

RACCOMANDAZIONI SU PREVENZIONE, RICONOSCIMENTO E CURA DEL TRAUMA PERINEALE OSTETRICO

VERSIONI INTEGRALI CAPITOLO 5 E 14

REALIZZATO DALLA FONDAZIONE CONFALONIERI RAGONESE
SU MANDATO SIGO, AOGOI, AGUI



SIGO
SOCIETÀ ITALIANA
DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA





INDICE

5. La prevenzione intrapartum	1
5.1 Adattamento e trasformazione del pavimento pelvico intrapartum	1
5.2 Rispetto dei tempi	4
5.3 Ambiente	6
5.4 Comunicazione e relazione	7
5.5 Segni clinici che orientano nell'assistenza ostetrica durante il secondo stadio del travaglio	9
5.6 Posizione e postura materna al parto e danno perineale	12
5.7 Modalità di assistenza al periodo espulsivo	13
5.8 Modalità di spinta, canali neuroendocrini e danno perineale	15
5.9 Impacco caldo perineale	16
5.10 Massaggio perineale durante il parto	16
5.11 Woman self regulation - Autoregolazione della donna	16
5.12 Secondo stadio prolungato	17
5.13 Possibilità di interventi correttivi nel secondo stadio: la fisiologia prima della forza	17
5.14 Prevenzione intrapartum nelle donne in analgesia epidurale	19
14. Le mutilazioni genitali femminili (MGF)	29
14.1 Definizioni e inquadramento	29
14.2 Cura e assistenza ostetrica in gravidanza, al parto e in puerperio	31
14.3 Supporto informativo e psicologico	34

APPENDICI

Capitolo 5

5.1 Comunicazione e relazione	38
5.2 Segni clinici che informano sulla fase del secondo stadio del travaglio che sta attraversando la donna con il suo bambino	40
5.3 Segni clinici che informano sullo stato dei tessuti perineali	42
5.4 Uso della rotazione femorale interna ed esterna con ausilio della peanut ball	44
5.5 Cook Counter Pressure SM	45
5.6 Jiggle - Tecnica delle oscillazioni - Dr. Blyth	47
5.7 Oscillazioni con il rebozo	49
5.8 Forward leaning inversion (FLI)	50
5.9 Esercizi per il riequilibrio delle tensioni pelviche perineali durante il parto	52

Capitolo 14

14.1 Comunicare con le ragazze e le donne che vivono con le MGF	54
14.2 Raccogliere la storia clinica di MGF durante la gravidanza	56
14.3 Ispezione dei genitali esterni nelle donne con MGF	57
14.4 Deinfibulazione	58
14.5 Valutazione del perineo al parto - episiotomia anteriore e mediolaterale (o tipi più estesi) nelle donne con MGF	62
14.6 La Legislazione italiana	63



5. LA PREVENZIONE INTRAPARTUM (versione integrale)

È luogo comune definire il pavimento pelvico indenne da traumi quando dopo la nascita non presenta lacerazioni evidenti e non necessita punti di sutura. In realtà il concetto di integrità è molto più complesso. È possibile che dopo il parto i tessuti materni risultino apparentemente integri ma in realtà non lo siano, in quanto presentano lesioni o scollamenti dei tessuti più profondi, non visibili subito dopo la nascita. Quindi si può dire che un pavimento pelvico è integro quando tutte le sue componenti, dai muscoli, al tessuto fasciale, ai corpi erettili, ai legamenti, ai nervi, agli sfinteri, emergono dall'esperienza del parto indenni da traumi.

Questa convinzione distorta, semplicistica del concetto di integrità può spiegare per quale motivo, ancora oggi, alcuni meccanismi di gestione del secondo stadio del travaglio siano ancora lì tutti i giorni nelle nostre sale parto: risulta normale far spingere una donna in modo forzato appena accertata la dilatazione completa, in posizione litotomica, con un uso routinario di ossitocina, attraverso continue esplorazioni vaginali e depressioni perineali, con un'assistenza attiva al disimpegno del feto e con un uso frequente di episiotomia.

Partendo dalla messa in discussione di questa visione restrittiva e sicuramente discutibile del significato di integrità, in un'ottica di prevenzione dei traumi perineali, in questo capitolo si è voluto andare oltre la sola assistenza circoscritta al disimpegno del feto, ponendo l'attenzione su altri aspetti dell'assistenza al secondo stadio del travaglio altrettanto importanti come il rispetto dei tempi, la cura dell'ambiente, la costruzione di una buona relazione e comunicazione, la modalità di spinta, il movimento libero e le posture...; un'assistenza che pone l'attenzione su tutto il percorso, certi che ogni tempo è propedeutico a quello successivo;

un'assistenza che si costruisce sull'osservazione e la lettura di tutti i segni clinici al fine di intervenire solo quando serve ed in modo appropriato.

Delle procedure da poter mettere in atto nel secondo stadio del travaglio per prevenire i traumi perineali, l'episiotomia in particolare è stata estesivamente studiata e nel capitolo volutamente omessa in quanto si è dimostrata non essere utile allo scopo¹⁻⁴.

5.1 Adattamento e trasformazione del pavimento pelvico intrapartum

Durante il secondo stadio del travaglio la discesa della PP (parte presentata) nel bacino materno, grazie alla forza contrattile dell'utero, agli sforzi espulsivi della madre e all'azione propulsiva del feto, determina un'importante sollecitazione meccanica su tutte le strutture muscolo-aponeurotiche che tappezzano e chiudono in basso il canale del parto. I muscoli scheletrici o parietali (muscoli piramidali, otturatori e sacro-coccigei) non oppongono grossa resistenza alla loro compressione e distensione anche grazie al fatto che nel bacino femminile sono meno voluminosi e robusti rispetto a quelli del bacino maschile; al contrario, i fenomeni dinamici che interessano i muscoli del pavimento pelvico (fasci muscolari dell'elevatore dell'ano, muscolo trasverso profondo, muscoli superficiali del perineo) sono molto più complessi: questi muscoli oltre a distendersi devono anche retrarsi, sciogliere uno sull'altro e verticalizzarsi. Inoltre gli strati muscolari che compongono il pavimento pelvico sono composti da fibre muscolari sia volontarie, che si muovono e si comportano come i muscoli scheletrici guidati dalla volontà, che involontarie, che hanno una mobilità di tipo viscerale, sfinterica involontaria. Nei primi due strati del pavimento

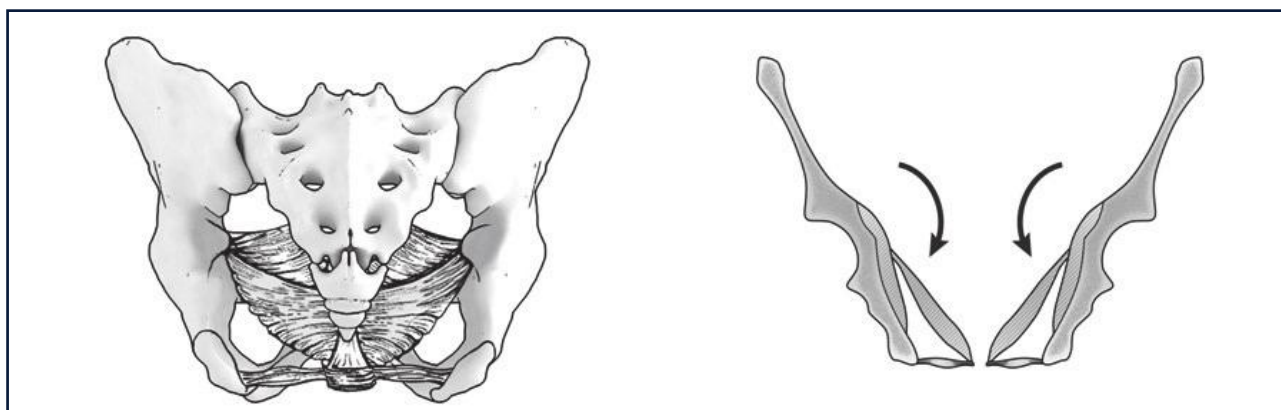


Figura 1. Verticalizzazione dei fasci dell'elevatore dell'ano.

pelvico prevalgono le fibre involontarie mentre nei muscoli superficiali del perineo c'è una prevalenza di quelle volontarie. Quindi nella trasformazione del pavimento pelvico gioca sia l'azione volontaria della donna ma anche, in modo altrettanto importante, l'aspetto viscerale involontario e inconscio. Nell'assistenza al periodo espulsivo non si può non tener conto di questo duplice aspetto agendo su tutti quei fattori relazionali, comunicativi e ambientali che possono facilitare o ostacolare la trasformazione del pavimento pelvico e che verranno descritti nei paragrafi successivi.

Alla fine della fase attiva del primo stadio, l'azione propulsiva del feto in risposta alla forza contrattile dell'utero determina un primo contatto tra la PP e il pavimento pelvico; l'appoggio dell'estremo cefalico sull'elevatore dell'ano induce nella donna la sensazione di premito posteriore e l'iniziale riflesso di spinta, soprattutto all'apice della contrazione. I primi muscoli a modificarsi, sotto l'azione meccanica esercitata dalla iniziale discesa della PP, sono i fasci dell'elevatore dell'ano che inizieranno a cambiare direzione: le fibre, che in una condizione di fisiologia decorrono in senso trasversale rispetto all'asse del canale del parto, si verticalizzano formando così una specie di imbuto che muovendosi con onde peristaltiche verso l'e-

sterno, guidano la progressione della testa fetale verso l'uscita (**Figura 1**).

Tutto ciò è possibile grazie al tessuto fasciale, tessuto che lega tra loro gli strati muscolari, permette lo scivolamento di uno strato sull'altro e conferisce l'elasticità, favorendo così l'allungamento dei muscoli e che consente, se integro dopo il parto, l'involutione, il recupero del tono e della funzionalità del pavimento pelvico.

I vari fasci dell'elevatore (il muscolo pubo-coccigeo, con la porzione pubo-rettale e quella pubo-coccigea, il muscolo ileo-coccigeo e il muscolo sacro-coccigeo) grazie alla progressiva distensione del tessuto fasciale che li unisce, scivolano uno sull'altro e si allungano come un telescopio. La PP progredendo nella sua discesa nel canale del parto entra poi in contatto con un secondo piano muscolare rappresentato dal muscolo trasverso profondo il quale, sollecitato meccanicamente dalla testa fetale, va incontro ad una progressiva retrazione (**Figura 2**).

La retrazione di questo muscolo è fondamentale per spostare le pareti vaginali all'indietro e trattenere la cervice verso l'alto evitando così lo scollamento delle pareti vaginali dal tessuto fasciale e prevenendo il cistocele. Inoltre la retrazione permette lo slittamento in avanti del ramo pubico

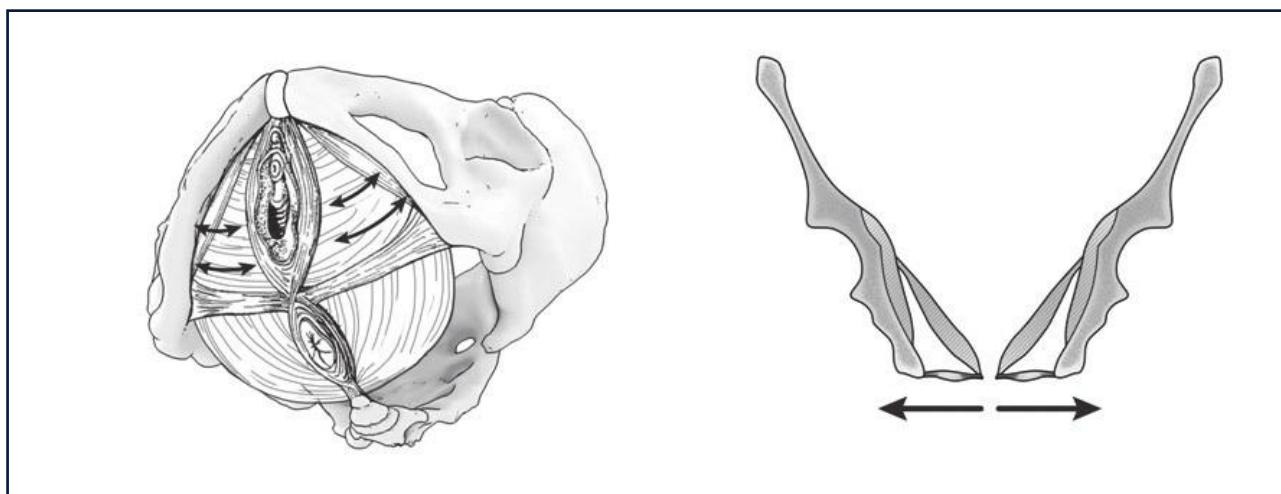


Figura 2. Retrazione del muscolo trasverso profondo.

dell'elevatore dell'ano che allungandosi potrà così esercitare al meglio la sua azione peristaltica.

La pressione del feto sul muscolo trasverso profondo farà sentire alla madre un premito molto intenso per tutta la durata della contrazione accompagnata da spinte irrefrenabili; ha inizio solo in questo momento la fase attiva del secondo stadio.

Grazie all'efficacia delle spinte materne il feto scende sempre di più e prende contatto con il terzo strato del pavimento pelvico, quello più esterno, rappresentato dai fasci muscolari del perineo nella porzione posteriore. La PP durante la contrazione inizia ad essere visibile alla rima vulvare e durante la pausa rientra. Grazie a questo movimento di "va e vieni" della testa fetale, i muscoli perineali e il ramo pubo-coccigeo dell'elevatore si distendono progressivamente cedendo a qualsiasi resistenza. Si avrà a questo punto la retropulsione del coccige, non più mantenuto in posizione dai muscoli pelvici contratti che lo ancoravano al pube, e l'allungamento del rafe anococcigeo.

Ora la testa fetale non è più trattenuta dal coccige, non risale durante la pausa ed è contenuta tutta nel perineo posteriore. La totale distensione del perineo posteriore e la contrattura del muscolo pubo-rettale oppongono resistenza alla

progressione della PP nella stessa direzione precedente e quindi obbligano la testa a deflettersi e cambiare così direzione, a spostarsi anteriormente sollecitando la distensione del perineo anteriore (**Figura 3**). L'anello vulvare inizia a dilatarsi sempre più e il muscolo maggiormente sollecitato a questo punto è il bulbo-cavernoso. L'importante distensione di questo muscolo farà sentire alla madre un dolore e un bruciore molto intensi insieme all'urgenza di spingere fuori il bambino; si crea un riflesso centrale conseguente allo stiramento che fa rilasciare ossitocina ed espellere in fretta il feto (riflesso di eiezione del feto).

La cute della vulva e del perineo è l'ultimo strato tissutale ad essere disteso prima del disimpegno totale della testa fetale. La massima distensione si raggiunge con la prima fase di deflessione della PP; il grado di tensione di questi tessuti diminuisce progressivamente nel momento in cui dalla commessura vulvare posteriore, nelle posizioni occipito anteriori, escono le arcate sopracciliari e anteriormente l'occipite scivola oltre la commessura vulvare anteriore. Grazie all'elevata elasticità e alla ricchezza di grasso e di vasi nel sottocute, questi tessuti sono in grado di sostenere notevoli sollecitazioni meccaniche e di modellarsi progressiva-

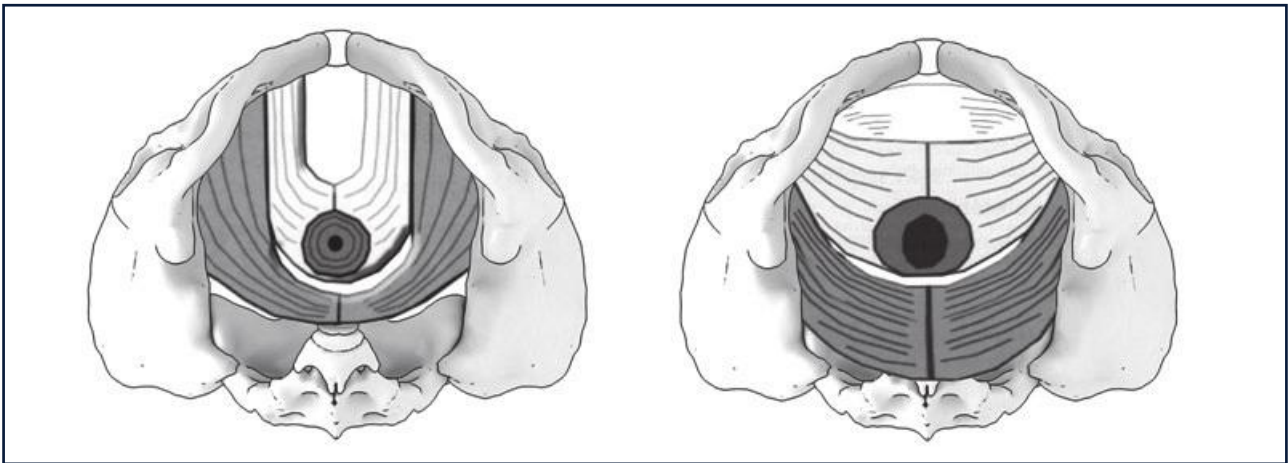


Figura 3. Distensione del perineo posteriore e cambio di orientamento dell'anello vulvare.

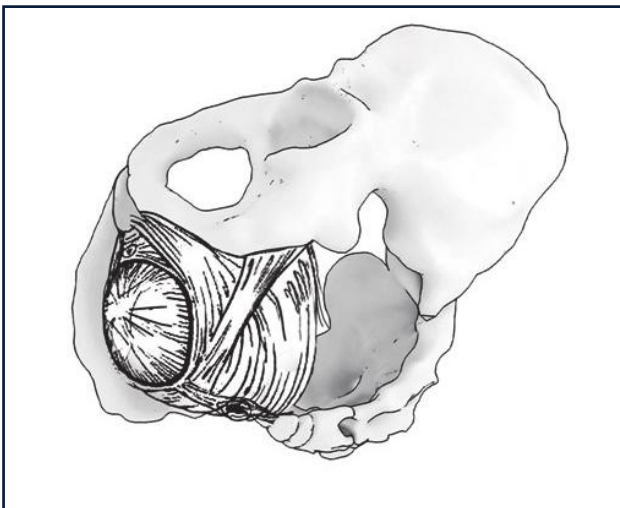


Figura 4. Canale molle del parto completamente formato.

mente sulla PP. A questo punto il canale molle del parto risulta completamente formato (**Figura 4**); un canale fibromuscolare ricurvo in avanti che sembra un prolungamento verso il basso del bacino osseo.

La parete posteriore del canale, che si sviluppa fra la punta del coccige e la commessura vulvare posteriore, avrà il maggior sviluppo e sarà formata dai fasci dell'elevatore dell'ano in stato di massima tensione e dai muscoli del perineo posteriore. Il rafe anococcigeo si allunga passando da 3-4 cm a 7-8 cm. L'ano partecipa allo stiramento delle strut-

ture perineali dilatandosi anche in modo importante superando il diametro di 3 cm. La distanza ano vulvare passa da 3 a 6-8 cm.

Il grado di distensione del canale molle del parto è aumentato nelle posizioni occipito posteriori e nei feti grossi.

5.2 Rispetto dei tempi

Ogni nascita si manifesta con modalità diverse in quanto è l'espressione della sintesi di tutti i fattori che la determinano e la costituiscono; fattori che riflettono le caratteristiche specifiche di ogni donna e di ogni bambino. Una delle principali variabili che qualifica l'unicità di ogni nascita è il tempo; più conosco le plurime manifestazioni della fisiologia più la tutelo valorizzando il tempo come espressione di buona funzione, che conferma gli elementi che si sono individuati come costitutivi di quella nascita. La capacità di distinguere un tempo fisiologico da un tempo patologico è il risultato di un processo basato sulla osservazione, sulla conoscenza, sulla comprensione degli accadimenti/fenomeni e sull'esperienza, mattoni indispensabili per operare a tutela del benessere della donna e del suo bambino; è proprio sulla variabile tempo che ruotano le



principali interferenze sulla normale evoluzione del processo della nascita in ospedale⁵.

Anche in un'ottica di prevenzione dei traumi perineali il tempo gioca un ruolo importante. Dal punto di vista teorico e pratico è evidente che una distensione dei tessuti lenta e graduale sia meno traumatica di uno stiramento rapido e improvviso, come avviene ad esempio quando si effettua una manovra di Kristeller o si applica una ventosa; è meno probabile avere lesioni del tessuto fasciale, dello strato muscolare e/o lacerazioni cutanee e della mucosa quando tutto accade secondo i tempi dettati dalla natura e non dagli operatori.

Non c'è un motivo individuabile che giustifichi il porre un limite definito di tempo al secondo stadio del travaglio. La revisione della letteratura scientifica più recente al riguardo conclude che se il secondo stadio del travaglio è in progressione e le condizioni di madre e feto sono soddisfacenti, l'imposizione di limiti sulla sua durata non è giustificata⁶.

I limiti arbitrari di tempo dovrebbero essere abbandonati in quanto contribuiscono ad aumentare il clima di tensione in sala parto e l'utilizzo di procedure mediche (episiotomie, Kristeller, parti operativi vaginali, ...)⁷. Negli anni 2000 il NICE, nelle linee guida sull'assistenza alla nascita nella donna sana (2014 aggiornata 2017), riporta che nelle nullipare il parto dovrebbe avvenire entro 3 ore e nelle pluripare entro 2 ore dall'inizio della fase attiva del II stadio. Non viene definita la normalità per la durata della fase di transizione⁸.

Un'assistenza ostetrica che si pone come obiettivo quello di favorire l'integrità anatomica e funzionale dei tessuti materni non si deve limitare a garantire un lento e graduale disimpegno del feto, ma deve tutelare e rispettare tutti i tempi che caratterizzano il secondo stadio del travaglio.

Evitare di accelerare l'inizio del periodo espulsivo è la prima grande attenzione da avere. È stato

osservato che attendere mediamente almeno 90 minuti dalla dilatazione completa prima di incoraggiare la donna a spingere, in assenza d'uso di epidurale, dimezza il tempo passato dalla donna ad esercitare gli sforzi espulsivi, mentre non aumenta la durata totale del secondo stadio⁹.

Rispettare il tempo della fase di transizione è importante per diverse ragioni di seguito elencate:

- indurre delle spinte forzate quando la testa fetale non ha ancora sollecitato il muscolo trasverso profondo e anteriormente percorso totalmente la lunghezza della parete vaginale rischia di creare sollecitazioni eccessive alle strutture legamentose dell'utero, stiramenti in avanti e in basso della parete vaginale anteriore e di tutte le strutture di sostegno della vescica;
- evitare l'esaurimento psicofisico della donna conseguente a spinte forzate, quando ancora la PP non ha raggiunto i piani muscolari più profondi del pavimento pelvico e il processo di riaggiustamento delle fibre muscolari del corpo uterino non è ancora avvenuto. Tutto ciò aumenta il rischio di allungare i tempi a causa di spinte inefficaci, con molta più fatica per la donna e impazienza degli operatori che si sentiranno autorizzati a mettere in atto procedure acceleranti, come continue visite interne con intense digitopressioni, possibile causa esse stesse di lacerazioni perineali, utilizzo di perfusione ossitocica, fino ad arrivare a procedure mediche quali manovre di Kristeller e l'applicazione di ventosa, sicuramente non utili ai fini della protezione del pavimento pelvico;
- forzare i tempi di discesa del feto, soprattutto nel primo tratto del canale, attraverso spinte attive della donna potrebbe creare delle alterazioni del BCF (battito cardiaco fetale) da eccessiva compressione della PP con conseguente necessità di interventi medici acceleranti e quindi non protettivi per i tessuti materni.



- attendere la percezione di premito durante tutta la contrazione permette alla donna di sfruttare efficacemente le contrazioni e di spingere in accordo con il feto, favorendo così l'armonica e graduale distensione dei tessuti;
- la probabilità di utilizzo di ossitocina aumenta quando si decide di far spingere una donna in una fase troppo precoce del secondo stadio del travaglio cioè quando ancora non sono avvenuti i fenomeni fisiologici di adattamento materni e fetali. L'utilizzo di ossitocina porta ad una diminuzione della pausa tra una contrazione e l'altra con un aumentato rischio di alterazione del BCF per un ridotto grado di ossigenazione fetale; è inoltre riportato che l'uso di ossitocina sintetica rappresenta per sé un fattore di rischio per acidemia fetale indipendentemente dalla frequenza delle contrazioni uterine¹⁰. Tutto ciò porta poi gli operatori a dover accelerare la nascita non concedendo ai tessuti materni il fisiologico tempo necessario per adattarsi al processo con le conseguenze che questo comporta. L'utilizzo dell'ossitocina, anche nel caso in cui non induca delle alterazioni del BCF tali da dover accelerare la nascita, ha comunque degli effetti diretti sui muscoli del pavimento pelvico aumentandone il tono di base¹¹.

Dal punto di vista pratico per permettere al tempo di scorrere senza interferenze indebite si possono utilizzare diverse strategie come ad esempio:

- evitare di indurre nella donna l'anticipazione di sensazioni corporee;
- non aver fretta di decretare la dilatazione evitando di effettuare l'esplorazione vaginale appena la donna riferisce di sentir spingere;
- invitare la donna a scendere dal letto proponendole diversi strumenti;
- evitare di essere direttivi nella spinta se non serve.

L'altro tempo da rispettare, in un'ottica di prevenzione dei traumi perineali, è la fase finale del periodo espulsivo, fase di decelerazione, che non deve essere letta come un rallentamento anomalo dell'attività contrattile da correggere con ossitocina, spinte materne fuori contrazione o pressioni sul perineo per far disimpegnare la testa fetale, ma come un momento necessario per i muscoli puborettale e bulbocavernoso per potersi modellare sulla testa fetale; tempo utile perché le fibre muscolari si adattino alla nuova distensione prima che sopraggiunga il riflesso d'eiezione del feto.

Non concedere il tempo necessario alle fibre muscolari di abituarsi gradualmente alle progressive sollecitazioni è una delle cause più frequenti di lacerazioni perineali.

La protezione del perineo non termina col disimpegno della testa: si è visto come aspettare che avvenga spontaneamente il moto di restituzione e attendere il disimpegno spontaneo delle spalle evita trazioni eccessive non utili alla prevenzione dei traumi perineali¹².

Infine una delle variabili che induce spesso gli operatori ad accelerare i tempi è la valutazione del BCF. Una corretta interpretazione delle caratteristiche del battito in questa fase eviterebbe interventi inutili indotti da ansie ingiustificate. Numerosi studi scientifici riportano che l'uso della CTG in casi a basso rischio di ipossia fetale favorisce l'incremento di interventi medici acceleranti il parto¹³⁻¹⁵.

5.3 Ambiente

Se da una parte l'ospedalizzazione può intervenire positivamente nel favorire il benessere materno contribuendo a trasmettere alla donna una sensazione di sicurezza per la sua salute e quella del suo bambino, sicuramente non favorisce l'instaurarsi di quel clima affettivo e intimo che l'evento fortemente emozionale e sessuale della nascita richiede.



L'organizzazione dello spazio in ospedale è funzionale alle esigenze dei professionisti e di un'assistenza seriale non individuale. Gli arredi ospedalieri spesso non favoriscono il senso di appartenenza al luogo, utile per non attivare il sistema neuroendocrino della paura governato dal cortisolo e dal sistema nervoso simpatico. È stato dimostrato che ambienti più famigliari, senza spettacolarità particolari, aumentano la probabilità di parto vaginale senza interventi medici¹⁶.

La donna durante il travaglio e il parto si confronta costantemente con il suo ambiente interno, ma anche con quello esterno da sé che non è mai neutrale: può risultare d'aiuto al processo oppure d'ostacolo. Quando l'ambiente viene percepito come estraneo, non attento, inappropriato, non sicuro, la donna mette in atto dei meccanismi istintivi, inconsci, in grado di rallentare o addirittura arrestare l'intero processo della nascita, meccanismi che possono venire meno nel momento in cui, attraverso l'assistenza, si interviene aggiustando l'ambiente.

Nella trasformazione del pavimento pelvico, come già in precedenza affermato, gioca sia l'azione volontaria della donna, che in modo altrettanto importante l'aspetto viscerale involontario e inconscio che registra tutti quei fattori frenanti, ostili all'apertura, favorevoli alla contrattura e dunque non utili ai fini dell'integrità dei tessuti materni.

Secondo Ina May Gaskin, durante il travaglio e il parto, la cervice, la vagina e i tessuti del pavimento pelvico, si comportano come degli sfinteri che per permettere il passaggio del feto, si devono rilassare e allargare e come per ogni sfintere del corpo funzionano al meglio se in un ambiente intimo, rilassato, non giudicante. La Gaskin afferma anche che gli sfinteri non obbediscono a ordini ma si aprono solo se c'è un'urgenza di spingere, che nel processo di nascita compare solo quando il feto risulta profondamente impegnato e la ma-

dre, a quel punto, non può fare altro che lasciarlo andare, ma gli sfinteri possono allo stesso modo chiudersi in modo involontario tutte le volte che la donna percepisce un pericolo (reazione di attacco e fuga)¹⁷.

Alla luce di quanto appena affermato è evidente che nell'assistenza ostetrica non si può non tener conto delle ricadute che ha l'ambiente su tutto il percorso. Quando una donna si trova a vivere il processo della nascita in un ambiente intimo, famigliare, privato, protetto da sguardi indiscreti, non giudicante, con porta chiusa, dove è possibile entrare solo dopo aver chiesto il permesso, con possibilità di movimento libero, dove non è impedito l'utilizzo della voce, ecc, la probabilità che tutti i meccanismi di trasformazione del pavimento pelvico avvengano in modo armonico e graduale, secondo i tempi dettati dalla donna e dal suo bambino, aumenta, riducendo così il rischio di danno perineale.

Al contrario, quando l'ambiente non è favorente (presenza di figure che disturbano, sguardi tutti rivolti ai genitali, squilli di telefono, operatori che vanno e vengono, voci chiassose, ...), la donna contrae in modo involontario i muscoli del pavimento pelvico; tutto si chiude, la peristalsi dei muscoli si inverte, il feto viene trattenuto con la stessa forza con cui solo un attimo prima era spinto verso l'esterno, il processo si rallenta e nei casi più gravi si arresta, inducendo l'intervento dell'operatore a correggere ciò che lui stesso ha contribuito a creare. Nella condizione appena descritta i muscoli del pavimento pelvico non riescono a trasformarsi con l'armonia e la gradualità necessaria riducendo la probabilità di uscire indenni dall'esperienza del parto.

5.4 Comunicazione e relazione

Tutte le volte che entriamo in contatto con un altro essere umano si attivano delle connessioni neurali



che influenzano sia l'attività biochimica del cervello che di tutto il corpo; contemporaneamente le stesse attivazioni avvengono nella persona con cui interagiamo. Ogni relazione tra individui attiva sempre, anche nel silenzio, reazioni fisiche, cognitive ed emotive^{18,19}.

Il tipo di relazione che si instaura tra donna e professionista nell'ambiente è un elemento determinante del processo di cura: una buona relazione facilita infatti l'attivazione dei processi vitali di trasformazione che caratterizzano la fisiologia della nascita.

In un'ottica di prevenzione dei traumi perineali essere capaci di sintonizzarsi con la persona che assistiamo in una relazione di prossimità che permetta alla donna di ritrovare/confermare le proprie competenze è senza ombra di dubbio un passaggio importante. Quando la donna è confermata nelle sue capacità individuali, si facilita il processo dell'omeostasi che predispone l'organismo, la mente e i tessuti, a rispondere al meglio e in modo coerente agli eventi che si succedono.

Un primo passo che porta alla **costruzione di una buona relazione** è costituito dal riconoscere la centralità della donna e del suo bambino e dal saper attuare modalità di assistenza che attivino concretamente le loro competenze.

Il saper stare accanto ad una donna in travaglio in modo personalizzato non è sempre facile; spesso il professionista fatica a dar valore e quindi considerare attentamente le percezioni della donna, a cogliere i suoi desideri e bisogni reali, facendo prevalere il suo punto di vista (es. accelerare i tempi perché si è convinti che per la donna e il suo bambino sia sempre meglio, promuovere sistematicamente la posizione litotomica, anche quando il corpo della donna esprime il bisogno di movimento ...).

La qualità della relazione tra professionista e donna si esprime mettendo in atto modalità comunicative basate sull'ascolto e sulla conferma di

ciò che la donna esprime. Vi è infatti un rapporto stretto tra qualità dell'assistenza e qualità della comunicazione; saper mettere in campo una modalità di comunicazione sensibile ed efficace, attiva comportamenti che favoriscono il benessere della donna, del suo bambino e di chi li accompagna²⁰.

La modalità con cui comunichiamo, che sia verbale o non verbale, contribuisce a creare un ambiente favorente o ostacolante. Il **suono della voce**, nelle sue componenti fisiche, di tono, timbro, volume, intensità, influenza in modo determinante il clima emotivo di un contesto. Ad esempio, in una situazione connotata dall'ansia e dalla preoccupazione, toni di voce acuti e concitati enfatizzano il clima ansioso e preoccupato, inducendo inevitabilmente nella donna tensioni e contratture non utili alle trasformazioni fisiologiche, viceversa toni bassi e pacati producono l'effetto opposto.

Anche l'**espressione del volto**, il tipo di sguardo o l'atteggiamento corporeo mandano messaggi a chi li osserva perché possono rivelare disponibilità, autorità, irritazione, stati d'animo positivi e negativi, così come la distanza interpersonale, i rapporti spaziali tra le persone, il contatto fisico attraverso il tocco, giocano un ruolo fondamentale nel sentirsi a proprio agio o a disagio in una certa situazione o contribuiscono a creare apertura o chiusura verso ciò che sta accadendo²¹.

Le modalità comunicative possono influire in senso positivo o negativo sulla condizione emotiva della donna, confermandola nella sua esperienza, riportandola "in sé" nei momenti in cui perde fiducia e contatto con ciò che sta accadendo, o all'opposto innescare circoli viziosi in cui la donna viene depotenziata nelle sue competenze; in quest'ultimo caso, non di rado le contrazioni uterine perdono di efficacia, alla donna manca l'energia per spingere, la sua potenza si disperde in lamenti o espressioni di impotenza a cui gli operatori rispondono sostituendosi alle competenze fisiologiche della partorientente



con farmaci (ossitocina), allargamento forzato dei tessuti (stretching perineale, episiotomia), rinforzo delle spinte (manovra di Kristeller), estrazione fetale operativa (ventosa ostetrica), oppure con ingiunzioni verbali aggressive e colpevolizzanti che alimentano questo circolo vizioso di inadeguatezza.

Una buona relazione è più facile da costruire nel momento in cui viene garantita la continuità assistenziale²² e un'assistenza uno-a-uno. Da più di 20 anni sono noti gli effetti della continuità assistenziale e dell'assistenza 1:1 sugli esiti in termini di soddisfazione materna e riduzione dell'uso di procedure mediche, quali epidurale, induzione/accelerazione del travaglio, episiotomia, operatività vaginale. Una revisione Cochrane che ha incluso 13 studi per un campione totale di 16.242 donne, con gravidanze a basso e alto rischio, ha valutato l'effetto dei modelli di assistenza sugli esiti del travaglio e del parto e ha dimostrato che il modello della continuità dell'assistenza ostetrica e il rapporto 1:1 è associato a numerosi benefici per la madre e il feto se comparato al modello medico o al modello integrato²³. Non è sufficiente stare accanto alla donna per attivare le sue competenze, per comprenderla e per non farla sentire sola durante il travaglio, ma è necessario che la nostra presenza sia consapevole e di qualità.

Alla luce di quanto appena affermato risulta evidente come sia importante, ai fini della prevenzione dei traumi perineali, lavorare sulla costruzione di una buona relazione per creare le condizioni perché la donna e di riflesso i suoi tessuti, possano rispondere al meglio alle importanti trasformazioni che devono accadere nel parto (**Appendice 5.1**).

5.5 Segni clinici che orientano nell'assistenza ostetrica durante il secondo stadio del travaglio

Le raccomandazioni dell'OMS già nel 1996 affer-

mavano che *“... nell'assistenza alla nascita qualsiasi intervento ostetrico deve essere attuato solo in presenza di precisi indicatori clinici basati sulle evidenze e se è dimostrato che i benefici ne superano i rischi”*²⁴. Alla luce di questo possiamo affermare che la raccolta, l'interpretazione e l'importanza che diamo a ciò che osserviamo e rileviamo deve guidare i nostri gesti e le nostre proposte assistenziali.

Un'assistenza ostetrica che si basa sulla semeiotica:

- permette di riconoscere e tutelare la fisiologia;
- suggerisce come mantenere una condizione di benessere di mamma e bambino e come favorire una buona progressione del travaglio/parto;
- aiuta a non semplificare i processi decisionali;
- riconosce valore al tempo;
- aiuta a lavorare con più tranquillità e serenità.

Il presupposto perché possa avvenire una raccolta e una lettura precisa e sistematica dei differenti segni clinici che caratterizzano ogni processo di nascita, è che l'assistenza proposta sia personalizzata e continuativa nel tempo e ci sia un approccio olistico centrato sulla donna.

L'esame obiettivo deve iniziare dall'ascolto e dall'ispezione della donna, solo successivamente attraverso il tocco e in ultima istanza, se serve, perché i dati fino a quel momento raccolti non sono sufficientemente esaustivi, attraverso l'esplorazione vaginale.

Ai fini di una buona assistenza, che si pone tra i diversi obiettivi importanti da perseguire quello di prevenire i traumi perineali, è utile che l'ostetrica sappia leggere le diverse manifestazioni cliniche che la informano su:

- quale fase del secondo stadio sta attraversando la donna con il suo bambino al fine di evitare di indurre spinte espulsive anzitempo con tutte le conseguenze che questo comporta (vedi paragrafo sui tempi);



- come sta progredendo il feto nel canale del parto senza eseguire continue esplorazioni vaginali disturbanti per la donna e spesso causa esse stesse di lacerazioni;
- quali segni informano sul benessere fetale per non rischiare di intervenire accelerando la nascita senza nessuna ragione attraverso spinte forzate o procedure mediche che non tutelano l'armonica e progressiva trasformazione dei tessuti materni;
- come stanno rispondendo i tessuti perineali alle sollecitazioni meccaniche del feto per evitare di intervenire quando non serve o di farlo in modo tempestivo e appropriato quando serve.

5.5.1 Segni clinici che informano sulla fase del secondo stadio del travaglio che sta attraversando la donna con il suo bambino

Numerosi sono i segni clinici che informano il professionista su quale fase del travaglio sta vivendo la donna con il suo bambino. Una lettura precisa e sistematica di questi segnali permette di evitare di accelerare in maniera ingiustificata i tempi, soprattutto dell'inizio della fase attiva del secondo stadio, e permette inoltre di intervenire solo quando serve e in modo appropriato (**Appendice 5.2**).

Segni clinici esterni

- Caratteristiche delle contrazioni uterine
- Caratteristiche del premito e dell'istinto di spinta
- Comportamento della donna
- Comportamento del feto

Segni clinici interni

- Livello della parte presentata rispetto alle spine ischiatiche e la sinfisi pubica
- Progressione della PP nel canale durante la contrazione

5.5.2 Segni clinici di progressione del feto nel canale del parto

Durante il secondo stadio del travaglio è pratica

molto diffusa accertare la progressione del feto nel canale del parto attraverso frequenti esplorazioni vaginali nonostante numerosi segni clinici esterni possono dare la stessa informazione senza continuamente disturbare la donna.

- Una chiara indicazione su come progredisce il feto nel canale spesso viene fornita ascoltando le sensazioni corporee materne durante la spinta (*"mi sento allargare sotto quando spingo ... Sento che il bambino è più in basso ..."*) o come descrive il dolore.

La scomparsa o l'attenuarsi del dolore pubico e alle anche che si irradia alle gambe, spesso riferito dalla donna all'inizio della fase attiva del secondo stadio, è uno dei segni che informano che il feto sta scendendo, che la PP ha superato il promontorio e ha percorso totalmente la sinfisi pubica e quindi che ha superato il primo tratto del canale.

Molte donne nel momento in cui il feto inizia a sollecitare i muscoli del pavimento pelvico riferiscono dolore a livello anale che aumenta con il progredire del feto.

- Il rigonfiamento del sacro, che in alcune donne è molto marcato e in altre appena accennato, è un segno che indica che l'estremo cefalico ha superato completamente il promontorio e occupa in modo sempre più marcato la concavità sacrale spingendo l'osso sacro in nutazione.
- Altre indicazioni sulla progressione fetale possono arrivare dall'osservazione delle posture spontanee assunte dalla donna nel corso del PE (periodo espulsivo).

Capita frequentemente di vedere la donna in piedi, spesso sulla punta dei piedi, con gambe accostate e dorso incurvato in avanti all'inizio della fase attiva del PE e man mano che progredisce il feto nel canale, di osservarla accovacciata con gambe divaricate.

- Tanto più i tessuti del pavimento pelvico vengo-

no sollecitati dalla discesa del feto tanto maggiore sarà il bisogno di spingere. Osservare la donna che spinge con sempre più vigore è un segno di progressione fetale, così come notare nella parte finale del PE, quando la distensione dei tessuti è più marcata ed inizia ad esserci un dolore più intenso, spinte meno lunghe e meno intense al fine di rallentare la discesa fetale e attenuare così il dolore.

- Poco prima che la testa risulti visibile alla rima vulvare è possibile osservare come lo spazio compreso tra il coccige e l'ano progressivamente si allunga e diventa bombato, segno questo che la PP è prossima a distendere l'ano e l'anello vulvare.

Quando, durante le spinte materne, si inizia ad osservare una progressiva distensione dell'ano e parte della mucosa rettale anteriore, significa che il feto sta progredendo nell'ultimo tratto del canale del parto e che nel giro di breve sarà visibile alla rima vulvare.

Segni clinici di progressione del feto nel canale del parto

- Sensazioni materne
- Rigonfiamento del sacro
- Posture materne spontanee
- Caratteristiche della spinta materna
- Modificazioni perineali

5.5.3. Segni clinici di benessere fetale

Un elemento clinico, troppo spesso trascurato, che ci informa sul benessere fetale è la presenza dei MAF (movimenti attivi fetali): nella fase attiva del secondo stadio del travaglio c'è una ripresa dei movimenti fetali che si erano progressivamente ridotti durante il travaglio e nella fase di transizione.

Nella fase attiva del secondo stadio il feto sta bene se il BCF è regolare o presenta variazioni di lieve entità determinate dalla compressione dell'estremo cefalico durante la progressione nel

canale o da compressione funicolare transitoria. La presenza di decelerazioni, non deve allertare qualora la loro durata sia inferiore a 60 secondi, se si osserva una ripresa della frequenza cardiaca di base alla fine della contrazione e un'adeguata durata della pausa.

Non è raro che negli ultimi 10 minuti prima della nascita, al coronamento, si manifesti una bradicardia intorno a 80 bpm in presenza o meno di decelerazioni variabili. Se il battito precedentemente è stato nei limiti di norma, finché la frequenza cardiaca fetale si mantiene al di sopra di 80 bpm non è necessario intervenire per accelerare il disimpegno e l'esito sarà buono.

Per la valutazione del benessere fetale è anche opportuno monitorare il colore del liquido amniotico anche se il quantitativo di liquido che scola in PE generalmente non è molto. Un liquido amniotico che si mantiene limpido è segno di benessere fetale; un viraggio del colore da limpido a tinto deve far intensificare la sorveglianza del BCF in quanto è stata riscontrata un'associazione positiva tra liquido amniotico tinto e presenza di alterazioni del battito cardiaco fetale, un aumento della frequenza di Apgar < 7 a 5' e di necessità di rianimazione neonatale²⁵. Anche il verificarsi dei fenomeni meccanici del parto è espressione della competenza del feto che partecipa all'evento e che quindi è in stato di benessere.

Segni clinici che informano sul benessere fetale

- Presenza dei MAF
- Caratteristiche del BCF in relazione alla fase del travaglio
- Colore del liquido amniotico e suo eventuale viraggio
- Verificarsi dei fenomeni meccanici del parto

5.5.4. Segni clinici che informano sullo stato dei tessuti perineali

Ai fini della prevenzione dei traumi perineali, saper leggere i differenti segni clinici che informano su come i tessuti perineali stanno rispondendo alle



importanti sollecitazioni meccaniche esercitate dal feto aiuta l'ostetrica a decidere se serve intervenire e se sì, attraverso quali misure assistenziali. I segni clinici esterni sono sufficienti per informare sullo stato perineale. Le esplorazioni vaginali spesso sono loro stesse causa di lacerazioni e quindi da evitare (**Appendice 5.3**).

Segni clinici che informano sullo stato dei tessuti perineali

- Colore dei tessuti perineali
- Manifestazioni di dolore
- Gradualità della distensione dei tessuti
- Movimenti della PP
- Presenza o assenza di sanguinamenti
- Presenza o assenza di edema
- Colore dello scalpo fetale
- Grado di dilatazione anale

5.6 Posizione e postura materna al parto e danno perineale

Nell'ambito del tema in oggetto per *posizione* si intende il rapporto tra il corpo e lo spazio: in piedi, seduta, sdraiata, in decubito laterale, carponi, accovacciata. Per *postura* si intende il rapporto dei comparti corporei tra loro: abduzione e adduzione degli arti, rotazione femorale interna ed esterna, incremento della lordosi e della cifosi lombare.

È importante riconoscere che il parto è un evento dinamico e non statico e che quindi postura e posizione sono da considerarsi sempre all'interno di un fisiologico range di movimenti adattativi. I movimenti adattativi spontanei materni al parto, di posizione o posturali, anche se di piccolo range, hanno un effetto potenzialmente determinante nella riduzione delle tensioni pelviche al passaggio del feto nel canale del parto. Ad esempio, un involontario movimento di accentuazione della cifosi lombare durante il coronamento o la rotazione interna di uno o entrambi i femori, o il cambio dell'appoggio del piede in periodo espulsivo, sono

da considerare segni fisiologici di adattamento spontaneo ai fini di ridurre la tensione e quindi il rischio di trauma perineale.

La posizione materna al parto è un fattore chiave per la prevenzione dei danni perineali²⁶⁻³⁰.

Si raccomanda la libertà di movimento e di scelta della posizione più confortevole per la donna e che gli operatori si adattino per poter osservare il perineo durante il processo della nascita senza condizionarne l'adattamento fisiologico³⁰⁻³³.

- Le posizioni verticali (in piedi, seduta sullo sgabello da parto, accovacciata, squatting e in posizione quadrupedica), sono associate a migliori esiti in termini di riduzione dei tempi del secondo stadio^{31,32,34,35}, maggiore benessere materno e fetale^{29-32,34,36} e alla riduzione dei parti operativi rispetto alle posizioni orizzontali (supina, semi-supina, in decubito laterale)^{30,32,35}. Differiscono gli esiti perineali: si osserva una riduzione nei tassi di episiotomie³⁴.
- Le posizioni materne supina, litotomica e semiseduta sono associate a peggiori esiti perineali^{30,32}.

Queste posizioni si associano a maggiore incidenza di distocia³⁰, prolungamento dei tempi del secondo stadio con conseguente aumento non solo del distress materno e fetale, ma anche tissutale perineale e per queste ragioni sono peggiorative rispetto al danno perineale al parto.

Il prolungamento dei tempi del secondo stadio è positivamente correlato al danno perineale sia direttamente (stress tissutale), che indirettamente, poiché esita più frequentemente in parto operativo vaginale, ricorso all'episiotomia e distocia di spalla che sono tutti fattori di rischio per il trauma perineale severo.

Non vi sono ragioni scientifiche a sostegno di tali posizioni materne in un parto non operativo: non sono raccomandate né per migliorare la visibilità degli operatori, né per favorire la pra-



tica dell'hands on (il sostegno manuale al perineo)^{27,29-32,36-38}.

Se la richiesta di assumere una di queste posizioni proviene dalla donna, questa scelta va scoraggiata, aiutandola a provare ad assumere una posizione più protettiva³⁰ rispetto alle sue specificità individuali; per esempio la posizione che una donna con range di movimento limitato può assumere più facilmente (Large BMI o epidurale con riduzione della sensibilità delle gambe) è il decubito laterale³⁶⁻³⁸, eventualmente con il supporto di cuscini o peanut ball^{35,38}.

- Le due posizioni materne associate a minore probabilità di lacerazione perineale e a minore stress dell'elevatore dell'ano sono la posizione carponi³⁹ e il decubito laterale²⁹. La prima massimizza il potenziale anatomico muscolo-scheletrico pelvico^{37,38,40}, la seconda rallenta e rende più graduale l'espulsione della parte presentata^{41,42}.
- La gradualità di espulsione dell'estremo cefalico fetale dal coronamento in poi è una caratteristica positivamente correlata alla riduzione dell'incidenza di danno perineale. Il decubito laterale materno a testa fetale visibile è la posizione che maggiormente previene un'espulsione rapida. Tale posizione materna è da considerare protettiva ancor più in caso di presenza di fattori di rischio per danno perineale: sospetta macrosomia, presentazione di faccia, primiparità, posizione posteriore dell'occipite fetale.
- La rotazione femorale interna in decubito laterale è associata a dimezzamento dei tempi del secondo stadio in donne con epidurale³⁵. La rotazione femorale interna in tutte le posizioni si associa ad ampliamento del diametro bisischiatrico con riduzione dello stiramento perineale³⁸ (**Appendice 5.4**).
- La posizione materna quadrupedica è la posizione che massimizza la competenza di apertura dei diametri pelvici e dell'elevatore dell'a-

no^{26,37-39,43,44} senza che sia esercitata eccessiva pressione sul perineo da parte del feto. Essa è associata a ridotta incidenza di distocia di spalla. La mobilità di coccige e sacro consente l'ampliamento del diametro anteroposteriore degli stretti pelvici medio ed inferiore con relativo allungamento (stretching) dell'elevatore dell'ano. Lo stretching dell'elevatore dell'ano ne aumenta il diametro dello iato. La riduzione dello iato dell'elevatore dell'ano (o un diametro ristretto rispetto al diametro della testa fetale) è positivamente associata ad una maggiore durata del secondo stadio, a maggiori parti operativi e a trauma perineale severo⁴⁵.

- Le posizioni materne accovacciata, seduta sullo sgabello da parto e in piedi durante la fase attiva del secondo stadio sono associate ad una fase espulsiva più rapida e alla riduzione o annullamento del tempo testa-spalle^{31,46,47}. La velocità di espulsione è associata ad una incidenza lievemente maggiore di lacerazioni perineali di secondo e terzo grado nella posizione in piedi²⁶. Non sembra indicata questa posizione materna in caso di fattori di rischio preesistenti per danno perineale e in caso di parto precipitoso.
- Sono ancora di qualità medio-bassa gli studi a favore e a sfavore del parto in acqua per la prevenzione dei danni perineali³², tuttavia l'immersione materna in acqua nel secondo stadio è associata ad una riduzione della pressione della testa fetale sul perineo, ad una riduzione del tempo del secondo stadio e a un ridotto ricorso all'episiotomia⁴⁸.

5.7 Modalità di assistenza al periodo espulsivo

Alla luce degli obiettivi OMS 2021, che puntano a migliorare il vissuto materno in relazione alla qualità dell'esperienza della nascita, la posizione materna



e l'esposizione e manipolazione dei genitali durante il secondo stadio, pongono delle questioni sia di ordine etico, sia rispetto alle pratiche assistenziali, in quanto la posizione sdraiata, la coercizione a letto, l'esposizione e la manipolazione dei genitali durante il parto sono potenziali fattori di distress psicologico ed emotivo per la partoriente. La manipolazione dei genitali, la loro accessibilità agli operatori e le numerose visite vaginali sono associate per la donna a peggiore qualità dell'esperienza di parto, maggiore percezione di passività e vulnerabilità durante il travaglio e il parto, minore senso di controllo del proprio corpo, maggiore vissuto traumatico e peggiori esiti perineali^{30,49}.

- Nella scelta tra assistenza Hands on e Hands off la letteratura lascia la decisione all'operatore e alla personalizzazione dell'assistenza⁵⁰, poiché non vi sono evidenze a sostegno che l'una sia migliore rispetto all'altra nel prevenire i danni perineali^{51,52}; le evidenze tuttavia sembrano tendere verso la tecnica Hands off, associata a minori tassi di episiotomia^{49,52,53} e a maggiori tassi di perinei integri rispetto alla pratica Hands on^{51,53}. Risultano beneficiare della pratica dell'Hands off in particolare i setting assistenziali in cui il tasso di episiotomie è elevato⁴⁹. È importante considerare che l'esecuzione della corretta pratica di sostegno perineale (Hands on) prevede che la donna sia in posizione supina o semiseduta, posizioni non raccomandate nel parto non operativo, per i rischi intrinseci che comportano. Le evidenze sui benefici del sostegno perineale nel contrastare la iatrogenicità delle posizioni supina e semisupina non sono chiare.
- L'assistenza hands off al periodo espulsivo prevede che l'operatore non tocchi il perineo o il bambino durante l'espulsione, ma che osservi il perineo⁵⁰ in relazione a come sta la donna, così da poter offrire una *care* personalizzata: hands

off non esclude infatti la possibilità che l'operatore rallenti con una mano l'espulsione della testa fetale se troppo rapida e se vi è eccesso di tensione in area vestibolare e clitoridea testimoniata anche da agitazione materna acuta, né impedisce la pratica di riduzione del dolore perineale con l'impacco caldo umido^{51,54}.

L'assistenza hands off è associata a riduzione del ricorso all'episiotomia e del dolore perineale nelle 24 ore successive al parto^{51,53}.

Non sono dimostrate differenze significative rispetto alla tecnica hands on in termini di durata del periodo espulsivo e di perdita ematica.

- Rallentare la fuoriuscita della testa fetale esercitando una contropressione sull'estremo cefalico protegge solo dalle lacerazioni vulvovaginali di primo grado⁵⁰. Un'eccessiva tensione in area vestibolare e paraclitoridea può essere indicazione all'intervento dell'operatore qualora non sia la donna ad esercitare istintivamente la contropressione sui tessuti coinvolti^{33,54}.
- Hands off non vuol dire che la donna non possa toccare i propri genitali o la testa fetale, anzi, la pratica hands off lascia libero spazio ai comportamenti istintivi della donna che partorisce⁵⁴.
- Gli operatori che assistono il parto determinano l'ambiente entro il quale avvengono gli adattamenti perineali del secondo stadio. La presenza di due ostetriche sembra ridurre sostanzialmente l'incidenza di danni perineali severi rispetto all'assistenza di una sola ostetrica⁵⁵, poiché essere in due rafforza il senso di fiducia degli operatori e ne riduce l'ansia, con conseguente miglioramento del clima di fiducia nel parto, minore ansia materna, minore interventismo sul perineo e quindi meno danni perineali.

Assicurare un clima di fiducia e sostegno fra la donna e l'operatore e fra gli operatori stessi, ha benefici diretti sugli esiti perineali.

5.8 Modalità di spinta, canali neuroendocrini e danno perineale

Il pavimento pelvico subisce adattamenti importanti in periodo espulsivo. Questi sono possibili grazie alla sua natura bifasica: la capacità di allungarsi e di retrarsi/verticalizzarsi. Il perineo va incontro ad una tensione crescente nel secondo stadio del parto e dunque la capacità della fibra muscolare di ridurre la sua contrazione in pausa (depolarizzazione delle cellule muscolari) è funzionale a preservarne competenza e integrità. La spinta fisiologica spontanea è in accordo con i tempi fetali e perineali di adattamento e si caratterizza per durata e frequenza individuale. Questa individualità va promossa, protetta e sostenuta ai fini della prevenzione degli esiti avversi.

L'inizio della fase attiva del periodo espulsivo può coincidere con una riduzione fisiologica della frequenza delle contrazioni uterine (allungamento della pausa fino a 3 minuti)⁵⁶, poiché l'ossitocinasi placentare previene la saturazione recettoriale, per assicurare che il processo della nascita si svolga nel minor tempo possibile e che sia protettivo del benessere fetale⁵⁶⁻⁵⁸. Questa regolazione favorisce il comportamento bifasico dei muscoli perineali (fase di allungamento e fase di retrazione/verticalizzazione) che in pausa, beneficiano di uno stato di riposo senza contrazione-retrazione attiva (attività elettrica silente)⁵⁹.

È stato osservato che l'infusione di ossitocina sintetica nel secondo stadio interferisce con l'attività elettrica dei muscoli del pavimento pelvico⁵⁹ riducendo la depolarizzazione delle cellule muscolari. Se il pavimento pelvico in periodo espulsivo rimane soggetto a contrazione costante, questa interferirà con il processo espulsivo ed esiterà in maggiore ricorso a parto operativo ed episiotomia o in danni perineali severi⁴⁵.

Prima di proporre un intervento con ossitoci-

na sintetica è bene considerare la presenza dei segnali di flessione, rotazione interna e discesa fetale, promosse in fisiologia dalle trasformazioni dei tessuti perineali (elevatoro dell'ano e trasverso profondo) ed escludere tensioni pelviche perineali⁵⁹.

La spinta spontanea (auto guidata dalla donna e non dall'operatore) è raccomandata ai fini della protezione del perineo^{33,45,50,59-61}.

- La spinta spontanea ha caratteristiche individuali, cioè ogni donna avverte e asseconda il premito a seconda dell'unicità dei propri rapporti feto-pelvici, le cui variabili sono troppe per poter beneficiare di una modalità di spinta uguale per tutte le donne. Il tipo di spinta spontanea è infatti soggetta a variabili anatomiche, della dinamica dei tessuti materni, variabili fetali (dimensione, forza, reattività, temperamento), ma è anche determinata dal livello di coping individuale con il dolore, dalla paura, dalla fiducia, dall'ambiente, dal sostegno, dalla privacy e dalle esperienze pregresse di vita e di parto. In questo panorama di variabili si possono osservare modalità di spinta diverse da donna a donna: a glottide aperta con vocalizzazione, tante brevi spinte a glottide chiusa mista a vocalizzazione con glottide aperta, spinta in apnea, spinta in espirazione profonda.
- La spinta forzata, l'incitamento alla spinta e l'invito all'uso della manovra di Valsalva sono pratiche assistenziali associate a maggiore dolore perineale (maggiore tensione), esaurimento materno con maggiore ricorso a parto operativo e peggiori esiti perineali severi^{30,45,50,60,61}.
- La modalità di spinta a glottide aperta e con numerose spinte all'interno di un'unica contrazione uterina non aumenta la durata del secondo stadio ed è da considerare protettiva rispetto agli esiti perineali rispetto alla spinta guidata con manovra di Valsalva^{45,50,60,61}.



5.9 Impacco caldo perineale

L'uso dell'impacco caldo umido durante la fase attiva del secondo stadio prevede l'applicazione di calore su tutta la zona vulvovaginale per tutto il tempo della fase attiva del secondo stadio.

L'impacco caldo perineale è calmierante rispetto allo stato di agitazione materna in periodo espulsivo e quindi il suo uso (quando iniziare, per quanto tempo mantenerlo e dove posizionare il calore), va individualizzato sulla donna e sul suo feedback.

- Nella seconda fase del periodo espulsivo l'impacco caldo si è dimostrato migliorare la tolleranza al dolore perineale, ridurre lo stress materno in relazione alla pressione perineale e ridurre significativamente le lacerazioni di terzo e quarto grado (aumenta l'ossigenazione tissutale tramite la vasodilatazione, riduce l'edema e facilita il rilassamento muscolare)^{51,62-68}.
- L'impacco caldo perineale nella seconda fase del secondo stadio riduce sensibilmente il dolore perineale nei due giorni che seguono il parto^{62,65}.
- A distanza di tre mesi dal parto, le donne che ricevono la "care" con impacco caldo nel secondo stadio hanno significativamente meno incidenza di incontinenza urinaria se comparate con le donne che hanno ricevuto la standard care⁶³.

5.10 Massaggio perineale durante il parto

Il massaggio perineale (lo stretching del tessuto perineale esercitato manualmente dall'operatore) durante il secondo stadio del travaglio, è una pratica controversa poiché le evidenze sono deboli ed è messa in relazione con il delicato tema del consenso. Si tratta a tutti gli effetti di una manipolazione dei genitali, ma non vi sono studi che abbiano

indagato la soddisfazione e il dolore perineale delle donne durante la manovra e a posteriori. Non tutti gli studi che riportano i benefici del massaggio perineale descrivono la manovra, l'esecuzione della quale viene quindi lasciata all'interpretazione degli operatori, rendendo ancora più deboli le evidenze scientifiche a supporto di tale pratica.

- Operatori che già hanno bassi tassi di lesioni vagino-perineali nella loro assistenza non migliorano i propri esiti con l'introduzione della pratica del massaggio perineale⁴⁹.
- Stimando per difetto che fino ad un terzo della popolazione femminile italiana è vittima di abusi sessuali almeno una volta nell'arco della propria vita⁶⁹, il massaggio genitale, come le visite vaginali⁷⁰, sono da considerare con estrema cautela durante un momento di vulnerabilità come quello del parto.
- Il beneficio del massaggio perineale su cui concordano gli studi consiste nella riduzione del tasso di episiotomia^{51,71} probabilmente poiché la pratica sopperisce al bisogno di intervento degli operatori. Il bias di fondo infatti è che negli ospedali in cui sono stati condotti gli studi sul massaggio perineale il tasso di episiotomia era irragionevolmente alto.

Per tutte queste ragioni, il massaggio perineale in periodo espulsivo non è raccomandato

5.11 Woman self regulation - Autoregolazione della donna

Il momento del coronamento della parte presentata fetale è un vissuto personale.

Garantire alla donna la qualità dell'esperienza ed il rispetto della sua individualità è importante per la gestione del vissuto del parto^{30,33}.

La donna deve poter ricevere sostegno empatico e avere libertà di espressione, possibilità di



rallentare lo sforzo espulsivo o di accelerare a sua misura⁵⁰.

- Si osserva che in alcuni casi è la partorienta a portare la mano a frenare la testa fetale o a protezione del tessuto vulvare e clitorideo. La donna deve poter essere libera di rallentare da sola, con la mano, la fuoriuscita della testa fetale o alleviare la tensione vestibolare⁵⁴.
- Nelle donne che partoriscono, la tendenza a intraruotare i femori, avvicinando tra loro le ginocchia in prossimità del coronamento, in tutte le posizioni, è da intendere come un modo di massimizzare i diametri pelvici dell'egresso (in particolare il diametro bisischiatrico) e quindi ridurre lo stress perineale³⁸.

Alla luce degli attuali studi di anatomo-fisiologia dinamica⁷², l'invito alla rotazione femorale esterna nel secondo stadio da parte degli operatori (invitare la donna ad aprire le gambe) è da considerarsi un ostacolo all'adattamento pelvi-perineale^{33,60,73} e dunque da evitare.

5.12 Secondo stadio prolungato

Assicurare il tempo individuale per la discesa passiva del feto nella pelvi a partire dalla dilatazione completa (fase passiva del secondo stadio), previene l'eccesso di durata del periodo espulsivo^{30,50}, l'esaurimento materno e fetale e il ricorso al parto operativo. L'incidenza di parti operativi è inversamente proporzionale al tempo dato dagli operatori per l'espletamento del parto.

Una durata del secondo stadio attivo (spinte materne) superiore a 150 minuti è positivamente correlata a danno perineale severo⁶⁸. D'altro canto, il ricorso a ossitocina sintetica in caso di prolungamento dei tempi è positivamente correlato a maggiore incidenza di lesione dello sfintere anale⁴⁰. È quindi importante osservare la qualità degli adattamenti perineali (benessere materno, intensità del

premito, posizione fetale, progressione fetale, stato del perineo a riposo) per poter intervenire preventivamente e prontamente.

5.13 Possibilità di interventi correttivi nel secondo stadio: la fisiologia prima della forza

Gli interventi ostetrici volti a migliorare gli esiti perineali al parto devono sempre e prima di tutto, porre grande attenzione alle dinamiche individuali feto-pelviche e cercare di preservare e ripristinare l'attività bifasica dei muscoli pelvici all'interno di un ecosistema di sostegno e fiducia. In caso di disarmonie muscolo scheletriche, l'attesa a oltranza (prolungamento dei tempi) o al contrario spingere più forte e più a lungo a comando, sono entrambe scelte potenzialmente dannose per i tessuti materni, nonché prive di efficacia.

- Un senso di premito breve, debole o non mimico con la contrazione, è un segnale sentinella di disarmonia che potrebbe portare ad un allungamento dei tempi.

La proposta di spinta forzata e l'uso di uterotonici potrebbe non essere preventiva rispetto ai traumi perineali^{40,45} bensì peggiorare un esito già compromesso da condizioni preesistenti. Per offrire interventi adeguati è necessario piuttosto osservare la donna, valutare il suo stato metabolico e neurovegetativo, lo stato di tensione del pavimento pelvico e di tutta la pelvi e investigare la posizione fetale³³.

- Una disarmonia nella normale tensione dei muscoli del pavimento pelvico va considerata come fattore potenzialmente ostacolante l'espletamento del parto^{43,44,74-78}.

Si può sospettare tensione non fisiologica del pavimento pelvico in caso di senso di premito scarso³³, eccessivo dolore perineale e/o sacrale durante la spinta e la pausa^{78,79}, stato di agi-

tazione materna³³, malposizione fetale^{33,75,78,79}, difficoltà nella progressione fetale^{75,78,79}, presenza precoce di caput succedaneum^{78,79}.

Si può verificare palpatariamente una sospetta tensione anormale perineale dall'esterno: con il consenso della donna, nella pausa tra le contrazioni, si esercita una pressione digitale esterna sull'area del perineo posteriore vicina alle tuberosità ischiatiche^{80,81}. In caso di tensione e dolore si possono mettere in atto tecniche di riarmonizzazione per ridurre le asimmetrie di tono pelviche quali la Cook counterpressureSM, il Jiggle, oscillazioni con il rebozo, La Forward Leaning Inversion - FLI di Phillips (**Appendici 5.5, 5.6, 5.7, 5.8**).

- Le oscillazioni pelviche o vibrazioni (prodotte dall'ostetrica con le mani o con un telo) inducono una riorganizzazione dello stato muscolo-tensivo e fasciale di tutto il cingolo pelvico, consentono la riattivazione della propriocezione e favoriscono il rilassamento.
- Per indurre rilassamento materno gli strumenti utilizzati agiscono sul sistema neurovegetativo, ma ne beneficia anche il sistema muscolo-scheletrico; essi sono: l'immersione in vasca, il massaggio del sacro e il sostegno delle pause come momento di recupero psicofisico tra le contrazioni^{33,78,80,82-85}.
- Per favorire l'adattamento fetale alla pelvi materna, è buona pratica proporre alla donna un'alternanza di posture che implicino la rotazione femorale interna^{33,37,38,75} (anche in posizione di riposo in decubito laterale) allo scopo di favorire la flessione e la rotazione interna al medio scavo dell'estremo cefalico, che a loro volta determinano la progressione della PP.
- Comunicazione empatica, impacco caldo perineale e non forzare la spinta, sono tutti interventi che possono aiutare a ridurre la tensione generale della donna e del perineo mentre si

attuano tecniche correttive delle tensioni muscolari.

- La respirazione associata a brevi esercizi di mobilità pelvica, in pausa, è in grado di incidere positivamente sulle tensioni asimmetriche pelviche (spesso causa di asinclitismo).

La tecnica consiste in diversi esercizi che possono essere proposti ai fini di ripristinare l'equilibrio muscolo tensivo perineale e la stabilità pelvica^{80,84,86-88} come descritti nell'**Appendice 5.9**.

- In caso di sospetta tensione perineale o pelvica materna, con o senza arresto della progressione fetale, si può eseguire la manovra Cook Counter PressureSM, che prevede di esercitare una contropressione sugli ischi materni durante la pausa e/o durante la doglia e verificare se questa induce senso di sollievo e progressione fetale (**Appendice 5.5**).
- La coattivazione degli elevatori dell'ano è una condizione che si osserva soprattutto nelle primipare sottoposte ad induzione di travaglio, durante la manovra di Valsalva, quando invece di aprirsi sotto spinta, lo iato dell'elevatore si riduce nella sua circonferenza, trattenendo la testa fetale⁴⁵.

Considerando che l'infusione di ossitocina sintetica, così come anche l'attivazione simpatica materna, possono contribuire a mantenere contratto il pavimento pelvico^{33,56,59}, e che la posizione supina riduce l'apertura dello iato dell'elevatore dell'ano, favorire doglie fisiologiche e spinte spontanee e la posizione in quadrupedia, migliorando il senso di sicurezza della donna, può avere effetto sulla riduzione della coattivazione della tazza degli elevatori.

Anche in questo caso il pavimento pelvico può essere trattato con la contropressione di CookSM, ripetuta per almeno tre contrazioni.

- In caso di arresto della progressione nel secondo stadio, prima del coronamento, una volta



escluse e trattate le potenziali cause materne citate (eccesso di stress, coattivazione dell'elevatore, posizione supina, asimmetria di tono perineale, ipertono o ipotono pelvici, restrizione del range di movimento pelvico da tensione scheletrica) e le cause fetali (malposizione, malpresentazione, deflessione), considerare il ruolo dei legamenti uterosacrali nel trattenere il feto a livello dell'egresso. I legamenti uterosacrali sono infatti sollecitati dallo stiramento dell'ultimo terzo vaginale, da cui originano nel 63% dei casi. Raggiungono il massimo distress quando la parte presentata fetale ha superato con il suo maggiore diametro il livello delle spine ischiatiche^{76,89}. Per alleviare lo stiramento del muscolo elevatore dell'ano e dei legamenti uterosacrali la tecnica indicata è la Forward Leaning Inversion (FLI) che consente di determinare l'inversione della trazione. La FLI è stata adottata in molti ospedali tramite il protocollo Spinning Babies® con riduzione dei danni perineali e dei parti operativi vaginali (**Appendice 5.8**).

- In caso di parto di feto macrosoma, la posizione materna in decubito laterale, il giusto riposo tra le contrazioni per favorire la riduzione dell'attività elettrica perineale, l'utilizzo di impacchi caldi, la rotazione femorale interna della gamba superiore, possono prevenire danni perineali. La scelta se esercitare o meno un sostegno del perineo va ponderata sulla base della preferenza della partorienti che può trarne sollievo.
- In caso di arresto o rallentamento della discesa fetale in donna ipomobile con epidurale (in caso di ridotta sensibilità agli arti inferiori), è stata osservata una riduzione dei tempi del secondo stadio ed un incremento dei tassi di successo del parto vaginale con l'uso della rotazione femorale esterna e interna alternate, in decubito laterale⁷⁵. La postura materna è mantenuta tramite l'ausilio della Peanut Ball: un supporto

gonfiabile ma stabile (a differenza della palla da fitness) che consente di ridurre le tensioni pelviche attraverso la rotazione femorale interna in posizione di riposo.

5.14 Prevenzione intrapartum nelle donne in analgesia perimidollare

Da studi condotti sulla discesa passiva della parte presentata (PP) in donne con analgesia perimidollare sono emersi effetti positivi significativi che indicano che la discesa passiva dovrebbe essere utilizzata durante il secondo stadio del travaglio per aumentare in modo sicuro i parti spontanei vaginali, ridurre il tempo di spinta e ridurre il tasso di parti strumentali. La spinta ritardata che si ottiene lasciando discendere passivamente la PP è inoltre una strategia efficace per ridurre le distocie, soprattutto nelle donne nullipare.

Dalle raccomandazioni "Intrapartum care for a positive childbirth experience" OMS 2018, circa il metodo di spinta nelle donne in analgesia perimidollare, si raccomanda l'attesa di 1-2 ore dalla dilatazione completa prima della fase di spinta, in modo da facilitare la discesa passiva della PP⁹⁰.

Nelle donne nullipare in anestesia perimidollare ritardare l'inizio della spinta attiva fino a due ore dopo il raggiungimento della dilatazione cervicale completa e quindi il rispetto della fisiologica fase di transizione, riduce significativamente il tempo di spinta attiva che inizia solo con la comparsa della sensazione di premito facendo così risparmiare energia, diminuendo stanchezza ed affaticamento materno senza peggioramento degli esiti.

È inoltre emerso che la spinta ritardata riduce il tasso di episiotomia e non comporta tassi significativamente più elevati di disfunzioni a carico dello sfintere anale⁹¹.

La spinta ritardata sembrerebbe avere un ruolo protettivo sul rischio di lacerazioni perineali di terzo



e quarto grado, con una maggiore soddisfazione materna rispetto all'esperienza parto.

Il moderno utilizzo di analgesia perimidollare a basso dosaggio permette alla donna in travaglio libertà di movimento e possibilità di assumere diverse posture nel primo e nel secondo stadio del travaglio, con conseguente riduzione della durata del secondo stadio e degli esiti sfavorevoli sul pavimento pelvico.

Inoltre, un'analgesia perimidollare a basso dosaggio "tailored", non inibendo le fibre A beta epicritiche e le A alfa motorie, preserva il riflesso di

Ferguson conservando la sensazione del premito, la capacità di spinta spontanea e la normale secrezione di ossitocina endogena.

Nelle donne in analgesia perimidollare è quindi auspicabile che la spinta sia esercitata quando il premito espulsivo è presente durante tutta la contrazione, non prima e come nelle donne senza analgesia e guidare la spinta al coronamento dell'estremo cefalico attraverso strategie che favoriscono le fisiologiche trasformazioni della muscolatura perineale, come ad esempio l'invito all'espiazione superficiale.

La prevenzione intrapartum	Raccomandazione/ Buona pratica clinica
In un'ottica di prevenzione dei traumi perineali, la sola assistenza circoscritta al disimpegno del feto non è sufficiente ma è necessario porre l'attenzione su altri aspetti altrettanto importanti come il rispetto dei tempi, la cura dell'ambiente, la costruzione di una buona relazione e comunicazione, la modalità di spinta, il movimento libero e le posture.	Buona pratica clinica
In un'ottica di prevenzione dei traumi perineali è fondamentale rispettare e favorire ogni fase del percorso.	Buona pratica clinica
Nell'assistenza al secondo stadio del travaglio bisogna tener conto che nella trasformazione del pavimento pelvico gioca sia l'azione volontaria della donna ma anche, in modo altrettanto importante, l'aspetto viscerale involontario e inconscio che registra tutti quei fattori ambientali che possono facilitare o ostacolare la trasformazione.	Buona pratica clinica
Ai fini della prevenzione dei traumi perineali è importante favorire una distensione dei tessuti del pavimento pelvico lenta e graduale in quanto è meno traumatica di uno stiramento rapido e improvviso.	Buona pratica clinica
Ai fini della prevenzione dei traumi perineali, in una condizione di fisiologia, non sono giustificati interventi per accelerare i tempi della nascita ma è utile rispettare i tempi dettati dalla fisiologia in accordo con le sensazioni materne.	Buona pratica clinica
Se il secondo stadio del travaglio è in progressione e le condizioni di madre e feto sono soddisfacenti, l'imposizione di limiti sulla sua durata non è giustificata.	Raccomandato
Ai fini della prevenzione dei traumi perineali è fondamentale rispettare tutti i tempi che caratterizzano il secondo stadio del travaglio e non solo il momento del disimpegno del feto.	Buona pratica clinica

RACCOMANDAZIONI SU PREVENZIONE, RICONOSCIMENTO E CURA DEL TRAUMA PERINEALE OSTETRICO



Evitare di accelerare l'inizio del periodo espulsivo rispettando la fase di transizione per: • favorire la spinta materna in accordo con la discesa del feto, • non indurre spinte forzate con PP alta, • evitare esaurimento psicofisico della donna, • ridurre il rischio di alterazioni significative del BCF da discesa forzata del feto, • ridurre il rischio di utilizzo di ossitocina.	Buona pratica clinica
Evitare di accelerare il disimpegno della PP rispettando la fase di decelerazione per dare tempo alle fibre dei muscoli puborettale e bulbocavernoso di adattarsi prima che sopraggiunga il riflesso d'eiezione del feto.	Buona pratica clinica
Evitare di accelerare il disimpegno totale del feto rispettando il tempo testa/spalle per evitare trazioni eccessive non in accordo con la distensione perineale.	Buona pratica clinica
Per permettere al tempo di scorrere senza interferenze indebite si possono utilizzare diverse strategie come ad esempio: • evitare di indurre nella donna l'anticipazione di sensazioni corporee, • non aver fretta di decretare la dilatazione evitando di effettuare l'esplorazione vaginale appena la donna riferisce di sentir spingere, • invitare la donna a scendere dal letto proponendole diversi strumenti, • evitare di essere direttivi nella spinta se non serve.	Buona pratica clinica
Una corretta interpretazione delle caratteristiche del BCF nel secondo stadio del travaglio evita interventi inutili di accelerazioni del parto (kristeller, ventosa, episiotomia), principali cause di lacerazioni del pavimento pelvico.	Buona pratica clinica
Nell'assistenza ostetrica bisogna tener conto delle ricadute che l'ambiente fisico e umano hanno sui processi di trasformazione del pavimento pelvico ed agire di conseguenza.	Buona pratica clinica
L'organizzazione dello spazio in ospedale non deve essere funzionale solo alle esigenze dei professionisti ma anche alle necessità e ai bisogni delle donne.	Buona pratica clinica
Garantire un ambiente intimo, familiare, privato, protetto da sguardi indiscreti, non giudicante, con porta chiusa, dove è possibile entrare solo dopo aver chiesto il permesso, con possibilità di movimento libero, dove non è impedito l'utilizzo della voce, ecc. aiuta la trasformazione armonica e graduale dei tessuti materni riducendo così il rischio di danno.	Buona pratica clinica
Lavorare sulla costruzione di una buona relazione e comunicazione facilita l'attivazione dei processi vitali di trasformazione che caratterizzano la nascita.	Buona pratica clinica
Confermare la donna nelle sue capacità e competenze attraverso modalità comunicative efficaci, facilita il processo dell'omeostasi che predispone l'organismo, la mente e i tessuti a rispondere al meglio e in modo coerente agli eventi.	Buona pratica clinica
Prestare attenzione alla modalità con cui comunichiamo, che sia verbale o non verbale, perché può contribuire a creare un ambiente più o meno favorente.	Buona pratica clinica
Garantire la continuità assistenziale e un'assistenza uno-a-uno.	Raccomandato
Nell'assistenza alla nascita qualsiasi intervento ostetrico deve essere attuato solo in presenza di precisi indicatori clinici.	Raccomandato
Costruire un'assistenza sull'osservazione e la lettura di tutti i segni clinici al fine di intervenire solo quando necessario, in modo tempestivo e appropriato.	Buona pratica clinica

L'esame obiettivo deve iniziare dall'ascolto e dall'ispezione della donna, solo successivamente attraverso il tocco e in ultima istanza, se serve, perché i dati fino a quel momento raccolti non sono sufficientemente esaustivi, attraverso l'esplorazione vaginale.	Buona pratica clinica
Solo con PP profondamente impegnata nel canale del parto, che occupa completamente la concavità sacrale, è bene che abbia inizio la fase attiva del secondo stadio.	Buona pratica clinica
La libertà di movimento e di scelta della posizione più confortevole per la donna sono protettivi e gli operatori si devono adattare per poter osservare il perineo durante il processo della nascita senza condizionarne l'adattamento fisiologico.	Raccomandato
Le posizioni materne supina, litotomica e semiseduta sono associate a peggiori esiti perineali e vanno evitate.	Raccomandato
Le posizioni materne accovacciata, seduta sullo sgabello da parto e in piedi non sono indicate in caso di fattori di rischio preesistenti per danno perineale e di parto precipitoso.	Buona pratica clinica
Nel confronto tra assistenza Hands on e Hands off non vi sono evidenze a sostegno che l'una sia migliore rispetto all'altra nel prevenire i danni perineali, sebbene sembra che la tecnica Hands off sia associata a migliori esiti perineali.	Buona pratica clinica
La presenza di due ostetriche sembra ridurre sostanzialmente l'incidenza di danni perineali severi rispetto all'assistenza di una sola ostetrica.	Buona pratica clinica
La spinta fisiologica spontanea è in accordo con i tempi fetali e perineali di adattamento e si caratterizza per durata e frequenza individuale. Questa individualità va promossa, protetta e sostenuta ai fini della prevenzione degli esiti avversi.	Buona pratica clinica
La spinta spontanea ha caratteristiche individuali; la spinta forzata, l'incitamento alla spinta e la manovra di Valsalva sono associate a peggiori esiti perineali. La spinta a glottide aperta è da considerarsi protettiva.	Buona pratica clinica
L'infusione di ossitocina sintetica nel secondo stadio interferisce con l'attività elettrica dei muscoli del pavimento pelvico e di conseguenza con il processo espulsivo ed esita in maggiore ricorso a parto operativo ed episiotomia o danni perineali severi, pertanto il suo utilizzo va contenuto.	Buona pratica clinica
L'uso dell'impacco caldo umido durante la fase attiva del secondo stadio prevede l'applicazione di calore su tutta la zona vulvovaginale per tutto il tempo della fase attiva del secondo stadio e risulta associato a minore traumatismo perineale e minor dolore dopo il parto.	Raccomandato
Il massaggio perineale durante il secondo stadio del travaglio è una pratica controversa e in assenza di studi che abbiano indagato la soddisfazione e il dolore perineale delle donne durante e dopo la manovra, deve essere evitato.	Raccomandato
L'invito alla rotazione femorale esterna nel secondo stadio da parte degli operatori è da considerarsi un ostacolo all'adattamento pelvi-perineale e dunque non indicato.	Raccomandato
Il rispetto della fisiologica fase di transizione dalla dilatazione completa all'inizio delle spinte espulsive ha un ruolo protettivo nei confronti delle lacerazioni perineali, soprattutto di quelle severe.	Raccomandato



Bibliografia

1. Graham I.D. (1997), Episiotomy: Challenging Obstetric Interventions. Oxford: Blackwell Science. .ISBN 0-632-04145-5.
2. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. In: The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009 [cited 2023 Jan 25]. p. CD000081.pub2. Available from: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000081.pub2>
3. Manzanares S, Cobo D, Moreno-Martínez MD, Sánchez-Gila M, Pineda A. Risk of Episiotomy and Perineal Lacerations Recurring After First Delivery. *Birth*. 2013 Dec;40(4):307–11.
4. Murphy D, Macleod M, Bahl R, Goyder K, Howarth L, Strachan B. A randomised controlled trial of routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery: a multicentre pilot study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2008 Dec;115(13):1695–703.
5. Spandrio R, Regalia A, Bestetti G. “Fisiologia della nascita-Dai prodromi al post partum”. Carocci Editore 2014.
6. Le Ray C, Théau A, Ménard S, Goffinet F. Quoi de neuf concernant les interventions obstétricales lors du travail et de l'accouchement normal ? *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2014 Jun;43(6):413–23.
7. Long L. (2012), Redefining the second stage of labour could help to promote normal birth, *British Journal of Midwifery*, 14(2): 104-Kelly M., Johnson E., Lee V. et al. (2010), Delayed versus immediate pushing in second stage of labour, *MNC Am J Matern Child Nurs*, Mar- Apr;35(2): 81-8.
8. NICE National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline [CG190] Published date: 2014. Last updated: 2017.
9. Kelly M, Johnson E, Lee V, Massey L, Purser D, Ring K, et al. Delayed VERSUS Immediate Pushing in Second Stage of Labor. *MCN Am J Matern Nurs*. 2010 Mar;35(2):81–8.
10. Jonsson M. Use and misuse of oxytocin during delivery. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis, Uppsala universitet; 2009.
11. Karahan N, Arslan H, Çam Ç. The behaviour of pelvic floor muscles during uterine contractions in spontaneous and oxytocin-induced labour. *J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol*. 2018 Jul;38(5):629–34.
12. Locatelli A, Incerti M, Ghidini A, Longoni A, Casarico G, Ferrini S, et al. Head-to-body delivery interval using ‘two-step’ approach in vaginal deliveries: effect on umbilical artery pH. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2011 Jun;24(6):799–803.
13. Alfirevic Z, Devane D, Gyte GM, Cuthbert A. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Feb 3;2(2):CD006066.
14. MacDonald D, Grant A, Sheridan-Pereira M, Boylan P, Chalmers I. The Dublin randomized controlled trial of intrapartum fetal heart rate monitoring. *Am J Obstet Gynecol*. 1985 Jul;152(5):524–39.
15. Katz M, Shani N, Meizner I, Insler V. Is end-stage deceleration of the fetal heart ominous? *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 1982 Mar;89(3):186–9.
16. Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Aug 15;2012(8):CD000012.
17. Gaskin Ina May, “la gioia del parto” Bonomi Editore, 2006.
18. Siegel D.J. (1999), La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale, Cortina Raffaello.
19. Siegel D.J. (2014) Mappe per la mente. Guida alla neurobiologia interpersonale, Raffaello Cortina.
20. Quadrino S. (2009), Il colloquio di counselling, Change, Torino.
21. Hall E.T. (2001), La dimensione nascosta. Vicino e lontano: il significato della distanza tra soggetti umani, Bompiani.
22. Kashanian M, Javadi F, Haghighi MM. Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. 2010 Jun;109(3):198–200.



23. 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.
24. WHO recommendation: Intrapartum care for a positive childbirth experience World Health Organization 2018 Locatelli A., Regalia A.L., Patregnani C. et al. (2005), Prognostic value of change in amniotic fluid color during labor, *Fetal Diagn Ther*, Jan-Feb; 20(1):5-9.
25. Locatelli A, Regalia AL, Patregnani C, Ratti M, Toso L, Ghidini A. Prognostic Value of Change in Amniotic Fluid Color during Labor. *Fetal Diagn Ther*. 2005;20(1):5-9.
26. Elvander C, Ahlberg M, Thies-Lagergren L, Cnattingius S, Stephansson O. Birth position and obstetric anal sphincter injury: a population-based study of 113 000 spontaneous births. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015 Oct 9;15:252.
27. Edqvist M, Blix E, Hegaard HK, Ólafsdóttir ÓÁ, Hildingsson I, Ingversen K, et al. Perineal injuries and birth positions among 2992 women with a low risk pregnancy who opted for a homebirth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Jul 29;16(1):196.
28. Gareberg B, Magnusson B, Sultan B, Wennerholm UB, Wennergren M, Hagberg H. Birth in standing position: A high frequency of third degree tears. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1994 Jan;73(8):630-3.
29. Lin YC, Gau ML, Kao GH, Lee HC. Efficacy of an Ergonomic Ankle Support Aid for Squatting Position in Improving Pushing Skills and Birth Outcomes During the Second Stage of Labor: A Randomized Controlled Trial. *J Nurs Res JNR*. 2018 Dec;26(6):376-84.
30. WHO recommendation: Intrapartum care for a positive childbirth experience World Health Organization 2018.
31. Berta M, Lindgren H, Christensson K, Mekonnen S, Adefris M. Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019 Dec;19(1):466.
32. Zang Y, Lu H, Zhang H, Huang J, Ren L, Li C. Effects of upright positions during the second stage of labour for women without epidural analgesia: A meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2020 Dec;76(12):3293-306.
33. Spandrio R, Regalia A, Bestetti G. *Fisiologia della nascita-Dai prodromi al post partum*. Carocci Editore 2014.
34. Durnea CM, Jaffery AE, Gauthaman N, Doumouchtsis SK. Effect of body mass index on the incidence of perineal trauma. *Int J Gynecol Obstet*. 2018 May;141(2):166-70.
35. Tussey CM, Botsios E, Gerkin RD, Kelly LA, Gamez J, Mensik J. Reducing Length of Labor and Cesarean Surgery Rate Using a Peanut Ball for Women Laboring With an Epidural. *J Perinat Educ*. 2015;24(1):16-24.
36. Davies, SE. Respectful, evidence-based care for women with a high BMI increases satisfaction and reduces physical and psychological morbidity. *Birthrights Projects and Perspectives*.
37. Calais Germain B, Partorire in movimento. I movimenti del bacino durante il parto. Epsilon Editore, Roma, 2016.
38. Calais Germain B, Vives N. *Preparing for a Gentle Birth: The Pelvis in Pregnancy*. Healing Hearts Editore, 2012.
39. Meyvis I, Van Rompaey B, Goormans K, Truijien S, Lambers S, Mestdagh E, et al. Maternal position and other variables: effects on perineal outcomes in 557 births. *Birth Berkeley Calif*. 2012 Jun;39(2):115-20.
40. Rygh AB, Skjeldestad FE, Körner H, Eggebø TM. Assessing the association of oxytocin augmentation with obstetric anal sphincter injury in nulliparous women: a population-based, case-control study. *BMJ Open*. 2014 Jul 24;4(7):e004592.
41. Royal College of Physicians. Conference or Workshop Item. 2013. <http://usir.salford.ac.uk/id/eprint/30944/> 2013.
42. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 May 25 [cited 2023 Mar 22];2017(5). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002006.pub4>
43. Borell, Ulf, and Ingmar Fernström. "The Movements at the Sacro-Iliac Joints and their Importance to Changes in the Pelvic Dimensions During Parturition." *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 36.1 (1957): 42-57.



44. Floberg, Jan, Patrick Belfrage, and Hans Ohlsén. "Influence of the Pelvic Outlet Capacity on Fetal Head Presentation at Delivery." *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica* 66.2 (1987): 127-30. Web.
45. Kamel R, Montaguti E, Nicolaides KH, Soliman M, Dodaro MG, Negm S, et al. Contraction of the levator ani muscle during Valsalva maneuver (coactivation) is associated with a longer active second stage of labor in nulliparous women undergoing induction of labor. *Am J Obstet Gynecol.* 2019 Feb;220(2):189.e1-189.e8.
46. Huang J, Zang Y, Ren LH, Li FJ, Lu H. A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. *Int J Nurs Sci.* 2019 Oct;6(4):460–7.
47. Thies-Lagergren L, Kvist LJ, Christensson K, Hildingsson I. No reduction in instrumental vaginal births and no increased risk for adverse perineal outcome in nulliparous women giving birth on a birth seat: results of a Swedish randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2011 Dec;11(1):22.
48. Zhang G, Yang Q. Comparative Efficacy of Water and Conventional Delivery during Labour: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Healthc Eng.* 2022;2022:7429207.
49. Huang J, Lu H, Zang Y, Ren L, Li C, Wang J. The effects of hands on and hands off/poised techniques on maternal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery.* 2020 Aug;87:102712.
50. NICE National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline [CG190] Published date: 2014. Last updated: 2017.
51. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jun 13;6(6):CD006672.
52. Naidu M, Sultan AH, Thakar R. Reducing obstetric anal sphincter injuries using perineal support: our preliminary experience. *Int Urogynecology J.* 2017 Mar;28(3):381–9.
53. Pierce-Williams RAM, Saccone G, Berghella V. Hands-on versus hands-off techniques for the prevention of perineal trauma during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet.* 2021 Mar;34(6):993–1001.
54. Frye A. *Healing Passage: a Midwife's guide to care and repair of the tissues involved in birth.* January 1, 2010 by Labrys Press.
55. Edqvist M, Dahlen HG, Häggsgård C, Tern H, Ängeby K, Teleman P, et al. The effect of two midwives during the second stage of labour to reduce severe perineal trauma (Oneplus): a multicentre, randomised controlled trial in Sweden. *The Lancet.* 2022 Mar;399(10331):1242–53.
56. Khazipov R, Tyzio R, Ben-Ari Y. Effects of oxytocin on GABA signalling in the foetal brain during delivery. *Prog Brain Res.* 2008;170:243–57.
57. Ceanga M, Spataru A, Zagrean AM. Oxytocin is neuroprotective against oxygen-glucose deprivation and reoxygenation in immature hippocampal cultures. *Neurosci Lett.* 2010 Jun 14;477(1):15–8.
58. Tyzio R, Cossart R, Khalilov I, Minlebaev M, Hübner CA, Represa A, et al. Maternal oxytocin triggers a transient inhibitory switch in GABA signaling in the fetal brain during delivery. *Science.* 2006 Dec 15;314(5806):1788–92.
59. Karahan N, Arslan H, Çam Ç. The behaviour of pelvic floor muscles during uterine contractions in spontaneous and oxytocin-induced labour. *J Obstet Gynaecol.* 2018 Jul 4;38(5):629–34.
60. Jesacher K. Kritik an strikter Anleitung zu forciertem Pressen und Rückenlage der Gebärenden. *Hebamme.* 2016 Jun 30;29(03):160–5.
61. Mändle C, Opitz-Kreuter S. *Lehrbuch Das Hebammenbuch: Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe.* Stuttgart. Schattauer Verlag, 28 nov 2014.



62. Akbarzadeh M, Vaziri F, Farahmand M, Masoudi Z, Amooee S, Zare N. The Effect of Warm Compress Bistage Intervention on the Rate of Episiotomy, Perineal Trauma, and Postpartum Pain Intensity in Primiparous Women with Delayed Valsalva Maneuver Referring to the Selected Hospitals of Shiraz University of Medical Sciences in 2012-2013. *Adv Skin Wound Care*. 2016 Feb;29(2):79–84.
63. Dahlen HG, Homer CSE, Cooke M, Upton AM, Nunn R, Brodrick B. Perineal Outcomes and Maternal Comfort Related to the Application of Perineal Warm Packs in the Second Stage of Labor: A Randomized Controlled Trial. *Birth*. 2007 Dec;34(4):282–90.
64. Dahlen HG. Perineal warm compress reduces risk of third- and fourth- degree tears and should be part of second stage care. *Evid Based Nurs*. 2012 Oct;15(4):103–4.
65. Essa RM, Ismail NIAA. Effect of second stage perineal warm compresses on perineal pain and outcome among primiparae. *J Nurs Educ Pract*. 2015 Dec 15;6(4):p48.
66. Modoor S, Fouly H, Rawas H. The effect of warm compresses on perineal tear and pain intensity during the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Belitung Nurs J*. 2021 Jun 28;7(3):210–8.
67. Magoga G, Saccone G, Al-Kouatly HB, Dahlen G H, Thornton C, Akbarzadeh M, et al. Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2019 Sep;240:93–8.
68. Simic M, Cnattingius S, Petersson G, Sandström A, Stephansson O. Duration of second stage of labor and instrumental delivery as risk factors for severe perineal lacerations: population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Feb 21;17(1):72.
69. ISTAT: <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/violenza-dentro-e-fuori-la-famiglia/numero-delle-vittime-e-forme-di-violenza>.
70. Adu-Bonsaffoh K, Mehrtash H, Guure C, Maya E, Vogel JP, Irinyenikan TA, et al. Vaginal examinations and mistreatment of women during facility-based childbirth in health facilities: secondary analysis of labour observations in Ghana, Guinea and Nigeria. *BMJ Glob Health*. 2021 Nov;5(Suppl 2):e006640.
71. Karaçam Z, Ekmen H, Çalişir H. The Use of Perineal Massage in the Second Stage of Labor and Follow-Up of Postpartum Perineal Outcomes. *Health Care Women Int*. 2012 Aug;33(8):697–718.
72. Siccardi M, Valle C, Di Matteo F, Angius V. A Postural Approach to the Pelvic Diameters of Obstetrics: The Dynamic External Pelvimetry Test. *Cureus*. 2019 Nov 9;11(11):e6111.
73. Thornton JG, Dahlen HG. The UK Obstetric Anal Sphincter Injury (OASI) Care Bundle: A critical review. *Midwifery*. 2020 Nov;90:102801.
74. Bø K, Hilde G, Jensen JS, Siafarikas F, Engh ME. Too tight to give birth? Assessment of pelvic floor muscle function in 277 nulliparous pregnant women. *Int Urogynecology J*. 2013 Dec;24(12):2065–70.
75. Fung L, Helgeson M, Holt L, Yeghiayan S, Conti J, Damus K, 1 Boston University School of Public Health, 2 Newton-Wellesley Hospital, 3 Spinning Babies®, 4 Boston University School of Medicine. Adoption of Innovation: Spinning Babies® an Interdisciplinary Labor Support Program to Mobilize Pregnant Women and Improve Birth Experiences. 2018.
76. Lepage J, Jayyosi C, Lecomte-Grosbras P, Brieu M, Duriez C, Cosson M, et al. Biomechanical pregnant pelvic system model and numerical simulation of childbirth: impact of delivery on the uterosacral ligaments, preliminary results. *Int Urogynecology J*. 2015 Apr;26(4):497–504.
77. Oleksy Ł, Mika A, Kielnar R, Grzegorzczak J, Marchewka A, Stolarczyk A. The influence of pelvis reposition exercises on pelvic floor muscles asymmetry: A randomized prospective study. *Medicine (Baltimore)*. 2019 Jan;98(2):e13988.

78. Phillips, C. "Musculoskeletal and Radicular Pain during Pregnancy, Labor and Delivery: The Concurrent Use of Spinal Manipulative Therapy (SMT), Craniosacral Therapy (CST) and Dynamic Body Balancing Techniques (DBB): Five Case Reports." *Journal of Clinical Chiropractic Pediatrics* 11.2 (n.d.): 797-98. Print.
79. Phillips, C. J. "Back Labor: A Possible Solution for a Painful Situation." *International Chiropractor's Association Review* Jul/Aug (1997): 151-55. Web.
80. Pastore EA, Katzman WB. Recognizing myofascial pelvic pain in the female patient with chronic pelvic pain. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN*. 2012;41(5):680–91.
81. Moldwin RM, Fariello JY. Myofascial Trigger Points of the Pelvic Floor: Associations with Urological Pain Syndromes and Treatment Strategies Including Injection Therapy. *Curr Urol Rep*. 2013 Oct;14(5):409–17.
82. Simkin P, Hanson L, Ancheta R. *The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia*. John Wiley & Sons, 2017. Pag. 354-358.
83. Hofmeyr GJ, Singata-Madliki M. The second stage of labor. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020 Aug;67:53–64.
84. Malai S, Pichaiyongwongdee S, Sakulsriprasert P. Immediate Effect of Hold-Relax Stretching of Iliopsoas Muscle on Transversus Abdominis Muscle Activation in Chronic Non-Specific Low Back Pain with Lumbar Hyperlordosis. *J Med Assoc Thail Chotmaihet Thangphaet*. 2015 Jun;98 Suppl 5:S6-11.
85. Balaskas, Janet. *Active Birth*. N.p.: Harvard Common, 1992. Print.
86. You T, Yang B, Zhang XT, Ren SY, Bai L, Jiao FJ, et al. A possible prediction of dystocia at the time of cesarean delivery: Gluteal muscle contracture, a single center experience from China. *Medicine (Baltimore)*. 2020 Feb;99(7):e19138.
87. Thomas E, Bianco A, Paoli A, Palma A. The Relation Between Stretching Typology and Stretching Duration: The Effects on Range of Motion. *Int J Sports Med*. 2018 Apr;39(4):243–54.
88. Wasson C, Chon T. A Case of Sciatica During Labor Due to an Occiput Posterior Fetus. *Cureus [Internet]*. 2018 Jan 17 [cited 2023 Mar 22]; Available from: <https://www.cureus.com/articles/10404-a-case-of-sciatica-during-labor-due-to-an-occiput-posterior-fetus>
89. Umek WH, Morgan DM, Ashton-Miller JA, DeLancey JOL. Quantitative Analysis of Uterosacral Ligament Origin and Insertion Points by Magnetic Resonance Imaging: *Obstet Gynecol*. 2004 Mar;103(3):447–51.
90. Raccomandazioni per il parto operativo vaginale (POV) mediante ventosa ostetrica. FONDAZIONE CONFALONIERI RAGONESE SU MANDATO SIGO, AOGOI, AGUI GENNAIO 2021.
91. Cahill AG, Srinivas SK, Tita ATN, Caughey AB, Richter HE, Gregory WT, et al. Effect of Immediate vs Delayed Pushing on Rates of Spontaneous Vaginal Delivery Among Nulliparous Women Receiving Neuraxial Analgesia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2018 Oct 9;320(14):1444.

Libri di riferimento

- Spandrio R, Regalia A, Bestetti G. *Fisiologia della nascita-Dai prodromi al post partum*. Carocci Editore 2014.
- Il periodo espulsivo nelle posizioni libere. Edizioni S.E.A.O. 2016.
- Blandin Calais-Germain. *El periné femenino y el parto*. La Liebre de Marzo. 1998.
- SEAO: "il periodo espulsivo nelle posizioni libere"
- Blandino G. (2002), *Le capacità relazionali. Prospettive psicodinamiche.*, Utet, Torino
- Bottaccioli F. (2002), *Psiconeuroimmunologia. La grande connessione tra psiche, sistema endocrino, sistema nervoso e sistema immunitario*, Red Edizioni
- Schein E. (2010), *Le forme dell'aiuto*, Raffaello Cortina, Milano



- Brunton P.J., Russell J.A. (2011), *Neuroendocrine control of maternal stress responses and fetal programming by stress in pregnancy*, Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry, Jul 1;35(5):1178-91
- Verena Schmid «salute e nascita» Collana Gli Elementali, SEAO 2021
- Immagini tratte dal testo “Fisiologia della nascita-Dai prodromi al post partum.” Spandrio R,
- Regalia A, Bestetti G.

14. LE MUTILAZIONE GENITALI FEMMINILI (MGF) (versione integrale)

14.1 Definizioni e inquadramento

La mutilazione genitale femminile (MGF) è una pratica dannosa e devastante per la donna che consiste nella rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni o altre lesioni agli organi genitali femminili per motivi non medici¹ ma per varie ragioni socioculturali che cambiano da un gruppo etnico all'altro².

Si stima che più di 200 milioni di ragazze e donne attualmente in vita abbiano subito mutilazioni genitali nei paesi in cui la pratica è concentrata e cioè principalmente nelle regioni occidentali, orientali e nord-orientali dell'Africa, nonché in alcuni paesi del Medio Oriente e dell'Asia. Ogni anno, circa 3 milioni di ragazze rischiano di subire una MGF, la maggior parte delle quali viene sottoposta alla pratica prima dei 15 anni ([sitografia 1](#)).

L'indagine svolta dall'Università Milano Bicocca e dal Dipartimento pari opportunità nel 2019, rivela la presenza in Italia al primo gennaio 2018 di 87.600 donne escisse, di cui 7.600 minorenni.

Una violazione dei diritti della donna senza giustificazione medica: la MGF non ha benefici per la salute, può portare non solo a rischi immediati per le bambine, ragazze o donne sottoposte a tale pratica, ma anche a complicanze a lungo termine per la salute fisica, mentale, sessuale e il benessere delle donne e dei loro neonati.

La pratica è riconosciuta a livello internazionale come una violazione dei diritti umani, una forma estrema di discriminazione di genere, che riflette una profonda disuguaglianza tra i sessi.

Poiché viene praticata anche sulle ragazze minorenni senza consenso, è anche una violazione dei diritti dell'infanzia ([sitografia 2](#)).

Le MGF violano i diritti dell'essere umano alla

salute, alla sicurezza e all'integrità fisica, il diritto a non subire torture, trattamenti crudeli, disumani o degradanti e il diritto alla vita quando la procedura porta alla morte¹.

Gli sforzi internazionali per la tolleranza zero delle MGF devono continuare, senza un'azione concertata si stima che 68 milioni di bambine e ragazze saranno sottoposte a MGF entro il 2030; sono necessarie delle azioni costanti e l'intensificazione degli interventi a livello globale per preservare queste ragazze da una pratica dannosa e dalle sue conseguenze dolorose e debilitanti².

Nel 2008 l'OMS, insieme ad altri nove partner delle Nazioni Unite, ha rilasciato una dichiarazione sull'eliminazione delle MGF per sostenere una maggiore advocacy per il loro abbandono³.

Non si possono comprendere fino in fondo le cause, le ragioni e il senso delle MGF se non con un approccio antropologico per una lettura ampia ed integrata del fenomeno⁴.

Gli operatori sanitari svolgono un ruolo chiave nella prevenzione delle MGF⁵; il RCOG raccomanda che tutti i ginecologi e le ostetriche ricevano una formazione specifica e strutturata sulle MGF e la loro gestione, inclusa la tecnica della de-infibulazione⁶.

L'OMS propone un documento per la formazione dei professionisti sanitari con l'obiettivo di rafforzare le conoscenze e le competenze degli operatori che erogano assistenza al fine di diventare agenti attivi di cambiamento per la prevenzione delle MGF⁷.

L'OMS, inoltre, raccomanda lo sviluppo di conoscenze e competenze su questo argomento, per offrire servizi sanitari di alta qualità per la prevenzione e la cura delle donne, ragazze e bambine a rischio di MGF o che vivono con le conseguenze



Tabella 1. Classificazione delle Mutilazioni Genitali Femminili^{3,4}

Tipo I rimozione totale o parziale del clitoride e/o del prepuzio (clitoridectomia)	Ia rimozione del glande o solo del prepuzio
	Ib rimozione del clitoride con il prepuzio
Tipo II rimozione totale o parziale del clitoride e delle piccole labbra, con o senza escissione delle grandi labbra (escissione)	Ila rimozione delle sole piccole labbra
	Ilb rimozione parziale o totale del clitoride e delle piccole labbra
	Ilc rimozione parziale o totale del clitoride, delle piccole labbra e delle grandi labbra
Tipo III restringimento dell'orifizio vaginale attraverso una chiusura ermetica coprente, creata recidendo e avvicinando le piccole e/o le grandi labbra, con o senza escissione del clitoride (infibulazione)	Illa rimozione e apposizione delle piccole labbra
	IIlb rimozione e apposizione delle grandi labbra
Tipo IV ogni altra procedura pericolosa per i genitali femminili per ragioni non mediche, per esempio puntura, piercing, incisione, abrasione e cauterizzazione	

delle MGF e propone una guida per accrescere il curriculum dei professionisti⁸.

Nella **Tabella 1** la classificazione delle Mutilazioni Genitali Femminili (OMS 2008).

I genitali di una ragazza o di una donna che ha subito una MGF potrebbero sviluppare un esito cicatriziale che non rientra perfettamente in uno dei tipi descritti in tabella; stabilire in modo accurato a quale tipo di MGF la donna sia stata sottoposta richiede un'attenta ispezione dei genitali esterni ed un'eventuale esame palpatorio.

L'OMS¹, nelle linee guida dedicate alle MGF, dichiara che sono necessarie informazioni, risorse, formazione e impegno per eliminare questa pratica e fornire assistenza sanitaria ai milioni di ragazze e donne che convivono con una MGF. È necessaria la collaborazione a molti livelli per conformarsi alle due indicazioni chiave delle Linee Guida:

1. Le ragazze e le donne che vivono con le MGF devono avere accesso alle informazioni, all'istruzione e ai servizi sanitari necessari.
 - Il Ministero della Salute deve garantire che le politiche nazionali in materia di assistenza sanitaria per le MGF siano applicate e che

siano messe in campo risorse per affrontare la salute e il benessere delle ragazze e delle donne che vivono con le MGF. I sanitari, a tutti i livelli, devono garantire che le ragazze e le donne che vivono con una MGF abbiano accesso alle informazioni e all'educazione sui propri diritti e su dove e a chi possono richiedere assistenza sanitaria;

- Tutte le comunità dovrebbero avere accesso alle informazioni sulle potenziali conseguenze delle MGF sulla salute femminile.

2. Gli operatori sanitari devono essere consapevoli del proprio ruolo nella prevenzione delle MGF e provvedere alle cure necessarie e sono responsabilizzati per scongiurare la diffusione della pratica¹.

Con un supporto e una formazione adeguati, gli operatori sanitari possono assumere un ruolo cruciale come potenziali agenti di cambiamento per arrestare la diffusione delle MGF.

I doveri di ogni sanitario sono:

- Prevenire: i professionisti sanitari devono prima di tutto impedire che si verifichino le MGF. Devono essere autorizzati a rifiutare richieste di

MGF medicalizzate, inclusa la perpetuazione della MGF per quelle donne che l'hanno già subita in precedenza e che potrebbero richiedere ad esempio la reinfibulazione.

- Riconoscere: poiché le tendenze migratorie globali continuano, i professionisti di tutto il mondo devono essere formati per riconoscere le MGF nelle loro pazienti, così come essere consapevoli delle possibili conseguenze sulla salute, sia immediate che a lungo termine, che potrebbero svilupparsi.
- Trattare e/o indirizzare: se le donne con MGF richiedessero o necessitassero di assistenza sanitaria correlata alla loro condizione, i professionisti dovrebbero essere formati per trattare le donne quando appropriato e sapere dove indirizzarle se necessario¹.

14.2 Cura e assistenza ostetrica in gravidanza, al parto e in puerperio

Le MGF si correlano a sequele fisiche e psicologiche a lungo termine. In gravidanza ed al parto sono associate a numerosi rischi.

Rischi materno-perinatali

Le donne che hanno subito MGF hanno un rischio maggiore di:

- taglio cesareo;
- emorragia post-partum;
- episiotomia;
- travaglio prolungato o distocico;
- lacerazioni perineali ostetriche;
- parto strumentale;
- degenza ospedaliera prolungata.

I bambini nati da donne che hanno subito MGF hanno un rischio aumentato di:

- natimortalità e morte neonatale precoce;
- asfissia e necessità di rianimazione alla nascita.

14.2.1 Cura e assistenza ostetrica prenatale

Tutte le donne dovrebbero ricevere un trattamento adeguato e cure prenatali tempestive rispettose della loro dignità.

L'assistenza alla gravidanza è un'opportunità per valutare, informare, comunicare, supportare e curare le donne che hanno subito MGF. La comunicazione deve seguire alcuni principi fondamentali e svolgersi secondo modalità ben precise, per queste ragioni va molto curata e fondata sulla solida conoscenza del fenomeno (**Appendice 14.1**).

Durante la gravidanza inoltre, possibilmente alla prima visita, va eseguita un'accurata valutazione del perineo descrivendo le alterazioni anatomiche e le eventuali complicanze tardive che la pratica ha prodotto, comunicando gli esiti alla donna e pianificando la cura in modo condiviso.

Le fasi della valutazione sono:

- verificare se la paziente ha subito una MGF e di che tipo valutando con cura gli esiti perineali e proponendo eventuali interventi per migliorare lo stato dei tessuti;
- diagnosticare e trattare le eventuali complicazioni attuali o che possono insorgere in gravidanza;
- informare e confrontarsi su potenziali complicanze che possono insorgere durante il travaglio e il parto;
- produrre un piano del parto appropriato, perché questo garantisce i migliori esiti possibili per la donna ed il bambino;
- promuovere momenti di prevenzione per la futura generazione;
- costruire un rapporto di fiducia con la donna in modo che si possano comprendere al meglio le sue esigenze e garantire una comunicazione positiva, che trasmetta quindi in modo accurato i contenuti con informazioni chiare e usando un linguaggio che possa essere compreso dalla donna;

- assicurarsi che la donna si senta accolta, rispettata e sia garantita la riservatezza.

È descritta una morbidità variabile associata alle MGF; la stessa deve essere diagnosticata e trattata se compare in gravidanza:

- infezioni dell'apparato genitale;
- aderenze vulvari;
- infezioni delle vie urinarie;
- ascessi vulvari;
- cisti da inclusione epidermiche e cheloidi;
- problemi di salute psicologica⁵.

L'infibulazione, o mutilazione dei genitali femminili di tipo III, è responsabile di significative conseguenze uroginecologiche, ostetriche e psicosessuali che possono essere trattate con la deinfibulazione, l'intervento chirurgico che ha lo scopo di aprire la cicatrice dell'infibulazione, esponendo la vulva, il vestibolo, l'orifizio vaginale, il meato uretrale esterno ed eventualmente il clitoride.

La deinfibulazione può essere eseguita quando la donna fornisce il suo consenso, al di fuori della gravidanza, in gravidanza, nel primo stadio del travaglio o durante il periodo espulsivo⁹.

La deinfibulazione è indicata nelle donne con MGF di tipo III per ridurre la dispareunia e migliorare l'attività sessuale consentendo rapporti sessuali con penetrazione vaginale; permette anche la minzione fisiologica, il regolare deflusso mestruale e cura le complicanze genito-urinarie.

La deinfibulazione consente inoltre le procedure ostetrico-ginecologiche e assistenziali e facilita il parto riducendo i rischi ostetrici.

14.2.2 Cura e assistenza ostetrica al travaglio e parto

Le modalità di esecuzione delle MGF variano a seconda dei paesi e delle etnie, dalle forme più ra-

dicali a quelle più blande. Ne consegue che anche gli esiti a distanza sono molto variabili.

La pratica effettuata da operatori sanitari in ospedale con la motivazione di eseguirla in sicurezza è illecita e risulta da un punto di vista etico, ancora più aberrante. Le MGF generalmente, al di fuori dell'ospedale, vengono eseguite in scarse condizioni igienico-sanitarie, con materiale non sterile, senza anestetici e antibiotici, con il conseguente elevato rischio di provocare morte per emorragie e infezioni. Gli strumenti utilizzati sono spesso oggetti rudimentali come coltelli, forbici e lamette da barba. Per facilitare la cicatrizzazione vengono impiegate misture di ingredienti naturali come zucchero, gomma, tuorlo d'uovo, succo di limone, olio caldo, tè, infusi di acacia o miscugli di erbe. Per dissipare gli odori sgradevoli vengono bruciate delle erbe aromatiche e della linfa essiccata. La pratica delle MGF di tipo III, quando è effettuata in ambiente rurale, implica che i due lati della vulva vengano suturati fra di loro usando spine e catgut (per es. spine di acacia, filo di seta ...) e l'orifizio vaginale venga quasi interamente chiuso. Il foro viene mantenuto aperto fino alla cicatrizzazione grazie all'inserimento di una sottile scheggia di legno. Per ridurre i rischi di riapertura della ferita, al termine dell'operazione le gambe della bambina o della ragazza sono legate tra di loro dall'anca fino alle caviglie, per un periodo di mobilità limitata.

Per tutte queste ragioni gli esiti di queste procedure possono andare da gradi diversi di retrazione cicatriziale dei tessuti mutilati, fino alla fistolizzazione da perforazione del setto retto vaginale o vescico vaginale.

La valutazione del perineo richiede l'ispezione accurata e continua durante l'assistenza al travaglio di parto e la sorveglianza dei fenomeni di trasformazione tissutale in rapporto agli esiti cicatriziali che come auspicato, devono essere valutati



già in gravidanza o alla prima occasione utile, e comunque sempre prima del parto.

Le donne con MGF di tipo I, II e IV senza morbidità associata, e le donne con MGF di tipo III che si sottopongono alla deinfibulazione durante la gravidanza, hanno una buona probabilità di parto vaginale non complicato.

Tuttavia, le donne con MGF di tipo III e quelle con cicatrici estese dei genitali esterni hanno maggior rischio di complicanze durante il parto, sia per sé stesse che per i loro neonati.

È consigliato in questa popolazione offrire un'assistenza personalizzata:

- Garantire un'assistenza ostetrica rispettosa che assicuri dignità, riservatezza, libertà e protezione da danni e maltrattamenti, scelta informata e supporto continuo durante il travaglio e il parto (OMS)¹⁰.
- Al ricovero per travaglio di parto, se la donna ha effettuato controlli in gravidanza, riportare in anamnesi le caratteristiche specifiche della MGF. Se la donna non ha effettuato controlli in gravidanza, raccogliere la storia clinica relativa alla sua MGF e ispezionare i genitali esterni (**Appendici 14.2 e 14.3**).
- Se la donna ha subito una MGF di tipo III, valutare l'introito vaginale con una delicata esplorazione, valutare la resistenza dei tessuti e informarla dell'eventuale necessità di deinfibulazione prima o durante il parto (**Appendice 14.4**).
- Eseguire la deinfibulazione durante il travaglio, dopo aver raccolto il consenso informato. La deinfibulazione oltre a facilitare il parto vaginale, rende più agevole valutare la progressione del travaglio, l'eventuale applicazione dell'elettrodo dello scalpo per il monitoraggio interno della frequenza cardiaca fetale e l'applicazione di ventosa ostetrica, quando necessario.
- L'episiotomia medio laterale non deve essere eseguita di routine¹¹ e segue le stesse regole

per le donne senza MGF, cioè valutare il perineo prima di decidere per un'eventuale episiotomia medio laterale.

Una volta che la donna è stata deinfibulata, è possibile per lei partorire anche senza lacerazioni perineali.

L'episiotomia è indicata solo se le cicatrici dovute alla MGF hanno causato un'estesa anelasticità del perineo, che deve essere rivalutato durante la fase attiva del secondo stadio in tutte le partorienti con MGF, indipendentemente dal tipo di mutilazione, perché gli esiti cicatriziali, come sopra esPLICITATO, dipendono da molte variabili (età in cui la bambina-ragazza è stata sottoposta alla pratica, modalità di esecuzione, complicanze infettive o di altra natura, precoci o tardive).

Valutare la trasformazione del perineo al parto in queste donne è difficile e per questo è più complicato predire il possibile trauma perineale ostetrico.

Non ci sono evidenze rispetto alle buone pratiche ostetriche intrapartum per la prevenzione delle lacerazioni perineali nelle donne con MGF, ma è ragionevole pensare che possano risultare applicabili anche a questa popolazione le raccomandazioni per le donne senza MGF.

In caso di indicazione all'esecuzione dell'episiotomia, la deinfibulazione si esegue sempre prima di incidere il perineo⁵.

14.2.3 Valutazione del perineo al parto - Episiotomia anteriore e medio laterale o tipi più estesi nelle donne con MGF (Appendice 14.5)

Come già affermato, può essere molto difficile valutare l'esito cicatriziale e il perineo durante il parto nelle donne con MGF. Esistono poche informazioni basate sull'evidenza disponibili per gli operatori sanitari per assistere queste donne e ridurre al minimo i rischi ostetrici¹².



È raccomandato ai professionisti di classificare il tipo di MGF a cui la donna è stata sottoposta e nelle donne con MGF di tipo III intensificare la sorveglianza sia della progressione del travaglio che della trasformazione dei tessuti perineali. Non è raro infatti che la guarigione sia difettosa producendo una cicatrice a tratti perforata, più frequente nel tipo IIIb.

L'anatomia, all'ispezione, può essere significativamente distorta e il piccolo pertugio che consente alla donna di mingere o che permette la fuoriuscita del sangue mestruale non sempre è visibile e facile da localizzare. In questi casi, è necessario verificare la presenza di normali lochiazioni quando la nascita avviene con il taglio cesareo e la puerpera non è stata sottoposta alla deinfibulazione.

L'introito vaginale, in alcuni studi, viene valutato in base a quante dita esploratrici possono percorrerlo ma questa valutazione non è dirimente rispetto all'indicazione ad eseguire un'episiotomia posteriore (mediolaterale), inoltre la cute è spesso ipoelastica e l'esame palpatorio non è sufficiente da solo a prendere questa decisione¹². È ragionevole pensare che più l'esito cicatriziale ostruisce l'introito vaginale e più l'episiotomia anteriore associata a quella medio laterale saranno sia risolutive per la progressione della parte presentata, che preventive per le lacerazioni sfinteriali e l'emorragia post-partum.

Secondo alcuni Autori, nelle donne con MGF di tipo III, o in quelle con mutilazioni che occludono l'ostio vaginale, associare l'episiotomia medio laterale, o qualsiasi tipo di episiotomia (laterale, mediana, a "J" ecc), all'episiotomia anteriore, è protettivo sia per prevenire le lacerazioni di terzo e quarto grado, che per l'emorragia post-partum il cui fattore di rischio è il travaglio prolungato¹². Dati i rischi associati all'episiotomia, tuttavia, dovrebbe essere utilizzata l'episiotomia meno estesa e solo quando necessaria¹².

Non è ancora definito in quali casi l'episiotomia debba essere effettuata per garantire i migliori esiti e tutte le linee guida si basano sull'opinione di esperti.

L'episiotomia anteriore (o deinfibulazione) viene comunemente eseguita per rilasciare il tessuto cicatriziale, ma quando una donna con MGF si presenta in travaglio, il tipo ottimale di episiotomia e il tempo per eseguirla non sono noti.

L'esecuzione dell'episiotomia anteriore all'inizio del travaglio richiede l'anestesia e può aumentare il rischio di sanguinamento intra partum poiché i margini dell'incisione potrebbero essere irritati dalle successive esplorazioni vaginali. Ritardare la procedura fino a subito prima del parto, d'altronde, può aumentare il rischio di emorragie post partum dovute a travaglio prolungato¹².

Nell'assistenza al parto e al perineo delle donne con MGF è fondamentale valutare la storia ostetrica, la parità, gli esiti dei precedenti parti, l'introito vaginale, la cicatrice perineale, le complicanze rilevate e la dispareunia per poter personalizzare le pratiche ostetriche: assecondare l'istinto della donna, valutazione visiva dei tessuti, impacchi caldi sul perineo, spinta in espirazione, posizione libera o postura, manovre di flessione della parte presentata, eventuali manovre di protezione e sostegno del perineo e relazione di sharing.

14.3 Supporto informativo e psicologico

È raccomandato garantire un'assistenza olistica e una cura centrata sulla donna.

Le donne sottoposte a MGF vivono un'esperienza traumatica con conseguenze negative immediate o a lungo termine sulla salute mentale: irritabilità e frustrazione, flashback e incubi, sentimenti di bassa autostima, paura, pensieri paranoici, disturbi del sonno, tendenze ossessivo-compulsive, nonché problemi di relazione e psicosessuali,



o disturbi maggiori come la depressione, i disturbi d'ansia e il disturbo da stress post-traumatico.

È consigliato valutare adeguatamente lo stato psicologico delle donne che convivono con una MGF e offrire loro un supporto.

L'OMS raccomanda di considerare la terapia cognitivo-comportamentale per le ragazze e le donne portatrici di MGF e che presentano disturbi maggiori.

Il supporto psicologico è fortemente consigliato per tutte le donne che effettueranno o hanno effettuato un intervento chirurgico per correggere le complicanze dovute alla MGF.

- È consigliato fornire informazioni e interventi di educazione sanitaria chiari e coerenti, anche rispetto alle possibili complicanze a breve e lungo termine nonché alla legislazione in vigore^{5,13,14} (**Appendice 14.6**)

- È raccomandato offrire la consulenza sessuale per prevenire o curare le disfunzioni sessuali nelle donne con MGF¹ come dispareunia, ridotto desiderio o mancata soddisfazione sessuale⁵.
- È consigliato l'approccio multidisciplinare con ginecologo, ostetrica, psicologo, assistente sociale, mediatore culturale e altri specialisti della salute, per garantire una efficace presa in carico delle donne con MGF⁵.

La presa in carico, i counseling ostetrici, la continuità assistenziale con équipe dedicata durante tutto il percorso nascita con un approccio multidisciplinare integrato, sono interventi ancora più determinanti nel migliorare gli esiti di salute delle mamme, dei loro neonati e delle loro famiglie, e non da ultimo per prevenire le MGF nelle nuove generazioni.

Mutilazione genitali femminili	Raccomandazione/ Buona pratica clinica
I professionisti sanitari devono essere adeguatamente formati per riconoscere correttamente le MGF e pianificare adeguate strategie di gestione.	Raccomandazione
Gli interventi di informazione, educazione e comunicazione riguardanti le MGF e la salute delle donne dovrebbero essere forniti a tutte le ragazze e le donne che vivono con qualsiasi tipo di MGF.	Buona pratica clinica
L'educazione sanitaria e le informazioni sulla deinfibulazione dovrebbero essere fornite a ragazze e donne che convivono con la MGF di tipo III.	Buona pratica clinica
I professionisti sanitari hanno la responsabilità di trasmettere informazioni accurate e chiare, utilizzando il linguaggio e i metodi che possono essere facilmente compresi dalle donne.	Buona pratica clinica
Quando si fornisce assistenza a ragazze e/o a donne che vivono con MGF che sono al di fuori del loro paese di origine, un interprete qualificato o un mediatore culturale dovrebbe essere richiesto per facilitare la comunicazione.	Buona pratica clinica
La cura e il supporto che si fornisce a una donna con MGF dovrebbero sempre essere determinati dai suoi desideri; promuovere l'autonomia e dare l'opportunità di prendere scelte informate sulle cure e i trattamenti indicati. L'assistenza deve essere centrata sulla donna.	Buona pratica clinica
La deinfibulazione è indicata per la prevenzione e il trattamento delle complicanze ostetriche nelle donne che vivono con MGF di tipo III.	Raccomandato



La deinfibulazione antepartum o intrapartum va eseguita al fine di facilitare il parto nelle donne con MGF di tipo III.	Raccomandato
La deinfibulazione è indicata per la prevenzione e il trattamento delle complicanze urologiche, in particolare infezioni ricorrenti del tratto urinario e ritenzione urinaria.	Raccomandato
Le ragazze e le donne candidate alla deinfibulazione dovrebbero ricevere un adeguato counseling preoperatorio.	Buona pratica clinica
Alle ragazze e alle donne sottoposte a deinfibulazione dovrebbe essere offerta l'anestesia locale.	Buona pratica clinica
La terapia cognitivo-comportamentale dovrebbe essere presa in considerazione per le ragazze e le donne che vivono con MGF e che manifestano sintomi compatibili con disturbi d'ansia, depressione o disturbo post traumatico da stress.	Raccomandato
Il sostegno psicologico dovrebbe essere disponibile per le ragazze e le donne che riceveranno o hanno ricevuto un intervento chirurgico per correggere le complicanze sanitarie delle MGF.	Buona pratica clinica
La consulenza sessuale è indicata al fine di prevenire o curare la disfunzione sessuale femminile per le donne che vivono con MGF.	Raccomandato

Bibliografia

1. WHO Guidelines on the Management of Health Complications from Female Genital Mutilation. Geneva: World Health Organization; 2016. PMID: 27359024. Policy brief.
2. Chandra-Mouli V, Ferguson BJ, Plesons M, et al. The Political, Research, Programmatic, and Social Responses to Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights in the 25 Years Since the International Conference on Population and Development. J Adolesc Health. 2019 Dec;65(6S):S16-S40. doi: 10.1016/j.jadohealth.2019.09.011. PMID: 31761001.
3. World Health Organization. (2008). Eliminating female genital mutilation: an interagency statement - OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43839>
4. Le Mutilazioni Genitali Femminili. Vademecum per operatori sanitari, sociosanitari e scolastici Regione Lombardia, Éupolis Lombardia - edizione a cura di Anna Re, Università IULM Milano, 2011
5. Care of girls and women living with female genital mutilation. A clinical handbook. World Health Organization 2018
6. Female Genital Mutilation and its Management (Green-top Guideline No. 53) July 2015 RCOG
7. Person-centred communication for female genital mutilation prevention: a facilitator's guide for training health-care providers. View/Open 9789240041073-eng. World Health Organization 2022
8. Integrating female genital mutilation content into nursing and midwifery curricula: a practical guide ISBN 978-92-4-004202-5 (electronic version) ISBN 978-92-4-004203-2 (print version) World Health Organization 2022
9. Abdulcadir J, Marras S, Catania L, Abdulcadir O, Petignat P. Defibulation: A Visual Reference and Learning Tool. J Sex Med. 2018 Apr;15(4):601-611. doi: 10.1016/j.jsxm.2018.01.010. Epub 2018 Feb 17. PMID: 29463476. VIDEO: www.jsm.jsxmed.org
10. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. PMID: 30070803.



11. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors, second edition. Geneva: World Health Organization; 2017
12. Rodriguez MI, Seuc A, Say L, Hindin MJ. Episiotomy and obstetric outcomes among women living with type 3 female genital mutilation: a secondary analysis. Reprod Health. 2016 Oct 10;13(1):131. doi: 10.1186/s12978-016-0242-9. PMID: 27724946; PMCID: PMC5057400.
13. Legge 9 gennaio 2006, n. 7 “ Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile “ pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 14 del 18 gennaio 2006
14. Linee guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche (art. 4 – legge n. 7 del 2006). Decreto del 26 Marzo 2008 Ministero della Salute.

Sitografia

1. https://www.who.int/health-topics/female-genital-mutilation#tab=tab_1
2. https://www.who.int/health-topics/female-genital-mutilation#tab=tab_2



Appendice 5.1 Comunicazione e relazione

“L’influenza biologica che si trasmette da persona a persona prefigura una nuova dimensione professionale: si tratta di comportarsi in maniera tale da avere un effetto benefico anche a livello impercettibile su chi entra in contatto con noi. Le relazioni assumono un nuovo significato: di conseguenza dobbiamo riflettere su di esse in maniera radicalmente nuova”.

La qualità della relazione influenza la condizione emotiva, la percezione di benessere o malessere, di sicurezza o insicurezza, di agitazione o tranquillità, fiducia o sfiducia della partoriente. Una donna che si sente accolta, compresa, sostenuta e rassicurata si troverà in una condizione psicologica armonica, determinante nel costruire e mantenere la fisiologia dei processi trasformativi che conducono lei e il suo bambino verso la nascita. Al contrario, la mancanza di una relazione di qualità gioca un ruolo nella riduzione della capacità d’adattamento ai cambiamenti ..., questo comporta ricadute negative sui sistemi cardiovascolare, metabolico e immunitario.

La qualità della relazione si esprime attraverso modalità efficaci di comunicazione. Anche le linee guida del NICE dedicano una sezione alle modalità comunicative tra donna e professionista che vengono sintetizzate nei seguenti punti:

- salutare la donna sorridendo e con un benvenuto;
- accertarsi della lingua compresa;
- presentarsi e spiegare il proprio ruolo nel suo percorso assistenziale;
- mantenere la calma ed un approccio confidenziale per rassicurare la donna;
- bussare ed attendere prima di entrare nella sua stanza;
- chiedere come si sente;
- se la donna ha scritto il *birth plan*, leggerlo e discuterlo con lei;
- valutare le sue conoscenze rispetto alle strategie di sostegno/contenimento del dolore e provvedere a bilanciare le informazioni per far emergere qual è l’approccio più accettabile da parte della donna;
- favorire la donna ad adattare l’ambiente affinché incontri le sue esigenze (abbassare le luci);
- chiedere il permesso prima di ogni procedura o osservazione;
- mostrare alla donna e al partner come chieder aiuto nell’eventualità di un allontanamento dalla stanza e in attesa del vostro ritorno;
- coinvolgere la donna nel caso di affidamento delle cure ad un altro professionista;
- chiedere alla donna le sue aspettative e ciò che desidera per il travaglio;
- assicurare assistenza 1:1;
- non lasciare la donna da sola;
- promuovere il coinvolgimento della persona che supporta la donna;
- incoraggiare la donna al movimento e ad assumere posizioni comode.

Bibliografia

- NICE National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline [CG190] Published date: 2014. Last updated: 2017
- Spandrio R, Regalia A, Bestetti G. "Fisiologia della nascita-Dai prodromi al post partum". Carocci Editore 2014.



Appendice 5.2 Segni clinici che informano sulla fase del secondo stadio del travaglio che sta attraversando la donna con il feto

Le diverse **caratteristiche delle contrazioni uterine** sono un importante segno clinico che informa l'ostetrica riguardo la fase del travaglio che sta attraversando la donna.

In una condizione di fisiologia, con la fine della fase attiva del primo stadio del travaglio si osserva frequentemente una riduzione di numero e di intensità delle contrazioni; tale fenomeno, che caratterizza la fase di transizione del secondo stadio del travaglio, può durare a volte anche alcune ore. Con l'inizio della fase attiva del secondo stadio si osserva invece un aumento spontaneo dell'attività contrattile, sia in termini di frequenza che di intensità delle contrazioni. L'onda contrattile, sempre più forte e direzionata verso il canale del parto determina, insieme agli sforzi espulsivi materni e all'azione propulsiva del feto, la discesa della PP (parte presentata). L'attività contrattile rallenta nuovamente in prossimità del parto, fenomeno che caratterizza la fase di decelerazione del secondo stadio del travaglio. La riduzione dell'attività contrattile può durare al massimo una decina di minuti, e generalmente precede il riflesso d'eiezione del feto.

Le **caratteristiche della percezione del premito e del desiderio di spingere** sono anche queste molto indicative della fase che attraversa la mamma e il feto. Nella fase di transizione spesso vi è la percezione del premito posteriore ma generalmente non è sempre accompagnato dal desiderio impellente di spingere; la voglia di assecondare la spinta non è presente in tutte le contrazioni e per tutta la durata della contrazione.

Man mano ci si avvicina all'inizio della fase attiva del secondo stadio la necessità di spingere diventa sempre più forte e frequente. Con l'inizio della fase attiva, la donna sente il bisogno di spingere in tutte le contrazioni e per tutta la loro durata.

Altro elemento indicativo sulla fase in cui si trova la donna è il suo **comportamento**.

In una condizione di equilibrio, l'ostetrica può osservare che la donna dopo una prima fase caratterizzata dal riposo, dall'ascolto di sé e del bambino, dal recupero fisico, dal bisogno di coprirsi, di chiudere gli occhi, ha una fase in cui è portata ad essere attiva; nel momento in cui, durante la contrazione, il feto inizia a premere sul pavimento pelvico, tutto il corpo materno racconta quanto di nuovo sta accadendo: lo sguardo e l'espressione del volto sono il primo segno che coglie un'ostetrica attenta. Gli occhi si spalancano e l'espressione è di stupore. La donna prende coscienza dello spazio e del tempo. Sente il bisogno di muoversi. Lo stato di disperazione di una fine che non arriva, di fatica estrema, improvvisamente si trasforma in forza, fiducia, positività; il bambino che spinge è la novità, è il segnale che la fatica sta giungendo alla fine e che tutto, se solo un attimo prima non aveva senso, ora inizia ad averlo. Durante la contrazione parte la spinta involontaria e tutto il corpo materno spinge il feto.

Nella fase attiva del secondo stadio, durante la contrazione si può osservare una variazione del profilo addominale differente rispetto alle fasi precedenti: l'onda contrattile è direzionata verso il canale del parto e l'utero in contrazione invece di sporgere di più, come nelle precedenti fasi, si retrae verso la colonna vertebrale e il fondo si abbassa.

Con l'inizio della fase attiva del secondo stadio solitamente c'è una ripresa dei **movimenti fetali** che



si erano progressivamente ridotti durante la fase dilatante e potrebbero comparire variazioni considerate fisiologiche del BCF legate alla discesa della PP nel canale del parto.

Attraverso la palpazione addominale, con l'inizio della fase attiva la PP risulta sempre meno apprezzabile al di sopra della sinfisi pubica.

Le manifestazioni cliniche esterne, per ovvie ragioni, possono essere più sfumate o in alcuni casi assenti in una condizione di travagli in analgesia.

Appendice 5.3 Segni clinici che informano sullo stato dei tessuti perineali

Il **colore** dei tessuti perineali è uno dei segni clinici che maggiormente dà indicazione sul loro stato: il colorito roseo è associato a tessuti ben vascolarizzati, ben ossigenati e quindi tessuti che hanno ancora margine di distensione e allungamento senza rischiare di lacerarsi; in questo caso anche l'intervento ostetrico al disimpegno del feto potrebbe essere superfluo. Il colorito cianotico informa che i tessuti iniziano a risentire dell'importante sollecitazione e pertanto potrebbero avere qualche difficoltà a distendersi ulteriormente e quindi potrebbero beneficiare dell'intervento ostetrico come l'utilizzo di compresse calde a livello perineale. Il colorito bianco è un segno negativo che si correla a tessuti in sofferenza, poco vascolarizzati e quindi non ossigenati a sufficienza, con un'alta probabilità di lacerarsi; in questo caso potrebbe essere utile proporre delle posture materne più protettive rispetto ad altre (vedi capitolo posture), impacchi caldi, deflessione dell'occipite fetale per ridurre l'ulteriore distensione dei tessuti perineali già fortemente sollecitati, guidare la spinta materna se serve.

Anche le **manifestazioni di dolore** espresse dalla donna informano sullo stato dei tessuti perineali. Il dolore della parte finale del PE ha la caratteristica di essere un dolore intenso e altamente localizzabile; la donna è in grado di capire e descrivere con estrema chiarezza dove e come sente il dolore. Al fine di raccogliere informazioni utili sullo stato perineale è importante non inibire la manifestazione di dolore della donna, ma confermarla nella sua sensazione e chiederle di descrivere il dolore nel caso in cui non lo faccia spontaneamente. Se la donna riferisce con estrema chiarezza di sentirsi "spaccare", "rompere" e riferisce su quale parte dei suoi genitali sente più viva questa sensazione, l'ostetrica può identificare la zona maggiormente sollecitata dalla parte presentata ed intervenire di conseguenza suggerendo cambiamenti della postura materna, dando indicazioni sulla spinta, rallentando la deflessione della PP mantenendo flesso l'occipite, applicando impacchi caldi.... Nelle donne in parto analgesia, dove la percezione del dolore è ridotta o assente, questo segno clinico non è indicativo.

La **gradualità con cui i tessuti si distendono** è indice di buono stato perineale; quando ad ogni contrazione si osserva una graduale progressione e deflessione della PP significa che i tessuti perineali sono elastici e con un giusto tono, diversamente, quando la PP è trattenuta o, al contrario, progredisce troppo velocemente significa che i tessuti sono poco elastici, con maggior probabilità di lacerarsi, o che al contrario sono privi di tono.

Il riscontro di **movimenti della PP** sta a significare che la tensione dei tessuti non è tale da impedire i movimenti della testa fetale.

Osservare durante la distensione dei tessuti perineali l'assenza di **sanguinamento** è sicuramente un segno positivo; al contrario è importante distinguere un sanguinamento misto a muco, marcatura fisiologica che racconta della trasformazione tissutale, da un sanguinamento rosso vivo non misto a muco, da considerarsi invece come segno clinico non positivo ai fini dell'integrità tissutale. La presenza di sanguinamento non deve essere un'indicazione all'esecuzione di un'episiotomia. Spesso deriva da piccole lacerazioni che interessano i resti imenali, costituiti da tessuto meno elastico, che solitamente smettono di sanguinare grazie all'azione compressiva esercitata dalla PP durante la spinta materna.

Anche la presenza o meno di **edema** informa sullo stato perineale, infatti un perineo edematoso è meno elastico e maggiormente esposto a lacerazioni.



Nel momento del coronamento della PP poter osservare un **colore** roseo dello **scalpo fetale** è un segno indiretto positivo che informa l'ostetrica sul fatto che la tensione dei tessuti perineali che trattengono la PP non è tale da interferire con la circolazione sanguigna sottocutanea della porzione di scalpo fetale visibile alla rima vulvare. Al contrario, un colore cianotico o addirittura bianco dello scalpo fetale è un indice indiretto dell'eccessivo grado di tensione dei tessuti perineali.

Il **grado di dilatazione anale** di per sé non è indicativo dello stato perineale. Sono fisiologici in tutti i parti a termine l'appiattimento e la dilatazione dello sfintere anale fino a 3-4 cm. Un segno prognostico negativo è la colorazione biancastra intorno all'anello anale.

Appendice 5.4 Uso della rotazione femorale interna ed esterna con ausilio della peanut ball

La rotazione femorale interna (ginocchia che si toccano) amplia i diametri dello stretto medio e dell'egresso pelvico, distendendo i muscoli del pavimento pelvico e riducendo le tensioni. La rotazione femorale interna permette inoltre l'ampliamento della distanza tra le spine iliache posteriori superiori, con beneficio sul movimento delle sincondrosi sacro iliache e sulla contronutazione sacrale. Questo riduce la durata della fase espulsiva e amplia i diametri pelvici.

L'uso della peanut ball consente di mantenere una buona apertura pelvica ed una riduzione di tensione perineale nelle donne allettate e/o con epidurale.



Quando usare la Rotazione Femorale Interna (eventualmente con ausilio di peanut ball)

In caso di:

- dolore perineale e lombare materno in travaglio e in periodo espulsivo;
- arresto dell'estremo cefalico fetale sul diametro trasverso della piccola pelvi;
- asinclitismo;
- arresto della discesa della parte presentata fetale nonostante gli sforzi espulsivi materni;
- secondo stadio protratto in donna allettata con epidurale.

In uno studio è stato osservato il dimezzamento dei tempi del secondo stadio in donne allettate con epidurale con l'uso della peanut ball per favorire la rotazione femorale interna.

Bibliografia

- Borell, Ulf, and Ingmar Fernström. "The Movements at the Sacro-Iliac Joints and their Importance to Changes in the Pelvic Dimensions During Parturition." *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica* 36.1 (1957): 42-57.
- Mercier, R. J., & Kwan, M. (2018). Impact of peanut ball device on the duration of active labor: a randomized control trial. *American journal of perinatology*, 35(10), 1006-1
- Grenvik JM, Rosenthal E, Saccone G, Della Corte L, Quist-Nelson J, Gerkin RD, Gimovsky AC, Kwan M, Mercier R, Berghella V. Peanut ball for decreasing length of labor: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2019 Nov;242:159-165. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.09.018. Epub 2019 Sep 20. PMID: 31600716.

Appendice 5.5 Cook counter pressureSM

Descritta da Lisa-Marie Cook, prevede la contropressione manuale esterna eseguita dall'operatore sulle tuberosità ischiatiche materne durante il secondo stadio.

La stimolazione così esercitata in queste sedi è in grado di alleviare il dolore nella regione lombare e glutea, ridurre l'intorpidimento e il deficit motorio degli arti inferiori.

Le tuberosità ischiatiche sono anche il punto di inserzione dei tre principali legamenti pelvici (legamento sacro-tuberoso, legamento sacro-spinoso e legamenti sacro-iliaci posteriori) e dei tendini degli adduttori. Quando si applica una contropressione in questo punto, si contrastano direttamente le forze di contrazione uterina sui legamenti con conseguente discesa della testa del feto nella pelvi.



Come si esegue

La Cook Counter-pressureSM richiede che la partoriente assuma una posizione con le ginocchia flesse, in decubito laterale, a carponi, supina, in litotomica o accovacciata; queste posizioni aiutano ad esporre le tuberosità ischiatiche. Con le ginocchia flesse, i grandi muscoli del gluteo massimo si distanziano dalle tuberosità ischiatiche esponendole in modo che le grandi sporgenze ossee possano essere facilmente palpate. Dopo aver identificato le tuberosità ischiatiche, l'operatore appoggia i pollici o i palmi delle mani sulle stesse, esercitando una pressione costante o intermittente durante una contrazione uterina e/o tra una contrazione e l'altra. La donna indica all'operatore dove spingere e con quale intensità su questi punti.

Quando usare la contropressione CookSM

- Durante qualsiasi fase del travaglio: iniziale, attiva e soprattutto di transizione, quando la donna lamenta pressione pelvica o dolore alla schiena;
- durante la prima fase del travaglio, quando la donna sente di doversi appoggiare o ha un bisogno di spingere e la dilatazione cervicale non è completa;
- durante la seconda fase del travaglio, durante le contrazioni, se la donna spinge in posizione sdraiata, accovacciata, carponi e posizione litotomica;
- quando la donna lamenta pressione dorsale o a carico del bacino anche con l'anestesia epidurale.

È importante sottolineare che le donne trovano che la contropressione CookSM, eseguita tra una contrazione e l'altra, aiuta a diminuire la pressione pelvica permettendo di rilassarsi meglio in pausa durante la fase espulsiva.

Quando non usare la contropressione CookSM

- Quando la donna dichiara che la contropressione non allevia il dolore o che la distrae;
- quando la donna dichiara che la manovra le provoca disagio.

Controindicazioni

- Diastasi diagnosticata della sinfisi pubica;
- traumi pregressi (incidenti d'auto, traumi ostetrici, ecc.) che possono aver danneggiato la zona del cingolo pelvico.

Bibliografia

- Simkin P, Hanson L, Ancheta R. The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia. John Wiley & Sons, 2017. Pag. 354-358.
- Spandrio R, Regalia A, Bestetti G. Fisiologia della nascita-Dai prodromi al post partum. Carocci Editore 2014.
- Sandhofer, M., Schauer, P., Pilsl, U., & Anderhuber, F. (2019). Fascia glutealis as mediator of musculocutaneous dynamics in the buttocks region. *Journal für Ästhetische Chirurgie*, 12(1), 6-13.
- Moldwin, R.M., Fariello, J.Y. Myofascial Trigger Points of the Pelvic Floor: Associations with Urological Pain Syndromes and Treatment Strategies Including Injection Therapy. *Curr Urol Rep* 14, 409–417 (2013). <https://doi.org/10.1007/s11934-013-0360-7>
- Pastore EA, Katzman WB. Recognizing myofascial pelvic pain in the female patient with chronic pelvic pain. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2012 Sep-Oct;41(5):680-91. doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01404.x. Epub 2012 Aug 3. PMID: 22862153; PMCID: PMC3492521.

Appendice 5.6 Jiggle – Tecnica delle oscillazioni – Dr. Blyth

La Dottoressa Jenny Blyth ha applicato il trattamento del Jiggle all'assistenza al parto per i benefici sia sul piano neurovegetativo che pelvico.

Lo scioglimento delle tensioni pelviche si verifica quando una suggestione indotta fisicamente dall'operatore (una leggera oscillazione continua) attiva il processo neurobiologico del corpo che utilizza il sistema dinamico di autoregolazione. Questa azione è guidata dal sistema nervoso centrale, che produce un'attività continua fino al raggiungimento di uno stato di benessere.

La vibrazione aumenta l'idratazione e la circolazione di organi e tessuti.

Il miglioramento della funzione miofasciale consente a muscoli, legamenti e articolazioni di ripristinare i rapporti fisiologici. L'osso sacro può ripristinare il suo movimento fisiologico. Il perineo si può detendere e ripristinare il suo movimento bifasico fisiologico durante il secondo stadio del parto. Questo può portare a un notevole progresso nella discesa fetale.

La tecnica consiste nel posizionare una o due mani sul gluteo o sulla coscia della donna che giace in decubito laterale e iniziare a produrre delle vibrazioni delicate del tessuto muscolare (**Figura 1**). La posizione delle mani e l'intensità del movimento va calibrata sulla preferenza della persona che riceve il trattamento. Il movimento di delicato scuotimento del tessuto, per essere efficace ai fini del rilassamento, deve durare più di 5 minuti.

Il Jiggle è una delle tecniche di rilassamento più gradevole se praticato con consapevolezza. C'è una qualità del tocco che invita alla fiducia. La ricevente potrebbe addormentarsi o entrare in uno stato mentale di calma. L'attivazione del sistema nervoso parasimpatico può ripristinare la funzione ottimale pelvica.

Figura 1. Tecnica del Jiggle





La tecnica del Jiggle permette di rilassare e ripristinare le dinamiche fisiologiche di varie parti del corpo:

- i muscoli della schiena;
- i muscoli dei glutei;
- la muscolatura del pavimento pelvico, grazie a una prolungata oscillazione (10 minuti) delle creste iliache e delle tuberosità ischiatiche;
- il sacro ed i suoi movimenti di nutazione e contronutazione;
- le articolazioni sacro iliache.

Quando usare la tecnica del Jiggle

Il Jiggle si può usare in caso di:

- dolore materno pelvico, perineale o lombare;
- arresto della progressione fetale;
- assenza di premito con parte presentata fetale impegnata;
- spinte spontanee materne poco efficaci;
- distress materno associato ad arresto della progressione fetale nel secondo stadio;
- tensione dei tessuti perineali materni;
- eccesso di compressione dell'estremo cefalico fetale (caput succedaneum, colorito blu della cute fetale).

Controindicazioni al Jiggle

L'unica controindicazione è il non gradimento da parte della donna.

Bibliografia

- Bordoni B, Zanier E. Clinical and symptomatological reflections: the fascial system. J Multidiscip Healthc. 2014 Sep 18;7:401-11. doi: 10.2147/JMDH.S68308. PMID: 25258540; PMCID: PMC4173815.
- Cormie P, Deane RS, Triplett NT, McBride JM. Acute effects of whole-body vibration on muscle activity, strength, and power. J Strength Cond Res. 2006 May;20(2):257-61. doi: 10.1519/R-17835.1. PMID: 16686550.
- Sandhofer, M., Schauer, P., Pilsl, U., & Anderhuber, F. (2019). Fascia glutealis as mediator of musculocutaneous dynamics in the buttocks region. *Journal für Ästhetische Chirurgie*, 12(1), 6-13.
- Minasny B. Understanding the process of fascial unwinding. Int J Ther Massage Bodywork. 2009 Sep 23;2(3):10-7. doi: 10.3822/ijtmb.v2i3.43. PMID: 21589734; PMCID: PMC3091471.

Appendice 5.7 Oscillazioni con il rebozo

Le oscillazioni pelviche sono usate nell'arte ostetrica tradizionale di molte culture poiché ne è noto il beneficio in termini di benessere materno, ossigenazione dei tessuti materni e fetali e riduzione del distress tissutale durante il parto.

L'utilizzo di un tessuto (sciarpina, lenzuolo, scialle tradizionale messicano) è una tecnica nota alle comunità mesoamericane. È un modo per produrre oscillazioni pelviche che modifichino lo stato muscolo-tensivo pelvico, la tensione dei legamenti e il ripristino della dinamica miofasciale pelvica perineale. È meno efficace dell'oscillazione prodotta manualmente (tecnica del Jiggle) ma può essere apprezzata dalla donna durante il parto.

Si esegue durante la pausa tra le contrazioni e si sospende durante le spinte del secondo stadio, utilizzando una stoffa posizionata attorno alla pelvi materna. La donna può assumere qualsiasi posizione.

Indicazioni e controindicazioni corrispondono a quelle per la tecnica del Jiggle.



Bibliografia

- De Keijzer M, van Tuyt T (2010) The Rebozo Technique Unfolded: work book rebozo massage. Rebozo, 2010.
- Iversen ML, Midtgaard J, Ekelin M, Hegaard HK. Danish women's experiences of the rebozo technique during labour: A qualitative explorative study. Sex Reprod Healthc. 2017 Mar;11:79-85. doi: 10.1016/j.srhc.2016.10.005. Epub 2016 Oct 31. PMID: 28159133.
- Cohen SR, Thomas CR. Rebozo Technique for Fetal Malposition in Labor. J Midwifery Womens Health. 2015 Jul-Aug;60(4):445-51. doi: 10.1111/jmwh.12352. PMID: 26255805.
- Minasny B. Understanding the process of fascial unwinding. Int J Ther Massage Bodywork. 2009 Sep 23;2(3):10-7. doi: 10.3822/ijtmb.v2i3.43. PMID: 21589734; PMCID: PMC3091471.

Appendice 5.8 Forward Leaning Inversion (FLI)

La tecnica ideata dal Dott. Phillips consiste nell'alleviare lo stiramento dell'elevatore dell'ano e dei legamenti uterosacrali invertendo la trazione, cioè ponendo la donna in inversione in avanti (Forward Leaning Inversion – FLI) durante la contrazione per 30 secondi. La donna si posiziona in ginocchio su un piano (ad esempio il letto da parto rialzato) e porta i gomiti in avanti su un piano più basso rispetto al livello delle ginocchia. Il ritorno può essere aiutato e prevede una sosta verticale sulle ginocchia per favorire l'allungamento degli ileo-psoas, che concorrono nella stabilizzazione anteriore della pelvi. Una corretta inversione in avanti prevede che il piano delle spalle della donna sia più basso del piano delle ginocchia e si può ripetere per tre contrazioni. La FLI è stata adottata in molti ospedali tramite il protocollo Spinning Babies® con riduzione dei danni perineali e dei parti operativi vaginali.



La posizione si propone di rimuovere le tensioni pelviche interne e di distendere i legamenti pelvici, uterini e cervicali che potrebbero essere contratti a causa di tensioni ingravescenti che aumentano con la discesa del feto nella piccola pelvi.

Questa tecnica può inoltre ridurre il dolore lombare, sacrale, a livello delle anche o del coccige.

In relazione al miglioramento dei rapporti muscolotensivi nella pelvi si verifica anche un miglioramento del posizionamento del feto.

Quando usare la Forward Leaning Inversion

La tecnica può essere usata in caso di:

- dolore perineale e lombare materno in travaglio e in periodo espulsivo;
- arresto dell'estremo cefalico fetale sul diametro trasverso della piccola pelvi;
- asinclitismo dell'estremo cefalico;
- arresto della discesa della parte presentata fetale nonostante gli sforzi espulsivi materni.

Controindicazioni:

- patologie cardiache materne;
- ipertensione arteriosa;
- glaucoma;
- sanguinamento uterino di possibile origine placentare;
- rifiuto materno.



Bibliografia

- Phillips, C. "Musculoskeletal and Radicular Pain during Pregnancy, Labor and Delivery: The Concurrent Use of Spinal Manipulative Therapy (SMT), Craniosacral Therapy (CST) and Dynamic Body Balancing Techniques (DBB): Five Case Reports." *Journal of Clinical Chiropractic Pediatrics* 11.2 (n.d.): 797-98. Print.
- Phillips, C. J. "Back Labor: A Possible Solution for a Painful Situation." *International Chiropractor's Association Review* Jul/Aug (1997): 151-55. Web.
- Phillips, C. J., and J. J. Meyer. "Chiropractic Care, including Craniosacral Therapy, during Pregnancy: A Static-group Comparison of Obstetric Interventions during Labor and Delivery." *Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics* 8th ser. October.18 (1995): 525-29. Web.

Appendice 5.9 Esercizi per il riequilibrio delle tensioni pelviche e perineali durante il parto

Nelle pause tra le contrazioni, se la donna acconsente, la si può guidare nell'esecuzione di semplici movimenti volti a ripristinare i fisiologici rapporti di forza osteoarticolari della pelvi e a ridurre la tensione perineale.

- In decubito laterale: le gambe flesse, unire le piante dei piedi e aprire e chiudere il ginocchio superiore mantenendo uniti i talloni. Si accompagna il movimento con il respiro: inspirando si solleva il ginocchio, poi si rimane in questa posizione per tre cicli respiratori, ed infine espirando si abbassa il ginocchio. Si ripete 5 volte e poi si cambia lato.



- Sdraiata sulla schiena: si alternano movimenti pelvici di retroversione e anteroversione, accompagnati con il respiro e mantenendo la posizione di arrivo per tre cicli respiratori.



- Sdraiata sulla schiena: si solleva una gamba in modo che la caviglia abbia un supporto, con la gamba flessa a 90 gradi e l'altra gamba si flette per portare la caviglia all'incirca sul ginocchio controlaterale. Espirando si abbassa il ginocchio addotto sentendo l'allungamento dei muscoli gluteo, piriforme, e gli adduttori della gamba. Si ripete 3-5 volte e poi si cambia lato.



- Sdraiata o in decubito laterale, si pone uno spessore (un asciugamano) tra le ginocchia flesse e al ritmo lento del respiro, si stringono le ginocchia e il supporto semirigido tra di esse per 3-5 secondi, per poi rilasciare. Si ripete l'esercizio 5-6 volte e in caso di procedura eseguita in decubito laterale, lo si ripete cambiando fianco.





Appendice 14.1 Comunicare con le ragazze e le donne che vivono con le MGF

È importante che la comunicazione con le donne portatrici di MGF sia chiara ed efficace, va quindi curata e basata su alcuni principi chiave. Il colloquio comporta un intenso impegno emotivo, sia per la paziente che per l'operatore.

L'ascolto attivo, l'empatia e la sospensione del giudizio sono modalità essenziali per una comunicazione efficace.

La comunicazione, fra gli altri benefici, permette di informare le donne discutendo apertamente dei cambiamenti del loro corpo, delle modificazioni avvenute a seguito della mutilazione dei genitali, dei loro problemi di salute e delle eventuali soluzioni terapeutiche.

Gli operatori sanitari hanno la responsabilità di trasmettere in modo accurato informazioni chiare, usando la lingua e i metodi comunicativi che possono essere facilmente compresi dalle donne.

L'operatore è in una posizione unica per informare, influenzare e cambiare atteggiamenti e credenze rispetto alle MGF, passo fondamentale per prevenire i nuovi casi nelle comunità. Nell'ambito degli obiettivi di sviluppo sostenibile, la comunità globale ha fissato l'obiettivo di abbandonare la pratica delle mutilazioni genitali femminili entro il 2030.

È fondamentale per ogni operatore, accrescere le competenze di comunicazione in modo da poter discutere l'argomento MGF con un dialogo bidirezionale e creare uno spazio sicuro in cui la ragazza o la donna possa esprimere liberamente il suo punto di vista e le proprie esigenze di salute e benessere.

Per una comunicazione adeguata è necessario:

- Creare un ambiente accogliente, ricordarsi che la MGF è solo un aspetto della persona, rimanere quindi in ascolto anche rispetto ad altri tipi di problemi di salute.
- Utilizzare un linguaggio semplice, porre attenzione alla prossemica, mantenere un contatto visivo e assicurarsi che la donna si senta al sicuro.
- Utilizzare l'ascolto attivo e assicurarsi di aver compreso, non fornire troppe informazioni al primo incontro e non giudicare la donna e la sua cultura offrendo rispetto e supporto.
- La famiglia e anche la donna potrebbero non vedere le MGF come una pratica negativa perché profondamente radicata nella loro cultura. Riservatezza, consenso e scelta della donna sono tutti aspetti etici che devono essere considerati quando si comunica con ragazze e donne portatrici di MGF.
- Considerare, in accordo con la donna/coppia, la presenza del mediatore culturale durante la consulenza per facilitare la comunicazione, per la conoscenza della lingua e soprattutto della cultura e del contesto socio-politico del paese di provenienza della donna e documentare la sua presenza.
- Sostenere l'autonomia della donna, intesa come la capacità di fare scelte informate, libere da coercizione, sulla base delle proprie convinzioni e valori personali, valutando con attenzione il coinvolgimento del compagno e/o della famiglia perché opportunità per la donna stessa, ma anche all'opposto per la possibilità che sia invece limitante per la sua libera espressione.
- Valutare l'adeguatezza del coinvolgimento del partner e/o della famiglia nello sviluppo del piano assistenziale.
- Sviluppare un piano di cura accettabile per la donna e se minorenne, anche dai genitori; questo può richiedere più incontri con il coinvolgimento di altri professionisti.

- Informare la ragazza, la donna e la famiglia delle leggi in vigore anche come deterrente per prevenire questa devastante e assurda pratica nelle future generazioni.

Bibliografia

- Care of girls and women living with female genital mutilation. A clinical handbook. World Health Organization 2018.
- WHO Guidelines on the Management of Health Complications from Female Genital Mutilation [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2023 Mar 11]. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK368483/>.



Appendice 14.2 Raccogliere la storia clinica di MGF durante la gravidanza

Al primo incontro, non chiedere immediatamente informazioni alla donna riguardo a una possibile mutilazione dei genitali.

È consigliato iniziare, come per ogni gestante, raccogliendo un'anamnesi completa che includa domande generali sulla sua salute fisica e psicologica: questo permetterà alla donna di sentirsi più a suo agio.

Accogliere, rispettare e garantire la riservatezza in ogni momento.

Un momento favorevole per chiedere informazioni sulla MGF potrebbe essere quando si raccoglie l'anamnesi dei pregressi interventi chirurgici o della sua storia riproduttiva. Questo tipo di domanda potrebbe aiutare ad affrontare l'argomento:

- “So che molte donne del tuo paese hanno sperimentato una qualche forma di taglio genitale. Sai se questo è stato fatto a te?”

Se la donna rivela di aver subito una qualsiasi forma di MGF, indagare:

- le perdite vaginali, per escludere la possibilità di un'infezione genitale;
- i sintomi urinari, come il tempo impiegato dalla donna per svuotare la vescica e se questo provoca dolore, per escludere la possibilità di ostruzione parziale delle vie urinarie o infezioni;
- eventuali complicanze durante le gravidanze e i parti precedenti: come il travaglio prolungato o ostruito, l'emorragia post-partum o la rianimazione del neonato alla nascita;
- preoccupazioni o paure legate alla gravidanza o al parto, inclusi incubi o flashback relativi alla MGF;
- precedenti esperienze di deinfibulazione e/o reinfibulazione;
- se la donna ha domande specifiche che vorrebbe porre rispetto all'argomento.

Bibliografia

- Care of girls and women living with female genital mutilation. A clinical handbook. World Health Organization 2018.



Appendice 14.3 Ispezione dei genitali esterni nelle donne con MGF

- Assicurarsi che la donna si senta a suo agio e comprenda che sta per essere eseguito un esame dei genitali.
- Spiegare come e perché verrà eseguita l'ispezione dei genitali.
- Chiedere se ha domande.
- Chiedere sempre il consenso all'esame.
- Offrire un telo con cui possa coprirsi prima di sdraiarsi sul lettino.
- Spiegare le fasi dell'esame e rassicurare la paziente.
- Identificare il tipo di MGF e valutare lo stato dei tessuti perineali con l'ispezione e la cauta palpazione.
- Ricerare le condizioni che potrebbero interferire con il parto vaginale o causare problemi durante la gravidanza:
 - MGF di tipo III;
 - un'apertura vaginale di dimensioni ridotte, tessuto cicatriziale o aderenze vaginali;
 - segni di infezione, come perdite vaginali anormali;
 - ascessi;
 - cisti da inclusione epidermoide o cheloidi.

Le informazioni apprese dall'esame vanno condivise con la donna e se lo desidera, anche con il partner; è necessario refertare nella documentazione sanitaria il tipo di MGF rilevata e se non è possibile classificarla, descrivere le zone anatomiche asportate o danneggiate. Può essere molto utile disegnare i genitali esterni e annotare le modificazioni.

In base ai risultati della valutazione è importante discutere un piano per il parto.

Se le MGF di tipo I, II e IV non hanno prodotto complicanze, restringimenti o gravi retrazioni, rassicurare la donna che è improbabile che la mutilazione subita sia causa di complicanze durante il parto e invitarla a descrivere eventuali problemi perineali e porre domande. In questo processo decisionale che include la scelta della deinfibulazione se presente una MGF tipo III, valutare in tutti i casi se è indicato un supporto psicologico.

Le donne portatrici di MGF di tipo III hanno un aumentato rischio di complicanze ostetriche durante il parto a causa dell'ostruzione che chiude l'apertura dell'introito vaginale. Se la valutazione dimostra che la donna ha un'apertura vaginale troppo stretta, con una importante retrazione cicatriziale, discutere con lei e solo se vuole anche con il marito/compagno, la necessità della deinfibulazione il prima possibile.

Bibliografia

- Care of girls and women living with female genital mutilation. A clinical handbook. World Health Organization 2018.



Appendice 14.4 Deinfibulazione

La deinfibulazione è una procedura chirurgica che inverte l'infibulazione aprendo il tessuto cicatriziale genitale chiuso in una ragazza o una donna che ha subito una MGF di tipo III (infibulazione) ed esponendo vulva, vestibolo, orifizio vaginale, meato uretrale esterno ed eventualmente il clitoride. Spesso è necessaria per migliorare la salute e il benessere generale e pelvi perineale, nonché per consentire i rapporti sessuali e facilitare il parto.

La necessità della deinfibulazione dovrebbe essere discussa in dettaglio con le ragazze e le donne che hanno subito MGF di tipo III.

Nel caso di donne in gravidanza con MGF di tipo III, la necessità della deinfibulazione dovrebbe essere considerata fin dall'inizio della gravidanza per consentire alla donna di prendere una decisione informata sulla procedura e sviluppare un adeguato piano del parto.

L'OMS raccomanda la deinfibulazione per la prevenzione e il trattamento delle complicanze ostetriche.

Indicazioni alla deinfibulazione:

- scelta personale della donna;
- facilitare le procedure ginecologiche che richiedono manualità, esame speculare o trattamento vaginale;
- trattare condizioni patologiche come:
 - ritenzione urinaria;
 - infezioni ricorrenti delle vie urinarie e/o infezioni renali;
 - infezioni ricorrenti dell'apparato genitale;
 - problemi mestruali, come ematocolpo e dismenorrea (soprattutto nelle adolescenti);
 - dispareunia;
 - penetrazione difficile durante il rapporto sessuale;
 - aborto incompleto;
 - altre condizioni ginecologiche come il tumore del collo dell'utero;
 - consentire l'interruzione della gravidanza, se necessario;
 - uso di alcuni metodi contraccettivi.

Controindicazioni alla deinfibulazione:

- rifiuto della donna;
- il tessuto cicatriziale non può essere sollevato e tagliato.

La deinfibulazione deve essere una scelta informata e consapevole della donna.

È raccomandato offrire alla donna e se lo desidera anche al partner, una consulenza con informazioni esaustive sulla deinfibulazione, i benefici della procedura e i cambiamenti anatomici e fisiologici che avverranno, concedendo alla donna il tempo per decidere se, come e quando sottoporsi all'intervento.



Durante il colloquio preoperatorio è consigliato l'utilizzo di tavole anatomiche; le informazioni devono essere approfondite per tutto il piano di cura, anche attraverso il supporto psicologico, per ottenere, se la donna sceglie di sottoporsi alla procedura, il consenso e per descrivere il percorso informativo e decisionale effettuato.

La deinfibulazione può essere effettuata prima della gravidanza, durante la gravidanza, (preferibilmente durante il secondo trimestre, dalla 20^a alla 28^a settimana di gestazione) o al parto, durante il primo stadio del travaglio o in periodo espulsivo.

La deinfibulazione è raccomandata per le MGF di tipo III al fine di facilitare la nascita.

Ci sono vantaggi e svantaggi della procedura in tutti i momenti in cui si sceglie di eseguirla.

Se la deinfibulazione prevista al parto non viene praticata per il ricorso a taglio cesareo urgente, l'opzione della deinfibulazione peri operatoria (cioè subito dopo il taglio cesareo) dovrebbe essere considerata e possibilmente discussa con la donna.

Se la deinfibulazione perioperatoria non viene eseguita, si deve pianificare il follow-up in un ambulatorio dedicato, cosicché la procedura possa essere proposta prima di una gravidanza successiva.

L'OMS raccomanda di offrire alle ragazze e alle donne candidate alla deinfibulazione un adeguato briefing pre operatorio. In Italia la reinfibulazione è proibita dalla Legge e per nessun motivo può essere eseguita.

Procedura di deinfibulazione

- predisporre sterilmente il set dei ferri chirurgici e fili riassorbibili 3-0;
- esporre i genitali e pulire la zona perineale con tamponi antisettici;
- garantire una buona asepsi, se necessario utilizzare una siringa senza ago per la disinfezione vaginale;
- iniziare palpando il tessuto cicatriziale, eventualmente il clitoride, per identificare il sottostante meato uretrale;
- assicurarsi di definire la linea centrale di incisione, segnandola prima di iniziare, per evitare l'asimmetria labiale;
- introdurre delicatamente il dito indice e se possibile medio – o una pinza mosquito – sotto l'amaca cicatriziale anteriormente e sollevare leggermente il tessuto;
- infiltrare con l'anestetico locale l'area da incidere su entrambi i lati (anestesia locale con lidocaina 1% per infiltrare tutta la cicatrice o anestesia spinale);
- con il dito o la guida sotto la cicatrice, introdurre con cautela le forbici di Mayo (o un bisturi) sulla linea mediana e incidere la cicatrice procedendo dal basso verso il clitoride, scoprendo il meato uretrale (deinfibulazione parziale) o la regione del clitoride (defibulazione totale) sulla base di quanto concordato in precedenza con la donna;
- in caso di aderenze, posizionare un catetere vescicale non appena si scopre l'uretra e mantenerlo per tutta la durata dell'intervento;
- porre attenzione a non causare danni alle strutture sotto la cicatrice (uretra, piccole labbra e clitoride);
- ispezionare i bordi tagliati ed eseguire emostasi se necessario;
- ricostruire le grandi labbra e/o piccole labbra suturando i bordi grezzi dell'incisione con sutura continua non incavigliata o a punti staccati utilizzando un filo sottile a riassorbimento rapido 3-0.



Deinfibulazione intrapartum: durante il travaglio o parto (episiotomia anteriore)

- valgono gli stessi principi chirurgici descritti sopra;
- l'incisione deve essere eseguita quando la parte presentata corona, all'acme di una contrazione uterina e dopo la somministrazione dell'anestetico locale per ridurre al minimo il dolore;
- la sutura delle labbra deinfibulate può essere ritardata fino a dopo il parto.

Assistenza post-operatoria

- se la defibulazione è stata eseguita in anestesia generale o spinale, svuotare la vescica con un catetere al termine dell'intervento;
- non è necessario mantenere il catetere urinario a permanenza;
- la guarigione completa si ottiene entro 3-4 settimane;
- le principali possibili complicanze intraoperatorie sono emorragie minori e lesioni dell'uretra o del clitoride;
- le complicanze a breve termine sono infezioni del sito chirurgico, adesione spontanea delle labbra, soprattutto nella parte superiore della cicatrice e infezioni delle vie urinarie;
- pianificare un primo controllo post-operatorio a sette giorni e se il decorso post-operatorio è regolare, prevedere un successivo controllo a 30 giorni;
- informare la donna sulla corretta igiene intima e la necessità di separazione manuale quotidiana e con acqua delle grandi labbra almeno tre volte al giorno, per evitare l'adesione spontanea;
- consigliare di effettuare la minzione sotto un getto d'acqua per ridurre il bruciore causato dal passaggio dell'urina sulle parti suture;
- prescrivere antidolorifici;
- garantire la continuità assistenziale post-operatoria e in puerperio.

Si consiglia la visione del video: www.jsm.jsexmed.org.

Bibliografia

- Care of girls and women living with female genital mutilation. A clinical handbook. World Health Organization 2018.
- Integrating female genital mutilation content into nursing and midwifery curricula: a practical guide ISBN 978-92-4-004202-5 (electronic version) ISBN 978-92-4-004203-2 (print version) World Health Organization 2022.
- WHO Guidelines on the Management of Health Complications from Female Genital Mutilation [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2023 Mar 11]. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK368483/>
- Abdulcadir J, Marras S, Catania L, Abdulcadir O, Petignat P. Defibulation: A Visual Reference and Learning Tool. J Sex Med. 2018 Apr;15(4):601–11.
- Female Genital Mutilation and its Management (Green-top Guideline No. 53) July 2015 RCOG.
- Legge 9 gennaio 2006, n. 7 "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 14 del 18 gennaio 2006.



- Linee guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche (art. 4 – legge n. 7 del 2006). Decreto del 26 Marzo 2008 Ministero della Salute.

Appendice 14.5 Valutazione del perineo al parto - episiotomia anteriore e medio laterale, o tipi più estesi, nelle donne con MGF

Valutare l'esito cicatriziale e il perineo durante il parto nelle donne con MGF è molto difficile. Ci sono pochissime informazioni disponibili per gli operatori sanitari basate sull'evidenza, per assistere le donne che vivono con MGF e ridurre al minimo i rischi ostetrici. Fondamentale è classificare il tipo di MGF a cui la donna è stata sottoposta e porre particolare cura nelle donne con MGF di tipo III. Non è raro che la guarigione sia difettosa producendo una cicatrice a tratti perforata, più frequente nel tipo IIIb. L'anatomia, all'ispezione, può essere significativamente distorta e il piccolo pertugio che consente alla donna di mingere o che permette la fuoriuscita del sangue mestruale non sempre è visibile e facile da localizzare. In questi casi, valutare la possibilità della fuoriuscita delle lochiazioni quando la nascita avviene con il taglio cesareo.

L'introito vaginale, in alcuni studi, viene valutato in base a quante dita esploratrici possono percorrerlo ma questa valutazione non è dirimente rispetto all'indicazione dell'episiotomia; inoltre, la cute è spesso ipoelastica. Ragionevole è pensare che più l'esito cicatriziale ostruisce l'introito vaginale e più l'episiotomia anteriore associata a quella medio laterale saranno sia risolutive per la progressione della parte presentata, che preventive per le lacerazioni sfinteriali da trauma perineale ostetrico e per l'emorragia post-partum.

Nelle donne con MGF di tipo III, o in quelle con mutilazioni che occludono l'ostio vaginale, associare l'episiotomia medio laterale, o qualsiasi tipo di episiotomia (laterale a "J" ecc), all'episiotomia anteriore, è dunque protettivo; dati i rischi associati all'episiotomia tuttavia, dovrebbe essere utilizzata l'episiotomia meno estesa e solo quando necessaria.

Non è ancora definito il momento migliore per eseguire l'episiotomia allo scopo di garantire i migliori esiti e tutte le linee guida si basano sull'opinione di esperti. L'episiotomia anteriore (o deinfibulazione) viene comunemente eseguita per rilasciare il tessuto cicatriziale ma quando una donna con MGF si presenta in travaglio, il tipo ottimale di episiotomia e il tempo per eseguirla non sono noti. L'esecuzione dell'episiotomia anteriore all'inizio del travaglio richiede l'anestesia e può aumentare il rischio di sanguinamento intra partum, poiché l'incisione sarebbe irritata dalle successive esplorazioni vaginali. Ritardare la procedura fino a subito prima del parto d'altronde, può aumentare il rischio di emorragie post partum dovute a travaglio prolungato.

Nell'assistenza al parto e al perineo delle donne con MGF è fondamentale valutare la storia ostetrica, la parità, gli esiti dei precedenti parti, l'introito vaginale, la cicatrice perineale, le complicanze rilevate e la dispareunia per poter personalizzare le pratiche ostetriche e assecondare l'istinto della donna; sono inoltre raccomandati valutazione visiva dei tessuti, impacchi caldi sul perineo, spinta in espirazione, posizione libera o postura, manovre di flessione della parte presentata, manovre di protezione e sostegno del perineo e sempre relazione di sharing.

Bibliografia

- Rodriguez MI, Seuc A, Say L, Hindin MJ. Episiotomy and obstetric outcomes among women living with type 3 female genital mutilation: a secondary analysis. Reprod Health. 2016 Oct 10;13(1):131.



Appendice 14.6 La Legislazione italiana

Legge 9 gennaio 2006, n. 7 “Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile” pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 14 del 18 gennaio 2006:

- Art 1... la presente legge detta le misure necessarie per prevenire, contrastare e reprimere le pratiche di mutilazione genitale femminile quali violazioni dei diritti fondamentali all'integrità della persona e alla salute delle donne e delle bambine.
- Art 6... «Art. 583-bis. – (Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili) – Chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, cagiona una mutilazione degli organi genitali femminili è punito con la reclusione da quattro a dodici anni. Ai fini del presente articolo, si intendono come pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili la clitoridectomia, l'escissione e l'infibulazione e qualsiasi altra pratica che cagioni effetti dello stesso tipo.

Chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, provoca, al fine di menomare le funzioni sessuali, lesioni agli organi genitali femminili diverse da quelle indicate al primo comma, da cui derivi una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da tre a sette anni. La pena è diminuita fino a due terzi se la lesione è di lieve entità.

La pena è aumentata di un terzo quando le pratiche di cui al primo e al secondo comma sono commesse a danno di un minore ovvero se il fatto è commesso per fini di lucro.

Le disposizioni del presente articolo si applicano altresì quando il fatto è commesso all'estero da cittadino italiano o da straniero residente in Italia, ovvero in danno di cittadino italiano o di straniero residente in Italia. In tal caso, il colpevole è punito a richiesta del Ministro della giustizia.

- Art. 583-ter. – (Pena accessoria) – La condanna contro l'esercente una professione sanitaria per taluno dei delitti previsti dall'articolo 583-bis importa la pena accessoria dell'interdizione dalla professione da tre a dieci anni. Della sentenza di condanna è data comunicazione all'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri».

Tale Legge è divisa in due capitoli, e fa precedere significativamente le misure preventive alle misure punitive, in considerazione del fatto che una prevenzione efficace, potrebbe annullare le misure di repressione, perché non ci dovrebbero più essere bambine sottoposte alle MGF. Inoltre, prevede risorse finanziarie per realizzare attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione. La Legge prevede infatti la realizzazione di campagne di informazione con il coinvolgimento delle organizzazioni con esperienza in questo settore e delle comunità interessate dalle MGF, la formazione del personale sanitario e socio-sanitario per affrontare i problemi di salute incontrati dalle donne che hanno subito la pratica delle mutilazioni genitali anche con la definizione di linee guida specifiche e la realizzazione di materiale informativo, compresa la creazione di un numero verde presso il Ministero dell'Interno.



Bibliografia

- Legge 9 gennaio 2006, n. 7 “Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile”; pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 14 del 18 gennaio 2006.
- Linee guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche (art. 4 – legge n. 7 del 2006). Decreto del 26 Marzo 2008 Ministero della Salute.