          Pr(T < t) = 0.5679
      Ha: diff != 0          Pr(|T| > |t|) = 0.8642
      Ha: diff > 0          Pr(T > t) = 0.4321
```

Durata media periodo espulsivo

Nella **tabella 7** è stato confrontato il tempo medio in minuti del periodo espulsivo tra i campioni.

La durata media del periodo espulsivo per il gruppo del 2023 è stata di 48.99 minuti ($SD = 66.92$, $n = 107$), mentre per il gruppo del 2024 è stata di 55.52 minuti ($SD = 65.24$, $n = 90$). Nonostante la durata media inferiore nel 2023, il test t a due campioni non ha rilevato una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi ($t(195) = -0.69, p = 0.491$). La differenza media stimata è di -6.53 minuti ($IC95\% : [-25.19, 12.13]$).

Tabella 7 Confronto tra durata media in minuti del periodo espulsivo tra Ottobre 2023 e Ottobre 2024

. ttest Durataespulsivo , by(Annoricovero)

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. err.	Std. dev.	[95% conf. interval]
2023	107	48.99065	6.469705	66.92315	36.16384 61.81747
2024	90	55.52222	6.877386	65.24461	41.857 69.18744
Combined	197	51.97462	4.70757	66.07389	42.69063 61.25861
diff		-6.531568	9.463041		-25.19462 12.13148
		diff = mean(2023) - mean(2024)			t = -0.6902
H0: diff = 0					Degrees of freedom = 195
Ha: diff < 0	Pr(T < t) = 0.2454	Ha: diff != 0	Pr(T > t) = 0.4909	Ha: diff > 0	Pr(T > t) = 0.7546

Ricorso ad analgesia epidurale e tempo di applicazione

È stato confrontato il ricorso all'utilizzo dell'analgesia peridurale (**tab. 8**) tra i due campioni tramite il test del Chi-quadrato. La percentuale di ricorso all'analgesia peridurale è risultata pressoché identica nei due periodi: 41.12 % nell'Ottobre 2023 e 41.11% nell'Ottobre 2024.

Il test del Chi-Quadrato ha prodotto un risultato non significativo ($\chi^2(1) = 0.00, p = 0.999$), indicando che non esiste alcuna associazione statisticamente significativa tra i mesi di Ottobre dei due anni confrontati e l'utilizzo dell'analgesia peridurale.

Tabella 8 Confronto ricorso ad analgesia epidurale tra Ottobre 2023 e Ottobre 2024

. tab Anno Analgesiaperidurale , r chi nokey

Anno ricovero	Analgesia peridurale		Total
	no	si	
2023	63	44	107
	58.88	41.12	100.00
2024	53	37	90
	58.89	41.11	100.00
Total	116	81	197
	58.88	41.12	100.00

Pearson chi2(1) = 0.0000 Pr = 0.999

È stato inoltre confrontato il tempo medio di decisione per l'applicazione dell'analgesia peridurale nei sottogruppi di donne che l'hanno ricevuta (**tab. 9**). Il tempo medio di decisione è risultato leggermente inferiore nel gruppo del 2023, con una media di 244.60 minuti (SD = 266.98, n = 45), rispetto al 2024, che ha avuto una media di 259.32 minuti (SD = 243.41, n = 37). Il test *t* a due campioni non ha rilevato una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi ($t(80) = -0.26, p = 0.797$). La differenza media stimata è di -14.72 minuti (*IC95%* : [-128.07, 98.62]).

Tabella 9 Confronto tempo di decisione l'uso dell'analgesia epidurale tra Ottobre 2023 e Ottobre 2024

```
. ttest Tempoapplicazioneperidurale , by(Annoricovero)

Two-sample t test with equal variances

-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 Group |   Obs      Mean    Std. err.    Std. dev.    [95% conf. interval]
-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 2023 |     45    244.6    39.79886    266.9788    164.3907    324.8093
 2024 |     37    259.3243   40.01696    243.4137    178.1662    340.4825
-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 Combined |    82    251.2439   28.17769    255.1598    195.1791    307.3087
-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 diff |          -14.72432    56.95453                  -128.0674    98.6188
-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 diff = mean(2023) - mean(2024)          t = -0.2585
 H0: diff = 0                           Degrees of freedom = 80
-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 Ha: diff < 0          Ha: diff != 0          Ha: diff > 0
 Pr(T < t) = 0.3983      Pr(|T| > |t|) = 0.7967      Pr(T > t) = 0.6017
```

Ricorso ad augmentation e tempo di applicazione

È stata confrontata la distribuzione del ricorso ad augmentation del travaglio tra i gruppi di donne di Ottobre 2023 e Ottobre 2024 (**tab. 10**).

In entrambi i campioni, la maggioranza dei parto non ha richiesto alcuna augmentation (72.90% Ottobre 2023 e 77.78% Ottobre 2024). L'ossitocina è stata la modalità di potenziamento più comune (23.36% nel 2023 e 20% nel 2024).

Il test del Chi-Quadrato non ha rilevato una differenza statisticamente significativa nella distribuzione del ricorso ad augmentation tra i due periodi ($\chi^2(2) = 0.78, p = 0.678$).

Tabella 10 Confronto ricorso ad Augmentation tra Ottobre 2023 e Ottobre 2024

. tab Anno Augmentation , r chi nokey

Anno ricovero	Augmentation			Total
	0	1	2	
2023	78	25	4	107
	72.90	23.36	3.74	100.00
2024	70	18	2	90
	77.78	20.00	2.22	100.00
Total	148	43	6	197
	75.13	21.83	3.05	100.00

Pearson chi2(2) = 0.7774 Pr = 0.678

Legenda: 0 = no augmentation; 1 = ossitocina; 2 = amnioressi

È stato confrontato il tempo medio di applicazione dell'augmentation limitatamente alle donne che l'hanno ricevuto (**tab. 11**). Il tempo medio di augmentation è risultato maggiore nell'Ottobre 2024, con una media di 591.50 minuti (SD = 278.86, n = 20), rispetto all'Ottobre 2023, con una media di 478.97 minuti (SD = 332.80, n = 29).

Il test *t* a due campioni non ha rilevato una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi ($t(47) = -1.24, p = 0.221$). La differenza media stimata è di -112.53 minuti ($IC95\% : [-295.04, 69.97]$).

Tabella 11 Confronto tempo di applicazione dell'augmentation tra Ottobre 2023 e Ottobre 2024

. ttest Tempoaugmentation by(Annoricovero)

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. err.	Std. dev.	[95% conf. interval]
2023	29	478.9655	61.79896	332.7976	352.3761 605.555
2024	20	591.5	62.35415	278.8562	460.9913 722.0087
Combined	49	524.898	44.83755	313.8628	434.746 615.0499
diff		-112.5345	90.71941		-295.0384 69.96944
					diff = mean(2023) - mean(2024) t = -1.2405
					H0: diff = 0 Degrees of freedom = 47
					Ha: diff < 0 Pr(T < t) = 0.1105
					Ha: diff != 0 Pr(T > t) = 0.2210
					Ha: diff > 0 Pr(T > t) = 0.8895

Modalità del parto

È stata confrontata la distribuzione della modalità del parto (vaginale = 0, operativo con ventosa = 1, taglio cesareo urgente in travaglio = 3) tra i campioni del 2023 e del 2024 (**tab. 12**).

In entrambi i periodi, la maggioranza dei parto è avvenuta per via vaginale (91.59% Ottobre 2023 vs 90.00% Ottobre 2024). Si osserva una frequenza leggermente maggiore dei parto operativi con ventosa nel 2024 (7.78% vs 4.67%).

Il test del Chi-Quadrato non ha rilevato una differenza statisticamente significativa nella distribuzione della modalità del parto tra i due periodi ($\chi^2(2) = 1.16, p = 0.561$).

Tabella 12 Confronto tra le modalità del parto a Ottobre 2023 e Ottobre 2024

. tab Anno Modalità parto , r chi nokey

Anno ricovero	Modalità parto			Total
	0	1	3	
2023	98	5	4	107
	91.59	4.67	3.74	100.00
2024	81	7	2	90
	90.00	7.78	2.22	100.00
Total	179	12	6	197
	90.86	6.09	3.05	100.00

Pearson chi2(2) = 1.1561 Pr = 0.561

Legenda: 0 = parto vaginale; 1 = Parto operativo con ventosa; 3 = TC urgente in travaglio

Rischio ostetrico a fine parto

È stata confrontata la distribuzione della classificazione del rischio ostetrico a fine parto tra i due campioni (**tab. 13**).

Si osserva che nel 2024 si ha una percentuale maggiore di donne il cui rischio si è modificato da basso ad alto (30%) rispetto che nell'Ottobre 2023 (22.43%).

Il test del Chi-Quadrato non ha rilevato una differenza statisticamente significativa nella distribuzione del rischio a fine parto tra i due periodi ($\chi^2(2) = 3.70, p = 0.158$).

Tabella 13 Confronto rischio ostetrico a fine parto tra Ottobre 2023 e Ottobre 2024

tab Anno Rischioafineparto , r chi nokey

Anno ricovero	Rischio a fine parto			Total
	0	1	2	
2023	37	24	46	107
	34.58	22.43	42.99	100.00
2024	36	27	27	90
	40.00	30.00	30.00	100.00
Total	73	51	73	197
	37.06	25.89	37.06	100.00

Pearson chi2(2) = 3.6959 Pr = 0.158

Legenda: 0 = basso rischio ostetrico; 1 = da basso ad alto rischio ostetrico; 2 = alto rischio ostetrico

Integrità del perineo

È stata confrontata la distribuzione dell'integrità perineale (0) e delle lacerazioni perineali di I (1), II (2) e III (3) grado nei due campioni (**tab. 14**).

La distribuzione è rimasta relativamente uniforme. Nel 2023 la lacerazione di Grado II è stata la categoria più frequente (36.45%), mentre nel 2024 tre categorie (0, 1, 2) hanno avuto frequenze molto simili (circa il 33%). Casi di lacerazioni di grado III si registrano solo nel 2024 (2 casi).

Il test del Chi-Quadrato non ha rilevato una differenza statisticamente significativa nella distribuzione dell'integrità del perineo tra i due periodi ($\chi^2(3) = 2.72, p = 0.437$).

Tabella 14 Confronto tra perineo integro e le diverse lacerazioni a Ottobre 2023 e Ottobre 2024

tab Anno Lacerazione , r chi nokey

Anno ricovero	Lacerazione				Total
	0	1	2	3	
2023	36	32	39	0	107
	33.64	29.91	36.45	0.00	100.00
2024	30	29	29	2	90
	33.33	32.22	32.22	2.22	100.00
Total	66	61	68	2	197
	33.50	30.96	34.52	1.02	100.00

Pearson chi2(3) = 2.7168 Pr = 0.437

Leggenda: 0 = perineo integro, 1 = lacerazione grado I; 2 = lacerazione grado II; 3 = lacerazione grado III

Cambi turno e frequenza

È stata confrontata la distribuzione dell'esposizione ai cambi turno del personale, con il numero di cambi turno avvenuti durante il periodo di assistenza alla donna, nei due campioni (tab. 15). I dati indicano che nel 2024 si è registrata una quota significativamente maggiore di assistenza alla donna senza esposizione alcuna al cambio turno del personale (56.67% nell'Ottobre 2024 rispetto al 41.12% nell'Ottobre 2023). Inoltre, nel 2024 si è osservata una riduzione delle categorie con più cambi: il 39.25% dei parti nel 2023 ha avuto 1 cambio, contro il 28.89% nel 2024 e i casi con 3, 4 o 5 cambi turno sono scomparsi.

Il test del Chi-Quadrato ha rilevato una differenza statisticamente significativa nella distribuzione dell'esposizione al cambio turno del personale tra i due periodi ($\chi^2(5) = 11.53, p = 0.042$).

Tabella 15 Confronto dell'esposizione al cambio turno del personale tra Ottobre 2023 e Ottobre 2024

. tab Anno numerocambiturno , r chi nokey

Anno ricovero	numero cambi turno						Total
	0	1	2	3	4	5	
2023	44	42	10	8	1	2	107
	41.12	39.25	9.35	7.48	0.93	1.87	100.00
2024	51	26	12	1	0	0	90
	56.67	28.89	13.33	1.11	0.00	0.00	100.00
Total	95	68	22	9	1	2	197
	48.22	34.52	11.17	4.57	0.51	1.02	100.00

Pearson chi2(5) = 11.5256 Pr = 0.042

4. Discussione dei risultati

Il presente audit si è posto come obiettivo quello di analizzare i potenziali cambiamenti avvenuti nell’assistenza ostetrica e degli outcomes ostetrici con l’introduzione della turnazione ostetrica di 12/12 ore. I periodi che si sono andati ad analizzare sono il mese di Ottobre 2023, in cui ancora era presente il modello di turnazione in quinta, e Ottobre 2024 durante il quale era già in atto il modello delle 12 ore.

4.1 Omogeneità del campione e stabilità clinica di base

Un elemento fondamentale emerso dall’analisi dei risultati è la completa omogeneità tra il campione del 2023 e quello del 2024 per tutte le variabili prese in considerazione (parità, età gestazionale, rischio ostetrico all’ingresso e motivo del ricovero). Questa comparabilità statistica assicura che eventuali variazioni degli outcomes possano essere attribuiti a fattori gestionali o operativi, come la modifica della turnazione.

Questa stabilità è stata riscontrata anche nella maggior parte degli outcomes clinici. Non si sono registrate variazioni significative della durata media delle fasi del parto (prodromi, travaglio e periodo espulsivo), della frequenza di ricorso all’analgesia peridurale e al ricorso ad augmentation, della modalità del parto (vaginale spontaneo, TC urgente o parto operativo), del rischio a fine parto e della distribuzione delle lacerazioni perineali.

Se da un lato questi dati non suggeriscono miglioramenti significativi dovuti a una maggiore continuità assistenziale, dall’altro ci mostrano come il cambiamento della turnazione non abbia avuto un impatto negativo sulla performance clinica e sugli outcomes ostetrici di base.

Studi svolti sul personale infermieristico suggeriscono come turni lunghi possano influenzare, spesso negativamente, la qualità dell’assistenza fornita ai pazienti¹⁵. Il fatto che da questo audit non siano stati evidenziati peggioramenti nell’assistenza può fornire rassicurazioni, ma sarebbe importante monitorare questo fattore in un periodo temporale più esteso.

4.2 Impatto significativo: la continuità assistenziale

L’unica differenza statisticamente significativa è emersa nell’analisi della discontinuità assistenziale, misurata attraverso la distribuzione del numero di cambi turno che si sono verificati dal momento del ricovero fino al parto ($\chi^2(5) = 11.53, p = 0.042$).

¹⁵ Griffiths P, Dall’Ora C, Simon M, Ball J, Lindqvist R, Rafferty AM, Schoonhoven L, Tishelman C, Aiken LH; RN4CAST Consortium. Nurses’ shift length and overtime working in 12 European countries: the association with perceived quality of care and patient safety. *Med Care*. 2014

La variazione significativa è guidata da un marcato aumento delle donne che non hanno sperimentato alcun cambio turno nel 2024 (56.67%) rispetto al 2023 (41.12%). Questo dato è la prova più diretta dell'efficacia derivante dalla nuova turnazione di 12/12 ore.

La transizione dal sistema di turnazione in quinta (che implicava due possibili cambi turno nell'arco delle 14 ore diurne) ai turni da 12 ore ha ridotto di conseguenza anche il numero di *handoff* (passaggi di consegne) ai quali una donna poteva essere esposta.

Il sistema a 12 ore aumenta la probabilità che l'ostetrica che accoglie la donna sia anche quella che conclude l'assistenza al parto.

Questo miglioramento è ulteriormente evidenziato dalla quasi totale scomparsa dei casi con elevata discontinuità (3 o più cambi turno) nel 2024.

Nonostante il significativo miglioramento, è cruciale sottolineare la persistenza di almeno un cambio turno per una quota significativa di donne. Nel 2024, il 28.89% delle donne ha sperimentato un cambio di personale. Questo dato, nonostante sia inferiore rispetto al 39.25% del 2023, mostra come la durata complessiva dell'assistenza, dal ricovero al parto, spesso supera le 12 ore (specie considerando i ricoveri per prodromi) o che l'adesione parziale alla nuova turnazione possa avere un impatto.

È stato specificato che non tutte le ostetriche hanno aderito al nuovo turno da 12 ore, mantenendo la turnazione in quinta. Questa compresenza di schemi di turnazione diversi (mista) nell'Ottobre 2024 è una possibile ragione della persistenza di un cambio turno per circa un terzo delle donne.

Il risultato significativo dimostra che l'introduzione del turno da 12 ore, pur essendo parziale, ha contribuito a un passaggio verso una maggiore continuità.

4.3 Limiti dello studio

Il presente audit presenta alcune limitazioni metodologiche che possono influenzare la lettura dei risultati.

Periodo di osservazione limitato

I risultati si basano esclusivamente sul confronto di due finestre temporali circoscritte (Ottobre 2023 e Ottobre 2024). Il ridotto periodo temporale preso in considerazione può non catturare la variabilità stagionale del carico di lavoro e nel numero di parto, né eventuali cambiamenti a lungo termine nella performance del personale ostetrico.

Dimensione del campione limitata

Il campione totale ($n = 197$) è relativamente piccolo e può aver avuto effetti sulla potenza statistica del test. Sebbene sia stata raggiunta la significatività per il cambio turno ($p = 0.042$),

è possibile che differenze reali in altri outcomes clinici non siano state rilevate a causa della potenza statistica insufficiente.

Modello di turnazione mista

Come precedentemente discusso, la coesistenza di ostetriche con turni di 12 ore e turnazione in quinta nel 2024 introduce un fattore confondente che rende difficile attribuire il miglioramento esclusivamente al modello 12/12.

5. Conclusioni

I risultati confermano che la modifica della turnazione in quinta a 12 ore, sebbene non abbia alterato gli outcomes ostetrici standard (come la durata del travaglio o la modalità del parto), ha avuto un impatto significativamente positivo sulla gestione della continuità assistenziale.

La maggior proporzione di donne gestite da un'unica professionista, dal ricovero al parto, rappresenta un miglioramento della qualità assistenziale in un'ottica di continuità.

Studi futuri potrebbero essere svolti per valutare l'impatto a lungo termine dell'introduzione della turnistica 12/12, l'impatto in seguito all'adesione totale del personale al modello 12/12 ore, la soddisfazione della donna e del personale, il bilancio tra la *fatigue* del personale e l'efficienza a lungo termine.

Bibliografia

1. World Health Organization. Transitioning to midwifery models of care: global position paper. 2024.
2. Buckley SJ. Executive Summary of Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care. *J Perinat Educ.* 2015; 24(3):145-53. doi: 10.1891/1058-1243.24.3.145. PMID: 26834435; PMCID: PMC4720867.
3. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ.* 2003 Nov 22; 327(7425):1219-21. doi: 10.1136/bmj.327.7425.1219. PMID: 14630762; PMCID: PMC274066.
4. World Health Organization. Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. 2022.
5. Bradford BF, Wilson AN, Portela A, McConville F, Fernandez Turienzo C, Homer CSE. Midwifery continuity of care: A scoping review of where, how, by whom and for whom? *PLOS Glob Public Health.* 2022 Oct 5; 2(10):e0000935. doi: 10.1371/journal.pgph.0000935. PMID: 36962588; PMCID: PMC10021789.
6. Dawson K, Forster DA, McLachlan HL, Newton MS. Operationalising caseload midwifery in the Australian public maternity system: Findings from a national cross-sectional survey of maternity managers. *Women Birth.* 2018 Jun; 31(3):194-201. doi: 10.1016/j.wombi.2017.08.132. Epub 2017 Sep 28. PMID: 28964707.
7. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Apr 28; 4(4):CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5. PMID: 27121907; PMCID: PMC8663203.
8. Overgaard C, Fenger-Grøn M, Sandall J. The impact of birthplace on women's birth experiences and perceptions of care. *Soc Sci Med.* 2012 Apr; 74(7):973-81. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.12.023. Epub 2012 Jan 28. PMID: 22326105.
9. Midwifery Unit Network. Midwifery Unit Standards. 2018.
10. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science.* 1977; 196(4286), 129–136.
11. Ministero della Salute. Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio

ostetrico (BRO). Nota DGPROGS n. 0034949-P del 31/10/2017. Roma: Ministero della Salute; 2017.

12. Conferenza unificata Stato-Regioni e Stato-Città ed autonomie locali. Accordo 16 dicembre 2010. Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento concernente “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”; 2010.
13. ISS. Indagine nazionale sui consultori familiari. 2018-2019. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2019.
14. Regione Emilia-Romagna. Dalla storia dei Consultori Familiari alle nuove sfide per le reti dei servizi e delle comunità. Vol. 1 Dalla genealogia al futuro dei Consultori Familiari. Bologna: Regione Emilia-Romagna; 2025.
15. Griffiths P, Dall'Ora C, Simon M, Ball J, Lindqvist R, Rafferty AM, Schoonhoven L, Tishelman C, Aiken LH; RN4CAST Consortium. Nurses' shift length and overtime working in 12 European countries: the association with perceived quality of care and patient safety. *Med Care.* 2014 Nov; 52(11):975-81. doi: 10.1097/MLR.0000000000000233. PMID: 25226543; PMCID: PMC4196798.