

**Al Presidente della 12° Commissione Igiene e  
sanità  
Senato della Repubblica**

**Ai Componenti della 12° Commissione Igiene e  
sanità  
Senato della Repubblica**

Oggetto: **Indagine conoscitiva** sul percorso nascita e sulla situazione dei punti nascita con riguardo all'individuazione di criticità specifiche circa la tutela della salute della donna e del feto e sulle modalità di esercizio dell'autodeterminazione della donna nella scelta tra parto cesareo o naturale. **"NASCERE SICURI". Audizione F.N.C.O. 14/06/2011**

Illustrissimo signor Presidente,

a nome della Federazione nazionale dei Collegi delle ostetriche esprimo apprezzamento rispetto all'indagine conoscitiva "NASCERE SICURI", volta ad identificare l'attuale situazione organizzativa dei luoghi del parto, la qualità delle cure erogate nel percorso nascita (punti di forza e di debolezza) e le strategie tese a valorizzare e sostenere il ruolo attivo della donna nell'intraprendere le proprie scelte assistenziali.

Si coglie l'occasione per sottolineare che le ostetriche già in passato (negli anni '90 – inizio anno 2000 e anno 2008) hanno collaborato attivamente con gli organi di Governo nella realizzazione di analoghe indagini nazionali, attingendo ai risultati della feconda attività di ricerca di settore condotta presso i nostri Atenei da studenti, docenti e ricercatori ostetriche.

La vice presidente della FNCO - Dr.ssa Antonella Cinotti - mi supporterà in questa mia esposizione, che sarà incentrata sui temi indicati dalla 12° Commissione, ovvero:

1. realtà dei corsi di preparazione al parto negli ospedali e nelle realtà territoriali (censimento, tasso di adesione, criticità emerse, aspetti qualitativi);
2. promozione dell'allattamento al seno;
3. assistenza post-partum sul territorio;
4. case da parto sul territorio nazionale;
5. autonomia gestionale dell'ostetrica nei punti nascita (modello organizzativo e responsabilità legalmente riconosciute)

#### **1- Realtà dei corsi di preparazione al parto negli ospedali e nelle realtà territoriali (censimento, tasso di adesione, criticità emerse, aspetti qualitativi)**

In primo luogo si precisa che questi corsi di preparazione al parto hanno assunto una nuova denominazione presso le strutture sanitarie: "Corsi di accompagnamento alla nascita ed alla genitorialità (CAN)". Non si tratta di una semplice variazione semantica: questa nuova definizione sottende, infatti, importanti valori etico/filosofici contemplati anche nel nuovo Codice Deontologico dell'ostetrica/o, ovvero garantire la continuità delle cure in tutto il percorso nascita, presa in carico sotto il profilo clinico-assistenziale, sostegno psico-emozionale e sociale alla coppia genitoriale, centralità della donna/coppia/famiglia – approccio olistico, tutela dei processi fisiologici, valorizzazione e sostegno delle competenze materne/genitoriali e della autodeterminazione della donna nelle scelte responsabili, in particolare in merito alle modalità di gestione della gravidanza e del parto.

Da diverse indagini nazionali si rileva che le ostetriche rappresentano la principale figura di riferimento nella presa in carico della donna/coppia attraverso i corsi di accompagnamento alla nascita ed alla genitorialità realizzati soprattutto presso consultori e punti nascita del SSN.

Autorevoli fonti evidenziano che l'attuale panorama organizzativo dei CAN (corsi di accompagnamento alla nascita) presenta le seguenti caratteristiche:

- Solo il 35,5% delle donne con gravidanza in corso partecipa ai CAN . Si rileva comunque una grande variabilità sul territorio con una maggior frequenza nel nord rispetto al centro e sud-isole
- Si registrata un lieve incremento nella partecipazione ai CAN (dal 30% del 2002 al 35% del 2008)

Le donne acquisiscono informazioni circa i CAN in particolare dai familiari, amiche, ostetriche e consultori familiari. Questi ultimi rappresentano la sede privilegiata delle donne. Le conoscenze trasmesse alle gravide ed alla coppia riguardano in particolare: il parto/nascita, l'allattamento materno, cure al neonato, tecniche di rilassamento al parto. Di contro risultano carenti le informazioni fornite riguardo le vaccinazioni, l'organizzazione dei punti nascita, la normativa in materia di tutela della maternità, la contraccezione post partum.

Premesso che il 47% delle gestanti che frequentano i CAN è accompagnata dal partner, si evidenzia che i fattori facilitanti la partecipazione delle stesse sono:

- esser seguite dall'ostetrica piuttosto che da un ginecologo
- possesso di un titolo di istruzione medio-alta
- avere un'occupazione
- essere primipare
- avere un'età superiore ai 30 anni
- essere di nazionalità italiana
- residenza nel nord Italia.

Le gestanti straniere frequentano in minor misura questo tipo di corsi. Nella popolazione immigrata si rileva inoltre una ridotta efficacia nell'applicazione dei consigli, informazioni acquisite rispetto alle donne italiane.

Nel 2008, il 16,9% dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana. La loro provenienza riguarda in particolare: Europa Est 44% , Asia 15%, Africa 27%, Sud America 14%.

La maggioranza delle straniere si è rivolta a una struttura pubblica (consultorio familiare) mentre le italiane prediligono le strutture private.

Le evidenze scientifiche dimostrano che la partecipazione al CAN comporta un effetto favorevole sulla salute materno-fetale e neonatale; infatti le donne si presentano in sala parto già in fase attiva (ovvero hanno maggior consapevolezza dei fenomeni fisiologici connessi al processo biologico del parto), vi è una riduzione del taglio cesareo su richiesta materna ed un minor utilizzo dell'analgesia farmacologica. I CAN, soprattutto se combinati a incontri post natali, si sono dimostrati efficaci nell'incrementare i tassi di inizio dell'allattamento al seno e nel prolungare la durata dell'allattamento al seno esclusivo .

Attraverso i CAN le ostetriche garantiscono la continuità delle cure, svolgono un importante ruolo educativo e di counselor, e di tutela della fisiologia del percorso nascita, contrastando attraverso il loro intervento competente la medicalizzazione dell'assistenza, quale obiettivo di salute pubblica indicato nei recenti dispositivi ministeriali.

Pertanto i consigli, le informazioni, la trasmissione di una buona pratica basata sulle evidenze scientifiche rappresentano il substrato anche per favorire la capacità di autodeterminazione nella donna e nella coppia, nell'ottica di una scelta responsabile e condivisa circa le cure erogate. I CAN accrescono la capacità delle donne di partecipare alle decisioni da prendere al momento del parto.

**prot. 1309  
class. 1711 Senato**

**Roma, 14/06/2011**

A fronte di quanto evidenziato è fondamentale incrementare l'offerta attiva dei CAN, in particolare alle donne del centro, del sud Italia e delle isole.

Le ostetriche dei consultori familiari in particolare sono le figure competenti e maggiormente presenti sul territorio garanti di un'offerta attiva dei CAN; è auspicabile quindi un incremento di tale risorsa professionale, impiegandola anche nella sorveglianza della gravidanza fisiologica, che attualmente risulta gestita dall'ostetrica solo nel 3% delle gestanti, in particolare donne straniere. Questo inappropriato utilizzo delle ostetriche nella presa in carico "della gravidanza fisiologica" è anche dovuto alla mancata dotazione del "ricettario rosa" per la prescrizione gratuita degli esami previsti. Ci si auspica che questo gap possa essere colmato tempestivamente, visto che tale procedura, strumento di controllo delle prestazioni gratuite, è stata indicata nel Piano Sanitario Nazionale 2010-2013

## **2. Promozione dell'allattamento al seno**

La promozione dell'allattamento al seno ed il sostegno alla madre rientrano tra le competenze e doveri deontologici dell'ostetrica. Da sempre le ostetriche si prendono cura delle madri e dei loro bambini. E' una competenza che viene acquisita attraverso un adeguato training formativo teorico-pratico nei Corsi di Laurea in Ostetricia e perfezionata attraverso una formazione continua, al fine di uniformare i comportamenti assistenziali tra i professionisti nei punti nascita. Si sottolinea che ancora oggi, purtroppo, negli ospedali il personale dedicato fornisce alle donne informazioni contrastanti sull'allattamento materno e questo genera in loro confusione, ansia, apprensione e sentimenti di incompetenza e frustrazione.

È ormai condiviso a livello internazionale che l'allattamento al seno comporta dei vantaggi per la salute di madre e bambino.

È per questo che tutti i bambini dovrebbero essere esclusivamente allattati al seno per i primi sei mesi di vita, come indicato da OMS/UNICEF che la considera una misura di salute pubblica. Iniziative volte a promuovere e sostenere l'allattamento al seno sono contenute in programmi sviluppati in maniera congiunta da WHO e UNICEF e riguardano sia le pratiche di assistenza alla donna e al neonato in ospedale (Baby-Friendly Hospital Initiative) ovvero i 10 passi per essere riconosciuti "Ospedale amico del bambino". Si tratta di realtà ancora poco diffuse sul territorio nazionale. Ovviamente è fondamentale mettere in atto quelle strategie volte a sostenere l'allattamento materno come indicato da OMS/UNICEF.

Diversi sono gli interventi da realizzarsi in gravidanza, durante il parto e nel post-partum e che facilitano, sostengono questa importante competenza materna e ne prolungano la pratica. Ad esempio il cosiddetto contatto precoce "pelle-a-pelle" subito dopo il parto, allattare il bambino "a richiesta, sostenere la donna nelle modalità di attacco al capezzolo, evitare l'uso di tettarelle artificiali, biberon e ciucci, soprattutto nei primi mesi di vita, non dare al bambino altri liquidi diversi dal latte materno prima della prima. Il modello di roaming-in è indubbiamente una realtà di contesto che induce favorevolmente, così pure seguire i corsi di accompagnamento alla nascita, essere seguita da un'ostetrica.

## **3. Assistenza post partum sul territorio**

Il periodo dopo il parto è una fase speciale e delicata della vita della donna e del bambino. E' caratterizzato da forti emozioni, cambiamenti fisici importanti, mutamenti nelle relazioni interpersonali, e coincide con l'acquisizione di un nuovo ruolo, di una nuova identità, specialmente nelle donne alla prima esperienza. Tutto questo richiede buone capacità d'adattamento verso il nuovo ruolo di madre che implica l'assunzione di nuove responsabilità. Nonostante la donna puerpera sia un soggetto "fragile" se si considera che il 70% vive l'esperienza del maternity blues (stato di melanconia fisiologica che si presenta nei primi 15 giorni di puerperio), le istituzioni socio-sanitarie ed i professionisti hanno posto scarsa attenzione in questi ultimi trent'anni. In precedenza la figura dell'ostetrica condotta (presente fino alla fine degli '70) aveva un importante ruolo sociale sul territorio, nella comunità; era il punto di riferimento per la gestante, per la partoriente, per la puerpera, o meglio per la donna.

**prot. 1309  
class. 1711 Senato**

**Roma, 14/06/2011**

Le ostetriche, i ginecologi, i pediatri in questi ultimi anni stanno sostenendo modelli assistenziali volti ad un'adeguata presa in carico della madre bambino dopo la dimissione ospedaliera. Sul territorio nazionale, seppur con notevoli diversità geografiche, è attiva la dimissione precoce e protetta. Oggi la media dei giorni di degenza nelle donne italiane e straniere è di 3 giorni dopo il parto spontaneo e di 4 giorni dopo il taglio cesareo. E' evidente che ci si confronta con una popolazione di donne bisognose di cure, attenzioni, di supporto emotivo e pratico, di essere sostenute nel ruolo genitoriale e facilitate nelle loro competenze, e che necessitano di una sorveglianza clinica volta a monitorare lo stato di salute materna e neonatale e dei processi fisiologici. Da ciò si deduce la necessità di un'assistenza protetta domiciliare di fronte ad una dimissione sempre più precoce.

Oggi, si pone più attenzione ad un rapporto sinergico tra ospedale e territorio non solo dei servizi ma tra gli stessi operatori; tale sinergia consente anche in questo caso di onorare un importante principio etico ovvero la continuità delle cure nel percorso nascita.

Indubbiamente l'investimento in risorse umane rappresenta una sfida ed un impegno per gli organi di governo, per le istituzioni, e per le professioni al fine di realizzare interventi a salvaguardare la salute di madre e bambino, imperativo per la tutela della salute anche delle future generazioni

La dimissione precoce e protetta, l'assistenza domiciliare alla puerpera ed al bambino rappresentano oggi obiettivi di salute riproduttiva improrogabili.

#### **4. case da parto sul territorio nazionale ed autonomia gestionale dell'ostetrica nei punti nascita (modello organizzativo e responsabilità legalmente riconosciute)**

Negli ultimi anni è innalzata da parte delle donne-coppie la richiesta di poter vivere la nascita di un figlio nel modo più naturale possibile, nella riservatezza, nel comfort, nella serenità e, al tempo stesso, nel massimo della sicurezza. La necessità di migliorare la soddisfazione dell'utente e la sicurezza nell'evento nascita richiede un'analisi attenta dei molteplici fattori che possono incidere significativamente sul cambiamento dell'offerta assistenziale anche in termini strutturali e di utilizzo delle risorse tecnologiche e professionali.

Nel processo di revisione del percorso nascita è fondamentale partire dal presupposto che i dati della letteratura riportano che al momento del travaglio/parto un 5% di rischio non è preventivabile in precedenza e rimane incomprimibile. Ciò depone a favore della assoluta necessità di assicurare la tempestiva gestione delle possibili situazioni critiche che si possono verificare per la madre e il bambino. La gestione delle emergenze/urgenze appare pertanto una questione strategica e cruciale in ogni livello di cura ed in ciascun punto nascita devono essere assicurati i requisiti necessari a partire dalla competenza degli operatori che deve essere monitorata ed aggiornata. La FNCO in questi ultimi anni, nella consapevolezza della valenza strategica della formazione di base e post base, ha messo in atto numerose strategie finalizzate al miglioramento della formazione dei futuri professionisti, ed all'aggiornamento continuo ed avanzato delle competenze e delle abilità delle ostetriche.

In molte realtà oggi l'assistenza alla nascita è pianificata e realizzata in percorsi assistenziali separati in funzione del rischio ostetrico con l'obiettivo di migliorare la qualità delle cure ed assicurare un'assistenza appropriata agli effettivi livelli di necessità. Per le gravidanze con assenza di fattori di rischio e ad evoluzione fisiologica il sostegno e la promozione degli eventi naturali e sociali legati al parto e al puerperio mirano a favorire l'attaccamento precoce madre-bambino e lo sviluppo della genitorialità.

Infatti in questi ultimi anni alcune aziende hanno creato, come alternativa al parto a domicilio, spazi ad hoc diversi da quelli ospedalieri, con requisiti di privacy e comfort, più raffigurativi la dimensione familiare, denominati Casa di Maternità o case da parto.

Purtroppo la FNCO al momento non è in grado di fornire dati nazionali aggiornati ed attendibili rispetto alle Case da parto operanti e quelle, invece, di prossima realizzazione/apertura ed in tal senso, nel renderci pienamente disponibili a realizzare un'indagine quantitativa e qualitativa sul tema, oggi possiamo solo enunciare in linea generale gli obiettivi ed i modelli organizzativi di questi punti nascita, fatta eccezione del centro nascita Margherita dell'AOU Careggi di Firenze del quale, grazie alla

**prot. 1309  
class. 1711 Senato**

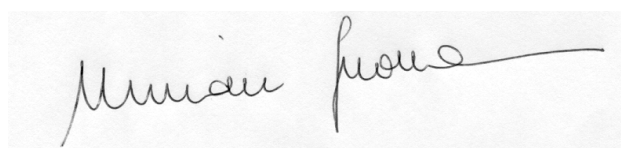
**Roma, 14/06/2011**

tempestiva disponibilità dei responsabili , lasciamo in allegato un documento di sintesi sui dati assistenziali della struttura e del modello organizzativo.

Per conoscenza della FNCO, nello scenario Italiano , Il centro nascita Margherita oggi rappresenta l'unico modello operante a totale autonomia gestionale dell'ostetrica e con completa attribuzione degli ambiti di attività e responsabilità professionale delineati dalle normative vigenti in materia riguardo all'assistenza alla nascita.

Tornando alla linea generale degli obiettivi e del modello organizzativo delle case da parto , in alcuni casi la responsabilità di queste strutture è attribuita ad un medico ginecologo, mentre la figura professionale dell'ostetrica è responsabile di tutto il processo assistenziale: dall'accompagnamento alla nascita, alla gestione del travaglio e del parto fisiologico, all'assistenza al neonato sano, e al puerperio. Le Case di Maternità possono essere all'interno di una struttura ospedaliera o poste sul territorio ad immediata contiguità con una struttura sanitaria. Solitamente sono previsti incontri aperti alle donne in qualsiasi epoca gestazionale e ai loro partner, finalizzati a spiegare le caratteristiche delle Casa Parto, i criteri d'accesso alle stesse , il travaglio e il parto, la gestione del neonato fisiologico e il puerperio. Le gestanti che scelgono di partorire nella Casa Parto solitamente vengono registrate ed invitate a firmare una scheda di "scelta informata" di adesione alla filosofia del Centro; inoltre, viene fissato un primo appuntamento attorno alla 36° settimana di gestazione presso l'ambulatorio del Centro nascita. Durante questo primo incontro, solitamente sono presenti sia l'ostetrica che il medico, che compileranno la cartella, controlleranno gli esami e le ecografie, e confermeranno l'evoluzione della gravidanza fisiologica. Dopo la 36° settimana, sono previsti ulteriori incontri con l'ostetrica a cadenza settimanale, per valutare sempre gli stessi parametri e confermare, quindi, il decorso fisiologico della gestazione. Questi controlli terminano a 41 settimane + 5 giorni (limite massimo per partorire in Casa Parto). La donna viene ricoverata in Casa Parto solo a travaglio attivo (con contrazioni valide e una dilatazione del collo uterino di 2-3 cm). Verrà presa in carico dall'ostetrica che la seguirà per tutto il travaglio e il parto, favorendo il libero movimento, le posizioni antalgiche, e consiglierà metodi di analgesia naturale. Il benessere materno e fetale viene controllato seguendo le raccomandazioni più accreditate ed adottando le linee guida che l'azienda ha stilato per l'assistenza al travaglio e al parto fisiologico. In tal senso le donne sono incoraggiate a partorire nella posizione che preferiscono e nell'accoglimento del bambino vengono ritardate tutte le procedure di routine (taglio del cordone, bagnetto, misurazione peso, ecc.) ed il neonato viene posto sull'addome materno favorendo il primo contatto pelle a pelle fino al termine della prima poppata, che generalmente avviene nelle prime due ore dopo il parto. Diversamente da quanto accade nel reparto ostetrico tradizionale, la puerpera si prende cura del proprio bambino giorno e notte (rooming in completo), sempre assistita dall'ostetrica. Si promuove l'allattamento al seno, dando la possibilità per madre e neonato, di interagire indisturbati nei primi giorni di vita, un attaccamento frequente e precoce al seno, allattamento a richiesta. La madre trascorre le giornate del puerperio non solo in compagnia del bimbo, ma anche del marito e di eventuali altri figli, creando così una sorta di ambiente familiare, in cui la donna possa ritrovare la propria tranquillità. Dopo 48 ore dal parto, madre e bambino, se stanno bene, vengono dimessi e viene organizzato un calendario di visite domiciliari e/o presso la struttura per il controllo del puerperio. L'assistenza domiciliare appare una realtà molto disomogenea sul territorio nazionale e l'offerta risulta strettamente correlata alle politiche delle singole realtà ed alla disponibilità/allocazione delle risorse professionali.

La presidente della FNCO  
Miriam Guana



Allegato:

- 1) Centro Nascita Margherita (Firenze)