



Ministero della Salute

Benessere della coppia madre-bambino e sicurezza del neonato: il *rooming-in*

(condivisione della stessa stanza)



**Tavolo tecnico multidisciplinare sulla continuità del rapporto
madre-bambino durante l'ospedalizzazione alla nascita.**

Anno 2024

Tavolo tecnico multidisciplinare sulla continuità del rapporto madre-bambino durante l'ospedalizzazione alla nascita.

Coordinatrice: **Maria Rosaria Campitiello**
Ufficio di Gabinetto del Ministro della Salute

Riccardo Davanzo (Presidente del TAS), Istituto Materno-Infantile IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste
Luigi Orfeo (Presidente SIN), Massimo Agosti (Vice-Presidente SIN)
Annamaria Staiano (Presidente SIP), Rino Agostiniani (Vice-Presidente SIP), Giovanni Corsello (SIP)
Nicola Colacurci (Presidente SIGO)
Antonio Chiantera (Presidente AOGOI), Maria Giovanna Salerno (AOGOI)
Silvia Vaccari (Presidente FNOPO)
Cosimo Cicia (Vice-Presidente FNOPI, Angela Capuano (FNOPI)
Teresa Calandra (Presidente FNO TSRM PSTRP)
Giancarlo Gargano, Commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome
Massimo Bellettato (AGENAS)
Serena Donati, Angela Giusti, Paolo d'Ancona (ISS)
Giuseppina Liuzzi; Francesco Vaia (INMI "L. Spallanzani")
Giovanna Perricone (CNOP)
Franco De Luca (Centro Nascita Montessori, Roma)
Rodolfo Sirito, ginecologo, Ospedale Evangelico Internazionale, Genova
Clarita Nassuato, ginecologa
Gabriella Addi, ginecologa
Paola Marchetti, ostetrica
Maurizio Santori, Capitano Nuclei antisofisticazione e sanità dei Carabinieri presso la segreteria Tecnica del Ministro
Antonio Della Vecchia, dirigente medico presso la Direzione Generale della programmazione sanitaria Ministero della Salute
Giacomina Chiaradia, dirigente medico presso la Direzione Generale della prevenzione sanitaria Ministero della Salute

"Nota sulla terminologia. Nel corso del presente documento per convenzione: a) si è fatto riferimento all'allattamento al seno semplicemente col termine allattamento; b) è stata utilizzata ove possibile la corretta declinazione maschile e femminile e, qualora utilizzato, il maschile è da intendersi riferito a neonate e neonati, bambine e bambini, personale sanitario in generale."

Indice

Premessa

1. Rooming-in e informazione in gravidanza

- Il Percorso Nascita e la tutela della salute materna e perinatale
- Valore ed efficacia delle informazioni in epoca prenatale

2. Il contatto pelle a pelle

- Definizione
- Valutazione preliminare delle coppie madre-neonato
- La pratica del contatto pelle a pelle in sicurezza
- Il contatto pelle a pelle dopo TC
- Il contatto pelle a pelle con il padre
- Sorveglianza alla madre e neonato durante il contatto pelle a pelle
- Sostenibilità assistenziale del contatto pelle a pelle

3. Condivisione della stanza di madre e neonato

- Raccomandazioni sul *rooming-in*
- Benefici e limiti del *rooming-in*
- Valutazione del benessere emotivo della madre
- Informativa sul *rooming-in*
- Eligibilità della diade al *rooming-in*
 - I. Esclusione per cause materna
 - II. Esclusione per cause neonatali
 - III. Esclusione per cause organizzative
- Gestione del *rooming-in*

4. Presenza del partner e della persona di fiducia nelle aree di ricovero delle madri

5. Rooming-in e infezioni respiratorie

- Prevenzione della trasmissione delle malattie respiratorie in gravidanza, al parto, in allattamento
- Puerpera asintomatica/paucisintomatica con infezione respiratoria

6. Prevenzione del collasso postnatale

- L'informazione alle famiglie
- La sorveglianza da parte del personale sanitario

7. Prevenzione delle cadute del neonato

8. Condivisione del letto

9. Policy aziendale sull'assistenza alla diade madre-neonato

- Raccomandazioni alle Direzioni Generali e Direzioni Sanitarie dei Punti Nascita
- Raccomandazioni alle Direzioni di Dipartimento, di Struttura Operativa di Ginecologia ed Ostetricia, di Neonatologia e di Pediatria
 - I. Protocolli assistenziali
 - II. Protocolli di informazione dell'utenza

10. Sintesi delle indicazioni

Bibliografia

Allegato 1. Materiale informativo per genitori/famiglie sulla sicurezza del neonato

Allegato 2A. Check list per le prime 2 ore dal parto

Allegato 2B. Check list durante il *rooming-in*

Per approfondire

Premessa

Il Ministero della Salute intende fornire indicazioni sulle buone pratiche assistenziali postnatali, che riguardano le coppie madre-neonato sani.

Destinatari del presente documento sono le Direzioni Generali e Sanitarie delle Aziende Ospedaliere ed il personale sanitario d'area perinatale. Quest'ultimo rappresenta un team multidisciplinare formato da personale di ambito ginecologico (ginecologhe, ginecologi), anestesiologicalo (anestesiste, anestesisti), neonatologico (neonatologhe, neonatologi), pediatrico (pediatre, pediatri), ostetrico (ostetriche, ostetrici), infermieristico (infermiere, infermieri), psicologico (psicologhe, psicologi), dell'assistenza sanitaria (assistenti sanitari/e) e dell'educazione professionale (educatori ed educatrici professionali). A questo si aggiunge il personale socio-sanitario (operatori e operatrici socio-sanitari/e) e, ove ancora in servizio, di puericultura (puericultrici, puericultori).

1. Rooming-in e informazione in gravidanza

Il Percorso Nascita e la tutela della salute materna e perinatale

- L'Organizzazione Mondiale della Sanità evidenzia come obiettivo sanitario prioritario il miglioramento della qualità di vita di madre e neonato, attraverso l'assistenza continuativa e l'accompagnamento nel Percorso Nascita, fornendo un livello di medicalizzazione che sia il più basso possibile, senza pregiudicare la sicurezza di madri e neonati.
- Il Percorso Nascita è un processo assistenziale di continuità (territorio-ospedale-territorio) con presa in carico e accompagnamento della donna, della coppia e della famiglia dal periodo pre-concezionale al dopo-parto (il Comitato Percorso Nascita nasce con DM del 2011 su indicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 2010). Lungo questo percorso si deve prevedere l'accertamento di stili ed abitudini di vita e fattori sociali, emotivi e condizioni di rischio che richiedono interventi ed assistenza oltre ad assicurare che le donne/famiglie abbiano le informazioni necessarie per essere coinvolte nel processo decisionale assistenziale e di cura (NICE 2021).

Valore ed efficacia delle informazioni in epoca prenatale

- L'evento nascita è un momento chiave per gli interventi di promozione e protezione della salute materna e perinatale, sia che avvenga al termine di una gravidanza a basso rischio (SNLG 2011; Sandall 2016; Ministero della Salute 2017), sia a conclusione di una gravidanza a rischio che abbia richiesto un approccio specialistico multi-professionale. In entrambi i casi, il modello della *maternal health literacy* (Wagner 2020) promuove la motivazione e la capacità degli individui di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni riguardanti la salute, con l'obiettivo di promuovere il *self-empowerment* materno, di fornire un sostegno multidimensionale alla genitorialità consapevole e competente, di facilitare le abilità personali e sociali dei genitori e le loro competenze psicosociali (*life skills*) (WHO/UNICEF/World Bank 2018; Tamburlini 2014).
- Gli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN) sono un'opportunità unica per offrire attivamente informazioni alle donne e ai loro partner e sostenerli nel fare scelte consapevoli, favorire la loro alfabetizzazione alla salute e aumentare la capacità di analizzare in modo critico le informazioni ricevute per la salute e la sicurezza propria e dei propri figli e figlie. Rispetto alla valida modalità telematica ed alla consulenza telefonica, diffusasi per necessità in corso

di pandemia da COVID-19 (Perricone et al.2021), va privilegiata la modalità in presenza.

- Le informazioni offerte alle donne/famiglie durante gli IAN non riguardano solo aspetti relativi alla gravidanza e al parto ma anche al periodo postnatale, inclusa la cura del neonato, anche per quanto riguarda l'influenza a livello epigenetico dell'esposizione a fattori ambientali.
- Si raccomanda che gli IAN siano offerti nel periodo compreso fra la 26a e la 34a settimana di gravidanza, siano finalizzati all'empowerment materno, coinvolgano anche il padre, abbiano dei contenuti minimi garantiti (Tavola 1).

Tavola 1. Contenuti essenziali di uno IAN.

- **Promozione del benessere in gravidanza per la madre e per il feto e salutogenesi (Keyes 2002; Ryff 2014)**
- **Fisiologia della nascita e del postpartum**
- **Comportamento del neonato sano nei primi giorni di vita**
- **Descrizione dei segni di benessere neonatale**
- **Contatto pelle a pelle**
- **Rooming-in**
- **Protezione, promozione e sostegno dell'allattamento (esclusivo ed a domanda)**
- **Ruolo del padre e della persona di fiducia**
- **Prevenzione del collasso postnatale e della SIDS**
- **Sicurezza del neonato (posizione in culla durante il sonno, condivisione del letto, prevenzione delle cadute)**
- **Benessere emotivo in epoca perinatale**
- **Dimissione appropriata dall'ospedale della coppia madre-bambino (con eventuali forme di accompagnamento come *home visiting*, telemedicina ed in genere supporto in remoto)**

- Nel momento in cui la donna viene accettata in ospedale per il parto è raccomandato fornire informazioni adeguate e coerenti anche sulle pratiche assistenziali effettivamente vigenti nel Punto Nascita. Queste informazioni vanno offerte a tutte le donne, in particolare a quelle che non hanno frequentato gli IAN, compensando, se necessario, l'eventuale precedente difetto informativo.
- Gli IAN, organizzati in ambito pubblico dai Consultori Familiari (CF) e/o dai Punti Nascita, richiedono la disponibilità di un'équipe multi-professionale esperta nella comunicazione delle tematiche inerenti al percorso nascita. Eppure, solo il 61.2 % delle mamme intervistate nel corso del 2022 nell'ambito della "Sorveglianza 0-2 anni" dichiarano di aver preso parte ai IAN (ISS 2023).

- A fronte di una riduzione del numero delle sedi e della dotazione di personale dei CF, il DM 77 ne sancisce il ruolo strategico nell'ambito del riordino e potenziamento dell'assistenza territoriale prevista dal PNRR. Un'efficace rete territoriale di assistenza di prossimità consente infatti interventi di prevenzione e promozione della salute lasciando all'ospedale il ruolo di luogo di diagnosi e cura della patologia. Attualmente in Italia sono disponibili 1 CF ogni 32.325 abitanti (con ampia variabilità tra regioni anche se lo standard indicato dal DM 77 in cui in Italia i CF dovrebbero essere 1 ogni 20.000). Viene offerta assistenza all'intero percorso nascita nel 90% dei CF e offerta di IAN nel 66% (Lauria 2022).

2. Il contatto pelle a pelle

Definizione

Il contatto pelle a pelle (SSC: *skin-to-skin contact*) consiste nel lasciare il neonato pelle a pelle con la mamma sin dalla nascita nelle prime due ore del post partum o comunque fino alla fine della prima poppata. La pratica dello SSC in Sala Parto va considerata uno standard assistenziale (*standard of care*) (NICE 2015; EFCNI 2018; WHO 2018, Task Force SUPC-Società Italiana di Neonatologia 2023) in considerazione dei documentati importanti benefici che ne derivano: promozione del *bonding*, facilitazione dell'avvio dell'allattamento, riduzione del pianto e dello stress neonatale, mantenimento di valori di glicemia più elevati, migliore termo-controllo e maggior stabilità cardiorespiratoria del neonato, attivazione dell'ossitocina materna (Moore 2016). Va però notato come la pratica dello SSC, che implica la posizione prona del neonato, possa correlarsi ad un aumentato rischio di collasso postnatale (*sudden unexpected postnatal collapse* o SUPC), in merito al quale il presente documento descrive nel dettaglio le appropriate misure di prevenzione.

Valutazione preliminare delle coppie madre-neonato

Per applicare in sicurezza lo SSC è sempre raccomandata una valutazione delle singole coppie madre-neonato.

Valutazione della madre

Il personale ostetrico, ginecologico e infermieristico secondo gli standard organizzativi (Accordo Stato-Regioni 2010) provvede preliminarmente a verificare:

- I. le informazioni già acquisite da madre e partner/persona di fiducia su questa pratica assistenziale e, al bisogno, confermarle, integrarle o fornirle *ex novo*;
- II. le condizioni di salute della madre, la disponibilità anche emotiva all'esperienza dello SSC da parte della madre e del partner/persona di fiducia e la loro responsività all'esperienza;
- III. la sostenibilità organizzativa contingente.

Valutazione del neonato

- Le condizioni generali del neonato vanno valutate dal personale della Neonatologia/Pediatria, se presente, e/o dall'ostetrica/o, che assiste al parto (DM 740/1994).
- Il neonato eligibile per lo SSC è quello nato da basso rischio ostetrico (BRO) o da parto cesareo/operativo, ma autonomo e stabile da un punto di vista cardiorespiratorio.
- La normalità dell'indice di Apgar (≥ 8 al 5° minuto di vita) è un prerequisito necessario, ma non sufficiente per attivare in totale sicurezza lo SSC.
- Nel contesto del presente documento ci si limita a considerare come eligibili allo SSC al parto i nati sani a termine (≥ 37 settimane di EG), anche se, fatte le necessarie verifiche sulle buone condizioni del neonato da parte dell'equipe neonatologica/pediatrica, è possibile praticare lo SSC in sicurezza anche nei nati pretermine.
- Sulla scheda della check list *delle prime 2 ore di vita* vanno appuntati i pareri del personale sanitario presenti alla nascita in merito all'attivazione della pratica dello SSC. Se anche uno solo dei sanitari è contrario, lo SSC non va attivato; questo parere va sempre registrato specificandone il razionale.

La pratica del contatto pelle a pelle in sicurezza

- La posizione di sicurezza del neonato durante lo SSC consiste nel collocare il neonato in posizione prona sull'addome/torace materno, con il viso rivolto di lato e le vie respiratorie libere (Task Force SUPC-SIN 2023).
- In tale posizione il neonato, asciugato, deve essere adeguatamente termo-protetto con un lenzuolino asciutto e con una copertina. Il lenzuolino deve essere controllato e sostituito, se umido. Sul capo, asciugato, in casi particolari può essere posizionata una cuffietta al fine di migliorare il termo-controllo. Viene inoltre suggerito di asciugare non solo il neonato ma eventualmente anche il tronco della madre prima di posizionare il bambino in SSC per evitare il suo scivolamento/caduta.
- È preferibile che la madre mantenga durante lo SSC una posizione semi-reclinata a 45° (BAMP 2022).
- È importante sensibilizzare da subito i genitori su quale sia la posizione di sicurezza in cui tenere il neonato.
- È buona norma posticipare le attività e le procedure non urgenti come ad esempio la rilevazione del peso, il primo bagnetto, la vestizione del neonato.
- Nelle prime due ore di vita i controlli del neonato vanno effettuati mentre si trova sul torace/addome della mamma.

- Il neonato, pur giudicato idoneo allo SSC, va controllato dal personale della sala parto con attenzione e con continuità nei primi 10-15 minuti di vita prima di “confermare” la continuazione dello SSC per il resto delle prime 2 ore. I tempi di questi controlli vanno definiti localmente da procedure aziendali. Alla fine del periodo di 2 ore di SSC la check list (Allegato 2 A) debitamente compilata va inclusa nella cartella della madre, facendone copia da inserire nella cartella del neonato.
- È ipotizzabile che l’implementazione di una check list *delle prime 2 ore di vita* (Allegato 2 A) (Task Force SUPC-SIN 2023), possa contribuire ad assicurare l’adeguata posizione del neonato e della madre e ad identificare precocemente eventuali alterazioni del benessere del neonato, e quindi possa favorire la prevenzione del collasso postnatale, e a identificare comportamenti disadattivi materni.

Il contatto pelle a pelle dopo TC

- Il TC non va inteso come una controindicazione all’implementazione dello SSC, anche se può rappresentare un ostacolo organizzativo.
- Le sfide che si pongono sono in termini soprattutto logistici, di disponibilità di uno staff sufficiente e di condivisione della pratica dello SSC fra le figure professionali che operano in Sala TC, ma le barriere alla pratica dello SSC dopo TC sono superabili (Guala 2017).
- Del resto proprio le donne che hanno partorito mediante TC beneficiano maggiormente dello SSC in termini di soddisfazione percepita del proprio parto (Kahalon 2021).

Il contatto pelle a pelle con il padre

- Quando le condizioni materne non consentono di effettuare lo SSC con il neonato, tale pratica potrebbe essere effettuata dal partner della mamma.
- Questo intimo contatto precoce è un’opportunità per il legame di attaccamento e permette di coinvolgere da subito la figura paterna nella cura e nell’accudimento del neonato (Huang 2019), gettando le basi per una positiva relazione futura (Hubbard 2017).

Sorveglianza alla madre e neonato durante il contatto pelle a pelle

- Alla sorveglianza non può essere attribuito un effetto preventivo assoluto nei confronti della SUPC, dal momento che l’evento SUPC ha una patogenesi multifattoriale. Nessuna sorveglianza, per quanto assidua, è in grado di azzerarne il rischio.
- L’obiettivo cui tendere resta quello di fornire nelle prime 2 ore di vita una serie di valutazioni con una frequenza adeguata e compatibile con il contesto assistenziale specifico.

- La sorveglianza è occasione di osservazione periodica della diade madre/neonato, di verifica, di rilevazione di possibili bisogni materni, di informazione e di eventuale modifica dei comportamenti a rischio.
- Si raccomanda l'uso routinario di una check list (Allegato 2A) per la valutazione del neonato nelle prime 2 ore di vita dopo il parto, quando il rischio di collasso postnatale è maggiore. Questa *check-list* include il rilevamento e la registrazione (da parte di personale specificamente formato) di alcuni dati essenziali come la posizione del neonato, la presenza in sala parto del partner/persona di fiducia oltre alla madre e di alcuni selezionati parametri neonatali (essenzialmente colorito cutaneo ed attività respiratoria).
- Tali valutazioni, documentate mediante check list *delle prime 2 ore di vita*, devono riguardare tutti i neonati, compresi quelli che non praticano lo SSC e che per qualche motivo sono separati dalla madre.

Sostenibilità assistenziale del contatto pelle a pelle

- È un elemento che va sempre tenuto in considerazione, dal momento che, una volta avviato lo SSC, si potrebbe non essere in grado di eseguire i previsti controlli a causa di emergenze in corso, di eccessivo carico di lavoro, di temporanea indisponibilità di personale. In questi casi è importante verificare se è presente il partner o una persona di fiducia accanto alla puerpera, valutare le condizioni generali della donna, rinforzare le informazioni e decidere se proseguire o meno lo SSC.
- La decisione di interrompere il contatto pelle a pelle viene presa dal personale che fino a quel momento stava controllando la mamma e il neonato, riportando tale decisione nella scheda di sorveglianza (check list *delle prime 2 ore di vita*; Allegato 2A).

3. Condivisione della stanza di madre e neonato (*Rooming-in*)

Raccomandazioni sul *rooming-in*

- Il *rooming-in* prevede la permanenza e l'assistenza di mamma e neonato in una stessa stanza del Punto Nascita durante la degenza nei giorni successivi al parto da parte di figure professionali specificatamente identificate tra quelle previste nelle unità di degenza materno-infantili. In condizioni fisiologiche o a basso rischio il *rooming-in* costituisce uno standard assistenziale di riferimento che, col supporto e la supervisione del personale sanitario, risulta appropriato per la maggioranza delle coppie madre-neonato (Ministero della Salute 2014).
- Il *rooming-in* è raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO 2017) e dall'UNICEF nell'ambito dell'Iniziativa "Ospedale Amico dei Bambini e delle Bambine" (<https://www.unicef.it/italia-amica-dei-bambini/insieme-per-allattamento/ospedale-amico-bambini/>), che è finalizzata a promuovere l'allattamento. Il *rooming-in* è inoltre raccomandato dal documento di indirizzo "Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi 1000 giorni" (Ministero della Salute 2019) e dalle Società scientifiche pediatriche e ostetrico-ginecologiche italiane (Davanzo, Maffei, Silano et al. 2015; SIN, SIP, SIGO et al. 2021; SIN, SIP, SIGO et al. 2023).

Benefici e limiti del *rooming-in*

- La condivisione della stanza promuove non solo l'avvio dell'allattamento (Mc Loughlin 2019), ma più in generale la relazione mamma-neonato e l'attaccamento (*bonding*), avendo quindi un valore a prescindere dal tipo di alimentazione scelto dalla madre. Inoltre, il *rooming-in* facilita la vantaggiosa colonizzazione con germi materni (García-Ricobaraza 2021; Duale 2022), riduce il rischio di infezioni ospedaliere e promuove cure maggiormente individualizzate in risposta ai bisogni del neonato. Per la mamma il *rooming-in* rappresenta l'opportunità di un'esperienza immediata e diretta di accudimento. Il personale sanitario supporta la madre nell'accudimento del neonato, favorendo gradualmente l'autonomia materna, in modo da promuovere la consapevolezza delle proprie competenze genitoriali (*empowerment*). La condivisione della stanza da parte della diade consente inoltre una più facile e precoce identificazione di eventuali

impedimenti o difficoltà nella gestione in autonomia del bambino, in modo da favorire una dimissione appropriata e protetta.

- Il *rooming-in* può rappresentare per alcune donne un'esperienza impegnativa ed intensa, specialmente quando le condizioni generali fisiche e/o psicologiche non siano ottimali (Theo 2017). In questi casi l'équipe sanitaria, in maniera individualizzata e d'intesa con la madre, valuta l'applicabilità e la continuità del *rooming-in*. La presenza del partner (o di altra persona di fiducia) può contribuire in maniera determinante ad aiutare e sostenere la madre, dandole modo di accudire con maggior facilità il proprio bambino e consentendo quindi un'efficace implementazione e/o mantenimento della pratica del *rooming-in*.

Valutazione del benessere della madre

- Si calcola che 1 donna su 5 presenti una qualche forma di disagio psicologico durante la gravidanza o nel primo anno dopo il parto (WHO 2022).
- Va precisato che per la maggior parte di queste donne, che soffre di sintomi minori, è sufficiente un sostegno non specialistico, che può essere fornito da familiari/amici o da personale sanitario non specializzato che ha proprie competenze di base, le quali, se subottimali, vanno opportunamente consolidate (WHO 2022).
- Dal momento che la fragilità della donna spesso non viene dichiarata o non viene riconosciuta, il personale che assiste la donna durante la gravidanza, il parto ed il post partum (in prima battuta, ma in maniera non esclusiva la/il ginecologa/o e/o l'ostetrica/o) ha la possibilità di fare uno screening mediante semplici strumenti o, nei casi più rilevanti, chiedere una specifica consulenza psicologica.
- In merito allo screening della patologia depressiva, che rappresenta la patologia mentale più rilevante in termini epidemiologici e di impatto socio-economico, le linee guida del National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2014) raccomandano per contesti non dotati di specifica competenza nell'ambito della salute mentale, le due domande di Whooley (Guidomei 2019):
 1. *"Durante l'ultimo mese si è sentita spesso giù di morale, depressa o senza speranze?"*
 2. *"Durante l'ultimo mese ha provato spesso poco interesse o piacere nel fare le cose?"*In casi di sospetto di uno stato depressivo va richiesta la consulenza dello specialista della salute mentale (psicologo ospedaliero e/o territoriale, eventualmente psichiatra).
- Nonostante la negatività di un'accurata anamnesi psico-sociale e dello screening effettuato in gravidanza, la/il ginecologo/a e/o l'ostetrica/o avranno la possibilità di verificare al momento del parto e nel puerperio il benessere emotivo della donna, avvalendosi al bisogno degli specialisti, che si occupano di salute mentale in epoca perinatale e in particolare della/o psicologa/o aziendale e/o dello psicologo dell'area materno-infantile.

- Il *rooming-in* e l'allattamento esclusivo a richiesta rappresentano pratiche da promuovere, ma va riconosciuto che talora possono slatentizzare un disagio emotivo e/o disturbi psichici che dovrebbero essere prontamente identificati, fornendo sostegno da parte del personale sanitario, per quanto di sua competenza, ed il necessario tempestivo trattamento (Ministero della Salute 2023).

Informativa sul *rooming-in*

Come descritto nel paragrafo “Valore ed efficacia delle informazioni in epoca prenatale”, il personale sanitario, che assiste la gravidanza durante gli IAN e/o le visite ambulatoriali, deve fornire un'appropriate informazione rinforzata anche da materiale cartaceo e/o mediante video e App sulle pratiche postnatali, che riguardano la diade madre-neonato durante il breve periodo di ospedalizzazione che segue al parto.

Si raccomanda che:

- l'informazione risulti tempestiva e quindi sia fornita nel periodo compreso fra la 26a e la 34a settimana di gravidanza, con integrazione al momento dell'accoglimento al Punto Nascita;
- l'informazione sia finalizzata all'*empowerment* materno e coinvolga anche la figura paterna o la persona di fiducia che accompagnerà la donna durante il periodo di degenza successivo al parto;
- l'informazione riguardi i temi dello SSC, il *rooming-in*, la fisiologia dell'allattamento esclusivo a domanda, il ruolo del padre e della persona di fiducia, la prevenzione del collasso postnatale (SUPC) e della SIDS, la fisiologia ed il comportamento del neonato nei primi giorni di vita, i segni di benessere neonatale, la sicurezza del neonato (posizione in culla durante il sonno, condivisione del letto, prevenzione delle cadute), il benessere emotivo in epoca perinatale, e la dimissione appropriata dall'ospedale della coppia madre-bambino;
- l'informazione sia documentata.

Eligibilità della diade al *rooming-in*

Non tutte le coppie possono praticare il *rooming-in*. Di seguito vengono indicati i criteri di esclusione per cause materne, neonatali e organizzative su indicazione dei professionisti sanitari.

I. Esclusione per cause materne:

- a) madri in condizioni di disagio psico-sociale tale da non essere in grado di accudire adeguatamente il neonato, nonostante il supporto fornito dal personale sanitario (ospedaliero e/o territoriale) o dal partner/persona di fiducia;

- b) madri in condizioni generali di salute tali da non essere in grado di accudire adeguatamente il neonato, nonostante il supporto fornito dal personale sanitario (ospedaliero) o dal partner/persona di fiducia;
- c) madri trasferite dall'Ostetricia e Ginecologia ad altra U.O. (Rianimazione, Chirurgia, ecc...);
- d) madri che, pur adeguatamente informate (in gravidanza e/o al parto) sui benefici del *rooming-in*, scelgono comunque di non usufruire di tale pratica.

II. Esclusione per cause neonatali:

- a) neonati non riconosciuti dalla madre;
- b) neonati di età gestazionale <35 settimane EG;
- c) neonati bisognosi di cure presso un'UTIN.

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

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

III. Esclusione per cause organizzative:

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

Gestione del *rooming-in*

- Un' "organizzazione alberghiera" di migliore confort (spazi più ampi, servizi igienici in camera) rende certamente più confortevole il *rooming-in*, ma la sua mancata implementazione, proprio in considerazione dei benefici che reca, non è mai giustificata da motivazioni esclusivamente logistiche. Per l'implementazione appropriata del *rooming-in* si richiedono piuttosto il supporto e

la supervisione competenti da parte del personale sanitario afferente all'area di degenza delle puerpere.

- Laddove l'organizzazione dell'area del puerperio preveda la compresenza dell'ostetrica/o e di personale infermieristico/infermieristico pediatrico che si occupa dell'assistenza ai neonati, si raccomanda un'efficace ed efficiente integrazione professionale dipartimentale, che superi, nell'ambito dell'assistenza alla diade, la rigida suddivisione dei compiti a favore di una presa in carico per processi assistenziali, che valorizzino il principio dell'assistenza centrata sulla famiglia. Questa integrazione riguarda fra l'altro la valutazione ripetuta dello stato di benessere della puerpera, del neonato e dell'efficacia delle poppate al seno preferibilmente attraverso l'uso di schede di valutazione condivise fra le distinte figure professionali dello staff, come viene suggerito per la scheda allattamento LATCH (Jensen 1994; Tornese 2012). Affinché questa integrazione risulti efficace sono necessari momenti di formazione interdisciplinare ed acquisizione di competenze professionali condivise. Va riconosciuto che gli organici attualmente in sofferenza rappresentano un fattore di ostacolo.
- Il *rooming-in* inizia dal momento in cui la madre è in grado di rispondere, dopo il parto, alle richieste del bambino e prosegue durante tutto il periodo di ospedalizzazione. Viene proposto di routine dal momento dell'accettazione ostetrica nell'area puerperio e per l'arco di tempo più lungo possibile, auspicabilmente 24/24 h, sia di giorno che di notte, ad eccezione dei momenti necessari per effettuare quelle procedure assistenziali su madre-neonato (di fatto solitamente limitate di numero) che giustifichino una separazione.
- Bisogna sottolineare come la separazione madre-neonato conseguente all'eventuale decisione di non avviare il *rooming-in* porti a perdita di benefici per entrambi, per cui deve essere sempre il risultato di una scelta ben ponderata (Ministero della Salute-TAS 2021). Vanno tenute in considerazione le motivazioni della madre (Consales 2020), le sue condizioni di salute e l'eventuale contestuale indisponibilità a ricevere nella stanza di degenza un adeguato supporto da parte del personale sanitario e/o del partner e/o di persona di fiducia (EFCNI 2018). Questo supporto, se disponibile, può rappresentare la risposta più adatta per consentire il *rooming-in*. Tale supporto, evitando la delega della cura del neonato a personale sanitario, facilita l'*empowerment* della madre.
- Poiché i genitori sono parte attiva nel garantire la sicurezza del neonato, devono essere informati sull'importanza del *rooming-in*, sulle modalità con le quali è praticato e sul tipo di supporto che il personale sanitario e/o il partner e/o la persona di fiducia possono fornire nel Punto Nascita prescelto.
- Anche quando la donna sia stata pienamente informata sul *rooming-in* e sui suoi benefici, e sia motivata, il personale sanitario ospedaliero dovrà comunque avere un approccio individualizzato, per identificare sulla base di dati oggettivi i pochi casi in cui è preferibile che il neonato sia temporaneamente gestito in maniera separata dalla madre.

- Il personale sanitario dei Punti Nascita (di ambito ostetrico, ginecologico, infermieristico e pediatrico/neonatologico) deve possedere adeguate competenze relazionali e comunicative e valutare ripetutamente in maniera empatica lo stato di benessere della neo-mamma (SIN, SIP, SIGO et al. 2021). L'offerta attiva del *rooming-in* va coerentemente affiancata da un'appropriate informazione, da un sistema di supervisione e di sostegno per consentire alla mamma/famiglia di riuscire ad attuarla.
- Il Nido è inteso come un'area definita e identificabile dove vengono gestiti i neonati sani che per qualche motivo sono separati dalla madre. L'assenza di un Nido va intesa come valorizzazione del modello di continuità assistenziale della diade madre-neonato. In questi casi, l'assistenza ai neonati viene infatti fornita nelle stanze di *rooming-in* dal personale ostetrico e/o dal personale infermieristico d'area pediatrica, a seconda del tipo di organizzazione vigente a livello locale.
- Quando per alcune donne e per alcune diadi il *rooming-in* non risulti possibile, il neonato, in assenza di un Nido, va accolto in Neonatologia o Pediatria.
- Nel caso in cui il neonato sia gestito separatamente dalla madre, dovrebbe essere comunque definita localmente una modalità per mantenere l'allattamento materno, portando il neonato alla madre quando mostra segni di fame e/o, in alternativa, dando la priorità alla somministrazione di latte materno spremuto.

4. Presenza del partner e della persona di fiducia nelle aree di ricovero delle madri

- Durante il travaglio ed il parto la donna deve poter essere accompagnata dal partner o da una persona di fiducia.
- L'accesso all'area di degenza ostetrica per stare col proprio figlio, consente l'attivazione dei processi di attaccamento, promuove la genitorialità responsiva secondo i principi della *nurturing care*, fornisce un sostegno non professionale alla madre, a maggior ragione nel caso di *rooming-in* (SIN, SIP, SIGO et al. 2021). Il partner non è un comune visitatore, bensì un vero e proprio prestatore di cure, e va inteso come una risorsa preziosa ed insostituibile, da accogliere e coinvolgere.
- In alternativa al partner va garantita la presenza di una persona di fiducia (quantomeno uno alla volta) per un tempo adeguato, da definirsi in base al setting locale. La presenza del padre o di una persona di fiducia va intesa come norma istituzionale, garantita h24, salvo condizioni logistiche particolarmente svantaggiate.
- Con l'eccezione del partner/persona di fiducia, le visite nel puerperio di tutte le altre persone sono regolamentate su base locale per fasce d'orario e numero di accessi.
- È auspicabile che, quando necessario, nelle Maternità vengano apportate le modifiche strutturali per facilitare la presenza del partner/persona di fiducia, anche con la finalità di migliorare la gestione in sicurezza del *rooming-in*. A tale proposito si ricorda che:
 - il DPR del 14 gennaio 1997 indica che le camere di degenza ospedaliere non dovrebbero avere più di 4 letti per stanza con metratura di 9 mq per posto letto e dovrebbero avere almeno 1 servizio igienico ogni 4 letti ed il 10 % delle stanze a letti singoli;
 - il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 definisce gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;
 - il manuale sugli Standard Organizzativi per l'Assistenza Perinatale (SIN, SIP, SIGO et al. 2021) raccomanda addirittura nell'area del puerperio la presenza ottimale di stanze a 2 letti con servizi igienici e fasciatoio.

5. *Rooming-in* ed infezioni respiratorie

Prevenzione della trasmissione delle malattie respiratorie in gravidanza, al parto, in allattamento

- La possibile fonte di infezione virale per il neonato gestito nel *rooming-in* è rappresentata dalla madre, dalle altre eventuali puerpere presenti nella stessa stanza, dal partner, dalla persona di fiducia della madre, dagli operatori sanitari e dai visitatori. Si tratta di un rischio che non è noto con precisione, ma che si stima basso e che si riduce ulteriormente al di fuori della stagione in cui tipicamente si manifestano le infezioni respiratorie e che varia anche in base alla situazione epidemiologica dei virus circolanti. Va precisato che una parte di queste infezioni resta comunque asintomatica e può essere eventualmente rilevata con analisi virologiche mirate.
- L'accesso di partner o della persona di fiducia non va penalizzato dalle norme localmente vigenti di prevenzione del contagio delle patologie respiratorie infettive, comuni o in fase epidemica.
- L'accesso deve essere vietato a persone con sintomi acuti respiratori (febbre, tosse, rinorrea, starnuti); l'uso di mascherine è raccomandato in corso di epidemie stagionali/pandemie; l'eventuale screening microbiologico di laboratorio per infezioni virali respiratorie (se disponibile) andrebbe fatto preliminarmente all'accesso nel Punto Nascita solo in corso di situazioni epidemiologiche di particolare gravità. Il lavaggio o l'igienizzazione delle mani sono raccomandati per ogni individuo prima di toccare un neonato.
- Madri, partner, familiari, persone di fiducia e visitatori devono essere istruiti sulla importanza delle regole igieniche, tra cui il lavaggio delle mani, la cosiddetta igiene respiratoria (starnutire o tossire lontano da altre persone su un fazzoletto monouso o nel gomito) e sull'importanza che persone sintomatiche si astengano dalle visite.
- Per proteggere il neonato anche attraverso la vaccinazione della gravida, va favorito il rispetto del calendario delle vaccinazioni come previsto dal piano nazionale di prevenzione vaccinale e dagli specifici piani regionali.
- La ventilazione ambientale, laddove possibile, è una misura fondamentale per la prevenzione delle infezioni virali respiratorie nelle strutture sanitarie e in altri ambienti chiusi.

Puerpera asintomatica/paucisintomatica con infezione respiratoria

- Considerata l'evoluzione pandemica da COVID-19 e la possibile presenza di altre infezioni respiratorie virali (per es.: Influenza, Virus Respiratorio Sinciziale), nel caso di una puerpera asintomatica/paucisintomatica si ritiene opportuno l'isolamento in stanza singola o in *cohorting* con puerpere di cui si sospetta il contagio con lo stesso microrganismo.
- Quando possibile, l'opzione da privilegiare è comunque quella della gestione congiunta di madre e neonato, ai fini di facilitare l'interazione e l'avvio dell'allattamento materno (Davanzo & Mosca 2020; Giusti et al. 2022).
- La gestione di madre e bambino deve consentire alla madre di allattare con la frequenza/durata desiderate.
- Le madri paucisintomatiche dovrebbero essere messe nelle condizioni di rimanere insieme ai loro figli ed allattarli, praticare il contatto pelle-a-pelle e il *rooming-in* 24/24 h.
- Qualora la madre si senta in grado di gestire autonomamente il neonato nel *rooming-in*, si osserveranno le normali precauzioni delle malattie respiratorie a trasmissione aerea:
 - lavaggio delle mani (*in assenza di acqua, uso di gel alcolici*);
 - buona igiene respiratoria (*coprire bocca e naso quando si starnutisce o tossisce, usare fazzoletti monouso, lavarsi le mani*);
 - considerare l'utilizzo della mascherina quando si allatta o si entra in contatto ravvicinato con il bambino.

6. Prevenzione del collasso postnatale

- Il collasso postnatale (o SUPC: *sudden unexpected postnatal collapse*) è un evento inatteso ed improvviso che colpisce un neonato giudicato sano nella prima settimana di vita. La sua incidenza è molto bassa (circa 10/100.000), ma esita in morte in circa il 25% dei casi (tasso di letalità 2-3/100.000). Anche se in Sala Parto, nelle prime 2 ore di vita, si concentrano molti di questi casi, va considerato che all'incirca la metà degli episodi di collasso postnatale si manifesta nelle ore e nei giorni successivi, quando il neonato si trova nel *rooming-in*.
- L'eziologia del collasso postnatale è sconosciuta, ma i principali fattori di rischio sono: primiparità, stanchezza materna e sedazione, condivisione del letto durante il sonno, posizione asfissiante del neonato, uso dello smartphone e dei *social network*, mancata supervisione del neonato da parte della madre/persona di fiducia/operatori sanitari.
- Gli interventi attualmente suggeriti per cercare di prevenire il collasso neonatale in corso di *rooming-in* sono ancora una volta rappresentati dall'educazione alla salute dei genitori e dal rinforzo della sorveglianza (Task Force SUPC-Società Italiana di Neonatologia 2023).

L'informazione alle famiglie

- L'informazione va offerta durante gli IAN, momento adatto alla condivisione e discussione di informazioni, e riproposta durante il ricovero per il parto. Brochure, poster e video educativi possono avere un ruolo di rinforzo per memorizzare le buone pratiche.
- I genitori, in quanto parte attiva nel garantire la sicurezza del neonato, devono essere informati sull'importanza della pratica dello SSC, del *rooming-in*, delle poppate durante la condivisione del letto, ma anche sui rischi che un neonato sano corre in casi di *rooming-in* (collasso neonatale e caduta dal letto) e sulla loro bassa incidenza, sul ruolo di supporto e sorveglianza fornito dal personale sanitario e sull'importanza di una partecipazione attiva da parte dei genitori/persona di fiducia.
- La madre o entrambi i neo-genitori devono essere anche correttamente informati su come praticare in sicurezza lo SSC nel *rooming-in*, quando non vi sia stata l'opportunità di farlo già in Sala Parto. I genitori devono sapere che la posizione di sicurezza di un neonato messo nel lettino è supina ("a pancia in su") e che la pratica dello SSC rappresenta un'eccezione a questa raccomandazione, richiedendo quindi una particolare attenzione nell'evitare le posizioni potenzialmente asfissianti (Moon 2022). Naso e bocca vanno mantenuti visibili e liberi, sia

quando il neonato è semplicemente tenuto in braccio, sia mentre dorme. Durante le poppate al seno va osservata la regolarità del respiro del bambino.

La sorveglianza da parte del personale sanitario

- Per agevolare la permanenza di madre e neonato nella stessa stanza per il periodo di tempo più lungo possibile nell'arco delle 24 ore, sono fondamentali il sostegno e la guida da parte del personale sanitario dell'area del puerperio (ostetriche/i, infermiere/i, infermiere/i pediatriche/i, medici).
- Il personale sanitario afferente al Nido/Neonatologia/Pediatria in assenza di specifiche differenti indicazioni cliniche deve effettuare e registrare un minimo di 2 controlli tra la 3^a e la 12^a ora di vita, periodo che coincide con la fase di maggior stanchezza genitoriale, ed almeno 1 controllo ogni 8 ore per il restante periodo di degenza fino alla dimissione (Task Force SUPC-Società Italiana di Neonatologia 2023).
- Questo programma di controlli periodici serve a verificare lo stato di benessere del neonato e della madre ed a prevenire i comportamenti a rischio come la condivisione del letto durante il sonno della madre, le posizioni asfissianti e quelle a rischio di caduta del neonato. I parametri fisiologici del neonato (essenzialmente il colorito cutaneo e le modalità di respiro) vanno rilevati a cadenza prestabilita e registrati su una scheda di sorveglianza (check list) fino al momento della dimissione ospedaliera. Nell'Allegato 2B viene riportata la check list *per il rooming-in*. La sua compilazione è a carico dell'ostetrica/o o del personale infermieristico del Nido/Neonatologia/Pediatria- La check list per il *rooming-in* (Allegato 2 B) alla fine della degenza ospedaliera viene messa nella cartella del neonato, con copia nella cartella della madre. Contestualmente alla sorveglianza del neonato, ginecologo/a e ostetrica/o valutano le condizioni di benessere materno necessarie per l'accudimento in sicurezza del neonato e il bisogno di riposo delle neo-mamme.
- Per una gestione sicura del *rooming-in* occorre dedicare maggior attenzione alle puerpere che hanno vissuto un travaglio molto impegnativo, un parto operativo o un taglio cesareo e a quelle che presentano difficoltà a gestire in autonomia il neonato.

7. Prevenzione delle cadute del neonato

- I genitori e la persona di fiducia presente nel *rooming-in* devono essere informati anche sulla prevenzione delle cadute accidentali dal letto, dalla poltrona/sedia, dal divano o dal fasciatoio, che sono facilitate dall'addormentamento della madre dopo la poppata o della persona di fiducia che, magari seduta su una poltrona/sedia, teneva in braccio il neonato. A rinforzo di questa informazione verbale risulta utile l'informazione scritta (*brochure* di cui va documentata la consegna alla famiglia, poster, video).
- Le cadute di neonato si verificano tipicamente nelle ore notturne, perlopiù a 24-48 ore dal parto. L'incidenza del fenomeno è pari a circa 1 caso su 2000 nati. La componente più significativa dell'evento caduta è il trauma cranico, che può complicarsi con fratture ed ematomi (anche endocranici) (Davanzo & Risso 2020; Figliuolo et al 2020). Nel complesso la prognosi delle cadute del neonato risulta buona con una mortalità inferiore allo 0.1%.
- Il neonato non deve essere lasciato senza sorveglianza durante i cambi sul fasciatoio o lasciato solo nel letto della madre.
- Gli spostamenti del neonato sano all'interno del Punto Nascita devono avvenire in sicurezza in culla.
- Madre/partner/persona di fiducia, quando sono a letto o mentre sono seduti su una poltrona/sedia, non devono addormentarsi con il neonato in braccio o a fianco. Va consigliato l'utilizzo delle sponde quando il neonato si trova nel letto materno.

8. Condivisione del letto

- La condivisione del letto con il proprio bambino è motivata dalla facilitazione dell'allattamento, dalla promozione del *bonding*, da una più comoda gestione dell'irrequietezza e del sonno. Anche se la condivisione del letto è una pratica biologicamente e psicologicamente appropriata, va evitata durante il sonno della madre, in quanto ritenuta fattore di rischio per il collasso postnatale. In tal senso la condivisione del letto (*bed sharing*) durante lo stato di veglia della madre va promossa per favorire *bonding* e allattamento. Al contrario, durante il sonno della madre va evitato il *co-sleeping* (dormire insieme), in quanto riduce la sicurezza del neonato.
- L'utilizzo delle culle che si agganciano al letto (*side-car bassinet o bedside sleeper*) o di normali lettini semplicemente fissati al letto dei genitori, è una possibile alternativa rispetto alle culle a parte per il bambino. Sono utili nel gestire le ripetute poppate al seno e nel ridurre il rischio di cadute del neonato dal letto, ma la loro efficacia nel ridurre il collasso postnatale deve ancora essere provata.
- La prevenzione in corso di *rooming-in* da un lato delle cadute del neonato e dall'altro del collasso neonatale da posizione incongrua richiede soprattutto una chiara, completa ma non allarmistica informazione ai genitori/persona di fiducia, che rimarchi come il neonato vada tenuto nella culla a fianco del letto della madre al di fuori dei momenti in cui succhia al seno o interagisce con genitori vigili.
- In maniera coerente con questa informazione, di fronte a una mamma che si addormenta con il neonato nel letto, il personale sanitario lo riporrà nella culla (tutelando il riposo della mamma) e richiamerà successivamente l'attenzione della donna sui rischi di questa pratica, mantenendo un atteggiamento professionale e non colpevolizzante.
- Il personale sanitario, quando ritenuto opportuno, suggerirà anche di limitare/evitare l'uso eccessivo del telefonino, che ha il potenziale di distrarre la madre dall'interazione con il bambino.

9. Policy aziendale sull'assistenza alla diade madre-neonato

In considerazione dell'essenziale importanza di promuovere e proteggere la relazione madre-neonato, il benessere della puerpera e la sicurezza del neonato nei Punti Nascita, questo Tavolo Tecnico avanza le seguenti raccomandazioni.

Raccomandazioni alle Direzioni Generali alle Direzioni Sanitarie ed alle Direzioni dei Punti Nascita

Si raccomanda di definire una politica aziendale che preveda le seguenti pratiche:

- contatto pelle a pelle nelle prime 2 h dal parto, applicato in sicurezza con check list di sorveglianza;
- *rooming-in* come standard assistenziale. La gestione congiunta nella stessa stanza della madre e del neonato sano durante la degenza successiva alla nascita vanno attuate fornendo sorveglianza periodica (mediante check list) delle condizioni di mamma e neonato con sostegno individualizzato ed empatico da parte di personale adeguatamente formato;
- posizionamento del neonato supino ("a pancia in su") nella culletta a lato del letto della madre, quando lei dorme;
- possibilità di una gestione separata del neonato sano (accolto al Nido, in Neonatologia o in Pediatria) in casi selezionati, in particolare per la tutela del benessere della madre;
- regolamentazione dell'accesso alle stanze di degenza della puerpera sulla base delle caratteristiche organizzative e logistiche dell'area di degenza delle puerpere, ma che consenta per quanto possibile un accesso che sia:
 - libero per una (*una sola alla volta*) persona di fiducia (*partner, familiare*) a scelta della donna;
 - limitato per tutti gli altri visitatori secondo orari e numero di accessi definiti localmente;
 - abbinato a misure di controllo della trasmissione delle infezioni respiratorie.

Raccomandazioni alle Direzioni di Dipartimento, di Struttura Operativa di Ginecologia ed Ostetricia, di Neonatologia e di Pediatria

Si raccomanda di definire adeguati protocolli relativi all'assistenza postnatale fornita alla coppia madre-bambino e relativi all'informazione dell'utenza sulle pratiche postnatali.

I. Protocolli assistenziali

Vanno redatti secondo le evidenze disponibili e condivisi con il personale socio-sanitario adeguatamente formato e aggiornato.

II. Protocolli di informazione dell'utenza

- L'informazione deve riguardare il ruolo del personale sanitario e del partner/persona di fiducia per il sostegno alla puerpera, includendo la promozione del benessere in gravidanza, la fisiologia del post-partum per la madre, la fisiologia ed il comportamento del neonato nei primi giorni di vita, i segni di benessere del neonato, lo SSC, l'avvio dell'allattamento, il *rooming-in*, la sicurezza del neonato (posizione supina nel sonno, posizionamento del neonato nella culla durante il riposo della madre, prevenzione delle cadute del neonato, della SUPC e della SIDS), il benessere emotivo materno in epoca perinatale, la dimissione appropriata dall'ospedale della coppia madre-bambino.
- L'informazione va offerta durante gli IAN e durante l'ospedalizzazione per il parto mediante riunioni e/o colloqui informativi, consegna di brochure, affissione di poster e proiezione di video negli ambienti frequentati da gravide e puerpere all'interno delle strutture sanitarie territoriali e ospedaliere.

10. Sintesi delle indicazioni

- La donna in gravidanza ed il partner hanno bisogno di ricevere informazioni chiare e personalizzate per poter effettuare da genitori scelte consapevoli sulle pratiche postnatali, che riguardano loro stessi ed il neonato. Questa informazione (vedi elenco della Tavola 1) deve essere declinata in una prospettiva di *empowerment*, essenzialmente durante gli IAN, ma anche al momento dell'ospedalizzazione in occasione del parto e durante l'assistenza post-natale.
- Lo SSC al parto ed il *rooming-in* rappresentano uno standard di buone pratiche assistenziali ospedaliere, che va offerto attivamente ed in maniera appropriata, fornendo il necessario supporto pratico e psicologico. In particolare, il *rooming-in* deve prevedere, nell'ambito di un'organizzazione sufficientemente flessibile, opzioni alternative per le coppie madre-bambino non eligibili o per quelle coppie per le quali è opportuno interrompere, anche solo temporaneamente, il *rooming-in*.
- Il personale sanitario, appropriatamente aggiornato, supporta la madre nell'accudimento del neonato, favorendo gradualmente l'autonomia materna.
- Le strutture sanitarie del Percorso Nascita devono proporre lo SSC al parto ed il *rooming-in*, coniugando la promozione della relazione genitore-neonato e delle competenze genitoriali con il benessere della diade e con la sicurezza del neonato.
- Il personale sanitario verifica sistematicamente il benessere della coppia madre-bambino gestita in regime di *rooming-in*. Il disagio emotivo della donna, se significativo, va affrontato ricorrendo a consulenza psicologica.

Bibliografia

1. British Association of Perinatal Medicine (BAPM). Sudden and Unexpected Postnatal Collapse: A BAPM Framework for Reducing Risk, Investigation and Management. May 2022. <https://www.bapm.org/resources/sudden-and-unexpected-postnatal-collapse-supc>
2. Comitato Percorso Nascita Nazionale (CPNn) 2010. Accordo del 16 dicembre 2010, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento concernente «Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo». (Rep. atti n. 137/CU) (11A00319).(G.U. Serie Generale , n. 13 del 18 gennaio 2011)
3. Consales A, Crippa BL, Cerasani J, Morniroli D, Damonte M, Bettinelli ME, Consonni D, Colombo L, Zanotta L, Bezze E, Sannino P, Mosca F, Plevani L, Gianni ML. Overcoming Rooming-In Barriers: A Survey on Mothers' Perspectives. *Front Pediatr.* 2020 Feb 21;8:53
4. Davanzo R, Maffei C, Silano M, Bertino E, Agostoni C, Cazzato T, Tonetto P, Staiano A, Vitiello R, Natale, Gruppo di Lavoro ad hoc. Allattamento al seno e uso del latte materno/umano Position Statement 2015. SIP, SIN, SICuPP, SIGENP e SIMP. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2415_allegato.pdf
5. Davanzo R, Mosca F. Allattamento e infezione da SARS-CoV-2. *Medico e Bambino* 2020;39(4):241-242
6. Davanzo R, Riso F. L'assistenza al neonato fisiologico in ospedale: coniugare sicurezza e promozione della salute. *Medico e Bambino* 2020;39:35-44
7. Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997. Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. (GU Serie Generale n.42 del 20-02-1997 - Suppl. Ordinario n. 37)
8. Duale A, Singh P, Al Khodor S. Breast Milk: A Meal Worth Having. *Front Nutr.* 2022 Jan 26;8:800927. doi: 10.3389/fnut.2021.800927
9. EFCNI (2018). European Foundation for the Care of Newborn Infants. European Standards of Care for Newborn Health (ESCNH). <https://newborn-health-standards.org/standards/standards-italian/>
10. Figliuolo C, Faillace T, Forte F, Targiani V, Di Lucca C, Derosa A, Cicchetti N, Cinalli G, Mirone G, Davanzo R. Le cadute del neonato in ospedale: da un caso clinico all'operatività. *Medico e Bambino Pagine elettroniche* 2020;23(7):e186-e189
11. García-Ricobaraza M, García-Santos JA, Escudero-Marín M, Diéguez E, Cerdó T, Campoy C. Short- and Long-Term implications of Human Milk Microbiota on Maternal and Child Health. *Int J Mol Sci.* 2021 Nov 1;22(21):11866. doi: 10.3390/ijms222111866. PMID: 34769296; PMCID: PMC8584477.
12. Giusti A, Chapin EM, Spila Alegiani S, Marchetti F, Sani S, Preziosi J, Colaceci S, Zambri F. Prevalence of breastfeeding and birth practices during the first wave of the COVID-19 pandemic within the Italian Baby-Friendly Hospital network. What have we learned? *Ann Ist Super Sanita.* 2022 Apr-Jun;58(2):100-108
13. Guala A, Boscardini L, Visentin R, Angellotti P, Grugni L, Barbaglia M, Chapin E, Castelli E, Finale E. Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: A Cohort Study. *ScientificWorldJournal.* 2017;2017:1940756. doi: 10.1155/2017/1940756. Epub 2017 Sep 7
14. Guidomei S, Lega I, Cicconetti C, Falcieri M, Castelli E, Donati S, Borsari S. Realizzazione di un intervento per il riconoscimento del disagio psichico perinatale e sostegno alla maternità fragile nei servizi del percorso nascita della AUSL di Bologna. <https://www.epicentro.iss.it/ben/2019/novembre/disagio-psichico-perinatale-ausl-bologna>
15. Hubbard JM, Gattman KR. Parent-Infant Skin-to-Skin Contact Following Birth: History, Benefits, and Challenges. *Neonatal Netw.* 2017 Mar 1;36(2):89-97. doi: 10.1891/0730-0832.36.2.89. PMID: 28320495
16. Hung KJ, Berg O. Early skin-to-skin after cesarean to improve breastfeeding. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2011 Sep-Oct;36(5):318-24; quiz 325-6. doi: 10.1097/NMC.0b013e3182266314. .
17. Istituto Superiore di Sanità- ISS EpiCentro, Sorveglianza Bambini 0-2 anni, https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/indagine-2022-risultati?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=30marzo2023
https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/pdf/Sintesi_CONVEGNO-O_2_Versione%20STAMPA_23_Marzo_2023.pdf
18. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1994 Jan;23(1):27-32. doi: 10.1111/j.1552-6909.1994.tb01847.x. PMID: 8176525.
19. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1994 Jan;23(1):27-32. doi: 10.1111/j.1552-6909.1994.tb01847.x

20. Kahalon R, Preis H, Benyamini Y. Who benefits most from skin-to-skin mother-infant contact after birth? Survey findings on skin-to-skin and birth satisfaction by mode of birth. *Midwifery*. 2021 Jan;92:102862. doi: 10.1016/j.midw.2020.102862.
21. Keyes CL. The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *J Health Soc Behav*. 2002 Jun;43(2):207-22
22. Lauria L, Lega I, Pizzi E, Bortolus R, Battilomo S, Tamburini C, Donati S, ed. Indagine nazionale sui consultori familiari 2018-2019. Risultati generali. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/16 Pt. 1)
23. Mc Loughlin G. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Int J Nurs Pract*. 2019 Apr;25(2):e12731. doi: 10.1111/ijn.12731
24. Ministero della Salute (2014). Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria (DGPROG). Aprile 2014; https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2157_allegato.pdf
25. Ministero della Salute (2017). Comitato Percorso Nascita. Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alla gravidanza a basso rischio ostetrico (BRO). DGPROG/DGPREV. 23 ottobre 2017
26. Ministero della Salute (2021); Tavolo Tecnico Allattamento (TAS). La continuità del rapporto madre-bambino e il mantenimento dell'allattamento in caso di ricovero ospedaliero. Indicazioni a cura del Gruppo di Lavoro multi-professionale 2020-2021. Ministero della Salute, 3 maggio 2021
27. Ministero della Salute (2023). Allattamento e promozione della salute materno-infantile: focus sulla salute mentale. Position Statement di TAS, UNICEF, Società Italiana di Psichiatria, Società Italiana di Neurologia, Lega Italiana contro l'Epilessia (LICE), Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA), Ordine Psicologi del Lazio, Associazione Epilessia (AE), Associazione Italiana Sclerosi Multipla (AISM), Fondazione ONDA e Vivere Onlus. 11 febbraio 2023
28. Ministero della Salute. (2019). Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita. Documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker, per la protezione e promozione della salute dei bambini e delle generazioni future. Tavolo tecnico "Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita" Documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker, per la protezione e promozione della salute dei bambini e delle generazioni future. DGPREV-MDS, 12 luglio 2019
29. Moon RY, Carlin RF, Hand I; Task Force on SIDS. and The Committee on Fetus and Newborn. Evidence Base for 2022 Updated Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment to Reduce the Risk of Sleep-Related Infant Deaths. *Pediatrics*. 2022 Jul 1;150(1):e2022057991. doi: 10.1542/peds.2022-057991
30. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Nov 25;11(11):CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub4.
31. NICE-National Institute of Clinical Excellence. Antenatal Care, 19 August 2021. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201>
32. NICE. Intrapartum care. Quality standard [QS105]. Published: 10 December 2015. Last updated: 28 February 2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs105/chapter/quality-statement-7-skin-to-skin-contact>
33. Perricone G, Rotolo I, Beninati V, Billeci N, Ilarda V, Polizzi C. The Lègami/Legàmi Service-An Experience of Psychological Intervention in Maternal and Child Care during COVID-19. *Pediatr Rep*. 2021 Mar 22;13(1):142-161. doi: 10.3390/pediatric13010021. PMID: 33810190; PMCID: PMC8006011.
34. Ryff CD. Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychother Psychosom*. 2014;83(1):10-28. doi: 10.1159/000353263. Epub 2013 Nov 19
35. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Apr 28;4(4):CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5
36. SIN, SIP, SIGO, AGOI, FNOPO, AGUI, SIMP, SININF, FNOPI, Vivere Onlus (2021), Standard Organizzativi per l'Assistenza Perinatale. IdeaCPA Editore, Roma 2021
37. SIN, SIP, SIGO, SINUPE, AGOI, FNOPO, FNOPI, SININF, SIPINF e VIVERE ONLUS (2023). Politica aziendale sull'allattamento (PAA). Un progetto inter-societario di promozione della salute materno-infantile. 2 febbraio 2023
38. Sistema Nazionale per le Linee Guida (SNLG). Istituto Superiore di Sanità. Gravidanza Fisiologica. Aggiornamenti 2011. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1436_allegato.pdf
39. Tamburlini G. Interventi precoci per lo sviluppo del bambino: rationale, evidenze, buone pratiche. *Medico e Bambino* 2014;33(4):232-239
40. Task Force SUPC-SIN (2023). Indicazioni sulla prevenzione e gestione del collasso postnatale (SUPC). SIN 2023
41. Theo LO, Drake E. Rooming-In: Creating a Better Experience. *J Perinat Educ*. 2017;26(2):79-84. doi: 10.1891/1058-1243.26.2.79
42. Wagner T, Stark M, Milenkov AR. What About Mom? Health Literacy and Maternal Mortality. *J Consum Health Internet*. 2020;24(1):50-61. doi: 10.1080/15398285.2019.1710980

43. WHO (2017). Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. World Health Organization 2017; <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550086>"
44. WHO/UNICEF/World Bank Group (2018). Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: World Health Organization; 2018. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
45. WHO (2018). Recommendations on Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization, 2018; <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
46. WHO (2022). Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. Geneva: World Health Organization 2022; <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>

Allegato 1

Materiale informativo per genitori/famiglie sulla sicurezza del neonato

- Questo opuscolo ha lo scopo di informare le famiglie su alcuni aspetti concernenti la sicurezza del neonato durante l'ospedalizzazione che fa seguito alla nascita, in particolare su alcune pratiche che facilitano la relazione madre-bambino come l'attacco precoce e l'allattamento al seno, il contatto pelle a pelle fra madre e bambino, la condivisione della stessa stanza fra mamma e bambino (il cosiddetto *rooming-in*) e la condivisione durante la veglia nel letto di madre e bambino.
- Nei primi giorni dopo il parto il *rooming-in*, pur richiedendo alla neo-mamma un costante impegno, le consente di conoscere meglio il proprio bambino, capire come rispondere ai suoi bisogni e avviare l'allattamento a domanda.
- La neo-mamma potrebbe aver bisogno, in aggiunta all'assistenza fornita dal personale sanitario, di un aiuto fornito dal partner o una persona di fiducia, che, compatibilmente con l'organizzazione del Punto Nascita e le esigenze assistenziali contingenti, sono ammesse (uno alla volta) 24/24 h.

Domande da porsi per una maggior sicurezza del neonato

1) Il neonato riesce a respirare liberamente?

- Posiziona il neonato in modo che possa respirare sempre in maniera agevole ed adeguata. Questo va verificato, in particolare durante il contatto pelle a pelle, le poppate al seno e il sonno.
- Durante il contatto pelle a pelle verifica che il viso del neonato sia visibile, naso e bocca siano liberi e la testa girata di lato.
- Alcuni neonati, apparentemente sani, nei primi giorni di vita, a partire dalla Sala Parto, possono presentare delle difficoltà cardiorespiratorie in maniera imprevedibile ed improvvisa, senza chiare cause. In aggiunta alle verifiche ed alla sorveglianza messe in atto dal personale sanitario di servizio, è utile che anche voi genitori siate partecipi agli interventi per aumentare la sicurezza del neonato.
- Osserva il colore della pelle e delle labbra del bambino e i movimenti regolari del respiro. Il colorito è di norma roseo. La valutazione va fatta in un ambiente sufficientemente illuminato. Se il bambino ha labbra bluastre e non respira o respira male, stimolalo col tatto e richiedi subito l'intervento del personale sanitario.

2) Sei consapevole che non devi tenere il bambino nel tuo letto se rischi di addormentarti?

- La condivisione del letto è un comportamento pratico, specialmente per allattare ed interagire col bambino, ma va evitato quando la madre dorme. Infatti, il bambino potrebbe mettersi in una posizione in cui non riesce a respirare liberamente oppure potrebbe cadere dal letto.
- Una ridotta vigilanza da parte della madre può essere dovuta ad eccessiva stanchezza dopo il parto o a sedazione farmacologica. Quando immagini di poterti addormentare assieme al neonato, è bene che tu lo riponga (quantomeno per tutti i primi 6 mesi di vita) nella sua culla, a pancia in su.

3) Senti di aver bisogno di aiuto?

- Mentre pratici il *rooming-in* non esitare a far riferimento al personale sanitario per ottenere l'aiuto di cui hai bisogno.
- In alcuni momenti, specialmente in assenza del partner o di una persona di fiducia, che ti supporti, potrebbe essere preferibile interrompere il *rooming-in* ed affidare il bambino agli operatori sanitari. Ci sono dei pro e dei contro, ma nessuno meglio di te può valutare l'opportunità di questa scelta.

4) Devi usare lo smartphone?

- La distrazione dei genitori nei confronti della sorveglianza del neonato è facilitata dall'uso improprio/eccessivo di smartphone e dall'accesso ai social media. Evita di usare lo smartphone quando allatti o durante il contatto pelle a pelle.
- La condivisione della propria felicità attraverso telefonate, messaggi e foto può diventare pericolosa se contemporaneamente non si controlla la posizione assunta dal neonato e la sua respirazione.

5) Come proteggere il neonato che sta nella tua stanza dalle infezioni respiratorie durante le visite di parenti ed amici?

- Ricorda che familiari, amici, caregiver e persone di fiducia con sintomi di infezione respiratoria (febbre, tosse, rinorrea, starnuto) devono astenersi dalle visite.
- Si raccomanda comunque di starnutire o tossire lontano da altre persone su un fazzoletto monouso o nel gomito.

- L'uso di mascherine è raccomandato in corso di epidemie stagionali/pandemie.
- Si raccomanda di lavarsi o igienizzare le mani prima di toccare il neonato.

Per approfondire

Si segnala una selezione di risorse dal web:

1. Norsk Helsenett (Rete Sanitaria della Norvegia); <https://www.helsenorge.no/en/spedbarn/infant-food-and-breastfeeding/> **Infant food and breastfeeding**. Con video. (video sul rooming-in in corso di traduzione a cura del Ministero della Salute §)
2. Tavolo Tecnico Allattamento (TAS) del Ministero della Salute; 2019. § **Allattare al seno. Un investimento per la vita**. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_303_allegato.pdf
3. WHO 2018. **Nurturing care for early childhood development**. <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/child-health/nurturing-care>. Il documento fornisce raccomandazioni su come investire nello sviluppo del bambino nelle prime epoche della vita, a partire dalla gravidanza fino al terzo anno di vita. E' cambiato infatti il modo di concepire lo sviluppo precoce del bambino (*Early Child Development – ECD*), facendo comprendere i danni provocati dalla mancanza di opportunità di sviluppare appieno il potenziale nei primi anni, i vantaggi degli interventi precoci, e quindi la necessità di investire maggiormente durante questo periodo cruciale della vita in salute, nutrizione, educazione precoce, protezione sociale.
La Versione italiana è stata curata dal Centro per la Salute del Bambino Onlus (Trieste): **La Nurturing Care per lo sviluppo infantile precoce. Un quadro di riferimento per salvaguardare la salute di bambini e bambine, per promuovere la loro crescita e sviluppo, e trasformare il futuro accrescendo il loro potenziale umano** <https://csbonlus.org/wp-content/uploads/2020/05/Nurturing-care-ita-x-sito.pdf>
4. Opuscolo UNICEF: Benvenuti al mondo. Consigli e coccole per genitori e figli. <https://www.datocms-assets.com/30196/1613402004-guidagenitori.pdf> §
5. Progetto Parent (Progetto europeo sul **coinvolgimento dei padri nella cura dei propri figli e figlie**)
 - a. <https://www.epicentro.iss.it/materno/progetto-parent>
 - b. **Il padre nei primi mille giorni. Guida metodologica per formatrici e formatori dei corsi destinati alle professioni sanitarie**. <https://www.epicentro.iss.it/materno/pdf/Guida%20Metodologica.pdf>
 - c. **Video Essere padre. Prendersi cura**. <https://www.youtube.com/watch?v=-nqAKT9kTig> §
6. Sulla Sorveglianza bambini 0-2 anni coordinata dall'ISS:
 - a. <https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/indagine-2022-risultati?>
 - b. https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/pdf/Sintesi_CONVEGNO-O_2_Versione%20STAMPA_23_Marzo_2023.pdf
7. App del Ministero della Salute per le mamme ((2019; revisione 2023 in corso): **Mamma in Salute. La guida per la tua gravidanza**. §
8. **Azioni e strategie nei primi mille giorni di vita**
["https://www.salute.gov.it/portale/saluteBambinoAdolescente/dettaglioContenutiSaluteBambinoAdolescente.jsp?lingua=italiano&id=5692&area=saluteBambino&menu=azioni"](https://www.salute.gov.it/portale/saluteBambinoAdolescente/dettaglioContenutiSaluteBambinoAdolescente.jsp?lingua=italiano&id=5692&area=saluteBambino&menu=azioni)
9. **Salute della donna/Percorso nascita**
<https://www.salute.gov.it/portale/donna/menuContenutoDonna.jsp?lingua=italiano&area=Salute%20donna&menu=nascita>
10. **Salute del bambino e dell'adolescente/Nascere e crescere in salute/SIDS**
<https://www.salute.gov.it/portale/saluteBambinoAdolescente/dettaglioContenutiSaluteBambinoAdolescente.jsp?lingua=italiano&id=1923&area=saluteBambino&menu=nascita#:~:text=il%20bambino%20dovrebbe%20dormire%20nella,eccesso%20di%20vestiti%20e%20coperte.>