

RAPPORTO MADRE/BAMBINO

IL DOCUMENTO
DEL MINISTERO
DELLA SALUTE



ROOMING-IN



Link al documento sul
rooming-in cui ha avuto
parte attiva anche l'Aogoi

Facilita la relazione mamma-bebé e l'allattamento

Il Tavolo tecnico multidisciplinare sulla continuità del rapporto madre-bambino durante l'ospedalizzazione alla nascita, al quale ha partecipato anche l'Aogoi, fornisce indicazioni sulle buone pratiche assistenziali postnatali, che riguardano le coppie madre-neonato sani. Destinatari del documento sono le Direzioni Generali e Sanitarie delle Aziende Ospedaliere ed il personale sanitario d'area perinatale

BENESSERE DELLA COPPIA MADRE-BAMBINO e sicurezza del neonato: il *Rooming-in* (condivisione della stanza). Questo il titolo del documento a cura di Ministero della Salute - Tavolo tecnico multidisciplinare sulla continuità del rapporto madre-bambino durante l'ospedalizzazione alla nascita coordinato da Maria Rosaria Campitiello Ufficio di Gabinetto del Ministro della Salute, tavolo al quale ha avuto parte attiva anche l'Aogoi.

Il rooming-in (raccomandato dall'Oms (Who 2017) e dall'Unicef nell'ambito dell'Iniziativa "Ospedale Amico dei Bambini e delle Bambine") prevede la permanenza e l'assistenza di mamma e neonato in una stessa stanza del Punto Nascita durante la degenza nei giorni successivi al parto da parte di figure professionali specificatamente identificate tra quelle previste nelle unità di degenza materno-infantili.

BENEFICI E LIMITI DEL ROOMING-IN In condizioni fisiologiche o a basso rischio il rooming-in costituisce uno standard assistenziale di riferimento che, col supporto e la supervisione del personale sanitario, risulta appropriato per la maggioranza delle coppie madre-neonato. La condivisione della stanza promuove non solo l'avvio dell'allattamento (Mc Loughlin 2019), ma più in generale la relazione mamma-neonato e l'attaccamento (bonding), avendo quindi un valore a prescindere dal tipo di alimentazione scelto dalla madre.

Inoltre, il rooming-in facilita la vantaggiosa colonizzazione con germi materni (García-Ricobaza 2021; Duale 2022), riduce il rischio di infezioni ospedaliere e promuove cure maggiormente individualizzate in risposta ai bisogni del neonato. Per la mamma il rooming-in rappresenta l'opportunità di un'esperienza immediata e diretta di accudimento. Il personale sanitario supporta la madre nell'accudimento del neonato, favorendo

gradualmente l'autonomia materna, in modo da promuovere la consapevolezza delle proprie competenze genitoriali (empowerment). La condivisione della stanza da parte della diade consente inoltre una più facile e precoce identificazione di eventuali impedimenti o difficoltà nella gestione in autonomia del bambino, in modo da favorire una dimissione appropriata e protetta. Il rooming-in può rappresentare per alcune donne un'esperienza impegnativa ed intensa, specialmente quando le condizioni generali fisiche e/o psicologiche non siano ottimali (Theo 2017). In questi casi l'équipe sanitaria, in maniera individualizzata e d'intesa con la madre, valuta l'applicabilità e la continuità del rooming-in. La presenza del partner (o di altra persona di fiducia) può contribuire in maniera determinante ad aiutare e sostenere la madre, dandole modo di accudire con maggior facilità il proprio bambino e consentendo quindi un'efficace implementazione e/o mantenimento della pratica del rooming-in.



VALUTAZIONE DEL BENESSERE DELLA MADRE Si calcola che 1 donna su 5 presenti una qualche forma di disagio psicologico durante la gravidanza o nel primo anno dopo il parto (Who 2022). Va precisato che per la maggior parte di queste donne, che soffre di sintomi minori, è sufficiente un sostegno non specialistico, che può essere fornito da familiari/amici o da personale sanitario non specializzato che ha proprie competenze di base, le quali, se subottimali, vanno opportunamente consolidate (WHO 2022). Dal momento che la fragilità della donna spesso non viene dichiarata o non viene riconosciuta, il personale che assiste la donna durante la gravidanza, il parto ed il post partum (in prima battuta, ma in maniera non esclusiva la/il ginecologa/o e/o l'ostetrica/o) ha la possibilità di fare uno screening mediante semplici strumenti o, nei casi più rilevanti, chiedere una specifica consulenza psicologica.

IN MERITO ALLO SCREENING DELLA PATOLOGIA DEPRESSIVA, che rappresenta la patologia mentale più rilevante in termini epidemiologici e di impatto socio-economico, le linee guida del National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2014) raccomandano per contesti non dotati di specifica competenza nell'ambito della salute mentale, le due domande di Whooley (Guidomei 2019): 1. "Durante l'ultimo mese si è sentita spesso giù di morale, depressa o senza speranze?". "Durante l'ultimo mese ha provato spesso poco interesse o piacere nel fare le cose?". In casi di sospetto di uno stato depressivo va richiesta la consulenza dello specialista della salute mentale (psicologo ospedaliero e/o territoriale, eventualmente psichiatra). Nonostante la negatività di un'accurata anamne-

si psico-sociale e dello screening effettuato in gravidanza, la/il ginecologo/a e/o l'ostetrica/o avranno la possibilità di verificare al momento del parto e nel puerperio il benessere emotivo della donna, avvalendosi al bisogno degli specialisti, che si occupano di salute mentale in epoca perinatale e in particolare della/o psicologa/o aziendale e/o dello psicologo dell'area materno-infantile. Il rooming-in e l'allattamento esclusivo a richiesta rappresentano pratiche da promuovere, ma va riconosciuto che talora possono slantizzare un disagio emotivo e/o disturbi psichici che dovrebbero essere prontamente identificati, fornendo sostegno da parte del personale sanitario, per quanto di sua competenza, ed il necessario tempestivo trattamento (Ministero della Salute 2023).

IL DOCUMENTO PRESENTA ANCHE LE CONDIZIONI PER CUI IL ROOMING-IN DEBBA ESSERE ESCLUSO

ESCLUSIONE PER CAUSE MATERNE

- A MADRI IN CONDIZIONI DI DISAGIO** psico-sociale tale da non essere in grado di accudire adeguatamente il neonato, nonostante il supporto fornito dal personale sanitario (ospedaliero e/o territoriale) o dal partner/persona di fiducia;
- B MADRI IN CONDIZIONI GENERALI** di salute tali da non essere in grado di accudire adeguatamente il neonato, nonostante il supporto fornito dal personale sanitario (ospedaliero) o dal partner/persona di fiducia;
- C MADRI TRASFERITE** dall'Ostetricia e Ginecologia ad altra U.O. (Rianimazione, Chirurgia, ecc...);
- D MADRI** che, pur adeguatamente informate (in gravidanza e/o al parto) sui benefici del rooming-in, scelgono comunque di non usufruire di tale pratica.

ESCLUSIONE PER CAUSE NEONATALI:

- A NEONATI** non riconosciuti dalla madre;
- B NEONATI** di età gestazionale

Va inoltre chiarita la compatibilità col rooming-in di alcune specifiche categorie di neonati:

- A I LATE PRETERM** di 35-36 settimane EG potrebbero essere intesi come una categoria di neonati con una controindicazione relativa al rooming-in. Questi neonati infatti richiedono in generale un maggior impegno assistenziale e una sorveglianza più stretta, che impongono di valutare la sostenibilità assistenziale di una loro gestione in regime di rooming-in;
- B NEONATI A RISCHIO** di ipoglicemia o di infezione neonatale precoce. La necessità di effettuare in un neonato sano un monitoraggio glicemico per rischio di ipoglicemia o una sorveglianza a cadenze ravvicinate nelle prime 48 ore di vita per il rischio di early onset sepsis (EOS) possono essere agevolmente effettuate in corso di rooming-in.

ESCLUSIONE PER CAUSE ORGANIZZATIVE:

- A LE CONDIZIONI DI OSTACOLO** al rooming-in vanno limitate al massimo, tenuto conto che il rooming-in è uno standard assistenziale; b) queste condizioni di esclusione vanno chiaramente definite a livello del singolo Punto Nascita, sulla base dell'organizzazione locale, delle risorse umane disponibili, dei carichi di lavoro del personale ostetrico e infermieristico e dell'impossibilità di un'efficace ed efficiente integrazione delle loro attività nell'area di degenza delle puerpere.

MORTI PERINATALI

L'APPELLO DELL'ISS:

“SERVE UN SISTEMA DI SORVEGLIANZA NAZIONALE PER INCIDERE SUI FATTORI DI RISCHIO”

La prematurità rimane una delle principali cause delle morti perinatali, ma una sorveglianza nazionale di questi decessi può aiutare a migliorare la qualità dell'assistenza e ridurre le morti prevenibili

Gli esperti Iss, hanno già testato la validità e sostenibilità della sorveglianza con un progetto pilota realizzato in 3 Regioni (Lombardia, Toscana e Sicilia). La richiesta è di estendere la sorveglianza a livello nazionale, “per poter mettere in campo interventi volti a prevenire i decessi evitabili stimati pari al 15,7% dei casi presi in esame dal progetto pilota, con forti differenze per area geografica”.

La prematurità rimane una delle principali cause delle morti perinatali, ma una sorveglianza nazionale di questi decessi può aiutare a migliorare la qualità dell'assistenza e ridurre le morti prevenibili. Questo l'appello contenuto in una nota e lanciato in occasione della Giornata mondiale della prematurità del 17 novembre dagli esperti dell'Istituto Superiore di Sanità, che hanno già testato la validità e sostenibilità della sorveglianza con un progetto pilota realizzato in 3 Regioni.

Il progetto pilota SPiOSS, la sorveglianza della mortalità perinatale in 3 Regioni

La sorveglianza della mortalità perinatale (Italian Perinatal Surveillance System-SPiOSS), è stata avviata ufficialmente il primo luglio 2017: si trattava di un progetto pilota coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con tre regioni - Lombardia, Toscana e Sicilia - finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) del Ministero della Salute.

Il progetto prevedeva la segnalazione dei casi di morte perinatale e la raccolta di informazioni relative alle modalità assistenziali e alle caratteristiche organizzative dei presidi dove si verificavano i decessi. Durante il periodo di sorveglianza pilota di due anni, sono stati notificati 830 decessi perinatali nelle tre regioni partecipanti, di cui 94 sottoposti a indagini confidenziali a livello regionale e nazionale. “Il sistema ha permesso di approfondire i casi segnalati, consentendo di identificare criticità cliniche e organizzative suscettibili di miglioramento”, riferisce l'Iss.

“Dopo l'esperienza del progetto pilota – sottolinea **Serena Donati**, direttrice del Reparto Salute della Donna e dell'Età Evolutiva del Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità – la Lombardia, una delle regioni coinvolte, ha deciso di proseguire il sistema di sorveglianza delle morti perinatali. L'Emilia Romagna ha da tempo un sistema di sorveglianza a livello regionale mentre non disponiamo di dati delle altre Regioni. La richiesta è di dar seguito al progetto pilota estendendo la sorveglianza a livello nazionale, per poter mettere in campo interventi volti a prevenire i decessi evitabili stimati pari al 15,7% dei casi presi in esame dal progetto pilota, con forti differenze per area geografica”. “A seguito della valutazione dell'efficacia e della sostenibilità del progetto pilota SPiOSS l'Istituto Superiore di Sanità ha ufficialmente raccomandato al Ministero della Salute di estendere la sorveglianza a livello nazionale, seguendo un modello simile al sistema di sorveglianza della mortalità materna coordinato dall'Iss”.