

ORGANO UFFICIALE DELLA



Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica



LVCINA

LA RIVISTA
DELL'OSTETRICA/O

ANNO VIII
3/2018

Anno VIII numero 3 - Trimestrale - Poste Italiane SpA - Spedizione in Abbonamento Postale - 70% Aut. ATSU/CZ/212/2015

**SPECIALE
CENTRI NASCITA**
Qualità e sicurezza
sempre più elevate

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1 Centri nascita: qualità e sicurezza sempre più elevate
di **Maria Vicario**

FNOPO

- 2 Il riordino delle regole sulla *privacy* in vigore dal 19 settembre 2018: attività FNOPO
- 3 Aggiornamenti in materia di anticorruzione e trasparenza

PROFESSIONE

- 5 Obbligo vaccinale per gli operatori sanitari. Il Governo dice no e impugna la legge della Puglia
- 6 Prodotti chimici: la Asl di Salerno fa da apripista con la nuova Unità Operativa Reach e Valutazione impatto sanitario
- 7 Ministero della Salute: arrivano le raccomandazioni vaccinali per le donne in gravidanza
- 9 Rivoluzione al Pronto soccorso: arriva il Codice Lilla
- 16 Aggiornamento dei recapiti email della Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (FNOPO)

SPECIALE CENTRI NASCITA

- 4 Midwifery Unit Standards. Una guida per l'apertura e l'implementazione di Centri nascita in Europa
di **Lucia Rocca-Ihenacho**
Laura Iannuzzi
Laura Batinelli
- 12 **GENOVA**
Dalla prima Casa di Maternità italiana, tutte le tappe di una lunga gestazione
di **Monica Benussi**
- 14 **FIRENZE**
Motivazione, condivisione della filosofia assistenziale, senso di appartenenza, integrazione
di **Laura Iannuzzi**
Silvia Giovinale
- 20 **TORINO**
L'ultimo arrivato, il Centro nascita S. Anna
di **Lucrezia D'Antuono**
Letizia Francese
- 26 Insieme è meglio. I Centri nascita italiani uniti per lo sviluppo e la crescita delle Midwifery Unit
di **Lucrezia D'Antuono**
Monica Benussi
Laura Iannuzzi

STUDI

- 30 Massaggio infantile. I benefici e le evidenze scientifiche
di **Maria Canepa**
Giulia Maria Gambarotta
- 34 Le ostetriche italiane che migrano all'estero
- 38 Depressione post-parto, i padri ne soffrono quasi quanto le madri
- 40 Quali e quante ostetriche hanno conseguito il titolo di Dottore di Ricerca



LUCINA
LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

Organo ufficiale della



Federazione
Nazionale degli
Ordini della
Professione di
Ostetrica

Anno VIII numero 3
Trimestrale
Poste Italiane SpA -
Spedizione in Abbonamento Postale -
70% Aut: ATSUD/CZ/212/2015

Direttore Responsabile
Maria Vicario

Comitato editoriale
Marialisa Coluzzi
Cinzia Di Matteo
Caterina Masè
Iolanda Rinaldi
Martha Traupe
Silvia Vaccari

Segreteria di redazione
Marialisa Coluzzi
Iolanda Rinaldi
Silvia Vaccari

Redazione
Federazione Nazionale degli Ordini
della Professione di Ostetrica
Piazza Tarquinia 5/d - 00183 Roma
e-mail presidenza@fnoipo.it
web www.fnoipo.it
telefono 06 7000943
fax 06 7008053
orario di apertura della linea telefonica
dal lunedì al venerdì
ore 10-13 e 14-15

Consulenza redazionale e stampa
Rubbettino print
Viale Rosario Rubbettino, 8
88049 Soveria Mannelli (CZ)
www.rubbettinoprint.it

Autorizzazione Tribunale di Roma
n. 224/2011 del 19/7/2011
Issn 1590-6353

Finito di stampare
nel settembre 2018

Centri nascita: qualità e sicurezza sempre più elevate

di **Maria Vicario**

La DGPROGS del Ministero della Salute nell'ottobre 2017 ha trasmesso a tutti gli Assessori alla Sanità delle Regioni e P.A. il documento "*Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)*" definito in seno al Comitato Percorso Nascita Nazionale (CPNn) e illustrato all'Assemblea del Consiglio Nazionale FNCO (www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/Documento%20BRO1.pdf). La Federazione, nel dicembre 2017, ha comunicato ai Presidenti dei Collegi provinciali ed interprovinciali (diventati Ordini ai sensi della Legge 3/2018) (<http://fnopo.it/news/circolare-35-2017-linee-di-indirizzo-per-la-definizione-e.htm>) l'attivazione di un gruppo di lavoro con la finalità di promuovere un'analisi e confronto dei modelli delle Aree funzionali BRO (A.F. BRO), attualmente operative in Italia in ambito intraospedaliero.

Nel gennaio 2018 la FNCO ha sottoposto una serie di richieste all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità (DM 29.9.2017) istituito presso AGENAS (Ente pubblico non economico di rilievo nazionale) tra le quali presso la definizione di *Linee di indirizzo per accreditamento delle case di maternità pubbliche e private* (www.fnopo.it/news/proposte-fnco-all-osservatorio-nazionale-delle-buone-pratic.htm) cui è seguito un incontro con funzionari AGENAS dal quale è scaturito una possibile audizione FNOPO in Osservatorio.

A seguito della chiusura della Casa di Maternità Prima Luce di Torino a maggio 2018 (http://torino.repubblica.it/cronaca/2018/05/02/news/torino_dopo_la_nascita_del_primo_bambino_la_regione_chiude_la_casa_maternita_-195312917) la FNOPO ha riformulato la richiesta di *Linee di indirizzo per accreditamento delle case di maternità pubbliche e private* (<http://www.fnopo.it/news/richiesta-fnopo--linee-di-indirizzo-agenas-per-case-di-mate.htm>).

Il GdL, sinteticamente definito BRO e inizialmente composto da componenti il Comitato Centrale della Federazione e referenti delle uniche tre A.F. BRO, secondo il modello *alongside* (Ospedale Careggi di Firenze, Ospedale S. Martino di Genova e Ospedale S. Anna di Torino) a giugno 2018 si è integrato con ostetriche ricercatrici che operano del Regno Unito. Con la finalità di giungere a una omogeneizzazione del linguaggio, delle procedure e delle buone pratiche basate su prove di efficacia, in questa prima fase, a giugno 2018 il gruppo ha stilato 10 standard per Centri nascita italiani.

La FNOPO, convocata in seduta plenaria del 12 settembre presso all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità (www.fnopo.it/news/osservatorio-nazionale-delle-buone-pratiche-sulla-sicurezza.htm) ha inviato la documentazione che è stata trasmessa a tutti i componenti l'Osservatorio e si è impegnata a fornire, successivamente, anche il *database* delle case di maternità private il cui modello non è previsto, attualmente, dal documento BRO2019, nonché l'elenco delle normative regionali che nel tempo hanno regolamentato in Italia l'assistenza al parto a domicilio (www.fnopo.it/news/prova.htm).

Nel corso dell'audizione, cui hanno partecipato Presidente, Vicepresidente e Segretaria FNOPO, è stato sinteticamente rappresentato il rationale delle richieste formulate chiedendo priorità per le *Linee di indirizzo per l'assistenza al parto domiciliare* e *Linee di indirizzo per l'individuazione dei criteri di accreditamento delle case di maternità pubbliche e private*.

Al fine poi di promuovere l'adozione del modello mono-professionale ovvero il modello secondo il quale in una U.O. di ostetricia-ginecologia opera solo personale ostetrico con il supporto dell'operatore socio-sanitario adeguatamente preparato, la FNOPO, in questa fase, ha proposto la sottoscrizione di un Protocollo AGENAS-FNOPO per attività nell'ambito della formazione e della ricerca per l'area ostetrico-ginecologico-neonatale (SSD MED/47). Sulla base di tale protocollo la FNOPO ha chiesto l'attivazione di un corso di alta formazione diretto alle ostetriche per l'implementazione di opportune strategie organizzative dirette a garantire livelli di qualità e sicurezza del percorso nascita sempre più elevati.

La FNOPO, nelle forme di rito, si impegna a fornire ogni ulteriore informazione sullo sviluppo delle attività in essere per l'implementazione di Centri nascita ancora troppo poco rappresentati e di cui in questo numero della rivista viene data ampia illustrazione da parte dei referenti delle tre aree funzionali BRO.

Il riordino delle regole sulla *privacy* in vigore dal 19 settembre 2018: attività FNOPO

Sulla Gazzetta Ufficiale n. 205 del 4 settembre 2018 è stato pubblicato il D.Lgs. n. 101 del 10 agosto 2018 “Disposizioni per l’adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la Direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati)” (www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/09/04/18G00129/sg).

Il Decreto legislativo, andato in vigore il 19 settembre 2018, coordina la vecchia normativa nazionale sulla protezione dei dati personali con il nuovo Regolamento europeo sulla *privacy* e inquadra finalmente la normativa italiana (D.Lgs. 196/2003) con il Regolamento europeo (Reg. 2019/679, detto GDPR).

La nuova normativa sulla *privacy* dal titolo “Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l’adeguamento dell’ordinamento nazionale al Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la Direttiva 95/46/CE” (il precedente nome era solo “Codice in materia di protezione



dei dati personali”) presenta diverse novità riportate nella tabella sottostante.

Il Decreto, nell’azione di coordinare le due norme quella europea e quella italiana, recupera alcune fattispecie penali come il trattamento illecito dei dati personali, l’acquisizione fraudolenta, le false dichiarazioni rese al garante, ma di contro introduce la possibile definizione agevolata del contenzioso davanti all’Autorità di settore. La Federazione e gli Ordini, ai sensi della Legge 3/2018, sono “Autorità Pubbliche”, tenute pertanto a conformarsi agli obblighi regolamentari prescritti dal Regolamento Generale Europeo che ha previsto, sin dal 25 maggio 2018, la nomina di un responsabile della protezione dei dati (DPO).

ARGOMENTO	ARTICOLO	NOVITÀ
Cambio nome del testo normativo (al fine di chiarire che è stato recepito il Regolamento europeo GDPR)	Rubrica atto legislativo del D.Lgs. 163/2003	<i>Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l’adeguamento dell’ordinamento nazionale al Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la Direttiva 95/46/CE</i>
Diritto di accesso atti	Art. 59, comma 1, del D.Lgs. 163/2003	Non vi sarà più il limite dell’interesse pubblico
Sanatoria per precedenti violazioni della <i>privacy</i> con applicazione di sole sanzioni amministrative	Art. 18, comma 1, D.Lgs. 101/2018	Per violazioni della precedente normativa sulla <i>privacy</i> , se non è ancora stata emessa l’ordinanza-ingiunzione, il trasgressore può definire la violazione pagando i 2/5 (il 40%) del minimo della pena editale. Entro 90 giorni dall’entrata in vigore della nuova normativa sulla <i>privacy</i> (19 settembre 2018)
Interruzione dei termini di prescrizione	Art. 18, comma 5, D.Lgs. 101/2018	L’entrata in vigore di tale nuovo testo sulla <i>privacy</i> interrompe (quindi fa ripartire) i termini sulla prescrizione. Si ricorda che anche per le sanzioni amministrative sulla <i>privacy</i> il termine è di cinque anni
Sanatoria per le sanzioni penali già irrogate precedentemente	Art. 24 D.Lgs. 101/2018	Le sanzioni penali già irrogate per precedenti violazioni sulla <i>privacy</i> sono abrogate e sono applicate solo sanzioni amministrative

Aggiornamenti in materia di anticorruzione e trasparenza

SpazzaCorrotti

Approvato il 6 settembre 2018 dal Consiglio dei Ministri il disegno di legge che prevede l'inasprimento di misure per il contrasto della corruzione nella pubblica amministrazione ("*Misure per il contrasto dei reati contro la pubblica amministrazione*" www.governo.it/sites/governo.it/files/Cdm_18_2018.pdf).

Il testo contiene una serie di misure, come il Daspo per i corrotti e l'impiego dell'agente sotto copertura. Viene istituito inoltre il concetto di ravvedimento, cioè la possibilità per il corrotto di ottenere sconti di pene nel caso denunci il reato volontariamente entro sei mesi.

La norma contempla la lista dei reati per i quali verranno applicate l'interdizione dai pubblici uffici e appunto il Daspo: malversazione aggravata dal danno patrimoniale grave, abuso d'ufficio aggravato dal vantaggio o dal danno di rilevante gravità, corruzione propria, corruzione attiva, corruzione per l'esercizio della funzione, induzione indebita a dare o promettere utilità, peculato, concussione, istigazione alla corruzione, traffico di influenze illecite.

La norma, definita *Legge Spazza-Corrotti*, crea un impatto importante sul sistema giudiziario e renderà impossibile per un condannato in via definitiva per corruzione avere a che fare per tutta la vita con la pubblica amministrazione.

La FNOPO, in adeguamento ai doveri istituzionali di indirizzo, supporto e coordinamento amministrativo agli Ordini provinciali e interprovinciali, ha attivato una serie di misure di informazione e di organizzazione a livello centrale e periferico.

Con la Circolare n. 22/2018 (<http://fnopo.it/news/circolare-n-22-2018-informativa-relativa-al-regolamento-ue.htm>), la FNOPO forniva indicazioni in merito agli adempimenti cui sono chiamati gli Ordini e, nel proseguire nel processo di centralizzazione dei servizi offerti agli Ordini, annunciava la predisposizione di una indagine di mercato al fine di acquisire un servizio consulenziale.

Servizio che, oltre a supportare le istituzioni nella realizzazione degli adempimenti tecnici necessari imposti dal GDPR, garantisce anche la formazione e l'assistenza finalizzata al mantenimento della loro conformità sia in favore dell'Ente che in favore dei 69 Ordini provinciali e interprovinciali. A integrazione di una prima informativa, stante l'obbligo indicato dal Regolamento europeo, la FNOPO ha trasmesso agli Ordini provinciali e interprovinciali la Circolare n. 23/2018 (<http://fnopo.it/news/circolare-n-23-2018-aggiornamento-su-adempimenti-degli-ordi.htm>) con la quale si sono indicate le novità riguardo alle procedure per l'attivazione di strumenti consulenziali centralizzati e in adempimento allo spirito di "responsabilizzazione" degli ordini provinciali e interprovinciali sono stati invitati gli stessi a fornire ai propri iscritti, nelle forme di rito, informazioni relative ai primi adempimenti da attuare nel rispetto della normativa vigente in materia di tutela dei dati.

Per supportare in modo specifico i professionisti che operano in regime libero professionale, la FNOPO ha trasmesso agli Ordini la Circolare n. 29/2018



(<http://fnopo.it/news/circolare-n-29-2018-trattamento-dei-dati-sanitari-da-parte.htm>) nella quale sono fornite indicazioni in merito ai principali adempimenti da attuare come di seguito elencato:

1. Predisposizione dell'informativa sul trattamento dei dati personali e raccolta del consenso della paziente;
2. Nomina del *Data Protection Officer* (DPO);
3. Tenuta del Registro dei trattamenti;
4. Conservazione dei dati;
5. Predisposizione di procedure di *data breach* o segnalazione di trattamento non conforme.

Al fine di garantire la capillare diffusione di quanto indicato nella Circolare n. 29/2018, la FNOPO ha pubblicato sul n. 2/2018 della rivista di Categoria la comunicazione dal titolo "Libera professione e GDPR 2016/679 ("*Trattamento dei dati sanitari da parte degli esercenti la professione di Ostetrica in regime di libera professione*" <http://fnopo.it/news/lucina-n-2-2018.htm>).

Attualmente la FNOPO sta perfezionando le procedure per l'acquisizione di operatori economici che hanno formulato proposte per il servizio di adeguamento agli obblighi imposti dal GDPR 2016/679 a supporto dell'Ente e degli Ordini provinciali e interprovinciali ai quali sarà garantita la necessaria formazione *e-learning* con rilascio di attestazioni.

SPECIALE CENTRI NASCITA

MIDWIFERY UNIT STANDARDS

Una guida per l'apertura e l'implementazione di Centri nascita in Europa

A guide for the opening and implementation of midwifery units in Europe

**Autori****Lucia Rocca-Ihenacho**

PhD, MSc, RM,

Lecturer in Midwifery

and NIHR Research Fellow

Centre for Maternal and Child Health Research

School of Health Sciences

City University London

lucia.rocca-ihenacho@city.ac.uk

**Laura Iannuzzi**

PhD, MSc, PgCert, BMid, RM

Responsabile Ostetrico UO Gravidanza

Fisiologica e Centro nascita Margherita

Dipartimento delle Professioni Sanitarie

Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi,

Docente a contratto MED 47,

Università degli Studi di Firenze

**Laura Batinelli**

MSc, BSc, RM

Research Midwife

Centre for Maternal and Child Health Research

School of Health Sciences

City University London

laura.batinelli@city.ac.uk

RIASSUNTO

L'offerta di Centri nascita (CN) per donne sane con gravidanza fisiologica sta aumentando e nuovi CN stanno aprendo in tutta Europa. I CN offrono un'assistenza personalizzata, focalizzata sulle necessità della donna e della sua famiglia. Le ostetriche sono la principale professione che offre assistenza in tali centri. Evidenze scientifiche supportano fortemente l'implementazione di CN perché associati a esiti simili per i neonati, esiti materni migliori in comparazione con la sala parto tradizionale (per donne sane con gravidanza fisiologica) e minori costi di assistenza. Sia le donne sia le ostetriche riportano esperienze molto positive sui CN. Le donne descrivono una sensazione di sicurezza, in un ambiente confortevole, e di aver ricevuto un'assistenza personalizzata che ha permesso loro di prendere decisioni riguardo alla nascita del loro bambino. Le ostetriche hanno riportato un aumento della soddisfazione sul lavoro, di essere in grado di lavorare usando tutto il loro potenziale e di poter sviluppare le loro capacità, lavorando in un team con uno spirito positivo.

Il Midwifery Unit Network è una "Community of Practice" creata nel 2016 con l'intento di supportare l'implementazione e il continuo miglioramento di CN in Europa.

Questo articolo riporta il lancio dei primi Standard europei per Centri nascita e la collaborazione tra la Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica and MUNet per la traduzione degli Standard in italiano.

ABSTRACT

Midwifery Units (MUs) provision for healthy women with uncomplicated pregnancies is increasing and several MUs are being opened across Europe. MUs offer personalised care focused on the needs of the women and their families (Walsh and Newburn, 2002). Midwives are the main care providers and lead such centres. Evidence strongly supports the implementation of MUs as they are associated with similar perinatal outcomes, improved maternal outcomes compared to the obstetric unit as well as reducing costs. Both women and midwives report very positive experiences about MU. Women described feeling safe, in a welcoming environment, receiving personalised care and able to make choices about the birth (Overgaard, 2012; Macfarlane et al., 2014a; Macfarlane et al., 2014b; Rocca-Ihenacho, 2017). Midwives reported increased job satisfaction, being able to work to their full potential, being able to develop their skills and working within positive team spirit (Rocca-Ihenacho, 2017; McCourt et al., 2011, 2014).

The Midwifery Unit Network is a community of practice created in 2016 with the aim of supporting the implementation and improvement of midwifery units across Europe.

This article reports the launch of the first Midwifery Unit Standards for Europe and the collaboration between the Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica and MUNet in the translation and implementation of the Standards in Italy.

Introduzione

Il Midwifery Unit Network (MUNet) è una rete Europea di accademici, attivisti, utenti, ostetriche e medici, con l'interesse comune di supportare lo sviluppo dei CN in Europa (www.midwiferyunitnetwork.org).

Un Centro nascita è una struttura di maternità che offre un modello sociale di cura, dove il parto è visto primariamente come un evento fisiologico e l'attenzione viene posta sul supporto alla donna e alla famiglia (Walsh and Newburn, 2002). Come definito dal Birthplace Study (Row, 2011) e sottolineato anche dal documento Ministeriale BRO (DS, 2017) I Centri nascita possono essere situati all'interno di un ospedale che offre anche assistenza medica ostetrica ("alongside" o intraospedaliere) o nel contesto territoriale ("freestanding" o territoriali). Entrambi i tipi di Centro nascita sono gestiti da ostetriche esperte e focalizzate su una filosofia dell'assistenza centrata sulle necessità della donna e nel pieno rispetto del diritto alla scelta informata.

Evidenze scientifiche sugli esiti dei Centri nascita

Evidenze scientifiche internazionali (Scarf *et al.*, 2018; Brocklehurs *et al.*, 2011) hanno indicato che, non solo i Centri nascita (*freestanding* e *alongside*) hanno esiti perinatali simili a quelli della sala parto tradizionale per il

neonato, ma sono inoltre associati a minor interventi intraparto come taglio cesareo e parto strumentale/operativo. Brocklehurs *et al.* (2011) hanno riportato che le donne che avevano pianificato la nascita in un Centro nascita *freestanding* hanno riscontrato un rischio statisticamente significativo minore di emorragia *post-partum* che necessita trasfusione di sangue, di ricovero in terapia intensive e lacerazioni di terzo e quarto grado (Brocklehurs *et al.*, 2011). In un altro recente studio, Scarf *et al.* (2018) evidenziano come le donne che avevano scelto di partorire in un Centro nascita hanno avuto come esito un parto normale quasi nel doppio dei casi rispetto alle donne che avevano scelto di partorire in una sala parto tradizionale con esiti perinatali simili.

Sia le donne che hanno utilizzato i servizi dei Centri nascita sia le ostetriche che vi lavorano hanno riportato esperienze molto positive. Le utenti hanno descritto di sentirsi sicure, in un ambiente rilassante, con un'assistenza personalizzata e in grado di prendere decisioni (Overgaard, Fenger-Grøn, and Sandall, 2012; Rocca-Ihenacho, 2017; Macfarlane *et al.*, 2014; McCourt *et al.*, 2011). Le ostetriche hanno riportato un aumento della soddisfazione sul lavoro, di riuscire a lavorare usando tutte le competenze ostetriche per le quali hanno studiato, di continuare a sviluppare le loro capacità e di lavorare in un *team* con uno spirito positivo e di mutuo supporto (Rocca-Ihenacho, 2017; McCourt *et al.*, 2011; 2014).

Obbligo vaccinale per gli operatori sanitari. Il Governo dice no e impugna la legge della Puglia



Il Consiglio dei Ministri del 2 agosto 2018 ha deciso di bloccare e di impugnare la legge con la quale la Regione Puglia estendeva l'obbligo vaccinale agli operatori sanitari (www.fnopo.it/news/lucina-n--2-2018.htm) perché "interviene in un ambito nel quale sono prevalenti gli aspetti ascrivibili ai principi fondamentali in materia di tutela della salute riservati alle competenze legislative dello Stato".

Il NO del Consiglio dei Ministri alla Legge della Regione Puglia n. 27 del 19 giugno 2018, recante "Disposizioni per l'esecuzione degli obblighi di vaccinazione degli operatori sanitari" (www.sanita.puglia.it/documents/20182/1897690/LEGGE+REGIONALE+19+giugno+2018%2C+n.+27/a1cab2fa-9b1a-4216-b48d-2937bb4e8412) è giustificato dal fatto che, imponendo la norma regionale obblighi di vaccinazione, eccede dalle competenze regionali e interviene in un ambito riservato alle competenze legislative dello Stato.

Una recente circolare del Ministero della Salute illustrava una serie di raccomandazioni per la diffusione delle vaccinazioni, compresa "l'importanza di migliorare la copertura vaccinale (CV) tra gli operatori sanitari, per la protezione del singolo operatore e come garanzia nei confronti dei pazienti, ai quali l'operatore potrebbe trasmettere l'infezione determinando gravi danni e persino casi mortali, soprattutto nei confronti di alcune malattie: morbillo, parotite, rosolia, influenza, pertosse, epatite B, varicella, polio, difterite".

Il provvedimento della Regione Puglia impugnato dal CdM sembrava andare appunto nell'indirizzo ministeriale. Il Consiglio regionale delle Marche, a maggioranza, ha aggiornato la normativa regionale sui vaccini secondo la quale l'accesso ai servizi per l'infanzia (0-3 anni), di competenza della Regione, viene subordinato all'obbligo vaccinale previsto dalla Legge Lorenzin e ai coordinatori dei servizi è demandato il compito di verificare il rispetto dell'obbligatorietà.

Il Midwifery Unit Network

Il Midwifery Unit Network è stato creato nel 2016 a Londra da un gruppo di quattro esperti in Centri nascita: Lucia Rocca-Ihenacho, Sheena Byrom, Mary Newburn e Felipe Castro Cardona (Rocca-Ihenacho, Newburn, Byrom, 2017). MUNet ha appena pubblicato un report dei primi tre anni di attività che si può trovare al link www.midwiferyunitnetwork.org/mu-standards. MUNet ha condotto molte attività di supporto all'implementazione di Centri nascita in Europa, incluso in Italia, dove nell'aprile del 2016, a Genova, è stato tenuto il primo congresso nazionale dei Centri nascita (Newburn e Rocca-Ihenacho, 2018). In tale sede si sono messe a tema le esperienze nazionali e internazionali e confrontate, per la prima volta in un unico evento, le realtà di Centro nascita e percorsi affini storici e più recenti già presenti in Italia con presentazioni da Genova, Firenze, Torino, Ostia, Rovigo, Modena. Da questo primo congresso sono emerse sia le similitudini, per esempio in termini di esiti positivi dei Centri nascita esistenti in Italia, sia le problematiche riscontrate e gli spunti di lavoro per cercare di implementare tali modelli nel contesto italiano. Il congresso di Genova ha dato vita poi alla rete del MUNet Italia che ha visto coinvolti i professionisti esperti di tali modelli e percorsi di fisiologia a gestione autonoma ostetrica nel territorio nazionale.

Alcune delle esperte italiane (ostetriche, ginecologhe, architette, epidemiologhe e statistiche) sono state chiamate poi a collaborare insieme a colleghi alla stesura degli standard, un grande lavoro iniziato nel 2016 e finanziato da fondi del National Institute for Health Research, della City, University of London e del Royal College of Midwives.

Collaborazione tra MUNet e la Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (FNOPO)

L'incontro tra questo lavoro del MUNet e la FNOPO nasce nella primavera del 2018, all'interno del gruppo di lavoro avviato dalla FNOPO a seguito della pubblicazione delle linee di indirizzo ministeriali BRO e della necessità sentita dalla Federazione di approfondire alcuni temi particolari riguardanti i Centri nascita *alongside* (unico modello ad oggi presente in Italia nel SSN pubblico nelle realtà del Centro nascita di Genova, Centro nascita Margherita di Firenze e Centro nascita di Torino).

A seguito della discussione sulla necessità di diffondere una giusta conoscenza delle caratteristiche del modello, di predisporre un glossario, strumenti e principi cardine, alcuni componenti di questo gruppo di lavoro e in particolare Laura Iannuzzi (Firenze), Lucrezia D'Antuono (Torino) e Caterina Masé (Trento) già coinvolte nel lavoro condotto da MUNet a livello europeo, e i componenti del Comitato centrale FNOPO hanno evidenziato il grande contributo che tale confronto internazionale rappresenta anche per lo specifico contesto italiano, caratterizzato da punti di forza e debolezza simili a quelli emersi in altri sistemi. La Presidente *in primis* e tutti i rappresentanti della FNOPO hanno subito richiesto un dialogo per una collaborazione con Lucia Rocca-Ihenacho che ha guidato, insieme al team di ricercatori/altri esponenti del MUNet, tra cui Laura Batinelli, il progetto che negli ultimi due anni ha portato alla identificazione, condivisione e stesura degli Standard.

Prodotti chimici: la Asl di Salerno fa da apripista con la nuova Unità Operativa Reach e Valutazione impatto sanitario



Con la formalizzazione dell'incarico affidato al Responsabile dell'Unità Operativa Semplice Reach e Valutazione impatto sanitario, incardinata nella Unità Operativa Complessa Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione, la ASL Salerno è stata la prima in Italia a istituire una struttura finalizzata a migliorare la conoscenza dei pericoli e dei rischi, anche sulla salute umana, derivanti da prodotti chimici. I produttori di sostanze chimiche forniscono informazioni sull'effetto che tali materiali producono sulla salute umana e sull'ambiente. Grazie a tale pratica, le autorità, i cittadini e le aziende possono consultare liberamente sul sito web dell'Agenzia europea per le sostanze chimiche (ECHA). Prima del Reach neanche le autorità responsabili per la sicurezza delle sostanze chimiche avevano un accesso di questo livello ai dati. Con l'istituzione del Reach, si ha una migliore gestione delle sostanze chimiche e una

migliore qualità del prodotto, in quanto le autorità possono concentrarsi sulle sostanze che destano maggiore preoccupazione al fine di proteggere la salute umana e l'ambiente. In tal modo i consumatori possono scegliere in maniera più consapevole i prodotti chimici che sono presenti nei beni di uso comune anche per l'igiene personale e domestica. Il regolamento Reach prevede che le ditte condividano i dati al momento della registrazione delle sostanze chimiche, in modo da ridurre le sperimentazioni non necessarie. Il Reach è un sistema integrato di registrazione, valutazione e autorizzazione delle sostanze chimiche che mira ad assicurare un maggiore livello di protezione della salute umana e dell'ambiente. Sarebbe auspicabile l'inserimento all'interno dei piani di studio dei corsi di Laurea delle professioni sanitarie di ogni ordine e grado del Sistema Reach di competenza del SSD MED/42 "Igiene Generale e Applicata".

Ministero della Salute: arrivano le raccomandazioni vaccinali per le donne in gravidanza

I dati relativi alle coperture vaccinali (CV) 2017 e pubblicati dopo l'entrata in vigore della Legge n. 119 del 31 luglio 2017 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale" (www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/06/07/17G00095/sg) riportano che l'Italia è in rimonta e il trend aumenta per tutte le classi di età. Andando ad analizzare il "rapporto di primavera" più nello specifico si apprende che c'è un miglioramento, ma ancora non adeguato, delle CV per le vaccinazioni obbligatorie, mentre sono ancora basse le CV per quelle raccomandate (www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3348).

Vista la necessità di tutelare i soggetti più fragili che costituiscono una quota non trascurabile della popolazione pediatrica e non solo, e alla luce di alcuni recenti casi gravi di malattia infettiva anche ad esito letale, che hanno interessato soggetti non vaccinabili per età (www.corriere.it/cronache/18_agosto_02/duo-neonate-muoiono-pertosse-madri-non-erano-vaccinate-c41db6fc-962b-11e8-8193-b4632fd4d653.shtml), il Ministero della Salute di recente ha emanato una circolare per ribadire l'importanza delle vaccinazioni in previsione e durante la gravidanza, con l'obiettivo di

proteggere la donna e il nascituro da alcune malattie attraverso specifici vaccini (www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2018&codLeg=65188&parte=1%20&serie=null).

In sintesi, per le donne in età fertile la Circolare indica, se non già immuni, le vaccinazioni contro morbillo, parotite, rosolia, varicella e papilloma virus (HPV). Di grande importanza, si ricorda sempre nella Circolare, è anche il richiamo decennale della vaccinazione contro difterite, tetano e pertosse.

Nel corso della gravidanza sono raccomandate le vaccinazioni contro difterite, tetano, pertosse (dTpa) e influenza (se la gestazione si verifica nel corso di una stagione influenzale). Il Ministero ricorda che la vaccinazione anti-influenzale è raccomandata e offerta gratuitamente alle donne che all'inizio della stagione epidemica dell'influenza si trovino nel secondo o terzo trimestre di gravidanza.

La tabella 1 "Vaccinazioni in donne in età fertili, in gravidanza e nel puerperio", contenuta nella Circolare, riporta anche le vaccinazioni raccomandate nel puerperio come quella MPR e varicella e dTpa.

Ma ci sono anche vaccini controindicati in gravidanza come quelli contro MPR e varicella che, contenendo vaccini a virus vivi attenuati, non possono essere somministrati in gravidanza, sebbene l'effettuazione accidentale della vaccinazione in donne che non sapevano di essere in gravidanza non ha mai fatto registrare un aumento di aborti o malformazioni.

Nella Circolare del 7 agosto 2018, a firma del Direttore Generale della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute, si ribadisce l'importanza di comunicare alle donne che intendono programmare una gravidanza la necessità di posticiparla di un mese dopo la vaccinazione, anche se l'esposizione accidentale della donna in gravidanza alla vaccinazione o l'inizio di una gravidanza entro le quattro settimane successive alla vaccinazione non rappresenta indicazione all'interruzione volontaria di gravidanza.

La Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (FNOPO), in una nota trasmessa al Direttore Generale, ha plaudito all'iniziativa ministeriale e, in rappresentanza della figura professionale che promuove la salute riproduttiva della donna in tutte le fasi, ha auspicato future forme di collaborazione per quanto di propria competenza anche per promuovere le indicazioni previ-

ste dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 nel quale, alle pagine 58 e 59, è prevista la sezione dal titolo "Le donne in età fertile" (www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2571_allegato.pdf).



Ministero della Salute



Da qui la realizzazione di uno specifico incontro a Roma tra FNOPO e MUNet per una riflessione sulle esperienze già presenti, la traduzione e contestualizzazione degli Standard europei nel sistema italiano e la pianificazione di punti di lavoro futuri per supportare tali modelli, riconosciuti come fondamentali percorsi e luoghi di nascita per la filosofia assistenziale che esprimono e gli esiti positivi che ne derivano.

La pubblicazione degli Standard da parte del MUNet in associazione con l'European Midwives Association, ha incluso molte collaborazioni con organizzazioni quali il Royal College of Midwives inglese, la Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica, la Asociace pro Porodní Domy a Centra della Repubblica Ceca e la Federacion de Asociaciones de Matronas de Espana. La prefazione del documento è stata scritta da eminenti figure come il professor Down, Professor of Midwifery Studies all'Università del Central Lancashire, Franka Cadè, President dell'International Confederation of Midwives, e il professor Jacky Nizard, Professor of Obstetrics and Gynaecology presso la Sorbonne di Parigi e Presidente della European Board and College of Obstetrics and Gynaecology.



Gli Standard sono stati resi pubblicamente ufficiali durante la seconda Midwifery Unit Network Conference tenutasi a Londra il 10 luglio 2018, con la partecipazione di una delegazione italiana che ha incluso la Presidente e la Segretaria FNOPO e rappresentanti dei Centri nascita già esistenti in Italia a Firenze, Genova e Torino.

L'11 luglio si è anche tenuto il secondo Meeting Europeo del MUNet che ha lavorato con 40 partecipanti interdisciplinari da 11 Paesi, sulla condivisione di "case studies" sull'implementazione di Centri nascita in Europa e a lavori di gruppo su barriere e facilitatori per la creazione di tali strutture (questo lavoro sarà riportato prossimamente in un articolo).

Il MUNet e la FNOPO hanno concordato una collaborazione per la traduzione e l'implementazione degli MU Standards in Italia con lo scopo di offrire una guida per l'apertura di nuovi Centri nascita. Sia MUNet sia FNOPO, infatti, percepiscono la creazione di tali strutture in Italia come una opportunità per l'implementazione pratica del documento del Ministero della Salute *Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)*. A questo scopo si è costituito un Gruppo di lavoro strategico per pianificare una collaborazione tra MUNet e FNOPO che includerà eventi, conferenze, formazione e pubblicazioni.

Metodologia per la creazione degli Standard

Lo sviluppo degli Standard ha utilizzato un processo robusto e inclusivo di co-produzione, basato su evidenze scientifiche.

Questo processo ha incluso:

- una revisione sistematica della letteratura qualitativa degli articoli pubblicati sull'assistenza offerta da Centri nascita;
- uno studio Delphi, condotto includendo una chiara definizione di "esperto di Centri nascita" che ha compreso due *survey online* alle quali sono stati invitati 122 esperti, di cui il 48% ha risposto;
- interviste con *leader* di Centri nascita valutati eccellenti;
- i risultati della revisione sistematica della letteratura sono stati integrati con i risultati dello studio Delphi;
- una serie di tre incontri con esperti per discutere i risultati;
- *peer-review* da parte di 12 esperti europei interdisciplinari.

Il documento finale degli Standard include 10 temi e 29 Standard e può essere scaricato in versione integrale (www.midwiferyunitnetwork.org/mu-standards).

Rivoluzione al Pronto soccorso: arriva il Codice Lilla

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono uno dei più frequenti fenomeni sanitari, in particolare tra gli adolescenti e i giovani adulti. Per la potenziale gravità degli sviluppi che può avere una patologia non diagnosticata per tempo o non adeguatamente seguita e curata, un Tavolo di lavoro specifico coordinato dal Ministero della Salute ha elaborato le "Raccomandazioni per interventi in Pronto Soccorso con un Codice Lilla" e le "Raccomandazioni per i familiari" (www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/C_17_pubblicazioni_2775_allegato1.pdf) e (www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/C_17_pubblicazioni_2774_allegato1.pdf)

Il "Codice Lilla", che servirà per accogliere i pazienti con disturbi dell'alimentazione e avviare sin da subito un adeguato percorso terapeutico, rappresenta un percorso specifico per aiutare gli operatori sanitari, ma anche i familiari, al fine di renderli consapevoli delle forme di disagio, soprattutto iniziale e a volte nascosto, di chi ne soffre, che può sfociare in gravi problemi sanitari.

La redazione della raccomandazione è stata fortemente sollecitata sia dalle associazioni dei familiari sia dagli operatori sanitari che necessitano di strumenti pratici per una materia in cui ancora oggi, purtroppo, esiste una estrema disomogeneità di cura e trattamento sull'intero territorio nazionale. Le Raccomandazioni per interventi in Pronto Soccorso con un "Codice Lilla" e le "Raccomandazioni per i familiari", che prevede interventi per l'accoglienza, il *triage*, la valutazione e il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, sono state redatte con taglio operativo per gli operatori del settore sanitario che si trovano in pronto soccorso e che intendono aiutare i parenti dei pazienti affetti da DA, fornendo loro delle prime risposte su come riconoscere i sintomi dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e aiutandoli a comprendere la natura e a fornire un supporto pratico, soprattutto per la gestione dei pasti.



I 10 pilastri di un Centro nascita

TEMA 1 MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE DELLA NASCITA

Standard 1 Un Centro nascita ha una filosofia assistenziale scritta e pubblica con valori e convinzioni condivisi

TEMA 2 UGUAGLIANZA, DIVERSITÀ E INCLUSIONE SOCIALE

Standard 2 Un Centro nascita ha una politica specifica in tema di rispetto, diversità e inclusione

TEMA 3 LAVORO ATTRAVERSO CONFINI PROFESSIONALI E FISICI

Standard 3 All'interno della struttura c'è un impegno condiviso e scritto nel lavorare rispettandosi vicendevolmente e oltrepassando confini all'interno dell'intero servizio di maternità

Standard 4 Un Centro nascita ha *leader* ostetrica in connessione con medico ginecologo e neonatologo di riferimento

Standard 5 Ci sono una politica e delle procedure chiare per i trasferimenti

TEMA 4 PERCORSO ASSISTENZIALE DELLE DONNE

Standard 6 Un Centro nascita ha come filosofia l'offrire informazioni il più precocemente possibile e lasciare aperte decisioni

Standard 7 Un Centro nascita è un *hub* integrato col territorio locale

Standard 8 Il percorso è aperto alla personalizzazione e alla individualizzazione delle cure di tutte le donne

Standard 9 Un Centro nascita ha percorsi definiti di indirizzo verso gli altri servizi di riferimento

TEMA 5 PERSONALE E CARICO DI LAVORO

Standard 10 Il personale essenziale per un Centro nascita include un *core team* di ostetriche e un *leader* ostetrico al suo interno per promuovere alti Standard, senso di appartenenza/responsabilità e appropriata filosofia assistenziale

Standard 11 La valutazione del carico di lavoro di un Centro nascita deve includere tutte le attività svolte al suo interno e non basarsi solo sull'assistenza *intrapartum* e numero di parti

TEMA 6 CONOSCENZE, SKILL E FORMAZIONE

Standard 12 All'interno della struttura c'è un elenco scritto concordato di conoscenze e *skill* richieste alle ostetriche per poter lavorare in questo tipo di struttura

Standard 13 Un Centro nascita ha un piano di formazione e sviluppo continuo del personale

Standard 14 Un Centro nascita ha uno schema di inserimento/orientamento e affiancamento del personale

TEMA 7 AMBIENTE E STRUTTURE

Standard 15 Un Centro nascita offre un ambiente che promuove un modello di assistenza bio-psico-sociale e la creazione di relazioni

Standard 16 Un Centro nascita offre un ambiente che supporta la mobilità e il parto attivo, l'idratazione e l'alimentazione

Standard 17 Un Centro nascita offre un ambiente che protegge e che promuove il rilassamento, la *privacy* e la dignità

Standard 18 Il *layout* fisico e il *design* di un Centro nascita ne trasmettono i valori del modello bio-psico-sociale di cura

Standard 19 Un Centro nascita è visibile e accessibile alla comunità

TEMA 8 AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ (CAPACITÀ DECISIONALE?)

Standard 20 Un Centro nascita ha una politica che riconosce l'autonomia e la responsabilità delle ostetriche

Standard 21 Un Centro nascita ha una politica che riconosce chiaramente la autonomia e responsabilità delle donne

TEMA 9 LEADERSHIP

Standard 22 All'interno di un Centro nascita c'è una *leadership* visibile

Standard 23 Un Centro nascita ha una *leadership* trasformazionale di alta qualità

Standard 24 C'è un gruppo tecnico multidisciplinare e dei cittadini consultivo con il quale viene delineata la *vision* del Centro nascita

TEMA 10 GOVERNO CLINICO

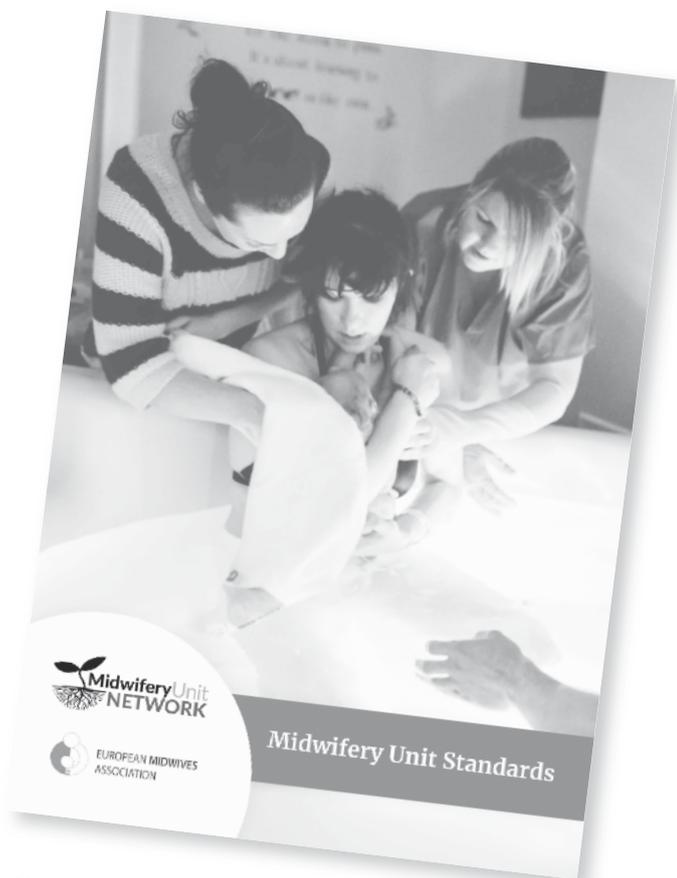
Standard 25 Un Centro nascita ha linee guida, protocolli e procedure *evidence-based* soggette a revisione periodica

Standard 26 Un Centro nascita ha una linea di indirizzo sui criteri di eleggibilità e scelta del luogo del parto

Standard 27 Un Centro nascita dimostra impegno verso il miglioramento continuo

Standard 28 Un Centro nascita ha un robusto sistema di informazioni/raccolta dati

Standard 29 Un Centro nascita include piani per la comunicazione e il *marketing*



Come potranno essere utilizzati gli Standard

Gli Standard potranno essere utilizzati da ostetriche, dirigenti di servizio e gruppi di lavoro come guida per l'apertura di nuovi Centri nascita o per il miglioramento continuo di quelli già esistenti. Forniscono una struttura per creare un piano strategico focalizzato sui 10 pilastri fondamentali che caratterizzano Centri nascita di eccellenza. Il gruppo di lavoro organizzato in collaborazione tra la FNOPO e MUNet lavorerà alla traduzione integrale del documento degli Standard e al lancio degli stessi in Italia. La collaborazione porterà a numerose iniziative per il supporto della professione ostetrica in Italia e per l'apertura di nuovi Centri nascita, incluse iniziative di formazione.

Bibliografia

- Brocklehurst P., Hardy P., Hollowell J., Linsell L., Macfarlane A., McCourt C., Marlow N., Miller A., Newburn M., Petrou S., Puddicombe D., Redshaw M., Rowe R., Sandall J., Silverton L. and Stewart M. (2011) Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*, 343 (nov23 4), pp. d7400-d7400
- McCourt C., Rance S., Rayment J., Sandall J. (2011) Birthplace a qualitative organisational case studies: how maternity care systems affect the provision of care in different settings. Birthplace in England research programme. Final report part 6. London: NIHR Service Delivery and Organisation programme
- McCourt C., Rayment J., Rance S. and Sandall J. (2014) An ethnographic organisational study of alongside midwifery units: a follow-on study from the Birthplace in England programme. *Health Services and Delivery Research*, 2(7)
- Macfarlane A.J., Rocca-Ihenacho L., Turner L. and Roth C. (2014) Survey of women's experiences of care in a new freestanding midwifery unit in an inner city area of London, England – 1: Methods and women's overall ratings of care. *Midwifery*, 30(9), pp. 998-1008
- Macfarlane A. J., Rocca-Ihenacho L. and Turner L.R. (2014) Survey of women's experiences of care in a new freestanding midwifery unit in an inner city area of London, England: – 2: Specific aspects of care. *Midwifery*, 30(9), pp. 1009-1020
- Newburn M. and Rocca-Ihenacho L. (2018) Midwifery Unit Network: the first three years. Midwifery Unit Network/City, University of London.
- Overgaard C., Fenger-Grøn M. and Sandall J. (2012) The impact of birthplace on women's birth experiences and perceptions of care. *Social Science & Medicine*, 74(7), pp. 973-981
- Rocca-Ihenacho L. (2017) An ethnographic study of the philosophy, culture and practice in an urban free-standing midwifery unit. PhD Thesis. City, University of London
- Rocca-Ihenacho L., Newburn M., Byrom S. (2017) The Midwifery Unit Network: creating a community of practice to enhance maternity services. *The Practising Midwife* 20(6):24-27
- Rocca-Ihenacho L., Batinelli L., Thaelts E., Rayment J., Newburn M., McCourt C. (2018) Midwifery Unit Standards. London: Midwifery Unit Network and European Midwives Association
- Christine McCourt (2018) Midwifery Unit Network: the first three years. London: Midwifery Unit Network /City, University of London
- Rowe, R. and Birthplace in England Collaborative Group (2011) Birthplace terms and definitions: consensus process. Birthplace in England research programme. Final report part 2: NIHR Service Delivery and Organisation programme. Available at: www.npeu.ox.ac.uk/birthplace (accessed: 6 June 2018)
- Scarf V., Rossiter C., Vedam S., Dahlen H., Ellwood D., Forster D., Foureur M., McLachlan H., Oats J., Sibbritt D., Thornton C. and Homer C. (2018) Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 62, pp. 240-255
- Schroeder L., Petrou S., Patel N., Hollowell J., Puddicombe D., Redshaw M. et al. (2011) Birthplace cost-effectiveness analysis of planned place of birth: individual level analysis. Birthplace in England research programme. Final report part 5. NIHR Service Delivery and Organisation programme
- Walsh D. and Newburn M. (2002) Towards a social model of childbirth. *British Journal of Midwifery*, 10, 9, pp. 540-544

SPECIALE CENTRI NASCITA

GENOVA

Dalla prima Casa di Maternità italiana, tutte le tappe di una lunga gestazione



Autrice

Monica Benussi

*Coordinatrice Ostetrica
Policlinico San Martino
Genova*

monica.benussi@hsanmartino.it

L'inizio è stato con poco: mobili e suppellettili IKEA ancora utilizzabili in un momento in cui nulla era a norma in un ospedale ottocentesco. Un triste e anemico reparto diventò la prima Casa di Maternità Intraospedaliera in Italia: cinque stanze con bagno, un bel soggiorno con terrazzo e cucinino, una stanza per il parto in acqua, un ambulatorio che era anche spazio per discutere in gruppo con le donne che si avvicinavano al Centro. Un momento di non ritorno nel lavoro: i luoghi, la vita professionale e personale che non sarebbe stata più la stessa. Improvvisamente uno spazio autonomo, da modificare e vivere in piena libertà. Libere di introdurre piccoli, grandi cambiamenti. Anzitutto i colori. Quando gli imbianchini dell'Ospedale videro per la prima volta le loro pennellate di arancio nei corridoi dapprima si guardarono stupiti, poi iniziarono a divertirsi. Ci chiamavano ad ogni esperimento, a partire dalle poche tinte a disposizione, per vedere cosa ne pensassimo (Figure 1 e 2).

Fu l'apertura di un varco di cui allora non potevamo immaginare la portata e le ripercussioni. Strette fino a



Figure 1 e 2. Ambienti Centro nascita di Genova

RIASSUNTO

L'apertura del Centro nascita nasce dall'esigenza di poter offrire alle donne un luogo intimo e tranquillo come può essere la propria casa, ma allo stesso tempo sicuro. Uno spazio a loro dedicato, fuori dagli schemi comuni che rappresentano il tipico ospedale. L'assistenza alle donne durante gravidanza, travaglio, parto, puerperio e allattamento è affidata alle ostetriche che conoscono già la donna.

Parole chiave

Rispetto, fiducia, colori, intimità, professionalità.

ABSTRACT

The opening of the Birth Center arises from the need to offer women an intimate, peaceful place as it can be their own home but at the same time safe. A space dedicated to them, out of the common patterns that represent the typical hospital. The assistance to women during pregnancy, labor, delivery, puerperium and breastfeeding is entrusted to midwives who already know the woman.

Keywords

Respect, trust, colors, intimacy, professionalism.

quel momento negli spazi angusti della Sala Parto, in perenne conflitto, quello spazio di autogestione, ma anche di separazione dall'Unità Operativa, era anzitutto un territorio da definire e poi da difendere.

I primi anni sono stati terribili, ma anche entusiasmanti; le ostetriche e le donne "alleate" per sostenere un nuovo modello di cure.

Da una parte la fisarmonica degli studi clinici controllati, citati o denigrati a seconda della convenienza, dall'altra il fascino tranquillo delle procedure ospedaliere, così rassicuranti, così indiscusse. E poi la guerra al diverso, la diffidenza verso il nuovo, alla meglio considerato fonte di problemi in un lavoro già tanto difficile.

Le ostetriche avevano studiato e dimostrato che i migliori esiti delle cure alla nascita erano forniti da non specialisti. Erano loro che avevano dimostrato, insieme a epidemiologi e a (pochi) ginecologi, che la maggior parte delle procedure routinarie erano inutili e dannose. Erano loro che avevano costruito le prime Case di Maternità in Europa e in Australia. Erano loro che denunciavano dappertutto gli effetti dell'interferenza degli specialisti sull'andamento e sugli esiti dei travagli.

Non c'erano dubbi: le ostetriche compagne di strada così avanti e così pronte in quel frangente ad accettare compatte la sfida, a sperimentare tutte insieme nuovi modelli che le rendessero più libere di esprimere maieutica e relazioni con le donne.

Avevamo un Centro in cui lavorare in autonomia, ma la normalità era, ed è, la cosa più difficile da coltivare in questo contesto (Figura 3).

Accompagnare donne sane a scoprire/conoscere la competenza più forte e peculiare: quella trasformazione del corpo e della mente paragonabile negli esiti non solo fisici a pura creatività, uno straordinario "laboratorio naturale di biologia molecolare", come dice lo scienziato Alberto Redi.

Ma come ci siamo preparate: alla fine degli anni '90 inizia un percorso di revisione delle pratiche routinarie in gravidanza e parto, seguito da un corso di formazione rivolto a tutti gli operatori dell'azienda con Susan Houd e Piera Maghella. Il corso è residenziale, si svolge in due fasi e mette in discussione le pratiche routinarie utilizzate nella assistenza al parto.

Si iniziava a evidenziare un nucleo di ostetriche pronto ad avviare un cambiamento, una seconda esperienza professionale, che richiedeva più autonomia e più responsabilità.

Sostenute dalla Direttrice che era sensibile alle nostre tematiche, la maggior parte di noi accettò, molte rifiutarono, alcune subentrarono in seguito, un piccolo numero non accetterà mai.

Ci mancavano i riferimenti, non c'erano precedenti di Centri simili in Italia.



Figura 3. Nucleo familiare all'interno del Centro nascita di Genova

Avevamo un reparto e volevamo però anche un luogo familiare pensato e attrezzato da noi per i bisogni delle donne... finalmente l'inaugurazione alla fine del '99.

Abbiamo iniziato... siamo riuscite a portare un po' di casa in ospedale, a mettere al centro i bisogni di mamma e bambino con la presa in carico del neonato sano. La ricerca di sicurezza non deve togliere l'intimità. Abbiamo imparato a **rispettare** i tempi della fisiologia, a **non toccare**, ad aver **fiducia** nella donna e nel bambino, ad utilizzare **acqua, musica, luci soffuse** come alleate per il contenimento della **paura**, del **dolore** e della **fatica** (Figura 4).



Figura 4. Attività Centro nascita di Genova

SPECIALE CENTRI NASCITA

FIRENZE

Motivazione, condivisione della filosofia assistenziale, senso di appartenenza, integrazione



Autrici

Laura Iannuzzi

PhD in Health Studies, School of Health Sciences - University of Nottingham (UK).

Titolare di Posizione Organizzativa: Ostetrica Responsabile UO Gravidanza Fisiologica e Centro nascita Margherita, Dipartimento Professioni Sanitarie, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi di Firenze
iannuzzil@aou-careggi.toscana.it



Silvia Giovinale

Laureata magistrale presso l'Università degli Studi di Firenze. Ostetrica presso Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi di Firenze Segretaria dell'Ordine della Professione di Ostetrica interprovinciale di Firenze, Prato, Arezzo, Grosseto, Siena, Lucca, Pistoia
giovinales@aou-careggi.toscana.it

Il Centro nascita Margherita (CNM), situato a Firenze all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi (AOUC), è il primo, e ancora oggi unico, Centro nascita pubblico italiano a gestione e direzione ostetrica.

Attiva dal 1° marzo 2007, la "Margherita" rispecchia il modello di *alongside birth centre* (o *alongside midwifery unit* - AMU) così come definito a livello internazionale [1] e recentemente ribadito a livello nazionale [2]. Dal punto di vista strutturale, il Centro nascita si colloca come edificio ospedaliero separato ma collegato attraverso un corridoio alle altre aree del Dipartimento Materno-Infantile dell'AOUC (Figura 1).

La struttura rappresenta un tentativo di tradurre anche negli elementi architettonici la filosofia assistenziale alla base del modello. La sua forma, infatti, unica ad oggi per le caratteristiche linee "rotonde", è frutto di uno

studio attento degli spazi e del loro valore nel supporto dei processi fisiologici della nascita che ha coinvolto alla fine degli anni '90 il medico responsabile del progetto, il dottor Marco Santini, e l'architetta Bianca Lepori, professionista nota a livello internazionale per il suo impegno e contributo nell'ambito della cura dei luoghi della nascita [3].

L'edificio si articola su due piani che si sviluppano entrambi intorno a un cuore centrale: un "chiostro" verso cui convogliano tutte le attività riguardanti la promozione e il supporto dei processi fisiologici della nascita. Al piano terreno questo cuore centrale è rappresentato da uno spazio con vasca-piscina (Figura 1) pensato per le attività di acquaticità *ante* e *post* natali; esso è circondato da un'area per conferenze, riunioni tra professionisti e incontri con la popolazione plenarie, eventi formativi e tutti i servizi relativi al percorso di supporto

RIASSUNTO

Il Centro nascita Margherita dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi rappresenta il primo Centro nascita italiano *alongside* gestito e diretto da ostetriche.

Attivo dal 2007, ad oggi ha accolto più di 3.800 bambini e incontrato più di 7.000 famiglie. Ha contribuito a offrire alle donne nuovi modelli nel Sistema sanitario, riflettendo gli Standard internazionali atti a promuovere e sostenere i processi fisiologici e una esperienza positiva della nascita, attraverso l'impegno in ambito clinico, formativo e scientifico-culturale dei professionisti.

ABSTRACT

The Margherita Birth Centre of Careggi University Hospital represents the first *alongside birth centre* to be midwife-led and managed.

Since its opening in 2007, it welcomed the birth of more than 3,800 babies and encountered more than 7,000 families. The Unit has contributed to offer new models of care for women in the Italian Maternity System, aiming to promote and support the physiological processes and a positive experience of childbirth, through the professionals' commitment to practice, education and research in Midwifery.



Figura 1. Raffigurazione della collocazione del Centro nascita Margherita all'interno del Dipartimento Materno-Infantile dell'AOUC. In evidenza il collegamento con l'Area Nascita ospedaliera e alcune immagini dei vari ambienti del Centro

perinatale che includono gli spazi per la preparazione al parto (non solo delle donne/coppie che si desiderano partorire in Centro nascita, ma di tutte le donne che scelgono l'AOUC come ospedale di riferimento), ambulatori per le prime visite di accesso al percorso Margherita, ambulatori per colloqui di sostegno individuali e di coppia *pre* e *post* parto.

L'edificio, così come il percorso assistenziale, continua con il primo piano dove è collocata l'area dedicata alle cure successive che includono non solo l'assistenza a travaglio e parto, ma anche i controlli a termine, gli accessi diretti delle donne, consulenze e *counselling* perinatale, attività di *triage* telefonico e in sede, la degenza legata all'evento nascita nel Centro. Il nome "Margherita" deriva da questa conformazione in cui dallo spazio centrale dove è collocata la postazione del personale ostetrico, punto di presidio e sorveglianza (Figura 1), si snodano a raggiera, come petali di una margherita, le cinque stanze dedicate alla nascita: la cucina-soggiorno comune, gli spazi ambulatoriali e di accesso diretto, un'area con isola neonatale in caso di necessità e una piccola tisaneria per i professionisti.

Le cinque stanze sono un luogo per accogliere non solo il momento del travaglio/parto, ma tutta la permanenza della donna, *partner*, neonato e contesto familiare dal ricovero alla dimissione. Hanno tutte un aspetto simile differenziandosi solo per colore: quattro di queste sono arredate con un letto matrimoniale, una vasca da parto, mobili con fasciatoio e un piccolo bagno interno con il necessario per l'assistenza e la permanenza della famiglia. La rimanente stanza ha come unica differenza il fatto di non essere dotata di vasca, ma di due letti singoli ed è utilizzata in genere da donne e neonati in procinto di rientrare a casa, qualora sia necessario accogliere altre donne che devono partorire nelle stanze dove si trova la vasca utile al parto. L'ambiente è curato in modo da risultare il più possibile familiare, privato, calmo e rassicurante. La coppia può rimanere sempre insieme durante il ricovero, eventuali fratellini e sorelline sono anch'essi accolti e incoraggiati a partecipare alla vita del CNM.

Ogni stanza ha un doppio accesso: uno dal cuore centrale e uno dal corridoio esterno che circonda tutta l'area del Centro nascita con spazi comuni aperti sempre a

Aggiornamento dei recapiti email della Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (FNOPO)

Alla luce della Legge 3/2018 “Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della Salute”, con la quale la Federazione Nazionale Collegi Ostetriche (FNCO) è diventata Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (FNOPO), si è completato il processo di aggiornamento dei recapiti email istituzionali, consultabili alla sezione Contatti del sito web al seguente link www.fnopo.it/contatti.htm.



Federazione
Nazionale degli
Ordini della
Professione di
Ostetrica

Con l'occasione si riportano i contatti e le fasce orarie di attività FNOPO.

presidenza@fnopo.it

segreteria@fnopo.it

telefono 06 7000943

Orario apertura della linea telefonica degli Uffici FNOPO:

dal lunedì al venerdì dalle 10.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 15.00

parenti, amici e alla popolazione in generale. La possibilità di avere questi spazi collegati ma separati è un aspetto che favorisce la salvaguardia della intimità e della *privacy* e allo stesso tempo le relazioni, l'aspetto sociale dell'evento nascita.

Il CNM è stato creato per supportare le donne e le loro famiglie ad avere una nascita naturale e una sua esperienza positiva, nella fondamentale convinzione che essa rappresenti un evento cruciale della vita personale e sociale che non può essere relegato a “processo sanitario”. Come tutti i Centri nascita concorre a ribadire l'importanza di una assistenza ostetrica continuativa, rispettosa che riduca l'eccessiva medicalizzazione/interventismo del parto e le sue note conseguenze, obiettivo per tutti i servizi di maternità a livello mondiale.

Le donne scelgono volontariamente di accedere ai servizi offerti nel percorso Margherita. Nonostante gli oltre 10 anni di attività, molte delle donne vengono a conoscenza del Centro nascita per passaparola di amici, riportando questa realtà come ancora poco conosciuta e pubblicizzata. Fondamentale momento di incontro e scambio culturale con la popolazione è l'appuntamento mensile aperto a tutta la comunità (effettuato il primo mercoledì di ogni mese). Durante tale incontro vengono illustrate le caratteristiche del percorso a sostegno della fisiologia della nascita offerto in AOUC e in particolare si affrontano domande, miti e fatti sul modello del Centro nascita.

La prima visita di accesso al percorso viene prenotata dalla donna e avviene intorno a 36 settimane di gravidanza. Il percorso è aperto a tutte coloro che presentano una gravidanza fisiologica, sia che quest'ultima sia stata seguita dalle ostetriche sia da altri professionisti a livello aziendale, o sul territorio o in regime di libera professione, sulla base della scelta della donna. Durante la prima visita, nota come “*check point*”, ancora oggi effettuata da un medico e una ostetrica, vengono raccolte le informazioni necessarie per fare un bilancio della salute e dell'andamento della gravidanza, si rafforzano le informazioni sulle caratteristiche dell'offerta assistenziale lasciando spazio all'ascolto di eventuali domande e dubbi da parte della coppia, che sottoscrive l'avvenuta informazione e adesione. Qualora la

gravidanza sia fisiologica, il percorso Margherita continua con gli appuntamenti per i controlli a termine di gravidanza e con la possibilità di contattare il *team* di ostetriche telefonicamente o direttamente in Centro nascita 24/7 per ogni bisogno. Il servizio di *triage* telefonico e in sede è parte dell'offerta fino alle prime settimane postnatali.

Nel Centro nascita si cerca di favorire i processi fisiologici, la libera espressione dei bisogni e dei desideri della coppia e l'attivazione delle risorse e competenze proprie delle donne, dei bambini e del contesto di supporto. Liane, palloni, sgabelli e vasca presenti nella stanza sono ausili, in caso di bisogno, per i movimenti della donna in travaglio. Particolare attenzione, oltre alla cura della persona nelle sue esigenze fondamentali, viene data alla cura dell'ambiente e della relazione con la coppia, garantendo il rispetto della *privacy*. Le ostetriche promuovono e supportano l'uso di metodi non farmacologici nell'approccio al dolore. A tale scopo le ostetriche del CNM sono formate circa l'uso dell'acqua, specifiche posture e medicine complementari inclusi massaggi, vocalizzazioni, tecniche di medicina tradizionale cinese (digitopressione, moxibustione, auricoloterapia). La permanenza della famiglia dopo il parto è mediamente di 48 ore. Anche la cura del neonato è affidata al personale ostetrico, con l'aiuto del personale OSS, per tutta la degenza. Il neonatologo è coinvolto routinariamente per la visita di dimissione. All'interno del Centro nascita, così come in tutti gli altri percorsi della Maternità di Careggi, riconosciuto “Ospedale amico del bambino”, si promuove e sostiene la donna nell'allattamento al seno fin dai primi momenti di vita del neonato.

Qualora le donne o i neonati, in qualsiasi momento del percorso, necessitino di cure diverse per l'insorgenza di nuovi fattori che deviano da una condizione di fisiologia, le ostetriche si avvalgono della collaborazione dei servizi integrati al percorso indirizzando a controllo specialistico o trasferimento (in base al periodo in cui questa valutazione avviene) presso le strutture e gli altri professionisti di riferimento del *team* multidisciplinare in DAIMI, per garantire le cure specialistiche idonee. In linea con le raccomandazioni nazionali e internazionali [2, 4, 5], i criteri di inclusione/esclusione/trasferimento

rispetto al percorso sono stabiliti da protocolli e linee guida aggiornati periodicamente. Ogni modifica dei protocolli viene concordata nel gruppo multidisciplinare di riferimento (ostetriche, neonatologi, anestesisti, ginecologi). Deroghe ai protocolli sono fatte sulla base di una valutazione condivisa della situazione individuale della singola donna. È prevista la discussione di casi tramite *audit* e all'interno di riunioni periodiche.

Tutte le pratiche, dall'ammissione alla dimissione, sono gestite completamente dalle ostetriche, inclusa la chiusura della cartella clinica che prevede la compilazione dello SDO e calcolo di DRG su delega e con firma del Direttore del Dipartimento Materno-Infantile, il professor Felice Petraglia.

All'apertura il Centro nascita rappresentava un progetto interaziendale, per poi diventare struttura unicamente afferente all'AOUC. A seguito di varie riorganizzazioni, il *team* attuale è composto da un gruppo dedicato di 5 ostetriche esperte (*senior*), affiancate da 5 colleghe in formazione (o reinserimento) coadiuvate da altrettanto personale OSS. Le ostetriche lavorano in coppia: di giorno con la collega in affiancamento che è identificata come professionista a "scavalco" tra il Centro nascita e l'area nascita della sala parto tradizionale, muovendosi tra le aree in caso di necessità; il turno notturno prevede la presenza dell'ostetrica *senior* e dell'OSS in sede e di una collega reperibile in caso di presenza di donne in travaglio o esigenze particolari. Per le caratteristiche dell'organizzazione, le donne possono incontrare diverse ostetriche durante il loro percorso in gravidanza, travaglio e degenza, perché le ostetriche turnano secondo l'orario dipartimentale contrattualmente definito. Ma la continuità che si cerca di mantenere come garantita è quella di un *team* dedicato e il *one-to-one* nel momento del travaglio-parto.

Nei contesti di *management*, il Centro nascita Margherita è noto anche in quanto primo esempio in Italia, dal 2009, di Struttura Organizzativa semplice con Direzione Ostetrica. Dopo le dimissioni della Dirigente Ostetrica Rita Breschi nel 2014, in attesa di nuova nomina (per la quale è già esistente graduatoria) le funzioni sono state incaricate a un titolare di posizione organizzativa, la dottoressa

Laura Iannuzzi, della nuova Unità Operativa in cui tutti i servizi per la fisiologia (inclusi quelli dell'ambulatorio gravidanza fisiologica e il percorso per la fisiologia in sala parto esistenti già dal 2004) vogliono essere convogliati, denominata Piattaforma gravidanza fisiologica e Centro nascita Margherita. Essa afferisce al recente Dipartimento delle Professioni Sanitarie a direzione infermieristica (Direttore dottoressa Angela Brandi).

La qualità delle cure prestate è monitorata periodicamente grazie a un radicato sistema di raccolta e analisi dei dati. Gli indicatori di percorso e processo e relativi Standard utilizzati per i *report* annuali sono stati condivisi all'interno del gruppo multidisciplinari e riportati in tabella (Tabella 1).

Dall'apertura ad oggi, il Centro nascita ha incontrato più di 7.000 donne, ne ha accolte più di 5.000 assistendo alla nascita di oltre 3.800 bambini. I dati di attività raccolti dall'apertura evidenziano la aderenza non solo agli Standard posti internamente al sistema, ma anche a quelli internazionali (vedi articolo sui Centri nascita italiani).

L'esperienza delle donne è raccolta, oltre che nell'ascolto diretto, attraverso questionari anonimi di gradimento distribuiti prima della dimissione. Diari collocati nel cuore centrale del Centro e messi a disposizione delle famiglie hanno da sempre raccolto i messaggi che genitori, fratellini e sorelline, amici e parenti hanno voluto scrivere per rendere pubblica la loro esperienza. Un padre ha anche creato un gruppo chiuso su Facebook

Tabella 1 - Sintesi degli indicatori di processo e di risultato utilizzati per monitoraggio annuale delle attività del CNM e sottoposti a revisione periodica

Indicatori di processo e di risultato	Standard proposto
Numero di donne che escono dal percorso durante la gravidanza per identificazione fattori di rischio / Numero di utenti immatricolate	25%
Numero di casi che escono dal percorso durante la fase di travaglio/parto/ puerperio per insorgenza di patologie / Numero di casi ammessi in travaglio	20%
Numero di cesarei / Numero totale di gestanti ammesse in travaglio in Margherita (escluso PROM)	Max 10%
Numero di parti operativi / Numero totale di gestanti ammesse in travaglio in Margherita (escluso PROM)	Max 5%
Numero di episiotomie / Numero totale di parti	Max 10%
Numero di lacerazioni perineali \geq al 3° grado / Numero totale di parti	Max 3%
Numero di neonati a termine con peso <2.500 o >4.000 / Numero totale di neonati	Max 3%
Numero di neonati con IA inferiore a 7 / Numero totale di neonati	Max 5%
Numero neonati allattati esclusivamente al seno durante la degenza / Numero totale di neonati	85%
Numero di percorsi emergenza attivati (pz non trasferibile) / Numero totale di parti	Max 4%
Numero di neonati trasferiti in terapia intensiva/cure intermedie / Numero nati	Max 4%
Numero di <i>audit</i> clinici	Min. 1
Numero di utenti soddisfatte "molto-moltissimo" / Numero totale di utenti	>90%



Figura 2. Foto di alcune delle ostetriche e OSS che hanno fatto parte del team del Centro nascita

come spazio di condivisione per neo e futuri genitori (Figura 4). Le ostetriche sono coinvolte in un importante programma di formazione continua, con particolare riguardo a training e retraining dell'emergenza (materna e neonatale). Per mantenere conoscenze e competenze nell'ambito della gravidanza ad alto rischio, sono previsti turni di rotazione in Sala Parto e Degenza Ostetrica del DAIMI. Le ostetriche che negli anni hanno fatto parte del Team dedicato del Centro nascita Margherita (vedi alcune in Figura 2) hanno portato avanti anche attività formative a livello locale

ALCUNI ESEMPI...

CONTRIBUTO A LIVELLO FORMATIVO

CORSI DI FORMAZIONE A LIVELLO AZIENDALE, REGIONALE, NAZIONALE E INTERNAZIONALE.

LITO Maternity Hospital Atene (Grecia)

Azienda Ospedaliera di PERUGIA Azienda Ospedaliera Perugia

CORSO DI FORMAZIONE "ASSISTENZA OSTETRICA AL PARTO ATTIVO E PARTO IN ACQUA"

Medicine Complementari e sostegno della fisiologia della nascita

Corsi su tecniche di medicina cinese/complementare

CONTRIBUTO A LIVELLO SCIENTIFICO-CULTURALE

Promozione della fisiologia della nascita (Regione Toscana)

Original Research Behavior of the Newborn during Skin-to-Skin

PhD University of Nottingham

ICM 2014 Prague

Normal Birth Conference UK 2013; 2017

MIDWIFERY UNIT NETWORK

cost

CONTRIBUTO AI PERCORSI PER TUTTE LE DONNE

Figura 3. Raffigurazione di alcuni esempi dei vari contributi formativi e scientifico-culturali nati dall'esperienza della Margherita



Figura 4. Rappresentazione della comunità di persone che ha incontrato e animato la realtà della Margherita negli anni: dalle famiglie ai professionisti ai visitatori. In evidenza alcune immagini di utenti tratte dal gruppo facebook "Figli del Centro nascita Margherita" creato da un genitore e di visitatori/accademici internazionali inclusi Dr. Denis Walsh, Prof. Helen Spiby, Dr. Sheena Byrom, Dianne Garland, Prof. Christine McCourt, Prof. Maralyn Foureur

nazionale e internazionale. Tra questi sono stati particolarmente apprezzati i corsi di aggiornamento su varie tematiche riguardanti la promozione della fisiologia e l'uso delle medicine complementari a sostegno della nascita. I corsi hanno visto coinvolte, in qualità di docenti, anche ostetriche del Centro che si sono specializzate attraverso corsi di alta formazione in questo settore.

Inoltre, in maniera crescente negli anni, l'AOUC attraverso la Margherita ha contribuito e collaborato in ambito scientifico-culturale di settore sia nel panorama nazionale che internazionale. Tra i vari contributi, la partecipazione di alcune delle ostetriche come relatrici a convegni mondiali prestigiosi quali il Normal Birth Conference o ICM Congress; il coinvolgimento nella *network* di ricerca europeo COST; la collaborazione ad articoli scientifici multidisciplinari e il completamento di un programma di dottorato presso l'Università di Nottingham. L'esperienza maturata all'interno del percorso Margherita ha funzionato anche da catalizzatore e supporto per l'implementazione dell'assistenza perinatale e di modelli ostetrici in molti altri contesti, sia dipartimentali che extra dipartimentali (Figura 3).

Tutto questo ha portato il Centro nascita e tutti i servizi della Maternità ad esso integrati a essere conosciuti e riconosciuti come punto di interesse per visitatori e collaboratori di ambito clinico e accademico, anche al di fuori del contesto italiano. Da piccolo gruppo si è passati a una comunità sempre più grande di persone – incluse famiglie/utenti, operatori, visitatori, ricercatori – che ha incontrato i luoghi e ha fatto esperienza del percorso

Margherita (Figura 4). Lo sforzo fatto è sempre stato quello di continuare ad apprendere dalle esperienze delle varie realtà assistenziali e poter aiutare a contribuire al miglioramento dell'assistenza alla nascita per tutte le donne, bambini e famiglie in tutte le aree. Le esperienze maturate all'interno del Centro nascita sono diventate patrimonio anche negli altri servizi della Maternità di Careggi, così come le competenze sviluppate negli altri ambiti assistenziali, inclusa la sala parto tradizionale, sono parte integrante del bagaglio del gruppo professionale. Motivazione, condivisione della filosofia assistenziale, senso di appartenenza, collaborazione, supporto, integrazione con i vari profes-

sonisti sono da sempre emersi come fondamentali risorse, "nutrienti" la cui presenza, mancanza o vulnerabilità definiscono il volto della struttura.

Bibliografia

- [1] McCourt C., Rance S., Rayment J., Sandall J. (2011) Birthplace a qualitative organisational case studies: how maternity care systems affect the provision of care in different settings. Birthplace in England research programme. Final report part 6. London: NIHR Service Delivery and Organisation programme
- [2] Ministero della Salute-Comitato Percorso Nascita nazionale (2017) Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)
- [3] Bianca Lepori (1992) La nascita e i suoi luoghi. Nuovi modi e nuovi spazi per venire al mondo - Red Edizioni
- [4] National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care care of healthy women and their babies during childbirth [Internet]. 2014. Available from: www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=folder&o=67642
- [5] Rocca-Ihenacho L., Batinelli L., Thael E., Rayment J., Newburn M., McCourt C. (2018) Midwifery Unit Standards. London: Midwifery Unit Network and European Midwives Association. Available from: www.midwiferyunitnetwork.org

SPECIALE CENTRI NASCITA

TORINO

L'ultimo arrivato, il Centro nascita S. Anna

The last come, Birth Centre S. Anna of Turin



Autrici

Lucrezia D'Antuono

*Ostetrica Laureata Magistrale
Università degli Studi di Torino
Responsabile Centro nascita S. Anna di Torino
Ospedale Ostetrico-Ginecologico S. Anna
AOU Città della Salute
e della Scienza di Torino
ldantuono@cittadellasalute.to.it*



Letizia Francese

*Ostetrica Coordinatrice
di Dipartimento dell'Area Ostetrica
Ospedale Ostetrico-Ginecologico S. Anna
AOU Città della Salute
e della Scienza di Torino
lfrancese@cittadellasalute.to.it*

Introduzione

Il Centro nascita S. Anna di Torino (CNSA) apre i battenti il 4 maggio 2015. Figura all'interno dell'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, nel Presidio ospedaliero ostetrico-ginecologico S. Anna, come settore appartenente a una delle quattro Strutture Complesse ostetrico-ginecologiche orga-

nizzate per livelli di complessità assistenziale (S.C. Universitaria Ostetrico-Ginecologica 2U, professoressa T. Todros). Corrisponde alla definizione *Area funzionale BRO* (Basso Rischio Ostetrico) contenuta nel documento ministeriale *Linee di indirizzo per la definizione e la organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico* (2017).

RIASSUNTO

Il Centro nascita S. Anna di Torino inizia l'attività nel 2015 secondo il modello inglese della Midwifery Unit Alongside, ovvero un Centro nascita Intraospedaliero, nell'ambito di un punto nascita di II livello, monospecialistico.

La realizzazione del CNSA rappresenta l'ultimo tassello di un processo evolutivo aziendale e regionale, iniziato a fine anni '90 e orientato al sostegno di percorsi fisiologici a gestione ostetrica. Le donne ricevono un'assistenza ostetrica adeguata al profilo di rischio e orientata più al sostegno che all'intervento. Si promuove un modello bio-psico-sociale di assistenza alla nascita. La donna viene presa in carico fin dal primo bilancio di salute da un'ostetrica/o che la segue in continuità assistenziale fino al termine della gravidanza, effettuando bilanci mensili. Al parto assistono due ostetriche: per complessità organizzativa è garantita la continuità del modello assistenziale, non dell'ostetrica/o che ha seguito la donna/coppia in gravidanza. Le ostetriche sperimentano un modello clinico-organizzativo *evidence based* e aderente alle indicazioni giuridico-istituzionali che vede l'ostetrica responsabile e autonoma nell'assistenza delle donne e dei neonati con gravidanza e parto fisiologici.

Ad oggi l'attività è aumentata e i risultati in termini di efficacia clinica e di efficienza sono in linea con gli altri Centri nascita italiani ed europei.

ABSTRACT

The Birth Center of Turin opened in 2015 following the English model of the alongside midwifery unit. In our reality it is situated inside a monospecialistic second level hospital.

To conclude the CNSA would represent the last step of a regional and intra-hospital evolutive process, started at the end of the '90s and oriented to support physiological paths and midwifery management. Women receive midwifery care based on their risk profile. We are promoting a bio-psychological and social model of care more oriented to support than to intervene. The care provided begins with a first booking health check with a midwife who will follow the woman in continuity until the end of pregnancy with monthly appointments. Two midwives are present at the birth. Due the management complexities we cannot guarantee a caseloading care but pregnancy continuity of care in hospital.

The midwives' approach is following an evidence-based clinical and managerial model adherent to the juridical and institutional recommendations that see the midwife responsible and autonomous in the care provided to women and new-borns with a physiological pregnancy and birth.

Up to now the activity has been increasing and the results in terms of efficiency and clinical efficacy are in line with the other Italian and European birth centres.



Presso l'Ospedale S. Anna partoriscono circa 7.000 donne l'anno, 2.000 delle quali hanno travagli-parto fisiologici. Di questi 2.000 parti, circa il 75% sono concentrati in un Settore di bassa complessità assistenziale nel quale si offre assistenza secondo il modello tradizionale delle *Obstetric Unit*, con un *team* multidisciplinare. La realizzazione del CNSA rappresenta l'ultimo tassello di un processo evolutivo aziendale sollecitato dalle donne e sostenuto dalle ostetriche, iniziato nel 1998 con l'apertura del Servizio Parto a Domicilio e proseguito nel 2008 con il *Progetto di un nuovo modello organizzativo di assistenza della gravidanza e del parto a basso rischio*. Tale progetto dava risposta agli obiettivi in area materno-infantile del Piano Socio-Sanitario regionale 2007-2010, declinati nel *Percorso Nascita* della DGR n. 34-8769 i cui obiettivi e indicatori esprimevano un forte impegno a

soddisfare i bisogni di umanizzazione dell'evento nascita. Il percorso si concludeva con la DGR n. 38-11960 del 2009 che approvava l'*Agenda di gravidanza* (Figura 1) nella quale si rendeva visibile alle cittadine il percorso nascita regionale e si sot-



Figura 1. Agenda di gravidanza

tolineava che i luoghi destinati al parto-nascita erano: l'ospedale, il domicilio o il Centro nascita, laddove presente.

Il progetto prevedeva l'attivazione di un percorso assistenziale intraaziendale, *Percorso Gravidanza Fisiologica*, basato sull'adesione a protocolli clinici di provata efficacia, con presa in carico della donna in gravidanza (ambulatorio dedicato), ricovero in travaglio, assistenza al parto e ai primi giorni di puerperio-allattamento.

In realtà, già nel 1999 presso l'Unità Operativa di Medicina Materno-Fetale del Dipartimento di Discipline Ginecologiche e Ostetriche dell'Università di Torino guidato dalla professoressa T. Todros, era stato istituito un ambulatorio per l'assistenza alla gravidanza fisiologica basato su un modello assistenziale di continuità dell'assistenza e l'adesione a un protocollo *Evidence-based*.

La continuità assistenziale intraospedaliera non si estendeva a parto e puerperio. Dall'attività ne derivò uno studio caso-controllo [1]. I risultati di tale studio mostravano come il modello proposto garantisse la medesima sicurezza clinica prodotta dal modello tradizionale (stessa incidenza di complicanze materne e perinatali) e una maggior soddisfazione materna circa l'assistenza ricevuta e l'evoluzione della gravidanza, con costi minori in virtù del minor numero di visite e di esami effettuati. Le modalità del parto e il ricorso all'induzione medica del travaglio, all'uso di ossitocici e al taglio cesareo erano sostanzialmente uguali nei due gruppi. In particolare il tasso di tagli cesarei, del 22% circa in entrambi in gruppi, appariva abnormemente



Il S. Anna verso il Centro nascita: dal progetto alla realizzazione

L'apertura del CNSA è stata preceduta da un'analisi clinico-organizzativa delle realtà italiane (Centro nascita S. Martino di Genova, La Margherita di Firenze, Acqualuce di Roma), del modello inglese delle Midwifery Unit (*Alongside e Freestanding*) e delle Case Parto, Case Maternità private presenti sul territorio nazionale.

Pur riconoscendo una specificità regionale in termini di storia e legislazione, già in fase preliminare si decise che il CNSA sarebbe stato in linea con:

- il modello clinico-organizzativo italiano dei CN attivi,
- il modello clinico-organizzativo europeo, consolidato da decenni in alcuni Paesi UE.

Sempre nella fase istruttoria del progetto furono individuati i punti caratterizzanti, ritenuti allora necessari per definire Centro nascita la nuova proposta assistenziale, in assenza dei quali, l'attività non sarebbe partita:

- redazione multidisciplinare (ostetriche/i, medici ginecologi, neonatologi, anestesisti) di un Percorso Diagnostico Terapeutico (PDTA) che comprendesse nel gruppo di lavoro anche rappresentanti di associazione di utenti e dell'allora Collegio Interprovinciale delle Ostetriche/i di Torino-Asti, diventato poi Ordine ai sensi della Legge 3/2018;

alto se confrontato con il 15% raccomandato allora dall'Organizzazione Mondiale della Sanità [2]. Se ne concludeva che la mancanza di una continuità assistenziale tra gravidanza, parto e puerperio fosse in grado di vanificare parte dei benefici derivanti da un'efficace assistenza alla gravidanza.

Nel 2013 la DGR n. 9 del 30 dicembre 2013 *Riorganizzazione Punti nascita in Piemonte*, rappresentò l'input per la *Riorganizzazione delle Ostetriche nell'Ospedale S. Anna* (Delibera Aziendale 19/1272013) da cui nacque il Centro nascita S. Anna.

Tabella 1 - Indicatori PDTA del Centro nascita S. Anna

Indicatore	N/D	Fonte dati	Standard
Percentuale di donne afferenti al CNSA in fase attiva di travaglio	N Numero di donne accettate in fase attiva di travaglio	Documentazione clinica	≥90%
	D Totale donne accettate CNSA	Flussi informativi	
Percentuale di episiotomie eseguite in donne afferenti al CNSA	N Numero di episiotomie eseguite	Documentazione clinica	≤5%
	D Totale dei parti in CNSA	Flussi informativi	
Percentuale di lacerazioni di terzo e quarto grado in donne afferenti al CNSA	N Numero di lacerazioni di terzo e quarto grado	Documentazione clinica	≤1%
	D Totale dei parti in CNSA	Flussi informativi	
Percentuale di TC eseguiti in donne afferenti al CNSA	N Numero di donne sottoposte a TC	Documentazione clinica	≤5%
	D Totale donne accettate CNSA	Flussi informativi	
Percentuale di donne che escono per richiesta	N Numero di donne che richiedono l'uscita dal percorso in gravidanza	Documentazione clinica	≤2%
	D Totale donne incluse nel percorso	Flussi informativi	
Percentuale di donne che escono per richiesta epidurale	N Numero di donne che richiedono l'epidurale	Documentazione clinica	≤10%
	D Totale donne accettate CNSA	Flussi informativi	
Percentuale di neonati con APGAR al 5 minuto ≥ a 7 presso il CNSA	N Numero di neonati con APGAR al 5 minuto ≥ a 7	Documentazione clinica	≥95%
	D Totale neonati in CNSA	Flussi informativi	
Percentuale di neonati attaccati al seno entro 2 ore dalla nascita presso il CNSA	N Numero di neonati attaccati al seno entro 2 ore dalla nascita	Documentazione clinica	≥90%
	D Totale neonati in CNSA	Flussi informativi	
Percentuale di donne dimesse dal CNSA entro 48 ore dal parto	N Numero di donne dimesse entro 48 ore dal parto	Documentazione clinica	≥90%
	D Totale donne dimesse	Flussi informativi	
Percentuale di donne afferenti al CNSA che effettuano allattamento esclusivo a 1 mese dal parto	N Numero di donne che effettuano allattamento esclusivo a 1 mese dal parto	Documentazione clinica	≥90%
	D Totale donne che allattano alla dimissione dal CNSA	Documentazione clinica	

- assistenza fornita in autonomia e responsabilità da ostetriche/i dalla presa in carico della donna/coppia/neonato fino alla dimissione;
- articolazione dei turni con garanzia di presenza di due ostetriche al momento del parto;
- localizzazione separata dal resto dell'ospedale con ambienti propri, dedicati e identificabili come Centro nascita.

Fu individuata come sede l'area dismessa e inutilizzata che ospitava la ex sala parto degli Istituti Universitari: struttura che offriva il vantaggio di godere di posizione isolata e di mettere a disposizione molti locali.

Si prese atto di non poter partire con un team dedicato di ostetriche, ma di organizzare la turnazione con ostetriche volontarie provenienti da tutte le Unità Operative di Ostetricia dell'Ospedale (6), comprese Sala parto e Sala operatoria. Tutto il gruppo delle ostetriche Coordinatrici collaborò nell'individuare le professioniste da coinvolgere: l'adesione iniziale fu prevalentemente dell'Unità Operativa di Bassa complessità, forte della esperienza consolidata dal 2008 e della Sala parto. Tuttavia, in pochi mesi, tutte le realtà manifestavano la volontà di turnare in CNSA.

Ad oggi il team del Centro nascita è composto da circa 25 ostetriche provenienti da tutte le UUOO che, nell'ambito della propria articolazione mensile, hanno anche turni in CNSA. Tale modello di team "aperto" discusso e proposto dalla Coordinatrice Dipartimentale dell'Area Ostetrica, Letizia Francese, e approvato dalla SC Direzione delle Professioni Sanitarie, si presentò all'inizio come un limite necessario per poter iniziare l'attività. Tuttavia, l'esperienza di tre anni ha fatto osservare alcuni risvolti positivi:

- un numero elevato di ostetriche/i ha potuto fare esperienza di Centro nascita;
- le ostetriche/i provenienti da UUOO ad intensità di cura differenti (Bassa, Media e Alta complessità) hanno avuto l'occasione di lavorare insieme, condividere modelli e orientamenti assistenziali e centrare il focus sulla promozione e il sostegno della donna con gravidanza/travaglio/parto fisiologici.

Il gruppo di lavoro si prese da subito l'impegno di presentare annualmente alla Direzione Aziendale i dati di attività in termini di volumi e di risultati clinici, declinati nel PDTA come indicatori (Tabella 1), per verificare in tempi brevi l'opportunità di continuare l'attività del Centro nascita o di considerare l'esperienza chiusa. A un anno dall'apertura, con la Direzione Aziendale si organizzò un evento aperto al pubblico che sancì l'apertura definitiva del CNSA.

Tabella 2 - Volumi di attività del Centro nascita S. Anna

GRAVIDANZA			PARTO
Periodo di riferimento	Numero di donne	Numero di Bilanci di Salute	Numero di accessi per parto
2015 (dal 4/5/2015)	132	296	58
2016	292	1.415	148
2017	382	1.724	208
2018 (1° quadrimestre)	180 (1° quadrimestre)	762 (1° quadrimestre)	111 (1° quadrimestre) proiezione a fine anno 300 circa

Ad oggi i volumi di attività sono aumentati del 103% rispetto al 2016 (Tabella 2), con una crescita annua costante del 40% in più rispetto all'anno precedente. I risultati in termini di efficacia clinica e di efficienza sono in linea con gli altri Centri nascita italiani ed europei, come risulta dalla Tabella 1 *Confronto tra dati dei CN di Torino, Genova, Firenze al 31 dicembre 2016*, pubblicata in questo numero di Lucina.

In sinergia con la Direzione Sanitaria e con il Direttore di Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia dottore C. Farina, si è collaborato al calcolo di una stima dei costi di un parto in Centro nascita per effettuare un confronto con il DRG parto vaginale senza diagnosi complicanti e con il DRG neonato normale. Nonostante il numero di nascite considerate si riferisse al primo anno di attività, il costo finale del parto in CN (circa 936 euro), rientrava nel DRG previsto per il Parto Spontaneo (1.272 euro), risultando più economico di un parto in Unità Operativa tradizionale, così come è rintracciabile in letteratura [3]. La qualità percepita dall'utenza pare essere elevata se si considerano le segnalazioni all'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Azienda. Tuttavia non si è ancora in condizione di presentare dati qualitativi misurati.

Il percorso assistenziale in CNSA

Le attività previste nel Percorso Assistenziale si sviluppano su due scenari assistenziali consecutivi: il Servizio Gravidanza Fisiologica (SGF) per la gravidanza e il Centro nascita per il travaglio-parto-puerperio.

Al SGF accedono e proseguono il Percorso Assistenziale CNSA donne sane con gravidanza fisiologica, entro la 30^a settimana di età gestazionale e che rispettano i criteri di inclusione e di esclusione dichiarati nel PDTA.

La donna viene presa in carico fin dal primo bilancio di salute esclusivamente da un'ostetrica/o che la segue in continuità assistenziale fino al termine della gravidanza, effettuando bilanci mensili nel corso dei quali accerta lo stato di salute della donna e del feto, facendo riferimento a quanto definito nel PDTA, nell'Agenda di Gravidanza della Regione Piemonte e nelle Linee Guida Nazionali sulla Gravidanza Fisiologica (SNLG/ISS 2010 e s.m.e i.).

Nel corso della gravidanza, le ostetriche del CNSA organizzano incontri di accompagnamento alla nascita rivolti specificamente alle donne/coppie comprese nel percorso tra i cui obiettivi figurano: familiarizzare con il luogo, incontrare il maggior numero di ostetriche che ruotano nel Centro nascita e informare in merito alle modalità non farmacologiche di contenimento del dolore.

Al momento del parto, afferiscono al CNSA le donne sane seguite dal SGF con gravidanza decorsa fisiologicamente, il cui travaglio-parto insorge spontaneamente tra 37 settimane e 41 settimane +6 giorni, a seguito di triage telefonico con l'ostetrica del CNSA. Il triage telefonico ha lo scopo di promuovere il ricovero della donna prevalentemente in fase attiva di travaglio.

Al parto assistono due ostetriche: per complessità organizzativa è garantita la continuità del modello assistenziale, non dell'ostetrica che ha seguito la donna/coppia in gravidanza. In presenza di uno o più criteri di esclusione intrapartali previsti nel PDTA, l'ostetrica trasferisce la donna nel blocco parto.

La prima valutazione del benessere del neonato (*Baby-check*) è eseguita dall'ostetrica, mentre il neonatologo visita il neonato in CN entro 12 ore dal parto.

La dimissione è prevista dopo 48 ore dalla nascita. A richiesta della coppia, e se le condizioni materne e neonatali lo permettono, è possibile accedere alla dimissione precoce, protetta e concordata dopo 24 ore. In tal caso le ostetriche del CNSA e del Servizio Parto a Domicilio garantiscono la continuità assistenziale a casa.

Lo Staff

Lo staff del Centro nascita garantisce un'assistenza h 24 ed è costituito dalle seguenti figure professionali:

- **Ostetriche.** Organizzate in turni di 12 ore, hanno la responsabilità di assistere in autonomia le donne con gravidanza e parto fisiologici che afferiscono al CNSA, individuando in modo appropriato e tempestivo i criteri di inclusione e di esclusione. È assicurata la presenza di un'ostetrica per turno per le attività del CNSA e di un'ostetrica dedicata all'attività ambulatoriale solo nei giorni previsti. Le ostetriche provengono da tutti i Settori assistenziali, sono selezionate volontariamente e in considerazione del personale curriculum formativo e professionale, della condivisione della filosofia e degli obiettivi del CNSA e dell'esperienza clinica maturata.
- **Ostetriche di supporto.** Si tratta di ostetriche provenienti dai settori di Ostetricia, chiamate a supporto dell'ostetrica del CNSA nel II stadio del travaglio (periodo espulsivo).
- **Ostetriche del Servizio Parto Domicilio.** Intervengono nella conduzione dei Corsi di accompagnamento alla nascita, nelle visite ambulatoriali e nell'assistenza a domicilio nel caso di dimissioni precoci, protette e concordate.
- **Ostetrica coordinatrice.** Presente nei giorni feriali con turno diurno di 8 ore. Attraverso un approccio sistematico, ha la responsabilità di:



- coordinare e creare le condizioni organizzativo-gestionali che permettano alle ostetriche di raggiungere gli obiettivi clinico-assistenziali previsti;
- vigilare sull'efficacia e sulla sicurezza delle cure erogate nel CNSA, anche supervisionando e cofirmando tutte le cartelle cliniche ambulatoriali;
- facilitare i flussi di informazione e i rapporti con professionisti e servizi esterni al CNSA;
- rispondere in modo diretto per gli aspetti clinico-organizzativi al Dirigente delle Professioni Sanitarie (attualmente la dottoressa P. Serafini) e al Direttore di Struttura Complessa 2U (il professor T. Todros).
- **Operatrici Socio-Sanitarie.** Supportano le ostetriche nell'assistenza alla degenza e durante il parto. Sono presenti con turno dedicato al CN esclusivamente nei giorni feriali e nelle ore diurne. Nelle altre fasce orarie interviene il personale proveniente dalle altre UUOO della SC, su richiesta dell'ostetrica.
- **Ginecologo consulente.** Individuato dal Direttore della SC 2U (la dottoressa M.G. Alemanno, la dottoressa M. Oberto e il dottor P. Gaglioti) è attivato dalle ostetriche nelle situazioni cliniche di dubbia fisiologia e/o di conferma di segni patologici. In particolare:
 - garantisce le attività di visita specialistica e di supporto tecnico-scientifico;
 - promuove il confronto clinico nelle situazioni cliniche *border-line*.
- **Neonatologo.** In collaborazione con l'ostetrica/o, garantisce l'assistenza al neonato fisiologico presso il CNSA, con *rooming-in* attivo h 24 (SCU Neonatologia professor Bertino. Referenti attuali: la dottoressa C. Perathoner e la dottoressa A. Soldi) ed effettua la visita di dimissione del neonato.

Caratteristiche strutturali

Pur non potendo accedere a ristrutturazioni significative, l'ambiente è studiato in modo da facilitare una conduzione fisiologica del travaglio-parto. Riservatezza, tranquillità, intimità sono caratteristiche ambientali che possono far sentire la donna a proprio agio, possono ridurre la percezione del dolore, facilitano la libertà di movimento e l'uso della voce [4]. Gli spazi individuati rappresentano una risorsa primaria di coping per accogliere le persone coinvolte e per facilitarne le relazioni.

Stanze travaglio-parto (due)

Sono attrezzate con supporti facilitanti il sostegno e il contenimento non farmacologico del dolore in travaglio, l'assunzione di posizioni e posture libere per la fisiologica progressione del travaglio-parto: spalliere, *Birth ball*, sedie e sgabelli da parto, cuscini, materassini, corde e stoffe fissate al soffitto, bagno con doccia, supporti per la diffusione della musica, vasca per l'immersione in acqua in travaglio (si attende vasca adatta per il parto).

Stanze per la degenza in puerperio

Si tratta di due stanze dotate in totale di 5 letti e di altrettante culle per neonati e letti singoli aggiuntivi per l'accompagnatore che desidera fermarsi con la puerpera dopo la nascita.

Spazio soggiorno

Area multifunzione utile come sala d'attesa o di ristoro, attrezzata per la preparazione di tè/caffè o di beni di conforto e di un'area giochi per l'intrattenimento dei bambini.

Sale visita (tre)

Si tratta di tre stanze adibite alla visita ostetrica e al bilancio di salute del Servizio Gravidanza Fisiologica e del Servizio Parto a Domicilio.

Ufficio staff ostetrico

Locale utilizzato dalle ostetriche, dedicato alle attività di consultazione, confronto, custodia della documentazione clinica e di *audit*.

Altri spazi

- Palestra per la conduzione degli Incontri di Accompagnamento alla nascita.
- Stanza per la formazione e l'aggiornamento delle ostetriche, dei neonatologi e dei ginecologi.

Rilevanza per le persone assistite, i professionisti, l'Azienda

Le **donne** ricevono un'assistenza ostetrica adeguata al profilo di rischio e orientata più al sostegno che all'intervento, nel rispetto delle indicazioni dell'OMS: "Il fine di una moderna medicina perinatale è quello di ottenere una mamma e un bambino in perfetta salute con il livello di cure più basso compatibile con la sicurezza". Si promuove un modello biopsico-sociale di assistenza alla nascita, garantendo:

- assistenza da parte dello stesso piccolo gruppo di ostetriche durante gravidanza, parto e puerperio;
- utilizzo di protocolli clinico-assistenziali condivisi, basati su prove di efficacia e orientati alla promozione e al sostegno della fisiologia dell'evento nascita;
- protezione e tutela dell'accoglienza del neonato e promozione dell'allattamento al seno.

Le **ostetriche** sperimentano un modello clinico-organizzativo *evidence based* e aderente alle indicazioni giuridico-isti-



tuzionali che vede l'ostetrica responsabile e autonoma nell'assistenza delle donne e dei neonati con gravidanza e parto fisiologici. L'organizzazione del CNSA favorisce l'unione e lo scambio tra ostetriche *senior* e ostetriche con minor esperienza maturata: aumenta l'attenzione su altri parametri che concorrono a definire la fisiologia e la propensione/attitudine a promuovere la fisiologia del nascere. L'assistenza offerta dal CNSA abbraccia in pieno le finalità della **vision aziendale**: migliorare l'esperienza dell'assistenza, garantire la sicurezza materna e feto-neonatale e contenere la spesa sanitaria (utilizzo più razionale delle risorse ed eliminazione di procedure inutili e non appropriate con riduzione della iatrogenesi).

Bibliografia

- [1] Oggè G, La Prova A, Biolcati M, Nurisso O, Lisa M, Vitoriani D, Marangon I, Caselli G, Ortolda F, Vanara F, Serafini P, Rabacchi G, Zotti C, Todros T. Un modello di assistenza alla gravidanza fisiologica evidence-based: verifica di efficacia e di efficienza. *Tendenze nuove*. 2004; 1: 37 – 54
- [2] World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research. *Care in Normal Birth: a practical guide*. Report of a Technical Working Group. WHO/FRH/MSM/96.24. Geneva: WHO; 1996
- [3] NHS. Birthplace in England research programme (*Cost effectiveness study: cost-effectiveness analysis of planned place of birth*) 2011
- [4] Felli P, Lauria A. *La Casa di maternità: una struttura sociale per il parto fisiologico*. Linee guida per la progettazione. Pisa, Edizioni ETS, 2006

SPECIALE CENTRI NASCITA

INSIEME È MEGLIO

I Centri nascita italiani uniti per lo sviluppo e la crescita delle *Midwifery Unit*

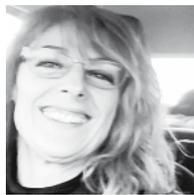
L'impegno dei Centri nascita italiani nel sostenere e implementare il modello assistenziale e ampliare la possibilità di scelta del luogo del parto per le donne nel sistema italiano e internazionale

Together it is better. The Italian Birth Centers united for the development and growth of Midwifery Units

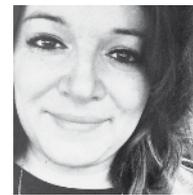
The commitment of Italian birth centers to support and implement the care model and to expand the possibility of choosing the place of birth for women in the Italian and international system

**Autrici****Lucrezia D'Antuono**

Ostetrica Laureata Magistrale
Università degli Studi di Torino
Responsabile Centro nascita
S. Anna di Torino
Ospedale Ostetrico-Ginecologico S. Anna
AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
ldantuono@cittadellasalute.to.it

**Monica Benussi**

Coordinatrice Ostetrica
Policlinico San Martino Genova
monica.benussi@hsanmartino.it

**Laura Iannuzzi**

PhD, MSc, PgCert, BMid, RM
Responsabile Ostetrico UO Gravidanza
Fisiologica e Centro nascita Margherita
Dipartimento delle Professioni Sanitarie
Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi,
Docente a contratto MED 47,
Università degli Studi di Firenze

RIASSUNTO

I tre Centri nascita italiani si incontrano ufficialmente per la prima volta nel 2016, al 1° Congresso Nazionale dei Centri nascita intraospedalieri.

Inizia da subito una collaborazione volta all'omogeneizzazione del sistema raccolta dati, al confronto sui modelli di organizzazione e sui criteri di inclusione e di esclusione adottati. Dopo la pubblicazione delle linee di indirizzo BRO, la FNOPO ha continuato l'impegno ad approfondire e implementare il modello in Italia, a tracciare indicazioni, omogeneizzare i linguaggi e sviluppare raccomandazioni per i CN promuovendo l'insediamento di uno specifico Gruppo di Lavoro nazionale. Il consolidamento del rapporto con il MUNet europeo ha promosso il coinvolgimento dei CN italiani nella elaborazione del documento Midwifery Unit Standards e della FNOPO per nuovi progetti di collaborazione.

ABSTRACT

The three Italian Birth Centers meet officially for the first time in 2016 at 1st National Congress of the Birth Centers Alongside.

Immediately starts a collaboration aimed at homogenizing the data collection system, comparing the organizational models and the inclusion and exclusion criteria adopted. After the publication of the guidelines BRO, FNOPO continued its commitment to deepen and implement the model in Italy, to trace indications, standardize the languages and develop recommendations for the CNs promoting the establishment of a specific National Working Group. The consolidation of the relationship with the European MUNet promoted the involvement of the Italian CN in the elaboration of the document Midwifery Unit Standards and the FNOPO for new collaborative projects.



Le storie dei tre Centri nascita italiani e di altre realtà affini si sono incontrate e sono state messe a tema pubblicamente, come mai in precedenza, all'interno del 1° Congresso Nazionale dei Centri nascita intraospedalieri (o *alongside*) nel 2016, che ha coinciso con il primo *meeting* del gruppo italiano del Midwifery Unit Network (MUNet), nato in UK, per espandersi a livello europeo.

Il Congresso, organizzato da Sandra Morano in collaborazione con il MUNet, ha discusso dell'importanza dell'offerta di questi modelli assistenziali all'interno dei sistemi di maternità, degli *outcome* migliori, delle maggiori esperienze positive dell'utenza e dei minor costi, a fronte di una non diversa incidenza di eventi rispetto all'assistenza a donne sane con gravidanza fisiologica, prestata in un contesto tradizionale di sala parto, come da evidenze ormai consolidate [1].

Le presentazioni delle realtà di Genova, di Firenze e di Torino, così come quelle di Modena, di Rovigo e di Ostia hanno evidenziato quanto i risultati seppur variegati dei percorsi nazionali confermassero la positività dell'offerta dei Centri nascita nel Servizio Sanitario sulla salute perinatale e globale, anche nel contesto specifico italiano. Similmente, il confronto delle varie esperienze, i lavori in gruppo e le discussioni anche politiche affrontate durante il Congresso, che hanno visto tra l'altro coinvolte Serena Donati dell'ISS, la Presidente dell'allora FNCO Maria Vicario e la Senatrice Emilia Grazia De Biasi, hanno fatto emergere luci e ombre, barriere (soprattutto culturali) e possibilità future per l'implementazione di questi luoghi della nascita nel nostro Paese, aprendo una discussione sul

I luoghi della nascita
tra sicurezza, economia e scelta

I Centri Nascita in Italia:
esperienze, politiche, prospettive

1° incontro Nazionale dei Centri Nascita Intraospedalieri italiani
1° incontro del gruppo Italiano del Midwifery Unit Network
Genova 10, 11, 12 Aprile 2016

CENTRO CONGRESSI
CASTELLO SIMON BOCCANEGRA



tema anche in seno al Comitato Percorso Nascita Nazionale (CPNn).

In quella sede fu subito chiaro che eravamo all'inizio di una trasformazione che avrebbe aperto un dibattito scientifico e istituzionale sui luoghi del parto e sui modelli clinico-assistenziali specifici.

Sotto il forte *input* degli *stakeholder* presenti alle tavole rotonde, il *network* dei CN italiani ha individuato una serie di aspetti urgenti da approfondire e da trasformare in azioni subito dopo il Congresso:

- implementazione di linguaggi e sistemi omogenei, con particolare attenzione al sistema di raccolta e analisi dei dati di attività, così da poter confrontare e monitorare gli esiti di percorso e processo;
- confronto sui criteri di inclusione e di esclusione e sulle modalità organizzative in CN;
- consolidamento del rapporto con il MUNet europeo al fine di creare reti di supporto delle realtà esistenti, confronto orientato al miglioramento della qualità delle cure e della promozione e sostegno di una maggior diffusione del modello in tutto il Paese;
- proseguimento del dialogo con le istituzioni, i portatori di interesse e in particolare con i rappresentanti dell'ISS, del Ministero della Salute – CPN e della FNCO (ora FNOPO).

Nei mesi successivi sono seguiti incontri per continuare a confrontarsi su tali punti e iniziare a concordare schede di raccolta dati comuni tra i centri italiani e tra i centri italiani e quelli europei, così da rendere confrontabili

i risultati. In collaborazione con le colleghe del MUNet Rocca-Ihenacho e Batinelli, si è condiviso un *format* che è ora strumento di tutti i centri.

Parallelamente il Comitato Percorso Nascita italiano ha lavorato alla produzione del Documento BRO [2] per la stesura del quale il Ministero della Salute ha richiesto ai tre Centri nascita di Torino, di Genova e di Firenze di fornire dati di attività e di indicatori di interesse. Questo fatto ha riportato l'attenzione nuovamente sull'importanza di continuare a lavorare sulle cure e sulla filosofia assistenziale dei CN, così come di poter avere sempre un sistema di raccolta dati solido per poter documentare le attività e i loro risultati. La Tabella 1 riporta il confronto dei dati dei tre CN coinvolti inviati al Ministero.

La FNCO, quale componente del CPN nazionale, con la finalità di attivarsi per analisi e confronto delle Aree funzionali BRO al momento operative in ambito intraospedaliero (FI/GE/TO) e modelli organizzativi affini, ha tempestivamente deliberato per l'istituzione di un gruppo di lavoro (GdL) nazionale che ha visto impegnati i Coordinatori delle tre Aree suddette.

Il GdL *Modelli organizzativi di gestione autonoma BRO* si è insediato il 22 dicembre 2017.

Al **primo tavolo tecnico** di lavoro (dicembre 2017) la FNOPO ha chiesto la partecipazione non solo delle ostetriche identificate come esperte referenti di CN, ma anche di modelli affini, nella fattispecie Modena e Perugia. A seguito di un confronto sull'organizzazione delle attività assistenziali di tutte le realtà presenti, da cui è emersa notevole disomogeneità, il GdL ha maturato la necessità di concentrare il lavoro solo sui modelli nazionalmente riconosciuti come CN *alongside*, per arrivare a definire con chiarezza quali fossero le caratteristiche identificative di un Centro nascita, in assenza delle quali il modello clinico-assistenziale si definisce affine.

Il **tavolo tecnico successivo** (aprile 2018) ha visto il GdL impegnato:

- nella ricerca di standard esistenti, riferibili ai CN e
- nella stesura di un proprio documento tecnico sui Centri nascita italiani intraospedalieri.

Dal lavoro è derivata l'elaborazione della bozza di un manifesto sintetico basato su 10 punti/standard. Nei mesi precedenti, il MUNet, valorizzando la competenza e l'esperienza sviluppata in Italia, ha chiesto ad alcuni professionisti provenienti da: Firenze (Iannuzzi), Torino (D'Antuono), Genova (Morano), Trento (Masé) e Roma (Arena) di partecipare come *contributor* e/o *peer reviewer* insieme ad altre figure professionali connazionali (architetti o epidemiologi) al lavoro di identificazione, aggiornamento e stesura di standard europei di Centri nascita avviato in UK. Forti di questa collaborazione italiana, il GdL ha prospettato di aprire ufficialmente i contatti con il MUNet per proporre di recepire il documento europeo, tradurlo integralmente e contestualizzarlo nella cornice legislativa italiana.

Tabella 1 - Confronto tra dati dei CN di Torino, Genova, Firenze al 31 dicembre 2016

	TORINO (2015-2016) = dati a 1 anno dall'apertura	GENOVA (2001-2016) = dati a 15 anni dall'apertura	FIRENZE 2007-2016 = dati a 9 anni dall'apertura	TOTALE 3 CN (IT)	BIRTHPLACE STUDY (UK)
Numero di parti in Centro nascita	161 (78,1% delle donne in travaglio; 70,3% delle donne ricoverate)	3,275 (75,4% delle donne in travaglio)	3,314 (80,3% delle donne in travaglio; 74,7% delle donne ricoverate)	6,750	28.000
Numero di trasferimenti peripartum (%)	32,3%	24,1%	22,5%	26,3%	26,4% (media)
Numero di parti vaginali / Numero di donne ricoverate in travaglio (%)	91,7%	92,1%	92,6%	92,1%	86,6%
Numero di parti operativi / Numero di donne ricoverate in travaglio (%)	4,8%	3,1%	3,2%	3,7%	9,1%
Numero di TC / Numero di donne ricoverate in travaglio (%)	3,8%	9,6%	4,2%	5,8%	4,3%
Numero di episiotomie / Numero di parti in CN (%)	1,2%	10,8%	1,4%	4,5%	12,5%
Numero di lacerazioni di III-IV grado / Numero di parti	-	0,5%	0,1%	0,2%	NP
Numero di nati ricoverati per patologie gravi / Numero di nati in CN	0,1%	0,1%	0,4%	0,2%	0,4%
Numero di nati con APGAR <7 v min / Numero di nati	-	0,3%	0,3%	0,1%	NP
Numero di perdite ematiche <500 cc / Numero di parti	98,1%	95%	92%	95,0%	NP

Nel corso dell'ultimo tavolo tecnico (giugno 2018) il Gdl si è espresso favorevolmente per la sottoscrizione di un protocollo di intesa tra FNOPO e MUNet e si è messo a disposizione in merito alla traduzione e all'adattamento in italiano e nel SSN degli standard europei.

Il 10 luglio 2018 a Londra, in occasione del lancio dei Midwifery Unit Standards, molti gli spunti di riflessione nati dalle relazioni congressuali e dall'ascolto dell'esperienza di ostetriche italiane nel Regno Unito, soprattutto in merito al profilo dell'ostetrica/o delle MU. Molte di loro hanno raccontato di lavorare con modelli assistenziali spesso in grado di consolidare le conoscenze teoriche universitarie già acquisite in Italia. Ma, a differenza dell'Italia, nel giro di pochi anni (mediamente due/tre) hanno la possibilità di accedere a modelli di complessità avanzata con autonomia e responsabilità (vedi *case load*) nell'ambito di Centri nascita, a domicilio o presso Unità Operative tradizionali.

Sarà oggetto dei prossimi incontri del Gdl quello di riflettere sulle caratteristiche e sul *know how* che dovrebbe possedere un'ostetrica che sceglie di lavorare in CN, in riferimento ai nuovi standard (Standard n. 12) alle realtà assistenziali italiane e alla nostra cornice formativa e legislativa.

Bibliografia

- [1] NHS. Birthplace in England research programme (*Cost effectiveness study: cost-effectiveness analysis of planned place of birth*) 2011
- [2] Ministero della Salute - Comitato Percorso Nascita nazionale. *Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)*

MASSAGGIO INFANTILE

I benefici e le evidenze scientifiche

Autrici

Maria Canepa

Università degli Studi di Genova,
Scuola di Scienze mediche e farmaceutiche,
Corso di Laurea in Ostetricia, 2016



Giulia Maria Gambarotta

Università degli Studi di Genova,
Scuola di Scienze mediche e farmaceutiche,
Corso di Laurea in Ostetricia, 2016

Premessa

Abbiamo individuato 51 pubblicazioni scientifiche inerenti ai benefici del massaggio infantile; di queste ne abbiamo selezionate 27 perché più attinenti alla standardizzazione che volevamo ricercare.

Le pubblicazioni selezionate si riferiscono a un campione totale di circa 3.000 unità (somma algebrica del campione considerato da ognuna di esse).

Tutti gli articoli esaminati si riferivano a neonati (0-18 mesi), sia prematuri sia a termine, sottoposti a tecniche di massaggio infantile.

Abbiamo suddiviso le pubblicazioni in modo da analizzare separatamente gli effetti del massaggio infantile sui neonati a termine e sui neonati pretermine, supponendo che, a livello sensoriale, sui primi si possano riscontrare benefici diversi rispetto ai secondi.

Abbiamo poi ulteriormente selezionato, fra le pubblicazioni considerate, quelle che analizzavano gli effetti del massaggio nell'ambito familiare.

Per classificare i neonati prematuri o pretermine abbiamo utilizzato la definizione utilizzata dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità): si definisce quindi "prematuro" il bambino nato prima della 37° settimana di gestazione.

Evidenze scientifiche sul massaggio infantile

Nella letteratura esaminata, gli effetti positivi del massaggio infantile sul neonato sono stati valutati, in massima parte, tramite la Brazelton Neonatal Assessment Scale (BNAS), che permette di valutare neurologicamente un bambino prendendo in considerazione:

1. abitudini;
2. orientamento;
3. attività motoria;
4. sonno-veglia;
5. stato di regolazione;
6. stabilità e autonomia;
7. riflessi.

La BNAS si può applicare a bambini nati dopo una gravidanza di durata compresa fra le 36 e le 44 settimane (e quindi, sia a termine che prematuri), fino al compimento di un mese di età e richiede circa 20-30 minuti per la sua somministrazione.

Benefici nel neonato prematuro

I benefici sul neonato prematuro sono stati indagati in dodici studi pubblicati dal 2002 al 2014, utilizzando modalità e tempi diversi di massaggio.

Dieci di questi studi hanno utilizzato la BNAS; otto hanno valutato l'aumento di peso nel neonato; due l'accrescimento; sei il ritmo sonno-veglia; sette la mobilità intestinale e cinque la riduzione dei giorni di ricovero (vedi Tabella 1).

Arora et al. [3] avevano dimostrato che vi è stato un significativo aumento di peso nei bambini massaggiati con olio rispetto a quelli massaggiati senza olio o non massaggiati (grammi 13 vs 10,3 e 10,1).

Non sono stati statisticamente significativi i risultati riguardanti l'accrescimento in lunghezza, l'aumento della circonferenza cranica e lo sviluppo neurocomportamentale.

Beachy [4] ha dimostrato che la tecnica del massaggio utilizzando olio determina un parziale accumulo di grassi nel neonato pretermine, specie se di sesso maschile.


Tabella 1

Autore	Tempo	BNAS	↑ Peso	Accrescimento	Ritmo sonno-veglia	Mobilità intestinale	Riduzione giorni di ricovero
Arora 2005 RCT	10 minuti 4 volte di 28 giorni effettuato da madre	1	13 gr. msg. olio 10,3 gr. msg. no olio 10,1 gr. controllo	0	0	0	0
Beachy 2003 RCT	6 minuti 2 volte di 10 giorni con olio	1	26,6 gr. gruppo sperimentale 17 gr. gruppo controllo	0	1	1	1
Dieter 2003 RCT	15 minuti 3 volte di 5 giorni	1	36,9 gr. sperimentale 12,2 gr. controllo	0	33,1% - H delle ore sperimentale 51,2% - H controllo	0	0
Ferber 2002 RCT	15 minuti 3 volte di 10 giorni	0	26,4 gr. msg. madre 28,3 gr. msg. operatore 20,5 gr. controllo	0	0	0	0
Field 2002 Revis. Sist.	15 minuti 3 volte di effettuato da genitori/nonni	1	Aumento peso 26-33 gr. die	0	1	1	1
Lorenz 2005 Revis. Sist.	effettuato da genitori	1	0	0	1	1	1
Mainous 2002 Revis. Sist.	15 minuti 3 volte di 10 giorni	1	1	0	0	1	1
Vickers 2009 RCT	15 minuti 3/4 volte di 5/10 giorni	1	1	1	0	0	1
Maffei 2009 RCT	3 volte/die intervallo pasti serie di 5 giorni intervalli di 2 giorni	0	0	0	1	1	0
Yates 2014 RCT	un giorno sì e un giorno no	1	0	0	1	0	0
Tekgunduz 2014 RCT	15 minuti 2 volte al dì per 5 giorni	1	0	0	0	1	0
Ang 2012 RCT	1 volta al dì 5 giorni a w per max 4 w	1	1	1	0	1	0

Legenda
0 = Valore non indagato
1 = Valore indagato e risultato non espresso in valori numerici

Nello studio Dieter [5] ha osservato un aumento del peso corporeo, significativo al quarto giorno di massaggio-terapia, determinando in media una crescita ponderale di 36,9 grammi al giorno nel gruppo che riceveva la stimolazione, contro i 12,2 grammi al giorno assunti nei neonati non massaggiati.

Dieter, inoltre, aveva dimostrato attraverso la BNAS la regolarizzazione del ritmo sonno-veglia con una diminuzione delle ore di sonno nei bambini non massaggiati (33,1% vs 51% delle ore della giornata). Tutti questi benefici potevano essere riscontrati già dopo cinque giorni di trattamento.

Ferber et al. [6] avevano dimostrato che gli effetti del massaggio erano simili sia che esso venisse praticato dalle mamme che dal personale infermieristico (grammi 26,4

vs 28,3 al giorno), ma si discostava significativamente se il neonato non era stato massaggiato (20,5 grammi/die) Field et al. [7] avevano dimostrato attraverso la BNAS la regolarizzazione del ritmo sonno-veglia, un miglioramento dello sviluppo neurocomportamentale e una riduzione dello stress (crisi di pianto, smorfie, pugni stretti, etc.).

Il massaggio determinava anche una diminuzione delle complicanze post-natali con conseguente riduzione della durata del ricovero da 3 a 6 giorni; un aumento dell'attività vagale che contribuisce a un miglior assorbimento del cibo (in misura pari al 49%), determinando un maggiore aumento del peso corporeo (dal 28% al 47% in più al giorno) [8].

Un'ulteriore positiva conseguenza del massaggio infantile rilevata da Field consisteva nell'aumento della tempe-

RIASSUNTO

I sensi dei neonati si sviluppano in successione: prima quelli che per agire necessitano della vicinanza di un oggetto e – in un secondo tempo – quelli che aiutano il bambino a percepire le cose lontane. Al primo gruppo appartiene il tatto.

Fra i cinque sensi principali, il tatto è il primo a svilupparsi, in quanto compare già nella vita embrionale.

Le sensazioni tattili iniziano a manifestarsi già durante il periodo gestazionale, addirittura prima dell'ottava settimana. I movimenti della madre, infatti, provocano spostamenti e oscillazioni del liquido amniotico che così culla e accarezza l'embrione prima e il feto poi.

In seguito, dopo la nascita, la pelle è un fondamentale recettore sensoriale attraverso la quale il bambino identifica se stesso mediante le prime esperienze di contatto.

Nei primi mesi di vita, esplorando il proprio corpo e mediante il contatto quotidiano con la madre, il bambino prende coscienza dei precisi limiti della sua realtà corporea.

Sarà poi l'interazione con gli oggetti (giocattoli, cibo, succhiotti) e con le persone che gli permetterà di allargare tali confini oltre le dimensioni del proprio corpo.

La capacità della pelle di un neonato di percepire gli stimoli sensoriali è davvero eccezionale, anche grazie al contatto pelle a pelle che contribuisce a rafforzare l'unione madre-bambino.

Uno dei metodi più antichi e naturali per mantenere, nel tempo successivo alla nascita, il contatto sensoriale sviluppatosi fra madre e bambino durante la gravidanza è la tecnica del massaggio infantile.

La tecnica è un'antica tradizione in numerose culture nel mondo: è ritenuto il linguaggio non verbale più accessibile a un neonato, ma anche un modo per individuare precocemente i suoi bisogni fisici ed emotivi e per stabilire con lui un rapporto speciale e al contempo indissolubile.

Nel mondo occidentale, il massaggio infantile è stato riscoperto soltanto in tempi recenti e non sempre era utilizzato dal personale sanitario che ne ignorava i benefici.

Dal 1970 si sono elaborate diverse tesi secondo le quali il massaggio infantile favorirebbe lo sviluppo nel neonato prematuro, un miglioramento dello sviluppo neurologico, un più proficuo rapporto madre/neonato e in generale una riduzione delle complicanze *post-partum*.

La manipolazione attuata nel massaggio infantile non è simile a quella usata nelle tecniche di massaggio per adulti. La pressione esercitata non è infatti vigorosa.

La parte muscolare, nel bambino, ricopre soltanto $\frac{1}{4}$ del suo peso totale, negli adulti è invece pari a $\frac{1}{2}$.

Nel bambino un tocco delicato ma fermo è sufficiente a stimolare la circolazione e a dare tono alle funzioni interne.

Una pressione adeguata, anche sul neonato prematuro, è necessaria perché il massaggio sia efficace.

In letteratura [1] si è infatti osservato che l'uso di massaggi troppo leggeri non ha comportato alcun aumento di peso, mentre coloro che hanno massaggiato i loro bambini con sufficiente pressione hanno potuto notare aumenti di peso anche significativi.

Sul punto, Field [2] ha condotto uno studio nel quale ha paragonato gli effetti di un massaggio più energico rispetto a un massaggio più lieve, dimostrandone la maggior efficacia in termini di aumento di peso. Inoltre ha fornito indicazioni circa la pressione adeguata da adottare nel massaggio. Secondo l'autore, il massaggio è infatti "energico" (e quindi efficace) quando determina – nei bambini caucasici – un lieve cambiamento del colore della pelle da rosa a bianco e – in tutti gli altri bambini – lievi visibili affossamenti cutanei.

Effettuare il massaggio verso il proprio bambino permette anche di favorire l'interazione madre-neonato, riducendo il rischio di insorgenza di stati depressivi che potrebbero instaurarsi dopo il parto.

La depressione *post-partum* colpisce circa il 10-15% delle donne in gravidanza. Il rischio di depressione è alto nel primo trimestre di gestazione per poi decrescere nel secondo e terzo trimestre. I disturbi d'ansia che compaiono invece alla 32ª settimana non dovrebbero essere ignorati in quanto rappresentano un potenziale rischio di depressione *post-partum*.

Sebbene venga ritenuto possibile l'uso di psicofarmaci durante e dopo la gravidanza sotto stretto controllo medico, il fenomeno è prevenibile e dunque il rischio di arrivare a una terapia farmacologica è basso.

Per identificare la depressione *post-partum* si può utilizzare la *Edinburgh Postnatal Depression Scale* ("EPDS"), costituita da dieci brevi domande a risposta chiusa che la madre deve completare. La scala viene sottoposta dopo 6-8 settimane dal parto e ci permette di capire i sentimenti e lo stato d'animo della madre. Se la somma dei punteggi ottenuti per ciascuna domanda/risposta è superiore a 12 il rischio di depressione *post-partum* non deve essere trascurato ed è opportuno consultare uno specialista.

Obiettivo

Fornire una chiave di lettura sistematica delle evidenze scientifiche esistenti per mostrare i benefici sul neonato prematuro, a termine e sulla famiglia.

Materiali e metodi

Abbiamo ricercato, utilizzando il *database PubMed*, gli articoli inerenti agli effetti del massaggio infantile, pubblicati negli ultimi cinque anni.

Abbiamo trovato solo 11 articoli, così abbiamo ampliato la ricerca agli ultimi 15 anni.

ratura corporea. In particolare, nonostante – durante il massaggio – gli oblò delle incubatrici rimanessero aperti, la temperatura dei neonati dopo la stimolazione tattile restava significativamente più alta rispetto a quella monitorata nei neonati del gruppo di controllo [9].

In una revisione successiva degli studi citati [10], Field ha confermato tali conclusioni, rilevando, anche se con risultati non statisticamente significativi, che la stimolazione tattile nella zona intestinale in senso orario ne incrementa la motilità favorendo la fuoriuscita di gas e l'eliminazione di scorie nocive; inoltre, che la tecnica del massaggio infantile può portare a un aumento della lunghezza corporea e della circonferenza cranica.

Lorenz *et al.* [11] avevano dimostrato che la regolarizza-

zione del ritmo sonno-veglia, la promozione del *bonding*, una miglior qualità dello sviluppo neurocomportamentale e la diminuzione delle coliche addominali si ottenevano dal massaggio sia dei neonati a termine sia prematuri effettuato da entrambi i genitori.

Anche Mainous [12] aveva dimostrato un aumento del peso e delle dimensioni corporee, una riduzione dei giorni di ricovero e dello stress nel 40% dei casi. Era inoltre favorita la promozione del *bonding*.

Nell'RCT Haley *et al.* [13] avevano dimostrato gli effetti della stimolazione tattile cinestetica sul neonato pretermine in condizioni stabili, tra i quali un aumento del peso corporeo di 4,25 grammi al giorno nei neonati sottoposti al massaggio in più rispetto al gruppo di neonati non stimolati.

ABSTRACT

The newborn's senses [1] develop in succession: first, those requiring the proximity of an object and – at a later time – those that help the child to perceive far things. The touch belongs to the first group. Among the five main senses, touch is the first to develop, as it already appears in embryonic life. Tactile sensations begin during the gestational period, even before the eighth week. Mother's movements, in fact, cause displacements and oscillations of the amniotic fluid, thus cradling and caressing before the embryo and then the fetus. Later, after birth, the skin is a fundamental sensory receptor through which the child identifies itself by means of the first contact experiences.

During the first months of life, body exploration and day-to-day contact with mother, allow a first knowledge of reality and body limits.

Then, the interaction with objects (toys, food, etc.) and people will allow to expand beyond the size of his/her body.

The ability of a newborn baby to perceive sensory stimulations is truly exceptional, also thanks to skin-to-skin contact, which helps strengthen mother-child relationship.

One of the oldest and most natural methods to maintain, after birth, the sensory contact developed between mother and baby during pregnancy is the technique of infant massage.

The technique is an ancient tradition of many cultures all over the world: it is considered the non-verbal language more accessible to a newborn, but also a way to early identify his/her physical and emotional needs and to establish with him/her a special and at the same time indissoluble relationship.

In western countries, infant massage has been rediscovered only in recent times and was not always used by healthcare professionals who did not know its benefits.

Since 1970, a number of theories have been developed on infantile massage benefits; for the development in the premature infant, for the improvement in neurological development, for a better mother/baby relationship, and generally for a reduction of postpartum complications.

The manipulation performed in the infant massage is different from the one used in adult massage techniques. In fact the pressure exerted is not vigorous.

The muscular part, in the child, only covers $\frac{1}{4}$ of its total weight, whilst in adults it is equal to $\frac{1}{2}$.

In the baby, a delicate but firm touch is sufficient to stimulate circulation and to tone the internal functions.

Proper pressure, even on the premature infant, is necessary for massage to be effective.

In literature [1 cit.], it has been observed that the use of too light massages did not entail any weight gain, while those who massaged their children with sufficient pressure had notice significant weight gains.

Field [2] conducted a study in which he compared the effects of a more energetic massage than a milder massage, demonstrating its greater effectiveness in terms of weight gain.

She also provided indications about the appropriate pressure to be taken in the massage. According to the author, the massage is "energetic" (and therefore effective) when it determines – in Caucasian children – a slight change in the colour from pink to white skin and – in all other children – slight visible skin rashes.

Performing massage to your baby also helps to promote mother-to-infant interaction, reducing the risk of depression that may occur after childbirth.

Postpartum depression affects approximately 10 to 15% of pregnant women. The risk of depression is higher in the first trimester of gestation then declining in the second and third quarters. Anxiety disorders [33] that could appear at 32nd week should not be ignored as they represent a potential risk of postpartum depression.

Although the use of psycho-drugs is considered feasible during and after pregnancy under close medical supervision, the phenomenon is predictable and therefore the risk of getting to a drug therapy is low.

To identify postpartum depression, it is possible to use the Edinburgh Postnatal Depression Scale ("EPDS"), consisting of some short closed-ended questions that the mother needs to complete. The scale is subjected for 6-8 weeks after giving birth and allows us to understand the feelings and mood of the mother. If the sum of the scores obtained for each question/answer is greater than 12, the risk of postpartum depression should not be overlooked and a specialist should be consulted.

Objectives

To provide a systemic key of reading existing scientific evidence to highlight the benefits of infant massage on both premature and on-term infants; and also on family environment.

Materials and methods

We have sought, using the PubMed database, articles related to the effects of infant massage, published over the last 5 years.

We have found only 11 articles, so we have expanded the search for the last 15 years.

Keywords

Infant massage, infant massage effects, infant massage benefits, infant massage therapy, infant massage preterm, infant massage sleep, infant massage colic, infant massage growth, infant massage and mother depression.

Le ostetriche italiane che migrano all'estero

Dal Secondo Rapporto CUP sulle Professioni Regolamentate in Italia :numeri, dimensioni, tendenze e cambiamento (anno 2016) risulta che il numero di ostetriche iscritte all'Albo è quasi raddoppiato negli ultimi 15 anni. Per tutta una serie di motivi, tra i quali il permanere nelle UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia del modello assistenziale misto – ostetriche e infermieri – non si riesce ad avere il giusto equilibrio tra domanda e offerta di lavoro. In un prossimo futuro il frazionamento delle competenze specifiche (uroginecologia, endocrinologia, medicina perinatale, patologia della riproduzione, etc.) e l'attuazione del modello mono-professionale promosso dalla FNOPO dovrebbero determinare un incremento della domanda di lavoro anche grazie al potenziamento del territorio e nuove progettualità organizzative derivante dalla rete di rapporti tra FNOPO/FNOMCeO e FMMG.

Negli ultimi due lustri si è assistito, quindi, al fenomeno migratorio che ha visto alcune ostetriche decidere di cercare lavoro fuori dall'Italia in Europa e anche fuori dall'Europa. Il fenomeno che spesso può sfuggire agli stessi Ordini provinciali e interprovinciali cui afferisce l'ostetrica che migra deve essere monitorato attraverso un database alla cui costituzione si auspica vogliano collaborare le ostetriche stesse che rappresentano un patrimonio di conoscenze che la Categoria non può e non deve disperdere ma valorizzare con la creazione di canali di scambio culturale.

A tutte le ostetriche che operano in Europa e fuori dall'Europa la FNOPO chiede la disponibilità a contribuire a monitorare il fenomeno attraverso la costituzione del database relativo ai loro dati come da tabella di seguito riportata da compilare e trasmettere alla FNOPO con e senza PEC (presidenza@fnopo.it) e all'Ordine di appartenenza adottando il seguente oggetto "Ostetrica Italiana che lavora in (inserire il Paese)"

Nome e cognome	Ordine di afferenza	Ateneo e anno di conseguimento titolo abilitante di ostetrica/o	Altri titoli	Località lavorativa	Indirizzo e-mail e numero telefonico (fisso e cellulare)

La Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica ringrazia per la collaborazione le ostetriche che lavorano all'estero e portano in alto in nome dell'Italia. I dati pervenuti saranno rigorosamente protetti dal DGPR della FNOPO, analizzati e restituiti nelle forme di rito.

Inoltre, è stato dimostrato attraverso l'utilizzo della BNAS un miglioramento delle capacità di orientamento, mobilità, stabilità e dei riflessi, interpretato come un migliore sviluppo neurocomportamentale. In questo studio è stato valutato anche l'aumento della circonferenza cranica e della lunghezza della regione dell'ippocampo. Nello studio di Vickers *et al.* [14] veniva dimostrato un aumento del peso corporeo nel gruppo che riceveva il massaggio per 5,1 grammi in più al giorno rispetto al gruppo di controllo e una riduzione dei giorni di ricovero da 4 a 6 giorni, dovuto alla diminuzione delle complicanze postnatali.

Nella ricerca di Maffei *et al.* [15] sono stati esplorati gli effetti del massaggio sullo sviluppo cerebrale, in particolare sullo sviluppo visivo, in un gruppo di bambini prematuri e, in parallelo, in cuccioli di topo appena nati. I risultati hanno mostrato che il massaggio influenza la maturazione dell'attività cerebrale e dell'acuità visiva sia nei bambini che nei cuccioli di topo. Nei neonati è stata inoltre valutata l'attività elettroencefalografica, che è risultata avere una maturazione più rapida nei bambini massaggiati. L'équipe di ricercatori ha dimostrato come il massaggio agisca modulando i livelli di determinati fattori già presenti nell'organismo, in particolare dell'IGF-1 (*Insulin like growth factor 1*), conosciuto anche come somatomedina, un ormone di natura proteica importantissimo per i processi di crescita dei bimbi e

che potrebbe essere uno dei mediatori degli effetti del massaggio sullo sviluppo visivo anche nei bambini.

Yates *et al.* [16] nello studio del 2014 hanno dimostrato che i bambini nati dopo la 28 settimana, i giorni in cui venivano sottoposti al massaggio, si addormentavano più facilmente del gruppo controllo.

Tekgunduz *et al.* [17] hanno dimostrato l'efficacia del massaggio addominale sulle intolleranze alimentari di neonati di età gestazionale compresa fra 28 e 32 settimane, di peso fra i 1.000 e i 1.750 grammi nutriti per via enterale. Al termine dei 5 giorni, i neonati del gruppo di intervento presentavano un aumento di peso e un ridotto numero di episodi di emesi rispetto ai neonati del gruppo di controllo.

Ang *et al.* [18] hanno condotto uno studio randomizzato per verificare gli effetti del massaggio infantile sul sistema immunitario dei neonati pretermine.

I ricercatori hanno dimostrato che i neonati massaggiati presentavano lo stesso numero di cellule *Natural Killer* (NK) di quelli del gruppo di controllo, ma – nei primi – la citotossicità delle NK stesse risultava maggiore. Inoltre, i bambini del gruppo di intervento erano cresciuti di più e più in fretta rispetto a quelli del gruppo di controllo.

Benefici nel neonato a termine

I benefici sul neonato a termine sono stati indagati in sette studi pubblicati dal 2002 al 2014, utilizzando

modalità e tempi diversi di massaggio. Il massaggio infantile comporta analoghi effetti sia nei prematuri che nei neonati a termine.

Quattro di questi studi hanno utilizzato la BNAS; tre hanno valutato l'aumento di peso nel neonato; uno l'accrescimento; quattro il ritmo sonno-veglia; cinque la mobilità intestinale e uno la riduzione dei giorni di ricovero (vedi Tabella 2)

Nello studio comparativo randomizzato condotto da Sankaranarayanan *et al.* [19] effettuato sia sui prematuri sia sui neonati a termine, selezionati in base al peso, si è dimostrato che utilizzando oli diversi si sono ottenuti risultati diversi in termini di peso, di accrescimento e di sviluppo neurocomportamentale. Infatti il massaggio effettuato con olio di cocco determinava un più rapido aumento di peso, rispetto all'olio minerale e al placebo, sia nei bambini prematuri sia nei bambini a termine.

I bambini prematuri mostravano anche un più rapido accrescimento delle dimensioni corporee. Utilizzando la scala BNAS hanno dimostrato che tutti i bambini mostravano un buono sviluppo neurocomportamentale, senza significative differenze fra i sottogruppi.

Anche Bond [20], oltre a ottenere risultati che includevano un più rapido aumento del peso corporeo, maggior sviluppo neurocomportamentale, diminuzione dello stress, promozione dell'interazione madre-figlio, ha potuto spiegare come l'utilizzo dell'olio durante il massaggio faciliti questa tecnica, favorendo il frazionamento e mantenendo idratata la pelle del piccolo.

L'RCT di Hart *et al.* [21] dimostrava che oltre al rafforza-

mento del *bonding*, del legame affettivo ed emozionale, della comunicazione madre-bambino, vi era un'attenuazione dello stress, una regolarizzazione del ritmo sonno-veglia e una diminuzione della percezione degli stimoli dolorosi dovuti a una maggiore produzione di endorfine. Lorenz *et al.* [22], nel 2005, nella sua revisione sistematica, includendo anche neonati a termine ha dimostrato, oltre ai risultati dello studio di Hart, anche una diminuzione delle coliche nei primi 4-5 mesi di vita e una migliore risposta cognitiva.

Nella revisione sistemica di Underdown *et al.* [23] sono stati dimostrati, a tre mesi, anche l'aumento del peso corporeo di 5,1 grammi al giorno in più rispetto al gruppo non stimolato e, tramite la BNAS, la regolarizzazione del ritmo sonno-veglia, la stimolazione dell'attività vagale, la diminuzione della quantità e durata delle crisi di pianto e la promozione del *bonding* e la riduzione dei giorni di ricovero dovuta a una diminuzione delle complicanze postnatali (4-5 giorni di ricovero in meno).

Inoltre, ha dimostrato una diminuita presenza di catecolamine (adrenalina e noradrenalina) che ha determinato una riduzione dello stress.

Chen *et al.* [24] hanno condotto un RCT (2011) indagando l'andamento dei livelli di bilirubina nei bambini itterici nati a termine, evidenziando una significativa riduzione giornaliera del livello di bilirubina transcutanea già dal secondo giorno del massaggio e una riduzione di bilirubina sierica dal quarto giorno di trattamento.

Invece Seyyedrasooli *et al.* [25] non hanno riscontrato significative differenze di bilirubina transcutanea nei

Tabella 2

Autore	Tempo	BNAS	↑ Peso	Accrescimento	Ritmo sonno-veglia	Mobilità intestinale	Riduzione giorni di ricovero
Sankaranarayanan 2005 RCT	4 volte al dì dal 2° al 31° giorno di vita	al 7° e al 31° giorno	13,1 gr. msg. olio di cocco	1	0	0	0
Bond 2002 RCT	0	1	1	0	1	0	0
Chen 2011 RCT	15/20 minuti 2 volte di da operatori	0	0	0	0	1	0
Hart 2003 RCT	corso 5w	1	0	0	1	1	0
Lorenz 2005 Revis. Sist.	0	0	0	0	1	1	0
Underdown 2009 Revis. Sist.	15 minuti 6w	1	+ 5,1 gr. rispetto a controllo	0	1	1	4/5 gg.
Seyyedrasooli 2014 RCT	4 gg. msg. dal 1° giorno di nascita	0	0	0	0	1	0

Legenda

0 = Valore non indagato

1 = Valore indagato e risultato non espresso in valori numerici

neonati a termine massaggiati, i cui valori di bilirubina a un giorno dalla nascita erano inferiori a 5mg/dl. Ha tuttavia rilevato un aumento dei fenomeni fisiologici di evacuazione del meconio nel gruppo di intervento rispetto al gruppo di controllo, che ha comportato una più rapida eliminazione della bilirubina presente nel meconio (1 mg/dl), con positive conseguenze in termini di riduzione dell'incidenza dell'ittero nella prima settimana dopo la nascita.

Benefici per la famiglia

I benefici sulla famiglia sono stati indagati in nove studi pubblicati dal 2001 al 2015, utilizzando modalità e tempi diversi di massaggio.

Otto di questi studi hanno utilizzato la *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), sei hanno valutato la riduzione dello stress, otto i fattori di rischio depressivo, sette l'incidenza della depressione, cinque la maggiore sicurezza della madre nella comprensione del neonato e due la comunicazione nella coppia genitoriale (vedi Tabella 3). In tutti gli studi è stato dimostrato, attraverso la somministrazione dell'EPDS, che il massaggio infantile ha migliorato il *bonding* e la percezione della capacità genitoriale delle madri.

Gnazzo *et al.* [26] hanno dimostrato, somministrando la EPDS a entrambi i genitori, che il massaggio infantile migliora l'innata capacità dei genitori di interagire con il

proprio figlio, determina una diminuzione di sintomi depressivi in entrambi e anche un miglioramento nella percezione dello stress legato alla genitorialità. In particolare, i genitori erano in grado di comprendere meglio i segnali del bambino e di gestire con maggior consapevolezza il proprio ruolo.

Craig *et al.* [27], in una revisione sistematica avente l'obiettivo di verificare quali siano gli effetti del trattamento (farmacologico e non) rispetto alla depressione post-partum, hanno confrontato i risultati di 34 revisioni sistematiche, RCT e studi osservazionali che utilizzavano identici criteri di inclusione e hanno confermato i risultati sopra descritti.

Holditch *et al.* [28] hanno dimostrato l'interazione fra la stimolazione tattile (massaggio infantile) e uditive, vocali e visive (ATVV) nelle madri di bambini prematuri nel determinare un rapido declino dei sintomi depressivi e in una miglior adesione ai requisiti del protocollo di studio, una volta a casa e nelle madri coinvolte con la *Kangaroo Mother Care* (KMC), si è riscontrato un più rapido decrescere dell'ansia.

I dati dello studio precedente sono stati confermati anche dallo studio di Holditch *et al.* [29] in cui è stato dimostrato che il massaggio e la "care" del neonato avevano ridotto lo stress emozionale e a tre mesi dalla nascita continuava a promuovere una migliore interazione madre-bambino.

Tabella 3

Autore	Tempo	EPDS	Riduzione stress	Minori fattori di rischio depressivo	Minore incidenza fenomeni depressivi	Miglior comprensione madre-neonato	Miglior comunicazione coppia genitoriale
Lorenz 2005 Revis. Sist.	0	1	0	1	1	0	0
O'Higgins 2008 RCT	corso da 4w a 1 anno effettuato da madre	1	1	0	1	0	0
Onozawa 2001 RCT	1h per 5w	1	0	1	EPDS da 2.1 a 2.0	EPDS da 1.1 a 3.2	0
Gnazzo 2015 RCT	4w	1	1	1	0	1	1
Craig 2009 Revis. Sist.	massaggio	1	0	1	1	0	0
Holditch 2014 RCT	1 gr. ATVV 1 gr. KMC 1 gr. controllo	1 (in TIN e poi s 2m, 6m, 12m post partum)	KMC < stress	KMC < rischio	ATVV < sintomi depressivi	0	0
Holditch 2013 RCT	ATVV e/o KMC presso la TIN ATVV dopo dimissione	1	1	1	0	1	0
Neu 2014 RCT	x6w 30 min. 2 volte x w	1	1	1	1	1	1
Iwasaki 2004 Int. Study	20 min. con olio di rosa x 7 gg	0 (POMS)	1	1	1	1	0

Legenda

0 = Valore non indagato

1 = Valore indagato e risultato non espresso in valori numerici



Nicoletta Valdistero Fotografia

Neu et al. [30] hanno dimostrato che il massaggio effettuato sia da un professionista esperto sia dalla madre determina un miglioramento dell'interazione madre-figlio durante la nutrizione, una significativa riduzione dello stress materno, una maggior consapevolezza della madre e una migliore comunicazione all'interno della coppia genitoriale.

Iwasaki [31] ha condotto uno studio utilizzando una versione giapponese del *Profile of Mood States* (POMS) che valuta ansietà, tensione, depressione, rabbia, confusione e affaticamento. Le condizioni delle madri sono state valutate sia prima sia dopo l'intervento di massaggio. I risultati dello studio dimostrano che, dopo il massaggio, il punteggio del POMS è migliorato sia nelle madri con bambini sani sia nelle madri con bambini ospedalizzati senza presentare significative differenze fra i due gruppi.

Lorenz et al. [32] hanno dimostrato utilizzando la EPDS un minor rischio di depressione *post-partum* e un miglioramento dei sintomi nelle donne depresse in quanto la madre si sente molto appagata nel massaggiare il figlio, mostrando un maggior rilassamento e una più profonda tranquillità.

O'Higgins et al. [33] hanno confermato quanto dimostrato nell'articolo precedente dimostrando che nelle madri con punteggi bassi nella scala EPDS (basso rischio) si notava un'ulteriore diminuzione del valore così come nelle madri con punteggi elevati (alto rischio). La diminuzione dei valori si era riscontrata soprattutto nelle prime quattro settimane di trattamento.

Onozawa et al. [34] hanno dimostrato che gli indici dello stato depressivo erano migliorati in entrambi i gruppi, ma più marcatamente nel gruppo di intervento (massaggio infantile) rispetto al gruppo di controllo (sostegno genitoriale), mentre gli indici di interazione tra madre e neonato erano migliorati solo nel gruppo di intervento. In quello di controllo tali indici erano addirittura peggiorati.

Discussione

I benefici più significativi riscontrabili negli studi analizzati e relativi, con minime differenze, sia al neonato a termine sia al neonato prematuro, sono i seguenti:

a. Riduzione complicanze post-natali

A seguito del trattamento con massaggio infantile, si è osservata una riduzione della durata del ricovero *post-partum* pari in media a 4/6 giorni, dovuta alla riduzione di complicanze post-natali.

b. Miglioramento dell'attività vagale

Il massaggio infantile aumenta l'attività vagale. Accarezzando la cute se ne stimolano le terminazioni nervose, che originano nel nervo vago. Quest'ultimo innerva laringe, faringe, torace e visceri addominali, tra cui il tratto gastro-intestinale. Si è quindi rilevata una riduzione delle coliche addominali e un aumento dei fenomeni fisiologici di evacuazione delle feci. Il che comporta una più rapida eliminazione della bilirubina presente nel meconio (1 mg/dl), con positive conseguenze in termini di riduzione dell'incidenza dell'ittero nella prima settimana dopo la nascita. L'aumentata attività vagale contribuisce inoltre a una maggiore produzione di sostanze endocrine, quali insulina, gastrina, colecistochinina, che favoriscono l'assorbimento delle sostanze nutritive portate dal cibo, determinando un incremento del peso corporeo.

c. Aumento del peso corporeo

Tutti gli studi analizzati evidenziano, sia pure in misura leggermente diversa, un maggior aumento di peso nei neonati sottoposti alla tecnica del massaggio infantile rispetto ai neonati non trattati. Le differenze in termini di maggior aumento di peso fra i diversi studi analizzati sono dovute, principalmente, al diverso peso di partenza del campione analizzato, all'età dei neonati, alla tecnica utilizzata, al tipo di olio e alla durata del trattamento.

In media, si è potuto riscontrare:

- i) nei neonati prematuri sottoposti a massaggio infantile, un maggior aumento di peso in misura pari al 35% rispetto ai neonati dei rispettivi gruppi di controllo;
- ii) nei neonati a termine sottoposti a massaggio infantile, un maggior aumento di peso in misura pari al 20% rispetto ai neonati dei rispettivi gruppi di controllo.

d. Sviluppo e crescita

È stato dimostrato che il massaggio infantile può portare a un aumento della lunghezza corporea e della circonferenza cranica.

Depressione post-parto, i padri ne soffrono quasi quanto le madri

Dopo il parto, fino all'80% delle neomamme soffre di una lieve forma di tristezza (*baby blues*), mentre il 10-15% va incontro a una vera e propria depressione. Secondo uno studio americano, anche i padri soffrono quanto le madri.

In base ai risultati di uno studio pubblicato su *JAMA Pediatrics* i padri hanno quasi le stesse probabilità delle madri di risultare positivi a uno screening per la depressione nel periodo *post-partum*. La genitorialità apporta grandi variazioni nel benessere mentale e fisico degli individui a prescindere dal sesso. È noto da tempo che le donne subiscono importanti cambiamenti fisici in risposta al parto e che i primi anni di educazione dei figli sono caratterizzati da sonno limitato e da altri stress fisici ed emotivi. Circa il 24% delle donne soffre di depressione prenatale o *post-partum*, ma i tassi di depressione nei padri sono meno noti e non sono stati molto studiati. "Alcuni studi suggeriscono che diventare papà possa aumentare il rischio di depressione per gli uomini, ma non conosciamo la depressione dei papà bene tanto quanto quella delle mamme", spiega Erika Cheng, della Indiana University School of Medicine di Indianapolis, prima autrice del lavoro. La American Academy of Pediatrics raccomanda attualmente agli operatori sanitari di sottoporre a screening per la depressione perinatale sia le madri sia i padri. Il controllo del benessere del bambino può essere il momento ideale per questa procedura corrispondente ai "bilanci di salute" italiani. I ricercatori hanno valutato brevi screening di depressione che i genitori hanno completato nelle sale d'attesa durante le visite ai loro bambini in cinque centri sanitari della comunità a Indianapolis, includendo quasi 10.000 visite per bambini di età fino a 15 mesi. I padri hanno partecipato a quasi un terzo delle visite e hanno completato lo screening per la depressione nell'8% di tutte le visite. La prevalenza di depressione tra i padri è risultata del 4,4% e si è avvicinata quindi alla prevalenza del 5,0% tra le madri sottoposte a screening. I ricercatori, sottolineando le conseguenze a lungo termine della depressione paterna sullo sviluppo infantile, concludono che le cliniche pediatriche sono ambienti adatti in cui rivolgersi in caso di depressione di entrambi i genitori come parte di un approccio alla cura incentrato sulla famiglia.

JAMA Pediatr. 2018. doi: 10.1001/jamapediatrics.2018.1505 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30039168



In alcuni degli studi considerati, inoltre, i ricercatori hanno dimostrato come il massaggio agisca modulando i livelli di determinati fattori già presenti nell'organismo, in particolare dell'IGF-1 (*Insulin like growth factor 1*), conosciuto anche come somatomedina, un ormone di natura proteica importantissimo per i processi di crescita e che, tra l'altro, pare essere uno dei mediatori degli effetti del massaggio sullo sviluppo visivo.

e. Miglioramento del rapporto sonno-veglia

Alcuni fra gli studi analizzati, senza significative differenze fra neonati a termine e neonati prematuri, dimostrano che la tecnica del massaggio infantile migliora la qualità del sonno del neonato. In particolare, i bambini durante la veglia appaiono più attivi, fanno meno fatica ad addormentarsi e, una volta addormentati, hanno il sonno più profondo e tranquillo. Tali parametri sono stati misurati mediante la BNAS.

f. Comportamento del neonato (BNAS)

Il massaggio infantile ha inoltre effetti sul comportamento generale del neonato.

In particolare, i neonati (a termine e prematuri) sottoposti al massaggio infantile raggiungono punteggi più

alti nella BNAS in termini di orientamento; mutamento e regolazione di stato; stabilità autonoma.

Inoltre un massaggio più energico (la cosiddetta pressione moderata) a neonati prematuri riduce le fasi di agitazione e stress nel neonato, portandolo a una riduzione delle crisi di pianto (in termini di numero e di durata).

È stato dimostrato che un massaggio infantile a pressione moderata praticato con olio determina una riduzione dei segni di stress (smorfie e pugni stretti).

g. Regolazione della temperatura corporea

Alcuni studi rilevano che il massaggio infantile determina un aumento della temperatura corporea nei neonati prematuri e la mantiene inalterata per il tempo successivo.

Ciò in quanto il massaggio (specie se praticato con olio) aumenta l'idratazione della pelle, riducendone la secchezza e le eventuali screpolature dispersive di calore.

h. Benefici per la famiglia

Utilizzando l'EPDS, è stato dimostrato che il massaggio del proprio bambino favorisce l'interazione madre-

neonato, riducendo in lei il rischio di insorgenza di stati depressivi *post-partum*. Tramite questo strumento si è potuta anche osservare, qualora il massaggio infantile sia praticato con frequenza, una diminuzione di sintomi depressivi e un miglioramento nella percezione dello stress. I genitori, quindi, non solo comprendono meglio i segnali del bambino ma gestiscono con maggior consapevolezza il proprio ruolo.

Conclusioni

Da questa analisi della letteratura si è potuto rilevare che il massaggio infantile è in grado di promuovere un adeguato sviluppo fisiologico del bambino, favorendo anche una migliore relazione genitore-neonato, privilegiando interazione e comunicazione reciproche.

Accarezzare lentamente ogni parte del corpo del bambino con delicatezza ed energia determina diversi benefici sia nel neonato a termine sia nel neonato prematuro.

Nel nato prematuro, che necessariamente trascorre le prime settimane di vita extrauterina in ospedale, si riscontra una difficoltà da parte dei genitori di prendersene cura. È quindi importante che in ambito ospedaliero (ove possibile) ai genitori sia consentita la facoltà di interagire con il neonato mediante il massaggio e altre forme di contatto, sotto la sorveglianza di personale qualificato e adeguatamente formato.

Ciò rafforza, sin dai primissimi giorni, il dialogo bambino-genitori, che sarà di fondamentale importanza una volta a casa e ha effetti positivi in termini di riduzione dei giorni di ricovero ospedaliero, con conseguente riduzione di spesa sanitaria.

Nel neonato a termine, il massaggio promuove costantemente il suo fisiologico sviluppo e la sua relazione con i genitori.

Tutti gli studi analizzati evidenziano aspetti positivi del massaggio infantile meritevoli di approfondimento.

Bibliografia

- [1] McClure V. Massaggio al bambino, messaggio d'amore, Bonomi, Pavia, 2001
- [2] Field T, Moderate vs. light pressure massage therapy leads to greater weight gain in preterm infants. *Infant Behaviour Development*. 2006; 29(4): 574-578
- [3] Arora J, Kumar A, Ramji S. Effect of oil massage on growth and neurobehaviour in very low birth weight preterm neonates. *Indian Pediatrics* 2005
- [4] Beachy JM. Premature infant massage in the NICU. *Neonatal network* 2003
- [5] Dieter JN. Table preterm infants gain more weight and sleep less after five days of massage therapy. *Journal of pediatric psychology* 2003; 28(6): 403-11
- [6] Ferber SG, Kuint J, Weller A, Feldman R, Dollberg S, Arbel E, Kohelet D. Massage therapy by mothers and trained professionals enhances weight gain in preterm infants. *Early human development* 2002; 67 (1-2): 37-45
- [7] Hernandez-Reif M, Diego M, Field T. Preterm infants show reduced stress behaviors and activity after 5 days of massage therapy. *Infant Behaviour Development*. 2007; 30(4): 557-561
- [8] Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. Potential Underlying mechanisms for greater weight gain in massaged preterm infants. *Infant Behaviour Development*. 2011; 34(3): 383-389
- [9] Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. Temperature increases in preterm infants during massage therapy. *Infant Behaviour Development*. 2008, Jan, 31(1) 149-152.
- [10] Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. Preterm infant massage therapy research. A review. *Infant Behaviour Development*. 2010; 33(2): 115-124
- [11] Lorenz L, Moyse K, Surguy H. The benefits of baby massage. *Pediatric Nursing* 2005; 14(2): 15-8
- [12] Mainous RO, Infant Massage as a component of developmental care: past, present and future. *Holist Nurse practice* 2000; 17(1): 1-7
- [13] Haley S, Beach J, Ivaska KK, Slater H, Smith S, Moyer-Mileur LJ. Tactile/Kinesthetic stimulation (TKS) increase tibial speed of sound and urinary osteocalcin (U-MidOC and unOC) in premature infants (29-32wks PMA). *Bone* 2012; 51(4): 661-666
- [14] Vickers A, Ohlsson A, Lacy JB, Horsley A. Massage for promoting growth and development of preterm and/or low birth weight infants. *Cochrane Library*, 2009; 1:1-39.
- [15] Maffei L, Guzzetta A, Baldini S, Bancalè A, Baroncelli L, Ciucci F, Ghirri P, Putignano E, Sale A, Viegli A, Berardi A, Boldrini A, Cioni G. Massage Accelerates Brain Development and the Maturation of Visual Function. *The Journal of Neuroscience*, May 2009, 29(18): 6042-6051
- [16] Yates C, Mitchell A, Booth M, Williams K, Lowe L, Whit R. The effects of massage therapy to induce sleep in infants born preterm. *Pediatric Physiological Therapy* 2014; 26 (4): 405-410
- [17] Tekgunduz KS, Gurol A, Apay SE, Caner I. Effect of abdomen massage for prevention of feeding intolerance in preterm infants. *Italian Journal of pediatrics* 2014; 40: 89



Quali e quante ostetriche hanno conseguito il titolo di Dottore di Ricerca

La Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica nell'esigenza di conoscere i dati delle ostetriche che hanno conseguito il titolo di Dottore di Ricerca intende costruire un *data base* relativo ai dati che le ostetriche vorranno compilare e trasmettere all'indirizzo alla FNOPO (presidenza@fnopo.it) e all'Ordine di appartenenza adottando il seguente oggetto "Ostetrica: dottore di ricerca in (inserire l'ambito disciplinare del dottorato) la tabella di seguito riportata:



Nome e cognome	Ordine di afferenza	Ateneo e anno di conseguimento del Dottorato di ricerca	Altri titoli	Occupazione lavorativa	Indirizzo e-mail e numero telefonico (fisso e cellulare)

La Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica ringrazia per la collaborazione le Ostetriche Dottori di Ricerca nei diversi ambiti disciplinari.

I dati pervenuti saranno rigorosamente protetti dal DGPR della FNOPO, analizzati e restituiti nelle forme di rito.

- [18] Ang JY, Lua JL, Mathur A, Thomas R, Asmar B, Suvasan S, Buck S, Long M, Shankaran S. A randomized placebo-controlled trial therapy on the Immune System of preterm infants. *Pediatrics* 2012; 130(6): 1549-1558
- [19] Sankaranarayanan K, Modkar JA, Chauhan MM, Mascarenhas BM, Mainkar AR, Salvi RY. Oil massage in neonates: an open randomized controlled study of coconut versus mineral oil. Department on Neonatology, LTM Medical College & Gen. Hospital. 2005
- [20] Bond C. Positive Touch and massage in the neonatal unit: a British approach. *Seminaries of Neonatology* 2002; 7:477-86
- [21] Hart J, Davidson A, Clarlee C. Health visitor run baby massage classes. Investigating the effects. *Community practitioner* 2003; 76(4): 138-42
- [22] Lorenz L, Moyses K, Surguy H. The benefits of baby massage. *Pediatric Nursing* 2005; 14(2): 15-8
- [23] Underdown A, Barlow J, Chung V. Massage intervention for promoting mental and physical health in infants aged under six months. *Cochrane Library* 2009; 1:1-28
- [24] Chen J, Sadakata M, Ishida M, Sekizuka N, Sayama M. Baby massage ameliorates neonatal jaundice in full-term newborns infants. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine* 2011; 223: 97-102
- [25] Seyyedrasooli A, Valizadeh L, Bager Hesseini M, Asgari Jafarbad M, Mohammadzad M. Effect of Vimala massage on Physiological jaundice in infants: a randomized controlled trial. *Journal of Caring Sciences* 2014; 3(3): 165-173
- [26] Gnazzo A, Guerriero V, Di Folco S, Zavattini G, De Campora G. Skin to Skin Interactions. Does the infant massage improve the couple functioning? *Frontiers in Psychology* 2015; 6: 1468
- [27] Craig M, Howard LM. Postnatal depression. *British Medical Journal Clinical Evidence* 2009; 2009: 1407
- [28] Holditch-Davis D, White-Traut R, Levy J, O'Shea TM, Geraldo V, David RJ. Maternally administered interventions for preterm infants in the NICU: effects on maternal psychological distress and mother-infant relationship. *Infant Behaviour Development*. 2014; 37(4): 695-710
- [29] Holditch-Davis D, White-Traut R, Levy J, Williams KL, Ryan D, Vonderheid S. Maternal satisfaction with administering infant interventions in the NICU. *Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing* 2013; 42(6): 641-654
- [30] Neu M, Schmiede S, Pan Z, Fehring K, Workman R, Marcheggianni-Howard X, Furuta GT. Interaction during feeding with mothers and their infants with symptoms of gastroesophageal reflux. *Journal of Alternative Complementary Medicine* 2014; 20(1): 493-499
- [31] Iwasaki M. Interventional study on fatigue relief in mothers carrying for hospitalized children; effects of massage incorporating techniques from oriental medicine. Dpt. Health Sciences Kurume 2004
- [32] Lorenz L, Moyses K, Surguy H. The benefits of baby massage. *Pediatric Nursing* 2005. 14(2): 15-8
- [33] O'Higgins M, St James Roberts I, Glover V. Postnatal depression and mother and infant outcomes after infant massage. *Journal of Affective Disorders* 2008; 109(1-2): 189-92
- [34] Onozawa K, Glover W, Adams D. Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression. *Journal of Affective Disorders* 2001; 63(1-3): 201-7




LUCINA

LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

LUCINA - LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

Organo di informazione della Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica, inviato per posta a tutte le ostetriche italiane iscritte all'Albo professionale e a tutti i rappresentanti delle istituzioni di interesse per la professione.

È consultabile on-line sul sito web www.fnopo.it

Periodicità: trimestrale

La rivista si propone di diffondere tra le ostetriche maggiori informazioni relative all'attività della FNOPO, temi di attualità professionale, di politica sanitaria, attinenti alla gestione della sanità pubblica e la tutela della salute, in particolare di genere e in ambito riproduttivo, sia in ambito nazionale che internazionale, attraverso la realizzazione di articoli, report e interviste.

Sono trattate anche problematiche legali di interesse professionale.

Sono inoltre pubblicati studi prevalentemente in ambito organizzativo (management e formazione, storia) a firma delle ostetriche, contributi riguardanti esperienze professionali e di vita associativa.

Gli articoli firmati impegnano soltanto i loro Autori e non riflettono necessariamente gli orientamenti della rivista.

Sono inoltre dedicati spazi inerenti alla vita degli Ordini e delle associazioni di settore (iniziative di tipo politico, sociale, scientifico, formativo, etc.) La rivista promuove l'aggiornamento dei più importanti eventi formativi che si svolgono in tutta Italia e all'estero.

COME RICEVERE LA RIVISTA

La rivista viene inviata in omaggio a tutte le ostetriche iscritte all'Albo professionale, pertanto coloro che non la ricevono sono pregati di segnalarlo all'Ordine di appartenenza. Per quanto di competenza, l'Ordine provvederà a effettuare una verifica dell'esattezza dell'indirizzo contenuto nel database dell'Ente e/o apportarvi l'eventuale correttivo indicato dall'interessato.

Si rammenta che gli Ordini sono tenuti ad aggiornare costantemente i dati relativi ai propri iscritti nel sistema di gestione centralizzata dell'Albo da cui la FNOPO attinge gli indirizzi per la spedizione di *Lucina*. Pertanto, onde evitare disguidi, le ostetriche che cambiano domicilio sono pregate di informare tempestivamente l'Ordine di appartenenza attraverso le modalità tradizionali o registrandosi all'accesso intranet riservato agli iscritti all'Albo visibile come banner sulla homepage del portale FNOPO.

Informiamo che secondo quanto disposto dall'art. 13, comma 1, della Legge 675/96 sulla "Tutela dei dati personali", ciascun iscritto agli Ordini ha il diritto, in qualsiasi momento e del tutto gratuitamente, di consultare, far modificare o cancellare i suoi dati o semplicemente opporsi al loro trattamento per l'invio della presente rivista. Tale diritto potrà essere esercitato semplicemente scrivendo una mail all'Ordine di appartenenza e per conoscenza alla Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica.

NORME EDITORIALI

Lucina - La rivista dell'ostetrica/o accoglie volentieri contributi, studi e ricerche sulle materie inerenti alla professione ostetrica. Per poterle pubblicare è però necessario rispettare alcune regole comuni che riassumiamo di seguito.

Il testo degli articoli deve essere compreso tra le 5mila e le 15mila battute (spazi inclusi), corredato da un massimo di 4 figure e/o grafici. Ogni articolo deve avere il **titolo tradotto anche in inglese**, un **riassunto in italiano e in inglese (abstract)** di circa mille battute e, se necessario, una sintetica **bibliografia** di riferimento.

Ogni articolo è sotto la responsabilità diretta dell'Autore/degli Autori. Gli autori dovranno firmare l'articolo e fornire:

- **nome e cognome;**
- **funzione professionale;**
- **sede lavorativa;**
- **indirizzo completo;**
- **recapito telefonico fisso e cellulare /privato;**
- **un indirizzo di posta elettronica** da pubblicare in calce all'articolo e/o un indirizzo di posta elettronica dove poter essere contattati;
- **una foto dell'autore** con l'esplicito consenso all'utilizzo per la pubblicazione a corredo dell'articolo.

Gli articoli dovranno essere inviati alla redazione in formato elettronico e nella forma più semplice possibile, evitando l'uso di soluzioni grafiche complesse che saranno poi realizzate in fase di impaginazione. Per l'invio utilizzare esclusivamente il seguente indirizzo di posta elettronica dedicato: presidenza@fnopo.it



Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica

LUCINA
La rivista dell'ostetrica/o
ORGANO UFFICIALE
DELLA FNOPO

FNOPO
Federazione
Nazionale
degli Ordini
della Professione
di Ostetrica

WWW.FNOPO.IT