

Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli"

Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe Bozen

Scuola Provinciale Superiore di Sanità Bolzano

Claudiana

**CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA
LAUREATSSTUDIENGANG FÜR HEBAMMEN**

TESI DI LAUREA

DIPLOMARBEIT

**“Vissuto e bisogni assistenziali delle donne sottoposte a induzione del
travaglio: ricerca bibliografica e mixed-methods survey nel reparto di
Ostetricia dell’Ospedale di Bolzano”**

**“Erfahrungen und Betreuungsbedürfnisse von Frauen bei
Geburtseinleitung: Literaturrecherche und Mixed-Methods-Studie auf
der geburtshilflichen Station des Krankenhauses Bozen“**

Relatrice/Erstbetreuerin:

Dr.ssa Manuela Brioschi

Correlatrice/Zweitbetreuerin:

Dr.ssa Micaela Veneziano

Laureando/Verfasserin der Diplomarbeit

Azzurra Zini

Anno Accademico/Akademisches Jahr 2024/2025

INDICE

Abstract	1
Introduzione.....	3
Capitolo 1	3
Cos'è l'induzione del travaglio di parto?	3
Incidenza.....	3
Indicazioni all'induzione del parto	4
Controindicazioni.....	6
Metodiche per la valutazione della maturità cervicale	7
Metodi d'induzione	8
Gestione clinica e organizzativa	17
Supervisione materno fetale durante l'induzione	17
Conclusioni	18
Capitolo 2: Obiettivo della tesi.....	19
Capitolo 3: Revisione della letteratura.....	20
Quesito di ricerca	20
PIO.....	20
Materiali e metodi.....	21
Analisi degli articoli individuati	24
Women's experiences of induction of labour: Qualitative systematic review and thematic synthesis. Coates R, Cupples G, Scamell A, McCourt C. (2019)	24
Induction of labour: Experiences of care and decision-making of women and clinicians. Coates D., Goodfellow A., Sinclair L. (2020).....	26
Women's experiences of postterm induction of labor: A systematic review of qualitative studies. Lou S., Hvidman L., Uldbjerg N., Neumann L., Jensen TF., Haben JG., Carstensen K. (2019).....	30
Capitolo 4: Survey quantitativa e qualitativa.....	35
Quesito di ricerca	35
Disegno di studio.....	35
Materiali e metodi.....	35
Popolazione esaminata	36
Strumento di raccolta dati.....	36
Risultati	37
Discussione dei risultati.....	53
Limiti dello studio.....	55
Capitolo 5: discussione	57
Capitolo 6: conclusioni, proposte di miglioramento e ruolo dell'ostetrica	59
Bibliografia.....	

Indice delle figure	
Survey mixed-methods (allegato 1)	
Brochure questionario (allegato 2).....	
Brochure informative (allegato 3).....	
Appendici	

Abstract

Problema

L'induzione del travaglio rappresenta una procedura ostetrica sempre più diffusa, utilizzata per avviare artificialmente il travaglio quando il proseguimento della gravidanza comporta rischi per la madre o il feto. Nonostante il suo frequente utilizzo, questa pratica può influenzare in modo significativo l'esperienza soggettiva della donna, incidendo sul vissuto emotivo e sulla percezione della qualità dell'assistenza ostetrica ricevuta.

Obiettivo

Il presente studio intende analizzare il vissuto e i bisogni delle donne sottoposte a induzione del travaglio, con particolare attenzione alla loro percezione della qualità dell'assistenza ostetrica ricevuta. La ricerca esplora le esperienze personali delle pazienti, valutando criticità e punti di forza, con l'obiettivo di promuovere un approccio assistenziale più centrato sulla persona, basato su continuità delle cure, comunicazione efficace, coinvolgimento attivo nel processo decisionale e sostegno emotivo.

Materiali e Metodi

La ricerca si articola in due parti complementari. La prima comprende una revisione della letteratura, eseguita attraverso le banche dati PubMed, Medline e Google Scholar, al fine di esaminare articoli riguardanti l'induzione del travaglio e le esperienze vissute dalle pazienti. La seconda parte consiste in una mixed-methods survey, condotta presso il reparto di Ostetricia dell'Ospedale di Bolzano da agosto a settembre 2025. La raccolta dati è avvenuta tramite la somministrazione di un questionario elettronico multilingue (italiano, tedesco e inglese), sviluppato su Microsoft Forms e composto da 26 domande, inclusa la scala validata BSS-R (Birth Satisfaction Scale-Revised). Hanno partecipato 31 donne e sono stati raccolti dati anagrafici e ostetrici, oltre a esperienze e vissuti emotivi legati alla procedura.

Risultati

L'analisi ha evidenziato che l'induzione del travaglio rappresenta per la maggior parte delle donne un'esperienza complessa ed emotivamente impegnativa, influenzata non solo da fattori clinici, ma soprattutto da aspetti relazionali, emotivi e comunicativi. Le principali criticità emerse riguardano la carenza di informazioni, il limitato coinvolgimento nel processo decisionale, la sensazione di perdita di controllo e la necessità di una maggiore continuità assistenziale. Quando è stato adottato un approccio olistico, centrato sulla persona, l'esperienza è stata percepita come più positiva e rassicurante.

Parole chiave

Induzione del travaglio, vissuto della donna, qualità dell'assistenza, continuità assistenziale, coinvolgimento nel processo decisionale, comunicazione efficace.

Introduzione

Il parto è un complesso processo fisiologico che rappresenta uno dei momenti più importanti, intensi ed emozionanti nella vita di una donna. Nella maggior parte dei casi, il travaglio e il parto si avviano in modo spontaneo, grazie alle incredibili caratteristiche e competenze del corpo femminile e talvolta anche grazie all'aiuto dell'ostetrica responsabile dell'assistenza, la quale offre alla coppia tutto il sostegno e il supporto necessario per favorire un'esperienza positiva.

Nonostante ciò, talvolta vi è la necessità di ricorrere alla stimolazione artificiale del travaglio, ossia l'induzione del travaglio di parto.

Capitolo 1

Cos'è l'induzione del travaglio di parto?

L'induzione del travaglio di parto è una procedura ostetrica ampiamente utilizzata che consiste nella stimolazione artificiale delle contrazioni uterine prima dell'inizio spontaneo del travaglio. Quest'ultima ha lo scopo di ottenere un parto vaginale sicuro e tempestivo per madre e neonato, in situazioni in cui il proseguimento della gravidanza comporta più rischi che benefici. (Ryan & McCarthy, 2016)

Incidenza

In assenza di interventi, circa il 5-10% delle gravidanze prosegue oltre le 42 settimane, periodo in cui si assiste ad un aumento dei rischi per la madre e per il neonato. Per prevenire ciò, si ricorre frequentemente all'induzione del travaglio, la cui incidenza varia da paese a paese. Nei paesi in via di sviluppo, come la Nigeria, l'induzione viene eseguita nel 6% dei casi, mentre nei paesi ad alto reddito si assiste ad un notevole aumento delle percentuali: il 20% nel Regno Unito, il 25% in Italia e in Francia e il 30%. (Felis, Belmartino, Carrucci, Loddo, & Tomasi, 2022) (Friedman, et al., 2025)

Indicazioni all'induzione del parto

Come detto in precedenza, l'induzione del travaglio viene eseguita quando il proseguimento della gravidanza comporta più rischi che benefici sia per la madre che per il feto.

È molto importante effettuare la decisione di intraprendere un'induzione dopo aver analizzato e valutato attentamente fattori materni, quali la parità, la valutazione della cervice uterina, la modalità di un eventuale parto precedente e il benessere, e fattori fetali, come l'età gestazionale, la crescita e lo stato di salute.

Ci sono numerose indicazioni, le quali vengono suddivise in materne, fetali e placentari.

Materne

- **Gravidanza post-termine** → comporta una minor incidenza di decessi perinatali e di sindrome da aspirazione di meconio;
- **A partire dalla 37+0 settimane gestazionali se presente:**
- **Ipertensione gestazionale o preeclampsia** → la pressione alta può diventare pericolosa per madre e feto, per questo motivo l'induzione viene raccomandata alle donne con patologie ipertensive a 37 settimane;
- **Colestasi gravidica** → problemi al fegato materno possono comportare dei rischi per il feto;
- **Diabete mellito gestazionale o preesistente** → oltre la 40° settimana c'è un aumento dei rischi nelle madri diabetiche; il rischio principale è la morte endouterina. Per questo, le linee guida NICE raccomandano che l'induzione del travaglio venga offerta a partire dalla 37° settimana (Excellence, 2021);
- **Età materna avanzata** → aumentato rischio di morte endouterina fetale;
- **Emorragia antepartum a termine** → può rappresentare un problema placentare;

- **Ridotti movimenti fetali** → potrebbe essere segno di sofferenza fetale a seconda dell'età gestazionale in cui si trova;
- **Richiesta materna.**

Fetali

- **Gravidanza gemellare** → aumentato rischio di morte endouterina, restrizione di crescita, sindrome da trasfusione feto-fetale. L'induzione viene valutata a seconda delle condizioni materno-fetali;
- **Ritardo di crescita intrauterino (IUGR)** → si può indurre a partire dalla 37° settimana, se il Doppler fetale è normale;
- **Oligoamnios** → può rappresentare un malfunzionamento placentare o renale; può comportare un rischio aumentato di compressione ombelicale, sofferenza fetale e morte endouterina. L'induzione va discussa con la donna;
- **Poliamnios** → rischio aumentato di malpresentazione fetale e prolasso di funicolo. L'induzione può essere effettuata a 39+0-39+6 settimane gestazionali;
- **Morte fetale endouterina;**
- **Macrosomia fetale** → un peso alla nascita superiore a 4500 g è associato ad un aumentato rischio di prolungamento del primo stadio e del secondo stadio del travaglio, di distocia di spalla, traumi da parto, lacerazioni perineali di terzo grado, taglio cesareo d'emergenza, emorragia postpartum, Apgar a 5 minuti <4, necessità di rianimazione, ricovero in terapia intensiva neonatale, crisi epilettiche neonatali e sindrome da aspirazione di meconio. L'induzione va valutata caso per caso.

Placentari

- **Rottura prematura delle membrane (>37 settimane)** → dopo 24-48 ore dalla rottura delle membrane senza inizio spontaneo del travaglio, per ridurre il rischio di infezioni;
- **Rottura prematura pretermine delle membrane (<37 settimane) in presenza di segni o sintomi di corioamnionite.**

Controindicazioni

Tuttavia, molte donne vengono escluse dal processo di induzione del travaglio per la presenza di controindicazioni, le quali si suddividono in materne, fetali e placentari.

Materne

- **Precedente rottura uterina;**
- **Pregresso intervento chirurgico all'utero** (es. miomectomia con apertura della cavità uterina) → c'è un aumentato rischio di rottura d'utero;
- **Più di due tagli cesarei pregressi** → aumentato rischio di rottura d'utero lungo la cicatrice;
- **Incisione longitudinale sull'utero nel precedente taglio cesareo** → rischio di rottura della cicatrice;
- **Contrazioni regolari spontanee;**
- **Iperono o ipercinesia uterina;**
- **Infezioni che controindicano il parto per via vaginale (Herpes genitale attiva, HIV con carica virale > 1000 copie/ml,...)** → se si effettua un parto vaginale c'è il rischio di un'infezione neonatale grave;
- **Carcinoma invasivo della cervice** → aumentato rischio di emorragie gravi, complicazioni infettive, fallimento dell'induzione, possibile disseminazione tumorale e difficoltà nella gestione del travaglio;
- **Mancato consenso da parte della madre.**

Fetali

- **Malpresentazione fetale (es. presentazione di faccia o di fronte)**
- **Presentazione podalica** → difficile da gestire e rischioso;
- **Situazione trasversa;**
- **Sospetta sproporzione feto-pelvica;**
- **Prolasso di funicolo** → rischio di asfissia o morte fetale;
- **Anomalie del tracciato cardiotocografico (CTG);**
- **Malformazioni fetali con indicazione al taglio cesareo (es. mielomeningocele);**

- **Altre condizioni fetali che controindichino il parto spontaneo.**

Placentari

- **Placenta previa** → rischio di emorragia massiva;
- **Vasa previa** → rischio di emorragia;
- **Perdite vaginali atipiche** → necessità di identificare la causa.

È quindi compito dell'ostetrica e del ginecologo considerare tutti i fattori presenti, effettuando una valutazione corretta per minimizzare i rischi e per garantire il benessere per madre e feto. (Ryan & McCarthy, 2016) (Wheeler, Hoffman, & Bybel, 2022) (Società italiana di Ginecologia e Ostetricia, 2022)

Metodiche per la valutazione della maturità cervicale

Bishop score/Punteggio di Bishop

Il più utile predittore di successo nell'induzione del travaglio di parto è il Bishop score, utilizzato durante l'esame vaginale digitale. Vengono considerati e valutati posizione, lunghezza, consistenza e dilatazione della cervice e infine, il livello della parte presentata fetale situata nella pelvi materna. Ad ognuno di questi 5 parametri viene dato un punteggio; per quanto riguarda la lunghezza, la dilatazione e il livello della parte presentata viene dato un punteggio da 0 a 3, mentre per la posizione e per la consistenza viene dato un punteggio da 0 a 2, ottenendo alla fine della valutazione un punteggio da 0 a 13. Il punteggio finale ci permette di capire se sia necessaria la maturazione cervicale artificiale e in caso positivo, quale metodo sia il più adatto da utilizzare. Più il punteggio è alto, più probabile è il successo dell'induzione del travaglio di parto. La sensibilità del punteggio di Bishop è del 75% con un valore predittivo positivo tra l'83-84%, contemporaneamente è caratterizzato da una bassa specificità e un basso valore predittivo negativo.

Le linee guida SIGO affermano che un Bishop score ≤ 6 è da considerare come sfavorevole e quindi c'è la necessità di intraprendere un metodo di maturazione cervicale. Allo stesso tempo, un Bishop score ≥ 7 è considerato come favorevole. (Wormer, Bauer, & Williford, 2024) (Società italiana di Ginecologia e Ostetricia, 2022)

Tabella 1. Indice di Bishop (IB) modificato

Punteggio	Dilatazione (cm)	Posizione	Appianamento % Lunghezza (cm)	Consistenza	Stazione livello P.P.
0	Chiuso	Posteriore	0-30 (3 cm)	Rigida	-3
1	1-2	Intermedia	40-50 (2 cm)	Media	-2
2	3-4	Anteriore	60-70 (1 cm)	Soffice	-1/0
3	5-6	-	≥80 (0 cm)	-	+1/+2

Figura 1: tabella indice di Bishop

Ecografia transvaginale

Negli ultimi anni, l'ecografia transvaginale si è affermata una possibile alternativa al Bishop score per la valutazione della cervice uterina. In alcuni studi è stato dimostrato che la misurazione cervicale attraverso questa metodica può essere un utile indicatore del successo dell'induzione. In particolare, hanno evidenziato che una lunghezza cervicale superiore a 28 mm, riduceva notevolmente il ricorso alle prostaglandine, senza modificare le tempistiche o l'esito del parto.

Nonostante ciò, non è ancora chiaro se questo metodo sia effettivamente migliore o meno rispetto al Bishop score e il suo utilizzo routinario non è raccomandato. (Wheeler, Hoffman, & Bybel, 2022)

Metodi d'induzione

Esistono numerosi metodi di induzione, i quali si suddividono in metodi farmacologici (prostaglandine, ossitocina), metodi non farmacologici (Cook Balloon o catetere urologico o laminarie) e metodi naturali (stimolazione del seno, coito, agopuntura,...). La scelta del metodo più adeguato viene effettuata sulla base di alcuni fattori anamnestici, quali la parità, l'epoca gestazionale, la presenza o meno di una cicatrice sull'utero, la valutazione della maturazione cervicale (Bishop score/ecografia transvaginale) e la preferenza della paziente.

Metodi farmacologici

Prostaglandine

È un metodo farmacologico utilizzato per indurre il travaglio nelle pazienti con Bishop score $<6/7$ (cervice sfavorevole).

Dinoprostone

Il Dinoprostone è una prostaglandina sintetica equivalente alla prostaglandina E2 (PGE2), la quale è presente fisiologicamente nei tessuti materni come placenta, membrane amnio-coriali, utero e cervice.

Agisce sulla cervice uterina, favorendone l'orientamento, l'accorciamento, l'ammorbidimento e la dilatazione. Inoltre, stimola indirettamente l'attività contrattile uterina, rispondendo maggiormente agli effetti dell'ossitocina endogena ed esogena.

È disponibile sotto forma di gel vaginale/endocervicale (Prepidil) oppure di dispositivo vaginale a rilascio controllato (Propess).

Le formulazioni sopracitate hanno delle caratteristiche comuni: sono utilizzati quando il Bishop score è <6 ; sono efficaci; sono generalmente ben tollerati; alla comparsa di tachisistolia, ipertono uterino, CTG patologico o altre complicanze come nausea, vomito, diarrea, ipotensione o tachicardia, possono essere rimossi in maniera semplice e rapida (effetto svanito entro 15 minuti); richiedono un attento monitoraggio per valutare benessere materno e fetale; non si assiste ad un aumento di esiti materno fetali sfavorevoli o di parti operativi; sono sicuri per i neonati nel 98,2% di 658 casi presi in esame (Apgar ≥ 7 al 5° minuto di vita).

Prepidil (gel vaginale/endocervicale)

Il gel viene posizionato nel fornice posteriore della vagina tramite una siringa con dosaggio 1-2 mg, a seconda delle caratteristiche della paziente sottoposta all'induzione (Bishop score, presenza o meno di attività contrattile uterina, benessere fetale, situazione attuale, risposta alla dose precedente,...). Viene somministrato ogni 6 ore se necessario, fino ad arrivare ad una dose

giornaliera massima di 4 mg. In caso di fallimento, si può effettuare un altro ciclo a distanza di 12 ore.

Propess (dispositivo vaginale a rilascio controllato)

Il dispositivo viene posizionato nel fornice vaginale posteriore e contiene 10 mg di Dinoprostone, che rilascia in modo controllato 0,3 mg/h. Rimane in sede per un massimo di 24 h e risulta comodo perché necessita di un'unica applicazione.

Misoprostolo (Angusta ®)

Il Misoprostolo è una prostaglandina sintetica, simile alla prostaglandina E1, che inizialmente veniva utilizzata per trattare le ulcere gastriche. Oggigiorno invece viene impiegato nell'induzione del travaglio di parto dopo approvazione da parte dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco).

Possiede le stesse caratteristiche del Dinoprostone, ma in aggiunta offre un intervallo minore tra induzione e parto, un minor rischio di taglio cesareo, e in caso di rottura precoce delle membrane, una maggiore sicurezza. Viene somministrato per via vaginale >50 mcg ogni 6 ore oppure per via orale sottoforma di compresse da 25 mcg ogni 2 ore, fino ad arrivare ad una dose massima giornaliera di 200 mcg. La somministrazione di ulteriori dosi dev'essere ben valutata considerando le condizioni materne e quelle fetali.

È controindicato se presente in anamnesi della paziente un pregresso taglio cesareo oppure epatopatie.

Ossitocina

L'ossitocina è un ormone nonapeptide prodotto dall'ipofisi, il quale possiede la capacità di stimolare le contrazioni uterine. Si tratta del farmaco più utilizzato per l'induzione del travaglio di parto, in presenza di un Bishop score >6. La somministrazione avviene attraverso una pompa ad infusione continua o pulsatile, a seconda della situazione clinica. In genere, è preceduta da metodi per la maturazione cervicale, come le prostaglandine o dispositivi meccanici, e può essere associata o meno all'amniorexi (rottura artificiale delle membrane).

L'infusione può avere inizio dopo 4 ore dalla somministrazione di Misoprostolo e dopo 6 ore da quella di Dinoprostone. Esistono protocolli a basse e alte dosi, quelli maggiormente utilizzati sono sottocitati.

- **Protocollo a basse dosi:**

- Dose iniziale da 0.5 a 2 mU/min (1-4 gtt/min);
- Intervallo di aumento ogni 30/40 minuti;
- Dose d'incremento da 1 a 2 mU/min (2-4 gtt/min);
- Dose massima di 30 mU/min (60 gtt/min).

- **Protocollo ad alte dosi:**

- Dose iniziale da 4 a 6 mU/min (8-12 gtt/min);
- Intervallo di aumento ogni 30/40 minuti;
- Dose d'incremento da 4 a 6 mU/min (8-12 gtt/min);
- Dose massima di 30 mU/min (60 gtt/min).

Il protocollo a basse dosi è da preferire per il minor rischio di tachisistolia. Una buona attività contrattile si ottiene con una dose compresa tra 8 e 12 mU/min. Un intervallo d'incremento inferiore a 30 minuti è ritenuto inappropriato perché comporta un maggior rischio di emorragia post-partum; è quindi fondamentale attenersi rigidamente ai protocolli stabiliti.

L'efficacia dell'ossitocina è minore rispetto a quella delle prostaglandine nel favorire un parto entro le 24 ore dall'inizio dell'induzione, e per questo motivo, si assiste a un maggiore utilizzo dell'analgesia epidurale. Inoltre, la sua efficacia può essere influenzata da numerosi fattori, quali la presenza o meno di rottura prematura delle membrane, l'eventuale pre-induzione con prostaglandine, la fase del travaglio al momento della somministrazione, la scelta del protocollo, la combinazione con amniorexi, la risposta clinica materna (l'effetto dell'ossitocina è dose-dipendente) e le condizioni e caratteristiche materne come l'indice di massa corporea (BMI).

L'infusione può essere sospesa una volta avviata la fase attiva del travaglio oppure può essere mantenuta fino all'espletamento del parto a seconda delle condizioni cliniche materne e fetali. Tuttavia, l'interruzione dell'infusione è associata ad un profilo di sicurezza migliore, ad una riduzione delle

complicanze materno-fetali e ad una riduzione del ricorso a parti vaginali operativi. (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO), 2022)

Metodi meccanici

I metodi meccanici vengono utilizzati per favorire la maturazione cervicale nelle pazienti con Bishop score ≤ 4 . Il loro meccanismo d'azione si basa sulla stimolazione della produzione endogena di prostaglandine mediante lo stiramento delle membrane amnio-coriali e delle cellule miometriali, e sul rilascio di ossitocina endogena attraverso il riflesso di Ferguson.

Possiedono un'efficacia simile alle prostaglandine, ma con un minor rischio di tachisistolia che può causare alterazioni del battito cardiaco fetale. Sono indicati in pazienti con un pregresso taglio cesareo e spesso c'è la necessità di ricorrere all'utilizzo di ossitocina durante il travaglio attivo. Il rischio di infezioni materno-neonatali è molto basso, soprattutto se viene effettuata la profilassi antibiotica nelle donne con tampone vagino-rettale positivo (SGB-Streptococco di Gruppo B).

I metodi meccanici più utilizzati sono i cateteri trans-cervicali e i dilatatori igroscopici.

Cateteri trans-cervicali

I cateteri trans-cervicali sono i metodi meccanici più impiegati nel favorire la maturazione cervicale con Bishop score ≤ 4 . Si distinguono in cateteri a singolo palloncino (catetere di Foley) e a doppio palloncino (catetere di Cook). Il posizionamento avviene tramite l'uso dello speculum: il catetere viene inserito nel canale cervicale fino ad oltrepassare l'orifizio uterino interno. Successivamente, i palloncini vengono gonfiati in maniera graduale con soluzione fisiologica, fino ad un massimo di 80 ml ciascuno. La parte esterna del catetere viene poi fissata alla coscia della paziente.

Il catetere viene solitamente rimosso non prima di 12 ore per il Cook e non prima di 12-24 ore per il Foley. Tuttavia, sono presenti delle indicazioni per la rimozione anticipata, quali espulsione spontanea del catetere, rottura delle

membrane, alterazioni del tracciato cardiocotografico o avvio spontaneo del travaglio.

Dilatatori igroscopici

Oggi il più diffuso è Dilapan-S, un bastoncino sintetico di consistenza rigida che, dopo il suo inserimento all'interno del canale cervicale, assorbe i liquidi e si espande in maniera graduale fino ad un diametro di 15 mm, favorendo la dilatazione meccanica della cervice.

Solitamente vengono inseriti da 3 a 5 bastoncini in maniera simultanea e vengono lasciati in sede dalle 12 alle 24 ore massimo. Dopo la rimozione, se necessario si può proseguire l'induzione con l'ossitocina accompagnata o meno all'amniorexi oppure effettuando un'ulteriore somministrazione di Dilapan-S.

Il Dilapan-S provoca meno fastidio rispetto ai cateteri trans-cervicali e risulta ben tollerato dalle pazienti. Con questo dispositivo è possibile effettuare una maturazione cervicale domiciliare che consiste nel posizionamento in regime ambulatoriale consentendo poi alla donna di tornare al proprio domicilio e di rientrare in ospedale dopo 16-24 ore o prima in caso di rottura delle membrane o insorgenza del travaglio.

In aggiunta ai cateteri trans-cervicali e ai dilatatori igroscopici sono disponibili ulteriori metodi meccanici: l'amniorexi e lo scollamento delle membrane.

Amniorexi (rottura artificiale delle membrane)

L'amniorexi, o amniotomia, è una delle procedure ostetriche maggiormente utilizzate fin dall'antichità. Si esegue quando la maturazione cervicale è favorevole e le membrane amnio-coriali sono accessibili. Lo scopo di questa metodica consiste nell'aumentare le contrazioni uterine in frequenza e intensità, riducendo così la durata del travaglio, in seguito al rilascio di sostanze biochimiche e ormoni endogeni, come le prostaglandine.

Esistono delle controindicazioni alla sua esecuzione, tra cui placenta previa e vasa previa, infezione da HIV (ad esclusione delle pazienti con carica virale

<50 copie/ml e linfociti CD4+ >200 cell/μL) e infezioni genitali attive (ad eccezione dello Streptococco di Gruppo B). Inoltre, in presenza di presentazione alta della parte presentata o di poliamnios, dev'essere eseguita con particolare attenzione per evitare complicazioni, come il prolasso del cordone ombelicale. Per tale motivo, è utile eseguire degli accertamenti a priori mediante valutazione ecografica.

Le tempistiche dell'amniorexi possono variare. Alcuni studi riferiscono che, effettuando la procedura precoce (dilatazione cervicale ≤ 4) la durata del travaglio può essere ridotta di due ore circa. Contemporaneamente, alcune ricerche hanno dimostrato un incremento del rischio di taglio cesareo, in particolare nelle nullipare e nelle pazienti a termine.

Oggigiorno, l'amniorexi viene spesso associata all'infusione di ossitocina. Tuttavia, il timing delle due procedure può variare. In uno studio recente, è stato dimostrato che un'amniorexi precoce riduce l'intervallo di tempo tra l'inizio dell'induzione e il momento del parto (7,35 ore contro 11,66 ore con amniorexi tardiva), riduce la quantità di ossitocina utilizzata, e aumenta la percentuale di donne che partoriscono entro 12 ore (86,7% contro 60%). Nonostante i benefici, non ci sono sufficienti dati per affermare l'amniorexi come un metodo di prima scelta.

Scollamento delle Membrane

Lo scollamento delle membrane amniotiche, noto anche come "membrane sweeping" o "membrane stripping", è una procedura ostetrica utilizzato per stimolare l'insorgenza del travaglio attraverso il rilascio di prostaglandine locali. Più che un vero e proprio metodo meccanico di induzione, viene considerato un metodo adiuvante che può essere proposto tra la 40+0 e la 41+0 settimane gestazionali nelle primipare, e alla 41+0 settimana nelle multipare, prima di ricorrere ad altre tecniche di induzione.

È fondamentale informare le donne che può provocare disagio, dolore, lievi perdite ematiche e contrazioni irregolari. È necessario ottenere il consenso

informato firmato della paziente e documentare correttamente tutta la procedura.

La manovra consiste nell'inserimento del dito esaminatore oltre l'orifizio uterino interno (OUI), eseguendo due movimenti circolari per separare in maniera delicata le membrane dal segmento uterino inferiore. Se l'orifizio uterino esterno (OUE) risulta chiuso, la procedura non deve essere effettuata.

I dati sulla sua efficacia sono ancora contrastanti. Alcuni studi riferiscono che lo scollamento delle membrane a partire dalla 38+0 settimana gestazionale non comporti benefici significativi, se non un aumento del rischio di rottura prematura delle membrane. Tuttavia, una revisione Cochrane ha dimostrato che l'esecuzione settimanale di questa procedura a termine (dopo la 38+0 settimana) può portare ad una riduzione dell'incidenza delle gravidanze che oltrepassano le 41+0 settimane gestazionali, del ricorso all'induzione farmacologica del travaglio e della probabilità di mancata insorgenza del travaglio entro 48 ore e di mancato espletamento del parto entro una settimana. Non sono stati rilevati aumenti nella morbosità materno-fetale.

Ciononostante, non è ancora chiaro quali siano la frequenza e il momento più opportuno per l'esecuzione. (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO), 2022)

Metodi naturali

Per favorire l'insorgenza spontanea del travaglio nelle gravidanze a termine sono stati proposti dei metodi di induzione naturali. Nonostante ciò, non è presente molta letteratura riguardo la loro efficacia. I metodi citati più frequentemente sono la stimolazione del seno e il coito. Sono poi presenti altri metodi meno efficaci e supportati dalle evidenze scientifiche, tra cui l'attività fisica moderata, l'assunzione di tisane, cibi piccanti, oli essenziali, agopuntura/agopressione.

Stimolazione del seno

La stimolazione del seno e dei capezzoli può essere utilizzata come metodo naturale di induzione. Questa manovra provoca il rilascio di ossitocina e facilita

quindi l'insorgenza del travaglio, soprattutto nelle gravidanze fisiologiche a termine.

Coito

Le prostaglandine presenti nel liquido seminale, la stimolazione fisica del segmento uterino inferiore e il rilascio di ossitocina endogena a seguito dell'orgasmo possono stimolare l'inizio del travaglio. (Felis, Belmartino, Carrucci, Loddo, & Tomasi, 2022)

Rischi legati all'induzione del travaglio di parto

L'induzione del travaglio di parto è una procedura ampiamente utilizzata in ostetricia. Tuttavia, essa è correlata ad alcuni rischi che variano a seconda del metodo di induzione utilizzato, alle caratteristiche anamnestiche della paziente e alle condizioni ostetriche.

Tra i principali vi sono **la tachisistolia e l'ipertono**, ossia un'eccessiva attività contrattile uterina (>5 contrazioni in 10 minuti per almeno 30 minuti), che può compromettere il flusso ematico placentare, causando ipossiemia fetale, alterazioni del tracciato cardiocografico (CTG) e, nei casi più gravi, acidosi fetale. Il rischio è particolarmente elevato quando si utilizzano misoprostolo e ossitocina ad alte dosi.

Anche la **rottura d'utero** rappresenta un rischio importante, soprattutto nelle pazienti con un precedente taglio cesareo o altre forme di isterotomia; in particolare, l'induzione con dinoprostone è associata a un rischio del 5%. **L'embolia di liquido amniotico** è un'ulteriore complicanza, più frequente con l'utilizzo di prostaglandine e ossitocina. Un impiego improprio di questi farmaci può inoltre condurre a un **parto precipitoso**. Nei travagli indotti è stato poi osservato un incremento del rischio di **taglio cesareo**, **emorragia post partum** (soprattutto con ossitocina associata ad amniorexi), **iperbilirubinemia neonatale** (con ossitocina e prostaglandine), **liquido amniotico tinto di meconio** (in particolare con misoprostolo per via orale), **ipotensione e iponatremia** (dovute all'uso di ossitocina), quest'ultima associata a nausea, cefalea e convulsioni.

Infine, l'impiego di metodi meccanici comporta rischi specifici, tra cui **infezioni materne e neonatali** e la **comparsa di dolore e disagio**. Una valutazione attenta è fondamentale per una gestione sicura e individualizzata.

Gestione clinica e organizzativa

L'induzione del travaglio di parto richiede la collaborazione tra molti professionisti per garantirne il successo e assicurare la sicurezza materno-fetale. Prima di iniziare il processo di induzione, è essenziale eseguire un'accurata valutazione delle condizioni materne e fetali, per confermare l'indicazione, escludere controindicazioni e stimare il rischio di fallimento. Tra i criteri da considerare rientrano l'anamnesi della paziente, la corretta datazione della gravidanza, la presentazione fetale, il grado di maturazione cervicale e il benessere fetale valutato mediante cardiotocografia. È inoltre fondamentale garantire un ambiente adeguato, l'utilizzo di protocolli e checklist, e assicurare la continuità assistenziale, fornendo supporto e sostegno alla paziente.

Supervisione materno fetale durante l'induzione

La sorveglianza materno fetale comprende la valutazione prima dell'induzione, il monitoraggio prima dell'inizio del travaglio e durante il travaglio attivo. Il tracciato cardiotocografico (CTG) e la valutazione dei dati clinici della paziente, tra cui indice di Bishop, attività contrattile uterina e parametri vitali, sono gli strumenti principali per eseguire il monitoraggio.

Prima e dopo l'applicazione del metodo di induzione, è molto importante eseguire un monitoraggio cardiotocografico, anche noto come Non Stress Test (NST), per identificare eventuali alterazioni del battito cardiaco fetale e dell'attività contrattile uterina. La durata del tracciato pre-induzione dev'essere compresa tra i 20 e i 40 minuti (fino al raggiungimento della reattività fetale), mentre quella post-induzione tra i 30 e i 60 minuti.

Nel caso in cui vengano utilizzate prostaglandine vaginali, si consiglia il decubito laterale per circa 30 minuti per prevenire l'ipotensione. Nelle 4 ore successive all'applicazione del dispositivo di induzione, il benessere materno

dev'essere monitorato ogni ora, valutando pressione sanguigna, temperatura, polso, tono uterino, perdite vaginali ed eventuali effetti collaterali.

Se, dopo l'applicazione dei dispositivi non si registra alcuna attività contrattile uterina non è necessario un monitoraggio in continuo. Tuttavia, se le contrazioni uterine sono presenti o se si utilizza l'infusione di ossitocina associata o meno ad amniorexi, c'è l'indicazione ad eseguirlo.

Infine, prima di somministrare eventuali dosi successive, è essenziale ripetere la valutazione, composta dal tracciato cardiotocografico e dall'indice di Bishop, il quale dev'essere rivalutato dopo 6 ore in caso di applicazione di Prepidil, dopo 24 ore dall'applicazione del Propess e dopo 12-24 ore dall'applicazione dei cateteri transcervicali.

Conclusioni

L'induzione del travaglio di parto è un processo complesso che deve essere affrontato in modo personalizzato, tenendo in considerazione le condizioni cliniche della donna. È essenziale svolgere un'attenta valutazione dello stato di salute della madre e del neonato e allo stesso tempo garantire un'assistenza ostetrica adeguata, per assicurare il benessere e la sicurezza materna e fetale. (Società italiana di Ginecologia e Ostetricia, 2022)

Capitolo 2: Obiettivo della tesi

L'obiettivo della tesi è analizzare l'esperienza vissuta dalle donne sottoposte a induzione del travaglio, focalizzandosi sulla loro percezione riguardo la qualità dell'assistenza ostetrica ricevuta. La presente ricerca vuole confrontare i dati provenienti dalla letteratura scientifica con i dati raccolti attraverso una survey quantitativa e qualitativa condotta personalmente nel reparto di Ostetricia dell'Ospedale di Bolzano.

Attraverso l'analisi delle esperienze personali e delle valutazioni espresse dalle pazienti, si vogliono identificare eventuali punti di forza e criticità nell'assistenza ricevuta, al fine di fornire e identificare, dove e se necessario, suggerimenti e indicazioni utili al miglioramento della qualità delle cure. In aggiunta, lo scopo dell'indagine è una maggiore e approfondita comprensione delle necessità e delle aspettative delle donne sottoposte a induzione del travaglio, una procedura delicata ed emotivamente impegnativa, attraverso la promozione di un approccio assistenziale più centrato sulla persona e sui suoi bisogni.

Capitolo 3: Revisione della letteratura

La revisione della letteratura scientifica ha lo scopo di fornire un quadro generale delle evidenze esistenti sull'argomento analizzato, con particolare riguardo agli studi più recenti e aggiornati. L'obiettivo di questa sezione è esaminare le evidenze riguardanti il vissuto delle donne sottoposte a induzione del travaglio, focalizzandosi sugli aspetti legati alla percezione soggettiva, all'esperienza emotiva e alla qualità dell'assistenza ostetrica ricevuta.

L'induzione del travaglio rappresenta una pratica clinica sempre più diffusa, che comporta una variazione delle condizioni materne, non solo dal punto di vista fisico, ma anche da quello psicologico ed emotivo. Per questo motivo, è importante approfondire l'esperienza delle donne, al fine di comprendere quanto l'assistenza ostetrica ricevuta sia stata percepita come adeguata e in grado di rispondere effettivamente ai loro bisogni e alle loro aspettative.

Quesito di ricerca

"Qual è il vissuto delle donne sottoposte a induzione del travaglio rispetto all'assistenza ostetrica ricevuta? Quali strategie potrebbero essere adottate per rispondere al meglio alle loro necessità?"

PIO

Per eseguire la revisione della letteratura, è stato utilizzato il metodo PIO, uno strumento utile alla ricerca di evidenze scientifiche riguardanti il proprio quesito clinico. Attraverso questo metodo sono stati identificati i seguenti elementi:

- **P (Population)** → Donne in gravidanza (a partire dalla 37+0 settimana gestazionale senza un limite superiore) sottoposte a induzione del travaglio.
- **I (Intervention)** → Assistenza ostetrica ricevuta durante l'induzione del travaglio.
- **O (Outcome)** → Vissuto delle donne e percezione della qualità dell'assistenza ricevuta durante l'induzione del travaglio, con l'identificazione di eventuali criticità e possibili miglioramenti.

Per perfezionare la ricerca, sono stati utilizzati gli operatori booleani “AND” e “OR”, utili ad associare i termini di ricerca in maniera efficace. Una possibile formulazione della stringa di ricerca potrebbe essere:

(“labor induction” OR “induction o labor” OR “induced labor”) AND (“maternal experience” OR “women’s perception” OR “patient satisfaction” OR “birth experience”) AND (“obstetric care” OR “midwifery care” OR “quality of care” OR “obstetric assistance”).

Materiali e metodi

Per la ricerca bibliografica, condotta da maggio fino a luglio 2025, sono state consultate alcune banche dati rilevanti nel settore medico e clinico:

- PubMed → un servizio di ricerca per la letteratura scientifica biomedica.
- MEDLINE → una banca dati accessibile tramite PubMed, gestita dalla National Library of Medicine degli Stati Uniti e specializzata nella letteratura medico-scientifica.
- Google Scholar → un motore di ricerca accademico, utilizzato per rintracciare lavori di ricerca e studi aggiuntivi di riviste accademiche, che potrebbero non essere presenti in PubMed o MEDLINE.

In aggiunta, il metodo PIO è stato implementato nella ricerca, con lo scopo di formulare i quesiti di ricerca in maniera pertinente e adeguata. L’utilizzo degli operatori booleani (“AND”, “OR”) è stato utile per ottenere risultati più precisi e significativi.

Per ciascuna banca dati, è stata utilizzata una stringa di ricerca simile, adattata in base alla piattaforma. Le parole chiave adottate sono le seguenti: “labor induction”, “induction of labor”, “induced labor”, “maternal experience”, “women’s perception”, “patient satisfaction”, “birth experience”, “obstetric care”, “midwifery care”, “quality of care”, “obstetric assistance”.

Per selezionare gli studi più rilevanti e pertinenti, sono stati stabiliti criteri di inclusione ed esclusione.

Criteri d'inclusione:

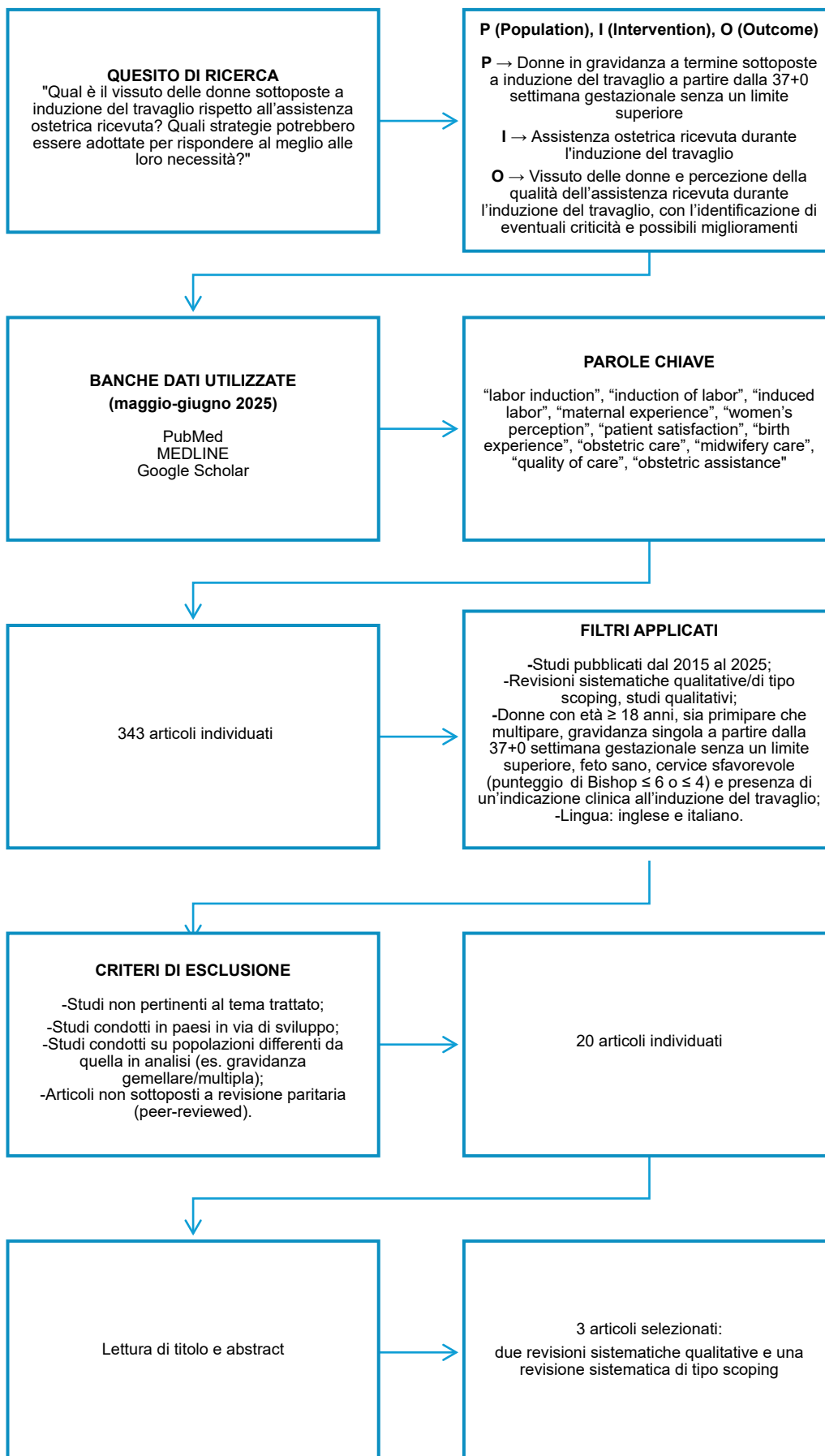
- Anno di pubblicazione: studi pubblicati tra il 2015 e il 2025;
- Tipologia degli studi: revisioni sistematiche qualitative, revisioni sistematiche di tipo scoping e studi qualitativi che esplorano il vissuto delle donne sottoposte a induzione del travaglio e la percezione della qualità dell'assistenza ostetrica ricevuta;
- Caratteristiche della popolazione: donne con età ≥ 18 anni, sia primipare che multipare, gravidanza singola a partire dalla 37+0 settimana gestazionale (gli studi considerano gravidanze oltre le 37 settimane senza indicare un limite superiore specifico), feto sano, cervice sfavorevole (punteggio di Bishop ≤ 6 o ≤ 4) e presenza di un'indicazione clinica all'induzione del travaglio;
- Lingua degli studi: articoli pubblicati in inglese o italiano.

Criteri d'esclusione:

- Studi non pertinenti al tema trattato;
- Studi condotti su popolazioni differenti da quella in analisi (es. gravidanza gemellare/multipla);
- Articoli non sottoposti a revisione paritaria (peer-reviewed).

In seguito alla ricerca primaria, gli articoli individuati sono stati analizzati inizialmente sulla base del titolo e dell'abstract. Gli studi che rispettavano i criteri d'inclusione sono stati esaminati interamente. Successivamente, per valutare la qualità e la rilevanza dei vari articoli, è stata effettuata un'ulteriore analisi.

Sulla base di questi criteri di ricerca, sono stati selezionati tre articoli: due revisioni sistematiche qualitative (Coates, Cupples, Scamell, & McCourt, 2019) (Lou, et al., 2019) e una revisione sistematica di tipo scoping (Coates, Goodfellow, & Sinclair, 2020). Tutti gli articoli selezionati sono in lingua inglese.



Analisi degli articoli individuati

Women's experiences of induction of labour: Qualitative systematic review and thematic synthesis. Coates R, Cupples G, Scamell A, McCourt C. (2019)

Lo studio "*Women's experiences of induction of labour: Qualitative systematic review and thematic synthesis*" di Coates, Cupples, Scamell e McCourt (2019) è una revisione sistematica qualitativa, condotta attraverso una sintesi tematica dei dati. L'analisi ha incluso 10 studi qualitativi pubblicati tra il 2010 e il 2018, raccogliendo le esperienze soggettive di 157 donne, residenti principalmente nel Regno Unito, in Australia, negli Stati Uniti e in Irlanda. Per raccogliere i dati sulle esperienze delle donne sottoposte a induzione del travaglio, tutti gli studi hanno somministrato delle interviste approfondite.

La popolazione esaminata era composta da donne sottoposte a induzione del travaglio, sia primipare che multipare, con gravidanze a basso e alto rischio, a partire dalla 37+0 settimana gestazionale (senza un limite superiore definito). Il reclutamento delle partecipanti è avvenuto in momenti differenti rispetto al parto: nella maggior parte dei casi dopo, in altri prima o durante l'induzione stessa. Le induzioni considerate sono state effettuate in contesti sia ambulatoriali sia ospedalieri, con l'utilizzo di metodiche farmacologiche o meccaniche, come le prostaglandine vaginali (pessari e gel) e altri trattamenti.

L'obiettivo principale dello studio consisteva nell'analisi delle evidenze qualitative esistenti relative all'esperienza delle donne sottoposte a induzione del travaglio. È stata prestata particolare attenzione ai seguenti aspetti: il processo decisionale, il supporto ricevuto, l'ambiente in cui avveniva il parto e la percezione di controllo della donna.

Dall'analisi sono emersi quattro temi principali:

- **Processo decisionale** → molte donne hanno riferito di essersi sentite poco coinvolte nelle decisioni riguardanti l'induzione, di aver ricevuto informazioni scarse, poco adeguate e non chiare e di essersi quasi sentite obbligate ad acconsentire all'induzione del travaglio. In diversi

studi, si è evidenziata una mancanza di comunicazione efficace tra la paziente e il personale sanitario.

- **Percezione di controllo e autonomia** → numerose partecipanti hanno riferito un senso di perdita di controllo nel processo d'induzione, percependo l'esperienza come eccessivamente medicalizzata, a causa dell'utilizzo di protocolli rigidi e di frequenti monitoraggi. Inoltre, molte donne hanno vissuto quest'esperienza in modo passivo, sentendosi ignorate, poco ascoltate e scarsamente coinvolte.
- **Supporto emotivo e continuità assistenziale** → il supporto prestato dal personale sanitario è stato percepito in modo disomogeneo. Le donne hanno evidenziato l'importanza di avere un'ostetrica di riferimento presente e attiva per tutta la durata del processo induttivo. Hanno inoltre sottolineato che, l'assenza o il divieto di presenza del partner o di una persona di supporto, soprattutto nei momenti più intensi e difficili, hanno portato al manifestarsi di sentimenti di solitudine, ansia e frustrazione.
- **Setting ospedaliero** → l'ambiente ospedaliero è stato definito come spesso rumoroso, affollato, impersonale, poco accogliente e privo di privacy. Ritardi organizzativi, restrizioni, come gli orari di visita limitati, numerosi e ripetuti spostamenti da una stanza all'altra sono fattori che hanno contribuito a influenzare negativamente l'esperienza delle donne. In alcuni casi eccezionali, al contrario, il contesto ospedaliero è stato valutato come un luogo sicuro, grazie alla presenza di tecnologie all'avanguardia, che permettono un attento monitoraggio delle condizioni cliniche materno-fetali, e grazie alla continua presenza del personale sanitario.

Conclusioni

La revisione sistematica evidenzia come l'induzione del travaglio sia vissuta da molte donne come un'esperienza emotivamente impegnativa, complessa, e, in diversi casi, negativa, caratterizzata da disinformazione, perdita di controllo e autonomia, e carenza di supporto emotivo.

Interventi mirati a migliorare la comunicazione, a fornire supporto e informazioni chiare e personalizzate, a coinvolgere attivamente la donna nel processo decisionale, a garantire la continuità assistenziale e a offrire un ambiente rispettoso, accogliente e rassicurante, rappresentano elementi fondamentali che contribuiscono a rendere quest'esperienza positiva, partecipativa e centrata sui bisogni della paziente. (Coates, Cupples, Scamell, & McCourt, 2019)

[Induction of labour: Experiences of care and decision-making of women and clinicians. Coates D., Goodfellow A., Sinclair L. \(2020\)](#)

Lo studio "Induction of labour: Experiences of care and decision-making of women and clinicians" di Coates, Goodfellow e Sinclair (2020) è una revisione sistematica di tipo scoping, basata sull'analisi di evidenze quantitative e qualitative relative alle esperienze, opinioni e preferenze delle donne e degli operatori sanitari riguardo all'induzione del travaglio e alle pratiche decisionali ad essa correlate. La revisione ha incluso studi pubblicati tra il 2008 e il 2018 ed è stata condotta seguendo le linee guida PRISMA-ScR (scoping review). I dati sono poi stati sottoposti a un'ulteriore indagine, che ha permesso di individuare le principali tematiche ricorrenti.

Sono stati selezionati 20 studi con campioni che variavano da 7 a 5333 partecipanti (donne sottoposte a induzione del travaglio a partire da 37+0 settimana gestazionale, senza un limite superiore definito), condotti principalmente in paesi industrializzati, come Stati Uniti, Canada, Australia, Germania, Regno Unito e molti altri, ad eccezione di uno svolto in Nigeria. Gli studi inclusi hanno esaminato l'esperienza, la soddisfazione, le preferenze e il coinvolgimento nel processo decisionale delle donne sottoposte a induzione del travaglio, le iniziative per favorire la loro partecipazione alle decisioni riguardanti la loro assistenza e le prospettive dei professionisti sanitari.

Risultati principali

Numerosi studi hanno evidenziato come l'esperienza delle donne sottoposte a induzione del travaglio sia valutata in modo più negativo rispetto a quella di

chi ha avuto un travaglio spontaneo. Ad esempio, Hildingsson et al. (N = 862) riportano che le donne indotte (17,4%, N = 150) hanno vissuto un'esperienza scarsamente positiva, associata ad alti livelli di preoccupazione per il benessere fetale rispetto all'altro gruppo di donne (OR 2,1%; 95% CI 1.2-3.9). Nelle donne con gravidanza >41 settimane gestazionali invece, non sono state riscontrate differenze nell'esperienza del parto.

La soddisfazione riguardo all'assistenza ricevuta variava a seconda del contesto. Ezeanochie et al. (N = 252) hanno evidenziato un tasso di insoddisfazione pari al 28,6% tra le donne sottoposte a induzione del travaglio, il quale risulta più elevato nelle donne che hanno avuto un taglio cesareo rispetto a quelle che hanno partorito per via vaginale. (61,1% vs 13,3%, $p = 0,001$). In aggiunta, Simpson et al. (N = 551) hanno riportato che il 57,4% delle donne con taglio cesareo e il 34% di quelle con parto per via vaginale non vorrebbero sottoporsi nuovamente ad un'induzione. Inoltre, le donne indotte per motivi medici sono apparse più soddisfatte rispetto a quelle con induzione programmata (2,8% vs 9%; $p < 0,00$). Tra le donne che hanno affrontato un'induzione elettiva, il 33% di quelle con parto vaginale e il 75% di quelle con cesareo non sceglierebbero di ripetere la procedura. Analogamente, nello studio di Schwarz et al. (N = 698) il 57% delle donne indotte non si sottoporrebbe nuovamente alla procedura né tantomeno la consiglierebbe.

Molte donne hanno espresso giudizi per lo più negativi sul personale sanitario. Nello studio di Henderson e Redshaw (N = 5333), viene riportato che solo il 27% delle donne indotte (20%) ha conferito una valutazione positiva riguardo l'assistenza ricevuta, mentre il restante 73% ha riportato esperienze neutre o negative. Queste ultime sono spesso legate ad ansia, dolore intenso, preoccupazioni, senso di abbandono, mancato coinvolgimento, frustrazione, delusione per la mancata insorgenza di un travaglio spontaneo, informazione scarsa e inadeguata, ritardi, carenza di personale e di organizzazione.

Murtagh e Folan, intervistando 9 donne primipare sottoposte a induzione del travaglio per gravidanza oltre il termine, hanno riportato sentimenti di delusione riguardo le aspettative delle donne, a causa di una gestione

inefficace del dolore, informazioni scarse e poco chiare e una durata della procedura superiore a quella prevista. Walker et al. (N = 663), invece, hanno osservato un forte disaccordo verso l'induzione avente come indicazione l'età materna superiore a 35 anni: solo il 13% favorevole, il 30% dubbioso e il 57% contrario.

Numerosi studi hanno evidenziato un comune senso di trascuratezza tra le donne, le quali hanno riportato di non aver ottenuto sufficienti informazioni e supporto, necessari per prendere decisioni consapevoli. Hanno ricevuto solamente informazioni scritte e poco dettagliate riguardo a rischi, benefici, efficacia e alternative esistenti, senza aver avuto la possibilità di discuterne e di riflettere. Oltre il 50% delle donne avrebbe desiderato ottenere informazioni più chiare e specifiche (Schwarz et al., N = 689). Solo il 51% ha avuto l'opportunità di scegliere la modalità del parto (N = 5333, di cui 20% indotte). Spesso l'induzione del travaglio viene percepita come un'imposizione e non come una scelta informata. Molte donne si sono sentite poco coinvolte nel processo decisionale (Thompson e Miller, 21,5% di 870), hanno subito pressione da parte del personale sanitario (Jou et al., 14,8% di 2400) e non hanno avuto la possibilità di opporsi e di esprimere le proprie opinioni (Hildingsson et al., 150 di 862).

Stevens e Miller (N = 595) hanno analizzato diversi approcci per presentare il processo d'induzione alle donne oltre il termine, modificando il loro coinvolgimento nel processo decisionale e la modalità di comunicazione delle informazioni. È emerso che messaggi chiari e favorevoli aumentavano la propensione ad accettare l'induzione. Tuttavia, solo il 22,3% di queste donne ha riportato di essere stata informata a sufficienza, rispetto al 51,5% di quelle che hanno ricevuto informazioni neutrali o contrarie.

Simpson et al. (N = 1349) hanno valutato l'impatto di un video informativo sull'induzione del travaglio, somministrato alle donne nei corsi parto e accompagnato da colloqui con l'ostetrica di riferimento. Tra le donne partecipanti è stato riscontrato: una riduzione significativa del 20% nelle induzioni elettive ($p = 0,01$), una preparazione e soddisfazione maggiore (solo

l'11 % si è sentito impreparato rispetto al 19% delle non frequentanti ($p \leq 0.00$) e una minore necessità di ottenere informazioni ulteriori prima di acconsentire alla procedura (16% contro 57%). Nonostante ciò, le frequentanti il corso sono risultate meno soddisfatte dell'esperienza complessiva rispetto alle frequentanti (7% vs 3.5%; $p < 0.00$).

Lo studio "Induction of labour: Experiences of care and decision-making of women and clinicians. Coates D., Goodfellow A., Sinclair L. (2020)" esamina anche gli elementi che incidono sul processo decisionale dal punto di vista dei professionisti sanitari. Evidenzia come spesso le scelte relative all'induzione vengano influenzate da alcune fattori: l'atteggiamento nei confronti del coinvolgimento delle donne, la percezione del rischio, la disponibilità delle risorse e le opinioni personali.

Tuttavia, poiché il focus della tesi riguarda l'esperienza vissuta dalle donne sottoposte a induzione del travaglio, questa sezione non verrà ulteriormente approfondita.

Conclusioni

Dalla revisione di Coates, Goodfellow e Sinclair emerge che le donne non vengono coinvolte sufficientemente nel processo decisionale e che spesso l'induzione del travaglio viene percepita come un obbligo e non come una scelta informata. La quantità e la qualità delle informazioni fornite risultano essere carenti e spesso poco dettagliate, impedendo decisioni consapevoli e un'adeguata preparazione. Oltre all'esperienza e alla valutazione clinica, devono essere prese in considerazione anche le preferenze e le opinioni delle donne. Proprio per questo motivo, è necessario promuovere il processo decisionale condiviso affinché la donna possa vivere quest'esperienza in modo positivo e supportato. Nello studio vengono proposti strumenti utili ad aumentare il coinvolgimento delle donne e la loro soddisfazione riguardo l'esperienza complessiva dell'induzione: corsi di preparazione al parto, comunicazione semplice, ma completa e altri strumenti, come ad esempio la visione di un video educativo, somministrato negli incontri antecedenti al parto, con gli operatori sanitari specializzati. Nonostante ciò, c'è la necessità di

intraprendere ulteriori studi per assicurare il miglioramento dell'assistenza e incrementare la soddisfazione delle donne sottoposte a induzione del travaglio. (Coates, Goodfellow, & Sinclair, 2020)

La tesi, incentrata sul vissuto delle donne sottoposte a induzione del travaglio e sulla valutazione della qualità dell'assistenza ostetrica, include donne a partire dalla 37+0 settimana gestazionale senza un limite superiore. Il seguente studio, condotto su donne con gravidanza posttermine sottoposte a induzione del travaglio, è stato incluso, pur focalizzandosi solamente su questo specifico sottogruppo di donne, in quanto ritenuto pertinente all'argomento di ricerca; inoltre, quest'ultimo contribuisce a fornire una panoramica più ampia sull'esperienza vissuta dalle donne sottoposte a induzione del travaglio.

[Women's experiences of postterm induction of labor: A systematic review of qualitative studies. Lou S., Hvidman L., Uldbjerg N., Neumann L., Jensen TF., Haben JG., Carstensen K. \(2019\)](#)

Lo studio "Women's experiences of postterm induction of labor: A systematic review of qualitative studies" di Lou et al. (2019) è una revisione sistematica di 8 studi qualitativi, pubblicati tra il 2007 e il 2018 e condotti in paesi industrializzati come Australia e Stati Uniti. È stato analizzato il vissuto delle donne (sia primipare che multipare) con gravidanza posttermine sottoposte a induzione del travaglio, raccogliendo dati tramite la somministrazione di questionari o interviste; in totale sono state incluse 277 donne.

L'obiettivo della revisione era analizzare le evidenze qualitative esistenti riguardanti l'esperienza di queste donne, al fine di poter successivamente fornire informazioni precise alle gestanti.

Le principali tematiche emerse sono:

- **Aspettative contrastanti**

- Alcune donne valutavano il processo d'induzione in modo positivo perché portava alla fine della gravidanza, conferendo più controllo e sicurezza.
 “C'è molta ansia di base, soprattutto come madre alla prima esperienza e senza sapere cosa aspettarsi. Ora sento di avere più controllo sul mio parto, perché so quando accadrà e sarò già in ospedale quando inizierà” (Lou, et al., 2019); traduzione a cura dell'autrice)
- Altre percepivano l'induzione come l'eliminazione delle proprie speranze di avere un parto spontaneo, spesso associata a delusione, frustrazione e passività.
- **Induzione come imposizione e non come scelta informata**
 - Molte donne non si sono sentite coinvolte attivamente nel processo decisionale e hanno ritenuto che l'induzione nella maggior parte dei casi venisse presentata come un obbligo anziché come una scelta condivisa, senza aver tempo per riflettere.
 - Le donne hanno riferito di avere la necessità di ottenere più informazioni dettagliate, soprattutto per quanto riguarda rischi, benefici e alternative della procedura di induzione del travaglio.
 “Sai, non ti danno il tempo di pensarci o di rifletterci. Non ti spiegano i dettagli. Non ti danno voce in capitolo, perché te lo impongono con insistenza, come se fosse solo un punto da spuntare nella loro lista” (Lou, et al., 2019); traduzione a cura dell'autrice).
- **Vissuto del processo d'induzione del travaglio**
 - Molte donne hanno vissuto l'induzione del travaglio come un processo duraturo, complesso, emotivamente impegnativo, associato a tempi d'attesa lunghi, frequente cambio di personale e numerosi spostamenti tra le varie stanze presenti in reparto.

“Sì, perché ci dicevamo: “ma perché ci hanno fatto venire così presto?” e stavamo lì solo ad aspettare”((Lou, et al., 2019); traduzione a cura dell'autrice).

- Inoltre, hanno riportato di sentirsi trascurate e abbandonate a sé stesse e di non ricevere sufficienti informazioni, causando sentimenti di ansia e incertezza.

“Mi sono messa un po' a cercare informazioni su Internet e ho letto che l'induzione viene fatta e poi ripetuta dopo 6 ore se non funziona. Ma in realtà non è andata così, quindi era come se non avessimo idea di cosa stesse succedendo”((Lou, et al., 2019); traduzione a cura dell'autrice).

Conclusioni

L'induzione del travaglio è un processo complesso che può essere vissuto positivamente o negativamente a seconda delle informazioni ricevute e al coinvolgimento nel processo decisionale. Garantire un approccio più centrato sui bisogni e necessità delle pazienti, una comunicazione e informazione completa e chiara, la partecipazione attiva delle pazienti, la continuità assistenziale e un supporto adeguato sono aspetti fondamentali per contribuire ad assicurare alle pazienti un'esperienza positiva. (Lou, et al., 2019)

Discussione dei risultati

L'analisi dei risultati emersi dagli studi evidenzia come l'induzione del travaglio sia vissuta da molte donne come un'esperienza emotivamente impegnativa e complessa, caratterizzata da una comunicazione spesso insufficiente e inadeguata e da un limitato coinvolgimento nel processo decisionale. Le donne sottoposte a induzione del travaglio riferiscono spesso una sensazione di perdita di controllo e percepiscono l'induzione stessa come un'imposizione, anziché come una scelta condivisa e informata. Questi fattori, assieme a un supporto emotivo inadeguato e a una carente continuità assistenziale, contribuiscono a un vissuto negativo, associato a frustrazione, ansia e insoddisfazione. Contemporaneamente, si evidenzia come un approccio

assistenziale attento alle esigenze e ai bisogni della donna, un reale coinvolgimento nelle decisioni, un supporto continuo e personalizzato e la condivisione di informazioni chiare e complete possano migliorare significativamente la qualità dell'assistenza. Per favorire un'esperienza positiva alle donne sottoposte all'induzione del travaglio, è quindi fondamentale garantire il processo decisionale condiviso, una comunicazione efficace e un supporto adeguato, oltre a incrementare l'utilizzo di strumenti educativi, come la partecipazione ai corsi preparto. Attraverso la promozione di questi aspetti, vengono così valorizzati non solo i fattori clinici, ma anche quelli emotivi e relazionali.

TITOLO, AUTORE, ANNO DI PUBBLICAZIONE	OBIETTIVO	CAMPIONE	INTERVENTO	OUTCOME
Coates, R., Cupples, G., Scamell, A., & McCourt, C. (2019, Febbraio). Women's experiences of induction of labour: Qualitative systematic review and thematic synthesis. <i>Midwifery</i> , 69, 17-28. doi:10.1016/j.midw.2018.10.013	Analizzare le evidenze qualitative esistenti relative all'esperienza delle donne sottoposte a induzione del travaglio.	Donne sottoposte a induzione del travaglio, sia primipare che multipare, con gravidanze a basso e alto rischio, a partire dalla 37+0 settimana gestazionale (senza un limite superiore definito).	Induzione del travaglio.	QUALITATIVI: Induzione vissuta dalle donne come un'esperienza emotivamente impegnativa, complessa, in diversi casi, negativa. Percepita spesso come un'imposizione e caratterizzata da ansia, disinformazione, perdita di controllo e autonomia, carenza di supporto emotivo, senso di abbandono, ritardi e frequenti spostamenti.
Lou, S., Hvidman, L., Uldbjerg, N., Nuemann, L., Fritzner Jensen, T., Haben, J.-G., & Carstensen, K. (2019). Women's experiences of postterm induction of labor: A systematic review of qualitative studies. <i>Birth</i> , 46(3), 400-410. doi:10.1111/birt.12412	Analizzare le evidenze qualitative esistenti riguardanti l'esperienza delle donne con gravidanza posttermine, per poter fornire informazioni precise alle gestanti.	N = 277 donne con gravidanza posttermine sottoposte a induzione del travaglio.	Induzione del travaglio.	QUALITATIVI: L'induzione del travaglio è vissuta dalle donne in modo differente. Spesso è percepita come un'esperienza complessa, negativa, più come un'imposizione che come una scelta consapevole. Si associa spesso a scarso coinvolgimento nei processi decisionali, informazioni poco dettagliate e insufficienti, nonché a un carente supporto emotivo. Per assicurare un'esperienza positiva è fondamentale migliorare la comunicazione, favorire la partecipazione attiva delle donne e garantire la continuità

Figura II: tabella articoli qualitativi

TITOLO, AUTORE, ANNO DI PUBBLICAZIONE	OBIETTIVO	CAMPIONE	INTERVENTO	OUTCOME
Coates, D., Goodfellow, A., & Sinclair, L. (2020). Induction of labour: Experiences of care and decision-making of women and clinicians. <i>Women and Birth</i> , 33(1), e1-e14. doi:10.1016/j.wombi.2019.06.002	Esaminare l'esperienza, la soddisfazione, le preferenze e il coinvolgimento nel processo decisionale delle donne sottoposte a induzione del travaglio. Trovare iniziative per migliorare l'assistenza e il coinvolgimento nei processi decisionali.	Donne sottoposte a induzione del travaglio a partire dalla 37+0 settimana gestazionale (senza un limite superiore definito). La dimensione dei campioni esaminati negli studi inclusi varia da 7 a 5333 partecipanti, residenti principalmente in paesi industrializzati, tra cui Stati Uniti, Canada, Australia, Germania, Regno Unito, ad eccezione di un paese, la Nigeria.	Induzione del travaglio.	QUALITATIVI: Le donne non si sentono sufficientemente coinvolte, informate e supportate nel processo d'induzione. Percepiscono l'induzione come un obbligo e non come una scelta informata. Sono necessari strumenti, come corsi di preparazione al parto e video informativi, utili ad aumentare il coinvolgimento e la soddisfazione riguardo l'esperienza complessiva. QUANTITATIVI: - Esperienza negativa → 17.4% indotte (N = 150/862), OR 1.5; 95% CI 1.0-2.3; preoccupazione fetale OR 2.1; 95% CI 1.2-3.9. - Nessuna differenza >41 settimane gestazionali. - Insoddisfazione → 28.6% (N = 252); cesareo 61.1% vs vaginale 13.3% (p = 0.001). - No ripetizione induzione → cesareo 57.4%, vaginale 34% (N = 551). - Soddisfazione induzione → (insoddisfatte) medica 2.8% vs programmata 9% (p < 0.00). - Non ripeterebbero l'induzione → vaginale 33%, cesareo 75%. - Non consiglierebbero l'induzione → 57% (N = 698). - Valutazione assistenza → (N = 5333, 20% donne indotte) il 27% donne indotte valutazione positiva, 73% valutazione neutra o negativa. - Disaccordo induzione per età materna >35 anni → 13% favorevole, 30% dubbiose, 57% contrarie. - Informazioni non chiare e insufficienti → > 50% (N = 689). - Scelta modalità parto → 51% opportunità di scegliere (N = 5333, di cui 20% indotte). - Coinvolgimento delle donne → 21.5% poco coinvolte (N = 870). - Pressione personale sanitario → 14.8% ha subito pressione (N = 2400). - Possibilità di esprimersi e opporsi → 17.4% non ha potuto (N = 862). - Informazioni → informazioni favorevoli all'induzione: 22.3% informazioni sufficienti; informazioni neutrali/contrarie: 51.5% informazioni sufficienti. - Video informativo al corso preparato → -20% induzioni elettive (p = 0.01), impreparate 11% vs 19% (p ≤ 0.00); necessità informazioni ulteriori 16 vs 57%; insoddisfazione complessiva 3,5% vs 7% (p < 0.00) (frequentanti vs non frequentanti)

Figura III: tabella articolo misto qualitativo-quantitativo

Capitolo 4: Survey quantitativa e qualitativa

Nel seguente capitolo viene descritta la survey quantitativa e qualitativa condotta dalla sottoscritta attraverso la somministrazione di un questionario. La popolazione a cui si rivolge, comprende le donne sottoposte a induzione del travaglio. L'obiettivo dell'indagine è analizzare il vissuto di queste donne e comprendere la qualità dell'assistenza ostetrica ricevuta, per poter contribuire a migliorare, dove e se necessario, la loro esperienza e fornire un approccio assistenziale più centrato sulla donna e sui suoi bisogni.

Quesito di ricerca

"Qual è il vissuto delle donne sottoposte a induzione del travaglio rispetto all'assistenza ostetrica ricevuta? Quali strategie potrebbero essere adottate per rispondere al meglio alle loro necessità?"

Disegno di studio

Lo studio comprende:

- Una parte quantitativa realizzata tramite domande chiuse a risposta multipla e scale Likert a 5 punti, al fine di descrivere la distribuzione delle opinioni nel campione;
- Una parte qualitativa composta da domande aperte, che hanno permesso di esplorare le percezioni e i vissuti delle partecipanti.

Materiali e metodi

Per la ricerca, è stato sviluppato un questionario auto-somministrato, realizzato in autonomia dalla sottoscritta e rivolto alle donne sottoposte a induzione del travaglio. Per la somministrazione è stata richiesta l'approvazione all'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, la quale, dopo aver ricevuto la documentazione necessaria, ha acconsentito.

Per coinvolgere una più ampia gamma di donne, il questionario è stato formulato in lingua italiana e successivamente tradotto in lingua tedesca e inglese. La sua elaborazione si è basata su una revisione della letteratura scientifica.

I grafici riportati di seguito sono quelli generati automaticamente da Microsoft Forms; le percentuali, quando non visibili nel grafico, sono state calcolate manualmente a partire dal numero di risposte fornite.

Popolazione esaminata

La popolazione di riferimento include donne con età superiore o uguale ai 18 anni, sia primipare che multipare, con gravidanza singola a partire dalla 37+0 settimana gestazionale (gli studi considerano gravidanze oltre le 37 settimane senza indicare un limite superiore specifico), con feto sano, con una cervice sfavorevole (punteggio di Bishop ≤ 6 o ≤ 4) e in presenza di un'indicazione clinica all'induzione del travaglio.

Strumento di raccolta dati

È stato realizzato un questionario ex novo, in formato elettronico sulla piattaforma "Microsoft Forms", disponibile in lingua italiana, tedesca e inglese. Al suo interno è stato inserito uno strumento scientificamente validato per valutare il livello di soddisfazione delle donne riguardo all'esperienza vissuta, ossia la scala BSS-R (Birth Satisfaction Scale-Revised) (Nespoli, Colciago, Pedroni, Perego, & Fumagalli, 2018), (Nespoli, Colciago, Pedroni, Perego, & Fumagalli, Supplementary materials for The Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R): Process of translation and adaptation in an Italian context, 2018).

Il questionario è stato somministrato attraverso la consegna di una brochure informativa, all'interno della quale era presente un QR Code per accedervi, questo per facilitare la compilazione, aumentare la partecipazione delle donne, ridurre errori di trascrizione e assicurare una raccolta dati più organizzata. La somministrazione è avvenuta a partire dal 6 agosto 2025 al 30 settembre 2025 ed è stata limitata all'ospedale di Bolzano per garantire una raccolta dati precisa e per ridurre la variabilità dovuta alle differenze organizzative dei vari comprensori ospedalieri.

La compilazione è volontaria, anonima (nel rispetto della privacy) e della durata di circa 5-10 minuti. Alle pazienti è stata consegnata l'informativa GDPR, elaborata dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige e riguardante la

modalità di trattamento dei dati, assieme al consenso da firmare. Successivamente il consenso informato firmato è stato affidato al titolare del trattamento dei dati (selezionato dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige) seguendo le procedure ospedaliere.

Il questionario è stato suddiviso in più sezioni:

- Informazioni anagrafiche e ostetriche: età, numero di gravidanze, tipologia di gravidanza, settimana gestazionale, indicazione e tipologia dell'induzione del travaglio,...
- Valutazione delle informazioni ricevute e del coinvolgimento nel processo decisionale relativo all'induzione del travaglio.
- Esperienza del travaglio indotto: emozioni provate, gestione del dolore,...
- Qualità dell'assistenza ostetrica ricevuta: continuità assistenziale, supporto,...
- Scala BSS-R (Birth Satisfaction Scale-Revised): livello di soddisfazione riguardo l'esperienza complessiva.
- Suggerimenti con valutazione finale: per fornire una valutazione dell'esperienza complessiva dell'induzione del travaglio ed esprimere suggerimenti e/o consigli rivolti alle future madri che dovranno affrontare un'induzione del travaglio.

Nello specifico il questionario è composto da 26 domande di cui 17 a risposta chiusa, 5 a risposta multipla e 4 a risposta aperta. A 3 domande è stata inclusa l'opzione "Altro". Tutte le domande sono obbligatorie, ad eccezione delle domande 25 e 26, le quali sono domande aperte a risposta facoltativa.

Risultati

Al questionario somministrato hanno partecipato 31 pazienti. Di seguito la descrizione dei risultati ottenuti.

Dati generali

Età delle partecipanti

● Si	31
● No	0

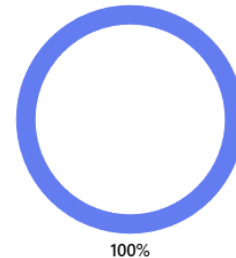


Figura IV: grafico età delle partecipanti

Il 100% delle rispondenti ha un'età tra 18 e 45 anni.

Numero totale di gravidanze (incluso il parto attuale)

● 1	18
● 2	6
● 3 o più	7

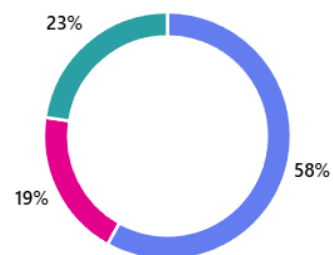


Figura V: grafico numero totale di gravidanze

Il 58% ha avuto una gravidanza, il 19% ne ha avute due, mentre il 23% tre o più.

Settimane di gestazione in cui è stata effettuata l'induzione del travaglio

Le 31 pazienti che hanno risposto al questionario hanno riferito di essere state sottoposte all'induzione del travaglio dalle 37+0 settimane gestazionali in poi.

Tipologia della gravidanza

● Singola	31
● Gemellare/multipla	0

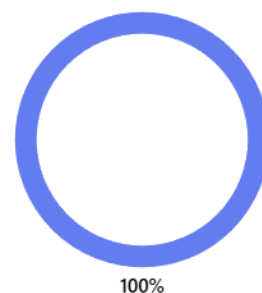


Figura VI: grafico sulla tipologia della gravidanza

Il 100% delle rispondenti ha avuto una gravidanza singola.

Indicazione dell'induzione



Figura VII: grafico sull'indicazione dell'induzione

Per questa domanda era possibile selezionare più risposte; le percentuali si riferiscono al totale delle risposte.

Nel 47% dei casi, l'induzione è stata effettuata per la presenza di patologie materne (es. diabete, ipertensione), il 19% per patologie fetali (es. quantità di liquido amniotico alterato, crescita rallentata), il 17% per gravidanza oltretermine e l'8% per rottura prematura delle membrane. In aggiunta, un ulteriore 8% delle pazienti ha riferito di non aver ricevuto una spiegazione chiara sul motivo dell'induzione.

Stato delle membrane



Figura VIII: grafico sullo stato delle membrane

All'inizio della procedura, l'84% dei casi presentava membrane integre, mentre il 16% presentava membrane non integre.

Metodo d'induzione utilizzato

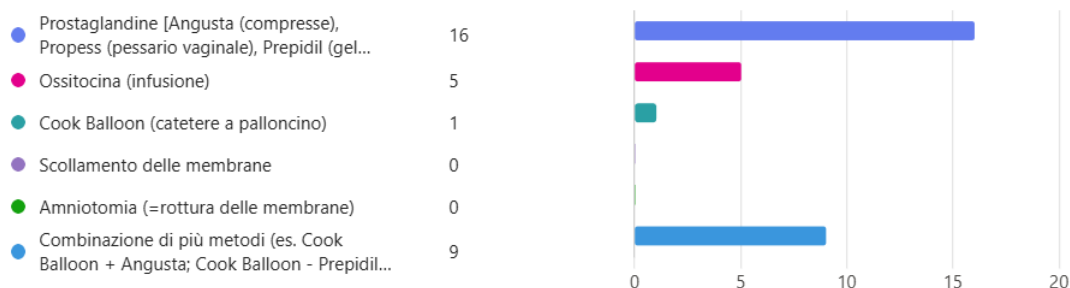


Figura IX: grafico sul metodo d'induzione utilizzato

Le percentuali, quando non visibili nel grafico, sono state calcolate manualmente a partire dal numero di risposte fornite.

Nel dettaglio, le prostaglandine sono state utilizzate nel 52% dei casi, la combinazione di più metodi nel 29%, l'ossitocina nel 16% e il Cook Balloon nel 3%. Lo scollamento delle membrane e l'amnioressi non sono stati utilizzati in alcun caso.

Tempo trascorso tra l'inizio dell'induzione e il parto (n° ore)

Il tempo trascorso tra l'inizio dell'induzione e il parto varia da 1 ora a 80 ore e 30 minuti, con una media di 21,4 ore.

Richiesta di supporto per la gestione del dolore



Figura X: grafico sulla richiesta di supporto per la gestione del dolore

Il 55% delle pazienti ha richiesto supporto per la gestione del dolore, al contrario il 45% non lo ha desiderato.

Metodologie applicate per la gestione del dolore

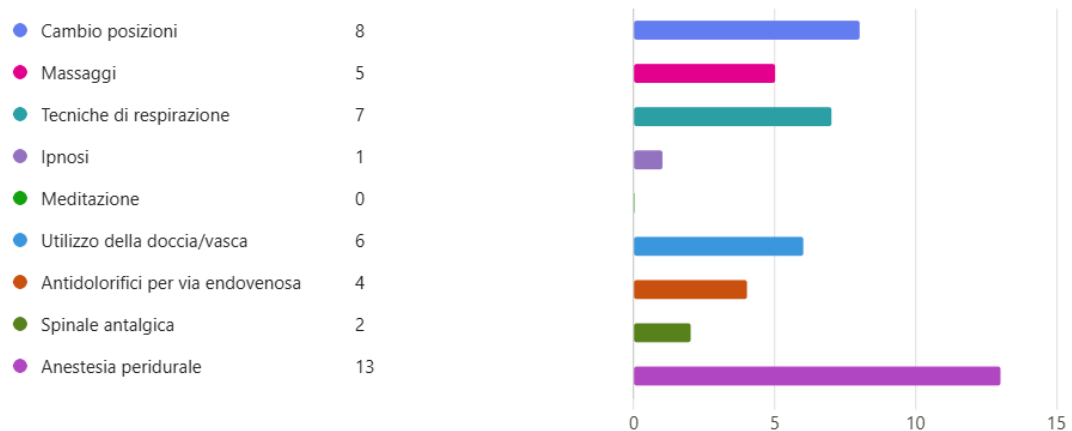


Figura XI: grafico sulle metodologie applicate per la gestione del dolore

Per questa domanda era possibile selezionare più risposte; le percentuali si riferiscono al totale delle risposte.

In particolare, nel 28% dei casi è stata utilizzata l'anestesia peridurale, nel 17% è stato promosso il cambio di posizione, nel 15% sono state adottate tecniche di respirazione e nel 13% è stata utilizzata la vasca. Invece, nell'11% dei casi sono stati effettuati massaggi, nel 9% sono stati somministrati antidolorifici per via endovenosa, nel 4% è stata posizionata la spinale antalgica, e nel 2% è stata impiegata l'ipnosi. La meditazione non è stata utilizzata in alcun caso.

Informazioni ricevute e processo decisionale

Informazione e coinvolgimento nel processo decisionale relativo all'induzione del travaglio



Figura XII: grafico sull'informazione e sul coinvolgimento nel processo decisionale

La maggior parte delle donne (41,9%) ha affermato di aver ricevuto informazioni complete sulle indicazioni dell'induzione del travaglio, il 25,8% si è sentita abbastanza informata, il 22,6% poco e solamente il 9,7% molto. Per quanto riguarda i metodi utilizzati, il 29% delle partecipanti ha percepito la comunicazione come completa, il 25,8% abbastanza completa, il 22,6% molto, il 19,4% poco e solo il 3,2% per niente. Rispetto ai rischi e benefici dell'induzione, la maggior parte delle partecipanti (32,3%) si è considerata poco informata e solo il 19,4% pienamente informata; le altre risposte si distribuiscono in modo omogeneo tra molto, abbastanza e per niente (16,1% ciascuno).

Il coinvolgimento nel processo decisionale è stato percepito come completo solamente dal 25,8% delle donne, abbastanza dal 22,6%, molto dal 19,4%, poco e per niente dal 16,1%. Infine, relativamente alla preparazione ad affrontare il travaglio indotto, il 38,7% si è dichiarata poco pronta, il 25,8% completamente pronta, il 22,6% abbastanza e il 12,9% per niente.

Esperienza del travaglio indotto

Emozioni provate durante l'induzione

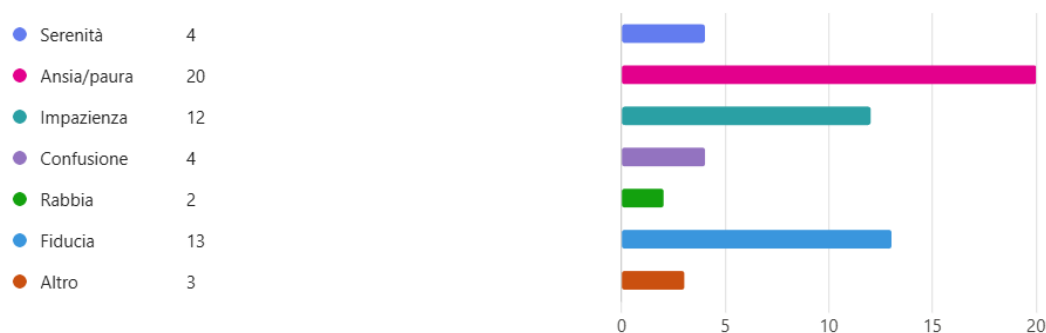


Figura XIII: grafico sulle emozioni provate durante l'induzione

Per questa domanda era possibile selezionare più risposte; le percentuali si riferiscono al totale delle risposte.

Durante l'induzione del travaglio, le partecipanti hanno riportato emozioni eterogenee. Ansia o paura sono state segnalate nel 34% dei casi, seguite da fiducia (22%) e impazienza (21%). Serenità e confusione sono state riportate

entrambe nel 7% dei casi, mentre nel 5% dei casi le partecipanti non hanno specificato le sensazioni provate, in quanto non sapevano come descriverle. Infine, la sensazione di rabbia è stata riportata nel 3% dei casi.

Tempo trascorso tra l'inizio dell'induzione e l'inizio del travaglio attivo



Figura XIV: grafico sul tempo trascorso tra l'inizio dell'induzione e l'inizio del travaglio attivo

Il 48% delle partecipanti ha ritenuto il tempo tra l'inizio dell'induzione e l'inizio del travaglio attivo adeguato, il 39% lo ha percepito come troppo lungo e il 13% come più breve del previsto.

Emozioni provate (prima dell'ingresso in sala parto)

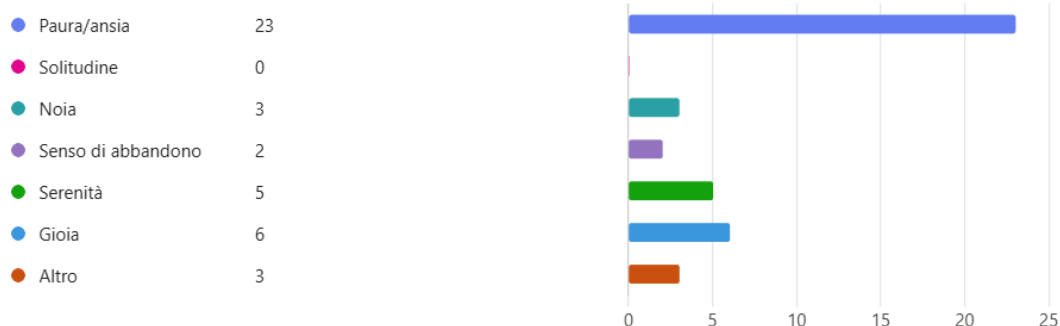


Figura XV: grafico sulle emozioni provate (prima dell'ingresso in sala parto)

Durante l'induzione del travaglio, prima di entrare in sala parto, le pazienti hanno riportato diverse emozioni: ansia o paura nel 55% dei casi, gioia nel 14%, serenità nel 12%, noia e altre emozioni non specificate perché non in grado di descriverle nel 7%, e senso di abbandono nel 5%. Nessuna partecipante ha segnalato solitudine (0%).

Emozioni provate (dopo l'ingresso in sala parto)

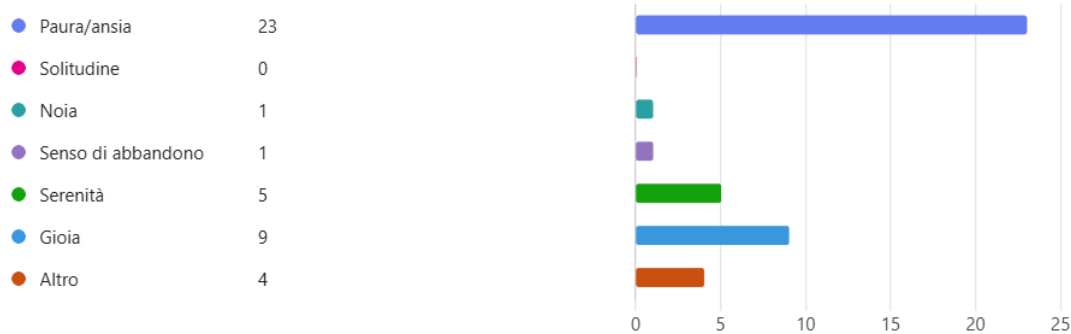


Figura XVI: grafico sulle emozioni provate (dopo l'ingresso in sala parto)

Durante l'induzione del travaglio, dopo l'ingresso in sala parto, le partecipanti hanno riferito diverse emozioni: ansia o paura nel 53% dei casi, gioia nel 21%, serenità nel 12%. Altre emozioni non specificate sono emerse nel 9% dei casi, mentre il senso di abbandono e la noia sono stati segnalati entrambi nel 2%. Nessuna partecipante ha riportato solitudine (0%).

Presenza del partner/persona di fiducia



Figura XVII: grafico sulla presenza di partner/persona di fiducia

Il 100% ha riferito la presenza del partner o di una persona di fiducia durante l'induzione.

Valutazione del dolore

● Inferiore	0
● Uguale	9
● Superiore	22

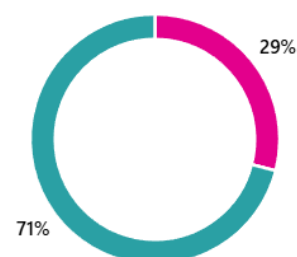


Figura XVIII: grafico sulla valutazione del dolore

Il 71% delle partecipanti ha riportato una percezione del dolore superiore alle proprie aspettative, mentre il 29% l'ha trovata in linea con quanto previsto. Nessuna partecipante ha riferito una percezione inferiore.

Gestione del dolore

● Sì, completamente	7
● Solo in parte	19
● No	5

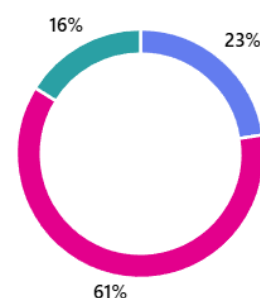


Figura XIX: grafico sulla gestione del dolore

Il 61% delle pazienti ha riferito di aver potuto gestire il dolore solo parzialmente, il 23% lo ha gestito completamente, mentre il 16% non è riuscito a farlo.

Qualità dell'assistenza ostetrica

Presenza di un'ostetrica di riferimento

● Sì	30
● No	1

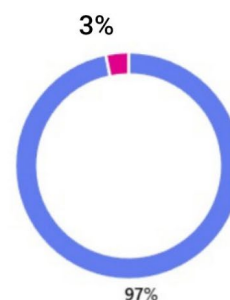


Figura XX: grafico sulla presenza di un'ostetrica di riferimento

Nel 97% dei casi, le pazienti hanno avuto un'ostetrica di riferimento per ogni turno di lavoro, mentre nel 3% ciò non è avvenuto.

Informazione, sostegno e rispetto da parte del personale ostetrico



Figura XXI: grafico sull'informazione, sostegno e rispetto da parte del personale ostetrico

La maggior parte delle donne (58,1%) ha ritenuto che il personale ostetrico abbia spiegato chiaramente e completamente le varie fasi dell'induzione, il 29% molto, il 9,7% abbastanza e solo il 3,2% poco. Per quanto riguarda il sostegno, il 58,1% riferisce di averlo ricevuto completamente, il 25,8% molto, il 12,9% abbastanza e il 3,2% poco. Relativamente al rispetto, il 58,1% si è ritenuta rispettata completamente, il 32,3% molto, il 6,5% abbastanza e il 3,2% poco. Infine, le donne hanno affermato di essersi sentite supportate completamente nel 51,6% dei casi, molto nel 38,7%, 6,5% poco e nel 3,2% abbastanza.

Valutazione della comunicazione

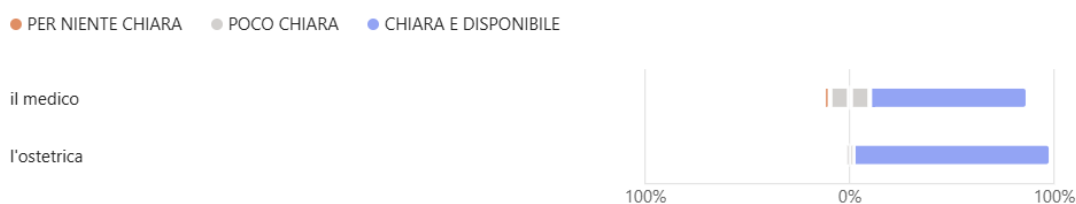


Figura XXII: grafico sulla valutazione della comunicazione

Il 77,4% delle donne ha considerato la comunicazione con il medico chiara e disponibile, il 19,4% poco chiara e il 3,2% per niente chiara. D'altra parte, la comunicazione con l'ostetrica è stata valutata come chiara e disponibile nel

96,8% dei casi e nel 3,2% poco chiara; nessuna partecipante l'ha ritenuta per niente chiara.

Valutazione complessiva della qualità dell'assistenza ricevuta



Figura XXIII: grafico sulla valutazione complessiva della qualità dell'assistenza ricevuta

Nel 71% dei casi, la qualità dell'assistenza è stata valutata come ottima, mentre nel 29% dei casi come buona. Le valutazioni sufficiente o inadeguata non sono state utilizzate.

Scala BSS-R (Birth Satisfaction Scale – Revised)

Esperienza del travaglio e del parto

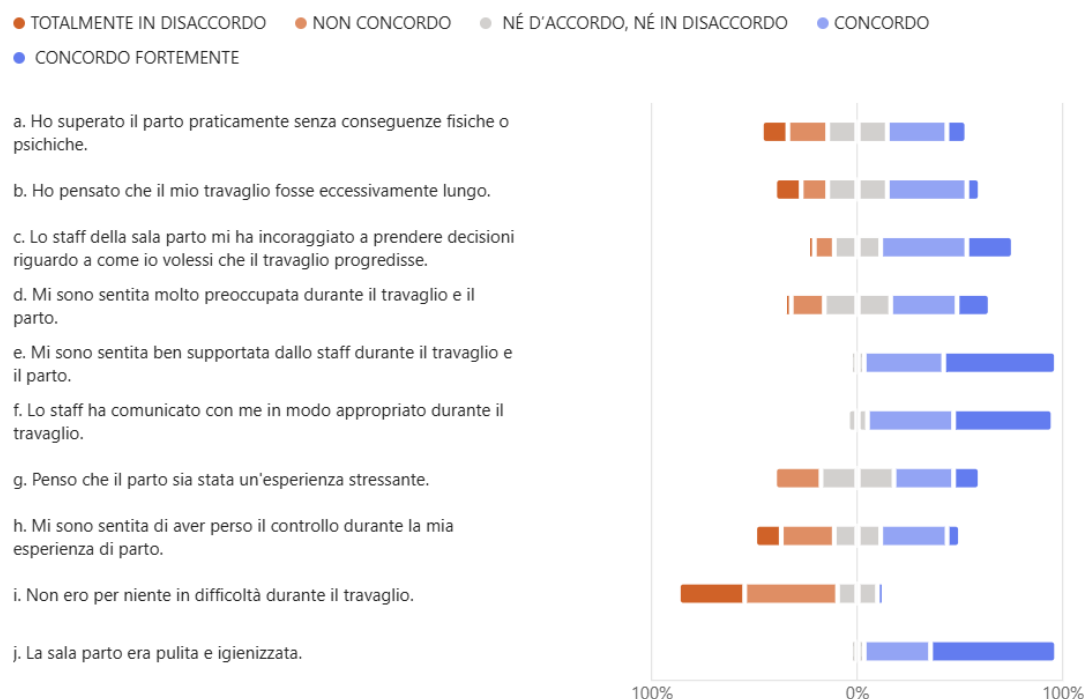


Figura XXIV: grafico sull'esperienza del travaglio e del parto

Il 29% delle donne ha riportato di aver superato il parto senza conseguenze fisiche o psichiche, mentre un ulteriore 29% si è dichiarato neutrale (né in accordo né in disaccordo). Il 19,4% ha espresso disaccordo, il 12,9% totale disaccordo e il 9,7% forte accordo.

Per quanto riguarda la durata del travaglio, il 38,7% delle partecipanti ha riferito che è stata eccessivamente lunga, il 29% ha risposto in modo neutrale, il 12,9% ha manifestato disaccordo, un ulteriore 12,9% totale disaccordo e il 6,5% forte accordo.

Inoltre, il 41,9% delle donne ha dichiarato di essere stata incoraggiata dal personale a prendere decisioni riguardo al progredire del travaglio. Il 22,6% si è mostrato fortemente d'accordo, un ulteriore 22,6% neutrale, il 9,7% in disaccordo e il 3,2% in totale disaccordo.

Relativamente alla preoccupazione provata durante il travaglio e il parto, il 32,3% ha riferito di sentirsi preoccupata, una percentuale identica (32,3%) si è mostrata neutrale, il 16,1% ha affermato forte accordo, un ulteriore 16,1% disaccordo e il 3,2% totale disaccordo.

Successivamente, le donne si sono sentite supportate nel 54,8% dei casi, esprimendo forte consenso, nel 38,7% accordo e nel 6,5% una posizione neutrale. Nessuna partecipante ha manifestato disaccordo o totale disaccordo.

Per quanto riguarda la comunicazione del personale durante il travaglio, il 48,4% delle donne ha indicato forte accordo sull'adeguatezza comunicativa, il 41,9% accordo e il 9,7% né accordo né disaccordo. Anche in questo caso, nessuna ha riferito disaccordo o totale disaccordo.

Riguardo alla percezione del parto come esperienza stressante, il 35,5% delle donne ha mantenuto una posizione neutrale, il 29% si è espresso in accordo, il 22,6% in disaccordo e il 12,9% in forte accordo. Nessuna partecipante ha riportato totale disaccordo.

Nel 32,3% dei casi, le donne hanno riferito di aver perso il controllo durante il parto, il 25,8% ha riportato disaccordo, il 22,6% né accordo né disaccordo, il 12,9% totale disaccordo e il 6,5% forte accordo.

Il 45,2% delle donne ha concordato di aver riscontrato difficoltà durante il travaglio, il 32,3% ha dichiarato totale disaccordo, il 19,4% né accordo né disaccordo e solo il 3,2% totale accordo. Nessuna ha affermato di essere d'accordo.

Infine, sulla pulizia della sala parto, il 61,3% ha fortemente concordato che fosse sempre pulita e igienizzata, il 32,3% ha espresso accordo e il 6,5% una posizione neutrale. Nessuna ha manifestato disaccordo o totale disaccordo.

Suggerimenti e valutazione finale

Valutazione dell'esperienza complessiva dell'induzione del parto



Figura XXV: grafico sulla valutazione dell'esperienza complessiva dell'induzione del travaglio

Nel 52% dei casi l'esperienza complessiva è stata valutata in modo neutro, nel 19% come positiva, in un altro 19% come negativa, nel 6% come molto positiva e nell'1% come molto negativa.

Aspetto/aspetti più importante/i per avere un'esperienza positiva

Su 31 partecipanti, 21 hanno fornito una risposta alla domanda numero 25. Tali risposte sono state accuratamente analizzate e riformulate per agevolarne la lettura e la comprensione.

“Vorrei che venisse spiegato chiaramente a cosa si va incontro, cosa succede e in che modo viene svolta l'induzione. Nel mio caso, dopo due induzioni con contrazioni praticamente assenti e dilatazione a zero centimetri, la terza induzione è stata eseguita senza sfruttare al massimo le tecniche per favorire il travaglio, nonostante le numerose visite per controllare l'avanzamento del travaglio. I dolori erano molto intensi, e i

continui controlli li hanno resi ancora più dolorosi. Per me, l'aspetto più importante per vivere un'induzione positiva sarebbe quindi ricevere informazioni chiare, essere preparata e affrontare la procedura con supervisione e attenzione, così da ridurre al minimo dolore e disagio."

"Essere chiari sulle varie fasi d'induzione"

"Di aspettarsi un po' di tutto.... ad esempio, può partire tutto in fretta, ma anche che bisogna provare un'altra induzione..."

"Accesso all'anestesia peridurale e utilizzo di tecniche di respirazione durante le contrazioni"

"Mehr Aufklärung, da man glaubt, dass es bei der Einleitung schneller geht!"

„Avere una persona importante accanto e un personale medico competente ed empatico"

"Gutes Betreuungsteam"

"Supporto costante del personale"

„Mitbestimmung, gute Aufklärung über Gründe der Einleitung"

„Schnelle Reaktion auf verändernde Abläufe (Nadel PDA verrutschte, PDA funktionierte nicht mehr, Ratlosigkeit vom Personal)"

„Aufklärung über die Art der Geburtseinleitung und die Wirkungsweise"

„Erklärungen"

"Disponibilità e presenza costante del personale durante tutta la procedura"

"Essere informati sulle procedure e supportati per l'intera procedura d'induzione"

"Aufklärung über die Verfahren im Voraus, Aufklärung über die mögliche Dauer, Aufklärung über die möglichen vermehrten Schmerzen"

„Essere adeguatamente informata prima che inizi l'induzione, ma soprattutto avere un'ostetrica di riferimento per tutto il travaglio"

“Mantenere la calma”

“To fully know your options and that you can trust your body”

“ Für eine positive Erfahrung bei der Einleitung der Geburt ist entscheidend, dass die angewandte Methode wirksam den Fortschritt der Geburt fördert, da schmerzhaft, aber wenig wirksame Techniken die Erfahrung negativ machen. Die Einleitung mit Oxytocin, die wirksam war, wurde daher als positiv erlebt.“

„Gute Betreuung!“

“Pazienza e coraggio”

Dall’analisi delle risposte fornite dalle partecipanti sono emerse alcune tematiche principali:

- **Informazioni chiare e complete** → comprendere le fasi, la durata, i rischi e i benefici della procedura;
- **Supporto costante ed empatia del personale** → continuità assistenziale, disponibilità ed empatia;
- **Preparazione e coinvolgimento nel processo decisionale della paziente**
- **Gestione del dolore** → accesso a tecniche finalizzate ad alleviare il dolore e ad affrontare il travaglio;
- **Supporto emotivo** → presenza di una persona cara e attenzione alle esigenze emotive.

Un’esperienza positiva non dipende solamente dall’efficacia della procedura, ma anche da una gestione attenta, dal coinvolgimento delle pazienti nel processo decisionale e dal supporto costante ed emotivo.

Consigli per affrontare un'induzione del parto da parte delle partecipanti alle future mamme

Su 31 partecipanti, 19 hanno fornito una risposta alla domanda numero 26. Tali risposte sono state accuratamente analizzate e riformulate per agevolarne la lettura e la comprensione.

“Chiedere informazioni a un centro specializzato o una cooperativa, anche per ricevere supporto psicologico”

“Avere pazienza: nel giro di poche ore o giorni vedrai il tuo bambino/la tua bambina”

“Considerare l'epidurale come metodo per alleviare il dolore”

“Non avere paura e affrontare l'esperienza nel modo più tranquillo possibile”

“Prepararsi a contrazioni forti e ravvicinate fin dall'inizio del travaglio”

“Avere pazienza, non disperare e assicurarsi di avere qualcuno di supporto accanto”

“Alla fine, ciò che conta è che madre e bambino stiano bene”

“Non avere paura”

“Ogni donna percepisce il dolore in modo diverso e ogni induzione è differente; è importante esserne consapevoli”

“Prepararsi mentalmente e fisicamente all'induzione”

“Portare pazienza e accettare che i tempi possano variare”

“Prendersi il tempo necessario per riflettere, senza stressarsi nella decisione; accettare la fase di attesa come parte del percorso verso il parto”

“Informarsi su tutti i passaggi dell'induzione e del parto, incluso il taglio cesareo, e sostenere le proprie opinioni”

“Fidarsi completamente delle ostetriche e lasciarsi guidare da loro”

“Rimanere positive e pazienti durante tutto il processo d'induzione”

“Prepararsi a provare diversi metodi d’induzione, sapendo che il corpo potrebbe non rispondere immediatamente a tutti”

“Essere pazienti e preparate ad affrontare il dolore”

“Fare domande e chiedere assistenza e rassicurazioni quando necessario”

“Prepararsi a contrazioni molto dolorose, talvolta improvvise”

Dall’analisi delle risposte sono emerse alcune tematiche principali:

- **Pazienza e fiducia nel processo e nel personale** → importante mantenere la calma e accettare i tempi della procedura;
- **Informazione e consapevolezza** → essere informate sulla procedura e sulle possibili variabili;
- **Supporto emotivo e psicologico** → ricevere sostegno;
- **Gestione del dolore** → considerare strategie per alleviare il dolore.

In sintesi, le donne attribuiscono un ruolo centrale alla pazienza, alla fiducia, all’informazione e al sostegno emotivo, considerandoli aspetti fondamentali per affrontare con serenità il processo d’induzione.

Discussione dei risultati

L’analisi delle risposte ottenute tramite il questionario ha permesso di fornire una visione significativa del vissuto delle donne sottoposte a induzione del travaglio presso il reparto di Ostetricia dell’Ospedale di Bolzano. I dati emersi consentono di comprendere la percezione delle donne riguardo la procedura, le modalità assistenziali e gli aspetti emotivi correlati a questa esperienza delicata ed emotivamente impegnativa.

Nel complesso, l’esperienza dell’induzione del travaglio è stata valutata in modo neutro nel 52% dei casi, nel 19% come positiva e in un altro 19% come negativa, nel 6% come molto positiva e nell’1% come molto negativa. I dati evidenziano come l’induzione del travaglio sia percepita e vissuta in maniera

estremamente soggettiva, nella quale aspetti personali, emotivi e relazionali, oltre a quelli clinici, giocano un ruolo rilevante.

Tra i risultati più significativi, emerge quanto la qualità e la quantità delle informazioni ricevute influenzano la percezione dell'induzione del travaglio. Molte delle partecipanti hanno espresso la necessità di ottenere spiegazioni e chiarimenti più dettagliati e precisi riguardo le modalità di esecuzione e la durata dell'induzione del travaglio, e soprattutto i rischi e i benefici che essa comporta. Per quanto riguarda il coinvolgimento nel processo decisionale, solo il 25,8% delle donne si è ritenuta completamente partecipe, la restante parte, invece, è stata coinvolta in misura minore oppure per niente. È importante evidenziare che nei casi in cui il coinvolgimento attivo della paziente è stato adottato, la soddisfazione e la tolleranza verso la procedura era significativamente maggiore.

Un altro fattore critico emerso è la gestione del dolore. Nonostante l'ampia disponibilità di tecniche analgesiche quali anestesia peridurale, vasca e cambio di posizione, gran parte delle partecipanti (71%) ha riferito una percezione del dolore superiore rispetto alle proprie aspettative, e il 61% ha riportato di aver potuto gestire il dolore solamente in maniera parziale. I risultati ottenuti sottolineano l'importanza di migliori informazioni preventive sul dolore atteso e di supporto continuo e attento per tutta la durata del travaglio.

La presenza costante di un'ostetrica di riferimento è stata considerata un aspetto fondamentale per la qualità dell'assistenza, permettendo l'instaurarsi di una relazione di fiducia e sicurezza. La continuità assistenziale ha quindi un forte impatto nel garantire un'esperienza positiva. Più del 50% delle donne ha riportato di essere stata informata, supportata, sostenuta e rispettata completamente dal personale ostetrico, attribuendo una valutazione ottima nel 71%, nel 29% buona, mentre le valutazioni sufficiente e inadeguata non sono state utilizzate.

Ansia e paura sono stati riscontrati nel 34-55% dei casi, evidenziando come la possibilità di ricevere sostegno e supporto anche da una persona cara e di fiducia.

Infine, le partecipanti rispondenti alle domande aperte hanno evidenziato aspetti e strategie ritenuti fondamentali per poter vivere e affrontare positivamente l'induzione del travaglio: la pazienza, la preparazione mentale e fisica, la fiducia nel personale sanitario e il supporto emotivo costante risultano essere elementi chiave.

In conclusione, i dati indicano che l'esperienza dell'induzione del travaglio non è influenzata solo da fattori clinici, ma anche da fattori relazionali, emotivi e comunicativi. Promuovere un approccio olistico, garantendo una comunicazione chiara e adeguata, il coinvolgimento nel processo decisionale, la continuità assistenziale e supporto emotivo costante sono aspetti fondamentali per garantire il benessere e la soddisfazione della donna.

Limiti dello studio

Il presente studio evidenzia alcuni limiti che è importante tenere in considerazione per garantire una corretta interpretazione dei risultati ottenuti. In primo luogo, la partecipazione era volontaria, e ciò può aver introdotto un bias di selezione, poiché le donne più motivate o con esperienze maggiormente positive rispetto ad altre potrebbero aver scelto di partecipare più frequentemente.

Un ulteriore limite è rappresentato dalle dimensioni ridotte del campione, che rendono difficile la generalizzazione dei risultati: solo 31 donne sottoposte a induzione del travaglio hanno desiderato partecipare al questionario. Nel periodo compreso tra il 6 agosto 2025 e il 30 settembre 2025 sono state effettuate 70 induzioni nel reparto di Ostetricia dell'Ospedale di Bolzano. Tra queste, 21 donne non hanno partecipato a causa di un'importante barriera linguistica, nonostante il questionario fosse stato sviluppato anche in lingua inglese per favorire la partecipazione del maggior numero possibile di donne; 10 donne hanno rifiutato di partecipare per motivi non specificati, mentre 8 non sono state reperibili.

Inoltre, la raccolta retrospettiva dei dati, basata sui ricordi delle partecipanti, può aver causato un possibile bias di memoria.

La barriera linguistica rappresenta un'ulteriore limitazione rilevante: nonostante la disponibilità del questionario in tre lingue (italiano, tedesco e inglese), alcune partecipanti potrebbero non aver compreso totalmente le domande e aver quindi fornito risposte in maniera casuale. Altre, invece, hanno rifiutato di partecipare poiché parlavano un'altra lingua non disponibile nel questionario.

Un altro aspetto significativo da considerare riguarda la soggettività delle risposte, legate al vissuto personale ed emotivo delle partecipanti, che può aver introdotto un possibile bias di risposta.

Infine, l'assenza di un'analisi statistica dei dati condotta da uno specialista e il fatto che lo studio sia stato condotto esclusivamente nel reparto di Ostetricia dell'Ospedale di Bolzano, riducono la possibilità di trarre conclusioni solide e generalizzabili ad altri contesti. Questa scelta, tuttavia, ha permesso di garantire una raccolta dati accurata e di limitare la variabilità dovuta alle differenze organizzative tra i vari comprensori ospedalieri.

Questi limiti evidenziano la necessità di svolgere ulteriori ricerche, con un campione più ampio e rappresentativo, per approfondire e consolidare i risultati ottenuti.

Capitolo 5: discussione

Il presente studio ha fornito un'ampia panoramica del vissuto delle donne sottoposte a induzione del travaglio, confrontando le evidenze scientifiche con i dati emersi dalla mixed-methods survey, condotta presso il reparto di Ostetricia dell'Ospedale di Bolzano. L'analisi ha evidenziato come l'esperienza dell'induzione sia influenzata non solo da fattori clinici, ma anche da aspetti comunicativi, emotivi e relazionali che ne determinano la variabilità.

La letteratura scientifica rivela uno scarso coinvolgimento delle donne nel processo decisionale riguardante l'induzione, spesso percepita come un'imposizione, caratterizzata da informazioni insufficienti e poco chiare. I risultati emersi dal questionario confermano questo quadro: solo il 25,8% si è sentito completamente coinvolto nelle decisioni e meno della metà ha ricevuto informazioni adeguate, soprattutto per quanto riguarda i rischi e benefici correlati alla procedura.

In termini di vissuto psicologico, sia la letteratura che i dati raccolti attraverso il questionario sottolineano come ansia, frustrazione e perdita di controllo siano emozioni prevalenti tra le donne durante l'induzione. Tuttavia, la presenza costante di un'ostetrica di riferimento e di una persona di fiducia si dimostrano essere aspetti fondamentali per favorire una maggiore percezione di controllo e sicurezza nelle donne e assicurare un'esperienza più positiva.

Un ulteriore punto critico risulta essere la gestione del dolore, percepito nella maggior parte dei casi in misura superiore alle aspettative e gestito solamente in maniera parziale, nonostante la disponibilità di numerose tecniche analgesiche. Il vissuto di un dolore intenso, associato a una scarsa preparazione e informazione preventiva, contribuisce a rendere l'induzione emotivamente impegnativa e talvolta traumatica. Per questo motivo, la letteratura sottolinea la necessità di migliorare le informazioni pre-induzione e di garantire un supporto continuo e personalizzato.

Per quanto riguarda la qualità dell'assistenza, sia gli articoli scientifici che i dati raccolti evidenziano l'importanza di un rapporto con il personale sanitario basato su continuità assistenziale, rispetto, ascolto attivo, comunicazione

efficace e supporto emotivo. Nel questionario, il 71% delle donne ha giudicato ottima la qualità dell'assistenza ricevuta, mentre il restante 29% l'ha valutata buona, senza segnalazioni negative.

I dati raccolti dalle testimonianze delle pazienti e dalla revisione letteraria offrono alcune strategie fondamentali per rispondere al meglio alle necessità delle donne. In primo luogo, viene evidenziata la necessità di migliorare la comunicazione, fornendo informazioni chiare, adeguate e preventive, attraverso l'utilizzo di strumenti educativi come la visione di video informativi e la partecipazione ai corsi preparto. In secondo luogo, occorre promuovere il coinvolgimento attivo della donna nelle decisioni riguardanti la procedura. In terzo luogo, è fondamentale assicurare la continuità assistenziale e supporto continuo, favorendo l'instaurarsi di un rapporto di fiducia tra paziente e operatore. Infine, è importante migliorare la gestione del dolore con tecniche analgesiche efficaci e personalizzate, accompagnate da una preparazione adeguata e dall'invito alla pazienza.

In conclusione, l'induzione del travaglio rappresenta un'esperienza complessa e impegnativa, determinata da fattori clinici, ma anche e soprattutto da aspetti relazionali, emotivi e comunicativi. Solamente attraverso l'adozione di un approccio olistico, centrato sulla persona, che comprende comunicazione, coinvolgimento, continuità assistenziale e supporto, è possibile garantire un'assistenza di qualità e un'esperienza positiva. Per questo motivo, è fondamentale condurre ulteriori ricerche, ampliando il campione e approfondendo in misura maggiore l'esperienza delle donne, al fine di promuovere un approccio assistenziale sempre più personalizzato e centrato sulle reali esigenze delle pazienti.

Capitolo 6: conclusioni, proposte di miglioramento e ruolo dell'ostetrica

L'induzione del travaglio rappresenta una procedura ampiamente utilizzata, ma al contempo un'esperienza complessa ed impegnativa a livello emotivo, influenzata da molteplici fattori clinici, relazionali, emozionali e comunicativi. La qualità dell'assistenza ostetrica si conferma essere un elemento determinante nella percezione complessiva dell'esperienza da parte della donna.

A fronte dei risultati ottenuti, si ritiene opportuno mettere in atto strategie volte a migliorare l'esperienza delle donne sottoposte a induzione del travaglio. In particolare, è fondamentale:

- **Garantire una comunicazione chiara, completa ed empatica**, spiegando la procedura e le possibili alternative. Una comunicazione efficace contribuisce alla costruzione di un rapporto di fiducia con l'ostetrica, promuove il coinvolgimento attivo della donna nelle decisioni e riduce la percezione di perdita di controllo e di insicurezza;
- **Assicurare la continuità assistenziale** durante tutte le fasi dell'induzione, in modo che la donna possa sempre contare su figure professionali di riferimento stabili e riconoscibili;
- **Offrire un sostegno emotivo costante e personalizzato**, in grado di rispondere ai bisogni individuali e di favorire un vissuto più sereno dell'esperienza;
- **Favorire la presenza del partner o di una persona di fiducia**, elemento essenziale per garantire supporto e ridurre la sensazione di solitudine;
- **Garantire una gestione personalizzata del dolore**, nel rispetto delle necessità della donna;
- **Promuovere il coinvolgimento attivo delle donne nel processo decisionale**, riconoscendone la competenza e il diritto a partecipare in modo consapevole alle scelte che riguardano la propria salute;
- **Garantire un ascolto attivo e attento dei bisogni e delle emozioni**, valorizzando la voce della donna;

- **Incentivare la partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita**, come strumento di preparazione, informazione e rafforzamento della fiducia nelle proprie capacità;
- **Facilitare l'accesso a materiali informativi e contenuti multimediali**, come video esplicativi, per favorire una maggiore consapevolezza e autonomia;
- **Stimolare e incoraggiare il dialogo con il personale sanitario**, creando un ambiente aperto e accogliente in cui porre domande e chiarire dubbi.

In sintesi, queste azioni mirano a promuovere un'assistenza più partecipata e rispettosa, capace di rispondere non solo ai bisogni clinici, ma anche a quelli emotivi e relazionali delle donne durante un momento tanto delicato e significativo.

L'ostetrica riveste un ruolo fondamentale nell'accompagnare la donna durante il percorso d'induzione del travaglio, unendo competenze cliniche e capacità relazionali. Attraverso un supporto costante e personalizzato, essa contribuisce a garantire la continuità delle cure e a creare un ambiente di fiducia e di ascolto attivo, favorendo la partecipazione consapevole della donna.

Come proposta innovativa a sostegno di un'esperienza più serena, è stata realizzata una brochure informativa rivolta ai futuri genitori, pensata per favorire una preparazione preventiva. Tale materiale, allegato alla presente ricerca, rappresenta uno strumento utile per promuovere la conoscenza e ridurre la sensazione di insicurezza legata all'esperienza dell'induzione del travaglio.

In conclusione, adottare un approccio olistico, centrato sulla persona, che unisca comunicazione efficace, coinvolgimento attivo, continuità assistenziale e sostegno emotivo, è fondamentale per garantire un'assistenza di qualità. Considerare la donna nella sua totalità, permette di trasformare un momento potenzialmente stressante in un'esperienza positiva, rispettosa e consapevole.

Bibliografia

- Coates, D., Goodfellow, A., & Sinclair, L. (2020). Induction of labour: Experiences of care and decision-making of women and clinicians. *Women and Birth*, 33(1), e1-e14. doi:10.1016/j.wombi.2019.06.002
- Coates, R., Cupples, G., Scamell, A., & McCourt, C. (2019, Febbraio). Women's experiences of induction of labour: Qualitative systematic review and thematic synthesis. *Midwifery*, 69, 17-28. doi:10.1016/j.midw.2018.10.013
- Felis, S., Belmartino, S., Carrucciu, F., Loddo, S., & Tomasi, A. (2022). *Induzione del travaglio di parto*. E.L.I. Medica.
- Friedman, M., Mor, L., Segman, I., Mizrahi, Y., Shushan, N. B., Eisenberg, H., . . . Barda, G. (2025). The impact of an informative video on anxiety levels in women undergoing term induction of labor: a randomized controlled trial. *American journal of obstetrics & gynecology MFM*, 7(6). doi:10.1016/j.ajogmf.2025.101667
- Lou, S., Hvidman, L., Uldbjerg, N., Nuemann, L., Fritzner Jensen, T., Haben, J.-G., & Carstensen, K. (2019). Women's experiences of postterm induction of labor: A systematic review of qualitative studies. *Birth*, 46(3), 400-410. doi:10.1111/birt.12412
- Nespoli, A., Colciago, E., Pedroni, S., Perego, S., & Fumagalli, S. (2018). Supplementary materials for The Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R): Process of translation and adaptation in an Italian context. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*. doi:10.4415/ANN_18_04_11
- Nespoli, A., Colciago, E., Pedroni, S., Perego, S., & Fumagalli, S. (2018). The Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R): process of translation and adaptation in an Italian context. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 54(4), 340-347. doi:10.4415/ANN_18_04_11
- Ryan, R., & McCarthy, F. (2016). Induction of labour. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 26(10), 304-310. doi:10.1016/j.ogrm.2016.07.005.
- Società italiana di Ginecologia e Ostetricia, S. (2022). Induzione al travaglio di parto. Revisione della pubblicazione del giugno 2016.
- Wheeler, V., Hoffman, A., & Bybel, M. (2022). Cervical Ripening and Induction of Labor. *American Family Physician*, 105(2), 177-186.
- Wormer, K. C., Bauer, A., & Williford, A. E. (2024). Bishop score. In *StatPearls*. Treasure Island: StatPearls Publishing.

Indice delle figure

<i>Figura I: tabella indice di Bishop</i>	8
<i>Figura II: tabella articoli qualitativi</i>	33
<i>Figura III: tabella articolo misto qualitativo-quantitativo</i>	34
<i>Figura IV: grafico età delle partecipanti</i>	38
<i>Figura V: grafico numero totale di gravidanze</i>	38
<i>Figura VI: grafico sulla tipologia della gravidanza</i>	39
<i>Figura VII: grafico sull'indicazione dell'induzione</i>	39
<i>Figura VIII: grafico sullo stato delle membrane</i>	39
<i>Figura IX: grafico sul metodo d'induzione utilizzato</i>	40
<i>Figura X: grafico sulla richiesta di supporto per la gestione del dolore</i>	40
<i>Figura XI: grafico sulle metodologie applicate per la gestione del dolore</i>	41
<i>Figura XII: grafico sull'informazione e sul coinvolgimento nel processo decisionale</i>	41
<i>Figura XIII: grafico sulle emozioni provate durante l'induzione</i>	42
<i>Figura XIV: grafico sul tempo trascorso tra l'inizio dell'induzione e l'inizio del travaglio attivo</i>	43
<i>Figura XV: grafico sulle emozioni provate (prima dell'ingresso in sala parto)</i>	43
<i>Figura XVI: grafico sulle emozioni provate (dopo l'ingresso in sala parto)</i> ...	44
<i>Figura XVII: grafico sulla presenza di partner/persona di fiducia</i>	44
<i>Figura XVIII: grafico sulla valutazione del dolore</i>	45
<i>Figura XIX: grafico sulla gestione del dolore</i>	45
<i>Figura XX: grafico sulla presenza di un'ostetrica di riferimento</i>	45
<i>Figura XXI: grafico sull'informazione, sostegno e rispetto da parte del personale ostetrico</i>	46
<i>Figura XXII: grafico sulla valutazione della comunicazione</i>	46
<i>Figura XXIII: grafico sulla valutazione complessiva della qualità dell'assistenza ricevuta</i>	47
<i>Figura XXIV: grafico sull'esperienza del travaglio e del parto</i>	47
<i>Figura XXV: grafico sulla valutazione dell'esperienza complessiva dell'induzione del travaglio</i>	49

VISSUTO E BISOGNI ASSISTENZIALI DELLE DONNE SOTTOPOSTE A INDUZIONE DEL TRAVAGLIO

Buongiorno!

Mi chiamo Azzurra Zini e sono una studentessa di Ostetricia presso la Claudiana di Bolzano. Per la mia tesi, sto conducendo una ricerca sulla percezione delle donne riguardo all'induzione del parto.

L'obiettivo del questionario è comprendere come questa esperienza impatti sul benessere materno e valutare la qualità dell'assistenza ostetrica ricevuta, per individuare eventuali aspetti da migliorare.

Il questionario è anonimo e la sua compilazione richiederà circa 5-10 minuti.

Possono partecipare le donne di età compresa tra i 18 e i 45 anni, con una gravidanza singola (singolo feto) a partire dalla 37+0 settimana gestazionale!

Se avete avuto un'esperienza di induzione del travaglio, vi invito a partecipare!

Vi ringrazio per il vostro prezioso contributo!

Azzurra Zini

DATI GENERALI

1. Ha un'età compresa tra 18 e 45 anni?
☐ Sì
☐ No
2. Quante gravidanze ha avuto (incluso questo parto)?
☐ 1
☐ 2
☐ 3 o più
3. A quante settimane di gestazione è stata effettuata l'induzione? _____
4. La sua gravidanza era singola o gemellare/multipla?
☐ Singola
☐ Gemellare/multipla
5. Qual è stato il motivo dell'induzione? (più risposte possibili)
☐ Gravidanza oltretermine
☐ Rottura prematura delle membrane
☐ Patologie materne (es. diabete, ipertensione,...)
☐ Patologie fetali (es. quantità di liquido amniotico alterato, crescita rallentata,...)
☐ Non mi è stata fornita una spiegazione chiara

6. All'inizio dell'induzione le membrane erano integre?
- ☐ Sì
- ☐ No
7. Quale metodo d'induzione è stato utilizzato?
- ☐ Prostaglandine [Angusta (comprese), Propess (pessario vaginale), Prepidil (gel intravaginale)]
- ☐ Ossitocina (infusione)
- ☐ Cook Balloon (catetere a palloncino)
- ☐ Scollamento delle membrane
- ☐ Amniotomia (= rottura delle membrane)
- ☐ Combinazione di più metodi (es. Cook Balloon + Angusta; Cook Balloon - Prepidil; Prepidil - Syntocinon;...)
8. Quanto tempo è trascorso tra l'inizio dell'induzione e il parto (n° ore)? ____
9. Ha richiesto supporto per la gestione del dolore?
- ☐ Sì
- ☐ No
10. Che metodologie sono state applicate? (più risposte possibili)
- ☐ Cambio posizioni
- ☐ Massaggi
- ☐ Tecniche di respirazione
- ☐ Ipnosi
- ☐ Meditazione
- ☐ Utilizzo della doccia/vasca
- ☐ Antidolorifici per via endovenosa
- ☐ Spinale antalgica
- ☐ Anestesia peridurale

INFORMAZIONI RICEVUTE E PROCESSO DECISIONALE

11. Quanto si è sentita informata e coinvolta nel processo decisionale relativo all'induzione del travaglio?

Domanda	PER NIENTE	POCO	ABBASTANZA	MOLTO	COMPLETAMENTE
a. Ha ricevuto informazioni riguardo le indicazioni?	☐	☐	☐	☐	☐

b. Ha ricevuto informazioni riguardo i metodi?	☐	☐	☐	☐	☐
c. Ha ricevuto informazioni riguardo i rischi e i benefici?	☐	☐	☐	☐	☐
d. È stata coinvolta nella decisione di effettuare l'induzione?	☐	☐	☐	☐	☐
e. Si è sentita preparata ad affrontare il travaglio indotto?	☐	☐	☐	☐	☐

ESPERIENZA DEL TRAVAGLIO INDOTTO

12. Quali emozioni ha provato durante l'induzione? (più risposte possibili)

- ☐ Serenità
- ☐ Ansia/paura
- ☐ Impazienza
- ☐ Confusione
- ☐ Rabbia
- ☐ Fiducia
- ☐ Altro: _____

13. Il tempo tra l'inizio dell'induzione e l'inizio del travaglio attivo come le è sembrato?

- ☐ Troppo lungo
- ☐ Adeguato
- ☐ Più breve del previsto

14. Quali emozioni ha provato durante l'induzione (prima dell'ingresso in sala parto?) (più risposte possibili)

- ☐ Paura/ansia
- ☐ Solitudine
- ☐ Noia
- ☐ Senso di abbandono
- ☐ Serenità
- ☐ Gioia
- ☐ Altro: _____

15. Quali emozioni ha provato durante l'induzione (dopo l'ingresso in sala parto?) (più risposte possibili)

- ☐ Paura/ansia
- ☐ Solitudine
- ☐ Noia
- ☐ Senso di abbandono
- ☐ Serenità
- ☐ Gioia
- ☐ Altro: _____

16. Il suo partner/una persona a lei cara era presente durante il periodo dell'induzione?

- ☐ Sì
- ☐ No

17. Come valuta il dolore durante il travaglio rispetto alle sue aspettative?

- ☐ Inferiore
- ☐ Uguale
- ☐ Superiore

18. Ha potuto gestire il dolore in maniera efficace?

- ☐ Sì, completamente
- ☐ Solo in parte
- ☐ No

QUALITÀ DELL'ASSISTENZA OSTETRICA

19. Ha avuto un'ostetrica di riferimento per ogni turno di lavoro?

- ☐ Sì
- ☐ No

20. Quanto si è sentita informata, sostenuta e rispettata dal personale ostetrico durante l'induzione del travaglio?

Domanda	PER NIENTE	POCO	ABBASTANZA	MOLTO	COMPLETAMENTE
a. Il personale ostetrico ha spiegato chiaramente ogni fase dell'induzione?	☐	☐	☐	☐	☐

b. Si è sentita sostenuta dal personale ostetrico durante l'induzione?	☐	☐	☐	☐	☐
c. Si è sentita rispettata dal personale ostetrico durante l'induzione?	☐	☐	☐	☐	☐
d. Si è sentita supportata dal personale ostetrico durante l'induzione?	☐	☐	☐	☐	☐

21. Come valuta la comunicazione con...?

Domanda	PER NIENTE CHIARA	POCO CHIARA	CHIARA E DISPONIBILE
il medico?	☐	☐	☐
l'ostetrica?	☐	☐	☐

22. Come valuta complessivamente la qualità dell'assistenza ricevuta?

- ☐ Ottima
- ☐ Buona
- ☐ Sufficiente
- ☐ Inadeguata

SCALA BSS-R (Birth Satisfaction Scale – Revised)

23. Nespoli A, Colciago E, Pedroni S, Perego S, Fumagalli S. The Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R): process of translation and adaptation in an Italian context. Ann Ist Super Sanita. 2018 Oct-Dec;54(4):340-347. doi: 10.4415/ANN_18_04_11. PMID: 30575571.

Domanda	TOTALMENTE IN DISACCORDO	NON CONCORDO	NÉ D'ACCORDO, NÉ IN DISACCORDO	CONCORDO	CONCORDO FORTEMENTE
1. Ho superato il parto praticamente senza conseguenze fisiche o psichiche.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ho pensato che il mio travaglio fosse eccessivamente lungo.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Lo staff della sala parto mi ha incoraggiato a prendere decisioni riguardo a come io volessi che il travaglio progredisse.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Mi sono sentita molto preoccupata durante il travaglio e il parto.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Mi sono sentita ben supportata dallo staff durante il travaglio e il parto.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Lo staff ha comunicato con me in modo appropriato durante il travaglio.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Penso che il parto sia stata un'esperienza stressante.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Mi sono sentita di aver perso il controllo durante la mia esperienza di parto.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Non ero per niente in difficoltà durante il travaglio.	☐	☐	☐	☐	☐
10. La sala parto era pulita e igienizzata.	☐	☐	☐	☐	☐

SUGGERIMENTI E VALUTAZIONE FINALE

24. Come valuta la sua esperienza complessiva dell'induzione del parto?

- ☐ Molto negativa
- ☐ Negativa
- ☐ Neutra
- ☐ Positiva
- ☐ Molto positiva

25. Quale/i considera l'aspetto/gli aspetti più importante/i per avere un'esperienza positiva nell'induzione del travaglio?

26. Quali consigli darebbe a una futura mamma che deve affrontare un'induzione del parto?

Grazie per la partecipazione!

La ringrazio per il tempo che ha dedicato alla compilazione di questo questionario.

Le sue risposte saranno utilizzate esclusivamente a fini di ricerca per la mia tesi universitaria, nel pieno rispetto della privacy e dell'anonimato.

HA VISSUTO UN'INDUZIONE DEL TRAVAGLIO?

Racconti la sua esperienza!

Chi sono?

Mi chiamo Azzurra Zini, studentessa al 3° anno di
Ostetricia presso la Claudiana di Bolzano.

Sto svolgendo una tesi di ricerca dal titolo:

**"Vissuto delle donne sottoposte a induzione del
travaglio e valutazione della qualità dell'assistenza
ostetrica ricevuta"**

Se desidera contribuire alla mia ricerca,

La invito gentilmente a compilare un breve questionario
anonimo, della durata di circa **5-10 minuti**.

Perché partecipare?

- Per condividere il proprio vissuto e dare voce alla propria esperienza
- Per aiutare altre donne nella preparazione all'induzione del travaglio
- Per contribuire a migliorare, dove e se necessario, l'assistenza ostetrica
- Per sostenere la ricerca universitaria





Come partecipare?

Inquadri il **QR code** qui sotto con
la fotocamera del cellulare e racconti la
sua esperienza!



Grazie di cuore per il suo prezioso contributo!

Azzurra Zini

 *Azzurra.Zini@stud.claudiana.bz.it*

Brochure informative (allegato 3)



Cosa accade dopo l'induzione?

- Monitoraggio di madre e neonato 🧑🏻
- Supporto costante durante il travaglio e il parto ❤️
- Assistenza post-partum e consigli per l'allattamento 🍶👶

Vivere con fiducia il percorso dell'induzione! 🌸

L'induzione del travaglio rappresenta un momento unico e delicato per ogni donna. Essere adeguatamente informata, ascoltata con attenzione e accompagnata da un personale ostetrico competente e premuroso è fondamentale per vivere questa esperienza con serenità e fiducia. Non esiti a fare domande, a esprimere le sue necessità e a partecipare attivamente alle decisioni che riguardano il suo percorso: la sua voce è preziosa e merita di essere sempre ascoltata e rispettata!



Contatti

Azzurra Zini

Studentessa di Ostetricia ❤️

💌 Azzurra.Zini@stud.claudiana.bz.it



Induzione del travaglio: guida per futuri genitori

❤️🧑🏻💙

REPARTO DI OSTETRICIA





Tutte le informazioni, consigli pratici e strategie per vivere e affrontare l'esperienza del travaglio indotto in sicurezza e serenità!!!

🌸🌸🌸

Cos'è l'induzione del travaglio? 🧑🏻

Procedura che avvia artificialmente il travaglio quando il proseguimento della gravidanza può comportare rischi per la mamma o per il feto. L'obiettivo è garantire la sicurezza di entrambi e ridurre possibili complicanze!

Quando viene proposta? 📖

- Gravidanza oltrettermine ❤️
- Patologie materne (es. ipertensione, diabete,...) 🧑🏻
- Patologie fetali (es. crescita rallentata, quantità alterata di liquido amniotico,...) 🧑🏻
- Rottura delle membrane >24 ore 💧



Come avviene? 🧑🏻

- Metodi farmacologici: **prostaglandine** per ammorbidire e dilatare la cervice; **ossitocina** per stimolare le contrazioni
- Metodi meccanici: **Cook Balloon** (catetere cervicale)

Cosa aspettarsi? 🗣️

- durata e intensità variabili
- frequenti monitoraggi delle condizioni fetali e materne
- dolore e disagio simili al travaglio spontaneo
- accesso a tecniche analgesiche

Benefici e rischi

- ✅ sicurezza per mamma e feto
- 🔴 contrazioni molto frequenti, alterazioni del battito cardiaco fetale, possibile intervento ostetrico/medico aggiuntivo

Strategie per affrontare l'induzione! 🌟

- Partecipare ai corsi parto ❤️
- Visionare video informativi 📺
- Fare domande a personale esperto ?
- Avere il proprio partner/una persona di fiducia al proprio fianco 🧑🏻
- Gestione del dolore personalizzata 🗣️

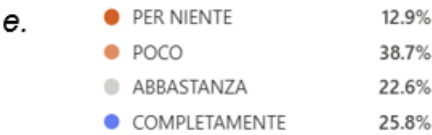
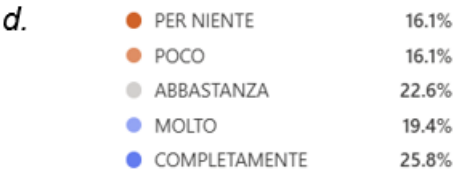
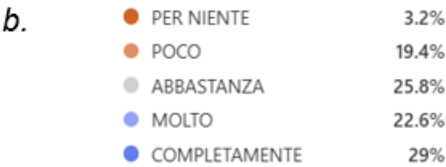
Supporto emotivo 🧡

- Ostetrica di riferimento e continuità assistenziale!
- Comunicazione chiara e rassicurante!
- Coinvolgimento attivo nelle decisioni!
- Ascolto attivo
- Partner/persona di fiducia al proprio fianco!



Appendici

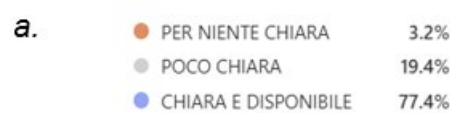
11.



20.



21.



23.

a.

● TOTALMENTE IN DISA...	12.9%
● NON CONCORDO	19.4%
● NÉ D'ACCORDO, NÉ IN ...	29%
● CONCORDO	29%
● CONCORDO FORTEME...	9.7%

c.

● TOTALMENTE IN DISAC...	3.2%
● NON CONCORDO	9.7%
● NÉ D'ACCORDO, NÉ I...	22.6%
● CONCORDO	41.9%
● CONCORDO FORTEM...	22.6%

e.

● NÉ D'ACCORDO, NÉ IN...	6.5%
● CONCORDO	38.7%
● CONCORDO FORTEME...	54.8%

g.

● NON CONCORDO	22.6%
● NÉ D'ACCORDO, NÉ I...	35.5%
● CONCORDO	29%
● CONCORDO FORTEME...	12.9%

i.

● TOTALMENTE IN DISA...	32.3%
● NON CONCORDO	45.2%
● NÉ D'ACCORDO, NÉ I...	19.4%
● CONCORDO FORTEME...	3.2%

b.

● TOTALMENTE IN DISA...	12.9%
● NON CONCORDO	12.9%
● NÉ D'ACCORDO, NÉ IN ...	29%
● CONCORDO	38.7%
● CONCORDO FORTEME...	6.5%

d.

● TOTALMENTE IN DISAC...	3.2%
● NON CONCORDO	16.1%
● NÉ D'ACCORDO, NÉ I...	32.3%
● CONCORDO	32.3%
● CONCORDO FORTEM...	16.1%

f.

● NÉ D'ACCORDO, NÉ IN...	9.7%
● CONCORDO	41.9%
● CONCORDO FORTEME...	48.4%

h.

● TOTALMENTE IN DISA...	12.9%
● NON CONCORDO	25.8%
● NÉ D'ACCORDO, NÉ I...	22.6%
● CONCORDO	32.3%
● CONCORDO FORTEME...	6.5%

j.

● NÉ D'ACCORDO, NÉ IN...	6.5%
● CONCORDO	32.3%
● CONCORDO FORTEME...	61.3%

Dichiaro che la presente Tesi di Laurea è frutto del mio lavoro e che ogni fonte utilizzata è stata debitamente citata e riportata nella bibliografia. Rispondo quindi del contenuto dell'elaborato ai sensi della normativa vigente in materia di diritto d'autore: Legge n. 633/1941.

Bolzano, 21 Novembre 2025

Zini Azzurra

Ringraziamenti

Finalmente è arrivato questo giorno tanto atteso e sudato. È il momento di dire grazie a tutte le persone che, in modi diversi, sono state fondamentali per me in questi tre anni di percorso.

Un sentito ringraziamento va alla mia relatrice, Manuela Brioschi, per la sua guida esperta, la disponibilità e il prezioso supporto durante l'intero lavoro di elaborazione di questa tesi.

Un grazie sincero anche alla mia correlatrice, Micaela Veneziano, per l'impegno e la competenza con cui ha contribuito a orientare e perfezionare la mia ricerca.

Ringrazio con tutto il cuore i miei genitori, Elisabetta e Stefano, per aver creduto in me, per essere sempre stati al mio fianco e per avermi sostenuta in ogni momento. Grazie per avermi dato i mezzi, economici e non, per affrontare questo percorso e per aver reso possibile la realizzazione di un sogno così grande.

Un ringraziamento particolare va a mia mamma Elisabetta, per esserci sempre stata nei momenti più difficili, per avermi dato la forza di andare avanti e superare ogni ostacolo. Senza di te, tutto questo non sarebbe stato possibile.

Un grazie di cuore anche a mio papà Stefano, per l'aiuto costante, per la pazienza e per essere sempre pronto a darmi una mano in tutto, anche nelle piccole cose — come stampare ogni pagina di questa tesi con cura e precisione!

Con questo traguardo spero di essere riuscita, almeno in parte, a ripagare tutti i vostri sacrifici e il vostro amore. Siete fantastici, vi voglio bene con tutto il cuore.

Un ringraziamento speciale va a mia sorella Arianna. Grazie per tutto l'aiuto, il sostegno e la fiducia che mi hai sempre dimostrato. Sei stata la mia compagna di vita e la mia forza nei momenti di difficoltà. Grazie per avermi incoraggiata quando pensavo di non farcela e per avermi sempre ricordato chi sono e quanto valgo. Sono davvero fortunata ad averti come sorella. Ti voglio un bene immenso.

Un ringraziamento profondo va al mio ragazzo Simone, che mi è stato accanto durante tutto questo percorso pieno di salite e discese. Sei stato un punto di riferimento, la mia forza e la mia calma nei momenti di difficoltà.

Grazie per aver creduto in me anche quando io facevo fatica a farlo, per avermi spronata, ascoltata e sostenuta in ogni modo possibile. Se oggi sono qui, è anche grazie a te. Sei una parte fondamentale della mia vita, e lo sarai sempre. Ti amo tanto!

Grazie di cuore alla mia amica Elena, per esserci sempre stata e per sostenermi fin da quando eravamo bambine.

Grazie anche a Isabel e Giada, per la vostra presenza e per l'affetto costante. Un grazie a tutti i miei amici, vecchi e nuovi, che rendono la mia vita più colorata e leggera: Alessandro, Agostino, Francesca, Fabiana, Caterina, Gianluca, Giulio, Manuel, Matteo, Michele, Nicolò, Simone, Veronica e Zaira.

Un ringraziamento va anche alla tribù...è bello far parte di una famiglia così numerosa e affettuosa!

Un ringraziamento sincero a tutte le donne che hanno partecipato al questionario, per aver condiviso la loro esperienza e aver reso possibile la realizzazione di questa ricerca.

Un pensiero speciale va a mia nonna Anna e a Mattia, che non sono più accanto a me fisicamente, ma vivono ogni giorno nel mio cuore. Mi sarebbe piaciuto condividere con voi questo traguardo, che dedico anche a voi con infinito affetto.

Infine, ma non per importanza, ringrazio me stessa. Solo io so quanta fatica, quante lacrime, quanta stanchezza e quanta determinazione ci sono dietro questo lavoro. Nonostante tutto, ce l'ho fatta. E di questo sarò sempre orgogliosa.

Alla me del futuro, auguro di continuare a superare ogni ostacolo, di non arrendersi mai e di ricordare che, *per quanta strada ancora c'è da fare... amerai il finale!*