



Rete
Sostenibilità e
Salute

Home Chi siamo ▾ Cosa facciamo Carta di Bologna ▾ Aderisci ▾ Archivio Contatti Incontri Documenti 2° Conferenza Nazionale Sostenibilità e Salute

FOLLOW:



ARTICOLI IN EVIDENZA / DOCUMENTI / INIZIATIVE / RSS PRIMA PAGINA

MORE

RETE SOSTENIBILITÀ E SALUTE

MAIL: rete@sostenibilitaesalute.org

CERCA NEL SITO DELLA RSS

 To search type and hit enter

Maternità e nascita in Italia: è tempo di cambiare. La posizione della Rete Sostenibilità e Salute

BY ANTONIO MUSCOLINO · MAGGIO 21, 2016



SHARE

SEGUICI SU



VIDEO DI PRESENTAZIONE
DELLA RETE SOSTENIBILITÀ E
SALUTE



Nascita indisturbata

- Il corpo ha una sua saggezza che è stata affinata in migliaia di generazioni.
- Gli ormoni della nascita sono un cocktail potente al servizio della sopravvivenza della nostra specie che la natura ha messo a disposizione delle donne e dei bambini .

Se si interferisce , la nascita diventa più dolorosa, difficile e meno sicura.

Madre e bambino vengono preparati, con l'attivazione e lo sviluppo di certe aree cerebrali, all'incontro e alla relazione reciproca.

Nel piccolo questo incontro sarà alla base del suo senso di sicurezza, si disegna il suo assetto psichico futuro e si condiziona la sua capacità di aprirsi a relazioni positive.

Gli ormoni del parto impregnano il cervello della donna in modo profondo, inducono risveglio e trasformazione, danno forza, e una conoscenza intuitiva dei bisogni del bambino.

WHO Statement (2014)



hrp.

La Prevenzione ed eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere

Dichiarazione dell'Organizzazione
Mondiale della Sanità (OMS)

Ogni donna ha il diritto al più elevato livello di salute raggiungibile, che include il diritto ad una assistenza sanitaria rispettosa e dignitosa



photo: UNICEF

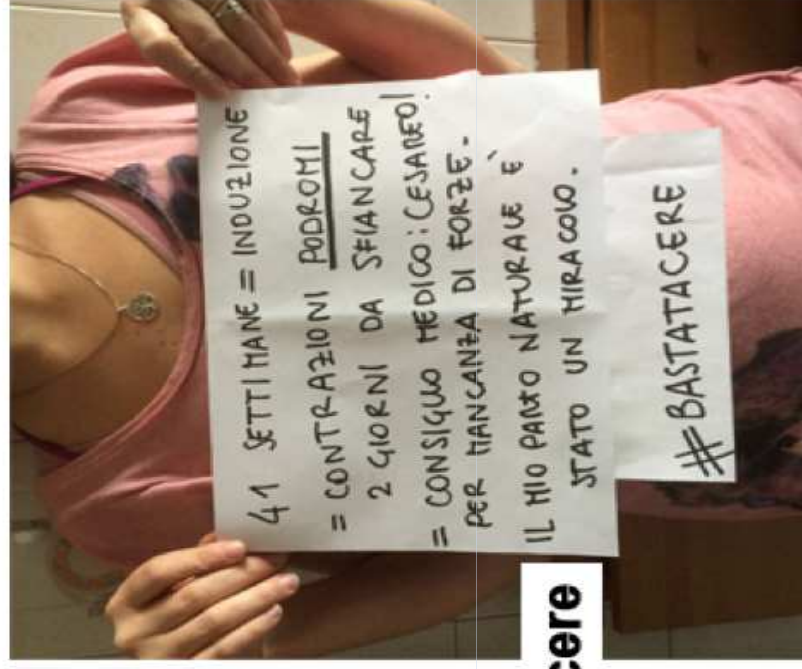
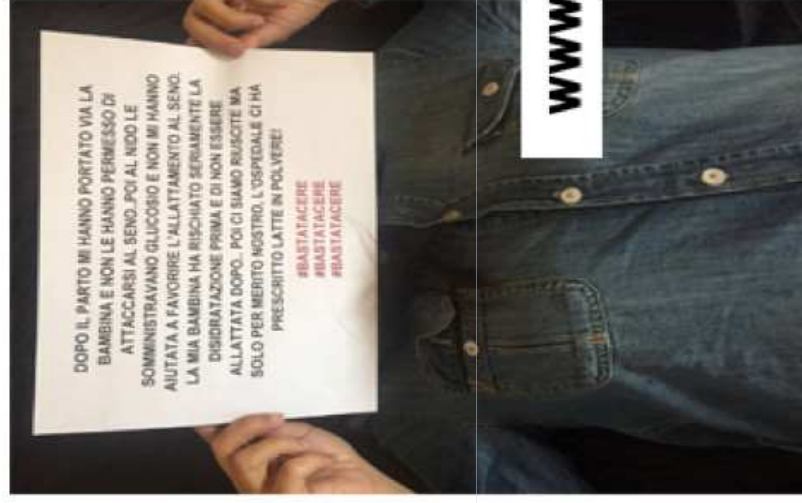
Definizione di violenza ostetrica

L'appropriazione del corpo e dei processi riproduttivi della donna da parte del personale sanitario, che si esprime con trattamento disumano, abuso di interventi, che trasforma il processo naturale in patologia, portando le donne a meno autonomia e meno capacità di decidere sul proprio corpo, con impatto negativo sulla qualità della vita.

Legge organica sul diritto delle donne di essere liberi dalla violenza, emanata in Venezuela il 16 marzo 2007.

.

#Bastatacere



www.facebook.com/bastatacere

“Basta tacere: le madri hanno voce” è una campagna mediatica lanciata sui social network con la pagina Facebook www.facebook.com/bastatacere per dare opportunità alla madri di raccontare le loro esperienze di abuso e mancanza di rispetto nell’assistenza alla nascita.

InterOVO

Observatoire



Violence
Obstétricale



OBSERVATOIRE DE
LA VIOLENCE
OBSTÉTRICALE

Observatorio de Violencia Obstétrica
#menospalabrasmasacciones
OVO (ARG)

lascasildas
www.lascasildas.com.ar

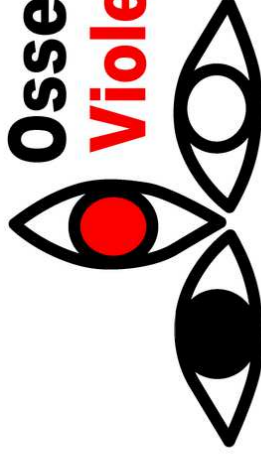


OVO
COLOMBIA

Osservatorio sulla
Violenza Ostetrica
Italia



Osservatorio sulla
Violenza Ostetrica
Italia



Osservatorio sulla Violenza Ostetrica Italia (OVOItalia)

Le madri hanno voce e producono dati sulla violenza ostetrica

[Home](#)

[Chi siamo](#)

[#Bastatacere](#)

[Questionario OVOItalia](#)

[Violenza Ostetrica FAQ](#)

[English Info](#)



L'assistenza è appropriata?

- Un eccesso di Tagli cesarei, il 36 % dei parti, il più alto in Europa
- Un'eccessiva percentuale di parti indotti
- Il monitoraggio cardiotocografico continuo applicato di routine
- Il ricorso elevato all'infusione con ossitocina (44-75% nelle nullipare, 25-40% nelle pluripare)
- L'uso di posizioni obbligate per partorire, di solito la posizione litotomica
- L'episiotomia senza necessità (42% delle donne)
- Il taglio precoce del cordone ombelicale
- La separazione del neonato dalla madre dopo il parto

Perché è un problema l'alto tasso di TC?

Il parto chirurgico aumenta i rischi per la madre, immediati e a distanza;

La morte materna è aumentata di 3,6 volte con il TC;

I parti operativi aumentano i rischi di emorragia materna, infezioni, tromboembolismo e di depressione respiratoria nei neonati.

Complicazioni nelle seguenti gravidanze comprendono un'alto tasso di TC ripetuti, placentazione invasiva con potenziale emorragia catastrofica, e rottura di utero.

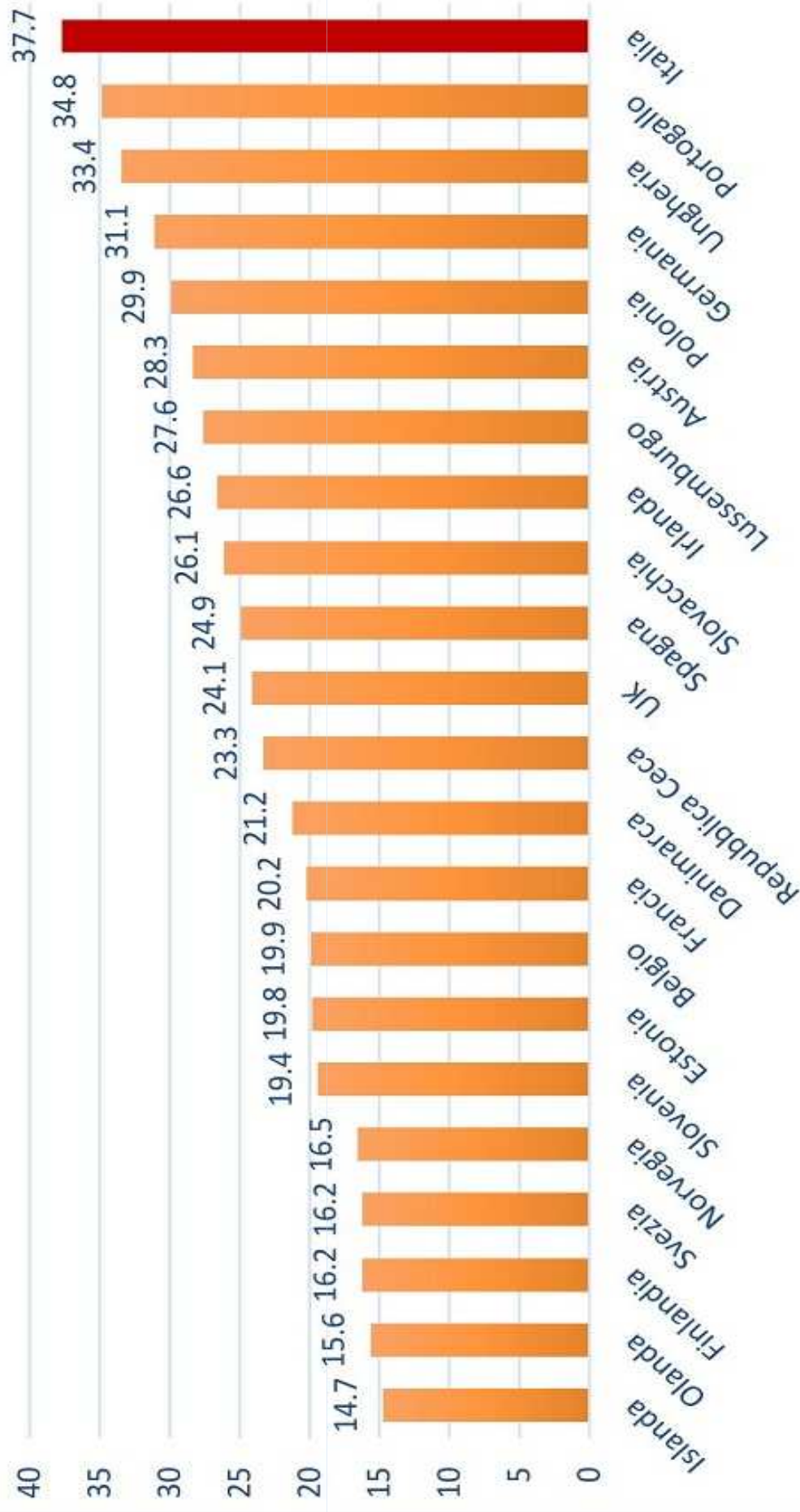
Effetti a distanza del TC nei bambini

- Meno capacità di difendersi dalle infezioni
- Più rischio di asma e allergie
- Più rischio di anemia

- Mancata attivazione degli ormoni dello stress nell'ultima parte del travaglio
- La flora batterica intestinale è importante nello sviluppo del sistema immunitario
- Taglio precoce del cordone

numero di parti cesarei per 100 nascite (2011)

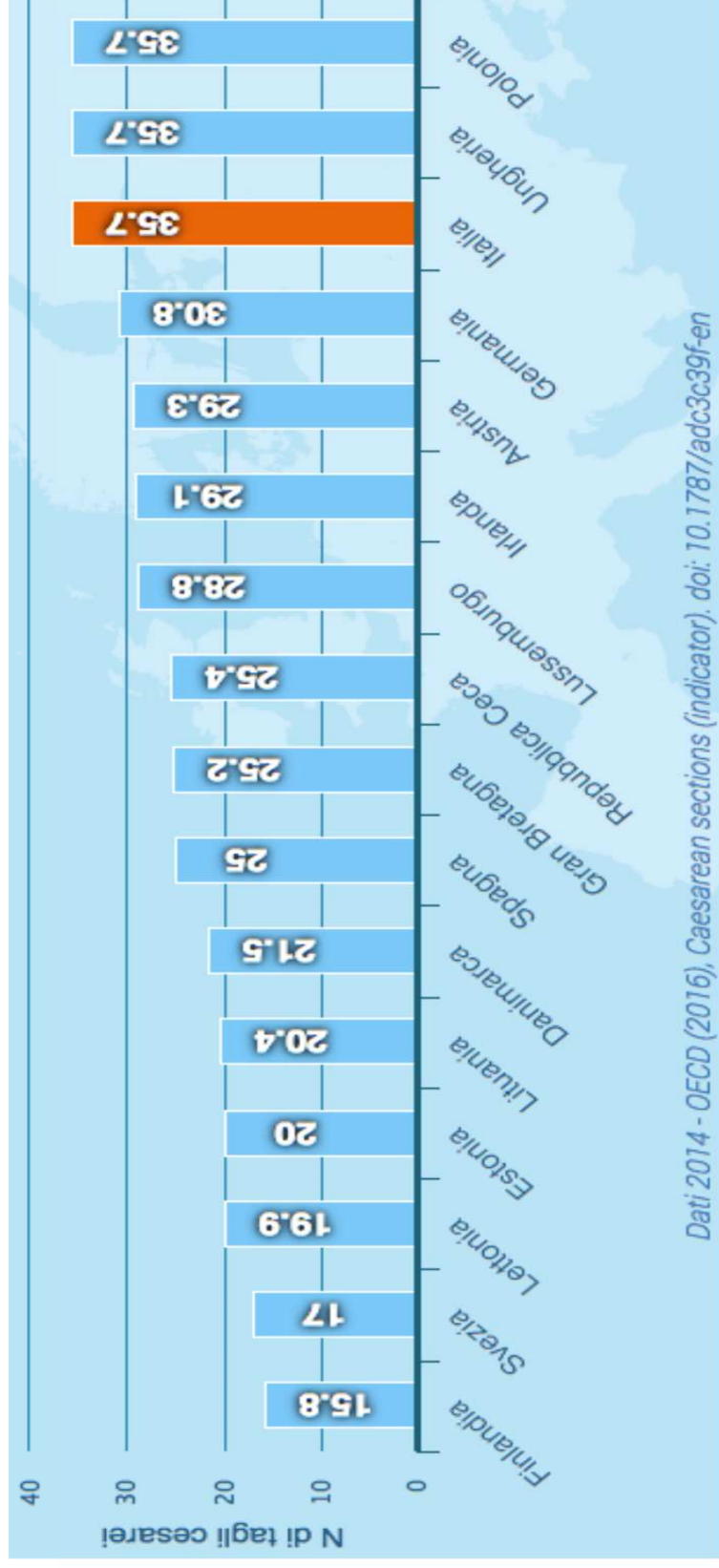
OECD - Health database 2013

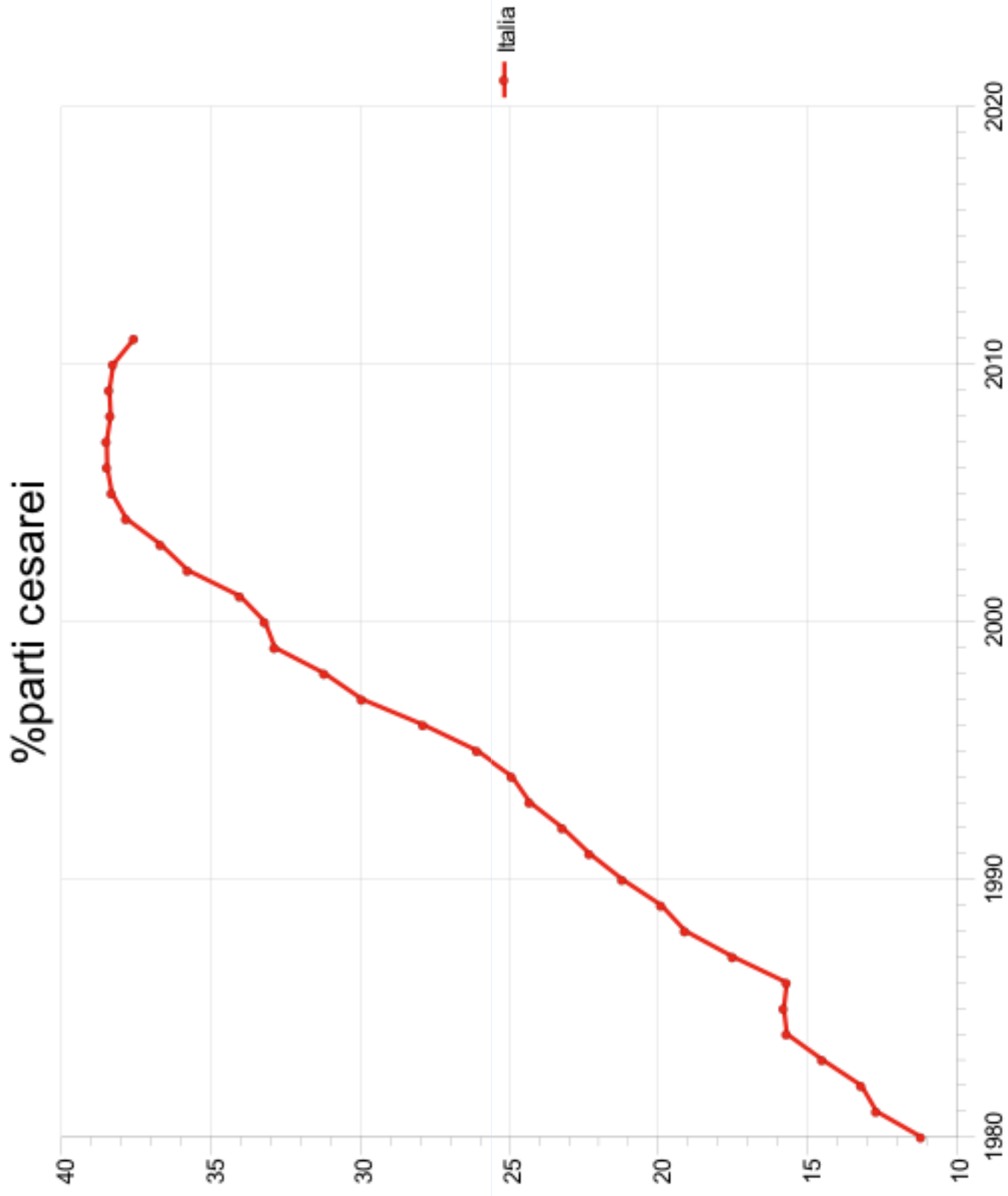




Infografica Piano Nazionale Esiti

Europa: Quanti TC su 100 parti. All'Italia la maglia nera con Ungheria e Polonia





CeDAP 2013

88,3% dei parti negli Istituti di cura pubblici
11,7% nelle case di cura private (accreditate o non)
0,1% altrove.

Il 61,9% dei parti in strutture > 1.000 parti

Il 39,5% dei parti in strutture tra 500 e 1000 parti

L'8,6% dei parti in strutture < 500 parti

taglio cesareo: nelle case di cura accreditate 53,8% dei parti
negli ospedali pubblici 33,1%

Analisi dati
Cedap 2013

Tabella 39 - Distribuzione dei parti cesarei secondo la tipologia di struttura ospedaliera dove essi avvengono

Regione	Pubblico	Casa di cura		Totale
		Accreditata	Privata	
Piemonte	29,5			29,5
Valle d'Aosta	20,9			20,9
Lombardia	27,8	26,6	87,1	27,8
Prov. Auton. Bolzano	23,9		45,1	24,1
Prov. Auton. Trento	25,1			25,1
Veneto	27,0			27,0
Friuli Venezia Giulia	24,3	19,4		23,9
Liguria	34,4		80,8	34,5
Emilia Romagna	27,7	62,8		28,1
Toscana	20,9		45,3	21,0
Umbria	31,5			31,5
Marche	30,5			30,5
Lazio	39,4	44,1	81,5	40,8
Abruzzo	37,8			37,8
Molise	46,9			46,9
Campania	49,6	71,2	84,6	59,5
Puglia	43,3	49,2		44,0
Basilicata	39,4			39,4
Calabria	35,4	28,2		34,2
Sicilia	41,3	59,8		44,2
Sardegna	38,7	37,0		38,5
Totale	33,1	53,8	78,4	35,5

Tabella 42 - Distribuzione regionale dei parti vaginali dopo un precedente parto cesareo per tipo di struttura in cui avviene il parto

Regione	Parti vaginali dopo precedente parto cesareo			Totale
	Pubblico	Casa di cura		
		accreditata	non accreditata	
Piemonte	16,8			16,8
Valle d'Aosta	38,0			38,0
Lombardia	16,9	31,4	1,9	18,3
Prov. Auton. Bolzano	39,5		26,3	39,1
Prov. Auton. Trento	21,0			21,3
Veneto	21,1			21,2
Friuli Venezia Giulia	26,7	18,9		26,3
Liguria	9,5		14,3	9,5
Emilia Romagna	17,0	-		16,7
Toscana	25,4		11,1	25,3
Umbria	10,7			10,7
Marche	10,7			10,7
Lazio				
Abruzzo	7,5			7,5
Molise	2,2			2,2
Campania	6,9	5,2	-	6,0
Puglia	5,2	5,7		5,2
Basilicata	3,0			3,0
Calabria	7,7	18,5		9,6
Sicilia	5,1	2,1		4,4
Sardegna	11,2	1,2		10,4
Totale	13,0	7,6	6,0	12,0

Due **indagini** campionarie condotte nel periodo 2008-2011 **dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS)**, a cui hanno partecipato oltre 7000 partorienti con gravidanza fisiologica hanno evidenziato:

un'assistenza prenatale **prevalentemente privata** per le donne italiane :

78% è assistita da ginecologo privato
11% dal consultorio familiare,

un percorso assistenziale **eccessivamente medicalizzato** :

in media 6-7 ecografie per gravidanza
36% di tagli cesarei,
40% di episiotomie

CONFERENZA UNIFICATA STATO-REGIONI

Accordo 16 dicembre 2010

«Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità', della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo»

Chiusura dei punti nascita sotto i 500 parti e poi sotto i 1000

Le 10 linee di indirizzo

1. Misure di politica sanitaria ed accreditamento
2. Carta dei Servizi per il percorso nascita
3. Integrazione territorio-ospedale
4. Sviluppo di Linee guida sulla gravidanza fisiologica e di Linee guida sul taglio cesareo del SNLG-ISS
5. Programma di Implementazione delle linee guida
6. Elaborazione, diffusione ed implementazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita
7. Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto
8. Formazione degli operatori
9. Monitoraggio e verifica delle attività
10. Istituzione di una funzione di coordinamento permanente per il percorso nascita

[Explore this journal >](#)

General obstetrics: Does size matter? A population-based study of birth in lower volume maternity hospitals for low risk women

Sally K Tracy [✉](#), Elizabeth Sullivan, Hannah Dahlen, Deborah Black, Yueping Alex Wang, Mark B Tracy



[View issue TOC](#)
Volume 113, Issue 1
January 2006

331.000 donne a basso rischio anni 1999-2001 in Australia

Questo studio dimostra che per bambini di peso normale e donne non a rischio i piccoli ospedali offrono un ambiente sicuro e protettivo per la nascita

[Health Serv Res.](#) 2014 Aug;49(4):1184-204. doi: 10.1111/1475-6773.12153. Epub 2014 Jan 30.

Regionalization and local hospital closure in Norwegian maternity care--the effect on neonatal and infant mortality.

[Grytten J](#)¹ et al .

- Obiettivo: studiare se la mortalità neonatale dipendeva o meno dal tipo di ospedale in cui avveniva il parto.
- Conclusioni :non vi è un'augmentata mortalità neonatale se i parti ad alto rischio vengono inviati in ospedali grandi con le risorse adatte.

Should births be centralised in higher level hospitals? Experiences from regionalised health care in Finland

E Hemminki,^a A Heino,^a M Gissler^{a,b}

Concentrare le nascite in pochi ospedali può avere conseguenze negative sulla salute e sulla erogazione dei servizi.

Se donne a basso rischio partoriscono in ospedali orientati all'alto rischio, il loro trattamento può essere 'contaminato' dall'approccio al rischio, può interferire con il progresso naturale del travaglio e portare ad un eccessivo interventismo.

Quando le distanze fra case e ospedale aumentano, il numero di parti extra-ospedalieri non pianificati può aumentare.

La centralizzazione delle nascite può influenzare negativamente la qualità delle cure pre-natali, quando l'ospedale è lontano sono particolarmente importanti. La comunicazione e la continuità possono peggiorare quando il parto avviene più lontano.

La chiusura degli ospedali non deve basarsi solo su criteri numerici.

I servizi ostetrici sono una componente sociale importante delle piccole comunità, permettono di partorire senza fare lunghe distanze, in ambienti più familiari.

La qualità offerta dalle diverse strutture dipende da molteplici fattori, vi è una grandissima variabilità all'interno delle varie tipologie di ospedali, anche nella stessa regione.

Bisogna potenziare il lavoro in rete, inviando in ospedali più attrezzati i parti che lo necessitano.

Si possono rendere più sicuri i piccoli ospedali, **che si stanno oggi lentamente uccidendo togliendo risorse strutturali e/ professionali** e con percorsi formativi assenti.

Provate a scorrere la lista degli ospedali BFHI e guardate quanti ospedali con più di 1000 parti trovate...quante cliniche universitarie? In merito alle ricadute di salute a lungo termine, che significato ha questo dato? Perché l'allattamento non viene mai utilizzato come criterio di qualità assistenziale nonostante la forza insindacabile delle evidenze in merito alla sua capacità di promozione della salute?

Per noi bisogna andare in altre direzioni:

Combattere lo smantellamento del SSN e garantire in gravidanza cure gratuite e diritto alla continuità

Garantire l'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche nella gravidanza e nel parto.

Dare la possibilità alle donne di scegliere il parto extraospedaliero

Midwife-led continuity models versus other. Sandall J et al.

2013 The Cochrane Collaboration

13 trials involving 16,242 women that took place in five countries in a wide variety of settings and health systems.

con le ostetriche ci sono

- meno episiotomie, epidurali, parti operativi e più parti spontanei vaginali.
- ci sono meno parti prematuri e meno possibilità di perdere il bambino prima delle 24 settimane



Gravidanza fisiologica

A G G I O R N A M E N T O 2 0 1 1

Alle donne con gravidanza fisiologica deve essere offerto il modello assistenziale basato sulla presa in carico da parte dell'ostetrica/o.

In collaborazione con l'ostetrica/o, il medico di medicina generale, i consultori e le altre strutture territoriali costituiscono la rete di assistenza integrata alla donna in gravidanza

MA QUANTO VIENE APPLICATA?

LA NASCITA IN EMILIA-ROMAGNA

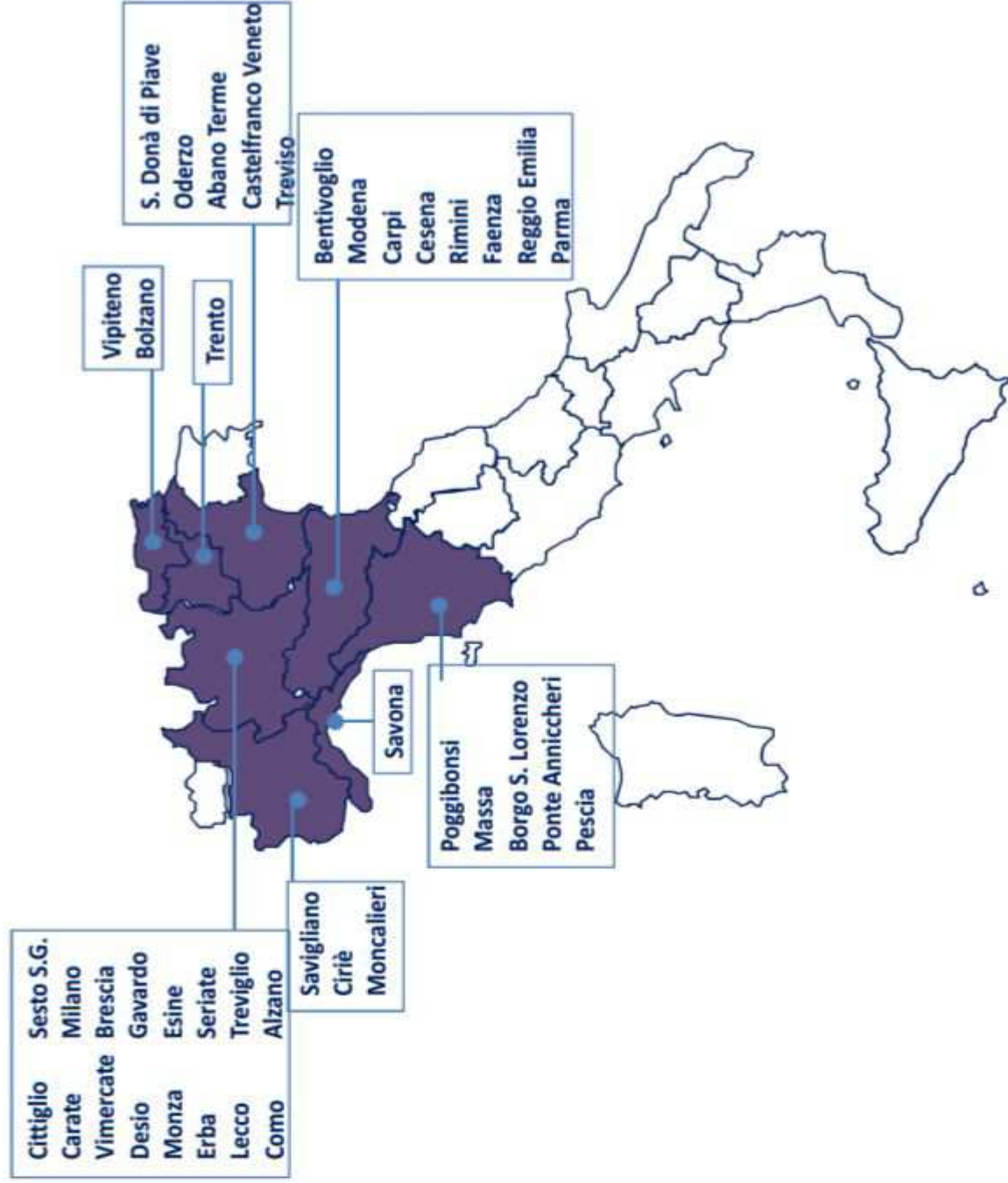
13° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) – Anno 2015

N°nati	2009: 42426	2015: 35.813	<11%
Tasso di natalità	9,8	8	per 1000

	2005	2015
Cittadinanza straniera	21,8%	31%
➤35 anni	27%	34,5%

50 % seguite nel pubblico (era 32,6% nel 2005) di cui 45% nei consultori e 5% negli ambulatori ospedalieri

Assistenza ostetrica in autonomia alle donne sane in gravidanza e/o travaglio fisiologico



Care in Normal Birth: a Practical Guide”, Report of a technical Working Group, WHO Publication no. WHO/FRH/MSM/96.24

- L'Organizzazione Mondiale della Sanità afferma che «la donna deve avere la possibilità di partorire in un luogo che sente sicuro, al livello più periferico in cui sia possibile fornire assistenza appropriata e sicurezza. Per donne con gravidanze a basso rischio, tali luoghi possono essere la casa, le case maternità, gli ospedali»

Planned hospital birth versus planned home birth (Review) 2012 The Cochrane Collaboration.

- This review shows that there is no strong evidence to favour either planned hospital or planned home birth for selected, low- risk pregnant women.
-all countries should consider establishing home birth services with collaborative medical back up and offer low-risk pregnant women information about the available evidence and the possible choices.

Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study

- **Più di 64.000 donne dall'aprile 2008 all'aprile 2010**
- **Conclusioni :The results support a policy of offering healthy women with low risk pregnancies a choice of birth setting**
- **Costi : £1066 casa, £1435 Case del parto, £1461 Centri Nascita, £1631 ospedale**

NICE dicembre 2014

Intrapartum care of healthy women and their babies during childbirth

- Bisogna spiegare a tutte le donne che possono scegliere tra diversi luoghi del parto: la propria casa, unità gestite dalle ostetriche accanto all'Ospedale, Case del parto, o reparti ospedalieri, e **appoggiarle nelle loro scelte**.
 - Bisogna avvisare le multipare che se evitano l'ospedale è meglio perché il tasso di interventi è minore (parti vaginali strumentali, tagli cesarei, episiotomie) e gli esiti neonatali sono uguali
- Bisogna avvisare le nullipare che un'unità gestita da ostetriche garantisce loro meno interventi e uguali esiti, mentre il parto a domicilio si accompagna a un leggero aumento di esiti negativi per il bambino.
- Bisogna garantire in ogni luogo le quattro modalità diverse per il parto.

⋮

Which?

Birth Choice

Best choice for you

Maternity options

Expert advice

FAQ



Find the right place for you to give birth

Use our Birth Choice tool to decide where you want to give birth. Understand your maternity options, get expert advice and find local places that are the best fit for you.



In partnership with
BirthChoiceUK

Get started



Understand your maternity options >

Labour ward? Birth centre? Home? Explore the differences between the UK's most common options for where to give birth.

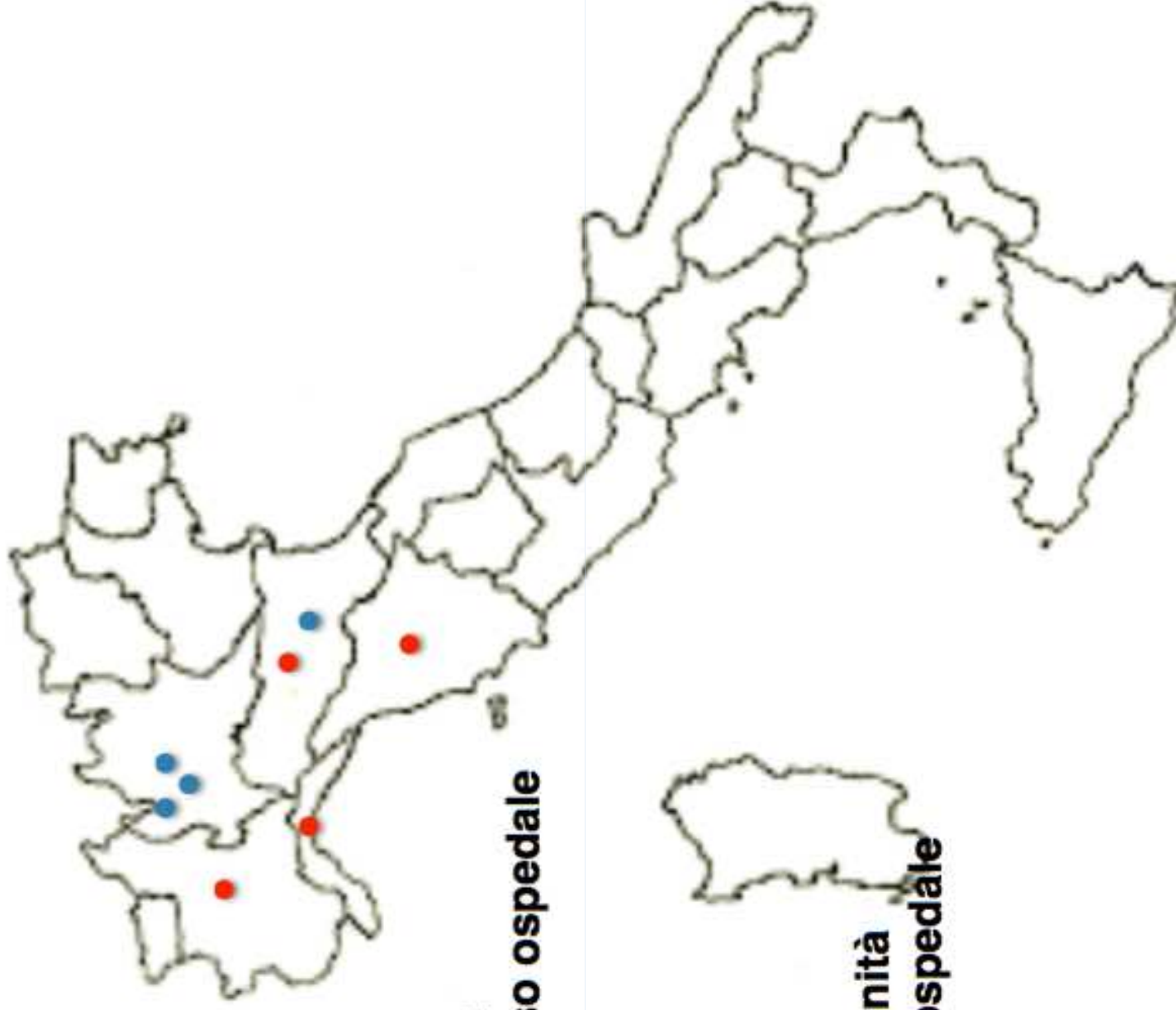
[Explore the options](#)



Birth Choice tool >

Use our unique Birth Choice tool to help you decide where you'd like to give birth.

[Find local places that are the best choice for you.](#)



● Centri nascita pubblici presso ospedale

- **Genova**
- **Modena**
- **Torino**
- **Firenze**

● Case di maternità private fuori ospedale

- **Milano**
- **Varese**
- **Como**
- **Bologna**

Posizione della SIN sul parto in casa

- C'è sempre da considerare il fattore rischio. Anche nelle condizioni ideali non è possibile escludere, con assoluta certezza, la possibilità che si presentino delle complicazioni, che metterebbero a rischio la salute di mamma e bambino e che implicherebbero, nel caso del parto a domicilio, un necessario e immediato trasferimento in ospedale, anch'esso di per sé rischioso.
- La SIN continua a sostenere che l'ospedale è il posto più sicuro dove partorire e ribadisce che partorire in casa espone mamma e neonato a rischi maggiori e imprevedibili.

IL PATRIARCATO E LA SCIENZA OSTETRICA

Le conoscenze mediche incorporano una particolare ideologia, in cui si afferma l'intrinseca debolezza delle donne, esseri fragili che devono essere aiutati e salvati da una natura capricciosa e pericolosa.

I medici si sono appropriati della nascita e hanno affermato che in nome della sicurezza e per ovviare all'incertezza essa va portata sotto il loro completo controllo.

Hanno definito come doveva essere il travaglio e ogni nascita doveva conformarsi alle norme da loro definite.

Sempre di più le gravidanze sono state messe sotto l'etichetta del rischio, gli sforzi si concentrano nel prevenire il rischio, stabilire l'entità del rischio, trattare il rischio.

Si cominciano a praticare misure profilattiche per gestire quello che potrebbe accadere.

Il modo in cui una nascita viene trattata dipende da chi ha il potere di definire la normalità.

Le donne non sono molto consapevoli che il modo in cui viene gestito il loro corpo nel sistema ospedaliero ha un impatto negativo nella loro capacità di partorire

Il “ disempowerment” è conseguenza della paura: dati i grandi rischi che la nascita comporta, conviene alla donna stare buona, lasciar fare il lavoro agli “esperti “ e mantenere un ruolo completamente passivo.

Tanto l'unica cosa che importa è avere un bimbo sano.

Allora che fare?

Mettere in discussione la cultura della negatività e della paura che esiste attorno alla nascita.

Diffondere esperienze di parto positive.

Condividere informazioni sulle scelte e i diritti nella nascita.

Incoraggiare le donne ad avere più alte aspettative per il parto.



POSITIVE BIRTH:

Far nascere i propri figli dove si vuole
Le scelte derivano dall'informazione e non dalla paura
Le donne si sentono più forti e arricchite
Nel ricordarla si sentono piene di di orgoglio



IN EVIDENZA

**APPELLO A TUTTI I SINDACATI CONFEDERALI, DI BASE E AUTONOMI:
L'8 MARZO FERMIAMO IL MONDO PER DIRE NO ALLA VIOLENZA
MASCHILE SULLE DONNE**

**8 MARZO 2017: SCIOPERO DELLE DONNE >> SE LE NOSTRE VITE NON
VALGONO, ALLORA CI FERMIAMO!**

Non Una di Meno Roma

L'8 marzo è una giornata di lotta, non un'occasione per locali, ristoranti e fiorai di far girare l'economia. [...] Niente fiori e cioccolatini, dunque: **non abbiamo niente da festeggiare, abbiamo tutto da cambiare!** [...] A cento anni dall'8 marzo 1917, torneremo in strada in tutto il mondo, a protestare e a scioperare contro la guerra che ogni giorno subiamo sui nostri corpi: la violenza, fisica, psicologica, culturale, economica. **Se le nostre vite non valgono, allora ci fermiamo!** [continua a leggere...](#)

Bologna, 4-5 febbraio, assemblea e continuazione tavoli tematici .

Il 3°tavolo : Diritto alla salute, libertà di scelta, autodeterminazione in ambito sessuale e riproduttivo

In tutto il territorio nazionale i servizi consultoriali e ospedalieri prevedano che la gravidanza fisiologica possa essere seguita con continuità dalle ostetriche.

In ogni Punto Nascita ospedaliero siano presenti dei percorsi per la fisiologia con l'assistenza delle ostetriche.

In ogni Punto Nascita sia previsto un numero di ostetriche sufficiente a garantire un'assistenza individualizzata one-to-one.

Venga proposta dal Governo una Legge che preveda la creazione in ogni Regione di servizi pubblici che offrano il parto in Centri nascita all'interno o accanto all'Ospedale, in Case Maternità o a domicilio.

In tutto il nostro paese, e non solo in alcune Regioni, si preveda un rimborso per le spese sostenute per il parto a domicilio o in Casa Maternità se effettuati con professioniste private.

Non vengano chiusi i Punti Nascita valutando solo il numero dei parti, ma la qualità del servizio offerto oltre che le condizioni territoriali.

Invece di essere chiusi, ove possibile, alcuni Punti nascita vengano trasformati in Centri Nascita gestiti in autonomia dalle ostetriche.

La formazione delle ostetriche debba offrire maggiori strumenti per lavorare in autonomia, e la formazione dei medici sia volta alla conoscenza e alla promozione della fisiologia, oltre che alla gestione della patologia.

Abbiamo bisogno di voi !

