

MAIEUTIKΟΣ

ANNO 4
NUMERO 1|2024

I TEMI IN QUESTO NUMERO



**Raccomandazioni AIO 2024
Salute Pelvica Femminile**

**Incrementare il successo in
allattamento: la Politica
Aziendale sull'Allattamento
(PAA)**

**Position Paper AIO 2024
Riabilitazione pelvica nella
Comunità che ha effettuato la
transizione femminile**

**Travaglio di parto spontaneo nelle
ore notturne: correlazione con ritmo
circadiano e fasi lunari**

COMITATO SCIENTIFICO
AIO – ASSOCIAZIONE ITALIANA DI OSTETRICIA

Numero 1/2024

Nuova edizione Anno 4

Periodico di informazione scientifica dell'Associazione Italiana di Ostetricia

Direttore Responsabile

Antonella Marchi

Direttore Onorario

Antonio Chiantera

Responsabili Scientifici

Elsa Del Bo, Antonio Ragusa

Comitato Scientifico

Dott.ssa Antonella Marchi

Dott.ssa Elsa Del Bo

Dott.ssa Cristina Gressani

Dott. Carmine Gigli

Editore ASSOCIAZIONE ITALIANA DI OSTETRICIA

Progetto grafico e impaginazione

Elsa Del Bo

Antonella Marchi

Gaia Pallestrini

AIO

Associazione Italiana di Ostetricia

Via Giuseppe Abamonti, 1

20129 Milano

C.F.: 07248120961

Sede legale: Milano – Via Giuseppe Abamonti 1

Codice ISSN: 2384-941X

Chiuso in redazione: Novembre 2024

Registrazione del Tribunale di Milano n. 126/2020 del 5/10/2020

Provider: NUOVE TECNOLOGIE DI TELECOMUNICAZIONE S.R.L.

con sede in Vignola (MO) - Via Beslan n. 30

indice

EDITORIALE	4
RACCOMANDAZIONI AIO 2024 SULLA SALUTE PELVICA FEMMINILE	5
<i>Antonella Marchi, Filomena Ferracane, Elisabetta Portinaro, Giovanna Gariglio, Elisabetta Nassa, Sofia Adiletta</i>	
Le cure ostetriche al pavimento pelvico nella comunità LGBTQIA+	16
<i>Giovanna Gariglio</i>	
Travaglio di parto spontaneo nelle ore notturne: correlazione con ritmo circadiano e fasi lunari	25
<i>Christina Spina, Gaia Heidi Pallesstrini, Rossella Elena Nappi</i>	
Incrementare il successo dell'allattamento: la nuova policy aziendale sull'allattamento (PAA)	35
<i>Letizia Mazzocchi, Gaia Heidi Pallesstrini, Elsa Del Bo</i>	
Le competenze avanzate ostetriche nell'educazione LGBT nelle scuole italiane	41
<i>Elisabetta Nassa</i>	
POSITION PAPER AD INTERIM. La competenza dell'Ostetrica in tema di Pavimento pelvico e utilizzo di ausili ed elettromedicali	49
<i>Associazione Italiana di Ostetricia</i>	

editoriale

Antonella Marchi

Presidente AIO

Le Ostetriche hanno la conoscenza ed il potere di trasformare la salute delle persone trans promuovendo e proteggendo la salute e i diritti sessuali e riproduttivi (SRHR, OMS), attraverso cure giuste ed eque, complete e centrate sulla persona.

Le persone trans meritano accesso a cure mediche complete, inclusive e autodeterminate: ogni cura medica, cure perinatali e all'aborto sicuro per eliminare le morti materne.

Le Ostetriche hanno anche la conoscenza ed il potere per rendere questa realtà globale poiché sostengono il diritto di tutte le persone a ricevere cure umanizzate ed inclusive, indipendentemente dal loro orientamento sessuale, identità di genere o espressione di genere.

Le Ostetriche sostengono il diritto di tutte le persone di ricevere assistenza sanitaria senza discriminazione [#Trans Day Of Visibility](#), omofobia, transfobia, pregiudizi.

Le Ostetriche riconoscono che il *genere* esiste in uno spettro, ovvero, non tutte le persone con capacità di gravidanza si identificano come donne.

Il mondo si evolve... la professione si evolve... dobbiamo avere un approccio altamente individualizzato e culturalmente premuroso alla cura, poiché siamo idonee a supportare la Comunità trans, genderqueer e intersessuali.

Con la nostra Position Paper aggiornata, riaffermiamo il nostro impegno per l'inclusività e i diritti umani, come richiamato nella Dichiarazione Universale dei diritti umani delle Nazioni Unite.

Questo perché le Ostetriche sfidano i sistemi e le pratiche sanitarie che discriminano le donne e altre identità di genere emarginate, forniscono assistenza basata su principi etici di giustizia e rispetto della dignità umana, riconoscono il diritto all'autodeterminazione e praticano cure informate e basate sul consenso.

Quindi possiamo affermare che la cura dell'Ostetrica è una cura **#emancipatoria**, ovvero uno strumento partecipativo per la promozione e l'empowerment dei gruppi emarginati o delle persone a rischio di emarginazione per la loro vulnerabilità.

Questo tipo di cure consentono ai gruppi marginalizzati di acquisire conoscenze specifiche sulla loro partecipazione attiva, permettendo così lo sviluppo della consapevolezza delle proprie condizioni sociali ed economiche.

Con gli interventi emancipatori l'Ostetrica permette alle persone di diventare consapevoli dei loro diritti e insegna come migliorare le loro condizioni di vita.

RACCOMANDAZIONI AIO 2024

SALUTE PELVICA FEMMINILE

Antonella Marchi*, **Filomena Ferracane****, **Elisabetta Portinaro*****, **Giovanna Gariglio[°]**, **Elisabetta Nassa^{°°}**, **Sofia Adiletta^{°°°}**

* Ostetrica Legale Forense Siena. Presidente in carica AIO

** Ostetrica Libera Professionista Potenza

*** Ostetrica Libera Professionista Novara

° Ostetrica Osteopata Torino

°° Ostetrica Libera Professionista Roma

°°° Ostetrica Libera Professionista Roma

Parole chiave: Competenze ostetrica – Riabilitazione pavimento pelvico – AIO – GOIPP

INTRODUZIONE

Le Raccomandazioni AIO nascono da una valutazione della letteratura scientifica e dal confronto avvenuto all'interno del Gruppo di Studio AIO - GOIPP (Gruppo Ostetriche Italiane Pavimento Pelvico).

Sono uno strumento importante per tutte le Ostetriche Italiane che lavorano sul pavimento pelvico e chiariscono anche quelle che sono le competenze cliniche specifiche del Profilo Professionale dell'Ostetrica/o.

Per rendere questo documento maggiormente fruibile a tutte le professioniste che si occupano di educazione, rieducazione e

riabilitazione pelvi-perineale, abbiamo creato dei percorsi seguendo due filoni di intervento, nello specifico:

- il primo riguarda la valutazione del rischio (R1-R2-R3)
- il secondo riguarda le fasi della vita della donna in cui possono verificarsi eventi particolarmente impattanti sulla sua salute pelvica (adolescenza, età adulta, climaterio-menopausa, gravidanza, parto, puerperio, attività sportiva).

RACCOMANDAZIONI 2024 SALUTE PELVICA FEMMINILE

PREVENZIONE DELLE DISFUNZIONI URO-GINECOLOGICHE E COLON-PROCTOLOGICHE

PREVENZIONE PRIMARIA
PREVENIRE ANOMALIE E/O PATOLOGIE
EDUCANDO E CORREGGENDO
COMPORAMENTI ERRATI

**EDUCAZIONE
PELVI-PERINEALE**

- cenni di anatomia del bacino e delle articolazioni, funzione dei principali muscoli
- importanza dell'azione dello stato d'animo sulla muscolatura pelvica e conoscenza degli istinti

**EDUCAZIONE AFFETTIVA,
SESSUALE E
CONTRACCIZIONE**

**INTERVENTI
SULLO STILE DI VITA**

- abitudini alimentari corrette
- controllo del peso corporeo
- evitare tabagismo
- corretta igiene intima (anche prima e dopo i rapporti sessuali)
- uso di biancheria intima in cotone
- educazione alla corretta minzione e defecazione (NO pipì stop - SI utilizzo dello sgabello)
- educazione alla corretta respirazione
- ridurre il carico eccessivo di pesi (attenzione all'aumento delle pressioni addominali)

RACCOMANDAZIONI 2024 SALUTE PELVICA FEMMINILE

PREVENZIONE DELLE DISFUNZIONI URO-GINECOLOGICHE E COLON-PROCTOLOGICHE

VALUTAZIONE CLINICA PELVI-PERINEALE

ANAMNESI COMPLETA ED ESAME FISICO

OSSERVAZIONE

- postura
- pattern respiratorio
- diaframma (tono e funzionalità)
- muscoli e funzionalità addominale (diastasi addominale, esiti cicatriziali, presenza di ernie, adiposità)

**VALUTAZIONE
MUSCOLARE ESTERNA**

- osservazione dei genitali
- valutazione riflessi (clitorideo e anale)
- valutazione muscolare (nucleo fibroso centrale, muscolo trasverso superficiale, muscolo ischiococcigeo, muscolo ischiocavernoso, muscolo bulbocavernoso)
- valutazione neurologica (swab-test, sking rolling test, segno di tinnel)
- valutazione all'iperpressione addominale (colpo di tosse e/o manovra di valsalva): stress test, ipermobilità uretrale, valutazione addominale, presenza di discensus, di guardian reflex, di dissinergia pelvi-perineale

**VALUTAZIONE
MUSCOLARE INTERNA**

- pubo-coccigeo
- ileo-coccigeo
- ischio-coccigeo
- otturatore interno
- piriforme
- elevatore dell'ano
- mobilità del coccigeo
- mobilità e posizionamento del collo dell'utero
- manovra di valsalva e posizionamento degli organi pelvici
- PC test (test del pubo-coccigeo): tono, affaticabilità ed endurance

RACCOMANDAZIONI 2024 SALUTE PELVICA FEMMINILE

RIEDUCAZIONE E RIABILITAZIONE DELLE DISFUNZIONI URO-GINECOLOGICHE E COLON-PROCTOLOGICHE

FATTORI DI RISCHIO PER IL DANNO PERINEALE (PERINEAL CARD)

R1

BASSO RISCHIO CON SCORE ≤ 10

- presa in carico
- rieducazione pelvi-perineale
- terapia comportamentale con esercizi di propriocezione e feedback tattile e visivo

R2

MEDIO RISCHIO CON SCORE 11-25

- presa in carico
- breve ciclo di rieducazione pelvi-perineale
- terapia comportamentale e propriocezione
- consulto con lo specialista
- riabilitazione

R3

ALTO RISCHIO CON SCORE > 25

- invio a uroginecologo/ colonproctologo
- rieducazione pelvi-perineale
- terapia comportamentale e propriocezione
- riabilitazione

RACCOMANDAZIONI 2024 SALUTE PELVICA FEMMINILE

RIEDUCAZIONE E RIABILITAZIONE DELLE DISFUNZIONI URO-GINECOLOGICHE E COLON-PROCTOLOGICHE

PERINEAL CARD

R1

SE PC TEST TONICO E FASICO < 2

ATTIVITÀ AMBULATORIALE

- rieducazione pelvi-perineale
- terapia comportamentale con esercizi di propriocezione
- esercizi di rinforzo della muscolatura perineale (training muscolare)

SE PC TEST TONICO E FASICO > 2

ATTIVITÀ DOMICILIARE

- rieducazione perineale
- terapia comportamentale con esercizi di propriocezione
- esercizi di rinforzo della muscolatura perineale (training muscolare)
- esercizi di ginnastica ipopressiva

FOLLOW UP A DUE MESI:

- per verificare la risoluzione del problema
- se persiste, invio in riabilitazione

RACCOMANDAZIONI 2024 SALUTE PELVICA FEMMINILE

RIEDUCAZIONE E RIABILITAZIONE DELLE DISFUNZIONI URO-GINECOLOGICHE E COLON-PROCTOLOGICHE



RACCOMANDAZIONI 2024 SALUTE PELVICA FEMMINILE

RIEDUCAZIONE E RIABILITAZIONE DELLE DISFUNZIONI URO-GINECOLOGICHE E COLON-PROCTOLOGICHE



RACCOMANDAZIONI 2024 SALUTE PELVICA FEMMINILE

RIEDUCAZIONE E RIABILITAZIONE DELLE DISFUNZIONI URO-GINECOLOGICHE E COLON-PROCTOLOGICHE

**PREVENZIONE TERZIARIA
DISTURBO CONCLAMATO:
ASSISTENZA OSTETRICA E RIABILITAZIONE
FINALIZZATA AL MIGLIORAMENTO
DELLA QUALITA' DI VITA**

**INTERVENTO RIABILITATIVO
PERINEAL CARD R3**

**INVIO ALLO SPECIALISTA
UROGINECOLOGO E/O COLONPROCTOLOGO
CHE VALUTA E PIANIFICA
EVENTUALE INTERVENTO CHIRURGICO E
TRATTAMENTO RIABILITATIVO**

**INVIO ALL'OSTETRICA
CON INDICAZIONE TERAPEUTICA
MANUALE ED ELETTROMEDICALE**

RACCOMANDAZIONI 2024 SALUTE PELVICA FEMMINILE

PREVENZIONE IN GRAVIDANZA PER LA PREPARAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO AL TRAVAGLIO E AL PARTO

**ASSISTENZA OSTETRICA CONSERVATIVA
DELLA FASE ESPULSIVA**
rispettando la fisiologia del parto come
prevenzione al danno pelvico e ai disturbi della
sessualità e continenza dopo il parto

**EDUCAZIONE
COMPORIMENTALE:**

corretti stili di vita, ciclo fisiologico di
minzione e defecazione, mobilizzazione
del bacino e della postura per ottimizzare
la respirazione fisiologica

- esercizi di propriocezione (feedback tattile e visivo)
- massaggio perineale
- esercizi di contrazione e rilassamento

**IN GRAVIDANZA
FAVORIRE IL
PROCESSO DI
APERTURA DEL BACINO**

corsi in gravidanza
dal 4° al 6° mese

educazione all'uso
delle posizioni per il
travaglio ed il parto
per evitare danni
muscolari e sfinteriali

educazione
alla vocalizzazione per il
rilassamento della
muscolatura perineale

corsi di accompagnamento
alla nascita
dal 7° al 9° mese

RACCOMANDAZIONI 2024 SALUTE PELVICA FEMMINILE

PREVENZIONE DELLE DISFUNZIONI DEL PAVIMENTO PELVICO IN TRAVAGLIO E NEL PARTO

TRAVAGLIO E PARTO

IN TRAVAGLIO

- sostenere la mobilità del bacino
- sostenere il cambio delle posizioni, scelte dalla donna
- incoraggiare l'uso delle posizioni sul fianco e carponi che preservano i fasci muscolari, favoriscono la nascita fisiologica, minimizzano il trauma perineale
- incoraggiare le donne ad abbandonare la posizione supina poichè riduce gli spazi pelvici, aumenta la manipolazione dei tessuti ed il trauma perineale (abbandonare uso di olii e gel)

RACCOMANDAZIONI 2024 SALUTE PELVICA FEMMINILE

PREVENZIONE DELLE DISFUNZIONI DEL PAVIMENTO PELVICO IN TRAVAGLIO E NEL PARTO

TRAVAGLIO E PARTO

IN PERIODO ESPULSIVO

- consentire alla donna, lo spazio e il tempo per capire come spingere
- creare un ambiente intimo e riservato per la protezione del perineo
- uso della semeiotica e clinica ostetrica con diagnosi esterne della discesa fetale (Manovra di Schwarzenbach e di De Lee)
- rispettare la seconda transizione del travaglio (separazione fisica ed emozionale dal bambino)
- rispettare la spinta fisiologica: fase dei premiti, periodo di accelerazione (trasformazione degli strati perineali), spinta incoercibile, periodo di decelerazione, riflesso di eiezione fetale
- rispettare il perineo e i suoi istinti; attesa e vigilanza
- applicazione di calore con compresse calde
- mantenere il silenzio e le luci soffuse (di stimolo al cervello arcaico per la produzione di ossitocina ed endorfine)
- curare il bisogno di sicurezza (la percezione di pericolo attiva la neocorteccia e la cascata di adrenalina, antagonista dell'ossitocina)

RACCOMANDAZIONI 2024 SALUTE PELVICA FEMMINILE

PREVENZIONE DELLE DISFUNZIONI DEL PAVIMENTO PELVICO IN TRAVAGLIO E NEL PARTO

TRAVAGLIO E PARTO

IN PERIODO ESPULSIVO

PROCEDURE ASSISTENZIALI DA ABBANDONARE NEL PARTO FISIOLÓGICO

- posizione litotomica
- manipolare i tessuti perineali: adottare HANDS OFF
- utilizzo di lubrificanti sui tessuti perineali (olio e gel)
- incitazione alla spinta con o senza uso di glottide chiusa
- analgesia epidurale
- applicazione di forcipe o ventosa
- episiotomia (riduce la forza contrattile del muscolo pubo-coccigeo)
- Manovra di Kristeller
- Manovra di disimpegno delle spalle
- eventuale sutura non effettuata ad Arte

RACCOMANDAZIONI 2024 SALUTE PELVICA FEMMINILE

RIEDUCAZIONE POST PARTUM E PUERPERIO

POST PARTUM E PUERPERIO

VALUTAZIONE DELL'OSTETRICA DEL PAVIMENTO PELVICO NEL POST PARTUM

- sorvegliare e valutare: suture, edemi, sanguinamento, emorroidi, dolore
- esercizi graduali da eseguire dopo le due ore dal parto sino alla 4°-5° giornata di puerperio
- educazione minzionale
- educazione defecatoria e prevenzione dalla stipsi
- corretta igiene intima
- sconsigliare l'utilizzo della pancera
- sconsigliare l'utilizzo della ciambella per sedersi
- alla dimissione: valutazione pelvi-perineale con perineal card e indicazioni cliniche in base alla classe di rischio

RACCOMANDAZIONI 2024 SALUTE PELVICA FEMMINILE

RIEDUCAZIONE POST PARTUM E PUERPERIO

POST PARTUM E PUERPERIO

VALUTAZIONE OSTETRICA DEL PAVIMENTO PELVICO NEL POST PARTUM

- stile di vita
- presa di coscienza con feedback tattili e visivi
- training volto all'automazione dell'attività perineale durante gli atti della vita quotidiana (starnuto, colpo di tosse, altro)
- educare alla corretta postura per portare il bambino
- pianificare un programma di rieducazione per la chiusura del bacino
- valutazione della perineal card in gravidanza e del dopo parto
- lavoro individuale a domicilio con successivi follow up
- lavoro individuale in ambulatorio con successivi follow up
- al termine della rieducazione, incontri di gruppo per esercizi di ginnastica ipopressiva

RACCOMANDAZIONI 2024 SALUTE PELVICA FEMMINILE

EDUCAZIONE ALLA SALUTE PELVICA IN ETA' SCOLARE

SALUTE PELVICA NELL'ETA' SCOLARE

PER I GENITORI E GLI EDUCATORI SCOLASTICI NO ALLA MINZIONE PREVENTIVA

DA 6 A 10 ANNI

- corretta igiene intima
- conoscenza dell'anatomia pelvica e fisiologia della minzione e della defecazione

DA 11 A 18 ANNI

- conoscenza e prevenzione degli eventi gravidanza e parto e promozione della salute pelvica
- eseguire gli esercizi sul pavimento pelvico (propriocezione) partendo dal feedback tattile e visivo, oltre a corretti stili di vita
- potenziare nei bambini, negli adolescenti e nei genitori, la consapevolezza della salute pelvica e incoraggiarli a praticare per tutta la vita gli esercizi muscolari per prevenire le disfunzioni del pavimento pelvico

LE SCUOLE DOVREBBERO AVERE UN'OSTETRICA DI RIFERIMENTO
per consentire ai bambini, agli adolescenti e ai genitori,
di ricevere una informazione qualificata circa la salute del pavimento pelvico

RACCOMANDAZIONI 2024 SALUTE PELVICA FEMMINILE

EDUCAZIONE PELVICA E PREVENZIONE DEI DANNI DEL PAVIMENTO PELVICO IN ETA' SPORTIVA

SPORT E SALUTE PELVICA

L'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA' (OMS)
ESORTA A PRATICARE SPORT POICHE' PRODUCE SALUTE

PER LE DONNE

con un pavimento pelvico sano e funzionale
l'attività sportiva non influenza la funzionalità
della muscolatura pelvi-perineale

RACCOMANDAZIONI 2024 SALUTE PELVICA FEMMINILE

EDUCAZIONE PELVICA E PREVENZIONE DEI DANNI DEL PAVIMENTO PELVICO IN ETA' SPORTIVA

SPORT E SALUTE PELVICA

SPORT A BASSO IMPATTO SUL PAVIMENTO PELVICO

yoga
camminata
nuoto
ellittica
pilates

SPORT AD ALTO IMPATTO SUL PAVIMENTO PELVICO

pallavolo
atletica
pesistica
crossfit
ginnastica artistica

LE PALESTRE ED ATTIVITA' SPORTIVE
DOVREBBERO AVERE UN'OSTETRICA DI RIFERIMENTO
per consentire alle donne di ogni età, di ricevere una informazione
qualificata circa la salute del pavimento pelvico
prima di praticare sport

RACCOMANDAZIONI 2024 SALUTE PELVICA FEMMINILE

EDUCAZIONE PELVICA E PREVENZIONE DEI DANNI DEL PAVIMENTO PELVICO IN ETA' SPORTIVA

Durante l'attività sportiva il pavimento pelvico deve essere attivato per contrastare la spinta verso il basso dei visceri pelvici.

Se ciò non accade si manifesteranno disfunzioni muscolari (ipotono o ipertono) e indebolimento degli organi di sostegno (legamenti e fascia endopelvica)

In caso di pavimento pelvico ipotonico sono fondamentali:

- il lavoro di propriocezione della muscolatura pelvi-perineale
- il rinforzo muscolare e l'attivazione del riflesso di chiusura sotto sforzo
- gli esercizi di ginnastica ipopressiva

In caso di pavimento pelvico ipertonico sono fondamentali:

- il rilassamento e stretching della muscolatura pelvi-perineale
- il lavoro di respirazione consapevole fisiologica
- gli esercizi di ginnastica ipopressiva

RACCOMANDAZIONI 2024 SALUTE PELVICA PER LA COMUNITA' CHE HA EFFETTUATO LA TRANSIZIONE FEMMINILE

RIEDUCAZIONE E RIABILITAZIONE DELLE DISFUNZIONI URO-GINECOLOGICHE E COLON-PROCTOLOGICHE

DATA LA SPECIALITA' E LA SPECIFICITA' DELLA SUA AZIONE RIVOLTA AL MONDO FEMMINILE, L'OSTETRICA DEVE

INTERAGIRE CON I SEGUENTI
SPECIALISTI

- psicologo
- sessuologo
- urologo
- colonproctologo
- ginecologo
- chirurgo plastico
- fisiatra
- osteopata
- fisioterapista
- endocrinologo

RACCOMANDAZIONI 2024 SALUTE PELVICA PER LA COMUNITA' CHE HA EFFETTUATO LA TRANSIZIONE FEMMINILE

RIEDUCAZIONE E RIABILITAZIONE DELLE DISFUNZIONI URO-GINECOLOGICHE E COLON-PROCTOLOGICHE

ESEGUIRE UN ESAME OBIETTIVO PERINEALE

osservazione dei genitali esterni

- sensibilità
- valutazione neurologica
- ispezione
- palpazione NFC
- valutazione statica pelvica
- valutazione perineo discendente
- esplorazione vaginale
- ricerca tender-trigger points, tono muscolare: ipertono/ipotono
- test perineale (asimmetrie, PC test)
- esplorazione retto-ale (valutazione dello sfintere esterno-interno, dolore rettale, coccigodinia)

UTILIZZARE LE SEGUENTI TECNICHE RIABILITATIVE SU PRESCRIZIONE MEDICA

- tecniche manuali (digitoppressione sui trigger points, massaggio circolare lento, stiramento dei muscoli e delle fasce vaginali, lavoro sul N.F.C.)
- chinesioterapia (esercizi del pavimento pelvico, identificazione e invio all'osteopata e/o alla fisioterapista per il trattamento di difetti posturali e lavoro fascio-connettivale, stretching vaginale ed auto-massaggio)
- elettrostimolazione e biofeedback
- educazione comportamentale pelvi-perineale
- erogazione di ossigeno e acido ialuronico

LE CURE OSTETRICHE AL PAVIMENTO PELVICO NELLA COMUNITÀ LGBTQIA+

Giovanna Gariglio*

* Ostetrica Osteopata Centro dell'unità pelvica ospedale Koelliker Torino

RIASSUNTO

La riabilitazione perineale è fondamentale per la salute sessuale e pelvica, specialmente durante e dopo la transizione di genere. L'ostetrica svolge un ruolo cruciale nella valutazione e nel recupero dell'area perineale, creando protocolli specifici per le persone transgender. La valutazione posturale è essenziale per identificare disfunzioni muscoloscheletriche che potrebbero influire sulla funzionalità del pavimento pelvico. Inoltre, la rieducazione perineale, con un approccio interdisciplinare, aiuta a trattare le patologie pelviche e a prevenire complicazioni post-operatorie. Questa terapia non solo migliora la funzione fisica, ma favorisce anche il benessere psicologico, supportando il paziente nel processo di adattamento corporeo e identitario. La rieducazione si rivela essenziale anche nel pre e post-operatorio, contribuendo alla prevenzione di disfunzioni e migliorando la qualità della vita del paziente.

Parole chiave: Comunità LGBTQIA – Riabilitazione pavimento pelvico – transgender – transizione di genere

INTRODUZIONE

La transessualità, nota anche come *disforia di genere*, è una condizione che rientra nell'ampio termine **transgender** e si riferisce a persone la cui identità di genere non corrisponde al sesso assegnato alla nascita.

La transizione di genere è un processo complesso e personale attraverso il quale un individuo modifica il proprio ruolo sociale e le caratteristiche fisiche, abbandonando quelle associate al sesso assegnato alla nascita.

Questo percorso ha l'obiettivo di consentire alla persona di vivere in modo autentico secondo il genere con cui si identifica. La transizione può includere diversi aspetti, come il cambiamento del nome, l'adozione di pronomi diversi, la modifica dell'abbigliamento, il ricorso a trattamenti ormonali e, in alcuni casi, interventi chirurgici. Ogni transizione è unica e può coinvolgere solo alcuni di questi elementi, a

seconda delle esigenze e dei desideri della persona. L'obiettivo è raggiungere un allineamento tra l'identità di genere e la propria espressione di sé, favorendo un maggiore benessere psicologico e sociale.

IL PERCORSO DI TRANSIZIONE DI GENERE IN ITALIA

Il percorso di transizione di genere in Italia è regolato da specifiche normative e linee guida, che mirano a garantire un processo sicuro e rispettoso per le persone transgender. Questo percorso può includere varie tappe, tra cui il supporto psicologico, la terapia ormonale e gli interventi chirurgici, oltre alle procedure legali per il cambio di nome e genere sui documenti ufficiali.

La prima fase del percorso inizia generalmente con una valutazione psicologica: che aiuta la persona a esplorare la propria identità di genere e affrontare le sfide emotive, sociali e relazionali legate alla transizione. Parte del processo consiste nel diagnosticare se la persona vive effettivamente una disforia di genere, al fine di poter accedere ai trattamenti ormonali o chirurgici.

In quest'ottica, l'accesso a colloqui psicologici permette di acquisire una maggiore consapevolezza, supportando la persona nel prendere decisioni informate e personalizzate riguardo al proprio percorso. Questi colloqui aiutano a valutare i potenziali benefici e limiti

di ogni scelta, sia essa medica o chirurgica, favorendo una riflessione approfondita su quale percorso intraprendere per raggiungere il benessere psicofisico ottimale.

Lo psicologo collabora sempre in stretto contatto con una rete di specialisti medici, tra cui psichiatri, endocrinologi, ginecologi, chirurghi plastici e urologi, per valutare la necessità di un trattamento farmacologico.

Con il certificato di idoneità rilasciato da un professionista della salute mentale, è possibile poi iniziare il **trattamento farmacologico** sotto la supervisione di un endocrinologo. Questo trattamento, che è una componente fondamentale del percorso di transizione di genere, prevede l'assunzione di ormoni come estrogeni, testosterone o inibitori degli androgeni, con l'obiettivo di allineare le caratteristiche fisiche della persona al suo genere di identificazione, migliorando il benessere psicologico e riducendo il disagio causato dalla disforia di genere.

Nelle persone transgender che iniziano un percorso di terapia ormonale sostitutiva (TOS), è essenziale un **monitoraggio clinico regolare** per garantire la sicurezza della stessa (identificando possibili effetti collaterali) e l'adeguatezza delle modificazioni corporee desiderate. Nel primo anno di terapia le linee guida consigliano una valutazione ogni 3 mesi. Questa fase è particolarmente critica poiché il corpo si sta adattando agli ormoni somministrati, e potrebbero manifestarsi

effetti collaterali o reazioni avverse. Dopo il primo anno la frequenza dei controlli può essere ridotta a ogni 6-12 mesi, a seconda della stabilità dei livelli ormonali e delle condizioni cliniche del paziente.

Gli **interventi chirurgici di affermazione di genere** rappresentano, infine, un'opzione importante nel percorso di transizione: mirano ad allineare i tratti fisici con l'identità di genere percepita, contribuendo a migliorare il benessere psicologico e la qualità della vita. La chirurgia è considerata una scelta altamente personalizzata e non tutte le persone transgender decidono di sottoporvisi.

LA TRANSIZIONE DI GENERE DA UOMO A DONNA

La transizione di genere da uomo a donna (*Male to Female, MtF*) rappresenta un processo multidisciplinare, atto a consentire a una persona di allineare la propria identità di genere femminile con il corpo e l'espressione sociale.

La terapia ormonale femminilizzante è un intervento cruciale per molte persone transgender MtF ed implica l'uso di estrogeni e antiandrogeni con lo scopo di favorire lo sviluppo di caratteristiche sessuali femminili riducendo la produzione endogena di testosterone.

Le modificazioni corporee che si osservano nei primi mesi di trattamento ormonale sono prevalentemente di natura dermatologica. La

pelle diventa più morbida, sottile e meno grassa, in seguito alla riduzione della produzione di sebo. Si manifesta inoltre una riduzione della distribuzione pilifera su corpo e viso e la caduta dei capelli, frequentemente associata alla calvizie androgenetica, può subire un rallentamento o un arresto. Nel corso del primo anno di trattamento ormonale, si osserva anche una significativa modifica della composizione corporea, caratterizzata da un aumento della massa grassa, con particolare concentrazione nelle aree ginoidi (fianchi, cosce e glutei), e una concomitante riduzione della massa magra, con un'alterazione che porta a una distribuzione corporea più conforme al fenotipo femminile. Inoltre, la crescita mammaria, che inizia ad essere percepibile dopo circa sei mesi dall'avvio della terapia, raggiunge il suo massimo sviluppo dopo due anni di trattamento, con risultati variabili tra gli individui in funzione di fattori genetici e della risposta individuale alla terapia ormonale.

Successivamente, qualora la persona transessuale lo richieda, il tribunale può autorizzare l'intervento di adeguamento dei caratteri sessuali attraverso procedure chirurgiche, che possono includere vaginoplastica, mastectomia, lifting facciale o altre chirurgie estetiche del volto, a seconda delle necessità e delle preferenze del paziente. Dal punto di vista medico, la vaginoplastica è un intervento ad alto rischio che richiede una

valutazione accurata preoperatoria, non solo delle condizioni fisiche del paziente, ma anche del suo stato psicologico.

Il chirurgo andrologo svolge un ruolo cruciale nella pianificazione e selezione dell'intervento chirurgico, in quanto deve collaborare strettamente con il paziente al fine di individuare la soluzione più idonea alle sue specifiche esigenze e aspettative. Questa fase di pianificazione richiede un dialogo aperto e trasparente in cui il medico informa il paziente riguardo ai possibili rischi e complicazioni legati all'intervento, nonché le limitazioni che potrebbero sorgere dai risultati ottenibili. È essenziale che il chirurgo fornisca una valutazione realistica delle aspettative, prendendo in considerazione non solo gli aspetti estetici, ma anche gli aspetti funzionali e psicologici della transizione. È importante quindi che la persona abbia consapevolezza di quelli che saranno gli esiti realistici della chirurgia, che possono presentarsi anche settimane dopo l'intervento stesso e che possono includere: infezioni, emorragie, difficoltà nella cicatrizzazione, stenosi vaginale o uretrale (dispareunia, disturbi alla minzione), formazione di fistole, alterata sensibilità orgasmica, e disturbi proctologici.

Dal punto di vista tecnico, la vaginoplastica prevede la rimozione del pene e dello scroto, i cui tessuti vengono impiegati per formare la neovagina e le strutture genitali esterne. La tecnica più utilizzata è quella che sfrutta i

tessuti genitali maschili per creare una cavità vaginale e le labbra vaginali, nonché un clitoride sensibile, ricavato dal glande del pene. La pelle dello scroto viene solitamente utilizzata per costruire le labbra vaginali, mentre la mucosa del canale uretrale o altre risorse biologiche possono essere impiegate per il rivestimento interno della neovagina.

Il recupero post-operatorio è un processo delicato e prolungato, che richiede un rigoroso protocollo di cura, tra cui l'uso costante di dilatatori vaginali per evitare complicazioni come la stenosi, e un monitoraggio attento della cicatrizzazione per prevenire infezioni o altre complicazioni. In parallelo, è fondamentale un supporto psicologico continuo, al fine di affrontare le sfide emotive e psicologiche derivanti dalla transizione e dai cambiamenti fisici associati.

PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLA COMUNITÀ LGBTQIA

Nel contesto sociale contemporaneo, sempre più caratterizzato da una crescente diversità di esperienze e identità, è fondamentale affrontare la tematica della transessualità in modo completo, ponendo particolare attenzione alla prevenzione della salute. In ambito sanitario, è cruciale sviluppare percorsi di cura personalizzati che rispondano alle esigenze specifiche della persona transessuale, considerando la sua globalità, inclusi gli aspetti fisici, psicologici e sociali.

L'approccio alla transessualità richiede quindi una riflessione interdisciplinare che vada oltre l'ambito medico, includendo le scienze umane e sociali, come la sessuologia, la psicologia, la sociologia e la filosofia, per una comprensione olistica delle problematiche legate alla transizione di genere. In questo contesto, risulta essenziale avviare percorsi di educazione sessuale, affettiva e sentimentale, finalizzati a garantire informazioni corrette e favorire una comprensione approfondita delle esigenze cliniche.

La rieducazione sessuale e l'approccio terapeutico personalizzato costituiscono strumenti fondamentali per il benessere delle persone transessuali. Tali percorsi non solo contribuiscono a migliorare la soddisfazione nella vita sessuale, ma sono anche cruciali per garantire la continenza urinaria e fecale, prevenendo problematiche come l'incontinenza e il dolore pelvico. Inoltre, il percorso di rieducazione rappresenta un "*luogo di passaggio*" prezioso per il rafforzamento della femminilità e il benessere complessivo della persona, favorendo un adattamento sano e consapevole al cambiamento corporeo e psicologico.

ASPETTI DI RIABILITAZIONE PELVI-PERINEALE

La riabilitazione perineale nella popolazione LGBTQIA è una componente fondamentale della cura della salute sessuale e pelvica,

particolarmente utile durante e dopo la transizione di genere e nella gestione di disfunzioni pelviche.

L'ostetrica, adeguatamente preparata, svolge un ruolo fondamentale sia nella valutazione del rischio perineale che nel recupero funzionale dell'area pelvica. È sua responsabilità monitorare lo stato di salute delle persone transessuali, sviluppando e implementando protocolli di cura specifici per l'area perineale, al fine di garantire un adeguato supporto terapeutico e prevenire complicanze.

La valutazione posturale

In qualità di ostetrica specializzata nella riabilitazione del pavimento pelvico, ritengo che l'esecuzione di una valutazione posturale, sia a scopo preventivo che terapeutico, rappresenti una scelta imprescindibile e fondamentale per ogni équipe impegnata nella riabilitazione perineale. La conoscenza e l'applicazione di tale pratica sono essenziali per la gestione e la prevenzione di numerose problematiche perineali, contribuendo significativamente al miglioramento degli esiti terapeutici e al benessere complessivo del paziente.

Una normale statica pelvica e un'adeguata funzionalità vescico-sfinterica, retto-anale e sessuale dipendono dall'armoniosa integrazione di diverse strutture locali, distrettuali e centrali. L'alterazione di questa

attività integrata può portare allo sviluppo di problematiche come l'incontinenza urinaria e fecale o il dolore pelvico cronico, che richiedono un approccio terapeutico globale per la loro prevenzione e cura.

L'esame posturale rappresenta una valutazione approfondita delle restrizioni di mobilità che possono influire sul corpo e che si manifestano attraverso alterazioni nella postura globale. Tale esame mira a identificare disfunzioni muscoloscheletriche o meccaniche che possono compromettere l'equilibrio e la distribuzione del carico corporeo. Durante l'esame obiettivo, vengono esaminati diversi aspetti, tra cui l'analisi del passo, che consente di osservare eventuali asimmetrie o alterazioni nel movimento, la valutazione della postura, che include l'osservazione delle curve fisiologiche della colonna vertebrale e l'allineamento delle articolazioni, e l'esecuzione di test funzionali, che verificano la capacità di eseguire determinati movimenti in modo fluido e senza dolore. Questo processo permette di identificare disallineamenti o squilibri che potrebbero influire sulla funzionalità del pavimento pelvico e di pianificare interventi mirati per correggerli e migliorare il benessere complessivo del paziente.

Tecniche rieducative perineali

La rieducazione, impostata con un criterio interdisciplinare, permette di curare le

malattie pelvi-perineali in maniera più efficace, in quanto l'approccio terapeutico completo e personalizzato avviene in un'ottica di integrazione ove l'elemento centrale è l'individuo, considerato per tutte le componenti funzionali degli organi del pavimento pelvico e per le influenze di tipo centrale.

Con la rieducazione possiamo “parlare” alla persona nella sua interezza e non solo all'organo o all'apparato che è stato modificato. I pazienti non sono semplicemente destinatari di un trattamento passivo, come un intervento chirurgico o l'assunzione di farmaci ma, una volta comprese le finalità e le motivazioni della terapia rieducativa, diventano protagonisti attivi del loro percorso di cura. Grazie alla collaborazione con il terapeuta, durante il trattamento emergono aspetti personali che consentono al paziente di riconoscersi e di recuperare il proprio equilibrio, sia fisico che psicologico. Questo processo contribuisce non solo alla risoluzione dei sintomi organici, ma anche al miglioramento del benessere psicologico, facendo della rieducazione un supporto fondamentale nella gestione globale del paziente.

Nella cura delle patologie funzionali pelvi-perineali la rieducazione deve quindi occupare una posizione privilegiata per questa sua capacità di indirizzarsi al paziente come donna e individuo prima ancora che ai suoi

visceri. Va infine valorizzata per il suo ruolo nella prevenzione delle disfunzioni pelvi-perineali, come importante supporto nel pre-e post-operatorio.

Dopo un intervento chirurgico di correzione, la funzione dell'apparato urogenitale subisce modifiche significative. L'esperienza accumulata in anni di lavoro nel campo della riabilitazione pelvi-perineale ci insegna che, quando si parla di pavimento pelvico, ci si riferisce a problematiche che interessano l'intero sistema, coinvolgendo tanto la zona anteriore quanto quella posteriore. Queste strutture sono strettamente interconnesse, non solo per la vicinanza anatomica, ma anche per le implicazioni nervose, psicologiche e comportamentali. Nonostante l'eventuale supporto di un percorso psicologico protetto, il processo di riconoscimento del proprio corpo e della propria identità rimane complesso e può rivelarsi problematico, poiché il pavimento pelvico è legato non solo alla funzione fisica, ma anche all'immagine corporea e al vissuto emotivo del paziente.

Per quanto riguarda l'aspetto psicologico, a volte mi sono sentita inadeguata. La complessità del mondo transessuale è talmente profonda che spesso ho avuto la sensazione di non essere all'altezza. Tuttavia, trascorrendo più tempo con loro, osservandoli e ascoltandoli, ho iniziato a sentirmi più vicina al loro vissuto, comprendendo meglio il loro dramma. Durante questi mesi di lavoro,

ho pensato di aver capito qualcosa, ma poi ho dovuto ammettere a me stessa che c'era molto di più che mi sfuggiva. Mi sono sforzata di vedere e di ascoltare, ma talvolta ho preferito non sentire, cercando di ignorare la mia coscienza, che pesava di certezze incontrollabili, nascoste dietro la rigidità di una dicotomia tra i sessi. Eppure, ogni passo fatto in loro compagnia, ogni ascolto e ogni tentativo di empatia, mi ha permesso di avvicinarmi un po' di più alla loro realtà, rendendomi consapevole che, sebbene il cammino sia lungo e complesso, la comprensione autentica nasce dal coraggio di confrontarsi con ciò che non conosciamo, abbracciando la sfumatura e l'incertezza come parte del processo di crescita.

BIBLIOGRAFIA

- Abrams P, Andersson KE, Apostolidis A, et al. 6th International Consultation on Incontinence. Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2018;37(7):2271-2272.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5 edn. DSM-5, 2013
- Arcelus J, Bouman WP. Language and terminology. In *The Transgender Handbook: A Guide for Transgender People, Their Families and Professionals*; Bouman WP, Arcelus J, Eds.; Nova: New York, NY, USA, 2017. 14
- Baragi RV, Delancey JO, Caspari R, Howard DH, Ashton-Miller JA. Differences in pelvic floor area between African American and European American women. *Am J Obstet Gynecol*, 2002 Jul;187(1):111-5.
- Bentivoglio M. Bertini G. Cracco C. et al. *Anatomia umana e istologia*. Edizioni Minerva Medica: Torino; 2001.
- Bo K, Frawley HC, Haylen BT, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn.* 2017;36(2):221-244.
- Bordoni B, Zanier E Skin, fascias, and scars: symptoms and treatment options. *Dtsch Arztebl Int.* 2010;107(44):769-775.
- Cocchetti C, Ristori J, Romani A, et al. Hormonal Treatment Strategies Tailored to Non-Binary Transgender Individuals. *J Clin Med.* 2020; 26;9(6):1609
- Coleman E, Bockting W, Botzer M, et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender and gender-nonconforming people, version 7. *Int. J. Transgenderism* 2012, 13, 165–232.
- Cova E. *Trattato di ostetricia minore*. Editore Milano-Venezia Dr. Francesco Montuoro:1947.
- Fisher AD, Ristori J, Bandini E, et al. Medical treatment in gender dysphoric adolescents endorsed by SIAMS–SIE–SIEDP–ONIG. *J Endocrinol Invest.* 2014, 37:675–687
- Fisher AD, Senofonte G, Cocchetti C, et al. SIGIS-SIAMS-SIE position statement of gender affirming hormonal treatment in transgender and non-binary people. *J Endocrinol Invest.* 2021 Oct 22.

- Galea MP, Tisseverasinghe S, Sherburn M. A randomised controlled trial of transabdominal ultrasound biofeedback for pelvic floor muscle training in older women with urinary incontinence. *Aust New Zeal Cont J.* 2013;19(2):38-44. <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.369662072806306>. Accessed March 15, 2023.
- Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017, 1;102(11):3869-3903.
- Kapandji I.A. *Fisiologia articolare. Vol. 3 Tronco e rachide.* Maloine Monduzzi Editore: 2004 Paris
- Koehler A, Eyssel J, Nieder TO. Genders and Individual Treatment Progress in (Non-) Binary Trans Individuals. *J Sex Med.* 2018; 15(1):102-113.
- Lowe NK. A Review of Factors Associated With Dystocia and Cesarean Section in Nulliparous Women. *J Midwifery Womens Health,* 2007 May-Jun; 52(3): 216-28
- Monro, S, Non-binary and genderqueer: An overview of the field. *Int J Transgenderism.* 2019; 20(2-3):126–131
- Romani A, Mazzoli F, Ristori J, et al. Psychological Wellbeing and Perceived Social Acceptance in Gender Diverse Individuals. *J Sex Med.* 2021; 18(11):1933-1944.
- T'Sjoen G, Arcelus J, De Vries ALC et al. European Society for Sexual Medicine Position Statement “Assessment and Hormonal Management in Adolescent and Adult Trans People, With Attention for Sexual Function and Satisfaction”. *J Sex Med.* 2020; 17:570-584
- WHO. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines.* World Health Organization, Geneva, 1992

TRAVAGLIO DI PARTO SPONTANEO NELLE ORE NOTTURNE: CORRELAZIONE CON RITMO CIRCADIANO E FASI LUNARI

Christina Spina* Gaia H. Pallestrini Rossella E. Nappi*****

* Ostetrica Humanitas Ospedale San Pio X Milano

** Ostetrica IRCCS Policlinico San Matteo Pavia

*** Professore ordinario Università degli Studi di Pavia

RIASSUNTO

Background: Lo studio ha indagato l'impatto del ritmo circadiano e della secrezione ormonale, in particolare di melatonina e ossitocina, sull'insorgenza del travaglio di parto. È stata anche valutata l'influenza delle fasi lunari sul parto spontaneo. **Materiali e Metodi:** È stata analizzata una coorte di 1994 parti a termine, avvenuti spontaneamente nelle ore notturne tra il 1° luglio 2022 e il 1° luglio 2023, confrontando i dati con quelli relativi ai parti diurni. Sono stati raccolti dati supplementari, come età materna, parità, epoca gestazionale, e caratteristiche della gravidanza. Si è inoltre studiata la correlazione tra la data di insorgenza del travaglio e la fase lunare. **Risultati:** Dei 1994 parti analizzati, 665 espletati per le vie naturali. Non sono emerse influenze significative da età, parità, natura della gravidanza o epoca gestazionale. Si è osservato un netto aumento dei travagli spontanei nelle ore notturne. Non è stata trovata una correlazione tra le fasi lunari e l'insorgenza del travaglio: durante la luna piena si è registrata una diminuzione dei travagli notturni e, durante la luna nuova, il travaglio è risultato ritardato. **Conclusioni:** Il ritmo circadiano e l'interazione tra melatonina e ossitocina sembrano influenzare l'insorgenza spontanea del travaglio. Tuttavia, non è stata trovata evidenza di un rapporto tra fasi lunari e travaglio spontaneo. Si suggerisce di ampliare il campione per ulteriori ricerche.

Parole chiave: Travaglio di parto spontaneo – Ritmo circadiano – Melatonina – Ossitocina – Fasi lunari

INTRODUZIONE

Il travaglio di parto è l'insieme di fenomeni che hanno lo scopo di far fuoriuscire il feto e i relativi annessi dal corpo materno, facendo sì

che il parto venga quindi definito come l'espulsione o l'estrazione del feto e dei suoi annessi dall'organismo materno. (Pescetto G.,2017)

L'insorgenza del travaglio è multifattoriale,

ovvero determinata da una combinazione complessa di fattori meccanici, ambientali, ormonali e fetali, nessuno dei quali, considerato isolatamente, è sufficiente a indurre l'inizio del processo. Tra i fattori ambientali più noti, vi è il ritmo circadiano, sostenuto, nella nostra specie, dalla ciclica secrezione di melatonina e dalla fotoperiodicità. (Viswanathan N., 1992; Smolensky MH., 1972) Infatti, è molto frequente che il travaglio inizi tra le ore serali e la mezzanotte, culminando nel parto prima dell'alba. Dati clinici, difatti, dimostrano come sia più frequente la rottura spontanea delle membrane e l'inizio del travaglio di parto tra le ore 23:00 e le ore 04:00 del mattino. Altri dati, seppur leggermente differenti dai precedenti, ribadiscono anch'essi come l'inizio del travaglio sia più usuale tra le ore 21:00 e le ore 06:00, con l'espletamento del parto tra le ore 02:00 e le ore 05:00. Questo meccanismo specie-specifico è da imputare al ritmo circadiano e, in particolare, alla secrezione di melatonina con picchi raggiunti durante le ore notturne. (Olcese J, 2013; Longo LD, 1988; Cagnacci A, 1998; Cooperstock M, 1987; Glattre E, 1983; Lindow SW, 2000; Olcese J, 2012; Takayama H, 2003; King D, 1956; Kaiser H, 1962)

La melatonina, neurormone principe nella regolazione del ritmo nictemerale, disciplina il ritmo sonno-veglia e la relativa durata, la temperatura corporea, la pressione arteriosa, il peso e l'aspetto riproduttivo. (Zawilska JB,

2009; Wehr TA, 1991-1992-1993; Cassone VM, 1990) Ha un'emivita breve, di circa 30-60 minuti. (Hardeland R, 2006).

La sintesi del neurormone è strettamente legata alla quantità di luce-buio; infatti, è inibita durante le ore diurne, presentando un modello di secrezione con picchi che si verificano durante la notte. (Pevet P, 2011)

Durante il giorno i livelli di melatonina rimangono bassi, fino al primo pomeriggio, momento in cui si verifica un iniziale aumento, fino a raggiungere il picco tra le ore 02:00 e le ore 03:00 di notte. Segue il decremento fino a tornare alle concentrazioni basse sopracitate, caratteristiche delle ore diurne. (Claustrat B, 2005) L'oscillazione tipica della melatonina nell'arco delle 24 ore giornaliere segue l'andamento della trascrizione e traduzione dei geni coinvolti nella regolazione del ritmo circadiano (*geni clock*). (Silver AC, 2012) Durante la gravidanza, questo ritmo viene mantenuto, anche se la secrezione di melatonina sembra essere notevolmente superiore dalla 24a settimana di gestazione, con un ulteriore aumento dopo la 32a. Questo andamento continua poi per tutto il terzo trimestre, raggiungendo un picco al momento del travaglio e del parto, per poi decrescere significativamente entro due giorni dallo stesso. (Nakamura Y, 2001)

Il coinvolgimento della melatonina nel timing del travaglio di parto spontaneo (Sagrillo-Fagundes L, 2014) è confermato anche dal fatto che il numero di recettori miometriali

per questo neurormone è più alto nella donna in travaglio rispetto alla donna fuori travaglio. (Olcese J, 2014) Determinante, inoltre, l'interazione con ossitocina. La melatonina, infatti, sembra potenziarne l'effetto, aumentando la sensibilità dei recettori miometri alla stessa, favorendo un'azione sinergica nella promozione di un'attività contrattile che sia regolare, ritmica, efficace ed intensa. (Morrissey M.J, 2004; Kimura T, 1996; Sharkey T, 2009; Sharkey T, 2010; Mitchell JA, 2001; Olcese J, 2014)

Evidente, dunque, il motivo per cui spesso si verifica un maggior numero di travagli spontaneamente insorti e con conseguente parto nelle ore notturne.

È noto che tra i fattori ormonali responsabili del travaglio vi sia anche l'ossitocina, un ormone nonapeptide essenziale per la regolazione della funzionalità riproduttiva. La secrezione ipotalamica ossitocica è caratterizzata da un incremento nelle ore notturne e viene definita *episodica* ossia con scatti denominati "*spurt release*" che si manifestano con una frequenza di 3 getti ogni 10 minuti (Pescetto G., 2017).

I livelli sierologici di ossitocina aumentano progressivamente nel corso della gravidanza, raggiungono il picco in prossimità del travaglio e parto, svolgendo un'azione uterotonica a livello miometriale, rinforzata dall'azione sinergica della melatonina.

L'idea che esista una correlazione tra le fasi lunari e l'inizio del travaglio è un argomento di interesse per molte culture e pratiche

popolari, ed è convinzione tutt'ora molto comune nel personale sanitario che, infatti, riporta un maggior carico lavorativo in certe occasioni correlate ad alcune fasi lunari specifiche. (Gudziunaite S, 2022)

In effetti la concentrazione di melatonina sembrerebbe essere influenzata anche dalle fasi lunari, diminuendo in occasione della luna piena a causa della maggior luminosità, e aumentando durante la gravidanza fino all'espletamento del parto. (Cajochen C, 2013; Olcese J, 2014) Nonostante queste oscillazioni e cambiamenti registrati, sembra non esserci una correlazione univoca dimostrata. Sono riportati numerosi studi in cui questa sembra essere valida e presente, mentre in altri non si è giunti ad alcun risultato evidente. (Gudziunaite S, 2022; Matsumoto Si, 2020)

In conclusione, mentre ci sono alcune evidenze aneddotiche e alcuni studi che supportano l'idea di una correlazione tra le fasi lunari e l'inizio del travaglio, la maggior parte della ricerca scientifica non ha trovato prove sufficienti per stabilire un legame diretto. (Francisco J, 2019; Gudziunaite S, 2022; Matsumoto Si, 2020)

L'indagine ha avuto l'obiettivo di esplorare l'effetto che il ritmo circadiano, le fasi lunari e la relativa secrezione ormonale hanno nel determinare l'insorgenza del travaglio di parto, ponendo maggiormente l'attenzione su alcuni ormoni, quali melatonina e ossitocina.

MATERIALI E METODI

Il lavoro si configura come un'indagine osservazionale retrospettiva in cui, effettuata un'iniziale revisione della letteratura sull'argomento, è stata poi effettuata una raccolta dati riguardante le nascite avvenute presso la Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo di Pavia, nel periodo compreso tra l'1/07/2022 e l'1/07/2023. Sono stati considerati ed analizzati solamente i travagli di parto insorti e terminati spontaneamente, con un'epoca gestazionale compresa tra le 37wks + 0gg e le 41wks + 6gg.

I criteri di esclusione sono stati: il parto operativo vaginale, il taglio cesareo elettivo, l'induzione/accelerazione del travaglio (anche se insorto spontaneamente) i travagli pretermine (<37wks) e oltre il termine (>42wks).

I dati sono stati raccolti retrospettivamente utilizzando il programma di gestione del paziente Ormaweb e la cartella clinica informatizzata Whospital. Le fasi lunari sono state calcolate per ogni giorno utilizzando il programma High Precision Ephemeris Tool – HPET versione 4.2.0.2. Sono state prese in considerazione le quattro fasi lunari principali, quali fase di luna crescente, calante, piena e nuova.

Le nascite sono quindi state codificate e correlate per mezzo di ora di nascita alle fasi lunari attraverso l'utilizzo del programma Microsoft Excel.

L'utilizzo dei programmi Ormaweb e Whospital ha permesso anche la raccolta di altre caratteristiche del campione quali: età e

parità della paziente, tipo di gravidanza (fisiologica/patologica), tempi del travaglio di parto, tipologia di parto (semplice/plurimo).

I dati sono stati analizzati tramite la statistica descrittiva che ha previsto l'osservazione delle frequenze e l'utilizzo di test non parametrici di confronto dal momento che le variabili non avevano una distribuzione normale.

RISULTATI

Su di un totale di 1994 parti, è stato coinvolto nello studio un campione di 665 donne (33,4%) che hanno avuto un travaglio di parto esordito e concluso spontaneamente, di età compresa tra i 16 e i 47 anni, con un'età media di 32 anni [95%CI: 32-33], e una parità pari a 2 [95%CI: 2-2] con un range compreso tra 1 e 12. La gravidanza è stata completamente fisiologica nel 70.4% del campione che ha partorito spontaneamente (n=468) e gravata da qualche patologia anche in forma lieve nel 29.6% (n=197).

Su 665 parti, 269 (40.5%) sono insorti nelle ore diurne (ore 7-19) e 396 (59.5%) nelle ore notturne (ore 19-7).

Nessuna differenza significativa è emersa tra l'età mediana delle donne che hanno avuto un'insorgenza spontanea del travaglio a termine di giorno o di notte (32 anni in entrambi i casi). Lo stesso è emerso per la parità mediana, pari a 2 in entrambi i casi. Nessuna influenza significativa è stata riscontrata nell'insorgenza spontanea del travaglio di parto, in termini di natura della

gravidanza, se fisiologica o patologica, ed epoca gestazionale.

La settimana mediana di insorgenza spontanea del travaglio di parto è stata di 39 settimane e 3 giorni. Nessuna differenza significativa è emersa tra la mediana della settimana + gg delle donne che hanno avuto una insorgenza spontanea del travaglio a termine di giorno rispetto alla notte (39.3 di giorno e 39.2 di notte). Lo stesso è emerso per la parità mediana, pari a 2 in entrambi i casi.

La mediana dell'orario di insorgenza del travaglio spontaneo di parto è stata le ore 13 [95%CI: 12-13] e 25 minuti [95%CI: 20-30] per i travagli spontanei insorti nelle ore diurne e una mediana alle ore 5 [95%CI: 5-6] e 21.5 minuti [95%CI: 20-26] per i travagli insorti spontaneamente di notte.

Per quanto riguarda l'ora di nascita, questa si è verificata con una mediana pari alle ore 14 [95%CI: 5-6] e 28 minuti [95%CI: 20-30] per i travagli insorti spontaneamente di giorno e una mediana alle ore 6 [95%CI: 5- 6] e 27 minuti [95%CI: 20-26] per i travagli insorti spontaneamente di notte.

Considerando il numero totale dei parti espletati per le vie naturali (n=665), il 50.1% è stato espletato durante la fase di luna crescente, mentre il 43.2% in luna calante, con il restante 3.1% e 3.6% rispettivamente nelle fasi di luna piena e luna nuova. Un'ulteriore distinzione è stata effettuata, valutando in maniera separata i parti con il relativo travaglio insorto nelle ore diurne e notturne, da cui è emerso che, nella fase di

luna crescente, sono stati espletati il 41.4% dei parti spontanei di giorno e il 58,6% nelle ore notturne, mentre nella fase calante il 38.7% nella fascia oraria 07:00-19:00 e il 61.3% nella fascia 19:00-07:00. (FIG.1)

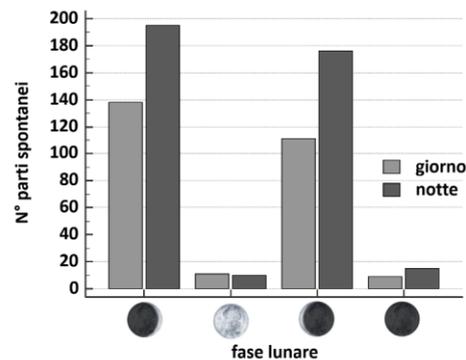


Figura 1

In 13 giorni di luna piena sono stati espletati 11 parti spontanei (52.4%) nelle ore diurne e 10 (47.6%) nelle ore notturne, , mentre per la fase di luna nuova (13 giorni) è stata evidenziata una differenza sostanziale tra i parti avvenuti nelle ore diurne, pari al 37.5%, e quelli avvenuti nelle ore notturne, 62.5%, con un aumento del 66.7% nelle ore notturne (FIG.1). È stata osservata una differenza significativa nell'orario di insorgenza del travaglio spontaneo con una mediana pari alle ore 18:00 nel giorno della luna nuova ($p < 0.009$) (FIG.2).

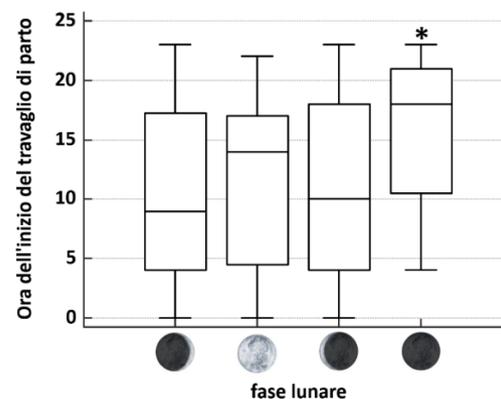


Figura 2

Inoltre, l'orario del parto spontaneo è stato significativamente più tardo con una mediana pari alle ore 22:00 nel giorno della luna nuova ($p < 0.01$) rispetto alla fase di luna crescente e calante (FIG. 3).

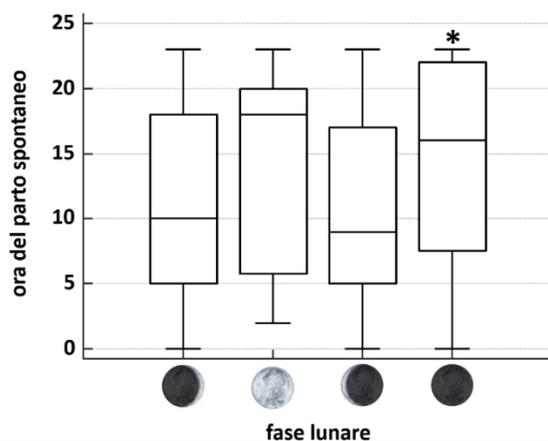


Figura 3

DISCUSSIONE

Dal campione analizzato, è emerso che dei 665 parti fisiologici insorti spontaneamente, 269 sono avvenuti nelle ore diurne (40.5%) e 396 (59.5%) nelle ore notturne, confermando l'aumento dell'insorgenza e del relativo esito in parto per le vie naturali durante le ore notturne rispetto alle diurne. Alla luce dei dati emersi, inoltre, è possibile affermare che l'età della paziente, nonché la parità, l'epoca gestazionale e le caratteristiche della gravidanza non sembrano avere un impatto determinante nello scatenare l'insorgenza del travaglio spontaneo nelle ore diurne né in quelle notturne. Dall'osservazione dei cicli lunari, è possibile affermare che la maggior parte dei travagli insorge durante le fasi di luna crescente e calante, circa il 93.3% del campione totale,

senza particolari associazioni relative all'aumento dell'insorgenza del travaglio di parto durante le fasi di luna piena. Le percentuali confermano, nella fase di luna crescente, calante e nuova, l'aumento dei parti espletati per le vie naturali nelle ore notturne. Quest'ultimo dato, invece, non viene confermato durante la fase di luna piena, durante la quale i dati delle ore diurne e notturne sono pressoché sovrapponibili, rispettivamente 11 parti spontanei di giorno e 10 di notte. Nella fase di luna nuova, invece, sono state evidenziate differenze interessanti rispetto alle altre fasi lunari nell'orario d'insorgenza del travaglio di parto, significativamente più tardo con una mediana pari alle ore 18:00. Anche l'orario del parto spontaneo appare ritardato, con una mediana pari alle ore 22:00 rispetto alla fase di luna crescente e calante. L'influenza delle fasi lunari sull'insorgenza spontanea del travaglio di parto appare maggiore durante le fasi di luna crescente e calante, fasi che però risultano coprire il 92.8% dell'intero anno. Non è stata, quindi, dimostrata nessuna influenza sulle fasi di luna piena e nuova. È emerso, invece, un dato inaspettato: durante la fase di luna nuova, l'orario d'insorgenza e del relativo parto appaiono ritardati rispetto alle altre fasi lunari.

CONCLUSIONI

Dall'analisi condotta, dunque, è stato dimostrato un numero più elevato di travagli di parto spontanei insorti nelle ore notturne

rispetto alle diurne. Ciò conferma il ruolo fondamentale del ritmo circadiano e, in particolare, dell'interazione tra melatonina e ossitocina, nello scatenarne l'inizio. Quanto riscontrato è in linea con la letteratura scientifica che afferma in maniera univoca come il ritmo circadiano, la relativa secrezione di melatonina e l'interazione della stessa con l'ossitocina, siano determinanti, in una condizione di equilibrio e fisiologia, nel determinare l'insorgenza spontanea del travaglio e il continuo dello stesso.

Contrariamente a quanto comunemente diffuso nel pensiero dei professionisti sanitari, non è stata dimostrata una correlazione netta e schiacciante dell'influenza della luna piena o di qualsiasi altra fase lunare sull'insorgenza spontanea del travaglio, tantomeno un aumento sostanziale del numero dei travagli registrato in una determinata fase. È emerso, invece, che gli orari d'inizio del travaglio di parto e l'espletamento dello stesso, in occasione della luna nuova, appaiono entrambi significativamente ritardati. Anche quest'ultima analisi risulta essere coerente con la letteratura, da cui emerge chiaramente che non vi è ancora un'idea univoca nella letteratura scientifica sul ruolo e sull'eventuale influenza lunare nell'insorgenza spontanea del travaglio di parto.

I dati rilevati riguardano un solo anno solare poiché non è stato possibile considerare i precedenti a causa della pandemia da Covid-19 e della relativa influenza sulle eventuali

alterazioni e modificazioni della secrezione ormonale per ragioni di natura psicologica. Sarebbe, dunque, interessante valutare nuovamente quanto presentato in questa tesi in un periodo temporale più esteso, per analizzare e confermare quanto emerso.

BIBLIOGRAFIA

- Cagnacci A, Soldani R, Melis GB, Volpe A. Diurnal rhythms of labor and delivery in women: modulation by parity and seasons. *Am J Obstet Gynecol.* 1998 Jan;178(1 Pt 1):140-5
- Cajochen C, Altanay-Ekici S, Münch M, Frey S, Knoblauch V, Wirz-Justice A. Evidence that the lunar cycle influences human sleep. *Curr Biol.* 2013 Aug 5;23(15):1485-8.
- Cassone VM. Effects of melatonin on vertebrate circadian systems. *Trends Neurosci.* 1990 Nov;13(11):457-64
- Claustrat, B.; Brun, J.; Chazot, G. The basic physiology and pathophysiology of melatonin. *Sleep Med. Rev.* 2005, 9, 11–24.
- Cooperstock M, England JE, Wolfe RA. Circadian incidence of labor onset hour in preterm birth and chorioamnionitis. *Obstet Gynecol.* 1987 Dec;70(6):852-5.
- Marco-Gracia FJ. The influence of the lunar cycle on spontaneous deliveries in historical rural environments. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2019 May; 236:22-25.
- Glattre E, Bjerkedal T. The 24-hour rhythmicity of birth. A populational study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1983;62(1):31-6.
- Gudziunaite, S., Moshammer, H. Temporal patterns of weekly births and conceptions predicted by meteorology, seasonal variation, and lunar phases. *Wien Klin Wochenschr* 2022; 134, 538–545.
- Hardeland, R.; Pandi-Perumal, S.R.; Cardinali, D.P. Melatonin. *Int. J. Biochem. Cell Biol.* 2006; 38, 313–316.
- Kaiser H, Halberg F. Circadian periodic aspects of birth. *Ann N Y Acad Sci.* 1962 Oct 30; 98:1056-68.
- Kimura T, Takemura M, Nomura S, Nobunaga T, Kubota Y, Inoue T, Hashimoto K, Kumazawa I, Ito Y, Ohashi K, Koyama M, Azuma C, Kitamura Y, Saji F. Expression of oxytocin receptor in human pregnant myometrium. *Endocrinology.* 1996 Feb;137(2):780-5.
- King D. Increased frequency of births in the morning hours. *Science.* 1956 Jun 1;123(3205):985-6
- Lindow SW, Jha RR, Thompson KW. 24-hour rhythm to the onset of preterm labour. *BJOG* 2000;107(9):1145-8.
- Longo LD, Yellon SM, editors. *Biological timekeeping during pregnancy and the role of circadian rhythms in parturition.* Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 1988.
- Matsumoto Si, Shirahashi K. Novel perspectives on the influence of the lunar cycle on the timing of full-term human births. *Chronobiol Int.* 2020; 37:1082-9.

- Mitchell JA, Lye SJ. Regulation of connexin43 expression by c-fos and c-jun in myometrial cells. *Cell Commun Adhes.* 2001;8(4-6):299-302.
- Morrissey MJ, Duntley SP, Anch AM, Nonneman R. Active sleep and its role in the prevention of apoptosis in the developing brain. *Med Hypotheses.* 2004;62(6):876-9.
- Nakamura Y, Tamura H, Kashida S, Takayama H, Yamagata Y, Karube A, Sugino N, Kato H. Changes of serum melatonin level and its relationship to feto-placental unit during pregnancy. *J Pineal Res.* 2001 Jan;30(1):29-33.
- Olcese J, Beesley S. Clinical significance of melatonin receptors in the human myometrium. *Fertil Steril.* 2014 Aug;102(2):329-35.
- Olcese J. Circadian aspects of mammalian parturition: a review. *Mol Cell Endocrinol.* 2012 Feb 5;349(1):62-7.
- Olcese J, Lozier S, Paradise C. Melatonin and the circadian timing of human parturition. *Reprod Sci.* 2013 Feb;20(2):168-74.
- Pescetto G., De Cecco L., Pecorari D., Ragni N., *Ginecologia e Ostetricia*, Vol.3, V Edizione, SEU Roma 2017.
- Pevet P, Challet E. Melatonin: both master clock output and internal time-giver in the circadian clocks network. *J Physiol Paris.* 2011 Dec;105(4-6):170-82.
- Sagrillo-Fagundes L, Soliman A, Vaillancourt C. Maternal and placental melatonin: actions and implication for successful pregnancies. *Minerva Ginecol.* 2014 Jun;66(3):251-66.
- Sharkey JT, Cable C, Olcese J. Melatonin sensitizes human myometrial cells to oxytocin in a protein kinase C alpha/extracellular-signal regulated kinase-dependent manner. *J Clin Endocrinol Metab.* 2010 Jun;95(6):2902-8.
- Sharkey JT, Puttaramu R, Word RA, Olcese J. Melatonin synergizes with oxytocin to enhance contractility of human myometrial smooth muscle cells. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009 Feb;94(2):421-7.
- Silver AC, Arjona A, Walker WE, Fikrig E. The circadian clock controls toll-like receptor 9-mediated innate and adaptive immunity. *Immunity.* 2012 Feb 24;36(2):251-61.
- Smolensky MH, Halber F, II SF. Chronobiology of the life sequence. In: Ogata SIK, Yoshimura H, editors. *Advances in Climatic Physiology.* Igaku Shion (Tokyo (Japan)); 1972 p. 281–319.
- Takayama H, Nakamura Y, Tamura H, Yamagata Y, Harada A, Nakata M, Sugino N, Kato H. Pineal gland (melatonin) affects the parturition time, but not luteal function and fetal growth, in pregnant rats. *Endocr J.* 2003 Feb;50(1):37-43.
- Viswanathan N, Davis FC. Timing of birth in Syrian hamsters. *Biol Reprod.* 1992 Jul;47(1):6-10.

- Wehr TA, Moul DE, Barbato G, Giesen HA, Seidel JA, Barker C, Bender C. Conservation of photoperiod-responsive mechanisms in humans. *Am J Physiol*. 1993 Oct;265(4 Pt 2):R846-57.
- Wehr TA. In short photoperiods, human sleep is biphasic. *J Sleep Res*. 1992 Jun;1(2):103-107.
- Wehr TA. The durations of human melatonin secretion and sleep respond to changes in daylength (photoperiod). *J Clin Endocrinol Metab*. 1991 Dec;73(6):1276-80.
- Zawilska JB, Skene DJ, Arendt J. Physiology and pharmacology of melatonin in relation to biological rhythms. *Pharmacol Rep*. 2009 May-Jun;61(3):383-410.

INCREMENTARE IL SUCCESSO DELL'ALLATTAMENTO AL SENO: LA NUOVA POLICY AZIENDALE SULL'ALLATTAMENTO (PAA)

Letizia Mazzocchi* Gaia H. Pallestrini Elsa Del Bo°**

* Ostetrica Ospedale dei Bambini Vittore Buzzi Milano

** Ostetrica IRCCS Policlinico San Matteo Pavia

° Ostetrica Università degli Studi di Pavia

RIASSUNTO

La Politica Aziendale sull'Allattamento (PAA) è un'iniziativa volta a promuovere, proteggere e sostenere l'allattamento al seno nelle strutture sanitarie, ispirandosi ai principi dell'Iniziativa Ospedale Amico del Bambino (BFHI) di OMS e UNICEF. L'obiettivo principale è incrementare i tassi di allattamento esclusivo e migliorare le pratiche assistenziali. Il progetto, avviato nel 2023 e con termine previsto a febbraio 2025, coinvolge numerosi enti scientifici e si sviluppa attraverso 5 fasi. Le strutture aderenti sono tenute a costituire gruppi di lavoro multidisciplinari e a raccogliere dati sul tipo di alimentazione neonatale adottata. Un sistema di monitoraggio è previsto per valutare l'implementazione delle pratiche di allattamento e la formazione del personale sanitario. I primi dati evidenziano tassi di allattamento esclusivo e l'attuazione di pratiche come il contatto pelle a pelle e il rooming-in ancora al di sotto delle aspettative. Inoltre, la formazione del personale risulta insufficiente, con una copertura del 56,2% degli operatori sanitari coinvolti.

Parole chiave: allattamento – Policy Aziendale – BFHI – sostegno – tassi allattamento

INTRODUZIONE

L'allattamento al seno è fondamentale per la salute e necessita di essere protetto, promosso e sostenuto. Da questa necessità nasce la Politica Aziendale di Allattamento (PAA), con l'obiettivo di favorire, proteggere e

sostenere l'allattamento nei Punti Nascita, migliorando i tassi di allattamento al momento della dimissione dal Reparto maternità e ottimizzando le pratiche assistenziali. (SIN, 2023) La PAA si ispira all'Iniziativa Ospedale Amico del Bambino (BFHI), promossa da OMS e UNICEF, che

mira ad aumentare i tassi di allattamento esclusivo seguendo i 10 Passi per un allattamento di successo. (WHO, 2018) La Policy non si pone in contrasto con l'iniziativa BFHI, ma è pensata per le Aziende Sanitarie che non dispongono delle risorse necessarie per ottenere la certificazione BFHI. La Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica (FNOPO) evidenzia infatti che pochi ospedali in Italia soddisfano i criteri della BFHI, in parte a causa dell'obbligo di rispettare integralmente il Codice di Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno. (WHO, 1981) Questo progetto su base nazionale, invece, offrirebbe una maggiore flessibilità riguardo al rispetto del Codice, pur mantenendo alti standard etico-professionali per gli operatori sanitari e garantendo trasparenza e correttezza nei rapporti con l'industria delle formule latte. (SIN, 2023)

PROGRAMMAZIONE, REALIZZAZIONE

La Politica Aziendale sull'Allattamento (PAA) intende impegnare la Direzione dei Centri di Neonatologia, Ginecologia, Ostetricia ed il personale sanitario a sostenere attivamente l'allattamento, rispettando il diritto di tutti i genitori di poter prendere decisioni informate sulla nutrizione dei loro bambini. (SIN, 2023)

L'iniziativa nasce nel 2023 come progetto intersocietario che ha visto la collaborazione

di diversi enti scientifici, tra cui SIN, SIP, SIGO, SINUPE, AGOI, FNOPO, FNOPI, SININF, SIPINF & VIVERE ONLUS, si sviluppa su 5 fasi e si prevede abbia durata di 32 mesi, con termine a febbraio 2025. Le strutture aderenti che avranno dimostrato il rispetto dei protocolli specifici indicati nella PAA e l'adozione di politiche informative che favoriscono l'allattamento al seno riceveranno una certificazione che attesterà il soddisfacimento di determinati standard di qualità.

Il progetto si rivolge in particolare ai neonati sani, che abbiano **un'epoca gestazionale pari o superiore a 37 settimane e un peso alla nascita di almeno 2500 grammi**. Queste specifiche assicurano che l'attenzione sia rivolta a neonati che, in linea generale, non presentano complicazioni significative e possono trarre beneficio dalle pratiche di allattamento promosse. Questa scelta consente di ottimizzare le risorse e di fornire un supporto più efficace alle madri e ai neonati, massimizzando i vantaggi delle iniziative implementate.

Alle aziende aderenti è stato quindi richiesto di istituire un **Gruppo di Lavoro Locale sulla Politica Aziendale per l'Allattamento (GdL-L-PAA)**, che dovesse essere multidisciplinare, includendo almeno un pediatra o un neonatologo, un ginecologo-ostetrico, un anestesista, un'ostetrica e, facoltativo, un rappresentante delle famiglie. Per raccogliere e registrare le informazioni relative alle pratiche di alimentazione

neonatale adottate nei punti nascita, la PAA ha introdotto anche un **sistema di monitoraggio**, fondamentale per assicurare il rispetto delle pratiche di allattamento e per valutare l'efficacia delle politiche implementate. Questo sistema prevede la compilazione di un registro, che può essere sia cartaceo che informatizzato, dove vengono annotati i dettagli relativi al tipo di alimentazione adottata per ciascun neonato. Le informazioni registrate possono includere l'allattamento al seno esclusivo, l'allattamento misto e l'uso di formule artificiali.

Gli interventi previsti dalla Politica Aziendale di Allattamento (PAA) si concentrano su tre aree principali: il miglioramento dell'informazione prenatale, il potenziamento delle pratiche postnatali e l'attuazione di un programma di formazione per il personale sanitario.

- *Miglioramento dell'Informazione Prenatale*

Uno degli obiettivi principali della Politica Aziendale di Allattamento (PAA) è garantire che le future madri ricevano informazioni chiare e complete sull'allattamento durante gli incontri di accompagnamento alla nascita. Le Direzioni Aziendali devono impegnarsi a migliorare l'informazione prenatale utilizzando una checklist per coprire tutti i temi rilevanti e allineando le informazioni con le pratiche di supporto disponibili. Questo sforzo si traduce nella creazione di materiali educativi e

nell'organizzazione di sessioni informative sui benefici dell'allattamento, le tecniche corrette e le strategie per affrontare le difficoltà. L'obiettivo finale è aumentare la consapevolezza e la fiducia delle madri, consentendo loro di prendere decisioni informate sulla nutrizione del neonato.

- *Potenziamento delle Pratiche Postnatali*

La Politica Aziendale di Allattamento (PAA) riconosce l'importanza cruciale delle pratiche postnatali nel creare un ambiente favorevole all'allattamento al seno. Queste pratiche includono il contatto pelle a pelle immediato tra madre e neonato subito dopo la nascita, un approccio che promuove l'attaccamento reciproco e stimola il riflesso di suzione del bambino. Inoltre, viene incoraggiato il rooming-in, ovvero la permanenza del neonato nella stessa stanza della madre. Questa modalità facilita non solo l'allattamento a richiesta, ma contribuisce anche a rafforzare il legame affettivo tra madre e figlio.

- *Attuazione di un Programma di Formazione*

Infine, un aspetto cruciale della PAA è l'attuazione di un programma di formazione specifico per il personale sanitario coinvolto nell'assistenza alle madri e ai neonati. Questo programma formativo è reso obbligatorio per tutti i membri del Dipartimento Materno-

Infantile e mira a fornire loro le competenze necessarie per offrire un supporto adeguato all'allattamento. La formazione comprende moduli su tecniche di allattamento, gestione delle problematiche legate all'allattamento e comunicazione con le madri. Attraverso corsi accreditati e sessioni pratiche, il personale sarà in grado di trasmettere messaggi coerenti e univoci alle famiglie, migliorando la qualità dell'assistenza e contribuendo all'aumento dei tassi di allattamento al seno.

VALUTAZIONE

La valutazione della Politica Aziendale di Allattamento (PAA) è un processo cruciale per monitorare l'efficacia delle pratiche implementate nelle strutture sanitarie, garantendo il raggiungimento degli obiettivi di promozione, protezione e sostegno all'allattamento al seno. Questa valutazione si basa su indicatori specifici, suddivisi in tre categorie principali: indicatori di processo, indicatori di esito e indicatori di gradimento.

Gli **indicatori di processo** si concentrano sulle attività e sui protocolli adottati, verificando l'implementazione di pratiche come il contatto pelle a pelle e il rooming-in, la formazione del personale sanitario e il monitoraggio delle pratiche di alimentazione neonatale. Gli **indicatori di esito**, invece, misurano i risultati finali, come i tassi di allattamento materno esclusivo e la

soddisfazione delle madri riguardo al supporto ricevuto. Infine, gli **indicatori di gradimento** si focalizzano sul feedback delle madri, raccogliendo opinioni e utilizzando sondaggi per valutare la loro esperienza complessiva durante la degenza.

I PRIMI RISULTATI

Attualmente, 62 Aziende Sanitarie hanno aderito alla Politica Aziendale di Allattamento (PAA), comprendente un totale di 111 Punti Nascita, distribuiti su 14 delle 21 Regioni e Province Autonome italiane. I dati più recenti sulla PAA provengono dal *Rapporto sulla fase iniziale del progetto*, presentato il 21 febbraio 2024, in occasione della Seconda videoconferenza del Progetto PAA e riguardano i Punti Nascita che hanno inviato le loro informazioni entro la scadenza del 30 novembre 2023, evidenziando la partecipazione di 89 su 111 strutture arruolate, pari all'80,2%. (SIN, 2024)

Dall'analisi dei dati, risulta che solo 2/3 dei nati sani, di buon peso ed a termine è allattato esclusivamente con latte materno alla dimissione dalla Maternità (per la precisione 67.3% di 33.367 neonati). La pratica della pelle a pelle (*Skin-to-Skin Contact* o SSC) non viene proprio effettuata nel 4.5% dei Punti Nascita, nel 43.8% dei Punti Nascita viene effettuata solo dopo parto vaginale, nel 51.7 % dei Punti Nascita sia dopo parto vaginale che dopo cesareo. Tuttavia, su un campione di 6.304 neonati a termine sani, solo il 76.9% ha praticato lo SSC in Sala Parto dopo parto

vaginale. Il rooming-in, inteso come estensivo (almeno 20/24 h), è previsto in tutti i Punti Nascita presi in considerazione, ma viene effettivamente applicato solo nell'83.4% di un campione di 6.735 nati a termine, sani, di peso alla nascita normale (≥ 2500 gr). La formazione in allattamento per il personale sanitario risulta insufficiente, coprendo solo il 56.2% degli operatori. Le ostetriche e i ginecologi mostrano la minor percentuale di formazione, con solo il 50.5% di personale formato. (SIN, 2024)

DISCUSSIONE

Osservare dati attuali offre spunti significativi sulle sfide e le opportunità nel promuovere l'allattamento al seno in Italia. Attualmente, solo 2/3 dei nati sani, di buon peso ed a termine è allattato esclusivamente con latte materno alla dimissione dalla Maternità, ma ci si interroga sulla distanza rispetto agli obiettivi internazionali, come quelli fissati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che auspicano un tasso superiore al 90%. (WHO, 2018) Questa disparità solleva domande su come le pratiche siano implementate nei diversi contesti. In particolare, si nota una variazione significativa nei tassi di allattamento tra i vari centri, che vanno dal 4% al 100%. Questo fenomeno invita a riflettere sulla coerenza delle pratiche di allattamento e sulla formazione del personale sanitario. Con solo poco più della metà degli operatori formati, è

evidente che ci sono opportunità di miglioramento.

L'implementazione del progetto PAA richiede un adeguato supporto e risorse per superare le sfide logistiche e finanziarie che potrebbero limitare l'applicazione delle politiche. È cruciale che le autorità sanitarie e le istituzioni si impegnino attivamente a fornire il sostegno necessario per migliorare i risultati relativi all'allattamento in Italia e garantendo che sempre più madri e neonati possano beneficiare delle politiche promosse.

BIBLIOGRAFIA

- SIN et al. Politica aziendale sull'allattamento (PAA). Un progetto inter-societario di promozione della salute materno-infantile. 2023
- SIN et al. Valutazione dell'impegno per l'allattamento nei punti nascita e nelle aziende sanitarie. Rapporto sulla fase iniziale del progetto PAA (Policy Aziendale Allattamento). 2024
- World Health Organization, & United Nations Children's Fund (UNICEF). Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva. 2018
- World Health Organization. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva. 1981

LE COMPETENZE AVANZATE OSTETRICHE NELL'EDUCAZIONE LGBT NELLE SCUOLE ITALIANE

Elisabetta Nassa*

* Ostetrica Libero Professionista Roma

RIASSUNTO

Il diritto all'educazione affettiva e sessuale, riconosciuto dall'UNESCO, è un diritto fondamentale per la salute e la realizzazione dei diritti umani, ed è strettamente legato all'uguaglianza di genere, come previsto dall'Agenda 2030 dell'ONU. La guida internazionale del 2018, sviluppata da organizzazioni come UNAIDS e UNICEF, promuove un'educazione sessuale comprensiva che include aspetti cognitivi, emozionali, fisici e sociali della sessualità. Gli studi dimostrano che un'educazione sessuale di qualità non incrementa l'attività sessuale o i comportamenti rischiosi tra i giovani, ma migliora il benessere psicologico e riduce la discriminazione e la violenza di genere. In Italia, però, l'educazione affettiva e sessuale è ancora assente in molte scuole, con una presenza sporadica nei programmi didattici, soprattutto nel Nord. Il ruolo dell'ostetrica è fondamentale in questo ambito, poiché, come stabilito dalla legge, partecipa a interventi di educazione sanitaria e sessuale, promuovendo la consapevolezza riguardo ai diritti sessuali, all'affettività e all'inclusione, anche per le persone LGBT+. Inoltre, le ostetriche sono coinvolte nell'informazione, nella cura e nella ricerca su queste tematiche.

Parole chiave: educazione affettiva – educazione sessuale – comunità LGBTI – bullismo omofobico

IL DIRITTO ALL'EDUCAZIONE AFFETTIVA E SESSUALE

Il diritto all'educazione affettiva e sessuale, come ricorda l'UNESCO, è un diritto alla salute e il presupposto imprescindibile per la realizzazione di un pieno rispetto dei diritti umani e per l'uguaglianza di genere, che sono

tra gli obiettivi dell'ONU per lo Sviluppo Sostenibile dell'Agenda 2030.

Nel 2018, in collaborazione con UNAIDS, UNPFA, UNICEF, UN Women, WHO, è stata presentata la “*International technical guidance on sexuality education*”, una nuova

guida, completa, aggiornata e basata sulle evidenze scientifiche, dedicata all'educazione sessuale o Comprehensive Sexuality Education (CSE). (UNESCO, 2018)



La prima edizione della guida UNESCO risale al 2009. L'educazione sessuale 'comprensiva' prevede un insegnamento di tipo trasversale e olistico sugli aspetti cognitivi, emozionali, fisici e sociali della sessualità.

Frutto di una ricognizione dei vari modelli di educazione sessuale adottati nel mondo e dell'elaborazione delle migliori pratiche sviluppate in merito, la guida dimostra gli effetti positivi che l'educazione sessuale può avere sulle persone giovani permettendo loro di adottare comportamenti più responsabili

rispetto alla propria salute sessuale e riproduttiva.

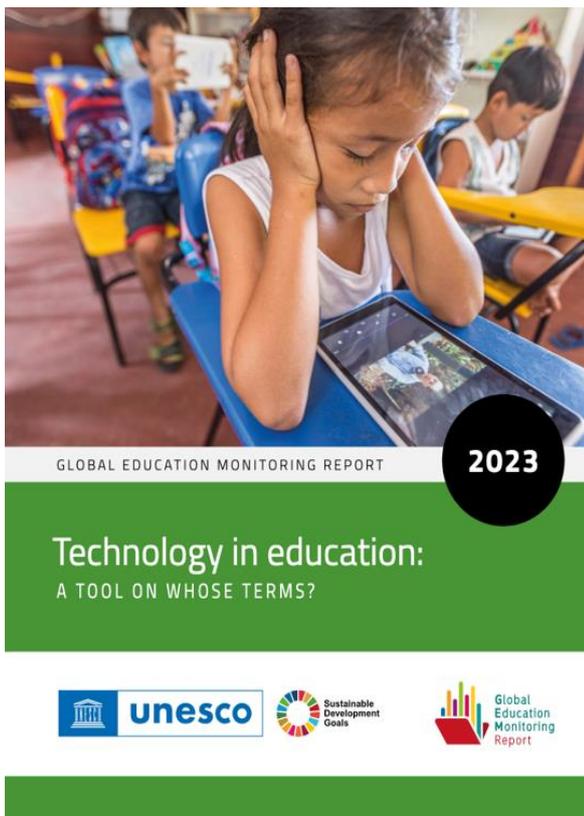
Nel testo vengono chiarite definizioni e contenuti di un'educazione sessuale completa, delineando concetti chiave, argomenti e obiettivi di apprendimento che dovrebbero guidare lo sviluppo di programmi di studio, adattati a livello locale, per le persone di età compresa tra i cinque e i diciotto anni. Viene smentito, sulla base delle evidenze, che l'educazione sessuale nei contesti scolastici ed extrascolastici, possa incrementare l'attività sessuale, i comportamenti a rischio o le percentuali di infezioni da IST o HIV (UNESCO, 2018).

È stato altresì dimostrato che programmi educativi che includono un focus sulle questioni di genere ed LGBTQ registrano risultati positivi, tra cui il miglioramento del benessere psicologico dei giovani, la riduzione della discriminazione, della violenza di genere e di abusi sessuali su minori (UNESCO, 2018).

Giungiamo al 2023 con la pubblicazione di *“Technology in education”*, in cui i profili di 50 nazioni nelle loro politiche e attività di educazione sessuale 'comprensiva' sono stati esaminati e pubblicati nel Global Education Monitoring Report-GEM dell'UNESCO (UNESCO, 2023). Le linee guida suggeriscono proprio che l'ambiente scolastico è un ambiente ideale in cui promuovere la salute e supportano l'istituzione di programmi di educazione

sessuale e affettiva a lungo termine, a partire dalle scuole (UNESCO, 2023).

Infatti, nella maggior parte degli Stati membri dell'Unione Europea è materia obbligatoria, sebbene in alcuni Paesi, tra cui Bulgaria, Cipro, Italia, Lituania, Polonia e Romania, l'educazione sessuale e affettiva sia ancora assente dai curricula scolastici.



La Scozia è stato il primo Paese al mondo ad avere un'istruzione inclusiva per la comunità LGBT (lesbiche, gay, bisessuali, transgender e intersessuali) integrata nel curriculum scolastico (The Scottish Government, 2018).

Dallo studio “*Life in Scotland for LGBT young people*”, condotto su 684 giovani LGBTQ+ nel 2017, emerse che il 90% dei giovani LGBT scozzesi aveva subito bullismo a scuola, il 40% era stato vittima di un

crimine di odio nell'anno precedente e solo il 30% di loro si fidava abbastanza delle autorità per denunciarlo (LGBT Youth Scotland, 2017).

Di conseguenza tutte le 33 raccomandazioni del “*LGBTI Inclusive Education Working Group*”, creato per migliorare l'esperienza di apprendimento per i giovani LGBTI, sono state accettate integralmente dal governo scozzese e dunque tutte le scuole pubbliche sono state supportate nell'insegnamento dell'uguaglianza e dell'inclusione LGBT in diverse fasce d'età e materie, raggruppate in vari temi (The Scottish Government, 2018).

Un altro studio, realizzato dall'Associazione Stonewall e la University of Cambridge, condotto su 3713 studenti nel 2017, mostra l'Inghilterra in una situazione simile alla Scozia: il bullismo omofobo è una delle forme di bullismo più diffuse in UK, riguarda la metà dei giovani LGBT e può portare all'abbandono scolastico nel 40% dei casi, all'autolesionismo nell'84% e a tentativi di suicidio nel 40% (Stonewall, 2017).

Nell'A.A. 2020/21 questa materia è entrata nelle linee guide del Ministero dell'Istruzione: gli Istituti hanno integrato nel programma ore obbligatorie in cui parlare del mondo LGBT e sensibilizzare gli studenti verso la tolleranza e l'inclusività (MIUR, 2015).

IL BULLISMO OMOFOBICO NELLE SCUOLE ITALIANE

Il bullismo omofobico riguarda tutti gli atti di prepotenza e abuso che si fondano sull'omofobia, rivolti a persone percepite come omosessuali o atipiche rispetto ai convenzionali ruoli di genere.

Gli studi sul bullismo omofobico in Italia risalgono al 2010 ma, già allora, i numeri preoccupavano: l'81% degli studenti LGBT aveva subito frequenti aggressioni verbali, il 38% minacce di violenza, il 16% molestie sessuali, il 15% aggressioni fisiche e il 6% aggressioni con un'arma. (Arcigay, 2010)

Nel 2014 Amnesty International ha sviluppato "Scuole Attive contro l'omofobia e la transfobia" un programma che permette alle scuole di aderire a forme di insegnamento inclusive per contrastare il bullismo omofobico e aiutare i giovani nel loro percorso verso la consapevolezza (Amnesty International, 2014).



Gli studenti LGBT sono il 5-10% della popolazione scolastica, circa due per ogni classe, e nella maggior parte dei casi scoprono il proprio orientamento sessuale proprio nel difficile periodo dell'adolescenza.

In Italia colpisce l'assenza anche della semplice educazione sessuale, un'assenza che è collegata a doppio filo alla questione LGBT. Proprio a questo proposito, sono stati recentemente ricercati programmi di educazione sessuale e affettiva portati avanti in tutta Italia in un arco temporale che va dal 2006 al 2021 (Lo Moro, 2023), per analizzare da una parte la coerenza rispetto agli standard UNESCO, dall'altra se vi fossero differenze all'interno delle aree geografiche italiane.

Emerge che solo 12 regioni su 20 hanno avuto almeno un programma attivo, e principalmente nel Nord Italia.

In generale i temi proposti dall'UNESCO sono stati discussi con le seguenti percentuali:

- 92% contraccezione, amore, matrimonio e famiglia;
- 83% aspetti biologici, corpo e consapevolezza, pubertà, anatomia, HIV/AIDS e malattie sessualmente trasmissibili;
- 50% ruoli di genere;
- 42% l'orientamento sessuale e le questioni legate alla comunità LGBT+ e alla violenza di genere.

Figurano come poco affrontati temi quali: gravidanza e parto (25%); mutuo consenso,

diritti umani e media (33%); disabilità (questi ultimi trattati per altro esclusivamente alle scuole secondarie) (Lo Moro, 2023).

Inoltre, i progetti portati avanti dalle varie regioni sono disomogenei sia quantitativamente che temporalmente: per quanto riguarda il numero di progetti, alcune regioni hanno sviluppato più progetti rispetto ad altre.

Il numero totale di progetti era 39: 32 in Italia settentrionale, 3 in Italia centrale e 4 in Italia meridionale.



Nella figura, le regioni senza progetti sono colorate in rosso, mentre una diversa gradazione di blu riflette il numero di progetti nelle altre regioni, che vanno da uno a 15.

IL RUOLO DELL'OSTETRICA

Come decretato dal profilo suo professionale (Decreto 14 settembre 1994, n. 740), *“l'ostetrica/o, per quanto di sua competenza, partecipa ad interventi di educazione sanitaria e sessuale sia nell'ambito della famiglia che nella comunità”*.

L'ostetrica svolge un ruolo fondamentale nell'educazione sessuale e come parte di una rete di supporto per individui e comunità.

Questo ruolo si estende ben oltre la tradizionale assistenza al parto, abbracciando una vasta gamma di responsabilità educative e di supporto.

L'ostetrica non si occupa solo di contraccezione e di diritto all'aborto, ma in modo appropriato educa i giovani all'affettività, si occupa di diritti sessuali, del significato dell'educazione sessuale e del diritto ad avere unioni libere da coercizione, di mutilazioni genitali femminili e maschili, etc. Ha inoltre l'opportunità di consentire a genitori, educatori e figli di apprendere quali siano gli strumenti giuridici di tutela delle vittime sui temi della violenza, dello stalking e degli atti persecutori, di conoscere l'utilizzo delle droghe da stupro, di conoscere le nuove tecnologie in uso in ambito pedo-pornografico e come prevenire le discriminazioni e gli abusi.

Un'ostetrica con competenze nelle questioni LGBT è formata per fornire cure inclusive a individui di diversi orientamenti sessuali e identità di genere. Questo comporta la comprensione delle esigenze sanitarie uniche e delle sfide affrontate dalle persone LGBT e la promozione di un ambiente di supporto per gli individui.

Tali ostetriche sono essenziali per garantire che tutti gli individui ricevano cure rispettose e competenti, in particolare nelle aree legate alla gravidanza, al parto e alla salute riproduttiva.

Una revisione sistematica (McCann, 2018) ha identificato importanti questioni che devono essere affrontate per garantire che studenti universitari e operatori sanitari possiedano le conoscenze, le competenze, gli atteggiamenti e i valori appropriati necessari per soddisfare le specifiche esigenze sanitarie delle persone LGBT+. La revisione sottolinea l'importanza dell'inclusione delle problematiche legate alla salute LGBT+ nei programmi di formazione sanitaria e di sviluppo professionale continuo. Anche alla 7a EMA (European Midwives Association) Education Conference del 2023 è stata affrontata la suddetta tematica: *“Diversi studi mostrano che molti professionisti sanitari non dispongono delle conoscenze, delle abilità e delle competenze culturali necessarie per fornire assistenza LGBTQ di alta qualità. I dati sui programmi ostetrici sono scarsi. Gli studi che hanno coinvolto gli studenti di medicina mostrano che, sebbene la maggior parte degli studenti di medicina mostri già atteggiamenti favorevoli nei confronti delle persone LGBTQ, la loro conoscenza sui bisogni sanitari delle persone LGBTQ è di livello medio e gli interventi educativi contribuiscono a migliorarla in misura significativa. Il Dipartimento di ostetricia dell'Università Ellenica Internazionale, solo nel 2019 ha aggiunto un modulo di formazione universitaria riguardante i problemi di salute della popolazione vulnerabile.”* (EMA, 2023) Perciò anche nei

paesi in cui l'istruzione ostetrica è più solida sui problemi di consapevolezza di uguaglianza-diversità, gli studi dimostrano che c'è bisogno di più supporto e più strumenti per preparare e fornire contenuti sulla salute LGBTQ alle studentesse ostetriche. (Antonakou, 2023)

CAMPI DI AZIONE DELL'OSTETRICA

L'ostetrica può esercitare le sue competenze in quattro campi di azione: nella cura diretta della persona, nell'educazione della comunità, nel lavoro di equipe e nel lavoro di formazione e ricerca.

Cura diretta della persona

Le ostetriche sono informate sulle preoccupazioni sanitarie specifiche che possono riguardare le persone LGBT, come la terapia ormonale, gli interventi chirurgici di affermazione del genere con la necessaria riabilitazione pelvi-perineale, e le questioni di salute mentale legate alla discriminazione o allo stigma.

Lavorano per creare un ambiente sicuro in cui i pazienti si sentano a proprio agio nel discutere la loro salute senza timore di giudizio o incomprensione.

Educazione della comunità

Le ostetriche lavorano per aumentare la consapevolezza delle questioni di salute LGBT tra le istituzioni (come quella scolastica) e il pubblico in generale, con

l'obiettivo di ridurre le disparità e migliorare l'accesso a cure di qualità. In tal modo si promuove una comprensione più profonda della diversità di genere e sessuale, contribuiscono a un sistema sanitario più inclusivo ed equo. Inoltre, integrandosi con le competenze di altri professionisti,

Lavoro di equipe

La collaborazione con altri professionisti sanitari garantisce un supporto globale ai loro assistiti. Il lavoro multidisciplinare permette il consolidarsi di una rete di supporto importantissima per la salute e tutela dell'individuo, a cui viene garantita un'assistenza completa e specializzata.

Formazione e ricerca

Contribuendo alla ricerca, aiutano a colmare le lacune conoscitive e forniscono raccomandazioni basate su evidenze per migliorare le politiche e le pratiche sanitarie relative alle minoranze sessuali e di genere.

L'impegno dell'ostetrica nella ricerca scientifica è fondamentale per far progredire le questioni sanitarie specifiche delle persone LGBT. Le ostetriche specializzate in questo campo contribuiscono a studi che esaminano le disparità sanitarie, sviluppano interventi mirati e valutano l'efficacia delle pratiche di cura. Attraverso queste ricerche, forniscono dati essenziali che possono informare le politiche sanitarie e migliorare le pratiche cliniche.

Le ostetriche svolgono un ruolo cruciale anche nel sensibilizzare e formare i colleghi e il personale sanitario sui temi legati alla salute LGBT. Questo tipo di formazione è fondamentale per ridurre i pregiudizi e promuovere l'uguaglianza nel settore sanitario.

CONCLUSIONI

L'obiettivo è avanzare verso una visione di salute globale che abbraccia la diversità e promuove il benessere per tutti.

In definitiva, il lavoro delle ostetriche con competenze nelle questioni LGBT è una componente vitale di un sistema sanitario progressista, che non solo risponde ai bisogni immediati delle persone ma contribuisce anche a una trasformazione culturale più ampia verso l'uguaglianza e l'inclusione per tutti.

BIBLIOGRAFIA

- Amnesty International Italia. Scuole attive contro l'omofobia e la transfobia. Diritti LGBTI, diritti umani guida per docenti. Roma, 2014
- Antonakou A. "Is there a role for midwifery education to improve the knowledge and attitudes of Greek midwives on gender equality and reproductive health rights of members of the LGBTQ community?". European Journal of Midwifery. 2023
- Arcigay. Report finale della ricerca nazionale sul bullismo omofobico nelle scuole superiori italiane. Bologna, 2010
- EMA. 7th EMA Education Conference Athens – Greece 26th -29th October 2023, abstract book. European Journal of Midwifery. 2023
- LGBT Youth Scotland. Life in scotland for LGBT young people. Analysis of the 2017 survey for lesbian, gay, bisexual and transgender young people. 2017
- Lo Moro, G., Bert, F., Cappelletti, T., Elhadidy, H. S. M. A., Scaioli, G., & Siliquini, R. (2023). Sex Education in Italy: An Overview of 15 Years of Projects in Primary and Secondary Schools. Archives of sexual behavior, 52(4), 1653–1663.
- McCann, E., & Brown, M. (2018). The inclusion of LGBT+ health issues within undergraduate healthcare education and professional training programmes: A systematic review. Nurse education today, 64, 204–214.
- MIUR. Linee Guida Nazionali (art. 1 comma 16 L. 107/2015) Educare al rispetto: per la parità tra i sessi, la prevenzione della violenza di genere e di tutte le forme di discriminazione. Roma, 2015
- Stonewall. School report, the experiences of lesbian, gay, bi and trans young people in Britain's schools in 2017. London, 2017
- The Scottish Government. LGBTI Inclusive Education Working Group Report to the Scottish Ministers. Edinburgh, 2018
- UNESCO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF, UN Women & WHO. International technical guidance on sexuality education. Ginevra, UNESCO Publishing, 2018
- UNESCO. Global Education Monitoring Report 2023: Technology in education – A tool on whose terms? Paris, UNESCO Publishing, 2023

Segreteria Nazionale

Via Giuseppe Abamonti, 1
20129 Milano
Tel. +39 02 29525380 r.a.
fax +39 02 29525521
P. IVA 07248120961



POSITION PAPER AD INTERIM
a cura dell'Associazione Italiana di Ostetricia (A.I.O.)
Settembre 2023-aggiornamento 2024

Questa dichiarazione di Position Paper è una Raccomandazione specifica circa la **competenza dell'Ostetrica in tema di "pavimento pelvico e utilizzo di ausili ed elettromedicali"** ed è stata redatta in riferimento alla Normativa vigente che riguarda la professione Ostetrica/o e all'opinione di un gruppo di esperti della Società stessa.

Sin dal 2015 l'Associazione Italiana di Ostetricia (A.I.O.) ha inteso valorizzare e potenziare il percorso assistenziale delle Ostetriche in ambito uro-ginecologico e colon-proctologico femminile, istituendo un gruppo di studio al suo interno: Gruppo Ostetriche Italiane Pavimento Pelvico (GOIPP).

Le *"Raccomandazioni A.I.O. Salute Pelvica Femminile, 2024"*, sono uno strumento di Midwifery best practice per le Ostetriche, immediatamente applicabile alle attività professionali.

Sulla base del diritto sanitario e dei fondamenti inerenti il Decreto Ministeriale istitutivo del Profilo Professionale, il Codice Deontologico, l'Ordinamento Didattico Universitario e della formazione post base delle Ostetriche, possiamo affermare che l'Ostetrica/o ha competenze in tale ambito professionale e quanto altro segue:

- 1.** le Ostetriche sono abilitate dallo Stato italiano all'attività di prevenzione, rieducazione, cura e riabilitazione della salute individuale e collettiva delle donne (Legge 26.02.1999 n. 42 art. 1, comma 2; Legge 10 Agosto 2000 n. 251 art. 1);
- 2.** le competenze in area "riabilitativa" vengono riconosciute dal Profilo Professionale che declina le aree di assistenza, ovvero: area ostetrica, ginecologica e neonatale e dal Codice Deontologico che le richiama agli artt. 1.1, 1.2, 1.3, 2.7, 3.9, 3.11, 3.13, 3.14
- 3.** le competenze in area "riabilitativa" prevedono il rispetto:
 - a. delle competenze mediche per quanto concerne la diagnosi di patologia e la prescrizione delle attività curative o riabilitative (Legge 26.02.1999 n. 42 art. 1, comma 2);

- b. il rispetto delle competenze di altre professioni sanitarie dell'area riabilitativa (Legge 26.02.1999 n. 42 art. 1, comma 2 e Legge 10 Agosto 2000 n. 251 art. 2);
4. l'Ostetrica non è abilitata dalla normativa vigente, al trattamento del pavimento pelvico maschile e pertanto ove questo dovesse verificarsi, trattasi di abuso di altra professione;
5. il Profilo Professionale dell'Ostetrica/o permette l'attività clinica professionale sia in area "ostetrica" che in area "ginecologica" (vedi punto 2) richiamando tutte le fasi della vita della donna: infanzia, adolescenza, età fertile, climaterio-menopausa e quindi nel complesso normativo, possiamo affermare con azioni di prevenzione, rieducazione, cura e riabilitazione prevedendo la pratica clinica assistenziale, in modo indipendente ma anche come membro di équipe sanitaria;
6. L'Ostetrica/o è autorizzata a praticare:
- a. *attività clinica preventiva*: fornisce informazioni ed educazione sanitaria per correggere comportamenti scorretti e per il mantenimento della salute pelvi-perineale; migliora la consapevolezza di questa parte del corpo femminile e incoraggia a praticare esercizi muscolari per tutta la vita poiché gli studi scientifici indicano che è il modo più efficace per prevenire le disfunzioni del pavimento pelvico;
- b. *attività clinica rieducativa*: fornisce informazioni ed educazione sanitaria per il recupero della salute del pavimento pelvico;
- c. *attività clinica terapeutica e riabilitativa*: partecipa alle procedure diagnostico-terapeutiche che riguardano il percorso di salute e sulla base di una diagnosi effettuata dal medico, attua programmi di cura e riabilitazione del pavimento pelvico (anche in D.L. 6 Novembre 2007, n. 206 lettera l);
- d. le competenze acquisite avanzate nel percorso formativo post-base comprendono l'area uroginecologica e colonproctologica femminile poiché entrambi i comparti fanno parte del pavimento pelvico e la competenza dell'Ostetrica è olistica e rivolta alla *salute di genere*; devono essere certificate ECM e riportate nel *portfolio personale delle performance* ostetriche, una raccolta personale di evidenze sulle proprie conoscenze, abilità, attitudini e risultati conseguiti.

Il portfolio personale delle performance ostetriche rappresenta per i cittadini e per le aziende, uno strumento di accreditamento professionale che:

- * garantisce professioniste con competenze certificate;
- * protegge il mondo femminile e le famiglie dall'incompetenza;
- * stimola la professionista ostetrica a migliorarsi con obiettivi sempre più elevati;
- * documentata l'evoluzione del suo percorso professionale.

7. L'ostetrica partecipa alle attività dell'equipe multidisciplinare riabilitativa, pertanto, collabora con i medici specialisti ginecologo, urologo, proctologo, sessuologo, chirurgo plastico, endocrinologo, fisiatra, psicologo con specializzazione cognitivo comportamentale e con osteopata, dietista e fisioterapista in ambito pubblico e in ambito privato;
8. per quanto riguarda la *prevenzione* e la *rieducazione* si rimanda alle "*Raccomandazioni A.I.O. Salute Pelvica Femminile, 2024*";
9. per quanto riguarda la riabilitazione, in tutte le disfunzioni del pavimento pelvico (derivanti dal parto o di natura uro-procto-ginecologica) vista la specialità e specificità della sua azione rivolta al mondo *femminile*, l'ostetrica è autorizzata a:
 - a. eseguire le terapie manuali esterne o interne (endovaginali e/o endoanali);
 - b. eseguire le tecniche di massaggio o di rilassamento secondo protocolli in materia;
 - c. insegnare ed applicare tutte le tecniche volte a creare la consapevolezza dei muscoli pelvi-perineali;
 - d. eseguire la chinesiterapia (FKT);
 - e. eseguire il biofeedback pressorio ed elettromiografico (BFB), ove espressamente formata all'utilizzo della strumentazione e delle relative tecniche;
 - f. eseguire l'elettrostimolazione funzionale (SEF/FES);
 - g. eseguire l'elettroterapia antalgica (TENS);
 - h. eseguire la stimolazione transcutanea del nervo tibiale posteriore (TTNS);
 - i. eseguire la radiofrequenza vulvovaginale e dello sfintere anale;
 - j. eseguire l'elettroporazione (solo con uso di acido ialuronico o di preparati galenici su prescrizione medica);
 - k. eseguire l'erogazione di ossigeno e acido ialuronico;
 - l. eseguire il training muscolare del pavimento pelvico (PMFT);

- m. insegnare l'auto-trattamento domiciliare (coni vaginali anche se in progressivo disuso, sonda in silicone vaginale e anale, stretching perineale, automassaggio della muscolatura del comparto anteriore);
- n. eseguire le tecniche ipopressive in ambito pelvi-perineale.

10. per quanto riguarda la **riabilitazione nella Comunità che ha effettuato la transizione femminile** (vista la specialità e specificità della sua azione rivolta al mondo *femminile*), l'ostetrica deve lavorare in team e:

a) interagire con i seguenti specialisti:

- * psicologo
- * sessuologo
- * urologo
- * colonproctologo
- * ginecologo
- * chirurgo plastico
- * fisiatra
- * osteopata
- * fisioterapista
- * endocrinologo

b) eseguire un esame obiettivo perineale:

- * osservazione dei genitali esterni
- * valutazione della sensibilità
- * valutazione neurologica: del muscolo bulbo cavernoso e riflesso sacrale
- * ispezione
- * palpazione nucleo fibroso centrale (NFC)
- * valutazione della statica pelvica
- * valutazione del perineo discendente
- * esplorazione vaginale
- * ricerca tender-trigger points, tono muscolare
- * test perineale (asimmetrie, test del muscolo pubo coccigeo o PC test)
- * esplorazione retto-ale (valutazione dello sfintere esterno-interno, del dolore rettale, della coccigodinia)

c) utilizzare le seguenti tecniche riabilitative su prescrizione medica:

- * tecniche manuali (digitopressione sui trigger points, massaggio circolare lento, stiramento dei muscoli e delle fasce vaginali, lavoro sul N.F.C.)
- * chinesiaterapia (esercizi del pavimento pelvico, stretching vaginale ed auto-massaggio; identificazione e invio all'osteopata e/o alla

fisioterapista per il trattamento di difetti posturali e lavoro fascio-connettivale)

- * elettrostimolazione
- * biofeedback
- * educazione comportamentale pelvi-perineale
- * erogazione di ossigeno e acido ialuronico

FONTI NORMATIVE

1. Decreto Ministeriale 14 Settembre 1994, n. 740 “Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo Profilo Professionale dell’Ostetrica/o”
2. Codice Deontologico approvato dal Consiglio Nazionale nella seduta del 19 giugno 2010 con integrazioni e revisioni approvate dal Consiglio Nazionale nella seduta del 5 luglio 2014, nuove integrazioni proposte nella seduta del 28 e 29 luglio 2017 ed approvate dal Consiglio Nazionale del 18 novembre 2017
3. Decreto Ministeriale 22 Ottobre 2004, n. 270 (Ordinamento Didattico Universitario)
4. Legge 26 Febbraio 1999, n. 42 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”
5. Legge 10 Agosto 2000, n. 251 “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica”
6. Decreto Legislativo 6 Novembre 2007, n. 206 "Attuazione della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, nonché della direttiva 2006/100/CE che adegua determinate direttive sulla libera circolazione delle persone a seguito dell'adesione di Bulgaria e Romania"

Antonella Marchi

Presidente e Consiglio Direttivo Associazione Italiana di Ostetricia (A.I.O.)

Via Giuseppe Abamonti 1

20129 Milano

Tel. +39 02 29525380

Fax +39 02 29525521

Segreteria: aio@aogoi.it

Presidenza: presidenzaaio@gmail.com

Web: www.associazioneitalianaostetricia.it

Instagram: [a.i.o. ostetriche e ginecologi](https://www.instagram.com/a.i.o._ostetriche_e_ginecologi)

Facebook: Associazione Italiana di Ostetricia

norme per gli autori

I LAVORI DEVONO ESSERE INVIATI

Per posta elettronica all'indirizzo: **presidenzaio@gmail.com** che provvederà ad inoltrarli al Comitato Scientifico. La Redazione non risponde della reperibilità di materiale inviato ad altri indirizzi. Nella lettera di accompagnamento dovrà essere indicato l'autore referente con il relativo recapito telefonico e indirizzo di posta elettronica.

L'ARTICOLO DOVRA' CONTENERE:

- 1) Titolo del lavoro
- 2) Nome e cognome dell'autore/autori per esteso
- 3) Qualifica professionale ed affiliazione
- 4) Riassunto in italiano (max 10-15 righe)
- 5) Parole chiave in italiano (max 5)
- 6) Bibliografia completa in tutte le voci (vedi sotto)
- 7) Le tabelle e/o i grafici devono essere numerati e completi di titolo e riferimento nel testo
- 8) Le illustrazioni devono essere complete di didascalia e riferimento nel testo
- 9) Per i lavori di ricerca devono essere indicati: introduzione, scopo dello studio, materiale e metodi, risultati, discussione, conclusioni e bibliografia

L'autore/autori è responsabile di tutti i contenuti del testo pubblicato. I lavori sono pubblicati gratuitamente e la loro accettazione sarà comunicata al primo autore per posta elettronica. I testi proposti devono essere originali e non devono essere già stati pubblicati né inviati ad altri Editori. Il testo, preferibilmente non superiore a 20.000 caratteri (spazi inclusi), deve essere redatto in

italiano. Il titolo dell'articolo deve essere conciso, chiaro e informativo, eventuali sottotitoli necessari a compendiare il concetto predominante del lavoro. Il carattere utilizzato deve essere Times New Roman, dimensione 12 e le unità di misura riferite secondo il sistema internazionale.

BIBLIOGRAFIA

La bibliografia deve essere presentata alla fine del testo, con elenco puntato delle fonti, in ordine alfabetico del cognome del primo autore.

Per ogni citazione di articoli si devono citare nell'ordine: cognome e iniziale del nome di tutti gli autori, titolo dell'articolo, titolo della rivista, anno di pubblicazione, numero del volume. La bibliografia deve essere presentata secondo lo stile adottato dal BMJ (*Esempio di citazione bibliografica:* Tanne JH. Google launches free electronic health records service for patients, BMJ 2008; 336:1207).

Per ogni citazione di libri: cognome e iniziale del nome di tutti gli autori, titolo del libro, numero di pagina nel caso di specifico riferimento, edizione oltre alla prima, cognome e iniziale del nome dei curatori dell'opera, casa editrice, città e anno di pubblicazione.

Lettera di accompagnamento:

L'autore deve formulare dichiarazione esplicita che il lavoro scientifico non è stato inviato ad altre riviste.

Gli autori ed i co-autori devono essere iscritti all'AIO.