



Immagine © Evelyn Gomes dos Anjos (evelynangelfotografia@gmail.com).

Standard Europei per le Midwifery Units



Prefazione

Diamo il benvenuto allo sviluppo di questi standard riguardo la filosofia e l'organizzazione dell'assistenza ostetrica in tutta Europa.

Ad oggi, le evidenze scientifiche indicano in maniera sempre più convincente che la continuità assistenziale fornita dall'Ostetrica/o (da ora ostetrica) sia particolarmente indicata per donne sane con gravidanza fisiologica, in ambienti che garantiscono ostetriche formate in maniera adeguata e sistemi sanitari funzionanti. Questo concetto è stato rispecchiato nelle procedure e linee guida nazionali e globali. In contesti simili a quello inglese, in cui si può garantire sistemi di riferimento ad accertamenti multidisciplinari ben funzionanti, l'assistenza ostetrica extra ospedaliera è associata ad un'esperienza più positiva delle donne alla gravidanza e all'evento nascita rispetto a coloro che hanno ricevuto un'assistenza intraospedaliera. Sono riportati inoltre esiti clinici migliori per donne sia nullipare che multipare, insieme ad esiti perinatali simili soprattutto per il secondo figlio ed i figli seguenti. Questi risultati sono riportati anche nelle normative e procedure nazionali.

Nonostante ciò, le unità operative a gestione ostetrica ben supportate e con risorse adeguate sono ancora troppo poche in molti Paesi e questo limita l'opportunità di garantire un'assistenza alle donne e ai loro neonati ottimale, coerente, di alta qualità, sicura e costo-efficiente.

Se le ostetriche, gli altri professionisti sanitari e i decisori politici riusciranno a guidare il

cambiamento in Europa, sviluppando il tipo di servizio esposto in questi standard, questo potrebbe fornire un modello efficace di best practice in ambienti sia intra che extra ospedalieri. Inoltre, con il potenziamento dei sistemi sanitari in Paesi a basso e medio reddito, gli standard potrebbero essere i catalizzatori del cambiamento in ambienti in cui l'assistenza alla maternità sia intra che extra ospedaliera è subottimale.

Ci congratuliamo con il Midwifery Unit Network per essersi impegnati in questa iniziativa e per aver sviluppato i Midwifery Unit Standards usando una metodologia inclusiva e di coproduzione.

Incoraggiamo le organizzazioni di professionisti e i singoli dirigenti ad utilizzare questo strumento sia per il miglioramento qualitativo a livello locale sia per proiettare l'assistenza alla maternità nel futuro.

Incoraggiamo le organizzazioni di professionisti e i singoli dirigenti ad utilizzare questo strumento sia per il miglioramento qualitativo a livello locale sia per proiettare l'assistenza alla maternità nel futuro.

Soo Downe

Professoressa in Midwifery Studies all'University of Central Lancashire del Regno Unito

Franka Cadée

Presidente della International Confederation of Midwives

Jacky Nizard

Professore di Ginecologia e Ostetricia alla Sorbonne University di Parigi, Francia
Presidente dell'European Board & College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG)

Documento originale

Prodotto da:

Midwifery Unit Network
e City University of London

Finanziato da:

City University of London, National
Institute for Health Research e Royal
College of Midwives

Autori:

Lucia Rocca-Ihenacho, Laura Batinelli,
Ellen Thael, Juliet Rayment, Mary
Newburn e Christine McCourt

Supportato da:

European Midwives Association e
National Institute for Health and Care
Excellence(NICE)

Traduzione italiana

Traduzione a cura di:

Laura Batinelli e Marianna Gottardi

In collaborazione con:

Antonella Nespoli, Nadia Rovelli e
Lucia Rocca-Ihenacho

Finanziata da:

Midwifery Unit Network e Ordine
della Professione di Ostetrica
Interprovinciale di Bergamo Cremona
Lodi Milano Monza e Brianza

PREFAZIONI ALL'EDIZIONE ITALIANA

L'Ordine della Professione di Ostetrica di Bergamo, Cremona, Lodi, Milano, Monza Brianza in collaborazione con SISOGN (Società Italiana delle Scienze Ostetrico-Ginecologiche-Neonatali), ha attivato il progetto di traduzione del documento *Midwifery Units Standards (2018)*, con il fine di promuovere la conoscenza di standard direzionali, organizzativi/gestionali e clinico assistenziali che sostengono l'implementazione di Linee Guida internazionali e nazionali. Negli ultimi decenni abbiamo assistito ad una progressiva medicalizzazione dell'evento nascita, espropriando talvolta la donna e la sua famiglia delle loro competenze, superando l'equilibrio necessario tra sicurezza/appropriatezza e protagonismo degli operatori. I danni biologici, economici e sociali di questo approccio sono oggi documentati in numerosi studi e da più voci in Italia e all'estero.

La traduzione del documento MUS ha consentito l'emergere della consapevolezza che nel contesto nazionale della Midwifery è necessaria una profonda e attenta riflessione sullo sviluppo della professione Ostetrica e sugli attuali modelli di cura. Come proposto dal documento, è richiesto un cambiamento culturale affinché si possano implementare modelli di cura innovativi, in linea con l'orientamento avanzato dell'OMS, centrati sulla donna e sulla figura dell'Ostetrica/a (midwife-led) per la tutela della salute riproduttiva materna e neonatale.

Un altro elemento affermato con forza nel documento è la necessità di una presenza proattiva di Ostetriche/ci con una posizione di leadership forte e autorevole che sappia essere visibile ad ogni livello per sostenere l'implementazione di modelli organizzativi/gestionali a conduzione ostetrica, appropriati ed eticamente accettabili in partnership con la donna.

Un ulteriore elemento di interesse nel considerare l'attivazione di questi modelli innovativi di assistenza ostetrica è la necessità di 'abitare' da parte delle Ostetriche tutti gli ambiti di azione: dirigenziale, organizzativo/gestionale, clinico assistenziale, di formazione e di ricerca. L'azione sinergica di tutti questi ambiti di competenza ostetrica, potrà essere la chiave di volta che favorisce l'avvio di una protezione dell'evento nascita valorizzando la diade Madre-Neonato, la famiglie e l'intera comunità.

Ci aspettiamo che questo documento sia l'inizio di un cammino di un tangibile cambiamento nel contesto nazionale ed favorisca la partnership tra ostetriche/ci, donne tutti i professionisti coinvolti nel percorso nascita e le istituzioni politiche ed organizzative. Ci auspichiamo che il documento sia uno stimolo per ogni Ostetrica affinché possa guardare al futuro con l'entusiasmo e la forza che si genera ogni volta che si tocca con mano una madre ed un bambino che sta per nascere.

Un grazie particolare ai Peer Reviewers che hanno consentito l'armonica traduzione nella lingua italiana garantendo la qualità del testo proposto, ed un grazie alle colleghe Laura, Lucia e Marianna per la competente professionalità e per aver sostenuto la concretizzazione del nostro progetto.

Nadia Rovelli e Antonella Nespoli

PREFAZIONI ALL'EDIZIONE ITALIANA

In Italia, a fronte di buoni esiti materni e neonatali, l'assistenza al percorso nascita presenta ampi spazi suscettibili di miglioramento che riguardano l'appropriatezza delle cure e la cultura sociale della maternità. La nascita non è cambiata nella sua dimensione biologica, quanto nei significati ad essa attribuiti a livello sociale e individuale. Il modello bio-medico, che promuove la tecnologia ostetrica quale garanzia di sicurezza per madre e neonato, stenta a lasciare il posto al modello bio-psico-sociale che promuove la partecipazione consapevole delle donne nell'esperienza della maternità. Le aspettative e le scelte delle donne in gravidanza sono, infatti, fortemente condizionate dal contesto socio-culturale e dall'organizzazione dell'assistenza. In ambito ostetrico l'offerta di un percorso assistenziale eccessivamente medicalizzato a tutte le donne, comprese quelle sane, rende difficile garantire una mamma e un bambino in perfetta salute con il livello di cure più basso possibile come raccomandato dall'OMS, favorisce il rischio di inappropriata clinica, comporta un ingiustificato aumento dei costi e promuove la dipendenza nei processi decisionali da parte delle donne.

In Italia la linea guida "Gravidanza fisiologica", prodotta dal Sistema Nazionale Linee Guida dell'ISS nel 2010 e in corso di aggiornamento, raccomanda un modello organizzativo basato sulla presa in carico da parte dell'Ostetrica/o. Tale modello organizzativo è stato sostenuto nel 2018 anche

dal Comitato Percorso Nascita nazionale del Ministero della Salute che ha elaborato un documento che promuove l'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio e lo sviluppo di Centri nascita alongside. La rete assistenziale territoriale e ospedaliera che offre l'assistenza alla nascita nel Paese richiede infatti una riorganizzazione che sia in grado di conciliare i bisogni delle donne/coppie con la denatalità, la crisi delle professioni e la sostenibilità del sistema.

Gli standard MUNet offrono l'opportunità di passare in rassegna la complessità dell'insieme dei bisogni emotivi, relazionali, assistenziali e organizzativi che sono alla base delle buone pratiche per l'assistenza alla nascita. Essi richiedono una contestualizzazione in funzione della eterogeneità delle modalità assistenziali che caratterizzano i diversi Paesi europei. Leggiamoli senza preconcetti e pensiamoli come uno strumento per offrire alle donne, adeguatamente informate, un altro luogo del parto dove vivere una delle più intense e straordinarie esperienze della vita.

Ringrazio pertanto le Ostetriche della rete internazionale MUNet per l'impegno volto a favorire la diffusione degli standard con l'obiettivo di promuoverli attraverso l'adozione di misure organizzative e assistenziali basate sulle evidenze.

Serena Donati, *Direttore Reparto Salute della Donna e dell'Età Evolutiva, Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità*

PREFAZIONI ALL'EDIZIONE ITALIANA

La Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (FNOPO) ha aderito con grande piacere al progetto di traduzione del documento MUNet Midwifery Unit Standards. La LG "Gravidanza fisiologica" SNLG/ISS 2010, l'Accordo Stato Regione 2010 e le "Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)" promuovono, in Italia, la gestione in autonomia da parte delle ostetriche delle gravidanze a basso rischio ostetrico.

La FNOPO, nel 2017, politicamente, ha valorizzato molto le Aree funzionali BRO italiane (Genova, Firenze e Torino), attivando uno specifico Gruppo di lavoro cui hanno aderito referenti dei tre centri nascita intraospedalieri italiani (alongside) e le referenti MUNet.

Con interesse è stata valutata la bozza avanzata di traduzione in italiano dei MUNet Midwifery Unit Standards dopo la revisione dei peer reviewers cui hanno contribuito due validi professionisti, un'ostetrica ricercatrice e un ostetrico clinico, indicati dalla FNOPO.

Al termine degli steps di revisione, la FNOPO si ritiene pienamente soddisfatta del lavoro svolto e auspica che la diffusione del documento MUNet Midwifery Unit Standards in italiano possa ulteriormente stimolare la riflessione e supportare l'implementazione delle Aree funzionali BRO, dei centri nascita e delle case maternità che auspica possano diventare sedi di tirocinio tecnico-pratico degli studenti del corso di Laurea in Ostetricia.

La Federazione, sempre più convinta dell'importanza dello sviluppo di una rete di scambi culturali nazionale ed internazionale auspica future forme di collaborazione con MUNet.

Dott.ssa Maria Vicario, *Presidente Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica*

I servizi sanitari pubblici universali hanno ragione di esistere se sono in grado di far emergere, valorizzare, promuovere, sostenere e proteggere le competenze delle persone, applicando l'arte socratica della maieutica con rispetto, gentilezza, empatia, compassione e umiltà. Nelle società moderne è inammissibile, pena peggiori condizioni di salute e enormi sprechi insostenibili, non operare, di concerto in un sistema integrato, alla luce delle consolidate evidenze scientifiche e tenendo conto delle preferenze della persona.

Riguardo il percorso nascita, tali affermazioni acquisiscono valenza paradigmatica. Da una parte si ha a che fare prevalentemente con la fisiologia, che non è altro che competenza che si esprime, dall'altra anche in presenza di patologia insorgente o preesistente, non deve mai mancare, anzi a maggior ragione, l'abilità professionale nella valorizzazione e sostenere tali competenze in situazioni in cui la tentazione di delegare aumenta. Parimenti non è trascurabile l'effetto disastroso di distruzione di professionalità nella consuetudine di trattare come patologiche e con procedure routinarie e inappropriate le condizioni di fisiologia. Non valorizzare le competenze non ha solo l'effetto dannoso di far insorgere condizioni patologiche, ma ha soprattutto un effetto disastroso di mortificazione e, nei casi estremi, di depressione materna proprio quando è necessario dar fondo a risorse interne per affrontare l'avventura della vita. L'attitudine alla dipendenza, ampiamente strumentalizzata dal mercato della salute, promuove sovradiagnosi e sovratrattamento che generano patologia e spreco enorme di risorse.

La figura professionale centrale nel percorso nascita è l'Ostetrica/o a cui si deve affiancare, ma non sostituire, l'esperto di patologia nel caso in cui l'Ostetrica/o stessa riconosce l'insorgenza della deviazione significativa dalla fisiologia e la necessità del suo intervento. In una visione olistica l'Ostetrica/o del consultorio familiare pubblico, così come delineato dal POMI, opera in condizioni ottimali riguardo la gravidanza e il puerperio.

Difatti le strategie di promozione della salute e l'aderenza a standard organizzativi ed assistenziali evidenze based, assicurano la massima resa in termini di esiti di salute e benessere e gli effetti si propagano nella intera società e nel futuro.

Dott. Michele Grandolfo, *Epidemiologo, già Dirigente di ricerca Istituto Superiore di Sanità e Direttore del Reparto Salute della donna e dell'età evolutiva del CNESPS*

PREFAZIONI ALL'EDIZIONE ITALIANA

Nel nostro paese, per dare risposta al bisogno di qualità e di appropriatezza, nel 2011 il Sistema Nazionale Linee Guida dell'ISS ha elaborato un documento che regola la gestione ostetrica della gravidanza fisiologica e nel 2017 è uscita la Linea di indirizzo per la gestione delle aree funzionali nel basso rischio ostetrico (BRO). Documenti autorevoli che ci stanno aiutato a migliorare i percorsi assistenziali e che stanno 'proteggendo' le situazioni fisiologiche, riservando alla patologia le necessarie tecnologie e competenze specialistiche. Questo importante sforzo organizzativo non ha come principale obiettivo il risparmio di risorse (questa eventualmente è una conseguenza diretta), l'effetto principale è quello di riportare il neonato, la madre e il suo partner al centro di questa esperienza ad alta valenza esistenziale.

È in questo cammino che si inserisce il documento prodotto dal Midwifery Unit Network (con l'autorevole supporto del NICE), che nella traduzione italiana è possibile diffondere con maggiore efficacia e utilità. La versione originale è il prodotto di un lavoro particolarmente approfondito a opera delle ostetriche/ricercatrici inglesi parte della rete europea MUNet, ma con l'esplicita funzione di aiutare tutte le nazioni europee "a promuovere e sostenere l'implementazione, lo sviluppo e la crescita delle Midwifery Units (centri nascita). I professionisti della sanità e i decisori politici possono ora disporre di uno strumento autorevole per conoscere norme e standard organizzativi, basati sull'evidenza scientifica ad oggi disponibile, ma anche sulle buone pratiche già attive in molte regioni e il parere di esperti che da tempo gestiscono centri nascita dedicati alla fisiologia. La sicurezza del percorso perinatale viene in questo modo garantita, incrementando al contempo la qualità e il giusto impiego di risorse.

Nel percorso nascita questa filosofia di risposta ai bisogni di salute è realizzata dalle ostetriche, in sinergia e coerenza con tutti gli altri professionisti coinvolti, e questo documento rappresenta un autorevole e utile strumento per un processo di cambiamento che riteniamo opportuno e urgente. E se non ora quando?

Dott. Alessandro Volta, Neonatologo, Direttore del Programma Materno Infantile, ASL di Reggio Emilia



Immagine © Evelyn Gomes dos Anjos
(evelynangelfotografia@gmail.com)

INDICE DEI CONTENUTI

Premessa	8
Lista dei temi e degli standard	9
Introduzione	10
Che cosa è una Midwifery Unit?	11
Qual è la filosofia assistenziale delle midwifery units?	13
Perché sono stati sviluppati gli standard?	13
A chi sono rivolti gli standard?	13
Come si possono utilizzare gli standard nei diversi paesi europei?	14
E se la cultura attuale locale non avesse il concetto di midwifery unit?	14
Quando saranno aggiornati gli standard?	14
Tema 1 - Modello bio-psico-sociale della nascita	15
Tema 2 - Uguaglianza, diversità e inclusione sociale	16
Tema 3 - Lavorare oltre i confini professionali e fisici	17
Tema 4 - Percorsi assistenziali per le donne	18
Tema 5 - Personale e carico di lavoro	20
Tema 6 - Conoscenze, competenze e formazione	21
Tema 7 - Ambiente e strutture	23
Tema 8 - Autonomia e responsabilità	25
Tema 9 - Leadership	26
Tema 10 - Governance clinica	29
Riferimenti bibliografici	31
Appendice 1 – Metodologia per la creazione dei Midwifery Unit Standards	34
Appendice 2 – Ringraziamenti	37

PREMESSA

Un aspetto importante per implementare un'assistenza alla maternità basata sulle evidenze scientifiche è sviluppare strutture assistenziali a gestione ostetrica e aumentare l'accesso delle donne a tali strutture (Renfrew et al., 2014; Miller et al., 2016; WHO, 2016). Il Midwifery Unit Network (MUNet) e l'European Midwives Association (EMA) hanno collaborato influenzando l'attuazione delle politiche relative alla maternità che riguardano la sicurezza, la salute delle donne e dei loro bambini e l'accesso ad un'assistenza ostetrica basata sulle evidenze scientifiche.

Promuovere e sostenere lo sviluppo, la diffusione e la crescita delle unità operative a gestione ostetrica che forniscono assistenza olistica alle donne e alla loro famiglie in tutta Europa, è uno degli obiettivi del MUNet. Crediamo che queste strutture definite Midwifery Units (MU) a gestione ostetrica possano diventare il percorso di assistenza principale per le donne sane con gravidanze fisiologiche. Per poter potenziare in modo sicuro l'implementazione delle MU in tutta Europa, è necessario definirne gli standard di qualità.

La creazione dei MU Standard è il risultato della collaborazione tra MUNet ed EMA. Questi standard sono stati sviluppati per guidare le ostetriche, i dirigenti e i decisori politici di tutta Europa nella creazione e nello sviluppo di questi centri. Gli standard si concentrano sulla filosofia dell'assistenza e sull'organizzazione di questa tipologia di servizi. L'obiettivo di questi standard è migliorare la qualità del percorso nascita, ridurre l'eterogeneità delle pratiche assistenziali e promuovere un modello di assistenza ostetrica bio-psico-sociale. L'intento inoltre è di colmare il divario nei tentativi d'implementazione dei centri nascita a conduzione ostetrica (sia negli ospedali che sul territorio).

Per la creazione e lo sviluppo dei MU standard è stato utilizzato un processo solido, inclusivo e di coproduzione basato sulle evidenze scientifiche. I dettagli sul processo di produzione e sulla metodologia di ricerca sono disponibili nell'Appendice 1. In sintesi, le fasi principali del processo sono le seguenti:

- 1) Tra gennaio e ottobre 2017 è stata condotta una revisione sistematica della letteratura e una sintesi della ricerca qualitativa sulla definizione di buona qualità dell'assistenza ostetrica nei centri nascita a gestione ostetrica.
- 2) È stato poi condotto uno studio Delphi con degli esperti, utilizzando chiari criteri per la definizione di "esperto nel settore", che ha previsto due questionari online con 122 partecipanti invitati ed un tasso di risposta complessivo del 48%. Il primo questionario Delphi è stato inviato a maggio 2017 e il secondo a febbraio 2018.
- 3) Sono state condotte interviste semi-strutturate con le responsabili delle MU che registravano buone prestazioni per ampliare i temi sottorappresentati.
- 4) I risultati della revisione della letteratura scientifica sono stati integrati nel questionario per lo studio Delphi.
- 5) È stata organizzata una serie di incontri con il gruppo multidisciplinare di esperti per revisionare i documenti iniziali e la bozza sugli standard in ogni fase dello sviluppo. La prima riunione delle parti interessate si è tenuta a Londra e la seconda presso la Confederazione Internazionale delle Ostetriche (ICM) a Toronto nel giugno 2017. Una terza riunione delle parti interessate si è tenuta a Londra nel dicembre 2017.
- 6) La revisione finale tra pari è stata condotta da 12 *stakeholder* interdisciplinari europei.

Tema 1	Modello bio-psico-sociale della nascita
Standard 1	La MU ha una filosofia assistenziale scritta e pubblicamente accessibile basata su valori e principi condivisi
Tema 2	Uguaglianza, diversità e inclusione sociale
Standard 2	La MU ha una politica specifica in tema di rispetto, diversità e inclusione
Tema 3	Lavorare oltre i confini professionali e fisici
Standard 3	All'interno della struttura è presente un documento condiviso dal personale basato sull'impegno a lavorare nel rispetto reciproco integrando i servizi di maternità
Standard 4	La MU ha un'Ostetrica, un Medico Ginecologo e un Neonatologo di riferimento
Standard 5	Sono presenti procedure e protocolli ben definiti per i trasferimenti
Tema 4	Percorsi assistenziali per le donne
Standard 6	La MU si impegna ad offrire informazioni il prima possibile, permettendo di maturare la scelta durante il percorso nascita
Standard 7	La MU è un centro di riferimento per la comunità integrato col territorio locale
Standard 8	Il percorso assistenziale per un'assistenza ostetrica personalizzata e individualizzata nella MU è aperto a tutte le donne
Standard 9	La MU ha procedure di trasferimento specifiche verso altri servizi di riferimento
Tema 5	Personale e carico di lavoro
Standard 10	Il personale essenziale per una MU include un team fisso e una leader ostetrica al suo interno per promuovere alti standards, senso di appartenenza e una filosofia assistenziale appropriata
Standard 11	La valutazione dell'impegno delle attività assistenziali ostetriche di una MU include tutte le attività svolte e non soltanto l'assistenza intraparto e il numero di nascite
Tema 6	Conoscenze, competenze e formazione
Standard 12	All'interno della struttura è disponibile un documento condiviso che delinea le conoscenze e le competenze richieste alle ostetriche per poter lavorare in una MU
Standard 13	La MU ha programmi di formazione e di educazione continua del personale
Standard 14	La MU ha una procedura specifica per l'inserimento e l'affiancamento del personale
Tema 7	Ambiente e strutture
Standard 15	La MU offre un ambiente che promuove un modello di assistenza bio-psico-sociale e la creazione di relazioni
Standard 16	La MU offre un ambiente che supporta la mobilità e il parto attivo
Standard 17	Una MU offre un ambiente che protegge e che promuove il rilassamento, la privacy e la dignità
Standard 18	La struttura fisica e il design della MU ne trasmettono i valori del modello bio-psico-sociale di assistenza
Standard 19	La MU è facilmente visibile e accessibile alla comunità
Tema 8	Autonomia e responsabilità
Standard 20	La MU ha una politica che riconosce l'autonomia e la responsabilità delle ostetriche
Standard 21	La MU ha una politica che riconosce chiaramente l'autonomia delle donne
Tema 9	Leadership
Standard 22	Nella MU è presente una leadership visibile e consistente
Standard 23	La MU ha una leadership di alta qualità e trasformativa
Standard 24	È presente un gruppo tecnico multidisciplinare consultivo con rappresentanza dell'utenza con il quale viene delineata la visione della MU
Tema 10	Governance clinica
Standard 25	La MU ha linee guida, protocolli e procedure basati sulle più recenti evidenze scientifiche e sottoposti a revisioni regolari
Standard 26	La MU ha una procedura che definisce criteri di ammissione e sulla scelta del luogo della nascita
Standard 27	La MU dimostra impegno verso il miglioramento continuo
Standard 28	La MU ha un sistema informatico efficiente e sicuro
Standard 29	La MU dispone di programmi per gestire la comunicazione ed il marketing

INTRODUZIONE

Più di cinque milioni di donne partoriscono ogni anno nell'Unione Europea (UE). Nonostante un significativo miglioramento dell'assistenza alla maternità, persistono ancora disuguaglianze nell'accesso all'assistenza sanitaria per le donne negli stati membri dell'UE, compresa una significativa eterogeneità nell'offerta di servizi alla maternità (EBCOG, 2014), nelle pratiche assistenziali e negli esiti clinici (Macfarlane et al., 2016). Implementare l'assistenza ostetrica basata sulle evidenze scientifiche e ridurre le differenze tra diversi paesi e realtà locali porterebbe ad un progressivo miglioramento della salute pubblica. Inoltre, è importante rispettare i diritti umani delle donne e considerare i risultati degli studi che hanno indagato il grado di soddisfazione materna riguardo all'esperienza del parto. C'è poi da considerare che, ad oggi, gli sviluppi dei servizi per l'assistenza alla maternità devono essere pianificati in un contesto di risorse economiche e umane limitate. (Macfarlane et al., 2016). Un aspetto importante che si sta diffondendo relativo all'implementazione di un'assistenza ostetrica basata sulle evidenze scientifiche, è quello di investire nei centri a conduzione ostetrica e aumentare l'accesso delle donne a queste strutture (International Confederations of Midwives, 2011; Renfrew et al., 2014; WHO e UNFPA, 2014; Miller et al., 2016; WHO, 2016).

"The Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery" nel periodo 2016-2020 (WHO, 2016) ha sottolineato che le ostetriche potrebbero fornire l'87% delle cure essenziali per donne e neonati, quando hanno accesso a percorsi formativi adeguati e sono regolamentate secondo standard nazionali ed internazionali, oltre ad essere i professionisti di assistenza sanitaria alla gravidanza con il miglior rapporto costi-benefici. L'Europa dispone di un grande numero di ostetriche adeguatamente formate e questo rappresenta un ulteriore vantaggio per lo sviluppo delle disposizioni nel breve e nel medio termine. La strategia globale della *World Health Organisation* per la salute delle donne, dei bambini e degli adolescenti (Kuruvilla et al., 2016), pubblicata nel 2015, ha fissato obiettivi ambiziosi per migliorare la salute delle donne in linea con gli obiettivi di sviluppo sostenibile (*Sustainable Development Goals*). Questi sono stati raggruppati in tre temi: 1) Sopravvivere (porre fine alle morti prevenibili); 2) Prosperare (promuovere la salute e il benessere); e 3) Trasformare (sviluppare ambienti adatti a garantire un'assistenza adeguata). Le ostetriche rappresentano una risorsa fondamentale per raggiungere questi obiettivi.

Nel febbraio 2018, la *World Health Organisation* ha pubblicato una linea guida in cui si evidenziava la necessità di un'assistenza con un più ampio approccio olistico alla maternità (WHO, 2018). Nel documento si afferma che oltre a fornire un'assistenza alla maternità clinicamente efficace *"occorre fare di più per far sentire le donne al sicuro e serene rispetto all'esperienza (di travaglio e parto)"* (WHO, 2018). Il rapporto ha evidenziato che la medicalizzazione del parto (un'espressione usata per descrivere l'uso routinario di interventi medici per indurre, accelerare, regolare e monitorare la gravidanza e il parto) potrebbe aver indebolito la fiducia delle donne nella loro capacità di partorire, e aver potenzialmente sminuito *"quella che dovrebbe essere un'esperienza positiva che cambia la vita"*. Da qui le raccomandazioni di promuovere un'assistenza rispettosa, che fornisca un appropriato supporto emotivo, la continuità del rapporto con i professionisti sanitari, l'incoraggiamento alla libertà di movimento ed altre misure (WHO, 2018). Il documento della White Ribbon Alliance sull'assistenza rispettosa alla maternità del 2012 definisce i diritti universali delle donne in età fertile, ed evidenzia l'importanza di un'assistenza ostetrica rispettosa e il concetto di autonomia delle donne (White Ribbon Alliance, 2012). Molti di questi approcci e principi rappresentano valori essenziali dell'assistenza ostetrica delle Midwifery Units. L'*International Confederation of Midwives* (ICM) ha prodotto standard utili su molti argomenti come la formazione ostetrica, la valutazione delle capacità e delle competenze ostetriche (*International Confederation of Midwives*, 2013), tuttavia ad oggi non sono state prodotte disposizioni specifiche a livello globale per le Midwifery Unit a conduzione ostetrica.

CHE COSA È UNA MIDWIFERY UNIT?

In alcuni paesi europei, tra cui Inghilterra, Galles e Scozia, le case maternità, i centri nascita territoriali ed intraospedalieri organizzati e gestiti da ostetriche hanno una lunga storia alle spalle. Prima che la nascita in ospedale diventasse la norma, le MU sul territorio erano l'opzione principale insieme ai parti a domicilio.

Dagli anni '70 tuttavia, le donne nella maggior parte dei paesi europei sono state incoraggiate a recarsi in ospedale per il parto nonostante la mancanza di evidenze scientifiche che supportassero tale cambiamento, e molte MU sono state chiuse. A seguito della prima revisione sull'assistenza intraparto da parte del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2007), è stato commissionato in Inghilterra un ampio studio di coorte a livello nazionale per affrontare questioni di sicurezza e di sostenibilità economica per il sistema sanitario (Brocklehurst et al., 2011). Questo studio ha dimostrato che per donne sane con una gravidanza fisiologica, l'assistenza ostetrica iniziata nella MU (sia territoriale sia intraospedaliera), con il trasferimento nella sala parto ospedaliera se necessario, era associata a livelli inferiori di interventi medici intraparto e morbidità materna. Gli esiti neonatali non erano diversi tra le donne che venivano assistite nelle MU o nella sala parto ospedaliera (Brocklehurst et al., 2011).

Il NICE ha revisionato le linee guida sull'assistenza intraparto in seguito alla pubblicazione di queste robuste evidenze scientifiche relative ai luoghi della nascita (*National Institute for Health and Care Excellence*, 2014). L'aggiornamento delle linee guida evidenzia che per donne sane, sia multipare che nullipare, con gravidanze fisiologiche, il parto è generalmente un evento molto sicuro sia per la donna che per il neonato. Il NICE ha raccomandato di informare queste donne che scegliere di partorire in una MU (territoriale o intraospedaliera) "è particolarmente indicato per loro perché il tasso di interventi medici è inferiore e gli esiti neonatali non sono diversi rispetto alla sala parto ospedaliera" (*National Institute for Health and Care Excellence*, 2014).

Anche le esperienze riportate dalle donne che hanno scelto le MU risultano maggiormente positive (Overgaard, Fenger-Grøn e Sandall, 2012; Macfarlane et al. 2014a, 2014b). L'analisi economica comparativa dei percorsi assistenziali per le donne senza complicazioni in gravidanza ha evidenziato che le MU (sia intraospedaliere che territoriali) sono più economiche e vantaggiose in termini di costo efficacia rispetto ai costi sostenuti in una sala parto ospedaliera (Schroeder et al., 2011).

Scarf et al. (2018) hanno concluso che andrebbero maggiormente diffusi i modelli assistenziali a conduzione ostetrica e che andrebbero implementati sistemi atti a supportare il cambiamento, incluse metodologie didattiche di formazione ed orientamento dei professionisti coinvolti.

Le raccomandazioni cliniche per l'assistenza delle donne nelle MU e l'integrazione di tali unità nei servizi di maternità (compresi i protocolli di gestione, le procedure, i criteri clinici per il trasferimento e le raccomandazioni per la valutazione e l'assistenza in travaglio) sono descritte nella linea guida CG190 NICE "*Intrapartum care for healthy women and babies*" del 2014, che può, a tutti gli effetti, considerarsi una risorsa essenziale. Questo documento rappresenta il riferimento per il servizio sanitario nazionale in Inghilterra e lo riteniamo utile per orientare la pratica clinico assistenziale in altri Paesi europei.



Image © Sarah Ainslie Photography
www.sarahainslie.com

CHE COSA È UNA MIDWIFERY UNIT?

DEFINIZIONE

(modificata da Rowe, R and Birthplace in England Collaborative group, 2011)

La Midwifery Unit (MU) è un luogo che fornisce assistenza alla maternità a donne sane con gravidanze fisiologiche in cui le ostetriche assumono responsabilità professionale dell'assistenza in autonomia.

Le MU possono essere situate in un luogo separato (*freestanding*) o adiacenti (*alongside*) ad un punto nascita del presidio ospedaliero.

- *Alongside Midwifery Units* (AMU) - durante il travaglio e il parto, i servizi di diagnostica addizionali e cura, compresi quelli ostetrici, neonatali e anestesiológicos sono disponibili per le donne in una parte diversa dello stesso edificio o in un altro situato nella stessa area. Questi servizi possono includere l'accesso ad interventi che possono essere effettuati dalle ostetriche, come ad esempio il monitoraggio cardiotocografico. Per accedere a tali servizi, le donne dovranno essere trasferite all'UO di Ostetricia e Ginecologia, ciò avverrà normalmente tramite barella, letto o sedia a rotelle.
- *Freestanding Midwifery Units* (FMU) - i servizi di diagnostica e cura addizionali non sono disponibili nello stesso edificio o nello stesso sito. L'accesso a questi servizi è disponibile come parte di un servizio integrato, ma il trasferimento sarà normalmente facilitato tramite trasporto in ambulanza o in auto.

PRECISAZIONI PER IL CONTESTO ITALIANO

In Italia dal 2011 la Linea Guida 20 "Gravidanza Fisiologica aggiornamento 2011" elaborata dal Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità (SNLG-ISS), attraverso una revisione sistematica delle prove di efficacia, definisce che la gravidanza e il parto sono processi fisiologici dove ogni intervento assistenziale proposto deve avere benefici dimostrati ed essere accettabile per le donne in gravidanza e conseguentemente è raccomandato che alle donne con gravidanza fisiologica venga offerto il modello assistenziale basato sulla presa in carico da parte dell'Ostetrica/o. La Lg inoltre afferma che il SSN deve mettere la donna in grado di operare scelte informate basate sui propri bisogni e i propri valori, dopo averne discusso con i professionisti per l'assistenza alla gravidanza e al parto (Ministero della Salute, 2011).

Nel 2017 le "Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)" elaborate dal Comitato percorso nascita nazionale e recepite dal del Ministero della Salute (nota DGPROGS n. 0034949-P del 31/10/2017) promuove modelli di tipo organizzativo/assistenziale in cui la gravidanza ed il parto a basso rischio sono gestiti in autonomia da personale ostetrico anche per quanto concerne l'assistenza al neonato. I modelli a conduzione autonoma ostetrica, come definiti nel documento ministeriale sono: **1) Gestione Autonoma nel percorso nascita fisiologico (BRO)** all'interno della UO di Ostetricia - Ginecologia sulla base di protocolli e griglie di definizione del rischio condivisi. **2) Aree Funzionali nel percorso nascita fisiologico (BRO)** collegate e adiacenti alla UO di Ostetricia e Ginecologia ma con separazione fisica, ossia aree collocate nello stesso edificio dell'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia o adiacenti e direttamente collegati ad esso.

Per il fine di traduzione di questo documento è stato deciso di mantenere il termine Midwifery Unit o l'acronimo MU in quanto le realtà a cui si riferisce questo documento sono, come spiega la definizione sopra descritta, sia *alongside* che *freestanding*.

I lettori sapranno che ogni volta che ci si riferisce ad una MU ci si sta riferendo alle realtà che nel contesto italiano vengono definite aree funzionali BRO a gestione autonoma ostetrica.

QUAL È LA FILOSOFIA ASSISTENZIALE DELLE MIDWIFERY UNITS?

La attuali evidenze hanno dimostrato come le MU adottano e promuovono un modello di assistenza bio-psico-sociale che tiene conto delle necessità fisiche, psicologiche e sociali, definito anche modello sociale di assistenza (Walsh e Newburn, 2002). Il modello promuove la parità tra le donne ed i professionisti che le assistono, l'autonomia riguardo al proprio corpo ed un processo decisionale informato (McCourt et al., 2012; Overgaard, Fenger-Grøn e Sandall, 2012; Macfarlane et al., 2014a, 2014b; McCourt et al., 2014). I servizi sono organizzati intorno ai bisogni sociali delle donne e delle famiglie, quindi mirano a garantire un'atmosfera confortevole e familiare, piuttosto che un ambiente prettamente clinico, che può essere percepito impersonale, freddo e intimidatorio.

I servizi per la maternità che ambiscono a lavorare con questa filosofia assistenziale cercano di rispettare e rafforzare le capacità e le competenze delle donne ed i loro partner durante la gravidanza e la nascita, nonché di facilitare una transizione positiva verso la genitorialità. Per fornire questo tipo di servizio è importante offrire un ambiente di lavoro che supporti le ostetriche e tutti i professionisti che lavorano a sostegno della maternità in modo che vi sia una cultura lavorativa positiva all'interno del team, che favorisca l'apprendimento e lo sviluppo continuo (McCourt et al., 2011, 2014; Rocca-Ihenacho, Newburn and Byrom, 2017).

PERCHÉ SONO STATI SVILUPPATI GLI STANDARD?

Il crescente numero di evidenze in merito ai risultati positivi riportati dalle MU, in particolare i risultati dello studio BirthPlace pubblicato in Inghilterra nel 2011, ha alimentato l'interesse per lo sviluppo di MU in tutta l'Europa. Nel Regno Unito, il National Institute for Health and Care Excellence (NICE) nell'aggiornamento delle linee guida raccomanda ai professionisti sanitari di offrire informazioni imparziali, di informare le donne sane con gravidanza fisiologica che l'assistenza nella MU è particolarmente adatta a loro e di sostenerle in qualsiasi decisione dovessero prendere riguardo al luogo del parto (National Institute for Health and Care Excellence, 2014).

Si auspica che raccomandazioni e cambiamenti di politica analoghi si verifichino anche nell'Europa continentale. Con l'aumentare del numero di MU, il primo meeting europeo del Midwifery Unit Network nel 2016 ha sollevato l'esigenza di arrivare ad una definizione condivisa di MU, quali siano i modelli di assistenza ostetrica che forniscono e quali siano le caratteristiche che rendono le MU ben funzionanti. Questi standard seguono l'ampio lavoro svolto dall'American Association of Birth Centre, che ha approvato i primi standard per i centri di nascita nel 1985. Nel Regno Unito, il Royal College of Midwives ha pubblicato gli "Standards for Birth Centers in England" nel 2009, fino ad ora unico documento sugli standard per le MU pubblicato in Europa.

A CHI SONO RIVOLTI GLI STANDARD?

- A coloro che stanno attivando, coordinando o lavorando in una MU;
- Ai dirigenti e decisori politici responsabili dell'organizzazione dei servizi sanitari nazionali, regionali e locali e dell'assegnazione delle risorse;
- Ai professionisti che si integrano nelle attività delle MU, come il personale impiegato nel sistema di Emergenza Urgenza, il personale ospedaliero e i coordinatori dei servizi di supporto;
- Agli organizzatori delle MU responsabili del monitoraggio e autovalutazione della performance, basandosi su criteri chiave di qualità e per pianificare i miglioramenti nel servizio.

COME SI POSSONO UTILIZZARE GLI STANDARD NEI DIVERSI PAESI EUROPEI?

Gli standard si concentrano sulla filosofia dell'assistenza ostetrica e sull'organizzazione dei servizi e sono destinati ad essere utilizzati insieme alle linee guida clinico-assistenziali.

In alcuni Paesi, l'assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico a conduzione autonoma ostetrica è maggiormente affermata che in altri. In alcuni Paesi non sono ancora presenti servizi di assistenza a gestione ostetrica autonoma e non esistono le MU come vengono intese in questo documento, mentre altri stanno mettendo in atto processi di implementazione di questi modelli.

Riconosciamo che sebbene la professione e l'assistenza ostetrica siano state regolamentate a livello europeo, esiste una grande diversità nei modelli assistenziali e nelle pratiche cliniche tra paesi diversi o all'interno degli stessi (Macfarlane et al., 2015).

Gli standard consentiranno ai diversi centri di autovalutare la filosofia assistenziale, l'organizzazione dei servizi, le relative pratiche, l'offerta alla popolazione e di identificare obiettivi per mettere in atto piani di sviluppo.

E SE LA CULTURA ATTUALE LOCALE NON AVESSE IL CONCETTO DI MIDWIFERY UNIT?

Il cambiamento nell'organizzazione e nella gestione di nuovi servizi sanitari spesso avviene lentamente. Una molteplicità di diversi fattori può stimolare e fungere da catalizzatore per il cambiamento.

È importante considerare le situazioni, le opportunità ed i bisogni locali. Non esiste una soluzione unica per tutti; ad esempio, esistono MU di varie dimensioni che utilizzano diversi modelli di organizzazione del personale sanitario. In Inghilterra, in termini di quantità di donne e famiglie che le MU accolgono, il numero annuale di nascite varia da <100 fino a circa 2.000 per ogni MU (Walsh et al., 2018). Nonostante alcune MU limitino ancora le loro prestazioni all'assistenza ostetrica intraparto, altre offrono una vasta gamma di servizi grazie a contributi finanziari provenienti da fonti diverse, come quelle destinate alla salute dei bambini, ai centri di prevenzione antifumo o ai servizi di salute mentale. Alcune MU sono utilizzate da ostetriche territoriali solo quando ci sono donne in travaglio, mentre per il resto del tempo rimangono chiuse.

La speranza è che questi Standard stimolino la riflessione e il dibattito sul miglioramento delle prestazioni e dei servizi offerti alle donne e alle famiglie oltre che un'opportunità di crescita per la professione e l'assistenza ostetrica. I servizi potranno differire da questi standard a seconda del proprio contesto. Non tutti gli standard saranno attualmente realizzabili o rilevanti in tutti i paesi, ma speriamo che qualunque sia la realtà attuale, si possano apportare cambiamenti positivi in relazione alle tematiche determinanti.

QUANDO SARANNO AGGIORNATI GLI STANDARD?

Con l'aumentare delle evidenze disponibili, lo sviluppo dell'esperienza clinico assistenziale, l'evolversi delle programmazioni politico-organizzative e gli aggiornamenti delle linee guida nazionali, si ritiene che sarà necessario rivedere e aggiornare gli Standard e reconsiderarne gli obiettivi. Aspiriamo a revisionare gli Standard ogni cinque anni, o prima se fossero pubblicati studi significativi che suggeriscono la necessità di anticipare la tempistica pianificata.

Come lettori di questo documento siete invitati a inviarci feedback e a condividere la vostra esperienza sull'implementazione degli standard nelle vostre realtà.

Dr Rocca-Ihenacho.

Centre for Maternal and Child Health Research
School of Health Sciences
City, University of London
1 Myddelton Street
Londra, EC1R 1UB, Regno Unito

Email: Lucia.Rocca-Ihenacho@city.ac.uk

TEMA 1 – Modello bio-psico-sociale della nascita

La MU fornisce assistenza basata sul modello di cura bio-psico-sociale (Jordan e Davis-Floyd, 1993; Davis-Floyd, 2001; Bryers e Van Teijlingen, 2010; Renfrew et al., 2014; Miller et al., 2016; CHI, 2016). Questo modello riconosce il parto come un processo fisiologico che ha dimensioni socioculturali e psicologiche intrinseche (Walsh e Newburn, 2002). Esso riflette l'evidenza di come tali dimensioni non possano essere facilmente separate e che un'assistenza alla maternità di alta qualità dovrebbe tenere conto di tutte queste caratteristiche.

Le MU mirano ad incoraggiare il senso di autonomia nelle donne, la promozione attiva della salute e del benessere, così come la prevenzione di eventi avversi. Questi obiettivi sono racchiusi nei due concetti chiave di salutogenesi e sicurezza (Downe, 2010; Renfrew et al., 2014; Kennedy et al., 2018).

STANDARD 1

La MU ha una filosofia assistenziale scritta e pubblicamente accessibile basata su valori e principi condivisi

La MU ha una filosofia assistenziale scritta che deve essere condivisa tra tutte le parti interessate. Questo documento deve essere in linea con la filosofia assistenziale e con i valori dei servizi alla maternità e deve garantire l'impegno a:

1.1 Facilitare la fisiologia della gravidanza, del travaglio, della nascita e il benessere del neonato

- a) Supporta le competenze dei professionisti e le pratiche che facilitano la fisiologia della gravidanza, del travaglio, del parto, del *bonding*, le cure neonatali e il passaggio alla genitorialità;
- b) Afferma che eventuali interventi assistenziali medici dovrebbero essere valutati e giustificati in relazione alle migliori evidenze scientifiche in ambito clinico che si fondano sul presupposto che i potenziali benefici superino i potenziali danni.

1.2 Offrire supporto e assistenza personalizzata per promuovere il benessere fisico e psicologico

- a) Riconosce la nascita come uno degli eventi più importanti nella vita e un momento di transizione per madri, neonati, partner e famiglie;
- b) Promuove il benessere emotivo in gravidanza, travaglio e parto e nei primi giorni della maternità;
- c) Rispetta i diritti umani e riproduttivi delle donne, che garantiscono dignità, privacy e autonomia;

- d) Accoglie favorevolmente gli accompagnatori scelti dalla donna;
- e) Si impegna a garantire un inizio positivo dell'assistenza e delle prime cure al neonato, in accordo con il progetto di accreditamento Baby Friendly (UNICEF, 2017);
- f) Supporta una comunicazione efficace per il rapido trasferimento alla sala parto ospedaliera, impegnandosi sempre nel garantire alla donna un'esperienza positiva e un'assistenza rassicurante personalizzata;
- g) Riconosce esplicitamente che l'attenzione al benessere dei professionisti sanitari aiuta a promuovere comportamenti assistenziali attenti e premurosi.

1.3 Promuovere un modello sociale di assistenza comporta:

- a) Fornire un'assistenza olistica, centrata sulla donna e focalizzata sulla famiglia, che risponde alle esigenze di vita delle persone e che supporti l'equità nell'accesso alle cure, la parità e le diversità culturali;
- b) Avere una filosofia assistenziale documentata che include dichiarazioni sull'autonomia, la diversità e l'equità e di come questi valori saranno raggiunti, inclusi i diritti riproduttivi delle donne e le scelte sul tipo di assistenza alla maternità;
- c) Offrire una vasta gamma di servizi integrati e attività socio sanitarie tra cui (ma non limitato a) incontri sul parto attivo, gruppi di massaggio al neonato, gruppi di sostegno all'allattamento e gruppi di supporto alla genitorialità. La progettazione di queste attività deve considerare l'impiego di modalità efficaci con cui la MU può promuovere la percezione del benessere e delle competenze proprie delle donne nella preparazione alla nascita. Inoltre, le MU territoriali possono funzionare come centri multifunzionali per la comunità di riferimento e offrire una gamma ancora più ampia di servizi non limitati alle prestazioni socio sanitarie nell'ambito della maternità;
- d) Accogliere tutti i potenziali utenti del servizio, offrendo informazioni e sostegno rispetto alla gravidanza, la nascita e il puerperio, nonché dare la possibilità di visitare la MU;
- e) Rafforzare il principio che tutti i professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza alla maternità traggono beneficio dalla consapevolezza e dalla formazione in un modello assistenziale di tipo sociale, riconoscendo il loro impatto sull'esperienza delle donne, delle famiglie e sulla qualità generale dell'assistenza.

TEMA 2 – Uguaglianza, diversità e inclusione sociale

Uguaglianza, diversità e inclusione sociale sono indicatori principali per un'assistenza alla maternità di buona qualità (WHO, 2017).

Un modo vincente per affrontare le disuguaglianze esistenti è quello di pianificare dei servizi che siano proattivi nel raggiungere e coinvolgere tutte le donne e garantire che ciascuna sia in grado di accedere al modello di cura che si adatta alle proprie circostanze personali. Le MU possono fornire un ambiente che promuove la salutogenesi in cui le donne emarginate, discriminate o in situazioni di vulnerabilità e i loro bambini possano crescere in salute (Overgaard, Fenger-Grøn and Sandall, 2012).

STANDARD 2

La MU ha una politica specifica in tema di rispetto, diversità e inclusione

- a) Ogni MU conduce un'analisi sull'utilizzo del servizio anche in base allo stato socioeconomico e alla provenienza degli utenti e valuta la propria performance confrontandola con i dati disponibili rilevati dalla popolazione locale, in modo da assestare l'efficacia del servizio per una popolazione eterogenea;
- b) Ogni MU riesaminerà periodicamente la tipologia delle richieste della popolazione locale, al fine di aggiornare i dati ed allineare i servizi offerti con le esigenze rilevate;
- c) Prima dell'apertura di una MU e in modo sistematico successivamente, i responsabili e il personale prendono contatti con la comunità coinvolgendo le autorità e le istituzioni locali, per comprendere le esperienze e le necessità della popolazione;
- d) La MU mira a massimizzare l'accesso all'assistenza con una particolare attenzione alle donne in situazioni di vulnerabilità e al potenziamento dell'accesso tempestivo e adeguato alle cure;
- e) La MU ha un servizio di mediazione linguistica e/o comunicativa disponibile su richiesta per le persone che ne hanno necessità, in modo da garantire la comprensione delle informazioni, la possibilità per le donne di comunicare e farsi comprendere dal personale per poter prendere decisioni pienamente informate sulla loro assistenza;
- f) La struttura della MU rispetta i diritti delle minoranze e lavora in collaborazione con le reti locali che supportano famiglie e bambini socialmente svantaggiati.



*Immagine © Sarah Ainslie Photography
www.sarahainslie.com*

TEMA 3 – Lavorare oltre i confini professionali e fisici

Le evidenze suggeriscono che le relazioni interprofessionali positive basate sul rispetto reciproco e sulla fiducia sono cruciali per ottenere risultati clinici efficaci, feedback positivi sul servizio da parte dell'utenza ed una vita professionale gratificante (EBCOG, 2014). La ricerca condotta sulle MU ha sottolineato che spesso le relazioni tra la MU e il personale dell'UO di Ostetricia e Ginecologia potrebbe essere migliorato; alcune ricerche hanno rilevato l'esistenza di un clima conflittuale tra le due realtà del tipo *"them and us"* (McCourt et al., 2011, 2014; Rocca-Ihenacho, 2017).

La letteratura scientifica (Kirkham, 2010; McCourt et al., 2011; Rocca-Ihenacho, 2017) sottolinea che le MU con delle problematiche spesso presentano caratteristiche comuni, tra cui:

- una leadership debole;
- una cultura in cui la sala parto ospedaliera è vista come la "norma" e la MU è considerata un'alternativa costosa;
- la mancanza di collaborazione multidisciplinare, nonché le competizioni relative ai confini di competenza tra la sala parto ospedaliera e la MU.

Anche i confini fisici e le distanze geografiche possono influenzare il modo in cui i gruppi di professionisti lavorano insieme e creare ostacoli alla realizzazione di percorsi basati sulla continuità assistenziale ostetrica. Tuttavia, quando le parti interessate lavorano in modo collaborativo per identificare le barriere culturali o fisiche dando priorità alla cooperazione per facilitare percorsi di cura fluidi e ben integrati, le donne e le famiglie ne beneficiano. Questi benefici includono anche l'attivazione di un facile confronto con altri professionisti per le donne assistite autonomamente dall'Ostetrica e la predisposizione ottimale del trasferimento alla UO di Ostetricia e Ginecologia quando necessario.

I servizi di maternità possono introdurre procedure e pratiche che riconoscano l'importanza di una cultura organizzativa positiva riguardo al lavorare oltre i confini professionali e fisici, la coproduzione e la collaborazione con tutte le parti interessate (National Institute for Health and Care Excellence, 2014).

STANDARD 3

All'interno della struttura è presente un documento condiviso dal personale basato sull'impegno a lavorare nel rispetto reciproco integrando i servizi di maternità

Il documento include dichiarazioni su:

- a) Promozione del senso di appartenenza tra tutto il personale coinvolto nel servizio alla maternità;
- b) Promozione di una comunicazione multidisciplinare aperta e positiva all'interno dell'area materno-neonatale e tra tutte le parti coinvolte nel sistema di assistenza alla maternità;
- c) Organizzazione di incontri per revisioni, co-produzione, pianificazione e programmazione di eventi celebrativi.

STANDARD 4

La MU ha un'Ostetrica, un Medico Ginecologo e un Neonatologo di riferimento

- a) Il professionista di riferimento di ogni disciplina viene consultato per le principali decisioni organizzative e cliniche;
- b) I professionisti di riferimento forniscono supporto alla MU.

STANDARD 5

Sono presenti procedure e protocolli ben definiti per i trasferimenti

La procedura ed i protocolli di trasferimento implicano:

- a) Accordi con i servizi di ambulanze locali (solo se la MU è territoriale);
- b) Procedure operative di trasferimento che promuovono l'integrazione di servizi e percorsi fluidi per le donne trasferite dalla MU all'UO di Ostetricia e Ginecologia;
- c) Visione congiunta e pianificazione strategica tra le strutture di assistenza primaria e specialistica e tra le strutture specialistiche interaziendali ove appropriato.

TEMA 4 – Percorsi assistenziali per le donne

I percorsi assistenziali per le donne devono essere pianificati il più uniformemente possibile e devono mirare a garantire un'esperienza positiva indipendentemente dal luogo in cui la donna partorisce: a casa, nella MU o nella sala parto ospedaliera. Le evidenze suggeriscono che le donne vogliono ricevere informazioni attendibili e basate sulle evidenze scientifiche riguardo al luogo del parto e alla sua rilevanza rispetto alla loro condizione personale all'inizio della gravidanza, con frequenti occasioni durante gli incontri prenatali per parlarne in modo rispettoso e focalizzato sulla donna (Coxon, Sandall e Fulop, 2013). La ricerca suggerisce inoltre che quando l'assistenza è ben coordinata e i professionisti hanno una filosofia e valori condivisi, l'esperienza delle donne e di chi le accompagna nel momento della nascita è migliore (Rocca-Ihenacho, 2017).

Il percorso della donna può includere un colloquio con un professionista esperto per discutere la situazione specifica e considerare le opzioni. Il piano di assistenza ostetrica così ottenuto sarà sviluppato in collaborazione con la donna che prende in considerazione le raccomandazioni del professionista, basate sulle evidenze scientifiche e le migliori pratiche. Questo piano assistenziale ostetrico sarà continuamente rivisto e ridiscusso durante il percorso nascita.

STANDARD 6

La MU si impegna ad offrire informazioni il prima possibile, permettendo di maturare la scelta durante il percorso nascita

- a) Informazioni basate sulle evidenze scientifiche rispetto ai percorsi assistenziali e al luogo della nascita sono disponibili fin dall'inizio del percorso prenatale e successivamente;
- b) Tutte le donne ed i loro partner hanno accesso paritario alle informazioni sulla MU e sui percorsi assistenziali indipendentemente dalle loro condizioni socioculturali e cliniche;
- c) Tutti i membri del gruppo multidisciplinare dovrebbero fornire informazioni coerenti, imparziali, basate sulle evidenze scientifiche riguardo al luogo della nascita e alle modalità di assistenza ostetrica, che devono sempre garantire il rispetto e l'autonomia della donna.

STANDARD 7

La MU è un centro di riferimento per la comunità integrato col territorio locale

- a) Tutte le donne residenti nel territorio di riferimento possono accedere alla maggior parte dei servizi dedicati alla maternità tramite la MU, indipendentemente dal luogo dove intendono partorire;
- a) Per una MU territoriale, l'integrazione con la comunità potrebbe consistere in un team dedicato per la MU, il territorio e i servizi per il parto a domicilio e/o l'integrazione con un team di ostetriche di *caseloading* che offrono continuità di cura;
- a) Per un'unità MU intraospedaliera, l'integrazione con la comunità potrebbe realizzarsi attraverso la collaborazione con le ostetriche territoriali che prestano servizio all'interno della MU e/o con l'integrazione di ostetriche del team di *caseloading* che accompagnano le donne in fase di travaglio nella MU;
- a) Tutte le donne e i neonati che fanno riferimento alla MU hanno accesso a servizi di supporto prenatali e postnatali compresi servizi per il supporto proattivo per aspetti quali i cambiamenti fisici ed emotivi, alimentazione infantile, screening dell'udito, esame obiettivo neonatale, altri accertamenti clinici ecc.

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE OSTETRICA: IL MODELLO CASELOAD

Per **caseloading** si intende il modello assistenziale ostetrico in cui la continuità assistenziale da parte di un'ostetrica è garantita durante tutto il percorso nascita: dal primo colloquio, durante il periodo antenatale, al momento del parto e durante il puerperio. L'ostetrica di riferimento della donna si occupa della pianificazione, organizzazione ed erogazione dell'assistenza, è per la donna il primo punto di contatto e si avvale inoltre della consulenza di altri professionisti e/o specialisti quando necessario. Questo modello è associato ai migliori outcomes clinici perinatali e alla migliore soddisfazione riferita sia dalle donne che dalle ostetriche.

(Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women, J. Sandall, H. Soltani, S. Gates, A. Shennan, D. Devane, Cochrane Database Syst. Rev, 2016)

STANDARD 8

Il percorso assistenziale per un'assistenza ostetrica personalizzata e individualizzata nella MU è aperto a tutte le donne

- a) Ogni MU fa riferimento alle linee guida basate sulle evidenze per valutare l'idoneità delle donne a ricevere assistenza dall'ostetrica in autonomia (ad esempio NICE, 2014; RQIA / GAIN, 2016 o Healy & Gillen, 2017 Guidelines);
- a) Ogni MU ha la possibilità di offrire ad ogni donna un incontro per redigere un piano di assistenza ostetrica personalizzato durante il quale discutere le opzioni e le preferenze, indipendentemente dall'evoluzione della gravidanza (ad esempio un incontro per il piano del parto);
- a) Durante tale incontro, la donna può discutere le proprie opzioni con un'ostetrica esperta del team;
- a) Viene garantito ad ogni donna e al suo neonato un piano di assistenza ostetrica personalizzato ed un'ostetrica dedicata di riferimento.

STANDARD 9

La MU ha procedure di trasferimento specifiche verso altri servizi di riferimento:

- b) Per le indicazioni e il processo di trasferimento all'UO di Ostetricia e Ginecologia o di Neonatologia (nell'assoluto rispetto dell'autonomia della donna);
- c) Per l'assistenza sanitaria e servizi sociali territoriali;
- d) Protocolli specifici per la richiesta di accertamenti specialistici;
- e) L'invio alle cure primarie o ai medici di medicina generale.



Image © Sarah Ainslie Photography
www.sarahainslie.com

TEMA 5 – Personale e carico di lavoro

I servizi della MU sono attivi necessariamente 24 ore su 24, 7 giorni su 7. Questo tipo di servizio può essere offerto dalla MU attraverso l'organizzazione di una turnazione continua del personale oppure attraverso l'attivazione di ostetriche reperibili. Il servizio di MU riconosce che le nascite spontanee hanno maggiori probabilità di verificarsi durante le ore notturne piuttosto che durante il giorno, con un picco tra le ore 1 di notte e le 7 di mattina. (Macfarlane et al., 2018). Durante la gravidanza e dopo il parto, le donne spesso hanno bisogno continuo e/o urgente di assistenza ostetrica. Forti evidenze suggeriscono che i modelli che garantiscono la continuità assistenziale ostetrica ottengono migliori risultati (Sandall et al., 2016) e le direzioni ospedaliere dovrebbero attuare il più possibile tale modello di continuità nelle MU, anche nel caso di trasferimento alla UO di Ostetricia e Ginecologia e durante il puerperio. Ciò può comportare la necessità di organizzare un gruppo di ostetriche che lavorano nella MU intraospedaliera o nella MU territoriale, che assistano anche il parto a domicilio, offrendo assistenza prenatale, intraparto e nel puerperio, secondo le preferenze della donna.

Potrebbe non essere possibile o necessario organizzare una MU in cui il personale sia presente 24 ore su 24 ma il principio è quello di offrire assistenza ostetrica ogni volta che è necessario, organizzando la presenza del personale in funzione delle donne piuttosto che delle strutture. Le MU offrono un'opportunità unica per migliorare la continuità assistenziale ostetrica e la flessibilità dei servizi ostetrici secondo le esigenze e le preferenze delle donne.

STANDARD 10

Il personale essenziale per una MU include un team dedicato e una leader ostetrica al suo interno per promuovere alti standards, senso di appartenenza e una filosofia assistenziale appropriata

C'è un numero sufficiente di personale per garantire:

- a) Un servizio disponibile 24 su 24, 7 giorni su 7.
In alcuni contesti, questo può significare avere ostetriche reperibili attraverso attivazioni di contratti di collaborazione (ad es. ostetriche territoriali o del team di *caseloading*) per fornire assistenza alla donna nel parto a domicilio o nella MU quando richiesto, piuttosto che del personale dedicato 24 ore su 24, 7 giorni su 7 nella MU;
- b) Assistenza ostetrica *one-to-one* e presenza continua durante il travaglio;

- c) Un'assistenza sicura per madre e neonato. Nella MU è presente un chiaro protocollo locale su come avvertire la UO di Ostetricia e Ginecologia e su come gestire l'eventuale trasferimento di assistenza;
- d) Le ostetriche che prestano assistenza nella MU possono continuare offrire una continuità della loro presenza nel caso in cui il trasferimento all'UO di Ostetricia e Ginecologia sia necessario o richiesto dalla donna;
- e) Il supporto di un'ostetrica esperta sempre disponibile (in persona, per telefono o reperibile);
- f) Un'ostetrica in grado di eseguire l'esame obiettivo del neonato e la dimissione del neonato fisiologico;
- g) La disponibilità di una seconda ostetrica durante la seconda fase del travaglio e presente alla nascita;
- h) Un numero adeguato di personale di supporto (operatori/operatrici sociosanitari) come parte del personale dedicato per supportare le ostetriche.

STANDARD 11

La valutazione dell'impegno delle attività assistenziali ostetriche di una MU include tutte le attività svolte e non soltanto l'assistenza intraparto e il numero di nascite

L'assistenza erogata all'interno della MU può includere:

- a) Un primo accertamento ostetrico che può essere effettuato per via telefonica, al domicilio o nella MU quando fosse richiesto dalla donna per qualsiasi esigenza, sia nel corso della gravidanza sia all'inizio del travaglio (effettuato idealmente dall'ostetrica di riferimento per la donna o dalle ostetriche del team di *caseloading*);
- b) Dimissione dalla MU dopo il parto;
- c) Supporto per l'allattamento, l'esame obiettivo neonatale, screening dell'udito etc.;
- d) Visite prenatali e postnatali;
- e) Visita guidata della MU;
- f) Incontri di gruppo prenatali e postnatali;
- g) Altri gruppi/incontri/attività legate al territorio, organizzate dalle ostetriche o con la loro partecipazione.

TEMA 6 – Conoscenze, competenze e formazione delle ostetriche

È fondamentale che le ostetriche che lavorano nelle MU intraospedaliere e territoriali forniscano assistenza sicura, competente e basata sulle evidenze scientifiche, adattata alle esigenze delle donne e alle loro preferenze (Confederazione Internazionale delle Ostetriche, 2013; National Institute for Health and Care Excellence, 2014).

Poiché l'apprendimento clinico della maggior parte delle ostetriche si svolge ancora principalmente nelle sale parto ospedaliere, è essenziale che tutte le ostetriche siano supportate nello sviluppo della filosofia, delle conoscenze e delle competenze necessarie per assistere le donne nelle MU (Rocca-Ihenacho, 2017; Walker et al., 2018).

Le evidenze suggeriscono anche che la cultura dell'organizzazione e del gruppo può influenzare fortemente la promozione di un ambiente di apprendimento positivo (Alderwick et al., 2017). Precedenti ricerche sulle MU suggeriscono che tali unità funzionano bene quando c'è una filosofia di apprendimento comune, una condivisione di buone pratiche (apprendimento reciproco) e relazioni di fiducia all'interno del team (McCourt et al., 2011, 2014; Rayment et al., 2015; Rocca-Ihenacho, 2017).

STANDARD 12

All'interno della struttura è disponibile un documento condiviso che delinea le conoscenze e le competenze richieste alle ostetriche per poter lavorare in una MU

Il documento illustra nel dettaglio le conoscenze e competenze richieste alle ostetriche, tra cui, ma non limitato a:

- a) Conoscenza e comprensione della fisiologia e anatomia del processo della gravidanza, parto e periodo postnatale;
- b) Capacità di fornire assistenza ostetrica rispettosa;
- c) Abilità nell'affrontare situazioni interpersonali difficili;
- d) Strategie di comunicazione e supporto alla donna in travaglio e al parto fisiologico;
- e) Comprensione e attuazione di pratiche ostetriche basate su evidenze scientifiche;
- f) Essere in grado di utilizzare evidenze e linee guida come riferimento per l'assistenza ostetrica evitando riduzioni a regole assolute per la singola donna;
- g) Attitudine alla riflessione e all'utilizzo del pensiero critico sulle proprie azioni;
- h) Accertamento e valutazione ostetrica del benessere fetale, compresa l'auscultazione intermittente;
- i) Utilizzo dell'acqua in travaglio e parto in acqua;
- j) Gestione delle emergenze ostetriche nella MU (compresa l'assistenza iniziale, la comunicazione efficace e la facilitazione del trasferimento);
- k) Competenze relative alle manovre di rianimazione materna (Basic Life Support o BLS) e neonatale (Neonatal Life Support o NLS);
- l) Prescrizione e somministrazione di farmaci previsti dalle relative normative;
- m) Posizionamento di un accesso venoso periferico;
- n) Competenza nella sutura perineale;
- o) Capacità decisionali necessarie per l'accertamento ostetrico iniziale, per l'assistenza ostetrica in corso di travaglio-parto e suggerire o raccomandare l'eventuale trasferimento.



Immagine © Rory Flint

STANDARD 13

La MU ha programmi di formazione e di educazione continua del personale

- a) Il personale della MU ha programmato, come parte dell'orario di lavoro, tempo dedicato alla propria formazione, al rafforzamento del team e agli incontri di gruppo;
- b) Le giornate di formazione multidisciplinare sono rivolte a ostetriche, medici ginecologi, operatori di supporto alla maternità, neonatologi, operatori del servizio di Emergenza Urgenza e medici di medicina generale (con alcune giornate studio che saranno svolte sede nella MU);
- c) La formazione per tutto il gruppo multidisciplinare deve sviluppare le conoscenze e competenze per garantire assistenza personalizzata, supportare l'autonomia delle donne ed il travaglio e parto fisiologici;
- d) Tutto il personale è aggiornato secondo le più recenti evidenze scientifiche ed è in possesso delle capacità comunicative necessarie per condividere queste informazioni con le donne;
- e) Sono previste riunioni di gruppo (almeno mensili) per l'apprendimento reciproco e per mantenere una filosofia e una visione condivise;
- f) L'organizzazione sostiene il raggiungimento di iniziative di accreditamento, come il programma UNICEF Baby Friendly;
- g) La formazione (almeno annuale) dovrebbe includere corsi di formazione relativi, ma non limitati a:
 - come sostenere la nascita fisiologica;
 - capacità comunicative;
 - condivisione del processo decisionale e autonomia delle donne;
 - valutazione del benessere fetale e auscultazione intermittente;
 - emergenze ostetriche nelle MU e competenze per il trasferimento;
 - rianimazione materna e neonatale (NLS).

STANDARD 14

La MU ha una procedura specifica per l'inserimento e l'affiancamento del personale

- a) Utilizzare al massimo tutte le occasioni in cui i professionisti della UO di Ostetricia e Ginecologia e gli studenti possano osservare la normalità, la fisiologia e l'assistenza a gestione autonoma delle ostetriche (sempre nel rispetto dell'unicità del momento e della privacy delle donne), affinché tale filosofia assistenziale possa diffondersi attraverso i vari servizi;
- a) Ogni professionista riceve un orientamento appropriato nella MU per familiarizzare con l'ambiente, le attrezzature e il personale;
- a) Il dépliant di presentazione e/o la documentazione relativa all'inserimento nella MU includono anche i valori e le competenze specifiche della MU;
- a) Tutti i professionisti e gli studenti hanno l'opportunità di fare un'esperienza di tirocinio all'interno di una MU durante il loro percorso formativo universitario.



Immagine © Ellen Thaels, Midwifery Unit Network

TEMA 7 – Ambiente e strutture

L'ambiente fisico svolge un ruolo chiave nel determinare la percezione del servizio da parte degli utenti (McCourt et al., 2016). L'ambiente di una MU influenza e potenzialmente promuove la salute e il benessere delle donne, delle loro famiglie e del personale che utilizzano le strutture (Jenkinson, Josey e Kruske, 2013; Hammond, Homer and Foureur, 2017). È importante considerare la posizione della MU in relazione alla sala parto ospedaliera, così come è importante garantire un ambiente salutogenico (McCourt et al., 2016) all'interno della MU stessa. Tale ambiente dovrebbe promuovere la salute, la creazione di relazioni educative positive e rispondere ai bisogni delle partorienti, come la privacy, uno spazio per muoversi e un'atmosfera tranquilla, in modo da provvedere anche ai bisogni dei partner e dei familiari che eventualmente le accompagnano.

Ogni MU fa riferimento a norme e regolamenti di sicurezza specifici del Paese in cui si trova per quanto riguarda la sicurezza delle infrastrutture pubbliche.

STANDARD 15

La MU offre un ambiente che promuove un modello di assistenza bio-psico-sociale e la creazione di relazioni

- a) La filosofia della MU dovrebbe essere comunicata e diffusa attraverso il suo ambiente fisico e tutti i supporti visivi e scritti, comprese immagini del parto in acqua, allattamento, paesaggi rilassanti, uso dei colori, tessuti ecc.;
- b) La MU è dotata di spazi sociali comuni, come un'area in cui le donne possono trascorrere del tempo insieme, una sala da pranzo comune con cucina in cui possono ritrovarsi insieme le donne, le famiglie e il personale etc.

STANDARD 16

La MU offre un ambiente che supporta la mobilità e il parto attivo

- a) Le stanze adibite al travaglio e al parto nella MU sono ideate in modo da consentire alla donna di muoversi liberamente e il letto non occupa una posizione dominante nella stanza;
- b) La stanza è configurata in modo da facilitare il movimento di arredi e attrezzature;
- c) Vengono fornite attrezzature per supportare il parto attivo: materassini, poltrone pouf, palle da parto, ecc.;
- d) In ogni stanza è presente una vasca per il parto in acqua e/o una vasca da bagno ampia o una doccia;

- e) Dove possibile è garantito l'accesso ad uno spazio verde esterno, per incoraggiare le donne a camminare all'aperto durante il travaglio.

STANDARD 17

Una MU offre un ambiente che protegge e che promuove il rilassamento, la privacy e la dignità

- a) La stanza per il travaglio/parto consente flessibilità nel regolare l'intensità delle luci, nel far filtrare la luce esterna, regolare i colori e può essere adattata alle preferenze personali della donna in travaglio;
- b) C'è un'area "filtro" tra lo spazio pubblico e le stanze del parto per proteggere la privacy e garantire un'atmosfera tranquilla. Questo effetto può essere ottenuto attraverso la struttura architettonica della stanza o, se necessario, con l'utilizzo di arredi;
- c) Le finestre nelle stanze e negli ambulatori devono consentire la privacy, nonché la possibilità di oscurare l'ambiente quando necessario.

In alto a sinistra: © Meadow Birth Centre (credited to Worcestershire Acute Hospitals NHS Trust).

In basso a destra: © Evelyn Gomes dos Anjos (evelynangelfotografia@gmail.com).



STANDARD 18

La struttura fisica e il design della MU trasmettono i valori del modello bio-psico-sociale di assistenza

- a) Viene presa in considerazione la posizione della MU in relazione ad altri servizi. Le MU dovrebbero essere mantenute come spazi fisici indipendenti e separati, con una porta d'ingresso, accettazione, ambulatori e ambienti come cucina e area comune;
- b) Il numero di stanze adibite al travaglio e parto richieste può essere calcolato sulla base del numero annuale stimato delle nascite (risultato ottenibile: 36% delle nascite secondo Walsh et al., 2018), considerando che la piena capacità annuale di una stanza sia al massimo tra 100 e 150 nascite;
- c) Una MU comprende:
- ambulatori ostetrici per contatti di assistenza prenatale e postnatale;
 - magazzino o deposito, ad es. per evitare di lasciare nelle aree comuni materiali clinici o di rifornimento e apparecchiature;
 - luoghi adeguati allo smaltimento dei rifiuti e della biancheria sporca;
 - la distribuzione di materiali e servizi;
 - attrezzature per emergenze ostetriche e per la rianimazione neonatale, regolarmente controllate e idealmente nascoste alla vista;
 - arredamento in conformità all'igiene e alle linee guida della MU specifiche per la prevenzione delle infezioni;
 - sulla base della tipologia dei servizi offerti, uno spazio per corsi e gruppi prenatali e postnatali (ad es. incontri per l'allattamento al seno, seminari sul parto attivo, educazione prenatale), massaggio neonatale, formazione etc.



Immagine © Lucia Rocca-Ihenacho, Midwifery Unit Network (Barkantine Birth Centre)

- d) La stanza adibita al travaglio/parto comprende:
- un letto matrimoniale per il riposo dopo il parto, che consente al partner di rimanere nella stanza anche durante la notte e di riposare in modo confortevole;
 - un bagno privato;
 - una vasca per il parto in acqua ove possibile;
 - supporti clinici e di emergenza tenuti nei magazzini quando non necessari;
 - attrezzatura per la rianimazione neonatale nella stanza (non visibile) o isole neonatali portatili posizionate fuori dalla stanza;
 - attrezzature adeguate che potrebbero facilitare la sutura perineale quando necessario (tenute da parte quando non in uso).
- e) Le donne dovrebbero poter restare nella stessa stanza per il travaglio, la nascita e il periodo postnatale, se lo desiderano;
- f) La MU segue le procedure specifiche aziendali per il controllo delle infezioni.

STANDARD 19

La MU è facilmente visibile e accessibile alla comunità

- a) La MU è facilmente visibile e accessibile al pubblico, attraverso un nome ed una segnaletica chiara e descrittiva, chiari segni per indicare il modo più semplice di accesso al servizio, parcheggio auto, servizi per il personale e le donne che utilizzano la struttura e collegamenti con i mezzi pubblici;
- b) La MU è facilmente accessibile e dispone di appropriate strutture per facilitare il trasferimento rapido alla sala parto ospedaliera o all'unità neonatale quando necessario o in caso di emergenza.

TEMA 8– Autonomia e responsabilità

Nonostante le forti evidenze suggeriscono che l'assistenza fornita dall'ostetrica sia associata a migliori esiti clinici per le donne sane con una gravidanza fisiologica ed i loro bambini, tale pratica non è consolidata ed è spesso sottoutilizzata.

A livello di politica nazionale e all'interno dei servizi sanitari, le ostetriche in molti paesi europei fanno ancora fatica ad essere rappresentate e ad avere delle strutture che gli permettano di esercitare la professione con autonomia (International Confederations of Midwives, 2011).

I servizi di maternità in Europa non sono sempre stati costruiti e organizzati attorno ai bisogni e alle esigenze delle donne e al loro diritto ad una scelta informata (White Ribbon Alliance, 2012). Le MU offrono un ambiente in cui l'autonomia della donna può e deve essere sostenuta, parallelamente all'autonomia delle ostetriche nel supportare le donne nelle loro scelte.

STANDARD 20

La MU ha una politica che riconosce l'autonomia e la responsabilità delle ostetriche

Il protocollo della MU include:

- a) Una dichiarazione che riconosca con chiarezza l'autonomia assistenziale dell'ostetrica nella cura di madri e neonati in buona salute;
- b) Una chiara dichiarazione in merito all'obbligo legale e alla capacità delle ostetriche di fornire assistenza personalizzata;
- c) Un percorso di supporto per le ostetriche (e per il gruppo multidisciplinare) che devono offrire consulenza e assistenza alle donne che chiedono di partorire nella MU;
 - tempo adeguato alle ostetriche per discutere opzioni e preferenze con le donne durante gli appuntamenti;
 - un'ostetrica esperta o uno specialista del gruppo multidisciplinare reperibile per consulenza clinica e professionale;
 - un sistema per documentare in cartella clinica il colloquio con la donna, la consulenza clinica fornita in base alle evidenze scientifiche e la decisione presa dalla donna.

STANDARD 21

La MU ha una politica che riconosce chiaramente l'autonomia delle donne

Il protocollo della MU:

- a) Evita una dicotomia rigida delle donne a basso / alto rischio e promuove una valutazione personalizzata e un'assistenza olistica;
- b) Fornisce modelli organizzativi che offrono assistenza a tutte le donne che scelgono la MU come luogo del parto;
- c) Include una chiara dichiarazione di riconoscimento e supporto dell'autonomia delle donne nel processo decisionale;
- d) Include disposizioni per raccogliere feedback dalle donne e dai partner, comprendendo esperienze positive, reclami, debriefing sui trasferimenti, dichiarazioni e raccomandazioni sull'impatto di eventuali esperienze negative.

TEMA 9 – Leadership

Forti evidenze hanno associato qualità, sicurezza e sostenibilità dell'assistenza alla maternità ad una leadership di alta qualità (Alderwick et al., 2018). I risultati della ricerca sulle MU hanno sottolineato che le unità ben funzionanti sono spesso caratterizzate da una leadership forte e trasformativa (McCourt et al., 2011, 2014). Nel Regno Unito, questo tipo di leadership è spesso fornito dalle “*consultant midwives*” e un recente studio sullo sviluppo delle MU nel paese ha trovato che i servizi con una “*consultant midwife*” come responsabile hanno maggiore probabilità di funzionare meglio. (Walsh et al., 2018).

Indipendentemente dalle lievi differenze osservate nelle MU ben funzionanti, ricerche qualitative hanno descritto la leadership di alta qualità secondo i seguenti punti chiave:

- Una leadership focalizzata sull'impostazione della giusta cultura e filosofia di assistenza
- Senso di appartenenza da parte dello staff che ci lavora
- Rispetto dell'autonomia delle donne e delle ostetriche
- Promozione attiva di relazioni inclusive e positive nell'ambito del servizio di maternità

In Inghilterra, il ruolo di “*consultant midwife*” mira ad includere le qualità di cui sopra per garantire una leadership efficace e trasformativa per i servizi di maternità e le MU.

Il ruolo della Consultant midwife in Inghilterra

Il ruolo della *consultant midwife* in Inghilterra è stato stabilito all'interno del Servizio Sanitario Nazionale del Regno Unito nel 2000 a seguito della pubblicazione di una circolare del servizio sanitario (1999). L'obiettivo di questo ruolo era di aiutare a migliorare gli esiti per donne e bambini migliorando i servizi e la loro qualità, a rafforzare la leadership, offrire una nuova opportunità di carriera per cercare di incentivare le ostetriche esperte a non abbandonare la pratica clinica.

Il ruolo consisteva nell'avere quattro elementi chiave:

- una funzione di pratica esperta;
- una funzione di leadership;
- una funzione di formazione e sviluppo;
- una funzione di ricerca e valutazione.

Le *consultant midwives* sono ostetriche esperte con titoli di studio magistrali, competenze cliniche esperte e credibilità, che forniscono una leadership clinica professionale alle ostetriche e ad altri colleghi all'interno del team di maternità. Una caratteristica richiesta dal ruolo è quella di contribuire all'elaborazione delle politiche e pianificazione strategica dei servizi e molte di queste ostetriche hanno istituito nuovi servizi come MU, team di continuità assistenziale per donne con complessità sociali e cliniche per personalizzare l'assistenza.

Le *consultant midwives* praticano esercitando un livello superiore di autonomia personale e professionale, prendendo decisioni critiche per i casi clinici più complessi di cui non si conosce ancora abbastanza. Molte si concentrano sul rafforzamento e sull'implementazione della pratica clinica in modo efficace supportando le donne a prendere decisioni informate. Nel ruolo della *consultant midwives* è previsto che almeno il 50% del tempo disponibile venga utilizzato per lavorare direttamente con le donne allo scopo di preservare la competenza professionale e mantenere alto il livello di esperienza.

Pauline Cooke, *consultant midwife*, Imperial College Healthcare NHS Trust

La leadership ostetrica in Italia

La leadership ostetrica ha un ruolo fondamentale nell'influenzare la percezione che le Ostetriche hanno della propria organizzazione e nell'incidere sul cambiamento organizzativo e culturale. In ottemperanza alle normative vigenti, ed al fine di garantire la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza degli interventi assistenziali orientati alla promozione della salute materno-neonatale, sessuale e riproduttiva, la figura competente per dirigere l'area materno-infantile, di cui anche le Aree Funzionali a gestione ostetrica, e per coordinare un team di ostetriche, è una professionista appartenente al profilo di Ostetrica/o, in quanto già portatrice di conoscenze teorico-pratiche disciplinari specifiche (Scienze Ostetrico-Ginecologiche-Neonatali), nonché esperta nella gestione di processi organizzativi/gestionali ed assistenziali indicati nelle specifiche leggi vigenti nazionali (DM 740/1994 - L. 42/99 - L. 251/00, POMI 2000).

I punti cruciali per la Dirigenza sono delineati nella Legge 251/2000 *"Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica"* che apre la strada alla dirigenza ostetrica completando il percorso di valorizzazione della professione ostetrica e rafforzando ulteriormente l'autonomia e la responsabilità.

Inoltre la parte innovativa del nuovo CCNL (2016-2018) è rappresentata dal nuovo istituto degli incarichi funzionali, organizzativi e professionali, che comportano lo svolgimento di funzioni con diretta assunzione di elevate responsabilità variamente graduata secondo criteri di complessità.

Secondo meeting Europeo del Midwifery Unit Network a Londra, 2018.
Da sinistra: Franka Cadée (Presidente dell'International Confederation of Midwives), Mervi Jokinen (Presidente dell'European Midwives Association) e Fran McConville (Midwifery Advisor alla Organizzazione Mondiale della Sanità) © Karen Hatch Photography.



STANDARD 22

Nella MU è presente una leadership visibile e consistente

- a) Grazie alla presenza continua di un'ostetrica responsabile che fornisce supporto ai professionisti con minore esperienza;
- b) È presente un'ostetrica responsabile con funzione organizzativa gestionale per la MU. Questa persona si occupa di:
 - supportare la filosofia della MU, personale, qualità e sicurezza;
 - assicurare la fornitura di attrezzature e materiali;
 - garantire sicurezza, governance e norme per la prevenzione delle infezioni;
 - garantire il funzionamento regolare dell'unità.

Questa persona è presente nella MU, mantiene il coinvolgimento nella pratica clinica "quotidiana", è in grado di supportare il personale attraverso la pratica clinica "hands on" ed è in grado di condividere le proprie competenze (inclusa la produzione di piani assistenziali ostetrici personalizzati, le reperibilità, ecc.).

- c) Esiste un ruolo strategico responsabile delle decisioni rispetto alle risorse, alle procedure, e che supporta e protegge la MU. Questa persona può essere la stessa del punto b).

STANDARD 23

La MU ha una leadership di alta qualità e trasformativa

I leader di tutti i livelli dovrebbero avere i seguenti requisiti:

- a) esperienza clinica pertinente al lavoro della MU;
- b) capacità di articolare una visione forte per la MU;
- c) la volontà e un evidente impegno nel supportare il ruolo della MU e la sua sostenibilità;
- d) conoscenza delle evidenze scientifiche e competenze pertinenti;
- e) stile di leadership positivo, inclusivo e approccioabile;
- f) capacità di difendere e supportare la MU ed i professionisti che ci lavorano;
- g) sostegno delle scelte delle donne;

- h) approccio professionale e capacità di essere d'esempio per professionisti del servizio;
- i) capacità nel favorire buoni rapporti tra i professionisti e tra gruppi professionali diversi;
- j) condivisione con il team delle scelte e determinazioni importanti;
- k) capacità di rispondere in modo tempestivo e clinicamente appropriato agli eventi avversi.

STANDARD 24

È presente un gruppo tecnico multidisciplinare consultivo con rappresentanza dell'utenza con il quale viene delineata la visione della MU

- a) Il gruppo tecnico è composto dagli utenti del servizio che sono rappresentativi della popolazione locale, dai professionisti della MU, altri specialisti clinici, addetti ai servizi di ambulanza e dai dirigenti.

Lo scopo di questo gruppo è di attivare e favorire l'impegno e il coinvolgimento della comunità, di facilitare la collaborazione e con i fornitori dei servizi e supportare una cultura di responsabilità nei confronti dell'utenza;

- b) Il gruppo consultivo deve essere istituito all'inizio della pianificazione dell'apertura di una nuova MU;
- c) Il gruppo si riunisce almeno ogni 3 mesi, per essere informato e consultato su: numero di donne che intendono partorire nella MU, trasferimenti alla sala parto ospedaliera, informazioni fornite ai futuri genitori, marketing della MU, rapporti con i servizi correlati, sviluppo del personale e dell'unità, feedback degli utenti rispetto al servizio usufruito ecc.

Altre attività e risultati possono comprendere: una report annuale, revisioni cliniche multidisciplinari con casi di *best practice*, audit dei trasferimenti e un incontro all'anno per presentare la struttura alla comunità locale.

TEMA 10 – Governance clinica

È importante una solida e strutturata governance clinica che supporti la MU. È necessario sviluppare una cultura organizzativa che trasmetta un senso di appartenenza per il personale e il coinvolgimento degli utenti nel continuo miglioramento del servizio della MU (Ross e Naylor, 2017). Una cultura di apertura nella MU e in tutti gli altri servizi di maternità – in cui gli eventi avversi o le esperienze negative vengono esaminati e discussi insieme per avviare una riflessione - incoraggerà l'apprendimento e faciliterà il miglioramento continuo del servizio (Jabbal, 2017).

STANDARD 25

La MU ha linee guida, protocolli e procedure basati sulle più recenti evidenze scientifiche e sottoposti a revisioni regolari

- a) Linee guida e procedure sono coprodotte e concordate da un gruppo multidisciplinare, includendo il team ospedaliero della UO di Ostetricia e Ginecologia, di Neonatologia e di Pronto Soccorso;
- b) Le linee guida per il trasferimento promuovono l'integrazione dei servizi dei percorsi per il trasferimento delle donne e dei loro neonati tra la MU e la sala parto ospedaliera;
- c) È prevista una revisione annuale delle procedure operative e delle linee guida;
- d) È prevista una procedura di trasferimento per assicurare il personale adeguato a garantire l'assistenza clinica e che riconosca l'autonomia del team della MU. La UO di Ostetricia e Ginecologia ha il proprio sistema di reperibilità per evitare che il personale del MU venga spostato lasciando scoperto il servizio;
- e) Esiste una procedura scritta di risk-management e un sistema per la verifica delle non conformità;
- f) Le linee guida clinico-assistenziali materne e neonatali e i documenti della MU si basano sulle evidenze scientifiche recenti (includendo linee guida internazionali quando appropriato).

STANDARD 26

La MU ha una procedura che definisce i criteri di ammissione e per la scelta del luogo della nascita

- a) Specifici e condivisi criteri di ammissione anche per le donne con fattori di rischio che richiedono una discussione appropriata tra la donna, le ostetriche della MU ed il team medico per individuare il piano di assistenza ottimale ed il luogo della nascita prescelto;
- b) Dove è presente sia una MU territoriale che un MU intraospedaliera, il protocollo precisa se ci sono differenze nei criteri di ammissione per l'assistenza nelle diverse MU.

STANDARD 27

La MU dimostra impegno verso il miglioramento continuo

La MU promuove il miglioramento continuo del servizio tramite:

- a) Una procedura di raccolta e monitoraggio dei reclami avanzati sia dal personale che dagli utenti del servizio;
- b) La raccolta e il monitoraggio dei feedback ricevuti da parte sia del personale che degli utenti;
- c) I processi di miglioramento continuo attraverso la raccolta e l'analisi dei dati sugli esiti clinici e sulle esperienze degli utenti del servizio e del personale;
- d) Rapida diffusione di ciò che si è appreso dalle revisioni degli eventi avversi;
- e) Tempo professionale dedicato all'audit;
- f) Revisione continua del numero di donne prese in carico, numero di nascite, esiti e trasferimenti;
- g) Presentazione semestrale dei dati scaturiti dall'audit a tutto il team di maternità.

La MU raccoglie dati in linea con quanto suggerito da programmi nazionali con particolare attenzione al miglioramento di salute pubblica e alla riduzione delle disuguaglianze sanitarie per quanto riguarda:

- h) Aumento delle nascite fisiologiche;
- i) Riduzione degli interventi non necessari (es. taglio cesareo);

- j) Riduzione della morbidità materna e infantile (incluso esiti sulla salute sia fisica che mentale);
- k) Miglioramento dell'accesso tempestivo all'assistenza sanitaria;
- l) Aumento del tasso di allattamento al seno;
- m) Cessazione del fumo, dell'abuso di sostanze e di alcool, miglioramento dell'alimentazione materna;
- n) Sostegno alle donne in situazioni di vulnerabilità.

STANDARD 28

La MU ha un sistema informatico efficiente e sicuro

La MU ha un sistema informatico in linea con la normativa europea in materia di protezione e archiviazione dei dati e che assicura:

- a) Conservazione e archiviazione di dati che siano rigorose, aggiornate e soggette a revisione periodica;
- b) Sistemi informatici efficienti e strumenti che facilitano la raccolta dati e l'auditing delle attività e degli esiti;
- c) Coloro che forniscono assistenza primaria e specialistica condividono lo stesso sistema informatico;
- d) Raccolta elettronica di informazioni relative alle attività e agli esiti dell'assistenza;
- e) Un sistema di segnalazione degli incidenti a garanzia di indagini trasparenti per la risoluzione di eventuali eventi avversi;
- f) I registri elettronici sono accessibili in remoto della MU con statistiche regolari disponibili al pubblico.

STANDARD 29

La MU dispone di programmi per gestire la comunicazione ed il marketing

a) Promozione e collegamenti con la comunità attraverso:

- newsletter periodiche per il personale che riportano le attività, gli esiti, gli eventi avversi, gli esempi di *best practice* e i successi da celebrare;
- newsletter pubbliche periodiche che forniscono informazioni sui servizi disponibili nella MU, testimonianze ed esperienze recenti.

b) Informazione e formazione per le donne attraverso:

- possibilità di visitare la MU prima del parto;
- utilizzo dei social media per promuovere la MU;
- educazione e preparazione prenatale e postnatale.

c) Promozione della MU attraverso:

- sistemi per facilitare il marketing del passaparola all'interno della comunità;
- opportunità per le famiglie di conoscere la MU durante la gravidanza (ad esempio attraverso l'utilizzo della MU come sede per incontri di gruppo, corsi e incontri prenatali).

d) La MU dovrebbe avere una strategia di marketing in atto che considera le quattro fasi del processo decisionale -come ad esempio il modello "AIDA quattro fasi del modello decisionale": consapevolezza, interesse, desiderio e azione (Priyanka, 2013) - per garantire che le scelte delle donne potenzialmente afferenti siano supportate.

e) Le attività di raccolta fondi offrono opportunità alla MU di sensibilizzare la comunità e di coinvolgerla nelle attività, aumentare il senso di appartenenza tra gli utenti del servizio e il personale, e generare entrate che possano essere utilizzate per diversi scopi come eventi, formazione o attrezzatura.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- AABC American Association of Birth Centres (2017) *Birth Center Standards*. [online] Available at: <https://www.birthcenters.org/page/Standards> [Accessed 1 June 2018].
- Ackerman, B., Cooke, P. and Hutcherson, A. (2009) *Standards for birth centres in England: a Standards document*. RCM, London.
- Alderwick, H., Jones, B., Charles, A. and Warburton, W. (2018) *Making the case for quality improvement. The King's Fund*. Available at: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-case-quality-improvement> (Accessed: 1 June 2018).
- Baby Friendly Initiative (2017) *Guide to the Baby Friendly Initiative Standards – Baby Friendly Initiative*. Available at: <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/guidance-for-health-professionals/implementing-the-baby-friendly-standards/guide-to-the-baby-friendly-initiative-standards/> (Accessed: 9 June 2018).
- Brocklehurst, P., Hardy, P., Hollowell, J., Linsell, L., Macfarlane, A., McCourt, C., Marlow, N., Miller, A., Newburn, M., Petrou, S., Puddicombe, D., Redshaw, M., Rowe, R., Sandall, J., Silverton, L. and Stewart, M. (2011) Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*, 343(nov23 4), pp.d7400-d7400.
- Bryers, H. M. and Van Teijlingen, E. (2010) Risk, theory, social and medical models: a critical analysis of the concept of risk in maternity care. *Midwifery*, 26(5), pp.488-496.
- Coxon, K., Sandall, J. and Fulop, N. (2013) To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions. *Health, Risk & Society*, 16(1), pp.51-67.
- Davis Harte, J., Leap, N., Fenwick, J., Homer, C. and Foureur, M. (2014) Methodological insights from a study using video-ethnography to conduct interdisciplinary research in the study of birth unit design. *International Journal of Multiple Research Approaches*, 8(1), pp.36-48.
- Davis-Floyd, R. (2001) The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, pp.S5-S23.
- Downe, S. (2010) *Towards salutogenic birth in the 21st century*. Essential midwifery practice: intrapartum care. Hoboken: John Wiley & Sons, Ltd., pp.289-95.
- European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (2014) *Standards of Care for Women's Health in Europe*. EBCOG. Available at: <https://www.ebcog.org/single-post/2017/08/21/Standard-of-care-published> (Accessed: 1 June 2018).
- Hammond, A., Homer, C. and Foureur, M. (2017) Friendliness, functionality and freedom: design characteristics that support midwifery practice in the hospital setting. *Midwifery*, 50, pp.133-138.
- Healy M, Gillen P. (2016) *Planning birth in and admission to a midwife-led unit: development of a GAIN evidence-based guideline*. Evidence Based Midwifery 14(3): 82-86
- GAIN (RQIA, 2016) *Guideline for Admission to Midwife-Led Units in Northern Ireland & Northern Ireland Normal Labour & Birth Care Pathway*. RQIA: Belfast
- International Confederation of Midwives (2011) *ICM Position Statement. Midwifery: an autonomous profession*. Internationalmidwives.org. Available at: <https://internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/icm-position-statements-general/> (Accessed: 1 June 2018).
- International Confederation of Midwives (2013) *ICM Essential Competencies for Basic Midwifery Practice*. Internationalmidwives.org. Available at: <https://internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/icm-position-statements-general/> (Accessed: 1 June 2018).
- Jabbal, J. (2017) *Embedding a culture of quality improvement*. The King's Fund. Available at: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/embedding-culture-quality-improvement> (Accessed: 4 June 2018).
- Jenkinson, B., Josey, N. and Kruske, S. (2013) *BirthSpace: An evidence-based guide to birth environment design*. Queensland: Centre for Mothers & Babies, The University of Queensland.
- Jordan, B. and Davis-Floyd, R. (1993) *Birth in four cultures*. Prospect Heights, Ill.: Waveland Press.
- Kennedy, H. P., Cheyney, M., Dahlen, H. G., Downe, S., Foureur, M. J., Homer, C. S. E., Jefford, E. McFadden, A. Michel-Schuldt, M., Sandall, J., Soltani, H., Vedam, S. and Renfrew, M.J. (2018) Asking different questions: a call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child. *Birth*. 2018;1-10.
- Kirkham, M. (2010) *Sustained by joy: the potential of flow experience for midwives and mothers*. In Sustainability, Midwifery and Birth, pp. 105-118. Routledge.
- Kuruville, S., Bustreo, F., Kuo, T., Mishra, C.K., Taylor, K., Fogstad, H., Gupta, G.R., Gilmore, K., Temmerman, M., Thomas, J. and Rasanathan, K. (2016) *The Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030): a roadmap based on evidence and country experience*. Bulletin of the World Health Organization, 94(5), p.398.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Macfarlane, A.J., Rocca-Ihenacho, L., Turner, L. and Roth, C. (2014a) Survey of women's experiences of care in a new freestanding midwifery unit in an inner city area of London, England – 1: Methods and women's overall ratings of care. *Midwifery*, 30(9), pp.998-1008.
- Macfarlane, A. J., Rocca-Ihenacho, L. and Turner, L. R. (2014b) Survey of women's experiences of care in a new freestanding midwifery unit in an inner city area of London, England: – 2: Specific aspects of care. *Midwifery*, 30(9), pp.1009-1020.
- MacFarlane, A. J., Blondel, B., Mohangoo, A. D., Cuttini, M., Nijhuis, J., Novak, Z., Ólafsdóttir, H. S. and Zeitlin, J. (2016) Wide differences in mode of delivery within Europe: risk-stratified analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(4), pp.559-568.
- McCourt, C., Rance, S., Rayment, J. and Sandall, J. (2011) *Birthplace qualitative organisational case studies: how maternity care systems affect the provision of care in different settings*. Birthplace in England research programme. Final report part 6. London: NIHR Service Delivery and Organisation programme.
- McCourt, C., Rayment, J., Rance, S. and Sandall, J. (2012) Organisational strategies and midwives' readiness to provide care for out of hospital births: An analysis from the Birthplace organisational case studies. *Midwifery* 28(5), pp.636-645.
- McCourt, C., Rayment, J., Rance, S. and Sandall, J. (2014) *An ethnographic organisational study of alongside midwifery units: a follow-on study from the Birthplace in England programme*. Health Services and Delivery Research, 2(7).
- McCourt, C., Rayment, J., Rance, S. and Sandall, J. (2016) Place of birth and concepts of wellbeing: an analysis from two ethnographic studies of midwifery units in England. *Anthropology in Action*, 23(3), pp.17-29.
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., Langer, A., Manuelli, V., Millar, K., Morhason-Bello, I., Castro, C., Pileggi, V., Robinson, N., Skaer, M., Souza, J., Vogel, J. and Althabe, F. (2016) Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), pp.2176-2192.
- NICE, National Institute for Health and Care Excellence, (2007) *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during labour*. NICE Clinical Guideline No. 55. London: NICE; September 2007.
- NICE, National Institute for Health and Care Excellence, (2014) *Intrapartum care for healthy women and babies*, Clinical guideline [CG190] Published date: December 2014 Last updated: February 2017. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190> (Accessed: 9 June 2018).
- Overgaard, C., Fenger-Grøn, M. and Sandall, J. (2012a) Freestanding midwifery units versus obstetric units: does the effect of place of birth differ with level of social disadvantage? *BMC Public Health*, 12(1), p.478.
- Overgaard, C., Fenger-Grøn, M. and Sandall, J. (2012b) The impact of birthplace on women's birth experiences and perceptions of care. *Social Science & Medicine*, 74(7), pp.973-981.
- Rawal, P. (2013) AIDA Marketing communication model: stimulating a purchase decision in the minds of the consumers through a linear progression of steps. *International journal of multidisciplinary research in social & management sciences*, 1(1), pp.37-44.
- Rayment, J., McCourt, C., Rance, S. and Sandall, J. (2015) What makes alongside midwifery-led units work? Lessons from a national research project. *The Practising Midwife*, 18(6).
- Renfrew, M., McFadden, A., Bastos, M., Campbell, J., Channon, A., Cheung, N., Silva, D., Downe, S., Kennedy, H., Malata, A., McCormick, F., Wick, L. and Declercq, E. (2014) Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), pp.1129-1145.
- Rocca-Ihenacho, L. (2017) *An ethnographic study of the philosophy, culture and practice in an urban freestanding midwifery unit*. PhD Thesis. City, University of London.
- Rocca-Ihenacho, L., Newburn, M. and Byrom, S. (2017) The Midwifery Unit Network: creating a community of practice to enhance maternity services. *The Practising Midwife* 20(6):24-27.
- Ross S. and Naylor C. (2017) *Quality improvement in mental health*. London: The King's Fund. Available at: www.kingsfund.org.uk/publications/quality-improvement-mental-health (accessed: 1 June 2018).
- Rowe, R. and Birthplace in England Collaborative Group (2011) *Birthplace terms and definitions: consensus process*. Birthplace in England research programme. Final report part 2: NIHR Service Delivery and Organisation programme. Available at: <https://www.npeu.ox.ac.uk/birthplace> (Accessed: 6 June 2018).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. and Devane, D. (2016) *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Scarf, V., Rossiter, C., Vedam, S., Dahlen, H., Ellwood, D., Forster, D., Foureur, M., McLachlan, H., Oats, J., Sibbritt, D., Thornton, C. and Homer, C. (2018) Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 62, pp.240-255.
- Schroeder L., Petrou S., Patel N., Hollowell J., Puddicombe D., Redshaw M., et al. (2011) *Birthplace cost-effectiveness analysis of planned place of birth: individual level analysis. Birthplace in England research programme*. Final report part 5. NIHR Service Delivery and Organisation programme.
- UNFPA, ICM and WHO (2018) *State of the World's Midwifery 2014*. Available at: <https://www.unfpa.org/sowmy> (Accessed: 21 June 2018).
- Walsh, D. and Newburn, M. (2002) Towards a social model of childbirth. *British Journal of Midwifery*, 10, 9, pp. 540–544.
- Walsh, D. (2006a) Birth centres, community and social capital. *MIDIRS Midwifery Digest*, 16(1), pp.7-15.
- Walsh, D. (2006b) 'Nesting' and 'Matrescence' as distinctive features of a free-standing birth centre in the UK. *Midwifery*, 22(3), pp.228-239.
- Walsh, D. (2006c) Subverting the assembly-line: childbirth in a free-standing birth centre. *Social Science & Medicine*, 62(6), pp.1330-1340.
- Walsh, D., Spiby, H., Grigg, C. P., Dodwell, M., McCourt, C., Culley, L., Bishop, S., Wilkinson, J., Coleby, D., Pacanowski, L. and Thornton, J. (2018) Mapping midwifery and obstetric units in England. *Midwifery*, 56, pp.9-16
- White Ribbon Alliance (2012) *Respectful maternity care: the universal rights of childbearing women*. Washington DC: White Ribbon Alliance; October 2011. Available from: http://whiteribbonalliance.org/wpcontent/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf (accessed: 1st June 2018).
- World Health Organization (2016a) *The global strategic directions for strengthening nursing and midwifery*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (2016b) *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (2018) *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

APPENDICE 1 – Metodo per la creazione dei Midwifery Unit Standards

Lo sviluppo di questi standards ha raccolto conoscenze ed evidenze da due fonti chiave contemporaneamente:

A. Letteratura scientifica pubblicata

Abbiamo effettuato una revisione sistematica della letteratura qualitativa in relazione alle MU (intraospedaliere e territoriali). Sono state incluse pubblicazioni sottoposte a peer review o tesi di dottorato inedite e incluse nella letteratura qualitativa sull'organizzazione, la gestione e l'esperienza delle MU nei paesi ad alto reddito. Questa revisione ha identificato 24 articoli pertinenti, un report e 3 Tesi di dottorato.

È stata condotta una meta sintesi della letteratura, identificando e codificando le sezioni di risultati di tutti gli studi, utilizzando il software NVivo. Questo ha generato un elenco di 43 temi, ognuno dei quali è apparso almeno una volta nel data set (un resoconto completo dei metodi di revisione e dei risultati sarà presentato separatamente).

B. Conoscenza di esperti

1. Studio Delphi

Un gruppo di esperti di MU è stata invitata a partecipare a due sondaggi. Una richiesta per la manifestazione di interesse è stata pubblicata su una serie di forum pertinenti e inviti mirati inviati a esperti noti e a quelli individuati da organizzazioni professionali competenti.

L'“esperto” è stato definito come avente esperienza nello sviluppo (ostetriche con ruoli organizzativi e manageriali, dirigenti ecc.), nella gestione (coordinatori, ecc.), o nella ricerca (ricercatori, docenti ecc.) o che abbiano maturato un'esperienza clinica in una MU (minimo 2 anni di esperienza). Sono stati inclusi anche ostetriche, ginecologi e neonatologi collegati a MU e personale di supporto. Alcuni esperti internazionali sono stati inclusi per ottenere il loro punto di vista sul più ampio contesto internazionale. Un totale di 120 esperti sono stati invitati a partecipare al primo sondaggio e 122 al secondo sondaggio.

Il sondaggio Delphi ha coinvolto due round, condotti online utilizzando il software Qualtrics.

Il sondaggio iniziale si basava sugli standard pubblicati dal Royal College of Midwives (2009), sfruttando così le conoscenze originali e più recenti che hanno sostenuto la produzione di tale documento sugli standard. Novantotto esperti hanno iniziato a completare il primo sondaggio Delphi e 64 lo hanno completato. Per il secondo sondaggio Delphi, 64 esperti hanno iniziato il sondaggio e 52 lo hanno completato. Il tasso di risposta complessivo è stato del 48%.

In ogni occasione, ai partecipanti è stato chiesto di valutare l'importanza di ciascuno standard su una scala di tipo Likert da 1 a 5 (da “non importante affatto” a “estremamente importante”) e di aggiungere risposte aperte e note per suggerire nuovi standard o su qualsiasi aspetto del documento. Gli standard venivano poi eliminati se il 75% o più dei partecipanti li valutava tra 1 e 3 (meno importante).

A seguito di analisi e sintesi con altre fonti di dati (vedi sotto), una bozza di nuovi standard aggiornati è stata usata per il secondo sondaggio. Sessantaquattro esperti hanno partecipato al secondo questionario del panel Delphi usando la stessa scala. Ancora una volta, gli standard a basso punteggio sono stati rimossi usando la stessa soglia.

2. Riunioni delle parti interessate e focus groups

Lo studio Delphi è stato integrato con tre incontri di gruppo con tutte le parti interessate. Al primo incontro hanno aderito 28 partecipanti si è tenuto a Londra l'8 giugno 2017. Il secondo si è tenuto il 21 giugno 2017 a Toronto, durante la Conferenza Triennale ICM. Gli stakeholder che hanno partecipato (circa 50 delegati alla conferenza) hanno formato gruppi di lavoro per discutere degli standard RCM esistenti. Nel dicembre 2017, gli standards sono stati presentati e discussi durante il terzo incontro delle parti interessate a Londra. Questo gruppo di esperti (18 partecipanti) si è concentrato sulle questioni chiave derivanti dagli standards revisionati che erano stati precedentemente generati dal primo sondaggio Delphi (ma si era notato che erano sottorappresentati negli standard originali RCM). Le note scaturite da queste discussioni sono state poi inserite nel processo di analisi e nella bozza rivista.

3. Interviste con i leaders delle MU ben performanti

A seguito della revisione della letteratura, il primo evento con le parti interessate e il sondaggio Delphi, tre temi erano rimasti poco approfonditi: fare rete con la comunità, lavorare in modo integrato e l'autonomia delle donne. Sono state così condotte tre interviste con il personale delle MU della rete delle MU Beacon Sites: unità ad alte prestazioni con particolari competenze in queste tre aree, al fine di ottenere più materiale. Questo nuovo contributo è stato verificato e valutato per consenso durante il secondo sondaggio Delphi.

Analisi

Il team di ricerca ha raccolto:

- I restanti standard dal documento RCM 2009 (a seguito del primo sondaggio Delphi)
- Standards e temi aggiuntivi suggeriti dal sondaggio Delphi nei commenti aperti
- Temi chiave dal primo focus group degli stakeholder e discussioni di gruppo
- I 43 temi generati dalla meta sintesi
- Contenuto aggiuntivo generato dalle interviste con i leaders delle MU ben performanti

I dati ottenuti da queste fonti sono poi stati sintetizzati usando un approccio sistematico:

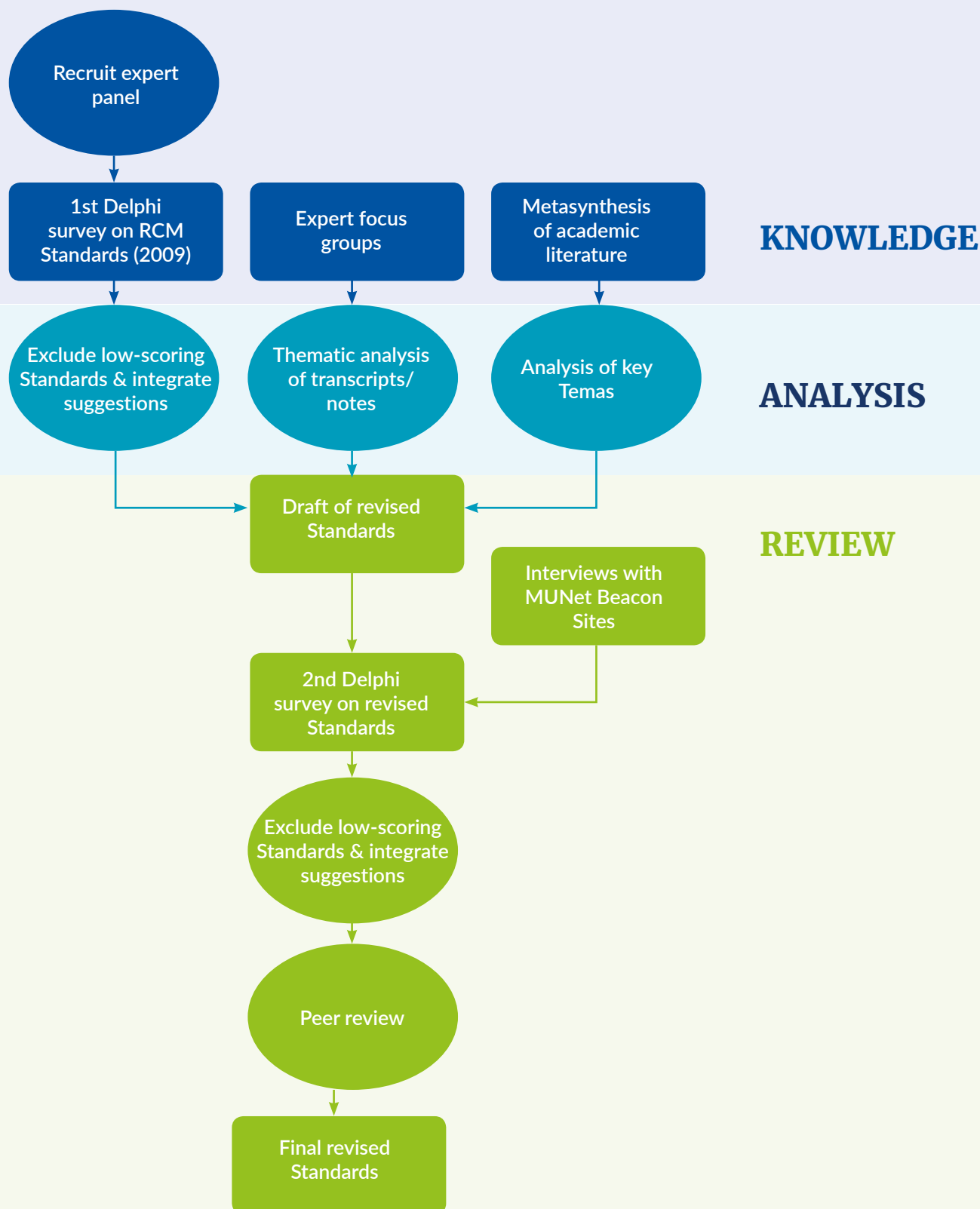
Ogni item (cioè standard o tema) è stato scritto su un foglio separato, le duplicazioni sono state eliminate e i codici sono stati quindi raggruppati sotto i temi emergenti e le categorie. L'obiettivo era quello di generare il numero più piccolo di categorie emergenti che potessero contenere tutti i codici.

Le categorie sono state perfezionate in un incontro successivo e le 10 finali hanno poi formato i temi rivisti per il nuovo documento. Questi temi sono stati poi sottoposti a test nel sondaggio Delphi Round 2, utilizzando il processo di classificazione sopra descritto.

Peer Review

La bozza finale degli standard è stata rivista da 12 revisori esperti interdisciplinari europei (vedi appendice).

Figure 1- The process of creation of the Midwifery Unit Standards



APPENDICE – Ringraziamenti

Documento originale:

Research team

Lucia Rocca-Ihenacho	Mary Newburn
Juliet Rayment	Nathalie Leister
Laura Batinelli	Claire Biros
Ellen Thael	Deirdre Munro
Shujana Keraudren	Christine McCourt

Peer Reviewers

- 1) **Birte Harlev-Lam**, Clinical Director – Maternity and Children, NHS Improvement, England
- 2) **Catherine Williams**, Maternity Service User Representative, Reading Maternity Voices (MVP) and National Maternity Voices, England
- 3) **Claire de Labrusse**, Associate professor, Midwifery School, School of Health Sciences (HESAV), University of Applied Sciences and Arts Western Switzerland (HES-SO), Switzerland
- 4) **Jessica Read**, Regional Maternity Lead for London, NHS England, England
- 5) **Johanne Dagustun**, Service User Representative, Greater Manchester and Eastern Cheshire, England
- 6) **Laura Iannuzzi**, Lead Midwife-Physiological Pregnancy Pathway and Margherita Birth Centre, Careggi University Hospital, Florence, Italy
- 7) **Maria Booker**, Programmes Director, Birthrights, England
- 8) **Mervi Jokinen**, President, European Midwives Association
- 9) **Pauline Cooke**, Consultant Midwife, Imperial College Healthcare NHS Trust, England
- 10) **Ramon Escuriet**, Divisió d'Innovació i Cartera de Serveis Sanitaris, Àrea d'Atenció Sanitària, Servei Català de la Salut, Spain
- 11) **Sandra Morano**, Professor of Obstetrics, Università degli Studi di Genova Facoltà di Medicina e Chirurgia, Italy
- 12) **Susan Bewley**, Professor of Women's Health, King's College London (academic obstetrician)

Peer reviewers della traduzione in italiano (in ordine alfabetico)

Alessandro Volta, Neonatologo, Direttore del Programma Materno Infantile, ASL di Reggio Emilia

Antonella Nespoli, Ostetrica, Ricercatrice Università degli Studi di Milano-Bicocca, Presidente SISOGN

Caterina Masè, Ostetrica Presidente Ordine della Professione Ostetrica di Trento, Membro Comitato Centrale FNOPO, Azienda Provinciale Servizi Sanitari, Trento

Elena Skoko, Attivista, Ricercatrice e Consulente SSN, Unità di Ricerca "Diritti Umani nella Maternità e Nascita", Laboratorio Multimediale di Comparazione Giuridica, Università degli Studi Roma Tre

Francesco Rasi, Ostetrico libero professionista, Casa di Cura Città di Roma e referente FNOPO

Laura Iannuzzi, Lecturer in Midwifery, Department of Midwifery and Health Sciences, Faculty of Health and Social Sciences, Bournemouth University, United Kingdom.

Lucia Rocca-Ihenacho, CEO of Midwifery Unit Network, Lecturer in Midwifery and NIHR Research Fellow, City University London

Lucrezia D'Antuono, Ostetrica Responsabile Centro Nascita S. Anna Città della Salute e della Scienza di Torino

Luigia Soldati, Ostetrica, Coordinatrice dei Consultori ASST Spedali Civili di Brescia

Manuela Mariotti, Ostetrica Responsabile Centro Nascita La Margherita, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi di Firenze

Monica Benussi, Ostetrica Responsabile Centro Nascita Alternativo, Ospedale Policlinico San Martino di Genova

Nadia Rovelli, Ostetrica, Presidente Ordine della Professione Ostetrica Interprovinciale di Bergamo Cremona Lodi Milano Monza Brianza. Docente a contratto UNIMIB.

Nicoletta Setola, Architect, Professore Associato nel Dipartimento di Architettura all'Università degli studi di Firenze

Sandra Morano, Medico specialista in Ostetricia e Ginecologia, Ricercatore e Docente a contratto Università degli Studi di Genova

Simona Fumagalli, Ostetrica Direttrice dell'attività didattica del Corso di Laurea in Ostetricia Università degli Studi di Milano-Bicocca - Ospedale San Gerardo di Monza

Sofia Colaceci, Ostetrica Ricercatrice MED/47, Saint Camillus International University, Roma e referente FNOPO

Stefania Zorzan, Ostetrica Responsabile Area ostetrica Ginecologica, Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

APPENDICE – Ringraziamenti del documento originale

Contributors

Abigail Holmes	Helen ED Shallow
Alison Searle	Irene Gonzalez Perez
Allison Mascagni	Ivana Arena
Amanda Mansfield	Jackie Moulla
Carmel Bradshaw	Jaki Lambert
Caroline Homer	Jacky Nizard
Cate Langley	Jane Parker-Wisdom
Caterina Raniolo	Jane Sandall
Cath Reeves-Jones	Jennifer Stevens
Catherine Williams	Jessica Read
Cecilia Grigg	Jo Goss
Chantelle Winstanley	Jo Ryalls
Christine McCourt	Juan Soria
Christine Saunders	Juliet Rayment
Claire Birós	Kate Brintworth
Claire de Labrusse	Kay Cassidy
Cristina Alonso	Keith Brainin
Dawn Lewis	Kerstin Lelubre
Deb Jackson	Kirstie Coxon
Debbie Edwards	Laura Batinelli
Deirdre Munro	Laura Iannuzzi
Denis Walsh	Louise Silverton
Eilish Crowson	Louise Taylor
Elaine Frail	Lucia Rocca-Ihenacho
Elizabeth Duff	Lucrezia D'Antuono
Elizabeth Margaret	Lynn Bayes
Ellen Thael	Maggie Davies
Emma Spillane	Maria Healy
Fiona Cullinane	Marie Lewis
Francesca Sulli	Marieke Hermus
Francisca Postigo Mota	Martin Nemrava
Gill Walton	Mary Newburn
Graciela Etcheverry	Mary Turay-Olusile

Mechthild M. Gross
Michele Warnimont
Miranda Scanlon
Natalie Sedlicka
Nicoletta Setola
Pauline Cooke
Pearl Kowlessar-Manoo
Petra Ann Kovaříková
Phyllis Winters
Rachel Rowe
Rachel Scanlan
Ramón Escuriel
Rémi Béranger
Richard Hallett
Rineke Schram
Rosalie Wright
Rosie Goode
Sandra Morano
Seána Talbot
Sharon Dickinson
Sheena Byrom
Shona Solly
Soo Downe
Stan Shaffer
Susan Bewley
Susan Crowther
Susan Davies
Susan Stapleton
Tracey Cooper
Vicki Grayson
Wendy Cutchie

Birth Centre Beacon Sites

Lewisham and Greenwich NHS Trust: Lynn Bayes and Kerstin Lelubre

Sandwell and West Birmingham Hospitals NHS Trust: Kathryn Gutteridge

Lancashire Teaching Hospitals NHS Trust: Joanne Goss and Emma Ashton

Stakeholder organisations

RCM Royal College of Midwives (UK)

ICM International Confederation of Midwives

FNPO Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica (Italy)

FAME Federacion de Asociaciones de Matronas de Espana (Spain)

APODAC Asociace pro Porodní Domy a Centra, (Czech Republic)

Contributors during ICM event

We would like to acknowledge all the participants who attended the Midwifery Unit Standards stakeholder meeting on the 21st of June 2017 at the 31st ICM congress in Toronto.

Expert contribution

Nicoletta Setola is co-author of the section 'Environment and Facilities'. Nicoletta is an architect, PhD and assistant professor in the Department of Architecture - TESIS Centre at the University of Florence, Italy.

Midwifery Unit Standards

Copyright City, University of London 2018 - 2019. Published by Midwifery Unit Network Limited under licence from City, University of London

Per la citazione utilizzare:

Rocca-Ihenacho L., Batinelli L., Thael E., Rayment J., Newburn M. e McCourt C. (2018) *Standard Europei per le Midwifery Units*, Traduzione Italiana del 2020 a cura di Batinelli L., Gottardi M., Nespoli A., Rovelli N. e Rocca-Ihenacho L. (Milano)

Traduzione commissionata da:



**ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA
INTERPROVINCIALE DI BERGAMO CREMONA
LODI MILANO MONZA BRIANZA**

<https://app.ostetriche-bgcrlomimb.it>

© Copyright City, University of London 2018 - 2019.
Pubblicato da Midwifery Unit Network Limited sotto
licenza di City, University of London.



www.midwiferyunitnetwork.org



@midwiferyunits



Midwifery Unit Network online community