



Teoria e Filosofia Avanzata della Scienza Ostetrica

Ost.ca Ale

CONTATTI:

alesia.longhi@unipg.it

Tel. 0744-740286 Cell. 346 0941013





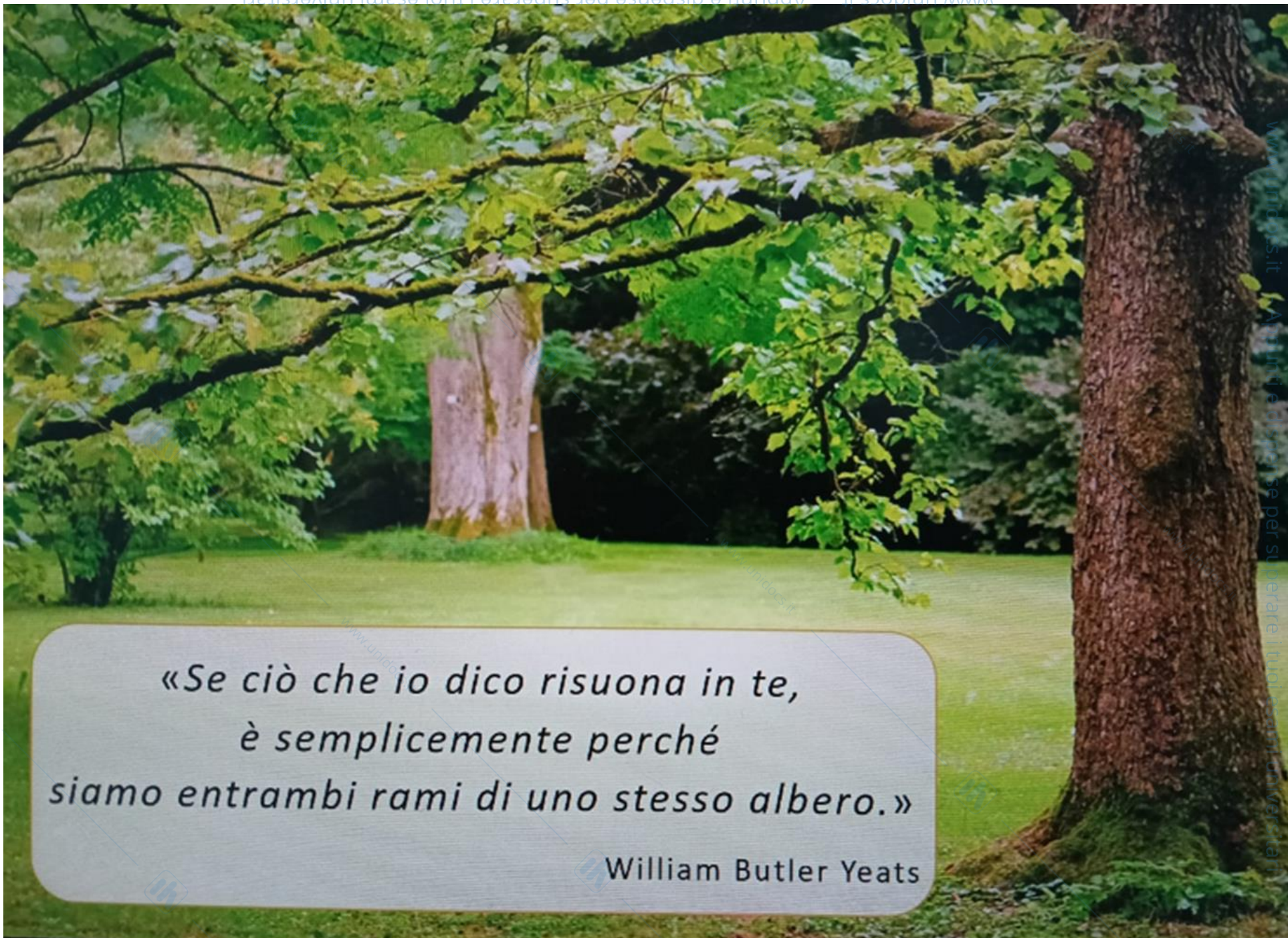
«Conosci tutte le teorie
padroneggia tutte le
tecniche, ma quando
tocchi un'anima umana
sai solo un'altra anima
umana»

Carl Gustav Jung

OBIETTIVI DEL CORSO

- Descrivere l'evoluzione del pensiero scientifico filosofico ostetrico.
- Epistemologia e teorie delle scienze infermieristiche ed ostetriche
- I livelli di astrazione delle teorie di interesse ostetrico.
- Analizzare la Disciplina Ostetrica.
- Esperienze di lavoro clinico ed i principi che ispirano l'agire ostetrico.
- Analizzare criticamente modelli e teorie rispetto all'applicabilità.
- Mappatura delle competenze ostetriche nei vari setting.
- Il codice deontologico.
- Storia e Ruolo dell'Ordine Professionale.
- Standard Organizzativi Assistenza Perinatale.
- Il Modello B.R.O.





*«Se ciò che io dico risuona in te,
è semplicemente perché
siamo entrambi rami di uno stesso albero.»*

William Butler Yeats

**In tutte le culture, il posto
dell'ostetrica è sulla
soglia della vita, dove
intense emozioni
consentono a
un nuovo essere
umano di nascere.
La sua vocazione è unica.
(Sheila Kitzinger)**



L'Adorazione del Bambino di C...

LA MAIEUTICA

Platone conferisce a Socrate la concezione dell'arte maieutica attraverso una similitudine rimasta nota sino ai giorni nostri:

come la madre di Socrate, **la levatrice Fenarete**, aveva praticato l'arte di far partorire i corpi, così il figlio possiede l'arte di far partorire le anime, cioè di far nascere nell'animo di chi dialoga con lui la consapevolezza di sé. Socrate, in verità, nulla ha da insegnare ai suoi discepoli, saranno loro stessi a scoprire la verità in quanto è già in loro; egli può solo supportarli a, maieuticamente, generarla dalla loro anima. Secondo l'idea socratica la verità non può essere imposta dall'esterno, ma deve scaturire dalla coscienza dove è virtualmente insita.

MAIEUTIKÉ TÈCHENÈ

(arte della levatrice)

"Arte della Levatrice":

Il paragone con la levatrice, madre di Socrate, è centrale. Come lei aiuta il corpo a partorire, così il filosofo aiuta l'anima a generare la sapienza.

Metodo Socratico di porre una serie di quesiti all'interlocutore e lo aiuta a partorire la verità custodita in modo latente all'interno dell'anima

Capacità dell'ostetrica a far emergere la conoscenza che è innata nella donna senza che ne sia cosciente rendendola nelle proprie esperienze guida di se stessa.

"la verità non può essere imposta dall'esterno ma deve scaturire dalla coscienza dove è virtualmente insita"



www.unidocs.it

www.unidocs.it

www.unidocs.it

www.unidocs.it

www.unidocs.it

www.unidocs.it

www.unidocs.it

www.unidocs.it

www.j



“Sono qui per parlare della sfida e del dilemma che la nascita pone alla civiltà occidentale.

Tutto quello che riguarda il cambiamento delle condizioni di vita delle donne deve avere inizio dalla base.

Non possiamo aspettare che la classe medica muti il suo atteggiamento nei confronti della nascita e arrivi a comprendere il fenomeno nella

sua totalità. L'introduzione in sala parto della tecnologia è dannosa perché toglie

potere alla donna, soprattutto quando viene usata senza l'apporto dei mezzi naturali.

E, soprattutto, i medici devono tornare tra le donne a sentire e vedere come si fa a mettere al mondo”.



Se la riproduzione è un significativo sociale,
oggetto di discorsi storicamente situati, l'esperienza
femminile del procreare è incisa da un'evidente differenza di genere.
Il potere riproduttivo detenuto dalle donne viene sistematicamente
subordinato a istanze di controllo sociale
che ne definiscono le modalità autorizzate di rappresentazione e di gestione.

LIBRO: Antropologia, genere, riproduzione La costruzione culturale
della femminilità (Forni, Pennacini, Pussetti, 2005),



Insistere sul connubio femminilità-maternità non significa sostenere che le donne siano pienamente tali solo se divengono madri, per scelta o per necessità, ma riconoscere che la fisiologia femminile è contrassegnata dalla predisposizione alla maternità e che questa consapevolezza rimane insita nella vita delle donne anche quando non sia portata a compimento.
(Mead, 1949)



La gestazione può essere considerata come un momento di passaggio (Van Gennep, 1909), tanto per il nascituro che si sta formando per venire al mondo, quanto per la donna che si trasforma in madre esplicando il proprio potenziale biologico e ruolo socialmente atteso. Dal momento che gravidanza e parto individuano delle soglie, dei potenti momenti di transizione della persona in società, ogni cultura attiva procedure di stabilizzazione di questi passaggi critici, sia attraverso riti precisamente cadenzati che attraverso processi formativi diffusi e anonimi (Davis-Floyd, 1992).



ARCHETIPO FEMMINILE

Essa esprime l'idea che la figura femminile, o l'archetipo del femminile, rappresenti una forza **interrompe, minaccia o corrompe** l'integrità e la perfezione (spesso presunta) di un archetipo ideale.

1. **La Tradizione Mitologica e Religiosa**
2. **La Prospettiva Psicologica (Archetipi Jungiani)**
3. **Il Contesto Sociale (La Paura dell'Eros)**



VIDEO POLI ADAMO ED EVA

<https://www.youtube.com/shorts/jTZS6f5XGBY>

QUALITÀ SPIRITUALI

Rispetto della vita, della salute, della dignità e dei diritti dell'uomo; l'amore, l'amicizia, l'incoraggiamento, la forza e il sostegno; la comprensione e la partecipazione, il conforto e la compassione; l'intuito, la creatività e la flessibilità, la protezione, la discrezione, il rispetto della privacy

VALORE INIZIATICO-CELEBRATIVO

Valore relativo all'evento nascita che grazie all'atteggiamento dell'ostetrico iniziatico- celebrativo ha mantenuto la sua "Sacralità" sostenuta e difesa dalle leggi della natura, nonostante la cultura delle grandi civiltà quale quella greca e la cultura religiosa giudaica-cristiana considerasse il parto un evento im-

LA LEVATRICE EGIZIANA: 4000 ANNI A.C

Non si conosce il titolo col quale erano designate le levatrici egiziane in Egitto, già operava (700 – 600 a. C.) una scuola professionale dove era possibile perfezionarsi sotto la guida di maestre specializzate

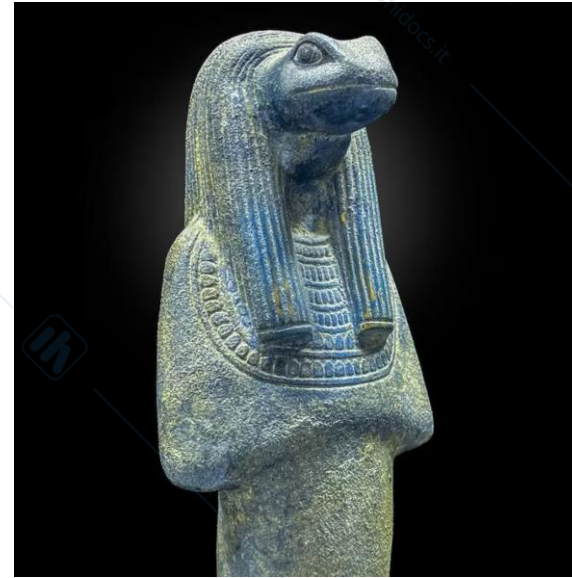
L'assistenza al parto veniva svolta **anche da quattro levatrici insieme**, ma in genere ve n'erano due: una regge partoriente e l'altra le stava davanti. Nessuna testimonianza certa è stata ritrovata sui sistemi seguiti per facilitare il solo che, per recidere il cordone ombelicale, nei primi tempi veniva usato un rametto d'albero appuntito (o un pezzo di una crosta di pane duro affilata).

In un papiro egiziano, infine, si trova traccia di una probabile tariffa professionale: **a quattro levatrici insieme veniva data una "soma" (sacco) di orzo per aver assistito, complessivamente, tre parti!** Non potendo quantificare il compenso in termini attuali, resta la constatazione che, per un parto, veniva corrisposto ad una levatrice meno della decima parte di una soma di orzo!



La levatrice egiziana prestava la sua assistenza **fino al settimo giorno dopo il parto quando**, con una cerimonia particolare importanza, tornava a lavare puerpera e neonato.

La dea **HEKET** era la divina ostetrica dell'antico Egitto, la protettrice della nuova vita. Era spesso rappresentata come una rana o una donna con il capo di rana, ed era frequentemente invocata per portare protezione al processo del parto o per difendere l'unità familiare e custodire la casa.

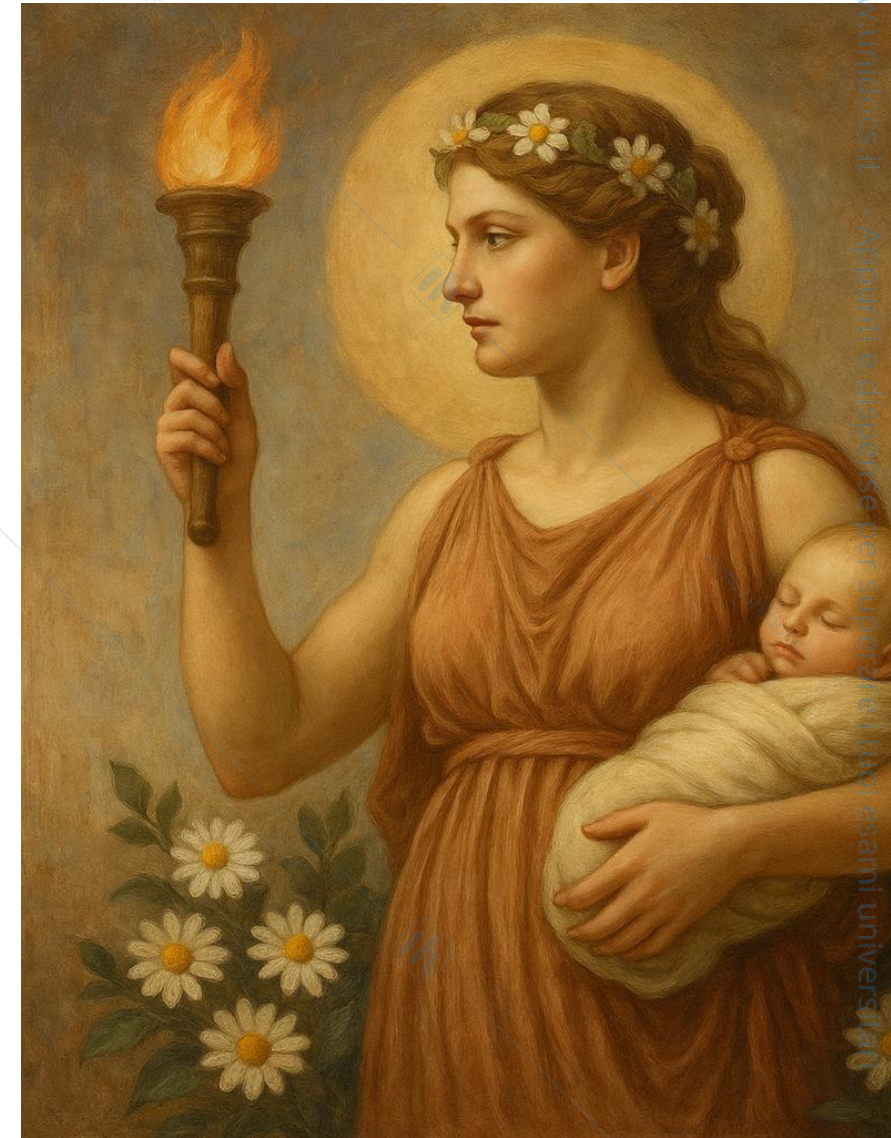


Lo storico romano Plinio ci informa che la stessa **Cleopatra (69 - 30 a. C.)** scrisse un'opera sulle malattie femminili in cui viene descritto un pessario contro alcuni disturbi uterini.



IL PARTO È MESTIERE DI DONNE

- ❖ Dalla mitologia alla medicina greca
- ❖ L'impero romano
- ❖ Il medioevo
- ❖ 1800-1900



LA LEVATRICE EBREA

Gli Ebrei erano una popolazione nomade delle regioni semidesertiche ubicate tra Mesopotamia, Palestina ed Egitto. Pur essendo una popolazione non stanziale, essi disponevano già di tipiche strutture organizzative. Tra queste, **di una specifica figura della collettività deputata al parto: la levatrice, conosciuta con il nome di "majelledeth"**.

Della majelledeth viene data notizia **nella Bibbia**. Il libro della Genesi narra della levatrice che assistette RACHELE, moglie di GIACOBBE, al parto di BENIAMINO, ultimo di dieci fratelli: poiché la madre non **tocca alla majelledeth** il compito di dare un nome al neonato. • Nello stesso libro della Genesi viene menzionata anche di un'altra levatrice che, assistendo al parto di due gemelli, si preoccupa di legare un nastro al cordone delle sporge per primo per

che le majelledeth non avevano quindi solo compiti di pura e semplice assistenza al parto, bensì anche funzioni di pubblica autorità: dare un nome al neonato in mancanza della madre o individuare il primogenito.

Una conferma che le majelledeth avevano anche funzioni pubbliche viene trovata nel libro dell'Esodo, dove si parla delle levatrici SHIFRA e PUA. Durante l'esilio degli Ebrei in Egitto, il Faraone decise di sopprimere i neonati alla nascita e **venne comunicato alle levatrici** (non alle gestanti).

Poiché non avevano rispettato l'ordine, SHIFRA e PUA furono chiamate a darne conto ed esse si giustificarono spiegando che le donne ebraiche, essendo piene di vitalità, partorivano ancor prima che giungesse la levatrice e potevano così salvare i propri neonati. Pare d'altronde che **il parto non assistito** fosse frequente: lo stesso NOÈ fu partorito da JOCABEL senza l'aiuto della levatrice.

LA NASCITA DI GESÙ DESCRITTA NEL PROTOVANGELO DI GIACOMO E DAL VANGELO DELLO PSEUDO-MATTEO

DAL VANGELO APOCRIFO DI GIACOMO (II-IV SEC.) (19, 1)

Vidi una donna discendere dalla collina e mi disse: "Dove vai, uomo?". Risposi: "Cerco una ostetrica ebrea". E lei: "Sei di Israele?". "Sì" le risposi. E lei proseguì: "E chi è che partorisce nella grotta?". "La mia promessa sposa" le risposi. Mi domandò: "Non è tua moglie?". Risposi: "E' Maria, allevata nel tempio del Signore. Io l'ebbi in sorte per moglie, e non è mia moglie, bensì ha concepito per opera dello Spirito santo".

L'ostetrica gli domandò: "E' vero questo?". Giuseppe rispose: "Vieni e vedi". E la ostetrica andò con lui. Si fermarono al luogo della grotta ed ecco che una nube splendente copriva la grotta.

L'ostetrica disse: "Oggi è stata magnificata l'anima mia, perché i miei occhi hanno visto delle meraviglie e perché è nata la salvezza per Israele". Subito dopo la nube si ritrasse dalla grotta, e nella grotta apparve una gran luce che gli occhi non potevano sopportare. Poco dopo quella luce andò dileguandosi fino a che apparve il bambino: venne e prese la poppa di Maria, sua madre.

L'ostetrica esclamò: "Oggi è per me un gran giorno, perché ho visto questo nuovo miracolo".



In Grecia l'ostetrica era detta maiai (vecchia); essa curava il parto, la sterilità, l'isteria e altre malattie femminili. L'assistenza era prestata a domicilio, ma anche **a casa delle** che in qualche caso ospitavano le donne a pensione per il parto. **Le prime case di materne**. La madre di Socrate era un'ostetrica, Fenarete, alla quale attribuiva il merito di avergli insegnato il metodo *della maieutica*.

La categoria vantava molta considerazione, lo stesso Ippocrate suggeriva di rivolgersi al medico interveniva solo i casi estremi in un testo si trova scritto "il medico, chiamato parto difficile, dovrà innanzi tutto interrogare la levatrice sulla natura della resistenza"

Ippocrate (c. 460-370 a.C) tra i suoi libri "Trattato della natura delle donne", "Trattato dell'affezione delle vergini", "Trattato delle malattie delle donne", "Trattato delle donne sterili".

MAIAI

Platone (427/347)

- Intelligenza sveglia
- Memoria pronta
- Studiosa, attiva, robusta,
- Compassionevole, sobria
- Paziente
- Riflessiva e prudente

Aristotele(382-322)

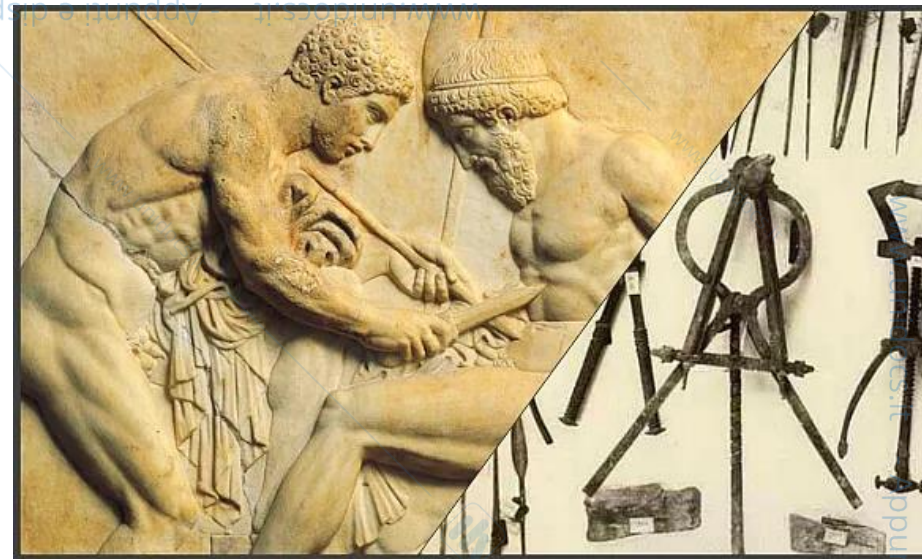
- Abilità
- Intelligenza acuta
- Abortiste
- Filtri d'amore

L'OBSTETRIX ROMANA



La categoria deriva il nominativo attuale dal latino. Infatti, nell'antica Roma le levatrici erano chiamate obstetrices (al singolare obstetrix). Il significato letterale del vocabolo è "colei che sta davanti", da ob (davanti) e stare (stare).

SORANO DI EFESO (MEDICO ROMANO)



cercava in una buona ostetrica le seguenti doti:
dita lunghe ed affusolate, unghie ben tagliate, mani pulite e senza calli,
memoria buona, salute robusta, carattere forte, **conoscenza della scrittura,**
dietetica, della farmacopea e della chirurgia

Consigliava inoltre alle ostetriche di mantenere la calma nei momenti difficili,
di essere discrete, di astenersi dalle pratiche abortive e di non essere
superstiziose.

L'OSTETRICA DAL VI AL XVIII SECOLO

Con la caduta dell'impero romano seguì un periodo di oscurità e di attesa, se non di regresso, per tutta la scienza medica e, quindi, anche per l'ostetricia.

Si può dire, tuttavia, che durante il periodo medievale le ostetriche conservarono il loro ruolo, se non altro, perché anche allora si continuò a partorire e la partoriente continuò ad avere bisogno di assistenza.



TROTULA DE RUGGIERO

Visse a Salerno nell'XI secolo, in un'epoca in cui la città era un crocevia vitale di scambi culturali e commerciali con tutto il Mediterraneo.

Appartenente a una famiglia nobile, Trotula ebbe la possibilità di studiare con i migliori precettori e di formarsi presso la Scuola Medica Salernitana, considerata il primo nucleo universitario d'Europa, dove divenne Magistra.

Fu la prima donna medico della storia, aprendo la strada a una presenza femminile nella medicina all'interno della stessa scuola, dove altre donne, le celebri Mulieres Salernitanae, collaboravano portando il loro sapere tra le pagine dei testi medici dell'epoca

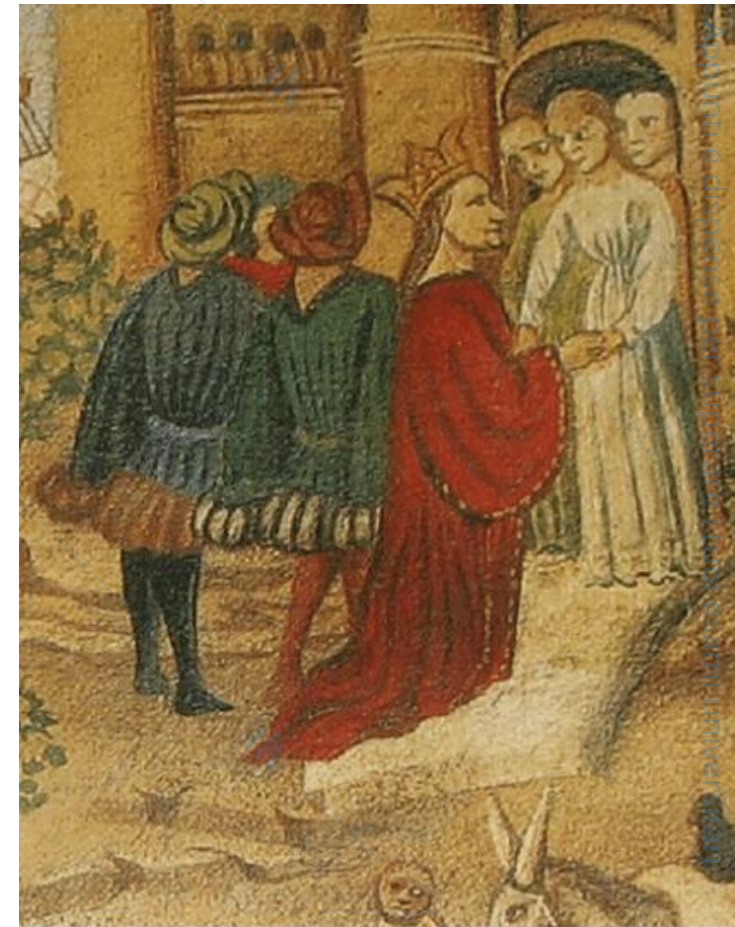




Trotula introdusse un approccio rivoluzionario per quei tempi, ritenendo l'igiene personale, un'alimentazione equilibrata e l'attività fisica strumenti fondamentali per la tutela della salute, superando le pratiche astrologiche e religiose che dominavano le cure medievali.

Le sue competenze in ambito ginecologico erano riconosciute e ricercate, con una particolare attenzione meno doloroso, al controllo delle nascite e ai disturbi legati alla sessualità femminile, sostenendo l'impiego del piacere e della scelta individuale anche per le donne, contro le imposizioni sociali collettive.

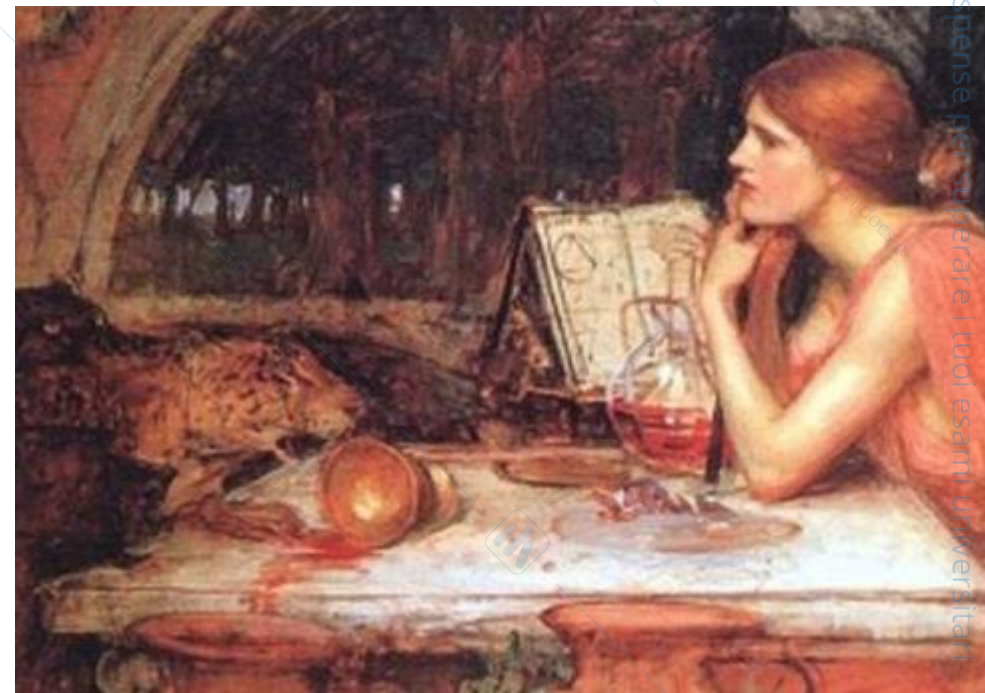
Prima di Trotula, nessuno aveva attribuito importanza all'igiene personale e alla prevenzione, né aveva riconosciuto il ruolo centrale della donna nella propria salute e nel proprio benessere sessuale.



La figura di Trotula scorre lungo il Medioevo in netto contrasto con le altre figure, tutte maschili che avevano acquisito l'esercizio del potere, della cultura e della Scienza. Autrice del **De passionibus mulierum curandarum**, un trattato di ginecologia e ostetricia (**Trotula maior**), e del **De ornatu mulierum**, un trattato di cosmesi (**Trotula minor**).

Questi testi sulle malattie delle donne sottolineano la differente fisiologia, le infermità, prima durante e dopo il parto, e mettono in evidenza come le donne assistite da un'altra donna **“per pudore e per innata riservatezza non osino rivolgersi a un medico maschio le indisposizioni”** possano dissipare paure e chiusure. Trotula mostra, dunque, un'attitudine a sistematizzare e tramandare per iscritto le sue conoscenze cliniche, attraverso il primo compendio di medicina femminile scritto da una donna, di cui si abbia notizia.

Descrive e difende quel che solo nel nostro secolo viene chiamato Relazione d'aiuto. Accoglienza, Ascolto, Risposta, Cura, Terapia. Relazione.

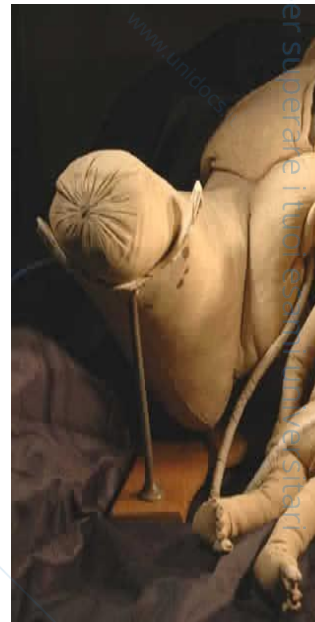


LOUYSE BOURGEOIS,

detta Madame Boursier, nacque nel 1563 nel Ducato di Savoia e, trasferitasi a Parigi, studiò le opere di Ambrogio Paré che, da barbiere, era riuscito a diventare chirurgo di Corte.

La Bourgeois, che aveva sposato un chirurgo, fu la levatrice della migliore aristocrazia parigina e levatrice di Corte

Madame Le Boursier, Dame du Coudray, fu autorizzata dal re a tenere corsi di formazione per levatrici in tutto il reame come Maestra, pubblicò un testo di ostetricia e creò modelli manichini per le lezioni pratiche.



Lettera di Madame Boursier alla figlia allieva ostetrica

"Sii umile, perchè le persone orgogliose non acquistano la fiducia di chi ha qualche segreto da nascondere. Non sperimentare alcuna cura che non ti sia stata insegnata, nè sul povero nè sul ricco, e di ogni rimedio assai che non sia stato provato su molti rechi alcun danno.

Rifiuta ogni bene della Terra, se è contrario all'onestà.

Le donne che devono partorire purtroppo sono spesso visitate da conoscenti che raccontano loro ogni sorta di disgrazie che possono capitare a chi partorisce, giungendo persino ad inventarne di nuove, e ciò è un grande danno per le poverette.

La donna gravida è come un grande vascello che ha bisogno di un buon timoniere: una saggia e attenta ostetrica.

Non preoccuparti se sentirai parlar male delle ostetriche e per questo non cessare di cercare la perfezione nella tua arte, che è sempre incomprendibile per coloro che non la conoscono; e non stupirti se incontri delle cattive ostetriche perchè esse diminuirà nè il sapere nè l'onore di quelle che portano degnamente questo nome.“

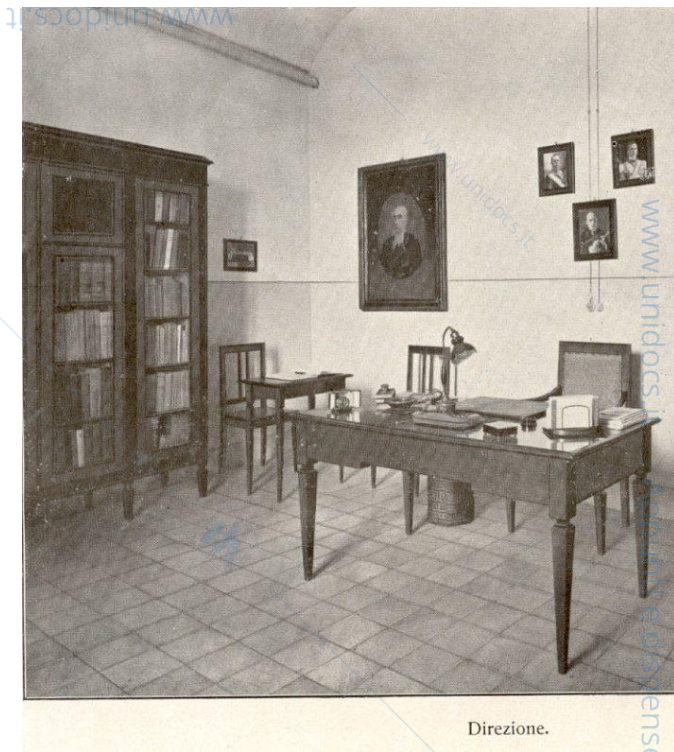
Sii dolce nella tua opera, perchè ciò è più utile della durezza: il dolore del parto è grande e perciò acconcediti a tutto il desiderio della paziente. Non affannarti mai se qualcosa non va per il suo verso: chi è padrone dei propri nervi può tutto e soprattutto quando le cose vanno al passo.

La natura opera delle meraviglie quando meno si pensa e, se esse è in difetto, la si deve aiutare, usando sempre la prudenza.”

LA FORMAZIONE OSTETRICA

Ma bisogna arrivare al 1720 per avere, ancora a Parigi, la istituzione della prima scuola per levatrici.

- Seguiranno Torino nel 1728
- Strasburgo nel 1737 Vienna nel 1746.
- Milano nel 1767 (cui fu annesso nel 1791 un convitto per le allieve provenienti dalla provincia),
- Bologna nel 1804 e, in seguito, in altre città d'Italia
- Camerino (Mc) nel 1845 aveva sede nel palazzo della Congregazione di Carità ed era molto apprezzata e conosciuta. Disponeva dei reparti di maternità, di un brefotrofo ed una ricca biblioteca. Posta sotto la vigilanza della Regia Università di Roma svolgeva anche un servizio permanente di Guardia Ostetrica. Fu soppressa con decreto ministeriale il 5 dicembre 2000]



Direzione.



Excursus storico de organizzazioni professionali sanitarie ostetriche

Il riconoscimento giuridico delle organizzazioni professionali delle categorie sanitarie, quali istituzioni di pubblica utilità, risale agli inizi del XX secolo.

Un primo progetto di istituzione degli ordini sanitari, proposto alla Camera dei Deputati l'11 dicembre 1908, decadde per fine della Legislatura, ma venne ripresentato al Senato il 28 marzo 1909 dal Presidente del Consiglio dei Ministri e Ministro per l'Interno Giovanni Giolitti



Nella relazione al disegno di legge veniva sottolineato

«l'alto valore dell'opera che i sanitari svolgono a beneficio della società con sacrificio proprio» e si rilevava che «lo Stato ha interesse a raccogliere i vari esercenti le professioni sanitarie in associazioni aventi carattere giuridico piuttosto che lasciarle costituite in associazioni libere, senza vincoli legali, talvolta in aperto contrasto con l'opera dello Stato e delle Pubbliche Amministrazioni».

Evidenziando il carattere pubblico delle organizzazioni professionali, nella relazione si diceva anche:

«L'interesse dei sanitari [di avere organi per la legale rappresentanza degli esercenti dell'arte salutare] coincide in ciò con l'interesse pubblico. Difatti è rispondente a criteri di pubblica utilità che la tutela degli interessi professionali si svolga nei limiti della legge secondo la via che da questa le viene indicata. E d'altra parte l'importanza già grandissima e sempre crescente assunta nella società moderna dalla protezione della pubblica salute non può che far considerare un vantaggio della collettività ogni istituzione diretta a garantire la regolarità e la correttezza nell'esercizio delle professioni sanitarie».

Il disegno di legge Giolitti, divenuto legge n° 455 del 10 luglio 1910, fu seguito dal Regolamento di esecuzione (R.D. n° 1022/1911) e si riferì soltanto alle organizzazioni professionali dei medici, dei farmacisti e dei veterinari. Non si ritrova traccia, in quell'epoca, di una organizzazione sanitaria, a carattere professionale, per le ostetriche, pur funzionando organizzazioni locali e settoriali animate da ostetriche volenterose.





Dopo la prima guerra mondiale, con l'avvento del fascismo e lo scioglimento dei partiti e dei sindacati, si ebbe la creazione di un sindacato nazionale fascista delle levatrici, con relativa Cassa di assistenza. Il sistema sindacale – corporativo fascista (e, con esso, il sindacato unico per ogni categoria) era stato istituito con Legge n° 563/1926.

Con il successivo R.D.L. n° 184/1935, gli ordini professionali furono soppressi ed i relativi compiti furono attribuiti ai sindacati di categoria già esistenti, tra cui anche quelli delle levatrici: l'albo delle levatrici fu costituito in ogni provincia con l'articolo 2 del predetto decreto.

Dopo la seconda guerra mondiale, abbattuto il regime fascista, con Decreto Luogotenenziale n° 369/1944 fu soppresso il sistema sindacale - corporativo e, con esso, furono sciolti anche i sindacati dei professionisti sanitari



Con la restaurazione del regime democratico, le ostetriche avvertono l'esigenza di darsi una organizzazione professionale che tuteli gli interessi della categoria.

Dopo la costituzione, nel 1944, del Collegio di Roma, un gruppo di ostetriche provenienti da varie parti d'Italia si riunisce a Roma il 27 maggio 1945 e dà vita ad un Comitato promotore per la costituzione di una Federazione che riorganizzi le ostetriche nelle province, recuperi il patrimonio del disciolto sindacato e della corrispondente Cassa di assistenza ed assuma la rappresentanza della categoria per la soluzione dei numerosi e vari problemi che la riguardano.

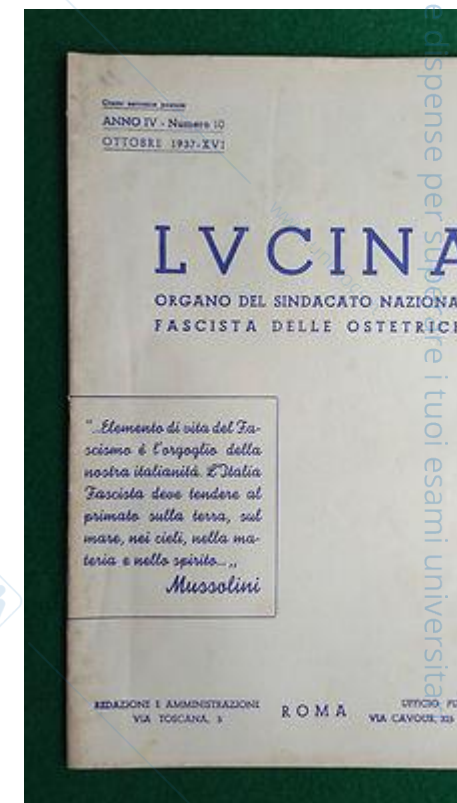
Il 28 giugno si ha la ratifica dello statuto della nascente organizzazione e, nel mese di gennaio del 1946, riprende le pubblicazioni "Lucina", organo della Federazione, già fondato nel 1934.

Art.32 Costituzione I

Approvata dall'Assemblea C
il 22 dicembre 194

In vigore dal 01 gennaio

La Repubblica tutela l
come diritto fondame
interesse della colle



Nello stesso anno viene emanato il D.L.C.P.S. 13 settembre 1946, n° 233, sulla **"Ricostituzione degli ordini delle professioni sanitarie e sulla disciplina delle professioni stesse"** cui segue il "Regolamento di esecuzione" approvato con D.P.R. n° 221/1950. Alla elaborazione di tale legge aveva partecipato attivamente anche la Federazione delle ostetriche in seno all'apposita Commissione nominata dall'A.C.I.S., Alto Commissariato Igiene e Sanità. Il decreto, con le successive modifiche, resta tuttora a fondamento della vita della Federazione e dei Collegi.



Quelle: Deutsche Fotothek

Il 4 - 5 - 6 novembre 1946 ha luogo a Roma un Congresso nazionale della categoria con la partecipazione delle rappresentanti di 45 Collegi provinciali e l'adesione di altri 23 Collegi, impossibilitati ad inviare proprie rappresentanti. Nell'ultima giornata, in sede di Consiglio Nazionale, viene eletto il primo Comitato Centrale.

La Federazione compie così i suoi primi passi promuovendo e curando l'organizzazione dei Collegi provinciali e partecipando anche alla ricostituzione della "Cassa nazionale di assistenza del sindacato delle levatrici" che poi verrà trasformata con D.P.R. del 13 aprile 1948 in "Ente nazionale di previdenza e assistenza"

Il  valore delle  ste

La Federazione ed i Collegi sono Enti di diritto pubblico, organi ausiliari della pubblica amministrazione. Essi svolgono la loro attività, gestita dalla stessa categoria, tramite rappresentanze direttamente e democraticamente elette ed a mezzo di organi istituzionali che rendono conto del proprio operato sia alla categoria stessa che agli organi tutori governativi determinati dalle norme vigenti. Dal 1946, oltre a Comitati Centrali democraticamente eletti, la Federazione Nazionale ha avuto anche due gestioni commissariali: la prima Commissione straordinaria ebbe le funzioni di Comitato Centrale tra la fine del 1960 e gli inizi del 1961; la seconda Commissione straordinaria svolse le sue funzioni nella primavera del 1967.



La vita democratica della Federazione si è concretata finora anche in Congressi Nazionali della categoria, iniziativa non prevista dalle norme istitutive, ma perciò stesso altamente significativa come momento ed occasione di incontro fra dirigenza ed iscritte. Questi Congressi hanno riunito, di volta in volta in diverse località d'Italia



Chi è l'ostetrica?

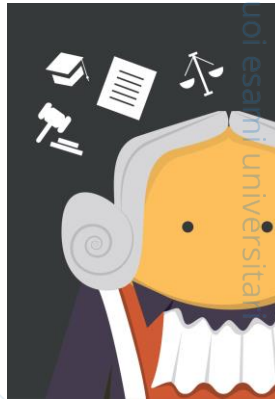


**Per la salute della
e della famiglia
in tutte le fasi del**

Decreto ministeriale istitutivo del profilo professionale di ostetrica/o

Alla professione di ostetrica/o, in virtù del ruolo rivestito nell'ambito del sistema di tutela della salute, è storicamente attribuito dallo Stato pieno riconoscimento giuridico.

Denominata levatrice fino al 1937 (RDL n. 1520), ostetrica sino al 1994 (D.M. 740 14.9.94) per divenire poi ostetrica/o, per l'accesso da parte degli uomini alla professione è avvenuta in concomitanza con l'emanazione della L. 9 dicembre 1977 n. 903 “Parità di trattamento tra uomini e donne in materia di lavoro”.

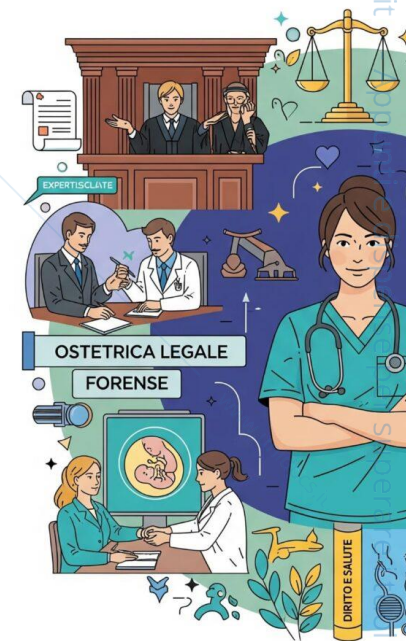


Con l'entrata in vigore delle L. 42/199 "Definizione delle professioni sanitarie" l'ostetrica ha perso la denominazione di professione sanitaria ausiliaria per divenire professione sanitaria (articolo 1 comma 1).

L'articolo 1 comma 2 della stessa legge *individua gli ambiti per la definizione del campo proprio di attività e di responsabilità dell'ostetrica nei contenuti del decreto ministeriale istitutivo del relativo profilo professionale dall'ordinamento didattico del rispettivo corso di diploma universitario e formazione *post-base*, nonché, dello specifico codice deontologico, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.*



L'abilitazione, ottenuta con il superamento dell'Esame di Stato, legittima l'ostetrica/o ad esercitare la propria professione in ambito ostetrico, ginecologico e neonatale come da declaratoria del SSD MED/47 “Scienze Ostetrico - ginecologiche e neonatali” in regime di dipendenza o libero professionale. Le attività riconosciute all'ostetrica sono quelle acquisite nel percorso formativo teorico e pratico (laurea in Ostetricia) e che, a loro volta, rispecchiano le competenze previste nel profilo professionale (DM740/94) ed implementate dai decreti legislativi del 2007 e del 2016 che recepiscono le Direttive della Comunità Europea.



Il D.Lgs 206/2007 "Attuazione della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento qualifiche professionali, nonché della direttiva 2006/100/CE che adegua determinate direttive sulla libera circolazione delle persone a seguito dell'adesione di Bulgaria e Romania", nello specifico all'articolo 48 tratta l'esercizio delle attività professionali ostetriche secondo cui "le ostetriche sono autorizzate all'esercizio delle seguenti attività:

1. *fornire una buona informazione e dare consigli per quanto concerne i problemi di pianificazione familiare;*
2. *accertare la gravidanza e in seguito sorvegliare la gravidanza diagnosticata come normale da un soggetto abilitato alla professione medica, effettuare gli esami necessari al controllo dell'evoluzione della gravidanza normale;*
3. *prescrivere gli esami necessari per la diagnosi quanto più precoce di gravidanza a rischio;*
4. *predisporre programmi di preparazione dei futuri genitori ai loro compiti, assicurare la preparazione completa al parto e fornire consigli in materia di igiene e di alimentazione;*
5. *assistere la partoriente durante il travaglio e sorvegliare lo stato del feto nell'utero con mezzi clinici e tecnici appropriati;*

6. *praticare il parto normale, quando si tratti di presentazione del vertex, compreso, se necessario, l'episiotomia e, in caso di urgenza, praticare il parto nel caso di presentazione podalica;*
7. *individuare nella madre o nel bambino i segni di anomalie che richiedono l'intervento di un medico e assistere quest'ultimo in caso d'intervento; prendere i provvedimenti d'urgenza che si impongono in assenza del medico e, in particolare, l'estrazione manuale della placenta seguita eventualmente dalla revisione uterina manuale;*
8. *esaminare il neonato e averne cura; prendere ogni iniziativa che s'imponga in caso di necessità e, eventualmente, praticare la rianimazione immediata;*
9. *assistere la partoriente, sorvegliare il puerperio e dare alla madre tutti i consigli necessari affinché possa allevare il neonato nel modo migliore;*
10. *praticare le cure prescritte da un medico;*
11. *redigere i necessari rapporti scritti.*



Il Decreto Legislativo 206/2007 è stato successivamente modificato dal decreto legislativo 28 gennaio 2016, n. 15: *“Attuazione della direttiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio, recante modifica della direttiva 2005/36/CE, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali e del regolamento (UE)n. 1024/2012, relativo alla cooperazione amministrativa attraverso il sistema di informazione mercato interno («Regolamento IMI»)»*.

In particolare, in riferimento alla professione

ostetrica gli articoli modificati da menzionare sono:

art. 35, art. 36 e art. 37



Ministero della Sanità

Art. 35: Modifiche all'articolo 46 del decreto legislativo 9 novembre 2007, n.206 sono apportate modifiche:

1. al comma 2, lettera a), la parola: "dieci" è sostituita dalla seguente: "dodici" e dopo le parole: "scolastica generale" sono inserite le seguenti: "o possesso di un certificato che attesti il superamento esame, di livello equivalente, per l'ammissione a una scuola di ostetricia";
2. al comma 3:- alla lettera a), le parole: "un'adeguata conoscenza" sono sostituite dalle seguenti: "una dettagliata" e dopo le parole "in special modo" sono inserite le seguenti: "delle scienze ostetriche,";
 - la lettera c) è sostituita dalla seguente: "c) conoscenza adeguata di nozioni di medicina generale (patologia, fisiologia, anatomia e fisiologia) e di farmacologia nel settore dell'ostetricia e per quanto riguarda nonché conoscenza dei nessi esistenti tra lo stato di salute e l'ambiente fisico e sociale dell'essere umano e il proprio comportamento;"
 - la lettera d) è sostituita dalla seguente: "d) esperienza adeguata acquisita presso istituzioni approvate per cui l'ostetrica è in grado di gestire l'assistenza prenatale, condurre il parto e le sue conseguenze in istituzioni controllate e controllare travaglio e nascita, assistenza postnatale e rianimazione neonatale in attesa dell'intervento di un medico";
 - alla lettera e), le parole: "la necessaria comprensione" sono sostituite dalle seguenti: "una conoscenza adeguata".

Art. 36, invece, include le modifiche all'articolo 47:

1. la lettera a) è sostituita dalla seguente: "a) una formazione a tempo pieno o a tempo parziale di durata complessiva di almeno tre anni, che possono essere anche espressi, in aggiunta, in crediti ECTS equivalenti, consistente in almeno **600 ore di formazione teorica e pratica**, di cui almeno un terzo della durata minima in pratica clinica diretta;"
2. alla lettera b) la parola: "o" è sostituita dalle seguenti: "che possono essere anche espressi, in aggiunta, in crediti ECTS equivalenti, consistenti in almeno";
3. alla lettera c), la parola: "o" è sostituita dalle seguenti: "che possono essere anche espressi, in aggiunta, in crediti ECTS equivalenti, consistente in almeno".



Art. 37 Modifiche all'articolo 48 del decreto legislativo 9 novembre 2007, n.206:

1. All'articolo 48, comma 2, lettera b), del decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206, le parole: "diagnosticata come" e le parole: "da un soggetto abilitato alla professione medica" sono soppresse.

Di seguito la riformulazione dell'articolo 48 operata dal D.Lgs 15/2016

1. b) accertare la gravidanza e in seguito sorvegliare la gravidanza diagnosticata come normale ~~da un soggetto abilitato alla professione medica~~, effettuare gli esami e i controlli necessari al controllo dell'evoluzione della gravidanza normale;





Una volta conseguita il titolo di laurea "abilitante", l'ostetrica/o ha l'obbligo di iscriversi al Ordine Professionale di competenza (dove o dove esercita) sia nel regime libero professionale sia nel regime di dipendenza presso strutture pubbliche o private .

L'articolo 5 del DLCPS del 13 settembre 1946, come modificato dall'articolo 1 della L. 3/2018, prevede per l'ostetrica che risiede e/o opera all'estero di mantenere l'iscrizione presso l'Ordine di origine (doppia iscrizione). L'articolo 12 della L. 3/2018 prevede per coloro che in corrono nel reato di esercizio abusivo delle professione da sei mesi a tre anni di reclusione e multe da 1000 a 50mila euro.

La mancata iscrizione vieta l'esercizio della professione che diviene ipso iure esercizio abusivo (art. 348 C.P.).

L'ostetrica/o appartiene al gruppo delle professioni intellettuali "riconosciute", cioè di quelle per il cui esercizio è obbligatoria l'iscrizione in appositi elenchi nominativi "Albi professionali".

Al professionista ostetrica/o si riconoscono i tre diritti fondamentali della professione intellettuale:

- 1. l'autonomia decisionale***
- 2. l'indipendenza culturale e operativa***
- 3. la responsabilità professionale***

In considerazione della loro rilevanza sociale e delle loro specifiche competenze, lo Stato tutela i cittadini a rivolgersi a chi esercita queste professioni, dette anche di "pubblica necessità".



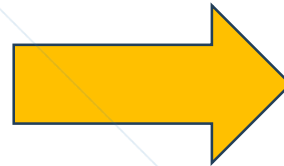
La peculiarità dell'intervento assistenziale dell'ostetrica/o è di promuovere e tutelare la salute olistica della donna, in campo sessuale/riproduttivo e dell'età evolutiva, rispetto agli eventi naturali/fisiologici relativi alle fasi del ciclo vitale: la vita intrauterina, la nascita, la pubertà/adolescenza, la gravidanza, il parto, il puerperio, l'età fertile, l'età matura, la menopausa/il climaterio. Parlare di salute olistica significa per l'ostetrica/o considerare la persona nella sua globalità, dove le componenti mente-corpo-cultura interagiscono tra loro intimamente.

Gli ambiti operativi di competenza dell'ostetrica/o sono l'area ginecologica, neonatale e ostetrica. In tali contesti si prende cura della persona sia da un punto di vista clinico (midwifery cure) che di supporto (midwifery care) nonché educativo/informativo (midwifery educator).

Di fronte alla domanda di salute inerente le manifestazioni naturali del ciclo della vita, l'ostetrica/o agisce in completa autonomia assumendosi la responsabilità dell'intervento assistenziale, mentre di fronte a situazioni potenzialmente patologiche deve chiedere il contributo del medico ed in sua assenza essere in grado di prestare le misure sanitarie le indispensabili per salvaguardare la vita della persona.

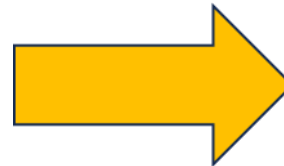


CORE COMPETENCE



D.M. 740/94

CORE CURRICULUM



**D.M. 509/99 E L. 251/2000
e ulteriori aggiornamenti**

CORE VALUES



CODICE DEONTOLOGICO 2005

Che cos'è la deontologia?

Il termine “deontologia” deriva
greco → participio passato di

τὸ δέον

“ciò che si deve fare”

Differenza con l'etica

L'etica → branca della filosofia

Etimologia → “èthos”

**ovvero comportamento dell'uomo in relazione
altri → si riferisce a tutte le condotte umane
presuppone una libera scelta**

LIBERA SCELTA *versus* DOVERE

Principi etici → il professionista può o non può porre in essere comportamenti → può o non può evitare di porre in essere comportamenti

Regole deontologiche → il professionista tenuto ad adottare o a evitare comportamenti

La deontologia professionale è guidata ispirata dall'etica ma determina comportamenti che devono essere seguiti e che caso contrario sono sanzionabili in applicazione del Codice Deontologico

PERCHÉ I GINECOLOGI NON DOVREBBERO MONITORARE LE OSTETRICHE O DARE ORDINI MEDICI QUANDO QUESTE ASSISTONO UN PARTO A BASSO RISCHIO?

Il lavoro delle ostetriche può vedersi influenzato o limitato quando si svolge in un ambiente altamente tecnico sono i ginecologi quelli che dettano le regole. Non disponiamo di ricerche dedicate specificamente a valutare il comportamento delle ostetriche nel lavorare in luoghi dove si è imposto un modello medicalizzato di assistenza possiamo citare uno dove si è messo a **confronto il tasso di interventi in un gruppo di 1.750 donne ammesse di ostetricia sotto la supervisione di medici di famiglia, con un gruppo di 2.800 donne assistite in un altro centro sotto la supervisione di ginecologi (Studio 4). Dopo aver preso in considerazione le differenze nei fattori di rischio, risultato ottenuto è che le donne assistite nel centro guidato dai ginecologi avevano quattro volte più probabilità di avere un cesareo e il 50% in più di probabilità di subire un'episiotomia.**

C'è anche uno studio pilota canadese sul lavoro delle ostetriche nel quale si mette a confronto il tasso di interventi in un gruppo di donne a basso rischio assistite da ostetriche con 373 assistite dai ginecologi (**Studio 5**).

Il numero di donne alle quali venne praticata una amniotomia era inferiore nel primo gruppo (33% contro 47%) e l'uso di epidurale (34% contro 49%). Gli autori hanno osservato che questi risultati sottovalutano le difficoltà di ottenere buoni risultati sotto un controllo medico per ottenere risultati ottimali.

4 – Hueston WJ. & Rudy M. "Differences in labor and delivery experience in family physician -and obstetrician- supervised teaching services". *Family Medicine* 1995; 27(3): 182-87.

5 – Kaufman K. & McDonald H. "A retrospective evaluation of a model of midwifery care". *Birth*, 1988; 15(2): 95-99.

GINECOLOGI

Sono chirurghi specializzati nelle patologie degli organi riproduttivi della donna.

La loro formazione è orientata all'intervento per risolvere dei problemi. La loro specializzazione in casi ad alto rischio spesso viene messa in campo anche nelle gravidanze a basso rischio, cosa che non fa bene e può causare danni considerevoli.

I loro interventi sono spesso invasivi e comportano rischi che rendono necessario valutare attentamente il rapporto rischio / beneficio.

Il loro lavoro si concentra su aspetti specifici della salute delle donne.

OSTETRICHE

Sono specialiste nella fisiologia del parto e la loro formazione ha lo scopo di preservarla. Integrano gli aspetti psicologici e sociali nell'assistenza.

Invece di intervenire, la loro formazione è volta a preservare la normalità del parto e sostenere la madre.

Hanno un vasto repertorio di misure semplici e non invasive per risolvere i problemi che possono sorgere. Offrono un'attenzione flessibile e individualizzata.

Hanno una prospettiva globale della salute delle donne essendo esperte in aspetti come la depressione post-partum, l'allattamento al seno o la menopausa.

Fuente: Coer H., *The Thinking Woman's Guide to a Better Birth*, TarcherPerigee; Revised edition (1999)

Il Codice Deontologico

Il Codice Deontologico è un testo normativo che elenca tutte le regole di cui alle quali un gruppo professionale deve attenersi nell'esercizio della professione

Queste norme sono ispirate dall'etica e dalla morale che sono in costante evoluzione → per questo i Codici Deontologici subiscono variazioni ed aggiornamenti in base seconda dei contesti culturali nei quali operano

Le norme deontologiche non vanno però confuse con le regole di costume e di educazione e di stile poiché queste ultime non hanno alcun contenuto preciso e esauriscono nella sfera dell'interiorità di ogni singolo soggetto

Il Codice Deontologico contempla di contro il complesso dei principi e delle regole che disciplinano particolari comportamenti - non di carattere tecnico - del professionista collegato all'esercizio della professione e all'appartenenza all'Ordine Professionale

Le conseguenze dell'inosservanza delle norme deontologiche

L'inadempimento del professionista ai propri doveri professionali - compresa l'osservanza delle regole deontologiche - configura una responsabilità che può essere civile, disciplinare in relazione ai precetti violati

Un medesimo fatto può essere valutato sotto diversi profili per determinare

- **una responsabilità civile**
- **una responsabilità disciplinare**
- **una responsabilità penale**



CODICE DEONTOLOGICO DELL'OSTETRICA/O

Approvato dal Consiglio Nazionale nella seduta del 19 giugno 2010 con integrazioni/revisioni approvate dal Consiglio Nazionale nella seduta del 5 luglio 2014, con nuove integrazioni proposte nella seduta del 28 e 29 luglio 2017 ed approvate dal Consiglio Nazionale del 18 novembre 2017

1. PREMESSA

1.1

L'ostetrica/o è il professionista sanitario abilitato e responsabile dell'assistenza ostetrica, ginecologica e neonatale; la sua attività si fonda sulla libertà e l'indipendenza della professione.

1.2

L'ostetrica/o riconosce la centralità della donna, della coppia, del neonato, del bambino, della famiglia e della collettività ed attua interventi adeguati ai bisogni di salute, nell'esercizio delle funzioni di sua competenza per la prevenzione, cura, salvaguardia e recupero della salute individuale e collettiva.

1.3

L'assistenza garantita dall'ostetrica/o, si integra con le attività degli altri professionisti, attraverso interventi specifici di natura intellettuale e tecnico-scientifica, in ambito assistenziale, relazionale, educativo e gestionale, svolti con responsabilità, in autonomia e/o in collaborazione con altri professionisti sanitari.

1.4

Nell'esercizio dell'attività professionale l'ostetrica/o si attiene alle conoscenze scientifiche e agisce nel rispetto dei principi fondamentali della qualità dell'assistenza e delle disposizioni normative che regolano le funzioni di sua competenza, al fine di assicurare l'appropriatezza, l'equità e la sicurezza delle cure.

1.5

L'ostetrica/o, responsabile della formazione e dell'aggiornamento del proprio profilo professionale, promuove e realizza in autonomia e in collaborazione la ricerca di settore.

1.6

Nell'esercizio dell'attività professionale l'ostetrica/o si attiene ai principi del codice deontologico ed alle normative vigenti in materia di Trasparenza ed Anticorruzione.

2. PRINCIPI GENERALI

2.1

L'ostetrica/o presta assistenza rispettando la dignità e la libertà della persona promuovendone la consapevolezza in funzione dei valori etici, religiosi e culturali, nonché, delle condizioni sociali nella esclusiva salvaguardia della salute degli assistiti.

2.2

Il comportamento dell'ostetrica/o si fonda sul rispetto dei diritti umani universali, dei principi di etica clinica e dei principi deontologici della professione.

1. Premessa
2. Principi Generali
3. RAPPORTI CON LA PERSONA ASSISTITA
4. RAPPORTI CON COLLEGHE/I E ALTRI PROFESSIONISTI E OPERATORI SANITARI
5. 5. RAPPORTI CON LE ISTITUZIONI SANITARIE E CON IL COLLEGIO
6. DISPOSIZIONI CONCLUSIVE

Ultime modifiche approvate nel Consiglio Nazionale del 18 novembre 2017.

Il termine **MIDWIFERY**

è usato universalmente per definire la disciplina ostetrica che viene riconosciuta nel Settore MED/47 (Scienze Infermieristiche Ostetrico-Ginecologiche e Neonatali).



Midwifery

è un termine che risale al 1483 e sta a significare *tutto ciò che riguardava l'ostetrica e l'arte ostetrica.*

È una parola che trae origine da *midwife*, vocabolo che nei paesi anglosassoni individua colei che segue e controlla la gravidanza e assiste il parto. In Italia letteralmente significa *“con la donna”*.

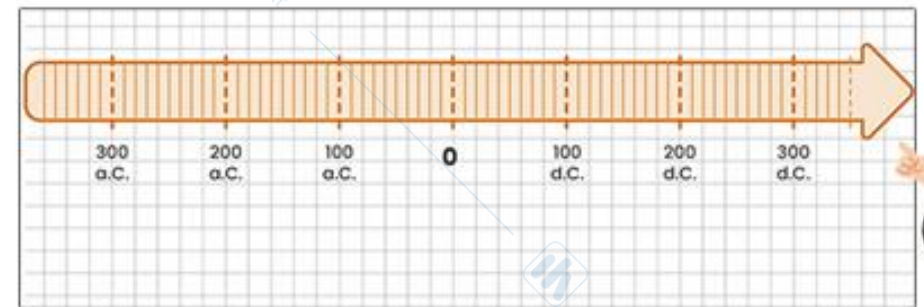


Il settore si interessa dell'attività scientifica e didattico-formativa, nonché dell'attività assistenziale ad essa congrua; il settore ha specifici ambiti di competenza nella teoria, nella metodologia della ricerca e dell'assistenza ostetrica, neonatale e ginecologica e nella metodologia e organizzazione della professione del settore.



NEL CORSO DEI SECOLI

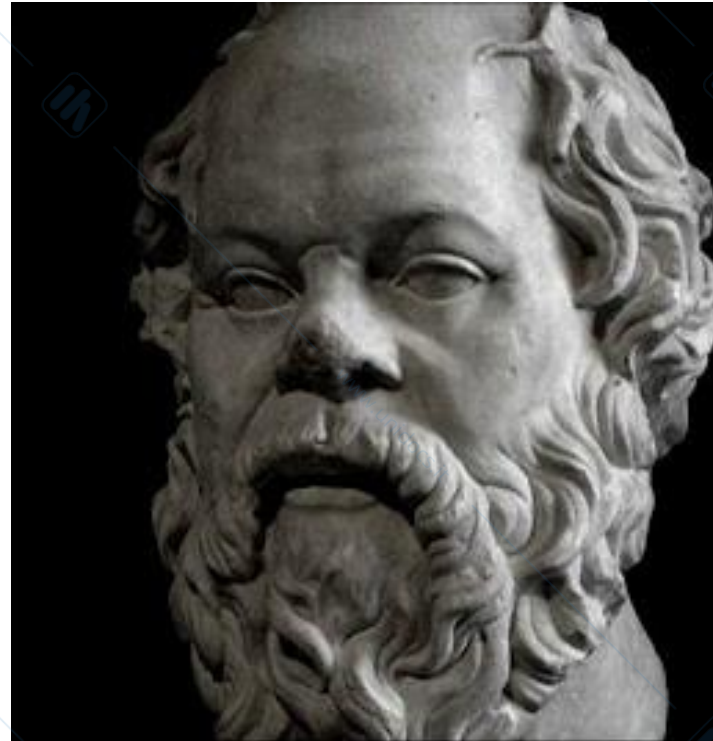
ha assunto un significato più ampio, ed indica, attualmente, la *combinazione delle conoscenze empiriche e teorico-pratiche (sapere delle abilità (fare) e degli atteggiamenti (saper essere) peculiari o professione di ostetrica/o, inerenti l'arte e la scienza dell'assistenza ostetrica.*



LA LINEA DEL TEMPO

LA MIDWIFERY

come scienza è formata da un vasto insieme di conoscenze scientifiche, concetti, nozioni, principi generali, leggi, teorie, modelli, schemi di riferimento e tecniche-metodologie che costituiscono il sapere di fondo dell'ostetrica/o, collegati tra loro in modo razionale. Si tratta di un sapere che nel tempo si è accumulato, trasformato, consolidato in quanto sostenuto da evidenze scientifiche.



È sapiente solo chi sa di no
Chi s'illude di sapere ig
perfino la sua stessa i

IL TERMINE MIDWIFERY

Ha lo scopo di legittimare anche in Italia la disciplina ostetrica con lo scopo di :

- **TUTELARE E VALORIZZARE UNA PROPRIA IDENTITA' CULTURALE E PROFESSIONALE**

Per l'ostetrica è uno strumento di strategia atto a legittimare una propria origine e storia, un proprio ambito disciplinare, uno specifico professionale, un ambito operativo, autonomo e una propria responsabilità;

- **GARANTIRE UNA COMUNICAZIONE OMOGENEA A LIVELLO MONDIALE.**

Midwifery è la parola chiave utilizzata a livello mondiale per definire tutto ciò che riguarda

l'ostetrica/o, l'assistenza e la cultura ostetrica, comprese la ricerca e la letteratura scientifica.



LA MIDWIFERY

- è scienza empirica e reale della natura, nonché scienza dell'uomo, che raccoglie in sé tutto il *“sapere sistematico e organizzato, diretto a formulare una conoscenza rigorosa del mondo dei naturali relativi **al ciclo sessuale della donna**: età fertile, gravidanza, parto, puerperio e meno. Queste conoscenze scientifiche includono sia il versante biologico che umanistico”*.



TEORIA DEL CICLO VI

Persona
Crisi
Adattamento
Crescita
Sviluppo
Evoluzione

Fenomeni
Esperienze
Passaggi



Teorie

- dei bisogni
- olistica
- sistemi
- adattamento
- crescita e sviluppo

Tutela la salute della donna nelle fasi del ciclo della vita in ogni ambiente

INTUITO

Storia dell'arte ostetrica esperienza intuitiva (visione immediata di una realtà non evidente) intelligenza acuta e particolare perspicacia che accompagnano la conoscenza e che arricchiscono l'osservazione e la pratica .
«Sesto Senso» un'attitudine naturale in grado di far individuare i bisogni dell'individuo.

Il compito dell'ostetrica è delicatissimo, esso richiede abilità e acuta intelligenza. La bravura dell'ostetrica non consiste solo nel provvedere a rimuovere sollecitamente gli ostacoli, ma nel prevenire che gli ostacoli insorgano.
(Aristotele)

L'INTUIZIONE COME SAPERE AUTOREVOLE NELLA PRATICA OSTETRICA ANCHE NEL PARTO A DOMICILIO.

TEMA CENTRALE NELL'ANTROPOLOGIA MEDICA E NELL'OSTETRICIA
Due modelli di assistenza alla nascita

The diagram features a central pink arrow pointing downwards from the main text. From the base of this arrow, two other arrows branch out: a yellow arrow pointing towards the left and a blue arrow pointing towards the right. These arrows point to two rectangular boxes with blue borders. The left box contains text about human connection and an holistic model, while the right box contains text about a technocratic and hyper-medicalized model.

**LA CONNESSIONE UMANA
E L'INTUIZIONE**

L'Intuizione come Sapere
Autorevole

MODELLO OLISTICO

**TECNOCRATICO E
IPER-MEDICALIZZATO**

PREVALENTE STORICAMENTE
NEGLI STATI UNITI.

MODELLO TECNOCRATICO

LA CONNESSIONE UMANA E L'INTUIZIONE

Intuizione come sapere autorevole → **valore della connessione intima ampiamente studiato dall'antropologa americana Davis-Floyd, che concettualizza i due modelli di nascita: Tecnoocratico e Olistico (o Biorituale).**

Sapere Autorevole: → **Questo termine, come definito anche dall'antropologa Brigitte Jordan, si riferisce alle conoscenze in una data comunità di pratiche (come le ostetriche tradizionali o che operano al di fuori del contesto strettamente ospedaliero) vengono considerate vere, valide e degne di essere agite.**

Nel modello olistico, questo sapere non deriva solo da dati strumentali, ma anche da:

- **Conoscenza Interiore e Intuizione dell'Ostetrica:** Basata sull'esperienza corporea, sull'osservazione sottile e sull'ascolto della donna e del suo processo.
- **Connessione Intima:** Il "dolce scambio del respiro e del sudore, del tocco e dello sguardo" il fondamento di un'assistenza sulla relazione e sull'empatia.

Evidenze Scientifiche sulla Continuità Assistenziale: La scienza moderna supporta l'importanza di una forte connessione. Numerose revisioni sistematiche (spesso condotte dalla Cochrane) sul tema della "Continuità dell'Assistenza Ostetrica" (che è seguita da un piccolo gruppo di ostetriche o da una sola professionista per tutto il percorso) hanno dimostrato risultati significativi.

- **Esiti Migliori:** Minori tassi di parto cesareo, parto strumentale, induzione del travaglio ed episiotomia.
- **Soddisfazione Materna:** Maggiore percezione di controllo, esperienze del parto più positive e maggiore frequenza e durata dell'allattamento al seno.
- **Meccanismo:** Si ritiene che la fiducia e il rispetto reciproco, facilitati da questa connessione e continuità, riducano lo stress influenzando positivamente il rilascio di ossitocina, l'ormone chiave per un travaglio fisiologico.

MODELLO TECNOCRATICO

La descrizione della "fredda penetrazione degli aghi" (riferimento all'analgesia epidurale) e "distante interpretazione delle linee di un grafico" (riferimento al Monitoraggio Fetale Cont CTG) simboleggia l'egemonia del Modello Tecnocratico di assistenza negli Stati Uniti (e in molte nazioni occidentali).

Medicalizzazione della Nascita: Questo modello tende a vedere il parto come un **evento intrinsecamente patologico o ad alto rischio** che deve essere gestito e controllato attraverso **tecnologia** e le **procedure mediche**.

Controllo Razionale: L'obiettivo è esercitare un **controllo razionale** sul processo, oggettivando (il feto diventa visibile e controllabile attraverso la tecnologia, ma la donna è resa "invisibile e impossibile da ascoltare").

Rischio di Iper-Medicalizzazione e Violenza Ostetrica: L'uso routinario di tecnologie e interventi (spesso introdotti senza solide prove di efficacia iniziale) può portare a una **cascata di interventi**: monitoraggio continuo → immobilizzazione → dolore più intenso → epidurale → possibile rallentamento → ossitocina sintetica → maggiore rischio di parto strumentale o cesareo).

Questo approccio, quando manca di empatia e comunicazione, contribuisce alla **de-umanizzazione del parto** e può sfociare nella **violenza ostetrica**, un'espressione del deficit di umanizzazione dell'assistenza sanitaria che si concentra sull'urgenza di un "esito positivo" (inteso come sicurezza clinica) a discapito della dimensione relazionale e psicologica della madre.

La tensione tra la **scienza relazionale** e la **scienza tecnologica** (l'affidamento esclusivo a strumenti e procedure).

Il movimento per l'**umanizzazione del parto** è un tentativo globale di reintegrare i benefici di entrambi i mondi, mettendo le **esigenze e i valori della donna** al centro delle decisioni cliniche, come sostenuto dalle linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per una cura appropriata e rispettosa. E ribadiscono che la "cura di routine dovrebbe sostenere la normalità del processo di nascita" e sconsigliano l'uso routinario di molti interventi comuni (come l'episiotomia, la rottura artificiale delle membrane, il monitoraggio continuo in donne a basso rischio) perché non migliorano gli esiti e aumentano il rischio di effetti a cascata.

VALORI DEONTOLOGICI. MODELLO TRADIZIONALE DI OSTETRICA

- Beneficità
- Osservanza del codice
- Tutela della salute
- Operare secondo scienza e coscienza
- Formazione permanente personale
- Solidarietà umana
- Salvaguardare la dignità e il decoro professionale
- Concorrenza leale tra colleghi
- Rispettare i diritti dell'uomo
- Rispetto del segreto professionale



Modello post moderno di ostetrica/o

Insieme di valori che influenzano i modelli teorici della disciplina ostetrica

- **Visione olistica della persona:** teoria per cui l'organismo è un tutto un superamento della semplice somma delle parti; interezza dell'individuo dove ogni parte è dipendente l'una dall'altra e coordinata in modo sistemico.
- Unità madre-feto, madre-neonato, madre- padre-neonato.



- Unicità dell'individuo
- Assistenza sanitaria globale (*personalizzata, continuata attraverso promozione della salute, prevenzione, diagnosi, cura, recupero delle funzioni*)
- Approccio globale dei bisogni della persona (*fisici, psicologici, sociali o legati all'ambiente, aspettative, desideri, necessità, preferenze, sensazioni, valori, emozioni*) atteggiamenti manifestati dalle donne nei momenti di trasformazione più importanti: *confidare, confidarsi, affidarsi, fidarsi*
- Omeostasi e adattamento
- *Capacità di mantenere l'equilibrio omeostatico durante l'intervento, vigilare assecondare e mantenere le caratteristiche dell'ambiente interno, aiutare la persona a reagire ed adattarsi agli eventi stressogeni, ai cambiamenti e a tutto ciò che può interferire sullo stato di salute e benessere.*
- Centralità della donna (*punto focale dell'assistenza dell'ostetrica ma anche protagonista a attiva*)
- Approccio sistemico
- *Accompagnamento (ostetrica come riferimento e sostegno per la donna, la coppia e la famiglia)*
- *Creatività (legato all'essere fantasiosi e quindi disposti al confronto al miglioramento, al cambiamento e a l'innovazione continuo).*

Empowerment

È l'elemento fondamentale della relazione d'aiuto (alleanza), ridefinisce i ruoli e le responsabilità, attribuisce consapevolezza, permette espressione di consenso e autorizzazione.

Si contrappone alla **compliance** perché presuppone una funzione centrale, decisioni e scelte da parte della persona assistita.

La donna sceglie, acconsente e richiede di esprimere e realizzare la sua volontà nelle decisioni che orientano il processo assistenziale.

L'ostetrica abbandona atteggiamenti prescrittivi e direttivi ed assume stili relazionali partecipativi che privilegiano il ruolo di guida e supporto nell'attivazione di risorse e potenzialità proprie della donna per la gestione della sua salute.

MIGLIORAMENTO DELLE CURE OSTETRICHE

L'ostetrica deve aggiornare e mantenere elevate le conoscenze/competenze tecnico –pratica, relazionale e organizzativa per garantire **appropriatezza, efficacia** (intervento adeguato secondo EBO, personalizzato), **Efficienza** (gestione di tempi, modalità, risorse e strumenti) al fine di assicurare il benessere della persona in termini di esti di salute, **accessibilità** per permettere le cure necessarie a tutti i soggetti che fanno richiesta del suo intervento .

Imperativo etico miglioramento della qualità degli interventi

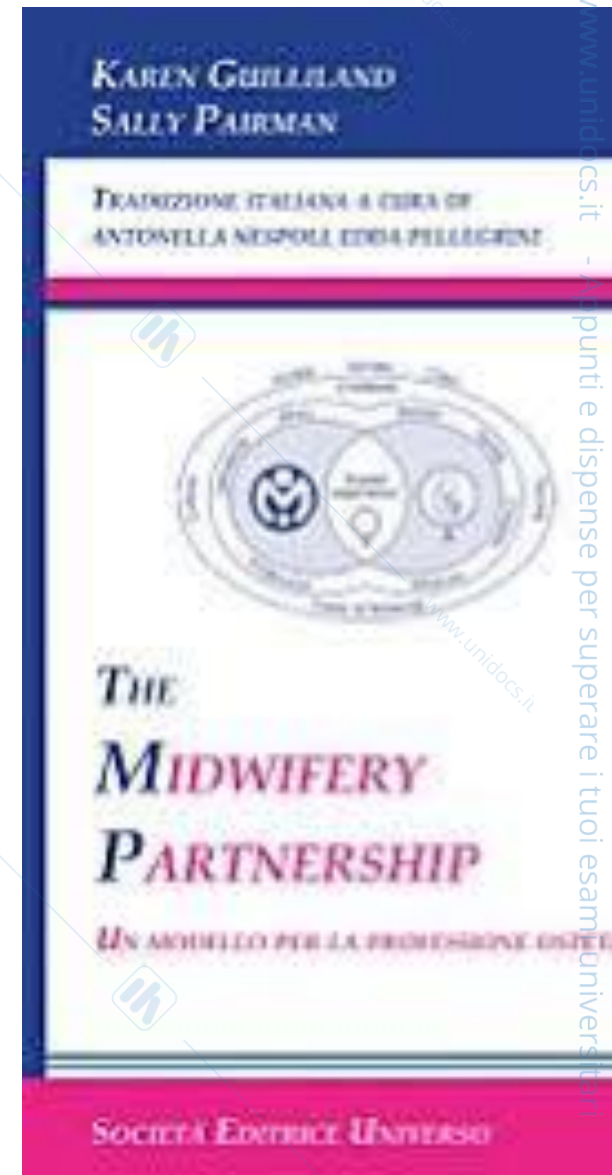


Midwifery Partnership Model

IL MODELLO

Descrive gli aspetti chiave delle relazioni tra le donne e le ostetriche; tali aspetti furono elaborati durante il cambiamento del contesto dell'assistenza ostetrica in Nuova Zelanda agli inizi degli anni 90 e diedero avvio alla legislazione istituita nel 1990 che favorì la reintegrazione dell'autonomia ostetrica.

Consentire alle ostetriche di esercitare sotto la propria responsabilità ed erogare assistenza ostetrica alle donne attraverso il concetto del continuum della nascita.



MODELLI OSTETRICI

il modello concettuale ostetrico della
Midwifery Partnership elaborato a fine anni 90
in Nuova Zelanda da due ostetriche

Guilliland e Pairman

il cui concetto principale è proprio l'alleanza
tra donna e ostetrica per la migliore nascita.



IL TERMINE "PARTNERSHIP"

Sta a sottolineare quanto la relazione donna-ostetrica deve essere paritaria e negoziata;

ne consegue che la Partnership aumenta la possibilità di consolidazione e rafforzamento di entrambe i partecipanti della relazione stessa:
le donne e le ostetriche.



LA MIDWIFERY PARTNER

riconosce l'individualità di ogni partner
differenze come persone,
le differenti esperienze e priorità

Tale relazione richiede partecipazione
entrambe le parti e chiarezza
nella comunicazione

I principi filosofici sono:

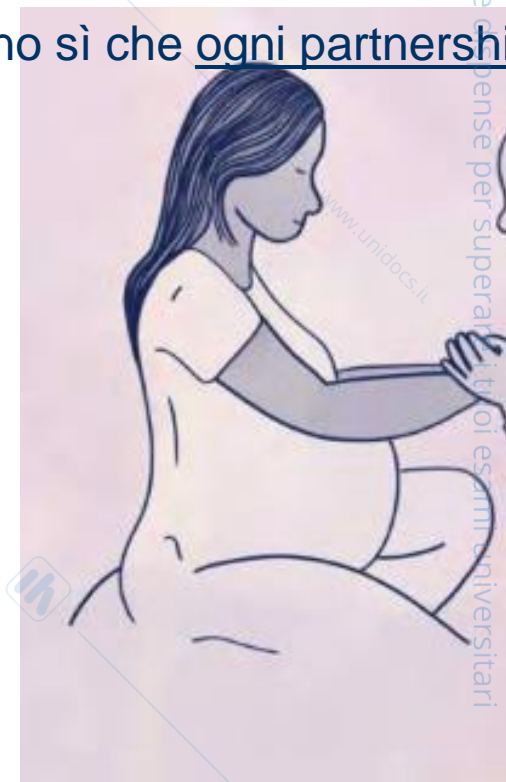
- gravidanza e nascita sono eventi normali della vita
- l'ostetrica è una professione indipendente e autonoma
- l'ostetrica fornisce la continuità dell'assistenza
- l'ostetrica è women-centred



ALCUNI PUNTI FONDAMENTALI DEL MODELLO:

Esistono due partecipanti nella Midwifery Partnership: l'ostetrica e la donna

- La relazione donna-ostetrica che si instaura è paritaria, non gerarchica: questa relazione è sempre differente dalle tradizionali relazioni gerarchiche tra i professionisti della salute e i pazienti, dove i professionisti della salute sono visti come "esperti" e i pazienti considerati "sudditi".
- La Midwifery Partnership riconosce l'individualità di ogni partner, le loro differenze come persone, le loro esperienze e priorità.
- Ogni ostetrica e ogni donna utilizzano differenti dimensioni nella relazione e fanno sì che ogni partnership essera differente.



IL MODELLO DELLA MIDWIFERY PARTNERSHIP

- vuole essere una guida alle ostetriche che vogliono sviluppare partnership con le donne e i concetti discussi sono un punto di partenza per una riflessione sulla clinica e per apprendere riguardo al lavorare in partnership
- “Una significativa sfida che riveste oggi l’ostetricia è quella di riconoscere la complessità e l’incertezza
 - della nascita e riconoscere essa come
 - **“eccezionalmente normale”**
 - piuttosto che attendere la patologia

(Downe 2004)



MIDWIFERY PARTNERSHIP

Teoria sviluppata in Nuova Zelanda negli anni '90

BACKGROUND STORICO E SOCIALE

- Spostamento del luogo del parto (anni '70)
- Accorpamento e subordinazione dell'ostetrica alla figura infermieristica (anni '70 – '80)



Presenza di coscienza di ostetriche e donne che la professione ostetrica doveva essere tutelata perché unica nel suo genere (anni '80)

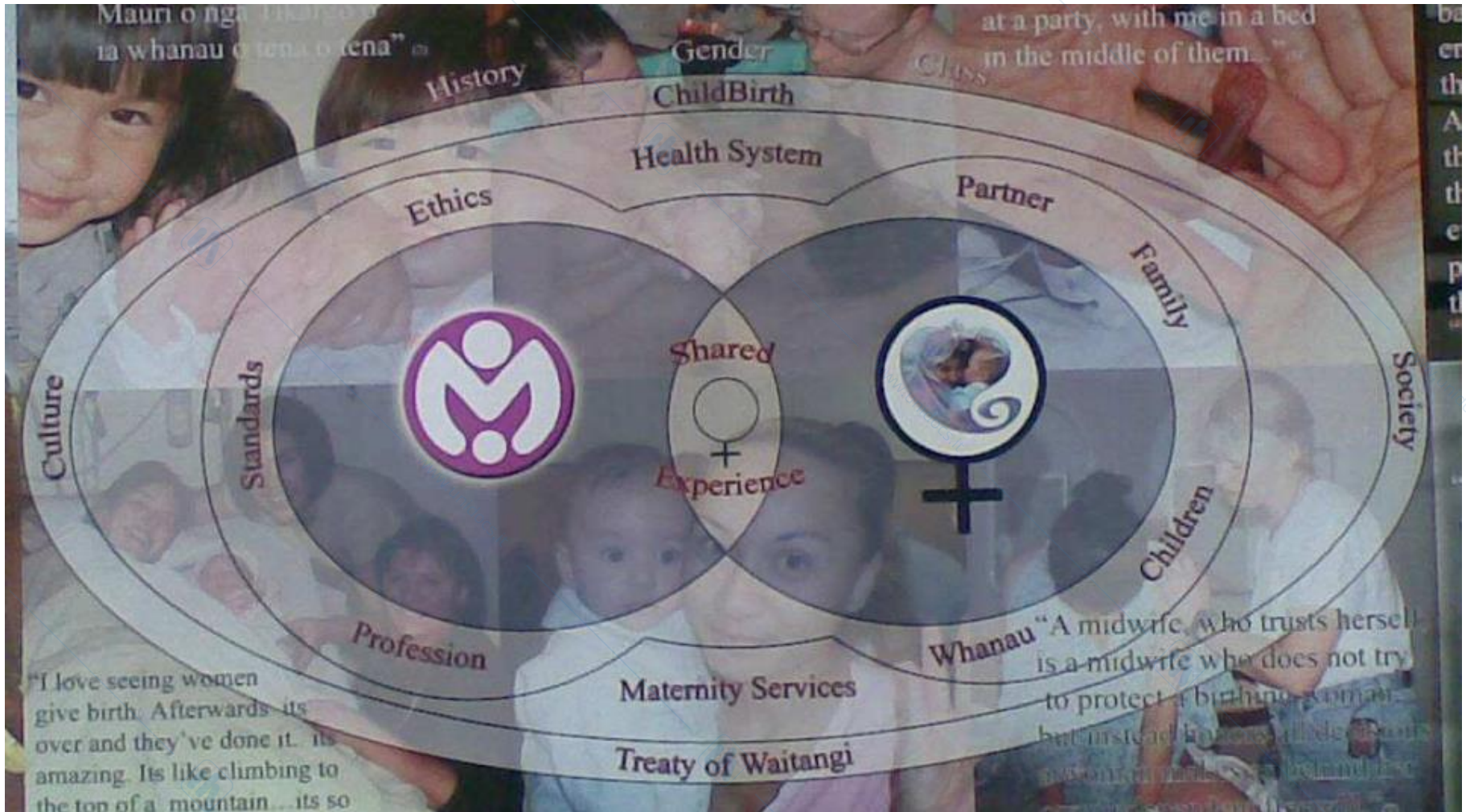


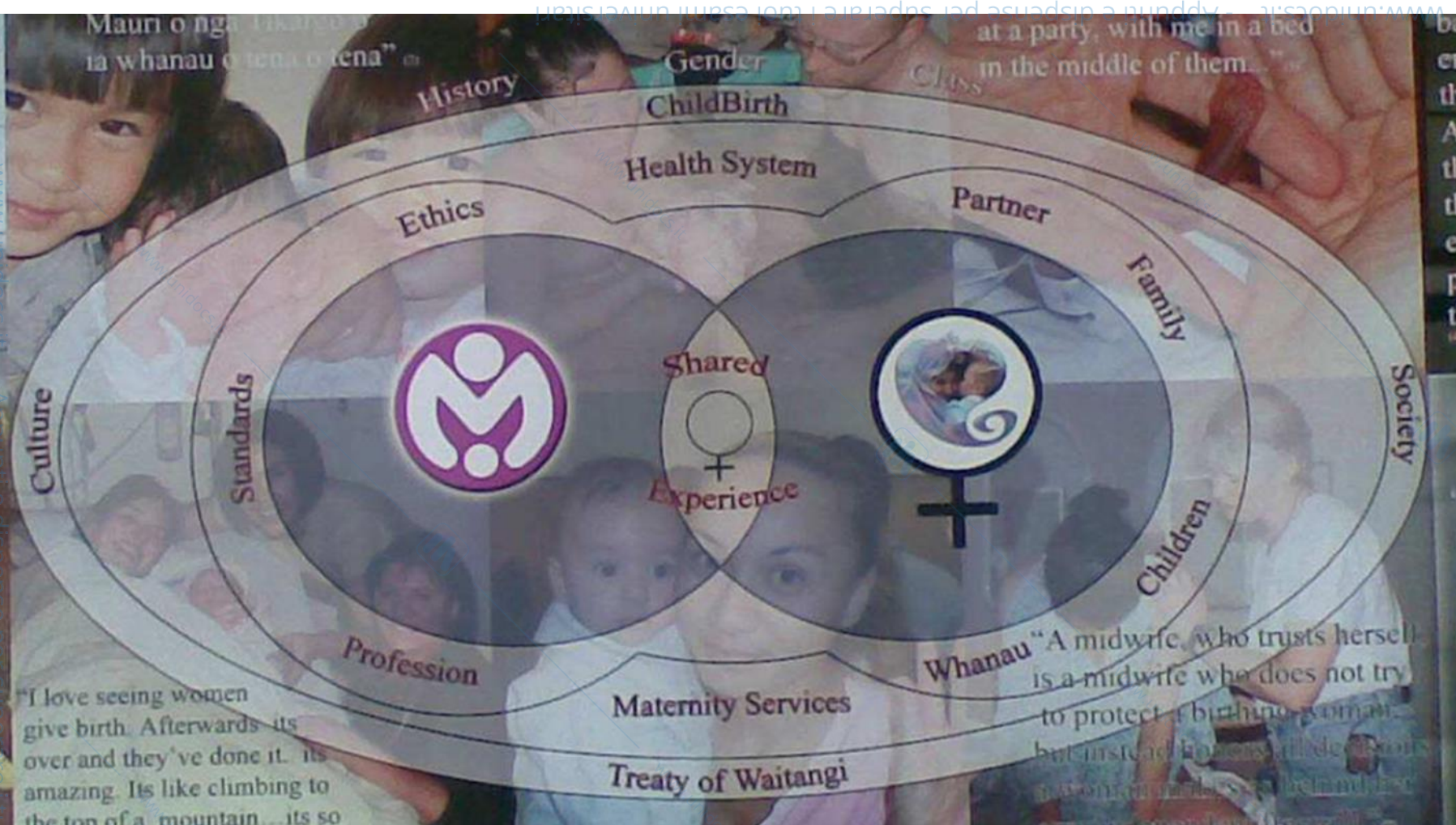
In sinergia donne e ostetriche collaborano a progetti e ottengono dal parlamento l'emanazione di leggi a tutela della figura ostetrica (anni '80 – '90)



IL MODELLO

è rappresentato graficamente da due cerchi uguali e intersecanti uno della donna e uno dell'ostetrica che delimitano un centro che descrive l'esperienza di partecipazione comune nella gravidanza, travaglio, nascita, post nascita.





dei cerchi sono rappresentati:

- lo spazio della donna, che è sua volta il frutto del suo spazio di provenienza, il suo partner e i suoi bambini, la sua esperienza di madre. E' il bagaglio di conoscenze, di gravidanza e di conseguenza nella relazione con il partner e l'ostetrica.
- lo spazio dell'ostetrica, che è a sua volta il frutto del suo gruppo professionale e porta nella relazione con la donna, il suo bagaglio stabilito, l'etica professionale e l'iscrizione in un ordine professionale.

Entrambi i cerchi sono contenuti in un contesto più ampio che rappresenta il contesto di vita reale della donna: storia, genere e cultura

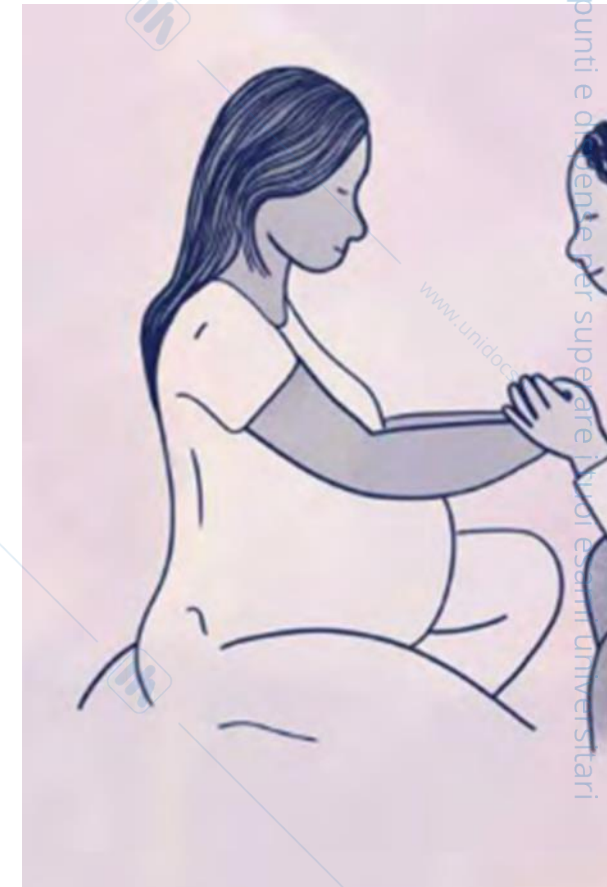
1. PARTNERSHIP

La gravidanza e il parto sono normali eventi

Il ruolo dell'ostetrica è di **proteggere e sostenere** questo processo e di bilanciare naturalità e sicurezza

mentre

la donna diventa **libera** di vivere la gravidanza e la maternità senza imposizioni esterne



2. UGUAGLIANZA

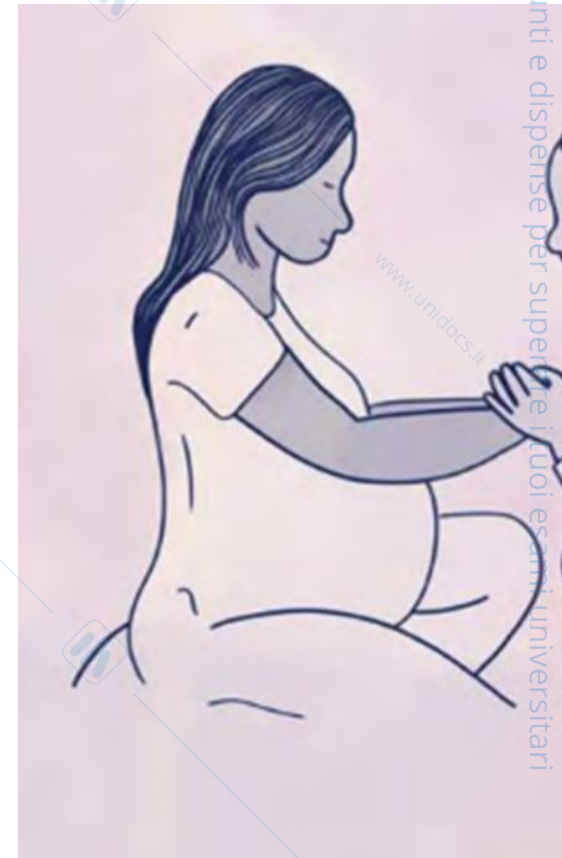
L'ostetrica opera per raggiungere una relazione di uguaglianza con la donna che sta assistendo

In una relazione di partnership la donna e l'ostetrica si ascoltano l'un l'altra, **comunicano apertamente**, negoziano differenze ed arrivano a comuni comprensioni.

Sia la donna che l'ostetrica sono **"esperte"**, in quanto portatrici della propria esperienza che condividono

quindi

Entrambe le Partner **esercitano potere**, contribuiscono **attivamente** alla relazione e partecipano entrambe alla negoziazione riguardo all'evolversi della relazione



3. RECIPROCIITÀ

Reciprocità quando si condividono le conoscenze, il potere, le responsabilità e le decisioni.

Non c'è un modo giusto o sbagliato di essere in partnership



necessaria la **volontà** da entrambe le parti di far crescere la relazione e giungere ai benefici attesi

Non ci sono vincoli di luogo o forma nel creare questa relazione di reciprocità

quindi

essa è **sempre possibile**, a prescindere dal contesto assistenziale in cui esercita l'ostetrica.



4. SCELTA INFORMATA

La scelta informata è alla base dell'empowerment.

Responsabilità dell'ostetrica è di garantire **adeguate informazioni** per consentire alla donna di compiere una **scelta informata** e di prendere una decisione.



Il processo è rafforzato quando la donna ha avuto tempo di conoscere l'ostetrica, scambiare informazioni con lei e discutere le proprie decisioni



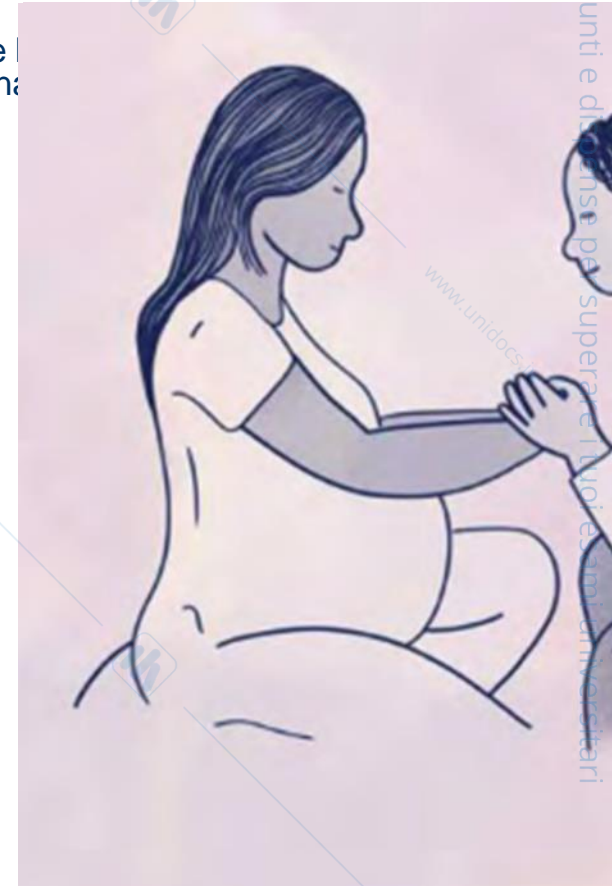
5. EMPOWERMENT

rafforzare l'empowerment della donna

Significa fornire alla donna l'opportunità e le risorse per aumentare la sua **autostima, autonomia e responsabilità** nell'esercitare il proprio potere.



processo di abilitazione nel quale entrambe sostengono l'una con l'altra, nell'esercizio del loro personale potere, senza una sproporzionata prevaricazione sull'altra.

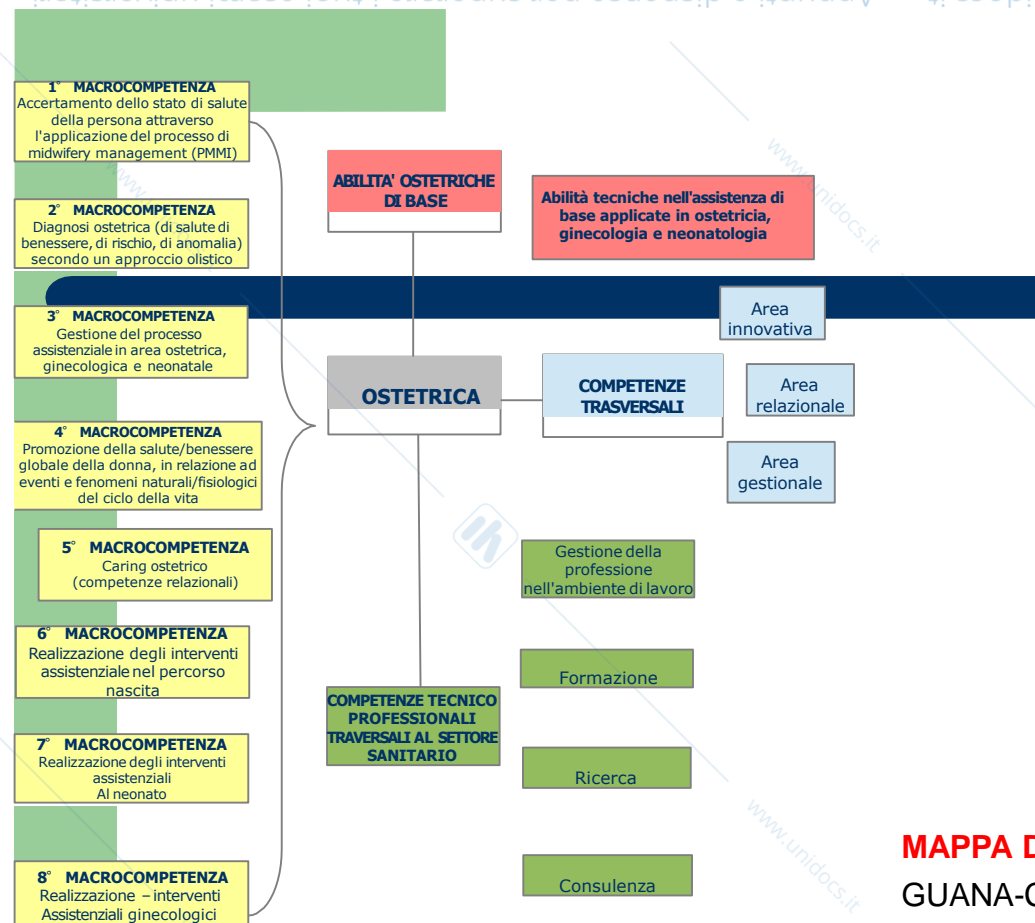


Importante il concetto di continuità

che sottolinea il cammino che viene fatto insieme dove solo il tempo rende possibile la conoscenza e quindi lo scambio e la

L'ostetrica oggi è chiamata non più a dirigere, ma a lavorare "con" la donna nel supportarla e nel farle prendere forza; nel controllo della propria esperienza di nascita e la capacità di sentirsi sicura nel suo nuovo ruolo di madre.





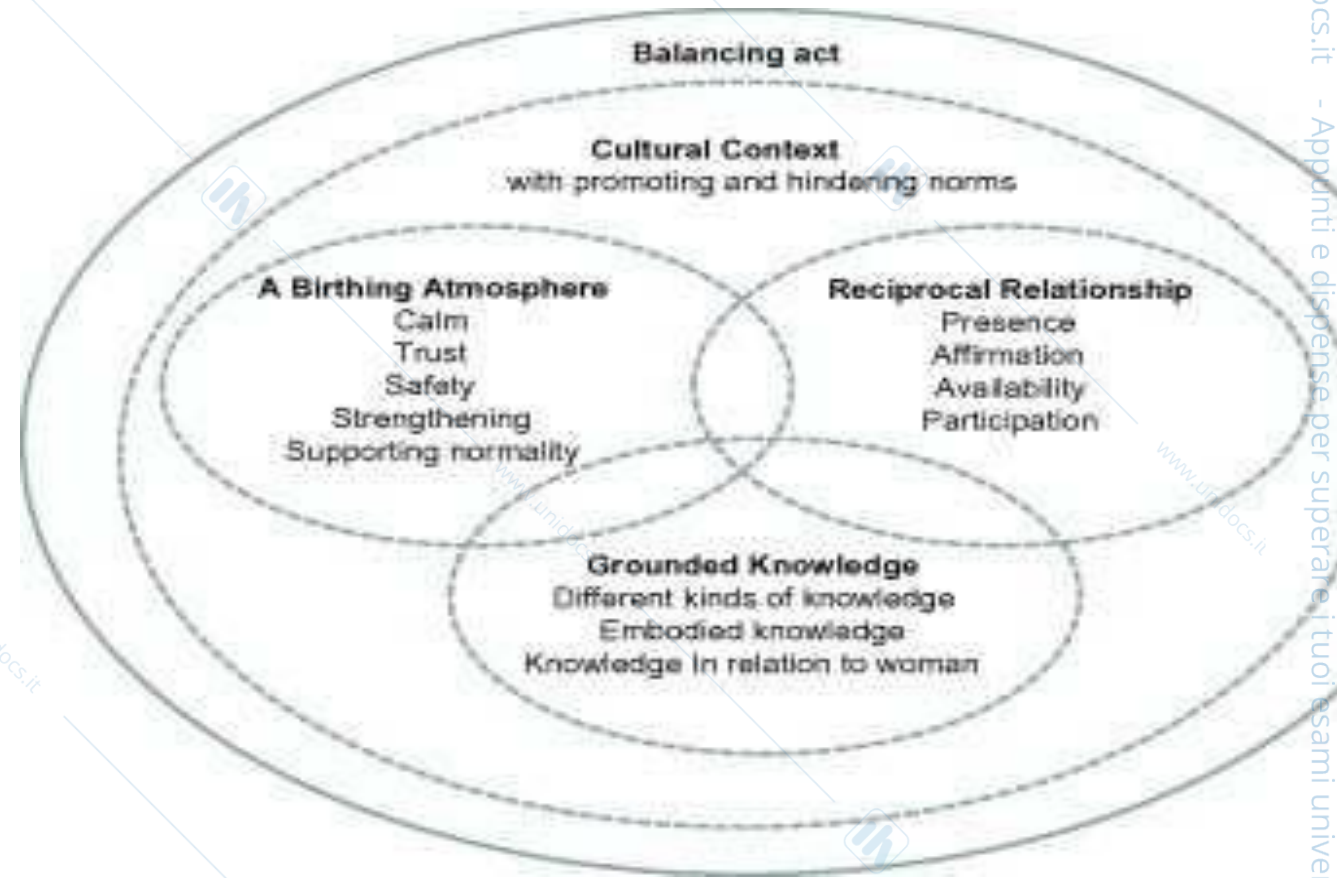
MAPPA DELLE COMPETENZE CORE DELL'OSTETRICA GUANA-COLOSIO 2009

WOMAN CENTRED CARE [1]

Teoria sviluppata negli anni '90 in Inghilterra

Assistenza dev'essere centrata:

- **desideri** e bisogni della donna
- importanza di una **scelta informata**
- **coinvolgimento** della donna



[1] RCM Woman Centred Care-Position S

MODELLO "ONE TO ONE" MODELLO SVILUPPATO NEGLI ANNI '90 IN INGHILTERRA

Principi fondamentali:

- **Choice:** mettere la donna nelle condizioni, attraverso un'informazione adeguata, di fare scelte consapevoli
- **Control:** l'ostetrica favorisce nella donna la propria indipendenza nel soddisfare i suoi bisogni, attraverso una relazione di aiuto e solidarietà
- **Continuity:** significa accompagnare la persona durante l'intero percorso nascita, in modo da creare una relazione di fiducia e "care"
- **Change:** significa flessibilità e adattamento del proprio intervento a specifiche esigenze e aspettative della persona

[2] NCT, *one to one midwifery care in labour*, 2011 www.nct.org.uk

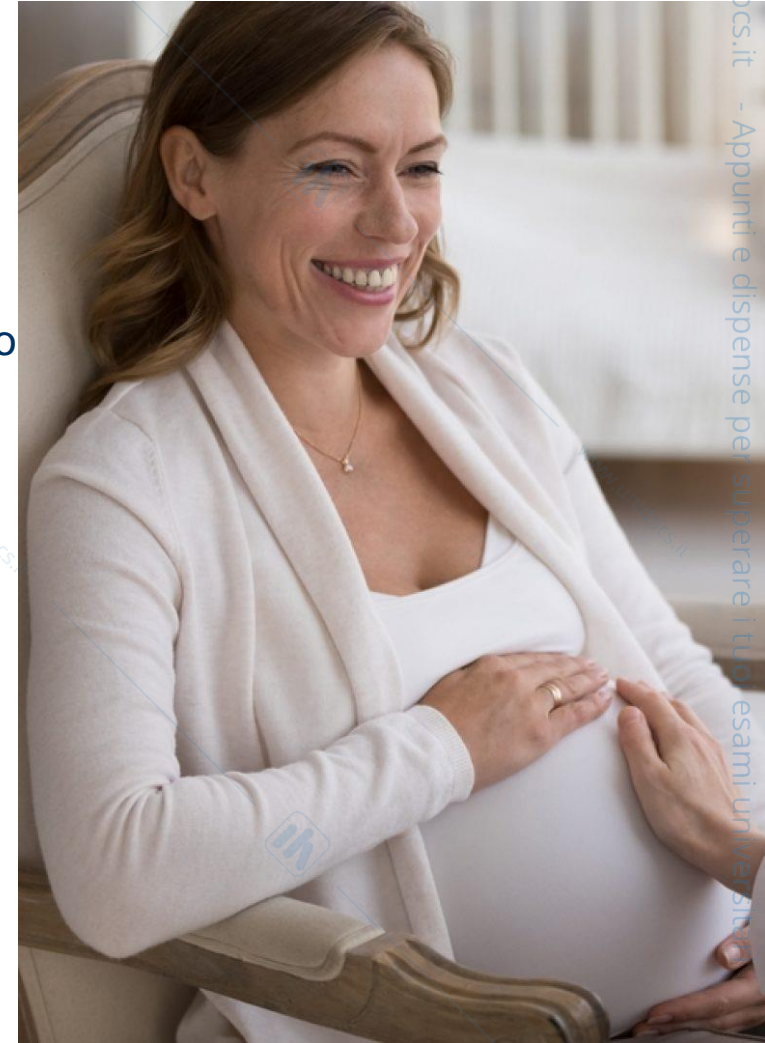
C.C.C.C.....

MODELLO ONE-TO-ONE: ORGANIZZAZIONE

OSTETRICA CAREGIVER

è colei che si prende cura della donna nell'intero percorso nascita, offrendole un' **assistenza personalizzata** ai suoi bisogni ed entrando in stretta relazione con lei.

- Garantisce informazione ed **educazione**
- Promuove l' **empowerment** nella donna
- **Vigila** sulla salute biologica psico-psico-sociale e individua le anomalie
- Garantisce un **sostegno continuo** mediante una relazione di aiuto, ascolto

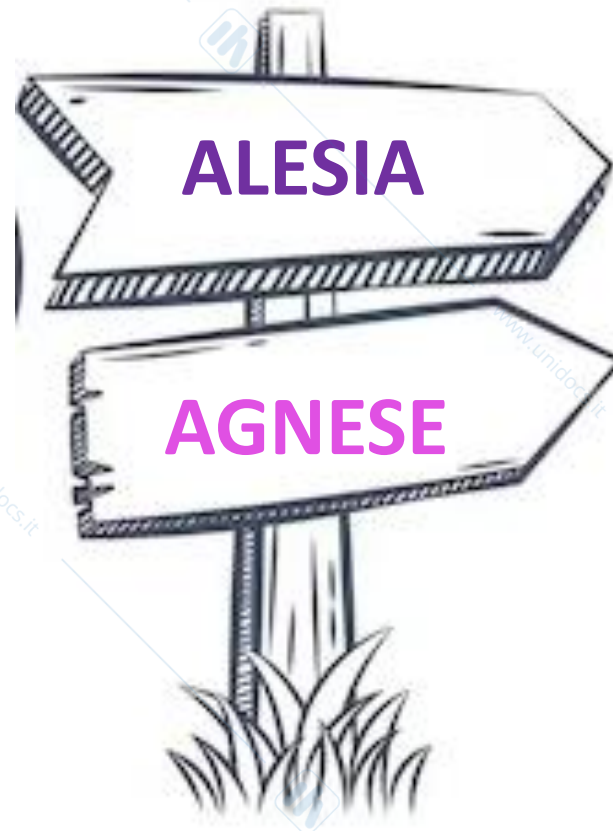


MODELLO ONE-TO-ONE: ORGANIZZAZIONE

TEAM MIDWIFERY

Un numero variabile di ostetriche lavorano in sinergia per seguire un certo numero di donne, che varia annualmente fra circa 36-40 all'anno per ogni ostetrica.

Per ogni donna c'è un'ostetrica di riferimento



Mappatura Competenze Ostetriche



Struttura Operativa: Territorio, Ospedale e Ruoli Manageriali
Sintesi delle competenze per setting assistenziale

Poiché ciascuna delle competenze

è l'attuazione di una combinazione di elementi/risorse, la ricchezza e l'autonomia di un soggetto (e di un lavoratore in particolare) consistono esattamente nel suo essere in grado di produrre la combinazione vincente.

Quanto più ampia è la dotazione di risorse di una persona, quanto più questa è "eccellente" nel combinarle, tanto più è elevato il suo livello di padronanza delle competenze, cioè il suo (saper) agire in situazioni specifiche e nuove, per produrre gli output richiesti/attesi. Il modello Dreyfus, sull'acquisizione delle abilità suddivise in cinque livelli di expertise, riassume e riflette l'esperienza formativa, professionale e clinica dei professionisti sanitari, nelle varie fasi del percorso di vita professionale.

L'ECCELLENZA DELL'ESERCIZIO PROFESSIONALE TROVA IL SUO ITINERARIO ATTRAVERSO CINQUE LIVELLI DI

LIVELLO 1: NOVIZIO

E' capace di eseguire le attività applicando i principi teorici alla pratica ma richiede supervisione e assistenza. Ha bisogno di training per effettuare il compito specifico (in relazione al livello di complessità della procedura).

LIVELLO 2: PRINCIPIANTE AVANZATO

E' capace di eseguire le attività applicando i principi teorici alla pratica. Ha comunque bisogno di supervisione per effettuare il compito specifico (in relazione al livello di complessità della procedura).

LIVELLO 3: COMPETENTE

E' capace di eseguire le attività applicando i principi teorici alla pratica senza assistenza e/o diretta supervisione a un appropriato livello, aderendo alle evidenze scientifiche. Opera nella stessa situazione da 2 o 3 anni ma non ha ancora rapidità e flessibilità in quanto analizza le situazioni nei singoli aspetti. È competente per effettuare il compito specifico senza supervisione (in relazione al livello di complessità della procedura)

LIVELLO 4: ABILE

E' capace di eseguire le attività applicando i principi teorici alla pratica senza assistenza e/o diretta supervisione a un appropriato livello, aderendo alle evidenze scientifiche. È capace di riconoscere quando il normale quadro atteso non si materializza. È competente per effettuare il compito specifico, ha capacità di percepire le situazioni come insiemi piuttosto che come singoli aspetti.

LIVELLO 5: ESPERTO

Non si affida più a principi analitici ed è capace di eseguire le attività applicando i principi teorici alla pratica senza assistenza e/o diretta supervisione a un appropriato livello, aderendo alle evidenze scientifiche. È competente per formare altri ad effettuare il compito specifico (in relazione al livello di complessità della procedura).

Struttura Operativa: Territorio

- ✓ Assistenza Prenatale: Sorveglianza della gravidanza fisiologica, corsi di accompagnamento alla nascita e visite domiciliari.
- ✓ Salute Riproduttiva: Screening (Pap test), contraccezione, educazione sessuale per giovani e consulenza menopausa.
- ✓ Continuità Assistenziale: Visite domiciliari post-parto, sostegno all'allattamento e cura del puerperio a casa.
- ✓ Rete Sociale: Collaborazione con servizi sociali e consultori per il supporto alla famiglia.



Ostetrica Ospedaliera

Competenze "Core"

Sala Parto: Assistenza in autonomia al travaglio e parto fisiologico; gestione delle emergenze ostetriche e supporto in parti operativi.

Degenza & Patologia: Monitoraggio gravidanze a rischio, CTG, somministrazione terapie e assistenza pre/post operatoria.

Triage: Valutazione iniziale, accoglienza e gestione delle priorità cliniche ostetriche e ginecologiche.



CMM: Degenza e Ginecologia

Gestione Clinica

Standardizzazione dei protocolli assistenziali per la gravidanza a rischio e la degenza ginecologica. Ottimizzazione dei flussi di ricovero e dimissione protetta.

Management

Coordinamento del personale ostetrico e di supporto (OSS). Monitoraggio degli indicatori di qualità e gestione del rischio nel reparto.

CMM: Sala Travaglio e Parto

Sicurezza Clinica: Implementazione Linee Guida e gestione emergenze (drills, audit eventi avversi).

Fisiologia: Promozione del parto naturale e contenimento del taglio cesareo secondo EBM.

Organizzazione: Gestione turni, dotazione organica e risorse materiali per garantire la copertura H24.

Formazione: Tutoring per neoassunte e formazione continua del team sulle urgenze.



CMM: Area Chirurgica e Ambulatoriale

Blocco Chirurgico

Supervisione attività di strumentista, protocolli di sterilità, gestione farmaci e presidi per interventi ostetrici e ginecologici.

Day Surgery

Coordinamento percorsi di chirurgia ambulatoriale, IVG e isteroscopie. Gestione liste d'attesa e dimissioni in giornata.

Diagnosi Prenatale

Organizzazione ambulatori e percorsi di diagnosi prenatale. Integrazione percorsi Ospedale-Territorio.

CMM: Puerperio e Nido

Supporto Madre-Bambino

Allattamento: Promozione dell'allattamento al seno, gestione criticità e formazione staff (Baby Friendly Hospital Initiative).

Rooming-in: Organizzazione del modello assistenziale madre-neonato congiunto per favorire il bonding.

Educazione: Sviluppo programmi educativi per genitori (cure neonatali, bagnetto, sicurezza) pre-dimissione.



Il Ruolo del Volontariato

In Ospedale (Materno-Infantile/Pediatico)

I volontari offrono principalmente **supporto umano e logistico** per rendere l'esperienza del ricovero meno traumatica per i bambini e le loro famiglie.

•Accoglienza e Orientamento:

- Forniscono un **punto di riferimento** per i genitori e i pazienti, aiutandoli a orientarsi nei servizi e nelle strutture ospedaliere.
- Facilitano l'inserimento del bambino in reparto.

•Supporto Psico-Sociale ed Emotivo:

- Offrono **ascolto, conforto e rassicurazione** ai genitori, spesso in momenti di grande stress o ansia.
- Garantiscono una **presenza costante e rassicurante** per i bambini in assenza momentanea dei familiari.

•Intrattenimento e Normalizzazione:

- Organizzano **attività ludiche, ricreative e creative** (gioco, lettura, laboratori) per distrarre i bambini dalla malattia e dalla routine ospedaliera.
- Contribuiscono a rendere i reparti **più accoglienti** e "a misura di bambino" (es. decorazioni, arredi).

•Deospedalizzazione e Continuità:

- In alcuni contesti, il loro ruolo è cruciale nel supportare il passaggio dall'ambiente ospedaliero a quello domestico.

Sul Territorio

Il ruolo si sposta sul **sostegno alla genitorialità, la prevenzione e la promozione della salute**.

•Sostegno all'Allattamento al Seno:

- Volontarie specializzate, come le "**Mamme alla Pari**" o consulenti, offrono consulenze gratuite e supporto pratico a domicilio o presso i consultori per avviare e mantenere l'allattamento.

•Supporto ai Consultori Familiari:

- Possono collaborare con i professionisti (ostetriche, psicologi) nei consultori, ad esempio nell'organizzazione di **gruppi di sostegno per neo-genitori** (es. nel disagio post-parto) e

•Sensibilizzazione e Promozione della Salute:

- Partecipano a campagne di **informazione e prevenzione** su temi come la salute materno-neonatale, le vaccinazioni o i corretti stili di vita.

•Aiuto Logistico e Socio-Assistenziale:

- Alcune associazioni forniscono sostegno logistico (es. trasporto, supporto economico-sociale) alle famiglie in particolari condizioni di disagio.

In sintesi, il volontariato è un **valore aggiunto** che garantisce un'attenzione ai **bisogni non strettamente clinici** (emotivi, sociali, ludici) del bambino e della famiglia, contribuendo a un'assistenza **più completa e umana**.



Standard Organizzativi per l'Assistenza Perinatale

Basato sul documento SIN - Società Italiana di Neonatologia

Unicum Biologico ed Organizzativo

Il Contesto Attuale

La gravidanza, il parto e la nascita costituiscono un percorso unico che richiede un approccio integrato. La revisione degli standard nasce dalla necessità di adattarsi ai cambiamenti demografici (denatalità, multiculturalità) e di garantire la massima sicurezza.

Obiettivi del Documento:

- Sicurezza della diade madre-neonato.
- Centralità delle risorse umane e professionali.
- Definizione di standard strutturali e tecnologici.

Il lavoro è frutto della sinergia tra SIN, SIP, SIGO, A
FNOPO (Federazione Nazionale Ordini della Profes
Ostetrica), unendo competenze mediche ed ostet



L'Esperienza Internazionale

Nord Europa

Svezia & Danimarca: Alta centralizzazione delle cure. I parti a rischio sono gestiti in pochi centri di III livello. Le ostetriche hanno grande autonomia nella fisiologia.

Paesi Bassi

Forte distinzione tra percorso fisiologico (gestito da ostetriche, spesso in Centri Nascita) e patologico. Approccio "Family Centred Care".

Regno Unito

Rete neonatale strutturata (S LNU, NICU). Enfasi sul "Transition Care" per minimizzare la separazione madre-neonato.

Classificazione Sistemi Sanitari

Modello	Caratteristiche	Esempi
Beveridge	Finanziamento fiscale, copertura universale, gestione statale.	Italia, UK, Svezia, Danimarca.
Bismarck	Assicurazione sociale (contributi lavoro), mix fornitori privati/pubblici.	Francia, Germania, Paesi Bassi.
Misto	Assicurazioni volontarie o sistemi ibridi.	Austria, Grecia.

La Normativa di Riferimento in Italia

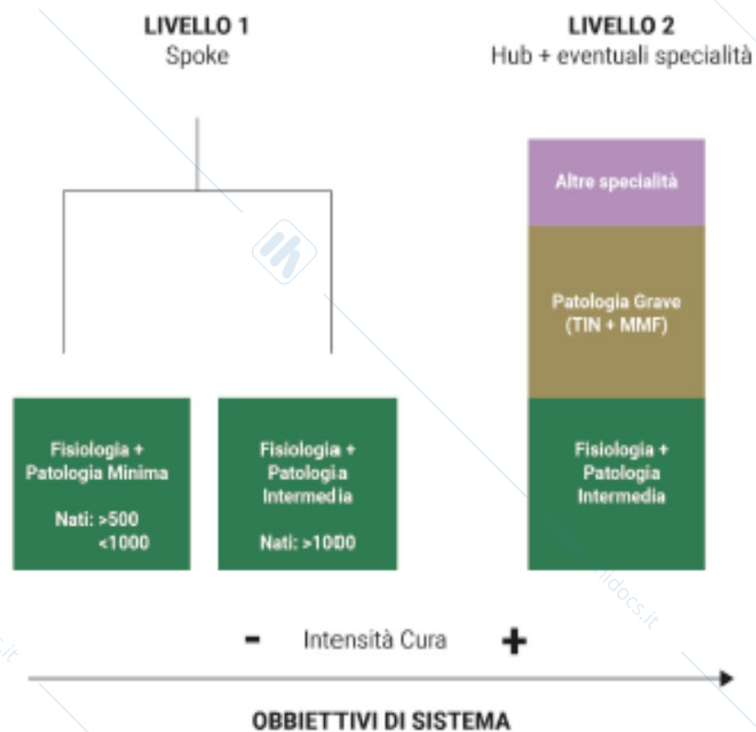
Evoluzione Legislativa

- POMI (2000): Introduce il concetto di rete perinatale, trasporto d'emergenza (STAM/STEN) e integrazione ospedale-territorio.
- Accordo Stato-Regioni (2010): Razionalizzazione dei Punti Nascita. Chiusura strutture sotto i 500 parti/anno per garantire sicurezza.
- DM 70/2015: Definizione standard ospedalieri. Adozione del modello Hub & Spoke.

1000

È il volume di parti/anno raccomandato per mantenere elevati standard di sicurezza e competenza professionale al punto nascita.

Il Modello Hub e Spoke

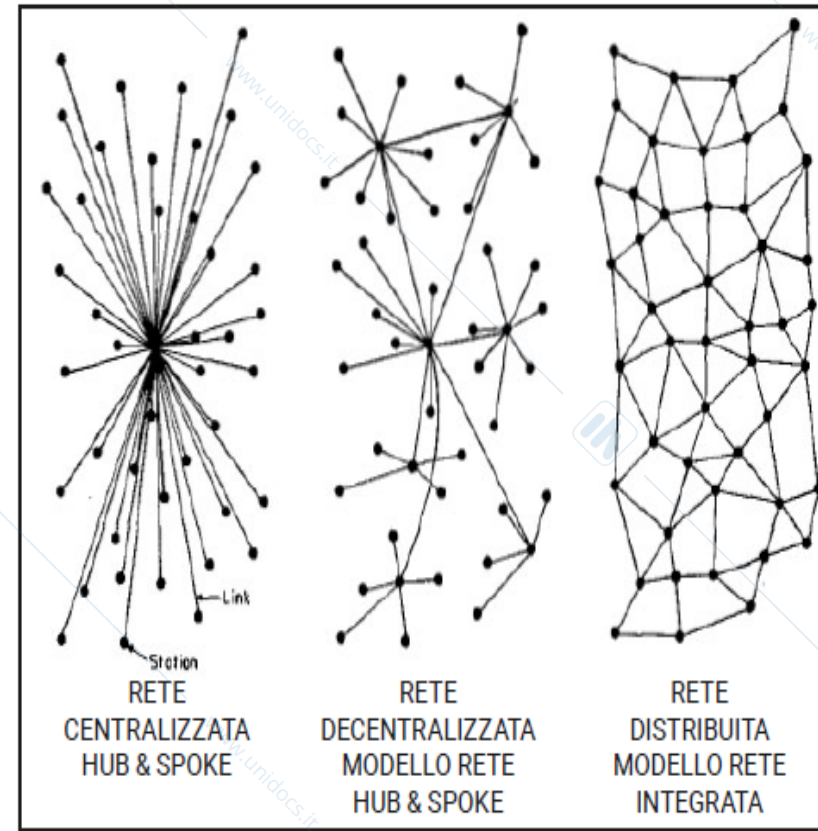


Organizzazione a Rete

Il modello garantisce che la complessità del caso trovi il centro più appropriato.

- Hub (Centro): Gestisce l'alta complessità (TIN, MMF). 1500 parti.
- Spoke (Raggio): Gestisce fisiologia e patologia media. 500/1000 parti.
- Integrazione: Non solo trasferimento pazienti, ma con la definizione di protocolli (PDTA), formazione e rotazione del personale.

Modello della rete integrata



Il modello Hub e Spoke da un livello aziendale, regionale o nazionale, prevede una serie di nodi centrali (Hub) che rendono poco efficiente il modello centripeto. Il modello a rete integrata, invece, si basa all'idea di una rete distribuita che prevede una serie di nodi centrali (Spoke) e tra Centri Spoke, garantiscono un'alta efficienza al sistema.

1. Nelle restanti parti del documento si utilizza il modello "Spoke" riferendosi al modello presentato dal "modello"

Hub e Spoke In ambito perinatale

Il modello Hub e Spoke, dove correttamente applicato, può facilitare:

- il miglioramento del confronto tra ostetrici e neonatologi, sviluppando una "cultura perinatologica";
- una prassi caratterizzata da discussione dei casi clinici e programmi di audit;
- il confronto tra professionisti operanti nei Centri Hub e Spoke;
- maggiore integrazione tra attività della rete ospedaliera perinatale e servizi territoriali;
- la discussione tra professionisti clinici, amministratori e politici;
- una Programmazione Sanitaria Regionale «finalizzata» e condivisa.

Tabella 1: I potenziali vantaggi del modello Hub & Spoke

bilanciamento tra necessità di concentrare la casistica e necessità di capillare copertura del territorio per la tempestiva intercettazione delle problematiche

chiara definizione dei livelli di prestazioni erogate nei differenti servizi (chi fa cosa, come, dove...);

integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali;

aumento di efficienza, qualità e velocità dell'erogazione dell'assistenza;

promozione del confronto tra centri di differenti livelli;

realizzazione delle reti assistenziali territoriali;

promozione di una cultura della discussione dei casi clinici e dell'audit clinico;

promozione di una programmazione sanitaria «finalizzata» e condivisa.

Tabella 2: Criticità relative all'adozione del modello Hub & Spoke

mancata definizione dei criteri di centralizzazione;

effetto "black hole" e collo di bottiglia;

scarsa attenzione riservata alle integrazioni orizzontali;

demotivazione dei professionisti degli Spoke;

impoverimento di competenze e skills negli Spoke;

effetto rebound con "imprigionamento" di casistica complessa negli Spoke;

percorsi centrati sulle strutture e non sui pazienti;

iperproliferazioni degli Hub e degli Spoke.

**STANDARD PER L'ASSISTENZA IN AMBITO OSTETRICO E NEONATOLOGICO
PUNTO NASCITA 1° LIVELLO**

Gravidanza fisiologica, con piccola patologia o con patologia intermedia – rischio ostetrico basso e intermedio
Neonato sano, con piccola patologia o con patologia intermedia

POPOLAZIONE BERSAGLIO E BISOGNI ASSISTENZIALI

**Assistenza alle donne gravide/
Assistenza alle madri**

Assistenza ai neonati

Se numero nati compresi tra 500 e 999/anno

- gravidanza con età gestazionale $\geq 36+0$ settimane; crescita fetale adeguata (compresa tra 10° e 90° centile) in assenza di patologie materno fetali;

Se numero nati ≥ 1.000 /anno

- gravidanza con età gestazionale $\geq 34+0$ settimane; gravidanza singola e gravidanza gemellare bicoriale; se fecondazione assistita età materna <41 anni
- diabete gestazionale compensato e senza complicanze;
- obesità con BMI <35 (se non chirurgia bariatrica); placenta previa, senza sospetto di accretismo; non alloimmunizzazione Rh;
- assenza di ipertensione gravidica insorta prima di 34 settimane;
- assenza di preeclampsia in qualunque epoca gestazionale;
- non HELLP syndrome;
- assenza di anomalie o malformazioni fetali che richiedano approfondimenti diagnostici successivi alla nascita o assistenza di elevata complessità;

In coerenza e in continuità con il livello di problemi clinici presentati durante la gravidanza l'assistenza in epoca neonatale è di norma rivolta a neonati con:

Se numero nati compresi tra 500 e 999/anno

- età gestazionale $\geq 36+0$ settimane;
- peso ≥ 1.900 g.;

Se numero nati ≥ 1.000 /anno

- età gestazionale $\geq 34+0$ settimane;
- peso ≥ 1.750 g.;
- peso appropriato per età gestazionale ($> 10^{\circ}$ centile e $< 90^{\circ}$ centile);

Nel caso di madre che abbia partorito presso il centro di 1° livello pur presentando condizioni che avrebbero necessitato di assistenza al 2° livello (impossibilità del trasferimento) si raccomanda una attenta valutazione delle condizioni neonatali per definire la necessità di eventuale trasferimento presso il Centro Hub.

La continuità assistenziale in loco nelle ore e giorni seguenti la nascita è prevista solo in caso vengano soddisfatte le sottostanti condizioni:

- l'adattamento neonatale è buono: (Apgar a 5' ≥ 7) e EGA cordonale nella norma o con pH > 7.0 e BE < -12 , con trend in miglioramento.
- Valutazione score di Sarnat entro 60 min.
- necessità di supplementazione di ossigeno per un tempo < 12 ore con $FiO_2 \leq 40\%$;
- presenza di ittero senza alloimmunizzazione e con buona risposta al trattamento fototerapico;
- ipoglicemie rapidamente responsive al trattamento orale, alimentare o endovenoso (accesso periferico) con apporti standard;
- assenza di anomalie o malformazioni che richiedano approfondimenti diagnostici urgenti o assistenza di maggiore complessità.

in caso di sospetta cardiopatia non cianogena se possibile ecografia cardiaca effettuata da professionista con specifica competenza neonatale in tempi rapidi.

**STANDARD PER L'ASSISTENZA IN AMBITO OSTETRICO E NEONATOLOGICO
PUNTO NASCITA 2° LIVELLO**

Gravidanza fisiologica o con patologia, livello intensivo (MMF)
Neonato sano o con patologia, livello intensivo (TIN)

POPOLAZIONE BERSAGLIO E BISOGNI ASSISTENZIALI

**Assistenza alle donne gravide/
Assistenza alle madri**

Assistenza ai neonati

Il 2° livello assistenziale, oltre a quanto previsto per il 1°, assiste tutte le situazioni non affrontabili con sicurezza presso il Punto Nascita di 1° livello; ne deriva che la popolazione bersaglio non ha limitazione alcuna. Le seguenti categorie di pazienti necessitano di assistenza in una Struttura di 2° livello con attività MMF:

- gravidanze con età gestazionale $< 34+0$ settimane con travaglio in atto o minaccia di parto pretermine;
- restrizione della crescita fetale con valori biometrici inferiori al 10° centile per l'età gestazionale, ad alto rischio di parto elettivo per compromissione materna o fetale;
- gravidanza gemellare monocoriale;
- fecondazione assistita con età materna > 41 anni;
- diabete pre-esistente o diabete gestazionale non compensato e con complicanze;
- obesità con BMI > 35 ;
- alloimmunizzazione Rh;
- ipertensione gravidica insorta prima di 34 settimane;
- preeclampsia in qualunque epoca gestazionale;
- HELLP syndrome;
- placenta previa se associata a segni di sospetto accretismo;

Il 2° livello assistenziale, oltre a quanto previsto per il 1°, assiste tutte le situazioni non affrontabili con sicurezza presso il Punto Nascita di 1° livello; ne deriva che la popolazione bersaglio non ha limitazione alcuna. Le seguenti categorie di pazienti necessitano di assistenza in una Struttura di 2° livello con attività MMF:

- età gestazionale $< 34+0$ settimane;
- peso < 1750 g.;
- neonato in ossigenoterapia (> 2 ore);

Se presenti le seguenti caratteristiche il ricovero al massimo livello è in Terapia Sub Intensiva Neonatale (codice 73):

- neonato necessitante di assistenza di elevata complessità (ad esempio: anche con nCPAP);
- neonato intubato e di norma per il ricovero in Terapia Sub Intensiva Neonatale (codice 73) dopo estubazione, per rischio di reintubazione;
- neonato necessitante di accertamenti diagnostici approfonditi e nelle successive 24 ore dei cateteri;
- procedure assistenziali complesse (ad esempio: inotropi, vasodilatatori polmonari, trasfusione, drenaggio, tracheostomia recente...);

Risorse Umane: Strumenti di Valutazione

Approccio Bottom—Up

Calcolo del fabbisogno basato sull'analisi dettagliata delle attività specifiche e dei tempi di esecuzione (es. metodo WISN dell'OMS). È preciso ma richiede una raccolta dati complessa.

Criticità: La carenza di professionisti (medici e ostetriche) richiede modelli organizzativi efficienti che valorizzino le competenze specifiche di ogni ruolo.

Approccio Top-Down

Basato su indicatori macro e dati aggregati (es. DRG, di degenza, numero di parti). Utilizzato per benchmarking e programmazione regionale.

Risorse Ostetriche

Assistenza all'Area Materno Infantile

L'ostetrica è la figura professionale di riferimento per la fisiologia. Il documento sottolinea l'importanza di:

- Midwifery Management: Presa in carico autonoma della gravidanza a basso rischio.
- One-to-One: Rapporto 1:1 ostetrica-donna nel travaglio attivo per migliorare gli esiti e l'esperienza del parto.
- Continuità: Assistenza integrata tra consultorio e ospedale.



Standard Minimi Personale Ostetrico

Modello organizzativo a conduzione ostetrica (per fisiologia):

Setting	Standard Livello 1 (Spoke)	Standard Livello 2 (Hub)
Degenza Ostetrica	2 ostetriche + 1 OSS ogni 20 posti letto (H24)	4 ostetriche + 2 OSS ogni 20 posti letto
Blocco Parto	Almeno 2 ostetriche/turno (< 1000 parti)	3-5 ostetriche/turno (> 1500 parti)
Sala Operatoria	1 strumentista + 1 supporto	1 strumentista + 1 supporto + pronta disponibilità
Pronto Soccorso	2 ostetriche ogni 5000 accessi	3 ostetriche ogni 5000 accessi

Modelli a Conduzione Ostetrica (BRO)

- Le linee di indirizzo nazionali (2017) promuovono l'autonomia dell'ostetrica nella gestione della gravidanza a Basso Rischio Ostetrico (BRO).

- **Gestione Autonoma:** Percorsi dedicati all'interno delle UO tradizionali.

- **Aree Funzionali (Alongside):** Spazi adiacenti all'UO, gestiti esclusivamente da ostetriche, con trasferimento medico solo in caso di necessità.
- **Centri Nascita (Freestanding):** Esterni all'ospedale (modello diffuso in Nord Europa, raro in Italia).

Obiettivo

Demedicalizzare l'evento nascita garantendo la sicurezza attraverso protocolli di selezione e trasferimento.

Il Sistema di Trasporto (STAM - STEN)

STAM (Materno)

Trasporto della gravida verso l'Hub *prima* del parto ("in utero transfer"). È sempre la scelta da preferire per garantire che madre e neonato ricevano cure appropriate subito.

STEN (Neonatale)

Trasporto d'emergenza del neonato. Attivato quando avviene in un centro non attrezzato per la patologia. Richiede equipe e attrezzature specializzate (incubatore di trasporto).

Conclusioni

Sintesi del Documento

- Uniformare gli standard assistenziali su tutto il territorio nazionale è una priorità.
- Il modello Hub & Spoke è lo strumento organizzativo per eccellenza.
- La valorizzazione delle competenze ostetriche è fondamentale per la fisiologia.
- Necessaria una raccolta dati sistematica per monitorare gli indicatori di qualità.

Qualità

L'obiettivo finale è un'assistenza che coniughi l'eccellenza clinica con l'umanizzazione delle cure.

Assistenza Ostetrica Autonoma

Linee di indirizzo per le gravidanze a Basso Rischio Ostetrico
(BRO)
Ministero della Salute - Comitato Percorso Nascita Nazionale

- **Obiettivo Sanitario:** L'obiettivo è promuovere modelli assistenziali che non siano sostitutivi di quelli in essere, ma che vi si affianchino per garantire **qualità, sicurezza, maggiore continuità** e offrire alla donna la **possibilità di scelta** del **setting** assistenziale, purché sia a basso rischio.



3. Evidenze di Letteratura e Esperienze

- **Esiti Migliori:** La letteratura internazionale indica che la gestione della gravidanza e del parto a basso rischio da parte delle ostetriche è associata a **esiti di salute materni e neonatali non diversi** da quelli delle unità ostetriche tradizionali, con una **riduzione degli interventi medici** (come taglio cesareo ed episiotomia) e una **maggiore soddisfazione delle donne**.
- **Raccomandazioni Internazionali:** L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e il NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) raccomandano l'assistenza al percorso nascita con il **livello di cure più basso possibile** compatibilmente con la sicurezza e specificano che le gravidanze a basso rischio dovrebbero essere prese in carico dall'ostetrica.
- **Dati Italiani:** Le tre Aree funzionali BRO operative in Italia (Genova, Torino, Firenze) registrano **percentuali molto contenute di interventi medici** e un tasso di trasferimento per complicanze o potenziale rischio peripartum di circa il **20%** degli ingressi.

Standard e Requisiti

- **Implementazione Regionale:** Ciascuna regione può istituire Aree funzionali BRO in tutti i PN, previa valutazione **costo/beneficio** e **costo/efficacia**, e a condizione che il PN rispetti tutti i requisiti e gli standard di sicurezza previsti.
- **Protocolli e Check List:** È indispensabile la predisposizione di **protocolli e specifiche check list condivise** per l'inquadramento del rischio (madre, feto, neonato).
- **Rivalutazione del Rischio:** Il rischio deve essere **rivalutato ripetutamente** nel tempo, in particolare all'ammissione al travaglio, da parte del medico e dell'ostetrica, e durante il travaglio a cura dell'ostetrica che ha in carico la donna.
- **Percorsi Territorio-Ospedale:** È raccomandato un forte **raccordo tra la gestione della gravidanza BRO nel territorio** e la presa in carico da parte dell'ostetrica nell'Area funzionale o Gestione autonoma BRO.

Esperienza e Competenze dell'Ostetrica

- **Requisito Minimo:** L'ostetrica nel team BRO deve aver espletato un volume di attività di **non meno di 50 parti** nell'assistenza travaglio/parto in servizio, secondo il modello *one to one*.
- **Aggiornamento e Monitoraggio:** Le aziende sanitarie devono promuovere l'affiancamento tra ostetriche senior e junior, definire i livelli di responsabilità e autonomia, e adottare **sistemi di monitoraggio annuale** dei volumi di attività.
- **Aggiornamento Interdisciplinare:** È richiesto un aggiornamento periodico **interdisciplinare** che includa la gestione delle **urgenze/emergenze** ostetriche e neonatali, con la supervisione di Pediatri/Neonatologi.

Monitoraggio e Miglioramento della Qualità

- **Indicatori:** Le procedure devono essere valutate attraverso **opportuni indicatori** di processo, prodotto ed esito per monitorare l'impatto dei nuovi modelli organizzativi.
- **Audit Clinici:** È raccomandato condurre **Audit clinici** con cadenza almeno annuale per confrontare le pratiche con gli standard e rilevare eventuali scostamenti, in particolare riguardo all'affidamento della gestione della gravidanza a basso rischio alle ostetriche e le cause di un eventuale cambiamento di gestione.

1. Indicatori di Processo (Focus sull'appropriatezza e l'organizzazione)

Questi indicatori misurano come viene erogata l'assistenza e la sua qualità operativa.

Indicatore	Definizione e Obiettivo	Rilevanza per il Modello BRO
Tasso di Adesione/ Affidamento	Percentuale di donne classificate come BRO che vengono effettivamente prese in carico dall'assistenza ostetrica autonoma.	Misura l'efficacia dell'identificazione del rischio e l'applicazione del modello.
Tasso di Rivalutazione del Rischio	Frequenza con cui viene eseguita la rivalutazione del rischio (es. all'ammissione al travaglio), come previsto dai protocolli.	Misura l'aderenza ai protocolli di sicurezza e la vigilanza clinica.
Proporzione di Assistenza 1:1	Percentuale di tempo in cui la donna in travaglio attivo è assistita continuativamente dalla stessa ostetrica (Modello <i>One-to-One</i>).	Misura la continuità assistenziale, che è un pilastro del modello BRO.
Grado di Raccordo Territorio-Ospedale	Misura dell'integrazione tra i servizi consultoriali (territorio) e l'Area Funzionale/ UO (ospedale).	Misura l'efficacia del percorso di continuità assistenziale.

2. Indicatori di Prodotto (Focus sugli interventi clinici)

Questi indicatori misurano la **riduzione della medicalizzazione**, il principale beneficio atteso dal modello BRO.

Indicatore	Definizione e Obiettivo	Rilevanza per il Modello BRO
Tasso di Taglio Cesareo (TC)	Percentuale di nati con parto cesareo.	L'obiettivo del modello BRO è mantenere un tasso di TC significativamente più basso rispetto all'UO generale.
Tasso di Episiotomia	Percentuale di donne sottoposte a episiotomia.	Si attende una netta riduzione (o l'eliminazione) di questo intervento nel parto fisiologico gestito dall'ostetrica.
Tasso di Parto Operativo Vaginale	Uso di forcipe o ventosa.	Si attende una riduzione rispetto all'assistenza a gestione medica.
Tasso di Induzione/ Aumento del Travaglio	Uso di farmaci per indurre o velocizzare il travaglio (es. Ossitocina).	Il modello BRO punta a non intervenire sulla fisiologia del travaglio.

3. Indicatori di Esito (Focus sulla sicurezza e l'esperienza)

Questi indicatori misurano l'impatto finale sull'assistenza, sia dal punto di vista operativo che esperienziale.

Indicatore	Definizione e Obiettivo	Rilevanza per il Modello BRO
Tasso di Trasferimento	Percentuale di donne trasferite dall'Area BRO (o Gestione Autonoma) all'UO di Ostetrica/Medica o in Terapia Intensiva.	Misura la capacità di gestire precocemente l'insorgenza di complicanze e la sicurezza del parto.
Esiti Neonatali Severi	Tasso di ammissione in Terapia Intensiva Neonatale (TIN) o Punteggio di Apgar < 7 a 5 minuti.	Devono essere significativamente inferiori rispetto ai migliori rispetto all'assistenza tradizionale (prova di sicurezza).
Lacerazioni Perineali Gravi	Tassi di lacerazione di 3° e 4° grado.	Misura la qualità dell'assistenza ostetrica al momento del parto.
Soddisfazione della Donna	Punteggi misurati tramite questionari standardizzati sull'esperienza complessiva del parto e del puerperio.	Indicatore chiave, misura l'efficacia dei modelli a gestione autonoma.

Il Contesto Normativo

La riorganizzazione dei Punti Nascita in Italia nasce dalla necessità di garantire elevati standard di sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali.

- **Accordo Stato-Regioni 2010:** Avvio della riorganizzazione della rete dei Punti Nascita.
- **DM 70/2015:** Definizione degli standard qualitativi e strutturali dell'assistenza ospedaliera.
- **Obiettivo:** Migliorare la qualità e la sicurezza, riducendo il ricorso inappropriato al taglio cesareo.

Efficienza

Ottimizzazione delle risorse sanitarie.

Sicurezza

Garanzia di intervento immediato.

Umanizzazione

Rispetto della fisiologia della nascita.

"L'assistenza al percorso nascita deve garantire una mamma e un bambino in perfetta salute con il livello di cure più basso possibile compatibilmente con la sicurezza."

— **Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)**

I Modelli Organizzativi

Il documento promuove due modelli per la gestione autonoma da parte delle ostetriche:



Gestione Autonoma in UO

Percorsi dedicati all'interno delle Unità Operative di Ostetricia tradizionali, regolati da protocolli specifici. È il modello attualmente più diffuso in Italia.



Aree Funzionali (Alongside)

Aree adiacenti e collegate all'UO di Ostetricia ma funzionalmente distinte. Offrono un ambiente più intimo pur garantendo la sicurezza ospedaliera.



Freestanding

Centri nascita esterni ai presidi ospedalieri (Case Maternità). Meno diffusi, rappresentano la terza via per la gestione della fisiologia.

2. Modelli Organizzativi per l'Assistenza BRO

Il documento si concentra sull'offerta di assistenza in autonomia da parte delle ostetriche per le gravidanze BRO, distinguendo due principali tipologie (oltre ai centri "freestanding"):

Modello Organizzativo	Descrizione	Diffusione in Italia
Aree Funzionali BRO (modello <i>alongside</i>)	Aree collocate nello stesso edificio dell'Unità Operativa (UO) di Ostetricia o adiacenti e direttamente collegate ad essa, ma con separazione fisica . Devono essere situate in presidi ospedalieri sede di PN e UU.OO. di Pediatria/Neonatologia.	Meno frequente in Italia.
Gestione Autonoma BRO in UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia	Modalità assistenziale all' interno della U.O. di Ostetricia e Ginecologia, basata su protocolli e griglie di definizione del rischio condivise . Permette alle donne di scegliere l'assistenza esclusiva da parte delle ostetriche.	Più rappresentata in Italia (almeno 40 PN).

Evidenze Scientifiche e Vantaggi

La letteratura internazionale (Lancet, NICE) conferma che la gestione ostetrica autonoma per gravidanze a basso rischio è sicura ed efficace.

- **Esiti Clinici:** Risultati materni e neonatali sovrapponibili alle unità a gestione medica.
- **Meno Interventi:** Riduzione significativa di tagli cesarei, episiotomie e uso di ossitocina.
- **Soddisfazione:** Maggiore gradimento da parte delle donne grazie alla continuità assistenziale e all'approccio personalizzato.



Gestione del Rischio e Sicurezza



Check-list Condivise

Adozione di strumenti rigorosi per lo screening e l'inquadramento del rischio (basso, medio, alto) in fase prenatale.



Rivalutazione Continua

Il rischio è evolutivo. È obbligatoria una rivalutazione clinica al momento dell'ammissione al travaglio e durante la sua evoluzione.



Protocolli di Trasferimento

Procedure chiare per il rapido trasferimento ("step-up") alla gestione medica in caso di insorgenza di patologie o complicanze.

Requisiti del Personale Ostetrico



L'autonomia professionale richiede elevati standard di competenza ed esperienza pratica.

- **Esperienza Pratica:** L'ostetrica deve aver assistito almeno 50 parti in autonomia (modello one-to-one).
- **Formazione Continua:** Aggiornamento periodico obbligatorio, inclusa la gestione delle emergenze ostetriche e neonatali.
- **Mentoring:** Affiancamento delle ostetriche junior da parte di figure senior per garantire il passaggio di competenze.

Qualità e Organizzazione



Collocazione

Le Aree BRO devono essere in presidi con Neonatologia per garantire la sicurezza del neonato.



Rete Territoriale

Forte integrazione con i consultori per la presa in carico precoce e la continuità assistenziale post-parto.



Audit e Indicatori

Monitoraggio annuale degli esiti (outcome) e audit clinici per analizzare eventuali scostamenti dagli standard.



Un Nuovo Paradigma

Restituire alla nascita la sua dimensione fisiologica, garantendo sicurezza clinica e mettendo al centro la donna e il bambino.





ESERCIZIO DEI QUATTRO ELEMENTI