

Proteggere la Fisiologia in Sala Parto: Qual è il Futuro del Basso Rischio Ostetrico?

Gabriella Gentile, Angela Maccagnola, Anna Domenica Mignuoli

Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica (FNOPO), Roma, Italia

Autrice corrispondente: Gabriella Gentile; e-mail: g.gentile@fnopo.it

Abstract

Il presente contributo esplora il ruolo in evoluzione dell'assistenza ostetrica all'interno dei sistemi sanitari contemporanei, evidenziando la necessità di riorientare gli interventi assistenziali al percorso nascita verso modelli orientati alla promozione e tutela dei processi fisiologici, centrati sulla persona e fondati sui diritti delle persone assistite. In un contesto caratterizzato da un aumento delle patologie croniche, dello stress psicosociale e della medicalizzazione della gravidanza e del parto, la promozione della fisiologia — in particolare durante i primi 1.000 giorni — emerge come priorità strategica di salute pubblica con implicazioni a lungo termine sul benessere materno, neonatale e collettivo. Il lavoro analizza modelli organizzativi quali il Basso Rischio Ostetrico (BRO) e le Case della Comunità, sottolineandone la capacità di favorire la continuità assistenziale, ridurre interventi non necessari e contrastare le disuguaglianze sociali e sanitarie. Particolare attenzione è riservata al ruolo dell'ostetrica come case manager, anche in scenari non fisiologici quali il travaglio con analgesia epidurale, dove la collaborazione interdisciplinare e il sostegno emotivo, relazionale e informativo restano essenziali. L'articolo discute infine le competenze richieste all'ostetrica del XXI secolo, con riferimento alla formazione continua, alla ricerca e all'integrazione etica delle tecnologie emergenti, inclusa l'intelligenza artificiale. Si propone un cambiamento di paradigma verso un modello integrato, olistico e salutogenico di assistenza al percorso nascita, che riconosca le ostetriche come figure chiave nella promozione di percorsi nascita personalizzati, sicuri e sostenibili.

Parole chiave: *Basso Rischio Ostetrico (BRO); Assistenza ostetrica; Fisiologia; Primi 1000 giorni; Case della Comunità; Epidurale; Continuità assistenziale; Salutogenesi.*

Fisiologia, società contemporanea e promozione della salute nei primi 1000 giorni

In un contesto sanitario in costante trasformazione è necessario interrogarsi sul futuro dell'assistenza ostetrica e su come valorizzare i processi fisiologici. La società contemporanea è caratterizzata da un incremento delle patologie croniche, da stili di vita sedentari e da un crescente livello di stress psicosociale. Tali condizioni contribuiscono ad una visione medicalizzata di eventi fisiologici, compresi la gravidanza ed il parto, trattati sempre più spesso come condizioni patologiche da monitorare e controllare attraverso interventi clinici, anche quando non strettamente necessari.

Questa tendenza ha implicazioni significative sia sul piano sanitario, in termini di aumento degli interventi e dei costi, sia sul piano culturale, poiché contribuisce a ridurre la fiducia dell'individuo nei processi naturali del corpo umano. La promozione della fisiologia assume pertanto un valore

strategico, in particolare per quanto riguarda la gravidanza ed il parto¹. Difendere la naturalità della gravidanza e del parto significa promuovere un modello di salute che rispetti i tempi biologici e favorisca la centralità della diade mamma-bambino^{2,3}.

Numerose evidenze scientifiche hanno dimostrato che i primi 1000 giorni di vita, che comprendono il periodo della gestazione e i primi due anni di vita del bambino, costituiscono una finestra importante di opportunità per la salute individuale e pubblica. Le condizioni di salute materna durante la gravidanza, l'alimentazione, l'ambiente familiare ed il sostegno psicosociale incidono in maniera significativa sullo sviluppo neurocognitivo, immunitario e psicosociale del neonato e sul benessere a lungo termine del bambino, con effetti determinanti sulla sua salute in età adulta^{4,5}. Investire nei primi 1000 giorni significa, dunque, investire nel futuro di una società più sana, equa e resiliente. Le politiche pubbliche devono riconoscere tale priorità, garantendo risorse adeguate e promuovendo una stretta collaborazione interdisciplinare tra professionisti sanitari e sociali^{4,5}.

In questo contesto, assume particolare rilevanza la promozione di programmi di sostegno alla genitorialità, finalizzati ad accompagnare le famiglie nel delicato processo di adattamento ai cambiamenti legati alla nascita di un figlio. L'attenzione alla salute mentale materna e paterna, insieme alla promozione di stili di vita salutari, rappresenta una componente essenziale di un approccio realmente globale e integrato.

Le ostetriche, in quanto custodi della fisiologia, sono chiamate a guidare questo processo, attraverso attività di prevenzione, educazione, sostegno e accompagnamento, rivestendo un ruolo fondamentale non solo durante la gravidanza ed il parto, ma anche nel supporto postnatale (promozione dell'allattamento, prevenzione della depressione post-partum, sostegno alla genitorialità e orientamento verso servizi sanitari e sociali), garantendo la continuità assistenziale durante tutto il percorso nascita. Questo approccio integrato migliora gli outcome materno-fetali e favorisce non solo la salute individuale, ma anche quella collettiva, contribuendo alla riduzione delle disuguaglianze sociali e sanitarie.

Le ostetriche rappresentano il punto di contatto tra le evidenze scientifiche ed il vissuto delle donne, favorendo una cultura della nascita che riconosce la salute come benessere globale, olistico e di One Health, non riducibile alla sola assenza di malattia.

In tale prospettiva, è fondamentale che le politiche pubbliche investano in programmi di sostegno ai primi 1000 giorni, coinvolgendo non solo il settore sanitario, ma anche quello educativo e sociale. L'interconnessione tra benessere fisico, salute mentale e condizioni socio-economiche dimostra quanto sia necessario un approccio integrato, multidisciplinare e multidimensionale^{4,5}. L'ostetrica, per sua specifica formazione e competenza, è la professionista di riferimento per la presa in carico della donna/coppia lungo tutto il percorso nascita: promuove i processi fisiologici con un approccio assistenziale fondato sul modello salutogenico ed attiva percorsi integrati con altri professionisti quando necessario.

Modelli assistenziali e organizzativi

Il modello BRO e le Case della Comunità

La strutturazione dei modelli assistenziali rappresenta una delle principali sfide dei sistemi sanitari contemporanei. Il modello tradizionale, basato su un'organizzazione ospedaliera e medico-centrica, ha garantito per decenni un approccio orientato alla sicurezza, ma ha anche contribuito ad una progressiva medicalizzazione della nascita.

La transizione verso modelli di assistenza ostetrica si riferisce al processo di riorientamento dei sistemi sanitari, passando dall'attuale modello di assistenza frammentato e orientato al rischio, a un modello in cui donne e neonati, a partire dal concepimento e per tutto il periodo postnatale, ricevono un'assistenza equa, incentrata sulla persona, rispettosa, integrata e di alta qualità, fornita e coordinata da ostetriche che lavorano all'interno di team interdisciplinari collaborativi.

I modelli di assistenza ostetrica sono adattabili a tutti i livelli di assistenza e contesti, quali setting domiciliari, comunitari e ospedalieri; settore pubblico e privato; partenariati pubblico-privato; ambienti con risorse limitate; contesti umanitari e di crisi. Ciò garantisce ampia accessibilità, equità e rilevanza in diversi contesti culturali per donne, neonati, partner, famiglie e comunità.

I principi che guidano i modelli di assistenza ostetrica sono: assistenza equa e basata sui diritti umani per tutte le donne e i neonati; assistenza incentrata sulla persona e rispettosa, che incoraggia una relazione di fiducia ed una partnership; assistenza di alta qualità, in linea con la filosofia ostetrica; assistenza coordinata dalle ostetriche in tutti i contesti; assistenza integrata e collaborativa.

Nel 2017 il Ministero della Salute⁶ ha emanato le Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO); si è quindi progressivamente affermato il modello del BRO, in cui l'ostetrica rappresenta la figura di riferimento per le donne a basso rischio ostetrico. Questo modello riconosce l'autonomia della professione ostetrica nella gestione della fisiologia, riducendo l'impatto di interventi clinici non necessari e restituendo alla donna un ruolo attivo e da protagonista nel proprio percorso nascita.

Inoltre, in Italia, il Decreto Ministeriale 77/2022 ha introdotto un nuovo assetto organizzativo per l'assistenza territoriale, definendo le Case della Comunità come presidi fondamentali di prossimità⁷. Queste strutture hanno l'obiettivo di offrire servizi integrati, multidisciplinari e personalizzati. Le ostetriche, in tale contesto, come anche nei consultori, possono svolgere un ruolo determinante nella promozione della salute materno-infantile, nella prevenzione e nell'educazione sanitaria, contribuendo anche alla riduzione delle disuguaglianze di accesso ai servizi⁷.

L'implementazione del BRO e delle Case della Comunità consente di ridurre i costi legati a ospedalizzazioni inappropriate, migliorare la continuità assistenziale e potenziare la capacità del sistema sanitario di rispondere ai bisogni reali della popolazione. Un ulteriore elemento di riflessione riguarda la necessità di integrare le esperienze territoriali con quelle ospedaliere, creando reti di collaborazione tra professionisti che garantiscano fluidità nei percorsi assistenziali. Il rafforzamento dei servizi di prossimità non deve infatti generare frammentazioni, ma al contrario favorire un'integrazione più ampia. In questo contesto di integrazione, l'ostetrica assume il ruolo di case manager, in quanto professionista di riferimento della donna in tutte le sue fasi di vita e figura di raccordo tra i vari professionisti necessari per l'assistenza ed il sostegno alla donna in ambito bio-psico-sociale.

Evidenze scientifiche ed esiti quantitativi

La letteratura recente fornisce un solido sostegno empirico al modello di assistenza ostetrica per le gravidanze a basso rischio. La revisione Cochrane aggiornata da Sandall et al.³, che ha incluso 17 studi randomizzati e 18.533 donne, mostra come i modelli di continuità assistenziale ostetrica, confrontati con altri modelli assistenziali, aumentino il parto vaginale spontaneo dal 66% al 70% (RR 1,05; IC 95% 1,03–1,07; evidenza di certezza moderata) e riducano i tagli cesarei dal 16% al 15% (RR 0,91; IC 95% 0,84–0,99; evidenza di certezza moderata). Le donne assistite con questi modelli riportano inoltre minori tassi di parto strumentale ed esperienze positive di parto.

La meta-analisi di Sriram et al.², che ha analizzato 44 studi per un totale di 1.397.320 gravidanze, conferma e amplia tali risultati: l'assistenza ostetrica per le gravidanze a basso rischio si associa ad un minor rischio di taglio cesareo non programmato, parto vaginale strumentale, stimolazione del travaglio, analgesia epidurale/spinale, episiotomia e gestione attiva del terzo stadio. Si osservano inoltre degenze più brevi e tassi più bassi di infezione, rimozione manuale della placenta, trasfusione e ricovero in terapia intensiva, senza compromissione degli esiti neonatali.

Particolarmente rilevante sotto il profilo della salute pubblica è l'impatto della continuità ostetrica territoriale nelle popolazioni socialmente svantaggiate, dove può ridurre in modo significativo la prevalenza di parto pretermine, contribuendo così alla riduzione delle disuguaglianze perinatali^{3,8}

Limiti, evidenze contrastanti e considerazioni implementative

Una lettura equilibrata della letteratura richiede di considerare anche evidenze meno favorevoli. Lo studio di coorte retrospettivo di Wernham et al.¹ condotto in Nuova Zelanda su 244.047 gravidanze, ha riportato una maggiore frequenza di alcuni esiti neonatali avversi nel gruppo seguito da ostetriche rispetto al gruppo seguito da medici come lead maternity carer: punteggio di Apgar <7 a 5 minuti (OR 0,52; IC 95% 0,43–0,64 a favore del gruppo medico-led), asfissia perinatale (OR 0,45; IC 95% 0,32–0,62) ed encefalopatia neonatale (OR 0,61; IC 95% 0,38–0,97).

Tali risultati vanno interpretati con cautela alla luce di importanti limiti metodologici e contestuali: il disegno retrospettivo, il rischio di confondimento residuo, il sistema neozelandese caratterizzato da un'autonomia ostetrica particolarmente ampia e da modalità di referral peculiari rispetto ad altri contesti europei. Lo stesso editoriale che accompagna lo studio invita a non generalizzare i risultati, sottolineando come la letteratura aggregata supporti l'efficacia e la sicurezza del midwife-led care quando integrato in sistemi con criteri chiari di stratificazione del rischio e trasferimento.

Il messaggio principale che emerge è quindi quello della necessità di un'implementazione contesto-specifica, supportata da:

- criteri espliciti e condivisi di stratificazione del rischio per l'accesso ed il mantenimento nel percorso BRO;
- protocolli di trasferimento tempestivi e formalizzati in caso di insorgenza di fattori di rischio o complicazioni;
- integrazione strutturale con l'assistenza ospedaliera e con i team interdisciplinari (ostetrico-ginecologico, anestesiologicalo, neonatologico, psicologico, sociale, altri specialisti);
- modelli organizzativi sostenibili sul piano della reperibilità e dei carichi di lavoro, con attenzione alla prevenzione del burnout professionale;
- adeguato finanziamento e governance del modello, con indicatori di esito e di processo monitorati nel tempo.

La letteratura segnala infatti come l'efficacia del BRO dipenda non solo dal modello in sé, ma dalle condizioni organizzative, professionali e culturali in cui esso è implementato^{3,9}. Resistenze inter-professionali, carenza di personale, formazione non omogenea e assenza di percorsi di trasferimento chiari rappresentano tra i principali ostacoli alla sostenibilità e alla replicabilità del modello.

Le raccomandazioni WHO per l'assistenza intrapartum

Le raccomandazioni dell'OMS per un'esperienza positiva del parto⁵ e la WHO Labour Care Guide User's Manual¹⁰ costituiscono il riferimento internazionale per la pratica ostetrica nell'assistenza al parto nelle gravidanze a basso rischio. La Tabella 1 sintetizza le principali raccomandazioni rilevanti per il modello BRO.

Tabella 1. Sintesi delle principali raccomandazioni WHO (2018–2020) rilevanti per l'assistenza intrapartum nelle gravidanze a basso rischio. Adattata dalle raccomandazioni WHO^{5,10}.

Pratica intrapartum	Raccomandazione WHO 2018 – 2020 (gravidanze a basso rischio)
Esame vaginale	Raccomandato esame vaginale ogni 4 ore in fase attiva, salvo indicazione clinica diversa
Monitoraggio fetale	Raccomandata auscultazione intermittente del battito cardiaco fetale; cardiocotografia continua non raccomandata di routine nelle gravidanze a basso rischio
Partogramma	Utilizzo del partogramma raccomandato per la sorveglianza del travaglio
Mobilizzazione e posizioni	Mobilizzazione e scelta autonoma della posizione raccomandate; posizioni verticali in II stadio favoriscono la fisiologia
Sostegno continuo	Sostegno continuo “one-to-one” in travaglio raccomandato a tutte le donne
Episiotomia	Uso di routine non raccomandato; indicata solo per indicazioni cliniche selezionate
Augmentation con ossitocina	Uso non di routine per accelerare il travaglio in assenza di distocia
Clampaggio del cordone	Clampaggio tardivo (≥ 1 minuto) raccomandato per migliorare gli outcomes neonatali
Contatto pelle a pelle	Raccomandato contatto immediato e ininterrotto madre–neonato per almeno la prima ora dopo il parto
Assistenza rispettosa	Raccomanda un'assistenza materna rispettosa, organizzata ed erogata a tutte le donne in modo tale da preservarne dignità, privacy e riservatezza, evitando soprusi, mancanza di rispetto o trattamenti inadeguati e favorendo approcci tali da consentire una scelta informata e offrire un supporto continuo durante il travaglio e il parto
Comunicazione efficace	Raccomandata una comunicazione efficace tra i professionisti e le donne in travaglio, utilizzando modalità semplici e culturalmente appropriate
Persona di supporto	Raccomandata la presenza di una persona di fiducia scelta dalla donna per tutte le donne durante il travaglio e il parto
Continuità assistenziale	I modelli di continuità assistenziale guidati dall'ostetrica, nei quali un'unica ostetrica o un piccolo gruppo di ostetriche supporta la donna lungo tutto il percorso assistenziale antenatale, intrapartum e postnatale, sono raccomandati in contesti caratterizzati da programmi di assistenza ostetrica funzionanti e strutturati

Le raccomandazioni dell'OMS per un'esperienza positiva del parto⁵, insieme alla WHO Labour Care Guide User's Manual¹⁰, introducono un cambiamento paradigmatico nell'assistenza, evidenziando il valore dell'esperienza positiva del parto - che deve sempre essere tenuta in considerazione - fornendo raccomandazioni non solo sul piano clinico e assistenziale ma anche relativamente ai comportamenti professionali necessari.

L'applicazione coerente di queste raccomandazioni nella pratica del modello BRO permette di tradurre il principio della tutela della fisiologia in pratiche cliniche concrete, riducendo gli interventi non necessari e promuovendo un'esperienza di parto positiva e rispettosa.

Assistenza ostetrica al travaglio-parto con epidurale

Il ruolo di case manager dell'ostetrica resta rilevante anche in una condizione di "non fisiologia" come l'assistenza in un travaglio-parto con analgesia epidurale, che rappresenta una delle tecniche più efficaci per il controllo del dolore durante il travaglio ed è oggi largamente utilizzata nei contesti ospedalieri¹¹. Le variabili psicologiche prenatali, tra cui il livello di ansia, la paura del parto e il grado di attaccamento al feto, possono influenzare significativamente le preferenze analgesiche delle gestanti¹².

Le linee guida internazionali concordano sul fatto che, in assenza di controindicazioni mediche, la richiesta della donna costituisce di per sé un'indicazione sufficiente per l'analgesia in travaglio^{13,14}. Tale principio sottolinea il diritto della donna a un controllo efficace del dolore e impone all'organizzazione assistenziale di garantire l'accessibilità della parto-analgesia in tutti i punti nascita.

La diffusione della parto-analgesia ha modificato in parte la dinamica assistenziale, richiedendo un adattamento del ruolo dell'ostetrica, che rimane comunque centrale nella gestione globale della donna e del processo nascita. L'epidurale non deve ridurre l'esperienza del parto a un atto esclusivamente tecnico: l'ostetrica preserva la centralità della donna, promuove il contatto precoce madre-bambino e sostiene la fisiologia del postpartum⁵, garantendo un'assistenza personalizzata e rispettosa.

L'accompagnamento ostetrico inizia già nel percorso prenatale, con un counselling informativo strutturato sui benefici, i limiti e i possibili effetti collaterali della tecnica¹⁴. La discussione antenatale consente alla donna di maturare una scelta consapevole e di prepararsi emotivamente, riducendo l'ansia anticipatoria e migliorando la soddisfazione complessiva¹⁵.

Il sostegno continuo "one-to-one" in travaglio rappresenta una raccomandazione consolidata anche per le donne che ricorrono all'analgesia epidurale: la presenza di un caregiver formato riduce il ricorso ad interventi farmacologici aggiuntivi, migliora gli esiti perinatali e l'esperienza riferita dalle donne^{5,16}. Durante la procedura, l'ostetrica collabora con l'anestesista in equipe multidisciplinare, garantendo sicurezza, assistenza posturale e monitoraggio costante del benessere materno-fetale¹⁷, e mantiene un ruolo di mediazione comunicativa tra donna, équipe sanitaria e partner/caregiver, favorendo un clima di fiducia.

L'impatto emotivo dell'epidurale dipende in larga misura da variabili soggettive e contestuali, come le aspettative individuali rispetto al parto, il supporto del personale sanitario e la cultura di riferimento. Per questo motivo appare fondamentale promuovere modelli assistenziali che integrino l'aspetto clinico con un sostegno professionale che agisca sul piano emotivo, fisico, ambientale, comunicativo e relazionale, garantendo a tutte le donne un'assistenza one-to-one ed un'esperienza di parto sicura, positiva, rispettosa e centrata sulla donna.

L'ostetrica del III millennio e il nuovo paradigma dell'assistenza alla nascita

La figura dell'ostetrica si è evoluta profondamente negli ultimi decenni. Se un tempo era limitata al supporto durante il parto, oggi essa incarna un ruolo complesso che integra competenze cliniche, relazionali ed organizzative. L'ostetrica del III millennio si configura come professionista capace di promuovere i pilastri della salute pubblica: valorizzazione della fisiologia, empowerment delle donne, continuità assistenziale e riduzione della medicalizzazione.

L'approccio metodologico a conduzione ostetrica moderno si inserisce in un sistema sanitario orientato alla prevenzione e alla promozione della salute, che richiede una maggiore attenzione al rispetto dei diritti delle donne e alla costruzione di percorsi personalizzati. L'ostetrica diviene, quindi, un punto di riferimento stabile, in grado di garantire sostegno, accompagnamento, supporto emotivo ed informativo, oltre che assistenza clinica.

La transizione verso modelli di assistenza ostetrica, così come indicato dall'OMS⁵, prevede un progressivo riorientamento dei sistemi sanitari: da modelli frammentati e orientati al rischio, a percorsi equi, rispettosi e centrati sulla persona. In tali modelli, le ostetriche nel percorso nascita erogano l'assistenza per donne e neonati dal concepimento ai due anni di vita del bambino, favorendo continuità, qualità e sicurezza⁵.

L'attuale Sistema Sanitario tende ancora ad interpretare la nascita secondo un modello tecnocratico, caratterizzato da urgenza, controllo ed intervento. Questa impostazione ha favorito una medicalizzazione crescente, talvolta priva di reali benefici clinici, con il rischio di ridurre la dimensione umana ed esperienziale della gravidanza e del parto. Si rende quindi necessario un nuovo paradigma: un approccio che ponga al centro la fiducia della donna nei processi fisiologici, il rispetto dei tempi naturali e la valorizzazione della relazione tra donna e professionista sanitario. Tale paradigma si fonda su principi di empatia, ascolto attivo e continuità assistenziale.

In questo quadro, l'ostetrica rappresenta una figura particolarmente idonea a favorire e sostenere l'umanizzazione del percorso nascita. La sua presenza costante e competente contribuisce a ridurre il ricorso ad interventi invasivi, migliora la percezione del dolore, diminuisce la durata del travaglio e favorisce esiti positivi per madre e neonato. L'implementazione dell'empowerment e la promozione della consapevolezza e del diritto alla scelta informata rafforzano l'autonomia delle donne e contribuiscono a costruire una cultura della nascita fondata sul rispetto reciproco.

È opportuno sottolineare anche la dimensione sociale della professione ostetrica, che non si limita a fornire prestazioni cliniche ma garantisce la presa in cura promuovendo una relazione professionale di partnership con la donna. L'ostetrica diventa promotrice di una cultura della salute, capace di incidere sulle comunità e di sostenere le famiglie nella costruzione di reti di solidarietà e mutuo aiuto (ostetrica di comunità). Accompagna e sostiene la donna nella comprensione dei cambiamenti che avvengono nel suo corpo, aiutandola a trovare di volta in volta le proprie strategie di gestione per la gravidanza, il parto, l'allattamento e le cure genitoriali. Il cambiamento di paradigma richiesto non è, dunque, soltanto clinico, ma anche culturale e organizzativo: significa promuovere un diverso modo di intendere la salute, che non si limiti alla cura della malattia, ma che sappia valorizzare la prevenzione, la relazione e il rispetto delle esperienze individuali.

Formazione continua, sviluppo professionale, ricerca ed innovazione in ostetricia

L'evoluzione della professione ostetrica richiede un costante aggiornamento delle competenze. La formazione continua non deve limitarsi all'acquisizione di nuove conoscenze tecnico-scienti-

fiche, ma deve includere anche aspetti relazionali, comunicativi ed etici. Queste competenze sono fondamentali per un'assistenza realmente centrata sulla persona.

L'integrazione di percorsi formativi multidisciplinari consente alle ostetriche di collaborare efficacemente con altre figure socio-sanitarie, rafforzando la continuità assistenziale e promuovendo modelli organizzativi innovativi. La valorizzazione dell'autonomia dell'ostetrica, come professionista capace di assumere decisioni clinico-assistenziali, è un elemento imprescindibile per la modernizzazione del sistema sanitario.

È necessario potenziare gli strumenti di formazione permanente, includendo percorsi di simulazione clinica, attività di ricerca applicata e programmi di mentoring tra professionisti senior e junior. Questi strumenti permettono di sviluppare capacità pratiche, aggiornare metodologie e rafforzare le soft skill e la dimensione etica della professione.

La ricerca scientifica costituisce un pilastro fondamentale per l'evoluzione dell'assistenza ostetrica. Attraverso studi clinici, epidemiologici e organizzativi è possibile sviluppare protocolli basati su evidenze, ottimizzare l'utilizzo delle risorse e garantire una maggiore sicurezza per donne e neonati. L'ostetrica deve assumere un ruolo attivo in questo processo, sia come utilizzatrice critica della letteratura, sia come produttrice di nuove conoscenze. La partecipazione a progetti di ricerca e l'adozione di pratiche evidence-based contribuiscono alla diffusione di standard assistenziali elevati e all'innovazione organizzativa.

Intelligenza artificiale e innovazione tecnologica nell'assistenza ostetrica

Le nuove tecnologie, inclusa l'intelligenza artificiale (IA), iniziano a trovare applicazione anche nell'assistenza ostetrica e perinatale. Tra gli ambiti di sviluppo più documentati vi sono i sistemi di supporto decisionale per l'interpretazione della cardiocografia (AI-driven CTG), oggetto di studi qualitativi e clinici recenti che ne valutano affidabilità e accettazione tra le ostetriche e gli specialisti dell'area perinatale¹⁸; algoritmi predittivi per la stratificazione del rischio di parto pretermine, preeclampsia e diabete gestazionale; e applicazioni di telemedicina per il follow-up territoriale e l'educazione perinatale.

Una recente revisione sistematica¹⁹ documenta una rapida espansione delle applicazioni di IA e machine learning in ostetricia e ostetricia-midwifery, con particolare attenzione al monitoraggio fetale, al supporto diagnostico per immagini e alla previsione di esiti avversi. Tali strumenti possono supportare le decisioni cliniche basate su dati, ma non possono sostituire la relazione umana, l'empatia ed il sostegno che caratterizzano l'assistenza ostetrica. L'innovazione deve dunque essere integrata in modo critico ed eticamente orientato, tenendo conto del rischio di affidamento epistemico eccessivo, dei bias dei dataset, della trasparenza degli algoritmi e della tutela della privacy delle donne assistite¹⁸.

Un ulteriore ambito di ricerca riguarda la valutazione dell'impatto delle politiche sanitarie sulla salute materno-infantile. Studi longitudinali e comparativi possono contribuire a individuare le pratiche più efficaci e ad orientare l'allocazione delle risorse, promuovendo un sistema più equo ed efficiente.

Conclusioni

L'ostetrica del III millennio rappresenta una figura chiave per il futuro della salute materno-infantile. Il suo ruolo di case manager, capace di integrare competenze cliniche, scientifiche e relazionali, consente di promuovere percorsi nascita personalizzati, sicuri e sostenibili. La transizione verso modelli di assistenza ostetrica fondati sulla valorizzazione della fisiologia, sul rispetto dei

diritti delle donne e sull'autonomia decisionale costituisce una strategia prioritaria per migliorare gli esiti di salute e ridurre le disuguaglianze.

Le evidenze più recenti confermano l'efficacia dei modelli di continuità assistenziale ostetrica nelle gravidanze a basso rischio, con una riduzione degli interventi non necessari ed un aumento del parto vaginale spontaneo. Una lettura equilibrata della letteratura impone tuttavia di considerare anche evidenze meno favorevoli e le condizioni organizzative che ne determinano la sicurezza: criteri chiari di stratificazione del rischio, protocolli di trasferimento, integrazione interdisciplinare e sostegno al benessere professionale degli operatori.

Investire nella formazione continua, nella ricerca e nell'innovazione — inclusa l'integrazione etica delle tecnologie emergenti — rappresenta una scelta imprescindibile per costruire un sistema sanitario più vicino alla persona e orientato al benessere globale. Il futuro del BRO, inteso come percorso per le gravidanze a basso rischio ostetrico, non può prescindere da una riflessione etica e culturale più ampia, che valorizzi la dignità della donna, la centralità della famiglia ed il ruolo delle professioni socio-sanitarie nel costruire comunità più sane ed inclusive.

Dichiarazioni

Intelligenza Artificiale (IA)

Nella stesura del presente contributo gli autori hanno utilizzato strumenti di intelligenza artificiale a supporto della revisione linguistica e dell'organizzazione bibliografica. Tutti i contenuti scientifici, l'interpretazione delle evidenze e le conclusioni sono frutto del lavoro intellettuale degli autori, che si assumono piena responsabilità dell'accuratezza e dell'integrità del manoscritto.

Contributi degli autori

Gabriella Gentile: ideazione e stesura del manoscritto; Anna Domenica Mignuoli: revisione critica della letteratura; Angela Maccagnola: revisione finale e supervisione. Tutti gli autori hanno letto e approvato la versione finale del manoscritto.

Conflitto di interessi

Gli autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interesse da segnalare in relazione al presente lavoro.

Approvazione comitato etico

Non applicabile.

Finanziamenti

Questo lavoro non ha ricevuto finanziamenti.

Consenso informato

Non applicabile. Il manoscritto non contiene dati identificativi o casi clinici.

Bibliografia

1. Wernham E, Gurney J, Stanley J, Ellison-Loschmann L, Sarfati D. A Comparison of Midwife-Led and Medical-Led Models of Care and Their Relationship to Adverse Fetal and Neonatal Outcomes: A Retrospective Cohort Study in New Zealand. *PLoS Med.* 2016;13(9):e1002134.

2. Sriram S, Almutairi FM, Albadrani M. Midwife-Led Versus Obstetrician-Led Perinatal Care for Low-Risk Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis of 1.4 Million Pregnancies. *J Clin Med*. 2024;13(22):6629.
3. Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, et al. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024;4(4):CD004667.
4. UNICEF. Early Childhood Development: the first 1000 days [Internet]. 2020 [cited 2026 May 22]. Available from: <https://www.unicef.org/early-childhood-development/first-1000-days>
5. World Health Organization (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
6. Italian Ministry of Health. Guidelines for the autonomous management of low-risk pregnancies by midwives. Rome: Ministry of Health; 2017.
7. Italian Ministry of Health. Ministerial Decree 77/2022: models and standards for the development of community healthcare in the National Health Service. Rome: Ministry of Health; 2022.
8. Fernandez Turienzo C, Bick D, Briley AL, et al. Midwifery continuity of care versus standard maternity care for women at increased risk of preterm birth: A hybrid implementation-effectiveness, randomised controlled pilot trial in the UK. *PLoS Med*. 2020;17(10):e1003350.
9. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014;384(9948):1129-1145.
10. World Health Organization (2020). WHO Labour Care Guide User's Manual. Geneva: WHO. Available from: <https://www.who.int/health-topics/maternal-health>
11. Anim-Somuah M, Smyth RM, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;5(5):CD000331.
12. Fumić Dunkić L, Vuletić G. Pain and anxiety experience in the choice of epidural analgesia in delivery. *Acta Clin Croat*. 2022;60(3):399-405.
13. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 209: Obstetric Analgesia and Anesthesia. *Obstet Gynecol*. 2019;133(3):e208-e225.
14. NICE (2023). Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. NICE Guideline NG235. National Institute for Health and Care Excellence, London. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>
15. herel Q, Burey J, Rousset J, et al. Epidural analgesia information sessions provided by anesthetic nurses: impact on satisfaction and anxiety of parturient women a prospective sequential study. *BMC Anesthesiol*. 2022;22(1):105.
16. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;7(7):CD003766.
17. Chalmers B, Hodnett ED. Effects of epidural analgesia on labor progress and maternal–infant outcomes. *J Perinat Educ*. 2019;28(3):156-165.
18. Dlugatch R, Georgieva A, Kerasidou A. AI-driven decision support systems and epistemic reliance: a qualitative study on obstetricians' and midwives' perspectives on integrating AI-driven CTG into clinical decision making. *BMC Med Ethics*. 2024;25(1):6.
19. Giaxi P, Vivilaki V, Sarella A, Harizopoulou V, Gourounti K. Artificial Intelligence and Machine Learning: An Updated Systematic Review of Their Role in Obstetrics and Midwifery. *Cureus*. 2025;17(3):e80394.