



LVCINA

**LA RIVISTA
DELL'OSTETRICA/O**

ANNO VII
I/2017

**L'Ostetrica di famiglia
e di comunità
per la promozione
della salute globale
e la cooperazione
sanitaria internazionale**

**34° CONGRESSO
NAZIONALE
DI CATEGORIA
Salerno
6-7 ottobre 2017**

**Educazione Continua
in Medicina (ECM) in pillole**

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1 La Federazione e il sistema ECM tra presente e futuro
di **Maria Vicario**

FNCO

- 2 Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale
- 3 La FNCO al Congresso "L'Ostetrica di famiglia e di comunità per la promozione della salute globale e la cooperazione sanitaria internazionale"
- 4 Informativa per il rinnovo degli Organi direttivi per il triennio 2018-2020
- 5 La FNCO a confronto con le società scientifiche: Roma 29 luglio 2017
- 6 34° Congresso Nazionale di Categoria. Il programma preliminare e i passi per iscriversi
- 8 Commissione nazionale formazione continua L'importanza della concertazione
di **Marialisa Coluzzi**
- 9 Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento *La formazione continua nel settore Salute*
- 11 La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche amplia le attività di comunicazione e relazioni esterne
- 12 Formazione Continua, Certificazione ECM 2014-2016 e le nuove regole per il triennio 2017-2019
di **Sergio Bovenga**
- 15 Progetto "La Federazione incontra i Collegi per la tematica Percorso Nascita: su e giù per lo Stivale"
- 16 L'evoluzione e le differenze nei sistemi ECM regionali
di **Silvia Falsini**
- 18 Una metodologia per la previsione del fabbisogno futuro di professionisti sanitari
di **Annalisa Malgieri**
- 23 Attestazione e certificazione
di **Mariangela D'Ercole**

- 25 Il fabbisogno formativo per l'anno accademico 2017-2018
- 26 Il sistema ECM. Esoneri ed esenzioni
di **Alice Santoponte**

FORMAZIONE

- 28 Progetto "Prima le mamme e poi i bambini" Rivolto agli studenti dei corsi di Laurea in Ostetricia del 3° anno degli Atenei italiani
di **Silvia Vaccari**
- 28 Medici con l'Africa Cuamm

STUDI

- 30 Le ostetriche e il pavimento pelvico: indagine conoscitiva
di **Francesca Pizzoni**
Elena Pigozzi
- 30 Nascite pretermine e microbioma vaginale. C'è un'associazione
- 33 Steering Committee Nazionale del Progetto pilota di sorveglianza della mortalità perinatale
- 34 Gravidanza. Legame tra abuso del cellulare in gravidanza e iperattività bimbi
- 37 Gravidanza. Poco sonno può portare al diabete gestazionale
- 38 Gravidanza. I betabloccanti non aumentano il rischio di difetti cardiovascolari congeniti
- 38 Presentato il 2° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale della Fondazione GIMBE
- 39 Al via dal 1° settembre 2017 al 31 ottobre 2018 il corso FAD "Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS): I disordini ipertensivi della gravidanza"
- 40 Linea guida dell'ISS "Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza"



LUCINA
LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

Organo ufficiale della



**Federazione
Nazionale
Collegi
Ostetriche**

Anno VII numero 1
Trimestrale
Poste Italiane SpA -
Spedizione in Abbonamento Postale -
70% Aut: ATSUD/CZ/212/2015

Direttore Responsabile
Maria Vicario

Comitato editoriale
Antonella Cinotti
Marialisa Coluzzi
Iolanda Rinaldi
Antonella Toninato
Silvia Vaccari

Segreteria di redazione
Antonella Cinotti
Iolanda Rinaldi
Silvia Vaccari

Redazione
Federazione Nazionale
Collegi Ostetriche
Piazza Tarquinia 5/d - 00183 Roma
e-mail presidenza@fnco.it
web www.fnco.it
telefono 06 7000943
fax 06 7008053
orario di apertura della linea telefonica
dal lunedì al venerdì
ore 10-13 e 14-15

Consulenza redazionale e stampa
Rubbettino print
Viale Rosario Rubbettino, 8
88049 Soveria Mannelli (CZ)
www.rubbettinoprint.it

Autorizzazione Tribunale di Roma
n. 224/2011 del 19/7/2011
Issn 1590-6353

Finito di stampare
nell'agosto 2017

La Federazione e il sistema ECM tra presente e futuro

di Maria Vicario

Il Legislatore italiano nel 1946 aveva già intuito che, per garantire il mantenimento di un adeguato livello di *performance*, il professionista doveva esercitare la formazione continua e permanente che inizia sui banchi dell'Università e spesso non cessa neanche con la pensione. Ma il Legislatore, come si seguito esplicitato, ha inteso anche ribadire che il processo di aggiornamento professionale doveva essere governato dall'Organo politico di Categoria (Federazione e Collegi Provinciali e Interprovinciali).

Il Decreto Legislativo del Capo Provvisorio dello Stato (DLCPS) n. 233 del 13 settembre 1946 *"Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse"*, all'articolo 3 elenca tra le attribuzioni del Consiglio Direttivo del Collegio: "promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti".

Sul tema il DLCPS all'articolo 16 così recita alla lettera "b) coordinare e promuovere l'attività dei rispettivi Ordini o Collegi" esplicitando meglio come il governo del processo formativo *in service* competa, a livello locale ai Collegi Provinciali e Interprovinciali la cui attività, negli atti di indirizzo, viene coordinata e promossa dalla Federazione.

La FNCO e i Collegi Provinciali e Interprovinciali promuovono che, nell'esercizio dell'attività professionale, l'ostetrica/o operi secondo scienza e coscienza, ispirandosi in ogni momento ai valori etici fondamentali della professione e attenendosi alle conoscenze scientifiche validate e aggiornate. L'ostetrica/o ha il dovere di curare con assiduità il proprio aggiornamento scientifico e tecnico, nel quadro di un processo di adeguamento continuo delle proprie conoscenze e competenze lungo l'intero arco della vita professionale. Attraverso gli opportuni strumenti il professionista ostetrica/o promuove il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate" (art. 2 del Codice Deontologico). Nel pieno rispetto del Codice Deontologico, nonché di quanto previsto dal Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992, come integrato dal Decreto Legislativo n. 229 del 19 giugno 1999, l'Ostetrica/o aderisce individualmente e per il tramite degli organi istituzionali che la/lo rappresentano al programma nazionale di ECM al quale collaborano gli Organi di Categoria stessi.

Nel 2015, presso il Ministero della Salute, si è insediata la nuova Commissione Nazionale per la Formazione Continua che resterà in carica fino a dicembre 2018 e nella quale la Federazione è rappresentata dal Segretario Dott.ssa M. Coluzzi.

La Commissione, istituita presso Agenas, ha contribuito alla redazione dell'Accordo Stato-Regioni sulla materia approvato a febbraio 2017, con l'obiettivo di semplificare e razionalizzare il sistema regolatorio in ambito ECM, aggiornando la normativa alle più recenti riforme in tema di trasparenza, anticorruzione e conflitto di interessi.

La partecipazione attiva della Federazione Nazionale Collegi Ostetriche e dei Collegi Provinciali e Interprovinciali delle Ostetriche nell'ambito del Programma Nazionale ECM, quali enti certificatori e garanti della professionalità dei propri iscritti, colloca tali istituzioni in un terreno senz'altro più vicino al professionista, al cittadino e al Sistema Salute.



Le professioni sanitarie e il sistema ECM: presente e futuro



24 Febbraio 2017

Hotel Massimo D'Azeglio - Roma



Federazione Nazionale Collegi Ostetriche

Con questo spirito, nell'arco dal 2015 al 2017, in coincidenza con le adunanze del Consiglio Nazionale (febbraio e novembre), il Comitato Centrale della FNCO ha organizzato una formazione residenziale accreditata ECM per i Dirigenti di Categoria.

A Roma presso l'Hotel Massimo D'Azeglio il 24 febbraio 2017 si è svolto l'evento dal titolo **"Le Professioni Sanitarie e il sistema ECM tra presente e futuro"**. L'evento ha costituito un'importante occasione per condividere i dati sul triennio ECM appena trascorso e tracciare gli scenari del prossimo (2017-2019), tra i quali il *dossier* formativo che potrà avere tre declinazioni: individuale, di gruppo e organizzativo.

Il Comitato di Redazione della rivista *"Lucina"* ha raccolto nel presente numero (1/2017) tutti i contributi scientifici che sono stati presentati dai relatori componenti del CoGeAPS, consorzio che comprende tutte le professioni sanitarie. I contributi possono rappresentare un breve *vademecum* per capire la nuova struttura della formazione continua e dare risposte a domande quali: **Di quanti crediti ho bisogno? Valgono eventuali crediti acquisiti negli anni precedenti? Quali sono gli obblighi ECM del libero professionista? Chi eroga la formazione ECM? Etc.**

Per il 17 novembre 2017, con il Direttore Ufficio II di Statistica del Ministero della Salute - Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, la FNCO sta organizzando un evento formativo residenziale accreditato ECM dal titolo **"Flussi informativi in area materno-infantile: luci e ombre"** di cui si darà massima informazione nelle forme di rito (rivista *Lucina*, sito FNCO, Newsletter e App).

La Federazione si prefigge, nel corso dell'evento, di poter condividere con i Presidenti di Collegi e Direttori Coordinatori dei corsi di Laurea in Ostetricia l'importanza della corretta raccolta dati sull'evento nascita e nello specifico del flusso informativo del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP) e di realizzare un confronto tra i CeDAP regionali.

Maria Vicario
Presidente FNCO

Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale

Dopo la fiducia confermata al Governo, l'Assemblea di Montecitorio ha approvato nella seduta del 28 luglio 2017, in via definitiva, il Disegno di Legge di conversione del Decreto Legge sui vaccini. Il provvedimento ha ottenuto 296 voti favorevoli, 92 contrari e 15 astenuti. Il testo licenziato dalla Camera introduce alcune importanti novità: innanzitutto il numero delle vaccinazioni obbligatorie che passa da 4 a 10: **anti-poliomielitica, anti-difterica, anti-tetanica, anti-epatite B, anti-pertosse, anti-Haemophilus influenzae tipo b, anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite e anti-varicella**. Di queste, anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite e anti-varicella saranno obbligatorie per tre anni. Oltre alle 10 vaccinazioni obbligatorie si sono aggiunte 4 **"consigliate"** che verranno offerte in maniera attiva e gratuita: **anti-meningococcica B, anti-meningococcica C, anti-pneumococcica e anti-rotavirus**.

La presentazione della documentazione vaccinale costituirà un requisito di accesso solo per i servizi educativi per l'infanzia e le scuole dell'infanzia, ma non per gli altri gradi di istruzione. Un'altra novità del provvedimento riguarda l'importo delle sanzioni comminabili in caso di mancato adempimento dell'obbligo vaccinale. Il tetto massimo passa dai precedenti 7.500 euro agli attuali 500 euro. Inoltre sarà possibile prenotare gratuitamente le vaccinazioni in farmacia tramite CUP.



LA FNCO AL CONGRESSO

L'Ostetrica di famiglia e di comunità per la promozione della salute globale e la cooperazione sanitaria internazionale

La Federazione Nazionale Collegi Ostetriche ha organizzato per il 6 e 7 ottobre 2017 a Salerno il XXXIV Congresso Nazionale di Categoria dal titolo "L'Ostetrica di famiglia e di comunità per la promozione della salute globale e la cooperazione sanitaria internazionale".

Gli obiettivi del Congresso sono quelli di promuovere la salute globale in un'ottica di sostenibilità dei sistemi di assistenza e cura e la partecipazione delle ostetriche ai progetti di cooperazione sanitaria internazionale decentrata; di implementare le attività di assistenza alle donne e minori, in prospettiva di sviluppo della salute di genere, in aree ed ambienti a risorse limitate, offrendo al contempo un'importante opportunità professionale. Nell'ambito del Congresso saranno trattati temi sui flussi migratori, i modelli ostetrici dell'accoglienza e integrazione, i luoghi dell'accoglienza, promozione della salute globale.

Maternità, migrazioni, accoglienza, salute globale e ruolo dell'ostetrica. Sono alcuni dei temi cruciali che affronterà il XXXIV Congresso di Categoria dal titolo "L'Ostetrica di famiglia e di comunità per la promozione della salute globale e la cooperazione sanitaria internazionale e decentrata", organizzato dalla Federazione nazionale delle ostetriche. Dal 6 al 7 ottobre 2017 ospitato presso il Grand Hotel Salerno nella splendida cornice dell'omonima città campana, il XXXIV Congresso di categoria sarà l'occasione per affrontare questioni cruciali della salute delle donne e con loro di tutta la società.

Gli obiettivi della due giorni di lavori saranno la promozione della salute globale in un'ottica di sostenibilità dei sistemi di assistenza e cura e la partecipazione delle ostetriche a progetti di cooperazione sanitaria internazionale e decentrata anche attraverso la promozione del modello di "Ostetrica di famiglia e di comunità". Quest'ultimo è il paradigma assistenziale di cui verranno presentati i primi risultati della sperimentazione

progettuale attivata presso il Consultorio Familiare "Al Quadraro" di Roma, elaborato in collaborazione con enti funzionali del Vicariato di Roma, al fine di essere diffuso su scala regionale e nazionale per l'implementazione delle attività di assistenza alle donne e minori, in una prospettiva di sviluppo della salute di genere in aree e ambienti a risorse limitate, offrendo al contempo un'importante opportunità professionale.

I lavori sono stati organizzati in 5 sessioni su argomenti quali: *la salute materno-infantile in Europa e nel mondo, analisi e prospettive di cooperazione sanitaria internazionale e decentrata, disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria, modelli ostetrici di uguaglianza e integrazione e gli ambulatori solidali*. Ciascuna sessione sarà introdotta da una *lectio magistralis* o relazioni su progetti specifici, seguite dalla tavola rotonda per consentire il confronto costante tra i vari esperti e la platea sugli scenari attuali e futuri della nostra società, anche attraverso le *esperienze dirette* di dottoresse ostetriche e di laureande

Informativa per il rinnovo degli Organi direttivi per il triennio 2018-2020

L'8 giugno 2017, con l'approssimarsi della scadenza del mandato degli Organi direttivi degli Ordini e Collegi vigilati, il Ministero della Salute ha trasmesso alle Federazioni una nota volta a richiamare l'attenzione sulla necessità di adempiere con puntualità alle operazioni elettorali garantendo il corretto esercizio di voto da parte degli iscritti e conseguentemente la rappresentatività di tutti i Collegi alle successive elezioni del Comitato Centrale.

La convocazione deve essere effettuata almeno 10 giorni prima del giorno fissato per le operazioni elettorali. Ciò vale a dire che non possono intercorrere meno di dieci giorni tra la conclusione delle operazioni di voto in prima convocazione e l'eventuale inizio delle operazioni di voto in seconda convocazione.

In deroga al secondo comma dell'articolo 14 del D.P.R. n. 221 del 5 aprile 1950, la convocazione dell'Assemblea elettiva può essere effettuata per posta prioritaria o a mezzo di posta elettronica certificata. Si suggerisce come mezzo più praticabile, sicuro ed economico quello della posta prioritaria. Se si opta per tale scelta, il Collegio predisporrà le buste contenenti la convocazione, nonché il relativo elenco dei destinatari che dovrà essere presentato all'Ufficio postale per l'attestazione dell'avvenuta spedizione. Si ricorda che il Collegio ha l'onere di dare prova dell'effettivo invio della convocazione ai propri iscritti. Inoltre, la convocazione dovrà essere riportata sul sito della FNCO, pertanto si invitano tutti Presidenti di Collegio di inviare la convocazione ai propri iscritti e alla Federazione mezzo e-mail o posta elettronica certificata che saranno trasmesse al Ministero della Salute come indicato nella nota Circolare del 8 giugno 2017. Per la pubblicazione delle note di convocazione predisposte dei 69 Collegi la FNCO ha predisposto specifico spazio sul sito istituzionale www.fnco.it. Si invitano i Collegi a fare altrettanto sui propri siti istituzionali per opportuna e capillare diffusione dell'informazione tra i propri iscritti.

Inoltre, si rammenta che la modifica introdotta dall'articolo 2 del D.L. n. 35 del 14 marzo 2005, convertito, con modificazioni, nella Legge n. 80 del 14 maggio 2005, prevede l'esclusione dall'elettorato attivo dei sanitari che durante i tre giorni di svolgimento delle elezioni risultino sospesi dall'esercizio della professione.

Per il buon esito delle operazioni elettorali, come consuetudine, si forniscono indicazioni nella Circolare FNCO n. 20/2017 e relativi allegati pubblicati sul sito istituzionale, contenente in allegato le istruzioni dirette a favorire la regolarità delle procedure elettorali e relativa documentazione utile (v. all. 2), convocazione e scheda elettorale (v. all. 3), brogliacci verbale assemblea elettiva (v. all. 4, 5 e 6).

I COLLEGI DELLE OSTETRICHE

Abruzzo

- Chieti
- L'Aquila
- Pescara
- Teramo

Basilicata

- Matera
- Potenza

Calabria

- Catanzaro, Crotone, Vibo Valentia
- Cosenza
- Reggio Calabria

Campania

- Avellino
- Benevento
- Caserta
- Napoli
- Salerno

Emilia Romagna

- Bologna
- Ferrara
- Forlì, Cesena, Rimini
- Modena
- Parma, Piacenza
- Ravenna
- Reggio Emilia

Friuli Venezia Giulia

- Trieste, Gorizia
- Udine, Pordenone

Lazio

- Frosinone
- Latina
- Rieti
- Roma
- Viterbo

Lombardia

- Bergamo, Cremona, Milano, Lodi, Monza - Brianza
- Brescia
- Como, Lecco, Sondrio
- Mantova
- Pavia
- Varese

Liguria

- Genova, La Spezia
- Savona, Imperia

Marche

- Ancona
- Ascoli Piceno, Fermo
- Macerata
- Pesaro e Urbino

Molise

- Campobasso, Isernia

Piemonte

- Alessandria
- Cuneo
- Novara, Verbano, Cusio, Ossola, Vercelli, Biella
- Torino, Asti

Puglia

- Bari, Barletta - Andria - Trani
- Brindisi
- Foggia
- Lecce
- Taranto

Sardegna

- Cagliari, Oristano, Nuoro, Medio Campida, Ogliastra
- Sassari, Olbia, Tempio

Sicilia

- Agrigento, Caltanissetta
- Catania
- Enna
- Messina
- Ragusa
- Siracusa
- Palermo
- Trapani



Toscana

- Firenze, Prato, Arezzo, Grosseto, Siena, Lucca, Pistoia
- Pisa, Massa Carrara, Livorno

Trentino Alto Adige

- Bolzano
- Trento

Umbria

- Perugia
- Terni

Valle d'Aosta

- Aosta

Veneto

- Belluno, Padova, Rovigo, Treviso, Venezia, Vicenza
- Verona

nell'ambito della cooperazione sanitaria internazionale. Sarà infatti presentato il progetto FNCO-Cuamm che ha permesso di realizzare il tirocinio pre-laurea di circa 10 studenti di corsi di Laurea in Ostetricia in Paesi africani. Diversi i nomi degli illustri relatori che si succederanno nella due giorni di lavori di ottobre a Salerno, tra loro ci saranno esponenti del mondo medico-scientifico, con particolare esperienza nell'ambito della cooperazione sanitaria, malattie della migrazione e della povertà, epidemiologia e *management* sanitario, anche rappresentanti istituzionali per l'Istituto Superiore di Sanità, e non ultimi gli esponenti di organizzazioni non governative italiane, anche di ispirazione cattolica, che operano attivamente nell'ambito dell'accoglienza e della salute dei migranti: Medici senza frontiere, Amref, Unicef, Save the children, Emergency, Cuamm.

I temi trattati sono di estrema attualità e costantemente animano il dibattito nazionale e internazionale, anche per il loro portato etico che riguarda tutti i professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza intesa come presa in carico globale della persona, da perseguire anche in luoghi con risorse limitate e in momenti nei quali la popolazione a rischio povertà aumenta in modo allarmante.

A questo fenomeno se ne aggiungono altri quali quello della denatalità: negli ultimi 2 anni l'Istat ha certificato la diminuzione del 10% annuo del tasso di natalità in Italia, collegato anche a fattori socio-economici e quello epocale della migrazione di massa, ormai non più a carattere d'emergenza ma strutturale. Infatti, da anni ormai, le coste del nostro Paese, in particolare quelle siciliane, sono il primo approdo di sbarchi di immigrati



che vengono ospitati nei centri di prima accoglienza. Tra loro la presenza femminile è elevatissima: donne che hanno subito violenze, donne incinte, puerpere, neonati e bimbi di pochi anni.

Il 34° Congresso sarà quindi l'occasione per fare il punto della situazione sui temi che coinvolgono tutte le ostetriche italiane, quali i flussi migratori, i modelli ostetrici dell'accoglienza e dell'integrazione, i luoghi dell'accoglienza e la promozione della salute globale, per tracciare un bilancio della realtà italiana con una prospettiva aperta al prossimo futuro.

La FNCO a confronto con le società scientifiche: Roma 29 luglio 2017



Il 4 luglio 2017, nell'Aula Ferro di Cavallo dell'Istituto Superiore di Sanità in Viale Regina Elena 299 a Roma, la Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche ha partecipato a un incontro durante il quale sono stati presentati, in modo informale, i principi ispiratori del Decreto attuativo della Legge 24/2017 per quanto attiene il suddetto articolo 5.

La FNCO, al fine di predisporre un proprio documento di osservazioni e proposte, ha convocato per il 29 luglio 2017 le tre società scientifiche (AIO/SIRYO e SIRONG) presso la sede della FNCO. A tal fine si è provveduto a inoltrare alle società scientifiche la bozza del Decreto attuativo per l'articolo 5 della Legge 24/2017, il dispositivo di sintesi del progetto di revisione del percorso formativo distribuito all'Assemblea del Consiglio Nazionale del novembre 2016.

I lavori sono stati occasione di confronto e riflessione tra FNCO e società scientifiche su tematiche di forte impatto sulla Categoria e nello specifico il suddetto Decreto attuativo della Legge 24/2017 e il progetto la creazione di una quinta Classe di Laurea Magistrale delle Professioni Sanitarie denominata "LM/SNT5 – Scienze Ostetriche" (*Midwifery Science*) che contenga il corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in "Scienze Ostetrico-Ginecologico-Neonatalogiche" (*Midwifery Science*) che conferisca il titolo di Dottore Magistrale in Scienze Ostetrico-Ginecologico-Neonatalogiche (*Midwifery Doctor*) con abilitazione alla professione di ostetrica/o.

Alle società scientifiche la Federazione ha chiesto di esprimere un parere consultivo sul progetto di revisione del percorso formativo dell'ostetrica/o approvato dal Consiglio Nazionale della FNCO nel novembre 2016.

SAVE THE DATE

XXXIV Congresso Federazione Nazionale Collegi Ostetriche

Salerno, 6-7 ottobre 2017

Grand Hotel Salerno, Lungomare Tafuri N° 1

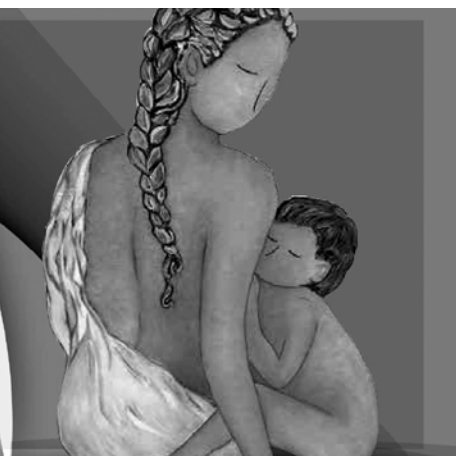
"L'Ostetrica di famiglia e di comunità per la promozione della salute globale e la cooperazione sanitaria internazionale"

Presidenti del Congresso: Maria Vicario, Carmela Muccione



Federazione Nazionale Collegi Ostetriche

SALERNO
6-7 ottobre 2017



Il programma preliminare e i passi per iscriversi

SEDE DEL CONGRESSO

Grand Hotel Salerno
Lungomare Tafuri n.1 - 84127 Salerno
www.grandhotelsalerno.it

ISCRIZIONI

Tutti i partecipanti sono tenuti al pagamento della quota d'iscrizione, anche nel caso in cui non abbiano bisogno di conseguire i crediti ECM.

Qui di seguito le quote di iscrizione previste:

€ 70,00 + iva 22% fino al 7 agosto 2017
€ 90,00 + iva 22%: dal 8 al 31 agosto 2017
€ 120,00 + iva 22%: dal 1° settembre 2017

Le quote di iscrizione includono:

- partecipazione alle sessioni scientifiche;
- kit congressuale;
- attestato di partecipazione;
- erogazione crediti ECM.

Le iscrizioni devono essere effettuate tramite il sistema online al quale potete accedere dal sito del Congresso www.fnco2017.it nella pagina dedicata alle iscrizioni.

PRENOTAZIONI HOTEL

La Segreteria Organizzativa ha riservato alcune camere a prezzi agevolati per i partecipanti al Congresso. Maggiori informazioni sul sito www.fnco2017.it.

SEGRETERIA SCIENTIFICA E COMITATO ORGANIZZATORE

Il CC FNCO - Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche
Piazza Tarquinia, 5/D • 00183 Roma
Tel. +39 06 7000943 • Fax +39 06 7008053
segreteria@fnco.it
www.fnco.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA E PROVIDER ECM N. 5535

MCO International Group Srl
Via L. C. Farini, 11 • 50121 Firenze
Tel. +39 055 2639073 • Fax +39 055 245849
alessandra.grossi@mcointernationalgroup.com
www.mcointernationalgroup.com

Venerdì 6 ottobre 2017

15.30	Registrazione dei partecipanti
16.30	Saluto inaugurale M. Vicario Saluti delle autorità
	I SESSIONE PLENARIA - INTRODUZIONE AI LAVORI
17.00	Lectio Magistralis - Ruolo della FNCO nella promozione della cooperazione internazionale M. Vicario
17.45	Plenaria - Profilo di competenza e responsabilità degli operatori umanitari P. Bartolo Proiezione del film documentario "Fuocoammare" di Gianfranco Rosi
19.30	Discussione
20.00	Cocktail di benvenuto



L'Ostetrica di famiglia e di comunità per la promozione della salute globale e la cooperazione sanitaria internazionale

**34° CONGRESSO
NAZIONALE
DI CATEGORIA
Salerno
6-7 ottobre 2017**

Sabato 7 ottobre 2017 mattina

- 08.30 Apertura lavori
- II SESSIONE - L'OPINIONE DEGLI ESPERTI**
LA PROMOZIONE DELLA SALUTE GLOBALE E LA SALUTE MATERNO INFANTILE ALLA LUCE DEI FLUSSI MIGRATORI
- 09.00 **Plenaria** - La salute materno infantile in Europa e nel mondo: analisi e prospettive di cooperazione
A. Spinelli
- 09.20 **Plenaria** - La promozione della salute globale: i determinanti e le disuguaglianze
A. Morrone
- 09.40 **Tavola rotonda** - La sostenibilità del sistema di cure ostetriche alla luce dei flussi migratori e delle nuove povertà
M. Vicario, S. Battilomo, M. V. Locci, G. Pannella, P. Magni, C. Clemente, G. Trezza, A. Spinelli, A. Morrone, A. Toninato
Coordina C. Picozza
- 10.20 Discussione
- 10.50 Coffee break
- III SESSIONE - LE TESTIMONIANZE**
LA COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE E DECENTRATA
- 11.10 **Plenaria** - Presentazione del progetto FNCO e CUAMM "Prima le mamme e i bambini"
S. Vaccari, A. Cinotti
- 11.30 **Plenaria** - I risultati del progetto FNCO - CUAMM: le testimonianze dall'Africa
Don D. Carraro
- 11.50 **Tavola rotonda** - Cooperazione allo sviluppo: obiettivi, strumenti, attori
A. Cinotti, S. Vaccari, Don Dante, O. Merante Boschini, E. M. Messalli, A. D'Alessio, M. Vigliotti, R. Oro, A. Tolino
Coordina C. Picozza
- 12.30 Discussione
- 13.00 Light lunch

Sabato 7 ottobre 2017 pomeriggio

- IV SESSIONE - LE VICENDE**
I LUOGHI DELL'ACCOGLIENZA: MARE E TERRA
- 14.00 **Plenaria** - Presentazione del progetto "Parto in nave"
M. Santangelo
- 14.20 **Plenaria** - Lampedusa: oltre i limiti
F. Napoli
- 14.50 **Tavola rotonda** - Migrazioni e salute: lo stato dell'arte
M. Marceca, I. Rinaldi, R. Zapparella, G. Piacente, M. Guida, T. Saccardo, E. Mazzanti
Coordina C. Picozza
- 15.30 Discussione
- 16.00 Coffee break
- V SESSIONE - IL CONFRONTO**
I MODELLI OSTETRICI DELL'ACCOGLIENZA E DELL'INTEGRAZIONE
- 16.10 **Plenaria** - Dal welfare state al welfare society: un modello d'integrazione tra Centro per la Pastorale familiare e FNCO
Don A. Manto
- 16.30 **Plenaria** - Presentazione del modello e del progetto FNCO "Ostetrica di famiglia e di comunità"
M. Coluzzi
- 16.50 **Tavola rotonda** - Disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria. Gli ambulatori solidali
M. Coluzzi, Don A. Manto, A. Lombardi, M. Iacoviello, R. Pinna, D. Bontempi, G. Capobianco, B. Guarinoni, C. Muccione, L. Delli Paoli
Coordina C. Picozza
- 17.30 Discussione
- 18.10 Questionari di valutazione
- 18.30 Conclusioni dei lavori e Mozione Finale

COMMISSIONE NAZIONALE FORMAZIONE CONTINUA

L'importanza della concertazione



Autrice

Marialisa Coluzzi

Cons. segretaria FNCO e membro della CNFC

La Commissione nazionale per la formazione continua (di seguito CNFC), organismo di indirizzo e coordinamento del Programma nazionale in materia di ECM, è stata ricostituita con Decreto del Ministro della Salute del 7 agosto 2015 e s.m.i. e si è insediata il 9 dicembre 2015.

La CNFC rappresenta “la casa comune” in quanto punto di riferimento nazionale dove si collocano tutte le funzioni che sono di utilità e supporto all’unitarietà del sistema ECM al fine di promuovere la formazione continua e lo sviluppo del sapere scientifico per molteplici figure professionali. Uno degli obiettivi principali è l’armonizzazione di questo sistema, in quanto le categorie professionali hanno caratteristiche di partenza diverse ed esigenze eterogenee.

Per realizzare i suoi compiti la CNFC si avvale del supporto amministrativo-gestionale dell’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), che cura, ai sensi della Legge 244 del 2007, la gestione amministrativa del programma nazionale ECM e il supporto alla Commissione nazionale e a tutti i suoi organismi ausiliari.

La composizione della CNFC rispetta il principio di “rappresentatività” al fine di favorire tutte le legittime istanze territoriali e quelle dei diversi portatori d’interesse, quali il Ministero della Salute, Regioni, Province Autonome ed enti pubblici con compiti di garanzia e tutela dei cittadini, le categorie professionali, per mezzo di Ordini, Collegi e associazioni. La CNFC con una pianificazione pluriennale definisce gli obiettivi formativi di interesse nazionale, stabilisce i crediti formativi che devono essere complessivamente maturati dagli operatori in un

determinato arco di tempo, gli indirizzi per la organizzazione dei programmi di formazione predisposti a livello regionale, nonché i criteri e gli strumenti per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative.

Inoltre, la CNFC svolge il delicato compito di individuare i requisiti per l’accreditamento dei provider nazionali che svolgono attività formative e provvede alla verifica della sussistenza dei requisiti medesimi.

La CNFC ha delle articolazioni interne (Sezioni e gruppi di lavoro) e le sue attività sono coordinate e indirizzate dal Comitato di Presidenza che ne approva anche l’ordine del giorno.

La CNFC ha incentrato nel corso del 2016 la propria attività sul testo di **Nuovo Accordo** da presentare in Conferenza Stato-Regioni e al vaglio del Ministero della Salute, scaturito nel documento **La formazione continua nel settore Salute oggetto dell’Accordo Stato-Regioni del 2 febbraio 2017** che dà un ulteriore impulso al “Programma nazionale ECM” quale strumento indispensabile per la programmazione della formazione continua in medicina nel nostro Paese.

La cornice istituzionale e normativa disegnata dal citato Accordo Stato-Regioni si pone al servizio di un sistema integrato e solidale tra i diversi livelli territoriali di governo del sistema ECM, al fine di renderlo omogeneo su tutto il territorio nazionale, partendo dalla chiara ripartizione dei rispettivi compiti istituzionali, consentendo la pronta e facile individuazione delle regole che interessano i singoli professionisti sanitari e i provider.

A tal fine, la CNFC dovrà elaborare annualmente, entro il 30 giugno, una Relazione annuale, avvalendosi anche dei rapporti che perverranno, dalle Regioni e dalle Province



Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento *La formazione continua nel settore Salute*

Con l'accordo siglato il 2 febbraio 2017, il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano hanno approvato il documento denominato "La formazione continua nel settore Salute" (www.fnco.it/downloads/lista-normativa--formazione-1.htm).

Le principali novità introdotte dall'accordo e dai successivi provvedimenti implementativi dello stesso sono i seguenti.

- Sono stati introdotti nuovi criteri per l'attribuzione dei crediti agli eventi: a titolo di esempio, alla formazione sul campo verranno riconosciuti un numero maggiore di crediti ECM.
- Nel triennio 2017-2019 vengono confermati dalla Commissione Nazionale per la formazione continua 150 crediti complessivi: ciò sarà valido per tutto il triennio e non vi saranno più i limiti precedentemente previsti su base annua (minimo 25 massimo 75). Ciò significa che il professionista potrà liberamente organizzare la propria formazione continua e permanente e l'unico limite sarà quello di ottenere nel triennio almeno 150 crediti complessivi.
- Si premia chi ha ottenuto crediti ECM tra il 2014 e il 2016 per un numero contenuto tra gli 80 e i 120: infatti questi ultimi potranno godere di una riduzione di 15 crediti per il triennio 2017-2019, ossia il limite da raggiungere sarà di 135 anziché 150. Superiore sarà il "premio per chi ha ottenuto tra i 121 e i 150 crediti nel triennio 2014-2016, che otterrà una riduzione di 30 crediti tra il 2017 e il 2019 (da 150 a 120).
- Per il triennio in questione (2017-2019) valgono anche i crediti degli anni precedenti: infatti possono essere considerati nel calcolo dei 150 crediti anche 60 crediti già acquisiti in precedenza.
- Per il triennio 2017-2019, per potersi vedere riconosciuti i crediti è necessario che almeno il 40% dell'obbligo formativo individuale venga acquisito quale partecipante a eventi ECM: per l'auto formazione si è stabilito un massimo del 10% dell'obbligo formativo, mentre per la formazione reclutata un massimo di un terzo dell'obbligo formativo.
- Ci si dovrà formare per almeno il 40% attraverso formazione accreditata (quella del *provider*) e per il 60% utilizzando percorsi formativi scelti individualmente.



Si riportano i dati sui percorsi formativi ECM seguiti dalle ostetriche e forniti dal CoGeAPS:

Numero Ostetriche con ECM Residenziale nel triennio 2014-2016	15.717
Numero Ostetriche con ECM Residenziale nel solo 2016	11.560
Numero Ostetriche con ECM FAD nel triennio 2014-2016	9.775
Numero Ostetriche con ECM FAD nel solo 2016	6.219
Numero Ostetriche con ECM Tutoraggi nel triennio 2014-2016	221
Numero Ostetriche con ECM Estero nel triennio 2014-2016	2



Autonome, nonché dei dati forniti dall'Osservatorio sulla qualità, dal Comitato di garanzia e dal CoGeAPS. Dati riguardanti le attività svolte nell'anno precedente che prevedano:

- le percentuali delle tipologie formative diffuse nel proprio territorio di competenza;
- il numero dei crediti formativi riconosciuti;
- il numero e i risultati delle verifiche effettuate;
- la composizione degli organismi degli enti accreditanti regionali e delle Province Autonome di Trento e Bolzano, comprensivi dei recapiti aggiornati;
- il numero complessivo dei discenti che hanno acquisito crediti distinti per professione sanitaria.

Il Programma nazionale ECM verrà invece elaborato entro la fine del mese di dicembre di ciascun anno e conterrà, oltre all'eventuale aggiornamento dei Manuali previsti dall'Accordo Stato-Regioni, anche le misure programmatiche necessarie per affrontare le eventuali criticità rilevate nella Relazione annuale.

Per il triennio 2017-2019 l'obbligo formativo, pari a 150 crediti formativi, è stato confermato. Di questi 150 crediti, il professionista sanitario dovrà acquisirne tramite formazione erogata da *provider* accreditati, in qualità di discente, almeno il 40% e, fermo restando il principio della continuità della formazione, è prevista la possibilità di **acquisizione flessibile** dei crediti senza limiti annuali.

Sono comunque previste agevolazioni per eventuali esoneri, esenzioni e altre riduzioni, quali ad esempio quelle legate al numero dei crediti acquisiti nel triennio precedente o alla costruzione e/o realizzazione del *dossier* formativo.

L'Accordo in parola prevede, inoltre, **nuovi criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM** che mirano, attraverso alcune tipologie formative alle quali viene assegnato un *bonus*, a elevare la qualità formativa.

Tant'è che un maggior numero di crediti vengono infatti assegnati, ad esempio, alla formazione sul campo e alla formazione erogata con metodologie interattive, anche attraverso l'utilizzo di *tutor online*, ciò tra l'altro ha l'ulteriore obiettivo di orientare le attività dei *provider* verso una formazione maggiormente qualitativa e più orientata ai fabbisogni quotidiani del professionista sanitario. Nel prossimo triennio, inoltre, si dovrà arrivare all'adozione piena del **dossier formativo**, che non sarà più solamente individuale, come nella precedente fase di sperimentazione, ma potrà essere definito anche dal gruppo di appartenenza (Azienda sanitaria, Federazione, Ordine, Collegio o associazione di appartenenza) di ciascun professionista sanitario (*Dossier formativo di Gruppo*). È lo strumento attraverso il quale il professionista costruisce e definisce in modo chiaro e leggibile il proprio patrimonio scientifico e del sapere e la sua collocazione all'interno del gruppo professionale.

Ciascuna categoria professionale, quindi, è rappresentata in seno alla CNFC, per portare le istanze che la caratterizzano in relazione anche ai bisogni di salute della popolazione *target* di riferimento. Nel caso dell'ostetrica/o la promozione della salute globale della donna, dei bambini e loro famiglie sono gli obiettivi di formazione da far prevedere all'interno del Programma nazionale ECM che verrà poi declinato nelle realtà locali, con programmi regionali legati agli obiettivi operati in ciascuna Regione e via via nelle diverse Aziende sanitarie.

Gli stessi Collegi provinciali e interprovinciali rappresentano un gruppo professionale che, attraverso il *Dossier formativo di Gruppo*, può definire la cornice di competenze anche variegate che ha al suo interno, valutarne la coerenza con gli obiettivi che si pone e così indirizzare lo sviluppo dei programmi di formazione per la categoria.

La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche amplia le attività di comunicazione e relazioni esterne



Il Comitato Centrale della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche dal suo insediamento ha sempre dato particolare rilievo alle attività di informazione e comunicazione istituzionale, come dimostrano i numerosi articoli, interviste, pubblicazioni promozionali pubblicate sui quotidiani e settimanali, anche on-line e a tiratura nazionale. Molteplici sono state le iniziative istituzionali, temi emergenti, fatti di cronaca, proposte di legge o atti normativi di riconoscimento della professione come il D.Lgs. n.15/2016 per le quali la FNCO ha fatto sentire la sua voce a tutela delle ostetriche ma anche

della popolazione laddove si sono toccati diritti fondamentali e il benessere della donna e del nascituro.

Con la finalità d'implementare le attività di comunicazione il CC ha attivato l'App FNCO per tablet e smartphone al fine di far arrivare in modo capillare a tutte le 21mila ostetriche le *news*, notizie in primo piano, *newsletter*, circolari e atti rilevanti per l'informazione adeguata e trasparente alle iscritte.

L'app "News FNCO" è sviluppata per le due piattaforme iOS e Android (smartphone e tablet) con un'interfaccia molto semplice e la possibilità di ricevere direttamente dal sito delle notifiche relative a una nuova notizia di rilevanza per le ostetriche e naturalmente la Newsletter. Nella fattispecie, per le informazioni relative al XXXIV Congresso del 6 e 7 ottobre 2017, cliccando il primo tasto si attiva in automatico il link che rimanda al sito del Congresso e a quello della FNCO.



Al click sulla notifica si aprirà in automatico l'app che visualizzerà una piccola parte di testo relativa all'informazione da notificare e un bottone che aprirà il browser nativo direttamente sulla pagina della Notizia/Newsletter. L'app "News FNCO" è già disponibile nel Play Store e, dal 14 agosto, anche nell'Apple Store.

Inoltre, al fine di sviluppare ulteriormente le pubbliche relazioni dell'ente, avviare un *restyling* del sito *web*, promuovere il XXXIV Congresso nazionale di Categoria, nel mese di giugno 2017 è stata reclutata la giornalista professionista dottoressa Elisabetta Cannone, laureata in Scienze politiche, che nelle sue precedenti esperienze lavorative si è occupata di sanità come addetta stampa dell'associazione A.D.A.S.I. (Associazione danneggiati sangue infetto), responsabile della comunicazione della Fondazione Federico Ozanam - San Vincenzo de Paoli - Onlus e come giornalista collaborando presso l'agenzia di stampa Italtpress e diverse testate on-line.

Le Presidenti dei Collegi provinciali e interprovinciali e tutte le ostetriche italiane interessate a promuovere eventi e/o segnalare attività di rilievo per la professione ostetrica sono invitate a scrivere alla casella di posta elettronica dedicata ufficiostampa@fnco.it affinché si possano valutare e veicolare al meglio anche le notizie locali.



Dott.ssa Elisabetta Cannone, addetta Ufficio Stampa FNCO

Formazione Continua, Certificazione ECM 2014-2016 e le nuove regole per il triennio 2017-2019

Autore

Sergio Bovenga

Presidente CoGeAPS, Consorzio per la Gestione delle Anagrafiche delle Professioni Sanitarie

Il sistema ECM – Educazione Continua in Medicina – nasce come strumento finalizzato a mantenere, sviluppare e migliorare le conoscenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali degli operatori sanitari, con l'obiettivo di assicurare efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal SSN a favore dei cittadini. Per tale ragione è stato reso obbligatorio un aggiornamento, continuo e costante, affinché tutti i professionisti della salute avessero la possibilità di migliorare le proprie conoscenze e abilità evitando fenomeni di eccessiva autoreferenzialità formativa successiva all'abilitazione professionale. Banalizzando, l'aggiornamento e la formazione continua rappresentano l'elemento naturale alla base delle professioni intellettuali, cui a pieno titolo afferiscono le professioni sanitarie.

L'ECM (Educazione Continua in Medicina) è dunque lo strumento rivolto a tutti i professionisti della salute (oltre 1.200.000 in Italia) finalizzato a promuovere e assicurare l'aggiornamento professionale per rispondere efficacemente e in sicurezza ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio Sanitario e al proprio sviluppo professionale. I professionisti sanitari hanno anche l'*obbligo deontologico* di mettere in pratica le nuove conoscenze e competenze per offrire un'assistenza qualitativamente utile. Prendersi, quindi, cura dei propri pazienti con competenze aggiornate, senza conflitti di interesse, in modo da poter essere un buon professionista della sanità.

L'avvio del Programma nazionale ECM nel 2002, in base al D.Lgs. 502/1992 integrato dal D.Lgs. 229/1999 che avevano istituito l'obbligo della formazione continua per i professionisti della salute, ha rappresentato un forte messaggio al mondo della sanità.

La nuova fase dell'ECM contiene molte novità e si presenta quale strumento per progettare un moderno approccio allo sviluppo e al monitoraggio delle competenze individuali.

Gli Ordini, i Collegi e le Associazioni professionali (da qui in avanti complessivamente indicati come "Ordini") sono in prima linea nel portare avanti l'importanza e la centralità della formazione attraverso il sistema ECM, sia promuovendo (anche come dovere deontologico) la cultura della formazione continua, sia proponendo eventi formativi per i propri iscritti.

Il sistema ECM è piuttosto complesso e dotato di molteplici sfaccettature. Gli Ordini hanno più di un ruolo all'interno di questo sistema: anzitutto il ruolo prioritario di certificatori della formazione, ma anche, come detto, di organizzatori di corsi ECM e, per alcune tipologie di crediti individuali, svolgono persino la funzione di "enti accreditanti" per singole partecipazioni. Questo rende molto impegnativo il ruolo degli Ordini ai quali il CoGeAPS assicura supporto strumentale.

Il mondo ordinistico è in continua e rapida evoluzione. Gli Ordini stanno maturando una relazione in parte differente nei confronti dei propri iscritti, costruendo un rapporto costante con essi finalizzato anche a seguire la vita professionale (dal punto di vista della formazione e dell'aggiornamento e, in ultima istanza, della qualità professionale) del professionista. Non sono più i soli titoli abilitanti della professione gli unici elementi che devono essere acquisiti dagli Ordini, ma **sta nascendo tra l'Ordine e il professionista un rapporto informativo costante nel tempo, mirato a documentare, valutare e certificare la qualità della formazione professionale.**

Il 31 dicembre 2016 si è concluso il triennio formativo 2014-2016, lasciando il posto al nuovo triennio 2017-2019. Solo i professionisti sanitari che hanno assolto il proprio **obbligo formativo individuale** possono richiedere al proprio Ordine la **certificazione** di completo soddisfacimento dell'obbligo formativo per il triennio 2014-2016. Agli altri, dietro richiesta, sarà possibile rilasciare unicamente un'**attestazione** di partecipazione al programma ECM,



con l'elenco degli eventi ai quali si è partecipato e dei crediti acquisiti.

In realtà la Commissione Nazionale per la Formazione Continua, nel corso della riunione del 13 dicembre 2016, ha deliberato di **consentire ai professionisti sanitari di completare il conseguimento dei crediti formativi relativi al triennio 2014-2016 entro il prossimo 31 dicembre 2017**, nella misura massima del cinquanta per cento del proprio obbligo formativo, al netto di esoneri, esenzioni ed eventuali altre riduzioni.

I crediti acquisiti nel 2017, quale recupero del debito formativo del triennio 2014-2016, non saranno computati ai fini del soddisfacimento dell'obbligo formativo relativo al triennio 2017-2019.

I professionisti che intendano avvalersi di questa possibilità (recupero) devono farlo attraverso il proprio Ordine oppure direttamente mediante il *back office* del CoGeAPS (telefono 06 36000893 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle 13.00, e-mail ecm@cogeaps.it) indicando quali sono le partecipazioni a eventi svolti nel 2017 che si intendono trasferire per competenza al 2016. Non è certo possibile in questa sede fare una ricognizione di tutte le regole della formazione ECM e pertanto mi limiterò a una informazione in "pillole", restando a disposizione di chi lo desidera per eventuali approfondimenti.

L'**obbligo formativo standard** da acquisire nel triennio 2014-2016 era pari a 150 crediti. Lo stesso obbligo formativo, pari a 150 crediti, è stato confermato (CNFC del 4 novembre 2016) per il triennio 2017-2019. Stabilita la regola generale occorre poi tagliare su misura il proprio obbligo formativo individuale che non sempre coincide con l'obbligo standard in quanto il primo (obbligo individuale) tiene conto di eventuali riduzioni dovute alla formazione pregressa (del triennio 2011-2013), di esoneri, esenzioni, della eventuale compilazione ed effettuazione del *dossier* formativo, etc.

Mentre non ci sono novità in merito a esoneri ed esenzioni, le nuove regole cambiano il meccanismo delle **riduzioni**. Infatti nel triennio appena concluso erano previste tre fasce di riduzioni (15, 30 e 45 crediti di riduzione cui si aveva diritto avendo maturato rispettivamente almeno 30, 51 o 101 crediti ECM nel triennio 2011-2013). Nell'**attuale triennio invece le fasce previste per ottenere riduzioni sono soltanto due e danno diritto a una riduzione di 15 crediti (se nel triennio 2014-2016 erano stati acquisiti almeno 80 crediti ECM) o di 30 crediti (se nel triennio 2014-2016 erano stati acquisiti almeno 121 crediti)**.

Inoltre i professionisti che nel triennio 2014-2016 hanno **compilato e soddisfatto** il proprio *dossier* formativo individuale hanno diritto alla riduzione di 15 crediti dall'obbligo formativo nel triennio 2017-2019. Tale riduzione è eventualmente cumulabile con la precedente.

Non è necessario fare calcoli mirabolanti per avere queste informazioni. Infatti è sufficiente collegarsi al portale del CoGeAPS (www.cogeaps.it) e, una volta effettuata la registrazione, è **possibile accedere al proprio profilo dove è già indicato**, sulla base dei dati trasmessi dai *provider* (formazione pregressa), **l'obbligo formativo individuale del singolo professionista**.

Naturalmente per perfezionare il proprio profilo e conoscere l'obbligo formativo individuale potrebbe essere necessario aggiungere informazioni che non sono automaticamente disponibili e che per generare diritti (esoneri ed esenzioni) devono essere comunicate direttamente al CoGeAPS (con le modalità già indicate in precedenza) dai singoli interessati. È il caso, solo per citare qualche esempio, della richiesta di **esoneri ed esenzioni** per frequenza a scuole di specializzazione, Master universitari, gravidanze, malattie prolungate, etc.; tutte situazioni che devono essere direttamente comunicate al *back office* del CoGeAPS dal professionista sanitario titolare del diritto (telefono 06 36000893, e-mail info@cogeaps.it).

Importante sapere che tra le informazioni non disponibili automaticamente, e che pertanto vanno comunicate al CoGeAPS dagli interessati, vi sono quelle relative alla **formazione non accreditata da provider** e che di conseguenza va comunicata direttamente dal professionista. Ricadono in questa fattispecie l'autoformazione (fino a un massimo del 10% dell'obbligo formativo individuale triennale), la formazione all'estero, i tutoraggi, le pubblicazioni scientifiche, etc.

A proposito dell'autoformazione vi è un'altra novità. Infatti questo tipo di formazione, completamente affidata alla responsabilità e alle scelte del professionista (lettura di riviste scientifiche, testi, aggiornamento on-line, etc.), era prima riservata ai professionisti che esercitavano esclusivamente la libera professione. Questo vincolo è stato eliminato e pertanto **tutti i professionisti, senza alcuna distinzione, possono vedersi riconosciuta attività di aggiornamento per autoformazione entro il limite massimo del 10% dell'obbligo formativo individuale**.

Restando in tema di vincoli, ne è stato rimosso un altro ovvero quello che stabiliva i limiti minimo e massimo di formazione da acquisire per ciascun anno. Tali limiti, come detto, sono stati rimossi e pertanto tutti i professionisti possono soddisfare il proprio obbligo formativo del triennio in corso senza vincoli temporali se non quelli che delimitano il triennio stesso.

Conoscere le norme della formazione è molto importante sia ai fini di una efficiente pianificazione ma anche e soprattutto perché **“solo i crediti ECM acquisiti nel rispetto delle norme e dei vincoli stabiliti dalla CNFC concorrono al conteggio dei crediti annuali e al completo soddisfacimento dell'obbligo formativo triennale”**. Pertanto ne consegue che eventuale formazione acquisita in modo difforme dalle regole viene “registrata” sul portale CoGeAPS ma non può essere considerata ai fini della certificazione.

Da sapere, tra le nuove regole, che a partire dal triennio 2017-2019 è possibile per tutti costruire il **Dossier Formativo Individuale** cui potrà aggiungersi, in alcuni casi, il **Dossier di Gruppo** (da parte dell'Azienda Sanitaria o dello stesso Ordine).

Il dossier formativo è previsto anche dall'Accordo Stato-Regioni, recentemente approvato (2 febbraio 2017), che all'articolo 29 riporta: “Il dossier formativo è espressione della programmazione dell'aggiornamento nel tempo e della coerenza della formazione/aggiornamento rispetto alla professione, alla disciplina, alla specializzazione, al profilo di competenze nell'esercizio professionale quotidiano. Il dossier formativo deve rispondere a quanto atteso dalla propria organizzazione di appartenenza e di riferimento e/o alla coerenza degli interventi formativi anche rispetto al profilo di sviluppo individuale desiderato. Costituisce lo strumento attraverso il quale il professionista sanitario programma e verifica il proprio percorso formativo alla luce del suo profilo professionale e della propria posizione sia come singolo sia come soggetto che opera all'interno di gruppi professionali”.

Il Dossier Formativo è rivolto a tutti i professionisti (Dossier Individuale) e alle Aziende sanitarie (pubbliche e

private), agli Ordini, Collegi e organismi maggiormente rappresentativi delle professioni sanitarie (Dossier di Gruppo).

Il Dossier di Gruppo è una opportunità per favorire nelle diverse organizzazioni uno strumento facilitante la programmazione e pianificazione professionale nei gruppi, nella logica di aumentarne l'integrazione professionale e la ricaduta formativa del gruppo a beneficio della salute della collettività.

Per “gruppo” può intendersi una struttura semplice, complessa, dipartimentale, distrettuale, un gruppo di miglioramento professionale, etc.

I professionisti devono sapere che i **provider** devono indicare in tutta evidenza gli **obiettivi formativi dell'evento** (con riferimento all'Accordo Stato-Regioni vigente) in modo da fornire al discente il numero degli obiettivi/aree a cui riferire l'evento, al fine di riportarlo nel dossier.

Parimenti Gli Ordini/Collegi/Associazioni dovranno indicare gli **obiettivi formativi/aree** (con riferimento all'Accordo Stato-Regioni vigente) relativamente alla Formazione Individuale.

Il Dossier Formativo si imposta indicando gli obiettivi (massimo 10) che sono ricompresi in 3 aree: Area degli Obiettivi Tecnico-Professionali, Area degli Obiettivi di Processo, Area degli Obiettivi di Sistema. Gli obiettivi sono in tutto 33.

La descrizione e il numero degli obiettivi/aree devono essere riportati anche nell'attestato di partecipazione dell'evento che deve essere rendicontato al CoGeAPS da parte del provider.

Il Dossier Individuale si costruisce sul proprio profilo personale (accesso tramite portale CoGeAPS www.cogea-ps.it) e può generare alcuni “bonus” a patto che:

1. il Dossier venga costruito (cioè programmato);
2. il Dossier sia congruo con il profilo e la disciplina esercitata;
3. vi sia una Coerenza relativamente alle aree – pari almeno al 70% – tra il dossier programmato e quello effettivamente realizzato.

Al verificarsi delle suddette condizioni si ottiene un **bonus** (ovvero una riduzione di crediti da conseguire) come di seguito riportato.

Bonus di 30 crediti, di cui 10 assegnati nel triennio 2017-2019, se il dossier viene costruito nel primo anno del triennio e 20 nel triennio successivo (2020-2022) se il dossier è stato sviluppato rispettando i principi di congruità e coerenza. Quindi solo per il 2017 la semplice programmazione del Dossier Individuale sul portale del CoGeAPS genera un **bonus** di 10 crediti ECM (ovvero, più esattamente, una riduzione del debito formativo individuale) a valere per il triennio in corso.

Il **bonus** è di **15 crediti** (assegnati nel triennio 2020-2022) per i professionisti che avranno elaborato e realizzato il dossier nel secondo anno del triennio (2018).

Il **bonus** è di **10 crediti** (assegnati nel triennio 2020-2022) per i professionisti che avranno elaborato e realizzato il dossier nel terzo anno del triennio (2019).

Il Dossier Formativo Individuale rappresenta il punto di partenza per un curriculum formativo del professionista.

All'interno del dossier individuale potranno essere annotate da parte del professionista anche attività non ECM, al fine di rendere lo stesso uno strumento idoneo e funzionale per il professionista anche al di fuori dell'ambito ECM. A tale scopo è prevista la creazione di una sezione dedicata all'interno della posizione personale del professionista sanitario nel portale del CoGeAPS.

Concludo questa breve e non semplice rassegna con due considerazioni. La prima, piuttosto ovvia, comporta la necessità che i professionisti (supportati dagli Ordini e dal CoGeAPS) abbiano più confidenza con le norme che regolano la formazione ECM e la relativa certificazione.

L'esperienza quotidiana ci suggerisce che troppo spesso i professionisti non conoscono a sufficienza le suddette norme con tutte le conseguenze, a volte inutilmente penalizzanti, che ne derivano. La seconda riflessione è da affidare all'Ente Regolatore, ovvero alla Commissione Nazionale Formazione Continua (che è composta da soggetti rappresentativi delle Professioni, delle Regioni e del Ministero della Salute) cui spetta il compito, anche attraverso l'analisi dei dati, di comprendere i processi e le dinamiche della formazione ECM e approntare, se rite-

nuto opportuno (come peraltro già accade), eventuali integrazioni e/o modifiche alle regole del sistema.

La suddette norme sono state pensate, introdotte e continuamente aggiornate dalla CNFC per orientare e abituare i professionisti verso un aggiornamento *lifelong* quanto più possibile programmato e costante nel tempo, coerente e pertinente con la propria professione e magari anche con la disciplina realmente esercitata. L'introduzione di alcuni elementi di flessibilità, quale una sorta di "recupero operoso" di eventuali *gap* (come ad esempio il recupero dei crediti accordato per il 2017) consentirà la certificazione anche a chi ha inizialmente "deviato" dalla strada tracciata o non l'ha percorsa fino in fondo.

Per quanto mi riguarda, da medico, posso solo auspicare che la formazione di ciascun professionista della salute sia sempre più vissuta e orientata in funzione della reale crescita professionale (anche in relazione a una possibile e auspicabile verifica nel tempo delle competenze) e sempre meno sentita e praticata come un mero rispetto normativo di regole (ECM) che, da sempre, rappresentano (e devono restare) lo strumento e non certamente l'obiettivo da raggiungere.

Progetto "La Federazione incontra i Collegi per la tematica Percorso Nascita: su e giù per lo Stivale"

La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche ha completato i lavori del progetto "La Federazione incontra i Collegi per la tematica Percorso Nascita: su e giù per lo Stivale".

Il confronto tra i Presidenti dei Collegi provinciali e interprovinciali e la Federazione è stato incentrato sull'indagine del quadro reale del percorso nascita delle Regioni italiane rapportandolo a quello che sarà un primo monitoraggio delle azioni previste dall'accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2016 in via di definizione in seno al Comitato Percorso Nascita Nazionale.

Grazie ai dati raccolti tramite le schede compilate a livello regionale e ai contributi acquisiti attraverso le discussioni tra i partecipanti, sarà delineata una valida presentazione finale del percorso in seno al Congresso SIGO 2017 "Obiettivo Donna: la buona pratica medica" (Roma 8-11 ottobre 2017) nel Simposio FNCO dal titolo "I percorsi nascita regionali: luci e ombre".

LA FEDERAZIONE INCONTRA I COLLEGI PER LA TEMATICA PERCORSO NASCITA: SU E GIU PER LO STIVALE

DATE	LUOGO
1. 20.02.2017	Lombardia
2. 16.03.2017	Veneto
3. 01.04.2017	Marche
4. 04.05.2017	Basilicata e Calabria
5. 09.05.2017	Emilia Romagna
6. 17.05.2017	Sardegna
7. 24.05.2017	Campania
8. 08.06.2017	Lazio
9. 22.06.2017	Toscana e Umbria
10. 29.06.2017	Abruzzo e Molise
11. 30.06.2017	Sicilia
12. 04.07.2017	Puglia
13. 12.07.2017	Trentino e Friuli
14. 19.07.2017	Piemonte Liguria e Valle d'Aosta



Si ringraziano tutti coloro che hanno contribuito alla realizzazione del progetto "Su e giù per lo Stivale": componenti CC, Presidenti, componenti i Consigli Direttivi Collegi, referenti percorsi nascita regionali (ostetriche e ginecologi), professioniste esperte, funzionari amministrativi ASL, referenti dipartimenti materno infantili, referenti percorso nascita nazionale, tutto il personale FNCO.

L'evoluzione e le differenze nei sistemi ECM regionali

**Autrice****Silvia Falsini**

*Componente Commissione Nazionale Formazione Continua
Funzionario responsabile di Posizione Organizzativa
Educazione Continua in Medicina, Regione Toscana*

Contatti**Silvia Falsini**

*silvia.falsini@regione.toscana.it
tel. 055 4383287*

RIASSUNTO

Questo articolo traccia lo sviluppo dei sistemi ECM in Italia, individua le differenze e le similitudini fra i diversi sistemi regionali.

Il Comitato Tecnico delle Regioni, organismo di rappresentanza regionale all'interno della Commissione Nazionale Formazione Continua, ha lavorato all'omogeneizzazione dei sistemi regionali per proporre un sistema unico di accreditamento degli eventi formativi e dei provider.

Il 2 febbraio 2017 è stato firmato il nuovo accordo Stato-Regioni che porterà impegni importanti per le Regioni che dovranno essere garanti dei sistemi ECM regionali.

Parole chiave

Omogeneizzazione, accreditamento, eventi formativi, provider, Accordo Stato-Regioni.

ABSTRACT

This article marks the development of the ECM systems in Italy and it identifies the differences and the similarities among the different regional systems.

The Technical Committee of the Region, a regional body representing the National Commission for lifelong learning, works on the homogenization of regional systems to propose a system of accreditation of training programmes and of providers for everyone.

The new Agreement Government-Regions, which will bring a set of very important duties for the Region that they will be guarantor of the regional ECM system, was signed on 2nd of February, 2017.

Keywords

Homogenization, accreditation, training programmes, providers, Agreement Government-Regions.

In Italia i sistemi regionali ECM si sono sviluppati in maniera differente: ci sono Regioni che hanno costruito sistemi autonomi, altre che lavorano in convenzione con Agenas. In particolare sono 8 le Regioni – Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Lazio, Puglia, Sardegna e Sicilia (Molise in fase di definizione) – che lavorano in convenzione con Agenas, vale a dire che Agenas fornisce loro il supporto tecnico-amministrativo per la gestione del sistema ECM regionale.

Ci sono invece 10 Regioni – Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Toscana, Umbria, Valle D'Aosta e le Province di Trento e Bolzano – che hanno sviluppato, a cominciare dal 2002, prima un sistema di accreditamento degli eventi formativi, poi, in relazione agli Accordi Stato-Regioni del 2009 e 2012, un sistema di accreditamento dei provider.

Nonostante questa diversa impostazione, molte sono le similitudini fra i sistemi regionali: tutte le Regioni hanno approvato delibere di impianto del sistema ECM; in tutte le Regioni sono stati attivati sistemi di accreditamento dei provider, provider che ormai accreditano

tutte le tipologie di formazione, RES, FAD, FSC. Tutte le Regioni hanno istituito la Commissione Regionale sulla formazione sanitaria che è supporto tecnico-scientifico per l'espletamento dei compiti istituzionali del sistema ECM, in particolare per l'individuazione degli obiettivi formativi regionali e per il sistema di accreditamento dei provider. Tutte le Regioni hanno istituito l'Osservatorio regionale sulla qualità della formazione sanitaria, i cui componenti sono stati formati per fare le visite ai provider sulla qualità della formazione erogata.

Si tratta quindi di un sistema strutturato che ha abbandonato la fase sperimentale per consolidare sistemi che, complessivamente, fino ad oggi, hanno accreditato circa 515 provider ECM.

Come ci si poteva aspettare, fra i sistemi regionali ci sono anche delle differenze importanti, ad esempio diversa è la collocazione della formazione nella direzione sanità: a volte la troviamo in staff alla Direzione, altre volte all'interno di aree di coordinamento, altre volte fuori dalla Direzione sanità è collocata presso l'Agenzia Regionale Sanitaria.



Diversi sono anche i sistemi di accreditamento degli eventi formativi perché sono nati a partire dal 2002 in assenza di un Accordo Stato-Regioni che valorizzasse le tipologie formative in termini di crediti, così le Regioni, a partire dal sistema nazionale, hanno trovato le soluzioni che meglio si adattavano alle proprie specificità. Diversa è anche la diffusione di un'anagrafe formativa regionale che raccolga i curricula dei professionisti e i loro crediti formativi. Diversa, infine, la sperimentazione del dossier formativo individuale o di gruppo che si è sviluppato solo in alcune Regioni.

Viste le differenze fra i sistemi regionali, soprattutto sul sistema di accreditamento degli eventi formativi, in questi anni, all'interno del Comitato Tecnico delle Regioni (CTR), organismo di rappresentanza regionale all'interno della Commissione Nazionale Formazione Continua, le Regioni hanno lavorato all'omogeneizzazione dei propri sistemi, partendo dalle specificità regionali per trovare un sistema univoco sul territorio nazionale di accreditamento degli eventi e dei provider. D'altra parte risulta chiaro come sia indispensabile che per eventi formativi uguali ci sia la stessa valorizzazione di crediti indipendentemente dal luogo di svolgimento dell'evento, così come bisogna arrivare a standard comuni per l'accREDITAMENTO dei provider.

Il CTR ha prodotto due documenti: uno sul sistema di accreditamento degli eventi formativi, l'altro sul sistema di accreditamento dei provider, documenti che sono stati, insieme alla proposta di Agenas, la base per il confronto sul nuovo Accordo Stato-Regioni.

In Commissione Nazionale si è lavorato, per la stesura del nuovo Accordo Stato-Regioni, in un clima di collaborazione in modo da consolidare un sistema ECM che da

una parte riconosca valore agli eventi formativi strutturati che utilizzano metodologie interattive, alla formazione sul campo, alla *blended* e a tutte le tipologie innovative di formazione; dall'altra si sta ancora lavorando a un sistema di accreditamento dei provider concepito non in maniera burocratica, ma come il mezzo per innalzare la qualità della formazione erogata dai provider.

Il 2 febbraio 2017 è stato firmato il nuovo Accordo Stato-Regioni su "La formazione continua nel settore salute". L'Accordo, con 98 articoli, prevede una disciplina complessiva del sistema ECM ed è diviso in sei parti:

- la prima (artt. 1-6) è sui "Principi";
- la seconda (artt. 7-23) "Regolatori istituzionali della formazione continua" descrive ruoli e compiti dei soggetti che intervengono nel sistema ECM;
- la terza (artt. 24-40) "Diritti e obblighi della formazione continua" contiene i tempi di decorrenza degli obblighi ECM, gli obiettivi formativi, il dossier, la certificazione;
- la quarta (artt. 41-95) "L'erogazione della formazione continua" descrive il sistema di accreditamento dei provider, gli eventi formativi con le norme sulla sponsorizzazione e il conflitto di interesse, le verifiche e le violazioni;
- la quinta (art. 96) "Reti informative ECM";
- la sesta (artt. 97-98) "Disposizioni transitorie finali".

Alligato all'Accordo ci sono i criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM.

In questo sistema complesso e in uno snodo così delicato come l'applicazione di un nuovo Accordo Stato-Regioni, le Regioni sono chiamate a un ruolo importante. Si pongono infatti come garanti di tutto il sistema ECM, garanti nel fornire indirizzi univoci ai provider e ai professionisti sulla base degli accordi nazionali, garanti della quantità e della qualità della formazione erogata e monitorata dagli Osservatori sulla qualità della formazione sanitaria. Molti sono gli impegni che aspettano le Regioni nei prossimi anni: dovranno consolidare i propri sistemi di accreditamento e uniformarli al sistema delineato dal nuovo accordo, dovranno individuare gli obiettivi formativi strategici qualificanti per i programmi regionali, dovranno promuovere lo sviluppo del dossier formativo quale strumento di governo della formazione per rafforzare la programmazione ma anche per fare una valutazione di coerenza fra la formazione programmata e quella realizzata.

Bibliografia

- *Annuario della formazione in sanità 2016*, una guida ragionata al mondo della formazione in Sanità, editore Sanità Futura
- Accordo Stato-Regioni n. 168 del 2007
- Accordo Stato-Regioni n. 192 del 2009
- Accordo Stato-Regioni n. 101 del 2012
- Accordo Stato-Regioni n. 14 del 2017 "La formazione continua nel settore salute"
- Indagine presso le Regioni sullo stato di applicazione dell'ECM, novembre 2016

UNA METODOLOGIA PER LA PREVISIONE DEL FABBISOGNO FUTURO DI PROFESSIONISTI SANITARI

**Autrice****Annalisa Malgieri**

*Funzionario Statistico,
Direzione Generale delle Professioni Sanitarie
e delle Risorse Umane del SSN,
Ministero della Salute*

Contatti**Annalisa Malgieri**

a.malgieri@sanita.it

RIASSUNTO

La pianificazione del personale costituisce una leva strategica di gestione delle risorse umane del Sistema Sanitario Nazionale. Una pianificazione efficace necessita del supporto di previsioni affidabili basate su dati robusti che consentano di quantificare eventuali gap futuri di personale e porre in essere le azioni opportune per prevenirli. La metodologia di definizione del fabbisogno sviluppata nel corso del progetto pilota e il suo successivo perfezionamento e allargamento a tutte le figure professionali avvenuto nell'ultimo anno, risponde all'esigenza di disporre di uno strumento metodologico flessibile e immediatamente fruibile per simulare le dinamiche sul mercato del lavoro sulla base del set di ipotesi che si intende testare. In questo modo è possibile formulare la proposta di immatricolazioni future ai corsi che si ritiene più congrua.

L'articolo descrive puntualmente la metodologia passando in rassegna le singole variabili e i parametri contemplati nel modello previsionale.

Parole chiave

Analisi di scenario, mercato del lavoro, modello previsionale, fabbisogno di professionisti.

ABSTRACT

The Workforce planning is a strategic lever in managing of the National Health System personnel.

An effective health workforce planning requires reliable projections based on robust data to quantify any future gaps in staff and put in place the right actions to prevent them.

The health workforce needs methodology, developed in the pilot project and improved and spread to all healthcare professions in the last year, provides a flexible and easy-to-use methodological tool to simulate future dynamics on the labour market and testing hypothesis on the number of future enrolments to University. In this way, it's possible to outline the proposal of the health workforce needs that it is considered more consistent.

The article precisely describes the methodology by reviewing each variables and parameters contemplated in the forecasting model.

Keywords

Scenario analysis, labour market, forecasting model, health workforce need.

Introduzione

Cosa si intende per pianificazione delle risorse umane? Molteplici sono le definizioni presenti in letteratura. Una delle più complete definisce una pianificazione del personale efficace quella che assicura "the right people, with the right skills, in the right places, at the right time". Si tratta di una definizione assolutamente appropriata del significato di "pianificazione strategica delle risorse umane"

ancorché di una questione a elevato grado di complessità che presenta una molteplicità di soluzioni alternative valutabili *ex post* in termini di *performance* solo in relazione all'obiettivo strategico prefissato. In Italia la leva di programmazione concretamente utilizzata per pianificare le risorse umane in sanità è quello del *numero chiuso* ai corsi di Laurea delle professioni sanitarie.

1. Taylor S: People Resourcing (People & organisations). Chartered Institute of Personnel & Development; 1998



Il processo istituzionale e il progetto pilota in Italia

Il processo istituzionale che conduce alla determinazione del fabbisogno formativo e alla definizione del numero di accessi all'Università, presentava in passato alcune criticità strettamente legate alla numerosità ed eterogeneità dei soggetti coinvolti nella rilevazione e alla variabilità di criteri e indicatori utilizzati.

L'occasione di migliorare il processo di previsione e pianificazione della forza lavoro sanitaria è giunta dalla *EU Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting*², un'iniziativa comunitaria cui il Ministero della Salute ha partecipato conducendo una specifica linea di attività relativa allo scambio delle buone pratiche sulle metodologie di programmazione. In particolare, l'impatto determinante della *Joint Action* è avvenuto con il "Progetto pilota", studio finalizzato alla definizione di una metodologia condivisa per la determinazione del fabbisogno di ostetriche, infermieri, medici, odontoiatri e farmacisti per il sistema sanitario nel suo complesso.

Avviata a gennaio 2015, l'iniziativa si è conclusa con il perfezionamento dell'Accordo Stato-Regioni del 9 giugno 2016 con il quale viene recepito il modello previsionale sviluppato e i tre principi metodologici fondamentali per un approccio condiviso e coerente alla programmazione:

1. per fabbisogno si intende la determinazione del numero di professionisti per il **sistema sanitario nel suo complesso**, ossia indipendentemente dal settore di impiego;
2. le previsioni devono quindi abbracciare un **orizzonte temporale di medio-lungo termine**;
3. l'offerta di professionisti sanitari deve essere messa in **relazione con la domanda** al fine quantificare eventuali carenze o eccedenze di personale nel futuro.

L'ambizioso obiettivo proposto è stato raggiunto. Al contempo, però, c'è sempre stata la forte consapevolezza che la metodologia sviluppata con lo studio pilota doves-

se rappresentare solo il punto di partenza di un cambiamento ancora più profondo. Ed è per tale ragione che la naturale evoluzione del progetto avviato in via sperimentale per le cinque professioni oggetto della *Joint Action* europea è stata l'estensione della metodologia e dei principi concordati a tutte le professioni sanitarie.

Il modello previsionale

Partendo dai tre principi metodologici concordati è stato elaborato un modello teorico di riferimento per determinare il fabbisogno formativo di professionisti sulla base di alcuni parametri e variabili che mettono in relazione la domanda e l'offerta di personale sanitario da cui il fabbisogno stesso deve discendere.

Si tratta di un modello "stock and flows" che, partendo dai dati sullo stock attuale di professionisti, stima lo stock futuro (fino al 2035) in base a previsioni di flussi (flows) in uscita dal mercato del lavoro (per decesso, per pensionamento) e in entrata nel mercato del lavoro (dalla formazione universitaria). Nel corso del progetto pilota tale modello teorico è stato tradotto in uno strumento di lavoro rappresentato da un file Excel per consentire la sua più ampia diffusione e la massima trasparenza del lavoro svolto.

Le attività poste in essere a seguito della sperimentazione sono state focalizzate sul perfezionamento dello strumento sviluppato che è stato reso "user-friendly" grazie a una maggiore interattività e a un livello di automazione tale da consentire l'immediato aggiornamento dei risultati e la elaborazione di scenari sulla base delle ipotesi formulate e dei parametri inseriti.

I risultati delle elaborazioni, ossia le previsioni a medio e lungo termine di domanda e offerta di professionisti sono visualizzabili in forma grafica per agevolare l'interpretazione delle informazioni e supportare concretamente il decisore finale.

2. www.healthworkforce.eu

Le variabili e i parametri del modello

Con riferimento alla professione di ostetrica, seguendo lo schema logico dell'algoritmo, passiamo in rassegna le singole variabili contemplate nel modello previsionale.

1. La popolazione attuale e futura

È lecito chiedersi quale sia la popolazione di riferimento per la professione di ostetrica. La risposta non è scontata e le simulazioni possono dar luogo a risultati divergenti a seconda della popolazione di riferimento che si prende in esame. Basti pensare ad esempio che nel periodo 2015-2035 la popolazione femminile nel suo complesso cresce del 3,6%, viceversa la popolazione in età fertile (15-50 anni) subisce un'importante diminuzione (-12,7%³). Nello specifico, su proposta della Federazione Nazionale dei Collegi Ostetriche, è stato studiato un sistema di pesi diversi per fasce di età della popolazione femminile, che consente di tener conto di nuovi modelli organizzativi e delle possibili evoluzioni in termini di competenze della professione.

2. Domanda per 100.000 abitanti

Il valore di questa variabile rappresenta la chiave del reale fabbisogno di professionisti sanitari. L'assunto di base contenuto nel modello previsionale è che la domanda attuale di ostetriche coincida con il numero di professioniste attive nello stesso periodo, rapportato da una popolazione standard di 100.000 abitanti. Si tratta ovviamente di un assunto di partenza modificabile per verificare e testare scenari diversi di riferimento.

Seppur estremamente semplice questo indicatore, ma soprattutto la sua evoluzione nel periodo di proiezione, rappresenta il vero fulcro del modello attorno al quale ruotano tutte le altre variabili. Esso può racchiudere nel suo valore puntuale i cambiamenti futuri delle condizioni epidemiologiche della popolazione, dei programmi di cura e assistenza, degli sviluppi tecnologici e di altri fattori che potranno incidere sul livello quantitativo standard necessario per garantire i servizi di cura, assistenza e prevenzione alla popolazione di riferimento.

3. Stock - Professionisti attivi

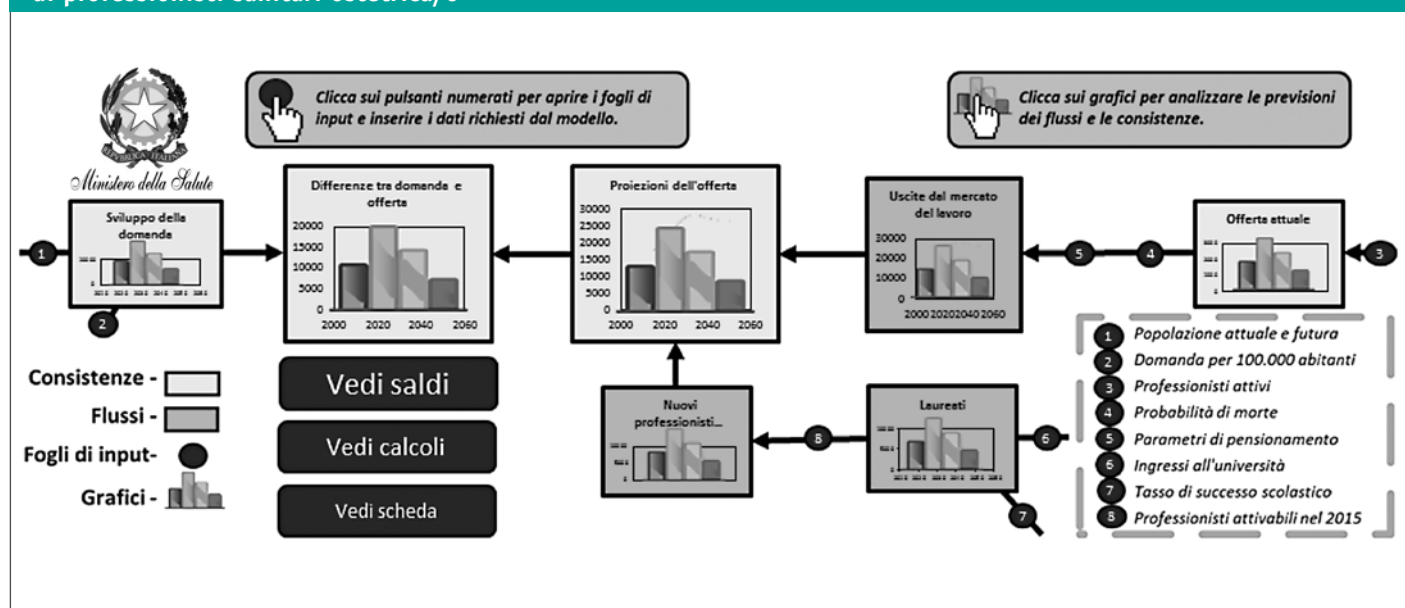
Cosa si intende per professionista attivo? Eurostat, l'Ufficio di Statistica dell'Unione Europea, definisce e rileva i dati in relazione a tre "status" professionali:

- **Abilitato** all'esercizio della professione;
- **Professionalmente attivo**, la cui educazione in campo sanitario è un prerequisito professionale per svolgere il proprio ruolo;
- **Praticante**, professionista direttamente impegnato a erogare servizi ai pazienti.

Oggetto delle proiezioni del modello previsionale sono le ostetriche "professionalmente attive". Per giungere alla definizione dello stock delle attive si è lavorato a lungo durante il progetto pilota⁴.

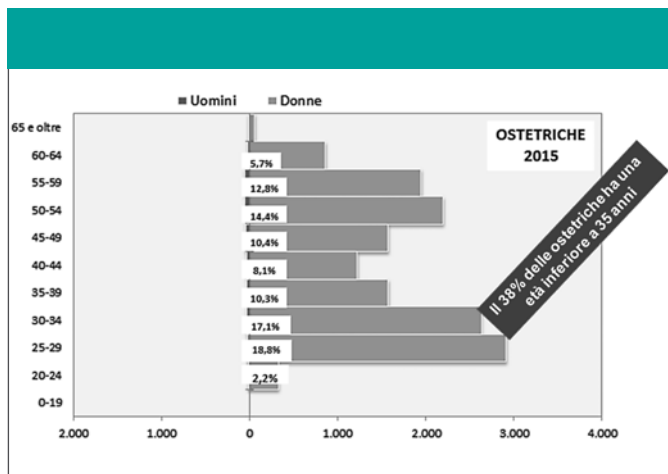
Lo strumento grafico della piramide per età suggerisce immediatamente alcune riflessioni di merito: l'età media delle ostetriche attive è di soli 40 anni; la quota delle ostetriche di età inferiore ai 35 anni (38% del totale) è esattamente il doppio della quota di ostetriche ultra-cinquantacinquenni (19% del totale).

Modello previsionale 2015-2035 per la determinazione del fabbisogno formativo per l'anno accademico 2017-2018 di professionisti sanitari ostetrica/o



3. Fonte: ISTAT, previsioni della popolazione - scenario centrale

4. Cfr. "Quante ostetriche serviranno in Italia nel 2036?", Lucina 1/2016



4. Flussi in uscita - Probabilità di morte

Il primo motivo di uscita dal mercato del lavoro di cui il modello tiene conto è la causa di morte. Nel proiettare lo stock di professionisti attivi nel tempo, viene applicata a ciascuna coorte di età la specifica probabilità di sopravvivenza all'anno successivo calcolata sulla base delle tavole mortalità elaborate dall'Istituto Nazionale di Statistica.

5. Flussi in uscita - Parametri di pensionamento

I flussi in uscita più consistenti riguardano i pensionamenti. Per poterli stimare sono stati inseriti dei parametri che prevedono un innalzamento dell'età pensionabile nel periodo considerato (63 anni fino al 2019, 65 anni dal 2020 al 2034, 66 anni a partire dal 2035) e le corrispondenti probabilità di uscita al raggiungimento dei requisiti impostati. I parametri di pensionamento sono modificabili ed è pertanto possibile simulare scenari futuri differenti in base a diverse ipotesi di comportamento e di eventuali scelte di natura politica.

6. Flussi in entrata - Ingressi all'Università

La formazione universitaria rappresenta il principale indotto del mercato del lavoro e il numero degli studenti immatricolabili ogni anno ai corsi di Laurea in Ostetricia è il fine ultimo del processo di rilevazione del fabbisogno, nonché la vera leva utilizzata in Italia per la programmazione del personale sanitario. In risposta a un fabbisogno progressivamente decrescente, negli ultimi tre anni accademici, l'offerta formativa è diminuita di circa 25 punti percentuali. In realtà l'effettivo lavoro di analisi da condurre non riguarda il trend passato, bensì le prospettive future. Grazie allo strumento previsionale è possibile simulare le dinamiche sul mercato del lavoro nelle ipotesi di immatricolazioni che si intende testare per poi formulare la proposta di ingressi all'Università che si ritiene più congrua.

7. Flussi in entrata - Tasso di successo

La situazione che vediamo oggi sul mercato del lavoro e le caratteristiche dello stock attuale degli attivi risentono delle decisioni programmatiche prese in passato che esauriscono i propri effetti solo nel medio e lungo termine. Basti pensare ad esempio che fino all'anno 2025 avremo ancora neo-laureati provenienti dalla programmazione degli anni passati che si immettono nel sistema. Da qui l'importanza di stimare il cosiddetto "tasso di successo scolastico", ossia la quota degli studenti che completano il percorso universitario e conseguono l'abilitazione all'esercizio della professione. Tale stima è stata elaborata seguendo specifiche coorti di immatricolati per un periodo di 10 anni dall'anno di prima iscrizione⁵.

8. Flussi in entrata - Gli Attivabili

L'abilitazione all'esercizio della professione è condizione necessaria ma non sufficiente affinché un professionista possa definirsi attivo sul mercato del lavoro. Nel pianificare correttamente le risorse umane occorre tener conto del personale già formato ma non ancora occupato che costituisce un bacino di professionisti da cui attingere prioritariamente nel momento in cui c'è una richiesta dal mercato del lavoro. Tale contingente è stato stimato in circa 1.400 ostetriche al 31 dicembre 2015 ed è stato ottenuto dalla differenza tra le ostetriche abilitate e quelle attive di età inferiore ai 40 anni.

L'analisi di scenario

"Simulare" è la parola chiave della nuova metodologia per la previsione del fabbisogno di personale sanitario e l'analisi di scenario è lo strumento analitico che permette di osservare e valutare la situazione futura per supportare il decisore finale. Il metodo sviluppato non fornisce una soluzione univoca e un valore puntuale alla questione fabbisogno, ma permette di "visualizzare il futuro" sotto le condizioni ipotizzate.

Come si leggono quindi i risultati del modello?

Una volta definiti i parametri di input e ipotizzato il numero di ingressi futuri all'Università che si intende testare, il modello previsionale produce lo scenario di riferimento con le proiezioni della domanda e dell'offerta di professionisti, tenuto conto dei flussi in uscita e in entrata stimati sulla base degli assunti di partenza.

L'esempio più utile da cui partire è quello dello "Scenario a gruppo chiuso". In questo scenario, puramente teorico, viene analizzata la domanda e l'offerta di ostetriche nell'ipotesi di zero ingressi in formazione a decorrere dall'a.a. 2017-2018. Il grafico generato in questa ipotesi consente di giungere ad alcune conclusioni importanti:

5. Fonte: elaborazioni su dati MIUR - Ufficio di Statistica

- la curva di offerta delle ostetriche rimarrebbe superiore a quella della domanda fino all'anno 2026; anche in assenza di nuove immatricolazioni dal prossimo anno accademico;
- il numero di ostetriche abilitate ma ancora in cerca di occupazione continuerebbe a crescere fino al 2020 raggiungendo quota 3.800 per poi diminuire ed esaurirsi solo nel 2026.

L'esercizio dello scenario a numero chiuso suggerisce la necessità di un intervento sul numero di accessi ai corsi di Laurea al fine di contenere il bacino di disoccupati che si andrebbe a creare in caso di una programmazione non corretta. La riflessione è stata colta già a decorrere dal prossimo anno accademico con l'Accordo Stato-Regioni del 25 maggio 2017 in cui il fabbisogno per la professione di ostetrica è stato determinato in 672 unità. Tuttavia, anche nel caso in cui si lasciasse costante tale numero di accessi fino al 2035, si assisterebbe a un allargamento della forbice tra domanda e offerta con conseguente incremento del numero di disoccupate (circa 5.600 alla fine del periodo di proiezione).

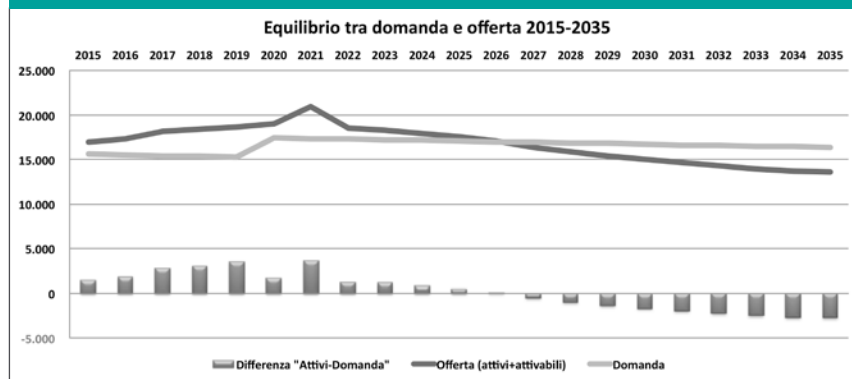
Uno scenario esplorabile, dunque, potrebbe essere quello che, a partire dalle 672 unità dell'a.a. 2017-2018, prevede una lieve ma progressiva diminuzione dei numeri di ingressi (-5% annuo). In tale ipotesi, pur scontando una quota di disoccupazione che possiamo definire fisiologica, si raggiungerebbe un equilibrio tra domanda e offerta nel medio-lungo termine.

Conclusioni

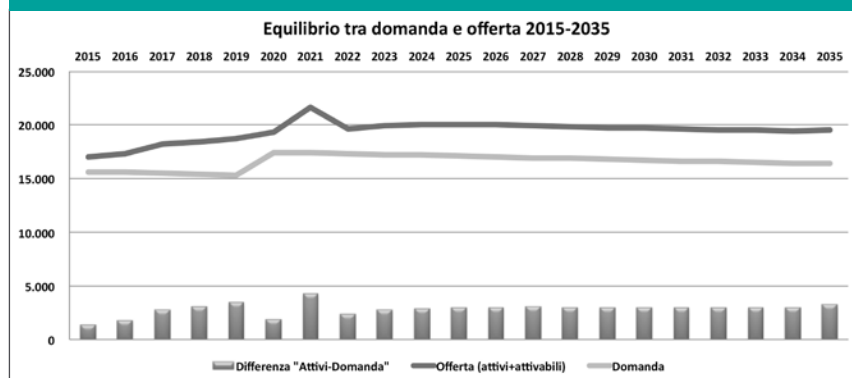
La nuova metodologia per la definizione del fabbisogno del personale sanitario ha avuto un notevole impatto sul sistema di pianificazione seguito in Italia. Il grande plus è stato quello di aver riunito tutti gli attori in gioco attorno a un unico tavolo con l'obiettivo condiviso di giungere a una programmazione efficace delle risorse umane del sistema sanitario nel suo complesso. Grazie a un denominatore comune di indicatori parametri e variabili e allo scambio di esperienza e conoscenza tra i diversi stakeholder, il fabbisogno dovrebbe rappresentare sempre più quel numero congruo di professionisti necessari per rispondere alla domanda di salute della popolazione contenendo al tempo stesso gli esuberanti di personale, ossia il livello di disoccupazione cui spesso in passato non è stato attribuito il giusto peso.

Il lavoro non termina con la programmazione per il prossimo anno accademico. Ancora molto si può fare per migliorare la metodologia e le basi dati a suo sup-

Scenario a gruppo chiuso (zero ingressi)



Scenario con diminuzione annua del 5% a partire da 672



porto. Un'importante area di sviluppo per il futuro riguarda il tema della domanda e i suoi indicatori che rappresentano il vero driver del modello previsionale e la determinante delle stime finali di fabbisogno.

Bibliografia e sitografia

- *Handbook on Health Workforce Planning Methodologies across EU countries*, A. Malgieri, P. Michelutti, M. Van Hoegaerden, Slovakia, Joint Action Health Workforce Programming & Forecasting, Funded by the Health Programme of the European Union, 2015
- *Quante ostetriche serviranno in Italia nel 2036?*, Lucina I/2016, A. Malgieri, P. Michelutti
- *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Publishing, Paris, 2016
- *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*. World Health Organization
- *Working for health and growth: investing in the health workforce*. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth
- www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua=1
- <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250047/1/9789241511308-eng.pdf?ua=1>
- <http://healthworkforce.eu>
- www.demo.istat.it
- <http://statistica.miur.it>

ATTESTAZIONE E CERTIFICAZIONE

Attestation and certificate



Autrice
Mariangela D'Ercole

RIASSUNTO

La formazione continua ECM è destinata a tutti i professionisti sanitari che esercitano attività sanitaria, compresi i liberi professionisti e i professionisti temporaneamente privi di occupazione. La Legge 148/2011 stabilisce che tutti gli iscritti a Ordini e Collegi sono tenuti ad attività di formazione continua professionale e, in quanto operatori che esercitano in ambito sanitario, a formazione ECM.

Il 31 dicembre 2016, il triennio formativo 2014-2016 ha ceduto il passo al nuovo triennio 2017-2019. I professionisti sanitari che hanno adempiuto al proprio obbligo formativo individuale nel triennio 2014-2016 possono farsi rilasciare dall'Ordine di appartenenza la certificazione del completo soddisfacimento dell'obbligo formativo ECM. L'attestazione di partecipazione al programma ECM, intesa esclusivamente come numero di crediti acquisiti nel triennio, verrà rilasciata dall'Ordine a quei professionisti (previa richiesta di questi ultimi) che non hanno assolto il proprio obbligo formativo.

Ordini, Collegi e Associazioni sono gli enti responsabili della verifica della formazione e di conseguenza gli unici soggetti che possono certificare o attestare la formazione dei propri iscritti.

Parole chiave

ECM, CoGeAPS, Certificazione, Attestazione, 2014-2016

ABSTRACT

The ECM continuing education programme is destined to healthcare professionals practicing health-related activities, such as self-employed people and professionals currently unemployed.

According to the Law 148/2011, every member of Orders and Colleges shall be required to undergo regular professional training programmes and, as operators for the healthcare system, they shall undergo ECM, as well.

The 2014-2016 three years training gave way to the new 2017-2019 three years period on the 31 of December 2016.

Health professionals who have fulfilled their 2014-2016 individual training duty can ask to their belonging Order to certify the complete fulfilment of the ECM training duty. The Order will release, upon specific request, the certificate of participation to the ECM programme, aimed to certify exclusively the number of credits acquired during the three years, to the professionals who haven't fulfilled their training duty. Orders, Colleges and Associations are the responsible for the verification of the training and therefore, the only subjects able to certify or attest the training of their members.

Keywords

ECM, CoGeAPS, Certificate, Attestation, 2014-2016

Il 31 dicembre scorso è terminato il triennio formativo 2014-2016 ed è iniziato il nuovo triennio 2017-2019.

I professionisti sanitari che hanno adempiuto al proprio obbligo formativo individuale 2014-2016, nel corso del 2017, possono farsi rilasciare dall'Ordine, Collegio, Associazione la certificazione del completo soddisfacimento dell'obbligo formativo ECM. L'attestazione di partecipazione al programma ECM, intesa esclusivamente come numero di crediti acquisiti nel triennio verrà rilasciata dall'Ordine, Collegio, Associazione a quei professionisti (previa richiesta di questi ultimi) che non hanno assolto il proprio obbligo formativo. Ordini, Collegi e Associazioni sono gli enti responsabili della verifica della formazione e di conseguenza gli unici soggetti che possono certificare o attestare la formazione dei propri iscritti.

Ai professionisti non iscritti alle Associazioni (o iscritti ad Associazioni non facenti parte del Consorzio) la certificazione e/o l'attestazione potrà essere rilasciata dalla CNFC. È stata infatti attivata la funzionalità di iscrizione nel portale CoGeAPS per i professionisti sanitari non iscritti a Ordini, Collegi, Associazioni ovvero iscritti ad Associazioni non facenti parte del Consorzio.

Nello scorso mese di dicembre è intervenuta una nuova disposizione della CNFC con cui si consente "ai professionisti sanitari di completare il conseguimento dei crediti formativi relativi al triennio 2014-2016 entro il prossimo 31 dicembre 2017, nella misura massima del cinquanta per cento del proprio obbligo formativo, al netto di esoneri, esenzioni ed eventuali altre riduzioni".

Le partecipazioni ECM svolte nel 2017 e spostate al



triennio precedente, qualora si rendesse necessario colmare il debito formativo 2014-2016, non saranno più conteggiate nel triennio in cui sono state originariamente acquisite. Tale recupero potrà essere avviato dietro richiesta dei professionisti al proprio Ordine, Collegio o Associazione o, in alternativa, al BackOffice del CoGeAPS, specificando quali partecipazioni ECM svolte nel 2017 sono da trasferire al triennio precedente.

Molti professionisti si chiedono a quanto ammonti l'obbligo formativo ECM del triennio 2014-2016, per cui, una volta soddisfatto, è possibile farsi rilasciare la certificazione.

È doverosa una distinzione tra obbligo formativo standard e obbligo formativo individuale.

L'obbligo formativo standard è pari a 150 crediti da conseguire nel triennio formativo e non è altro che l'indicatore in termini di formazione ECM dell'attività svolta dal professionista sanitario nel triennio di riferimento (nel rispetto degli Accordi Stato-Regioni intercorsi dal 2007 ad oggi). La Determina della CNCF di luglio 2013 e quella successiva di ottobre 2014 (regolano in termini operativi i trienni ECM 2011-2013 e 2014-2016) confermano l'obbligo standard pari a 150 crediti.

Però non sono sempre 150 i crediti che il professionista deve acquisire nel triennio formativo.

Ecco quindi che dall'obbligo formativo standard scaturisce l'obbligo formativo individuale, ovvero l'obbligo tarato su misura del professionista sanitario.

È possibile infatti usufruire di riduzioni dell'obbligo formativo standard in relazione a partecipazioni ad eventi formativi e relativi crediti ECM maturati nel triennio precedente e in presenza di situazioni che possano dar diritto a riduzioni dovute ad esoneri ed esenzioni.

Fino al 2014-2016 erano previsti 15, 30 e 45 crediti di riduzione sull'obbligo formativo standard cui si aveva diritto maturando almeno 30, 51 o 101 crediti nel triennio precedente. Esoneri ed esenzioni rappresentano ulteriori riduzioni dell'obbligo, secondo quanto previsto a partire dalla Determina di luglio 2013.

La modalità più diffusa di conseguire formazione ECM risulta essere la partecipazione a eventi formativi accreditati (nazionali e/o regionali) che prevedono il rilascio, a

seguito del superamento del test di valutazione, dei crediti ECM. Tali crediti verranno inviati dai *provider* all'ente accreditante e al CoGeAPS tramite flusso informatico al termine dell'evento (RES, FAD, FSC, *blended*).

La formazione può essere conseguita anche con formazione individuale, ovvero tramite attività, previste e normate dalla CNCF, non svolte in presenza di un *provider* ma svolte autonomamente e che danno comunque luogo a crediti ECM (pubblicazioni scientifiche, tutoraggio individuale, crediti conseguiti all'estero, autoformazione, sperimentazioni cliniche). La tipologia di acquisizione crediti ECM tramite formazione individuale è sottoposta a una serie di limiti previsti dalle Deliberazioni della CNCF, a partire dalla citata Determina di luglio 2013.

Mentre nel caso della formazione svolta frequentando eventi formativi ECM, tali partecipazioni vengono trasmesse dal *provider* all'ente accreditante e al CoGeAPS, nel caso della formazione individuale è necessario che sia il professionista a procedere alla richiesta di riconoscimento dei crediti ECM comunicando lo svolgimento di tali attività nel profilo personale CoGeAPS. Tali richieste dovranno essere sottoposte a verifica dell'Ordine, Collegio, Associazione o del CoGeAPS e successivamente alla validazione saranno visibili nel proprio profilo.

Per permettere all'Ordine, Collegio, Associazione di avere una situazione completa della formazione ECM effettuata dai propri iscritti, in qualità di garante della formazione e ai fini del rilascio della certificazione, i professionisti stessi possono richiedere l'inserimento manuale di eventuali crediti non registrati in banca dati CoGeAPS per anomalie nei processi di rendicontazione da parte dei *provider* e/o la rettifica di eventuali partecipazioni non registrate correttamente.

Confermata anche l'eliminazione dei *target* minimi e massimi da conseguire nei singoli anni del triennio. Tutti i professionisti sanitari, a prescindere dal proprio regime professionale, a partire dal 2014 non sono soggetti a vincoli annuali nell'acquisizione dei crediti. Le disposizioni inizialmente previste per i liberi professionisti a partire dal triennio appena concluso in materia di attribuzione dei crediti sono state estese a tutti gli operatori sanitari (Delibera CNCF del 7 luglio 2016 in tema di acquisizione crediti per tutti i professionisti sanitari in maniera flessibile). Pertanto, il riconoscimento di crediti per autoformazione a partire dal 2014, entro il limite massimo del 10% dell'obbligo formativo individuale, potrà essere riconosciuta a tutti gli operatori sanitari e non solo ai liberi professionisti come previsto inizialmente.

Il 1° gennaio 2017 è iniziato il nuovo triennio formativo. Nel rispetto di quanto indicato, molti operatori sanitari possono ancora essere impegnati a completare i crediti del triennio precedente, mentre è stata presentata dalla CNCF la nuova Determina che "gestisce" la formazione del triennio appena iniziato. L'obbligo formativo standard è stato confermato a 150 crediti. Non sono sempre 150 i crediti da acquisire per essere certificabili: è possibile usufruire di riduzioni dell'obbligo formativo standard in relazione ai crediti ECM maturati nel triennio precedente, esoneri, esenzioni ed eventuali ulteriori

riduzioni dovute alla compilazione e realizzazione del dossier formativo. Le riduzioni relative a esoneri ed esenzioni sono rimaste sostanzialmente invariate da quelle introdotte dalla Determina di luglio 2013.

Novità invece nelle riduzioni. Si ha diritto a 15 crediti di riduzione (se nel triennio 2014-2016 erano stati acquisiti almeno 80 crediti ECM) o a 30 crediti (se nel triennio 2014-2016 erano stati acquisiti almeno 120 crediti).

Inoltre i professionisti che nel triennio 2014-2016 hanno compilato e soddisfatto il proprio dossier formativo individuale hanno diritto alla riduzione di 15 crediti dall'obbligo formativo nel triennio 2017-2019; ulteriori riduzioni sono previste per quei sanitari che nel triennio 2017-2019 hanno compilato un nuovo dossier.

Al termine di questo nuovo triennio, in relazione alla normativa attualmente vigente, sarà possibile rilasciare la certificazione del pieno soddisfacimento dell'obbligo formativo ai professionisti che abbiano maturato almeno il 40% dell'obbligo formativo individuale attraverso la partecipazione eventi formativi ECM (RES, FAD, FSC, blended). Resta invariato il limite del 10% per l'attività di autoformazione e il limite di 1/3 dell'obbligo formativo individuale per la formazione reclutata.

Il professionista può collegarsi al portale CoGeAPS – www.cogeaps.it – eseguire la registrazione, accedere al proprio profilo e verificare, sulla base delle partecipazio-

ni trasmesse dai provider per il triennio precedente, l'obbligo formativo individuale. Come indicato in precedenza, per perfezionare la propria situazione formativa potrebbe essere necessario aggiungere informazioni di attività di formazione individuale e/o di esoneri ed esenzioni, non automaticamente disponibili in quanto comunicate direttamente al CoGeAPS dai singoli interessati.

Bibliografia

- Determina CNFC del 17 luglio 2013 “Esoneri, Esenzioni, Tutoraggio Individuale, Formazione all'estero, Autoapprendimento, Modalità di registrazione e Certificazione”
- Determina CNFC del 23 luglio 2014 - 10 ottobre 2014 “in materia di crediti formativi ECM”
- Delibera CNFC del 7 luglio 2016 in tema di acquisizione crediti per tutti i professionisti sanitari in maniera flessibile
- Delibera CNFC del 15 dicembre 2016 - Delibera crediti obbligo formativo per triennio 2017-2019
- Delibera CNFC del 22 dicembre 2016 - Completamento dell'obbligo formativo per triennio 2014-2016
- Accordo Stato-Regioni 1° agosto 2007
- Accordo Stato-Regioni 5 novembre 2009
- Accordo Stato-Regioni 19 aprile 2012

Il fabbisogno formativo per l'anno accademico 2017-2018

I posti disponibili per le Professioni Sanitarie per l'anno accademico 2017-2018 e la loro ripartizione su base territoriale sono stati decisi sulla base dell'accordo raggiunto lo scorso 25 maggio in Conferenza Stato-Regioni. “L'intesa fra Stato e Regioni – afferma il MIUR – tiene conto, per la determinazione dei posti delle Professioni Sanitarie, così come di Medicina, Veterinaria e Odontoiatria, delle stime relative alla domanda futura di professionisti da parte del Sistema Sanitario Regionale e Nazionale, della capacità di assorbimento da parte del mercato di queste figure professionali, dei cambiamenti demografici della popolazione e dei cambiamenti nella modalità di erogazione dei servizi sanitari.



In allegato all'Accordo del 25 maggio ci sono una serie di tabelle che riportano il fabbisogno complessivo nazionale per singola figura professionale, mentre alla ripartizione dei posti per le immatricolazioni tra le Università provvede poi il MIUR, tenendo conto dell'offerta potenziale comunicata da ciascun Ateneo e dell'esigenza di una equilibrata attivazione dell'offerta formativa sul territorio nazionale.

Il 28 giugno 2017 è stato pubblicato il Decreto del MIUR numero 477 con “Modalità e contenuti delle prove di ammissione ai corsi di Laurea e di Laurea magistrale a ciclo unico ad accesso programmato nazionale” (www.miur.gov.it/web/guest/-/universita-corsi-ad-accesso-programmato-online-i-decreti-con-modalita-e-contenuti-delle-prove-e-posti-disponibili).

Dalla lettura del Decreto emerge chiara l'azione del MIUR di effettuare “tagli lineari” sul potenziale formativo, senza considerare le proposte di Regioni e Professioni. Attualmente il Tavolo Tecnico che

si è riunito sia il 14 che il 19 luglio 2017 non è pervenuto ad alcun accordo sul definitivo fabbisogno che risulta indispensabile per l'emanazione dei bandi di concorso da parte degli Atenei per l'anno accademico 2017-2018.

La FNCO, quale componente dell'Osservatorio Nazionale delle Professioni, segue con molta attenzione gli sviluppi della tematica e si impegna a darne la massima diffusione nelle forme di rito (Circolare a Presidenti di Collegi e Coordinatori CLO, Newsletter, sito istituzionale, App).

IL SISTEMA ECM

Esoneri ed esenzioni

The CME system - Cases of exemptions



Autrice
Alice Santoponte
staff CoGeAPS
ecm@cogeaps.it

RIASSUNTO

Nel seguente articolo vengono indicate le tipologie di sospensione temporanea dell'obbligo formativo ECM, le ragioni della sospensione, le norme che regolano queste tipologie e le motivazioni riconosciute per le varie categorie esistenti. Vengono inoltre indicate le modalità di richiesta e spiegate le norme che regolano la gestione di eventuali casi individuali non previsti dalla vigente normativa.

ABSTRACT

In the following article, the types of temporary suspension of the acquisition of CME credits are presented, together with the various rules and regulations that are applied to be eligible for the exemption from the – otherwise compulsory – acquisition of CME credits.

It is also illustrated the procedure for the application on the CoGeAPS website, and the rules of application for special cases outside the current regulations.

Come ormai noto, il sistema ECM prevede che la formazione del professionista sanitario sia “continua” durante tutto l’arco della vita professionale. Questo obbligo di continuità, che garantisce che il professionista rimanga aggiornato in maniera costante, può subire delle interruzioni per vari motivi.

Quindi la normativa prevede che l’obbligo ECM possa essere temporaneamente sospeso per alcune ragioni, che sostanzialmente sono suddivise in due categorie: gli esoneri e le esenzioni.

Su queste fattispecie è rilevante ricordare un concetto fondamentale: esoneri ed esenzioni sono un diritto, non un obbligo e non vengono mai assegnati d’ufficio; è sempre il professionista interessato che deve farne richiesta sulla banca dati del CoGeAPS. Un professionista potrebbe anche scegliere di continuare ad acquisire regolarmente crediti ECM e di non avvalersi dell’esonero o dell’esenzione.

Giova altresì ricordare che è possibile procedere alla registrazione di esoneri ed esenzioni solamente a partire dal 1° gennaio 2011. Infatti, esoneri ed esenzioni non aggiungono crediti, ma determinano una riduzione dell’obbligo formativo. Poiché il triennio 2008-2010 viene preso solo in considerazione per il totale dei crediti acquisiti, al fine di calcolare le riduzioni spettanti per il triennio successivo, inserire un esonero o un’esenzione non solo non apporta alcun vantaggio, ma poiché i cre-

diti maturati in regime di esonero o esenzione non vengono considerati ai fini del soddisfacimento dell’obbligo formativo del triennio di riferimento, potrebbero diminuire il totale dei crediti validi e di conseguenza le riduzioni per il triennio successivo.

La prima delle due categorie, quella dell’esonero, prevede che la sospensione dell’obbligo ECM avvenga nel momento in cui il professionista frequenta un corso di formazione *post base*, in Italia o all’estero, come ad esempio Laurea specialistica, Master di primo e secondo livello, etc.

La fattispecie dell’esonero è ulteriormente suddivisa in tre sottocategorie: esoneri di tipo annuale, esoneri di tipo mensile ed esoneri parziali.

I corsi universitari che erogano almeno 60 CFU per anno danno diritto a un esonero di tipo annuale, che stralcia l’intero obbligo formativo dell’anno di riferimento.

I corsi che invece erogano meno di 60 CFU/anno danno sempre diritto a un esonero, ma di tipo mensile, in base all’effettiva frequenza al corso: in questo caso, l’obbligo formativo viene ridotto di 4 crediti per ogni mese di frequenza.

Sono previsti esoneri speciali, che rientrano nella categoria dei parziali, per gli eventi sismici dell’Abruzzo e dell’Emilia Romagna; è di prossima pubblicazione, inoltre, un esonero (sempre parziale) per il sisma dell’agosto 2016.



Normalmente, in regime di esonero, i crediti acquisiti nello stesso arco temporale non vengono conteggiati ai fini del soddisfacimento dell'obbligo formativo del triennio: in caso di esoneri parziali, invece, possono coesistere l'esonero e la regolare acquisizione dei crediti, proprio per la peculiare natura di questo esonero, volto a facilitare chi risiede o opera nelle zone terremotate.

Nell'assegnazione dell'esonero, è importante ricordare che gli anni accademici, che scandiscono i corsi universitari, non corrispondono agli anni solari: pertanto, quando il corso ricade a cavallo di due anni, l'esonero viene assegnato all'anno di maggiore impegno (con l'unica eccezione dell'esonero per corso di formazione manageriale, che è assegnato all'anno di fine del corso). Naturalmente, gli anni di esonero assegnati non possono superare gli anni di durata legale di un corso.

La seconda categoria di sospensione dell'obbligo formativo è l'esenzione. L'esenzione, al contrario dell'esonero, viene assegnata sempre su base mensile, e comporta sempre una riduzione pari a 4 crediti per mese.

La differenza fondamentale con l'altra categoria è che, al contrario dell'esonero, per usufruire di un'esenzione deve sussistere un'interruzione dell'attività lavorativa del professionista che richiede l'esenzione.

I casi per cui può essere richiesta l'esenzione sono i seguenti:

- congedo maternità e paternità;
- congedo parentale e congedo per malattia del figlio;
- adozione e affidamento preadottivo;
- adozione internazionale aspettativa non retribuita durata espletamento pratiche;
- congedo retribuito per assistenza ai figli portatori di handicap;
- aspettativa senza assegni per gravi motivi familiari così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza;
- permesso retribuito per i professionisti affetti da gravi patologie così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza;

- assenza per malattia così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza;
- richiamo alle armi o servizio volontariato alla CRI;
- aspettativa per incarico direttore sanitario aziendale, direttore socio-sanitario e direttore generale;
- aspettativa per cariche pubbliche elettive;
- aspettativa per la cooperazione con i Paesi in via di sviluppo e distacchi per motivi sindacali così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza.

Le esenzioni (così come anche gli esoneri) sono fruibili da tutti i professionisti, a prescindere dallo status lavorativo: anche i professionisti temporaneamente non occupati possono richiederle.

Per la registrazione dell'esenzione o dell'esonero è necessario, al termine del periodo di astensione dall'attività professionale o del corso oggetto di esonero, caricare una richiesta sul portale del CoGeAPS, alla voce "Aggiungi esenzione" o "Aggiungi esonero", compilando tutti i campi e allegando l'autocertificazione, il cui modello si scarica in fondo alla pagina della richiesta stessa, compilata in tutti i campi obbligatori, completa di firma autografa o digitale e accompagnata da un documento di identità in corso di validità.

Dopo aver eseguito questa procedura, la richiesta che il professionista ha inserito è salvata nella sezione "Richieste": diventerà effettiva e visibile nel profilo individuale dopo essere stata verificata e validata dall'Ordine/Collegio/Associazione di riferimento del professionista o dal CoGeAPS.

Può succedere che alcuni casi individuali non rientrino in nessuno dei casi esposti, ma che il professionista voglia comunque richiedere un esonero o un'esenzione: in questi casi, essendo il CoGeAPS un organo strumentale, è necessario che il professionista rivolga una richiesta di esonero/esenzione per casi non previsti dalla normativa alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua, tramite l'apposito modulo disponibile nella sezione ECM del sito dell'Agenas. La CNFC delibererà sui singoli casi, dandone comunicazione al professionista interessato e al CoGeAPS.

Bibliografia

- Determina CNFC del 17 luglio 2013
- Comunicato CNFC del 4 luglio 2016 - Modulo per la richiesta di esonero/esenzione o riconoscimento crediti per i casi non previsti dalla Delibera del 17 luglio 2013
- Comunicato CNFC del 15 dicembre 2016 - Esenzione ECM per direttore sociale/socio-sanitario

PROGETTO “PRIMA LE MAMME E POI I BAMBINI”

Rivolto agli studenti dei corsi di Laurea in Ostetricia del 3° anno degli Atenei italiani



Autrice
Silvia Vaccari
Vicepresidente FNCO



Federazione
Nazionale
Collegi
Ostetriche

Il 4 maggio a Padova, la Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche è stata coinvolta nell'incontro propeedeutico per il progetto di formazione FNCO/Cuamm e si è dato inizio alle pratiche per le partenze dei primi studenti dei corsi di Laurea in Ostetricia selezionati tra un gruppo di volontari di vari Atenei italiani, le partenze sono state previste già dal mese di giugno 2017, gli studenti partiranno a coppie ogni mese per 5 mesi per le regioni africane in cui vi sono progetti e ospedali in cui collaborano tutti i professionisti del Cuamm.

Il progetto osservazionale/esperienziale terminerà il 31 ottobre 2017.

Grazie a un accordo siglato dal Cuamm con la Federazione Nazionale Collegi Ostetriche (FNCO), nella sede centrale di Padova è iniziato un percorso di formazione



**MEDICI
CON L'AFRICA
CUAMM**

rivolto a dieci studenti e studentesse di altrettante sedi universitarie italiane del CLO, gli studenti potranno passare un mese della propria formazione in Africa, in uno degli ospedali in cui è presente il Cuamm anche grazie a delle borse di studio messe a disposizione dalla FNCO e deliberate dal Consiglio Nazionale in accordo con tutti i Coordinatori, Direttori e Presidenti CLO.

Medici con l'Africa Cuamm

Nata nel 1950, Medici con l'Africa Cuamm è la prima Ong in campo sanitario riconosciuta in Italia e la più grande organizzazione italiana per la promozione e la tutela della salute delle popolazioni africane. Realizza progetti a lungo termine in un'ottica di sviluppo, intervenendo con questo approccio, anche in situazioni di emergenza, per garantire servizi di qualità accessibili a tutti. In 65 anni di storia sono state 1.615 le persone inviate, 221 gli ospedali serviti, 41 i Paesi d'intervento e 165 i programmi principali realizzati.

Oggi Medici con l'Africa Cuamm è impegnato in 7 Paesi dell'Africa subsahariana (Angola, Etiopia, Mozambico, Sierra Leone, Sud Sudan, Tanzania e Uganda) con 827 operatori (213 europei e 614 africani), 72 progetti di cooperazione principali e un centinaio di micro-realizzazioni di supporto; appoggia 14 ospedali, 35 distretti (per attività di sanità pubblica, assistenza materno-infantile, lotta all'Aids, tubercolosi e malaria, formazione), 3 scuole infermieri e 2 Università (in Etiopia e Mozambico).



L'obiettivo è quello di preparare le future ostetriche/ci italiani interessati a lavorare nella cooperazione internazionale a lavorare in ospedali a risorse limitate.

La **Federazione Nazionale Collegi Ostetriche**, rappresentate dalla Vicepresidente **Silvia Vaccari** e dalla Consigliera **Antonella Cinetti**, sottolineano che questo progetto per il Comitato Centrale della Federazione e per tutte le Presidenti e i Consigli Direttivi dei Collegi Ostetriche/ci italiane è molto importante, perché offre l'occasione ai futuri professionisti di comprendere l'importanza dell'organizzazione delle cure.

Accrescere la cultura della solidarietà e della cooperazione negli studenti CLO mettendo al centro il concetto di salute come valore assoluto in tutto il mondo, abbattendo le barriere all'accesso alle cure. L'ostetrica/o gioca un ruolo fondamentale per la salute delle mamme e dei bambini: *se loro sono sani, un'intera popolazione può sperare in un futuro migliore.*

Don Dante Carraro, direttore di Medici con l'Africa Cuamm, e tutti i collaboratori Cuamm ritengono di essere molto soddisfatti di questo accordo con la FNCO, perché per il Cuamm l'esperienza sul campo è un elemento fondamentale per la formazione dei nostri cooperanti, insieme alla valorizzazione delle risorse umane locali.

Questo significa per il Cuamm essere con l'Africa: lavorare insieme, puntare sulla formazione del personale locale. Per questo in **Etiopia, Uganda e Sud Sudan** – Paesi dove presenza di ostetriche è la più bassa al mondo – **lavoriamo in tre scuole per ostetriche.**

Agli studenti del CLO la FNCO chiederà di predisporre un elaborato con caratteristiche scientifico/esperienziali al termine del loro percorso formativo all'estero; alcuni di questi elaborati saranno presentati a Salerno il 6 e 7 ottobre durante il Congresso Nazionale di categoria con titolo *"L'ostetrica di famiglia e di comunità per la salute globale e la cooperazione sanitaria internazionale"*.

Si anticipa che è intenzione del Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi Ostetriche valutare, analizzare e presentare precise analisi delle criticità riscontrate dalle esperienze maturate durante le attività del progetto FNCO/Cuamm e proposte di risoluzione delle stesse al fine di proseguire la promozione delle esperienze di formazione teorico-pratica nei precorsi curriculari degli studenti del corso di Laurea in Ostetricia e la partecipazione alle iniziative di cooperazione sanitaria internazionale per il miglioramento della salute materna e neonatale nel mondo.

Le ostetriche e il pavimento pelvico: indagine conoscitiva

Midwives and pelvic floor: fact-finding survey



Autori

Francesca Pizzoni

Laurea in Ostetricia presso l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia,
Master I livello in Pavimento Pelvico e Riabilitazione
presso Università degli Studi di Roma - La Sapienza



Elena Pigozzi

Laurea in Ostetricia presso l'Università degli Studi di Perugia,
Master I livello in Pavimento Pelvico e Riabilitazione
presso Università degli Studi di Roma - La Sapienza

Nascite pretermine e microbioma vaginale. C'è un'associazione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce pretermine o prematuro il nato prima della 37^a settimana di gestazione. I neonati pretermine rappresentano circa il 7% di tutti i nati. In Italia ogni anno nascono circa 40.000 neonati pretermine, ma il rischio è in forte aumento.

Secondo una nuova ricerca pubblicata dall'*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, i cambiamenti del microbioma della vagina, che si verificano tra il primo e il secondo trimestre di gravidanza, sarebbero associati a nascite pretermine. "Ci sono evidenze – dice Molly Stout della School of Medicine di Washington, a St. Louis in Missouri, principale autrice dello studio – per un'associazione tra la flora batterica vaginale e le nascite pretermine. Lo studio è stato anche il primo a studiare il microbioma vaginale e il parto prematuro in una coorte di individui in prevalenza di origine afro-americana". Il

team di ricercatori ha utilizzato il sequenziamento del 16S rRNA (RNA ribosomale) per caratterizzare il microbioma vaginale di 77 donne che hanno contribuito alla ricerca con 149 tamponi vaginali eseguiti in gravidanza. Il 60% erano afro-americane e il 31% ha avuto un parto pretermine. Le donne che hanno avuto un parto pretermine presentavano una diminuita quantità e qualità della flora vaginale, che si è manifestata tra il primo e il secondo trimestre. Gli studi hanno messo in correlazione l'instabilità del microbioma vaginale con le nascite pretermine.

"La notevole differenza si manifesta tra il primo e il secondo trimestre di gravidanza – hanno dichiarato i ricercatori – L'obiettivo è quello di tenere sotto controllo le donne all'inizio della gravidanza e di individuare quelle che sono a maggior rischio di parto pretermine". Comprendere i meccanismi che sono coinvolti nella relazione tra microbioma vaginale e nascita pretermine potrebbe portare alla messa a punto di un trattamento preventivo, secondo Stout, mirato a questi meccanismi anomali per cercare di prevenirli.

American Journal of Obstetrics and Gynecology



RIASSUNTO

Introduzione

La struttura complessa che sostiene gli organi pelvici viene spesso dimenticata: per questo motivo è difficile far accettare sia la rieducazione che la prevenzione delle patologie del pavimento pelvico; di conseguenza l'incidenza delle disfunzioni del pavimento pelvico è in continuo incremento.

Il genere più colpito è quello femminile a causa dell'anatomia, degli eventi fisiologici e del ciclo ormonale. La gravidanza, il parto e il climaterio sono momenti di cruciale cambiamento del piano perineale ed è per questo che la figura dell'ostetrica è quella che maggiormente si dovrebbe occupare di rieducazione del piano perineale.

Scopo

Lo studio ha l'obiettivo di indagare la conoscenza che hanno le ostetriche su queste tematiche per perfezionarle, in modo da diventare una delle figure di riferimento nell'ambito della rieducazione del pavimento pelvico.

Partendo dal presupposto che la funzione anatomica sia già conoscenza propria dell'ostetrica, si è deciso di concentrarsi e analizzare la conoscenza di alcune delle maggiori patologie che possono colpire i compartimenti del pavimento pelvico, le competenze degli altri professionisti sanitari, degli esami diagnostici e delle diverse possibilità di tecniche terapeutiche.

Materiali e metodi

Il campione preso in esame comprende le ostetriche iscritte ai Collegi delle regioni Marche, Umbria, Abruzzo e Toscana.

Per reclutare il campione è stata creata un'email apposita, tramite la quale sono stati contattati i collegi sopra citati; dopo una breve lettera di presentazione, abbiamo chiesto ai collegi di inviare alle loro iscritte il link da noi fornito per rispondere al questionario (caricato sull'applicazione "Moduli" di Google).

Il questionario, creato appositamente, era composto da alcune domande introduttive e da 14 domande a risposta multipla inerenti la fisiologia e patologia del piano perineale.

Di tutti i Collegi contattati, da quello di L'Aquila, Chieti e Firenze-Prato-Arezzo-Grosseto-Siena-Lucca-Pistoia non abbiamo ricevuto risposta; di conseguenza, le iscritte a questi Collegi non hanno potuto prendere parte alla ricerca.

Ai Collegi che hanno risposto al nostro invito, è stato chiesto anche di comunicare il numero delle loro iscritte in modo tale da poter eseguire una buona analisi dei dati rapportandosi al totale.

Risultati

Le domande del questionario sono state raggruppate in cinque gruppi: rettocele, prolasso tricompartimentale, campi di competenza nella riabilitazione del piano perineale, incontinenza urinaria e fecale. Di seguito si riportano alcuni dei dati ottenuti.

Solo l'8% ha saputo definire correttamente cosa è il rettocele, mentre il 56% ha indicato quale è la sintomatologia che provoca e il 77% quale è la terapia più adeguata. Il 71% ha indicato quali sono i professionisti sanitari autorizzati a eseguire la rieducazione del piano perineale, anche se questa è stata definita correttamente solo dal 20% delle ostetriche.

Inoltre, solamente il 22% ha saputo scegliere quali sono gli esami strumentali corretti che un'ostetrica può consigliare a una donna che soffre di incontinenza urinaria.

La maggior parte delle intervistate conosce i sintomi che caratterizzano l'incontinenza fecale, ma solo il 17% riconosce l'utilità della rieducazione del pavimento pelvico per questa patologia.

Conclusioni

La realtà che è emersa indica che nelle ostetriche intervistate prevale una forte confusione e non idonea conoscenza di questi argomenti; per questo motivo bisogna lavorare per migliorare il livello delle conoscenze delle ostetriche in modo tale da aggiungere queste competenze alle numerose già consolidate.

D'altra parte però, durante l'indagine è stata riscontrata anche una marcata indifferenza delle colleghe verso questo sondaggio, come sta a indicare la percentuale molto bassa di risposte a noi pervenute (13% sul totale delle intervistate); inoltre, anche molti Collegi non hanno mai risposto alle nostre ripetute richieste di collaborazione, mentre altri lo hanno fatto solo in seguito a mesi di numerosi solleciti.

Questo è stato per noi uno spunto di riflessione che ci ha spinto a scrivere una lettera da inviare a tutti i Collegi coinvolti nell'indagine, in modo tale da metterli a conoscenza di questa spiacevole situazione.

La collaborazione tra professionisti è infatti una delle risorse più valide tramite le quali una categoria può raggiungere gli obiettivi prefissati e, nel nostro caso, questi strumenti dovrebbero rafforzarsi per permettere un maggior riconoscimento e conoscenza della professione a livello nazionale; d'altra parte, questo potrà avvenire solo in seguito a una adeguata formazione e informazione delle ostetriche su tutti gli argomenti di nostra competenza.

La nostra società ci insegna fin da piccoli a prenderci cura di noi stessi: chiunque è andato almeno una volta da un qualsiasi specialista, anche in assenza di sintomi veri e propri, solo per accertarsi che fosse tutto nella norma. In quanti, però, hanno coscienza dell'importanza di una giusta funzionalità del pavimento pelvico?

La struttura complessa che sostiene gli organi pelvici viene spesso dimenticata e rappresenta l'argomento tabù per antonomasia. Questo retaggio culturale è legato sia alla necessità di celare tutto ciò che possa avvicinarsi all'attività sessuale, sia al vivere passivamente le problematiche che possono insorgere in questo comparto, perché ritenute tutto sommato un evento normale. Queste premesse portano la maggioranza delle persone a non curarsene; in questo modo diventa difficile far

accettare attivamente la rieducazione del pavimento pelvico e ancora più difficile diffondere nella società i percorsi di "educazione preventiva".

L'incidenza delle disfunzioni del pavimento pelvico è in continuo incremento, nonostante risulti a tutt'oggi difficile stimarne l'effettivo valore a causa della riluttanza all'approccio a tali problematiche. Questo atteggiamento comporta inoltre una difficoltà nel raggiungimento di buoni risultati terapeutici, poiché solitamente nel momento in cui i pazienti decidono di rivolgersi allo specialista i sintomi della patologia sono già gravosi e spesso invalidanti.

Il genere più colpito è quello femminile a causa dell'anatomia, degli eventi fisiologici e del ciclo ormonale. La gravidanza, il parto e il climaterio sono momenti di

cruciale cambiamento del piano perineale ed è per questo che la figura dell'ostetrica è quella che maggiormente se ne dovrebbe occupare. L'ostetrica infatti, per il ruolo primario che la società storicamente le assegna nel mondo femminile, dovrebbe essere formata a diventare la referente primaria per le donne nei riguardi di tali problematiche in modo che esse ne possano prendere coscienza per tempo rendendo più efficace la terapia.

Lo studio effettuato si è posto l'obiettivo di indagare la conoscenza che hanno le ostetriche su queste tematiche nell'ottica di perfezionarle, in modo da diventare una delle figure di riferimento nell'ambito della rieducazione del pavimento pelvico.

Partendo dal presupposto che la funzione anatomica sia già conoscenza propria dell'ostetrica, lo studio si è concentrato ad analizzare la conoscenza di alcune delle maggiori patologie che possono colpire i compartimenti del pavimento pelvico, le competenze degli altri profes-

sionisti sanitari, gli esami diagnostici e delle diverse possibilità di tecniche terapeutiche.

Il campione preso in esame comprendeva le ostetriche iscritte ai Collegi delle Regioni Marche, Umbria, Abruzzo e Toscana. Per reclutare il campione è stata creata un'e-mail apposita, tramite la quale sono stati contattati i Collegi sopra citati; la mail inviata conteneva una lettera di presentazione (che descriveva le motivazioni e gli obiettivi della nostra ricerca) e il link da inviare alle rispettive iscritte per poter rispondere al questionario.

Il questionario è stato creato in collaborazione con il Prof. Fabio Gaj, Direttore del Master in Pavimento Pelvico e Riabilitazione presso l'Università degli Studi di Roma - La Sapienza, ed era composto da alcune domande iniziali che indagavano l'età, la condizione professionale e se l'ostetrica in precedenza avesse seguito o meno corsi sul pavimento pelvico; a queste, seguivano 14 domande a risposta multipla inerenti la fisiologia e patologia del piano perineale.

ABSTRACT

Introduction

The complex structure that supports the pelvic organs is often forgotten: for this reason it is difficult to accept both re-education and the prevention of pelvic floor disorders; consequently, the incidence of pelvic floor dysfunction is constantly increasing.

Mostly, pathologies strike female gender because of anatomy, physiological events and hormonal cycle. Pregnancy, childbirth and menopause are moments of crucial change for the pelvic floor, and that is why the figure of the midwife is the one that should mostly deal with re-education of the pelvic floor.

Purpose

The aim of the survey is to inspect midwives' knowledge on these subjects in order to perfect them; this way, midwives become one of the reference figures in the field of pelvic floor re-education. Assuming that anatomical function is already familiar to midwives, it has been decided to concentrate and analyze the knowledge of some of the major pathologies that can affect the pelvic floor compartments, the skills of other health professionals, diagnostic examinations and different possibilities of therapeutic techniques.

Materials and Methods

The sample includes midwives enrolled in the Colleges of Marche, Umbria, Abruzzo and Tuscany regions. To recruit the sample, we created a specific e-mail box, through which we contacted all the above mentioned colleges. Together with a short presentation letter, we asked the Colleges to send their members the link we provided in order to respond to the questionnaire (that we uploaded on Google's "Forms" app). The questionnaire, specifically tailored, included some introductory questions and 14 multiple-choice questions concerning the physiology and pathology of the pelvic floor. Some of the Colleges that we contacted (the ones in L'Aquila, Chieti and Florence-Prato-Arezzo-Grosseto-Siena-Lucca-Pistoia) did not give any response. Consequently, the members of these Colleges couldn't take part. We also ask to the colleges that responded to our call, to communicate the number of members so we could carry out a good analysis of the data by referring to the total.

Results

We gather the queries into five groups: rectocele, tricompartimental prolapse, competences in the rehabilitation of the pelvic floor, urinary and fecal incontinence; below are some of the data obtained.

Only 8% have been able to correctly define what rectocele is, while 56% could indicated what symptoms it causes and 77% which the most appropriate therapy is. 71% indicated which healthcare professionals are allowed to carry out the pelvic floor rehabilitation, although this was correctly defined by 20% of the midwives only.

In addition, only 22% have been able to choose the correct instrumental examinations that a midwife can recommend to a woman suffering from urinary incontinence.

The most of the interviewees knows the symptoms that characterize fecal incontinence, but only 17% acknowledge the usefulness of pelvic floor re-education for this pathology.

Conclusions

The results indicate that interviewees are quite confused about the topic and the knowledge they have is not adequate; for this reason, actions need to be taken in order to improve the knowledge level, so they can add these new skills to their strong ones.

However, we recorded a marked indifference to this survey, as the very low percentage of responses we received (only 13% of the number of questionnaires we sent) shows; moreover, many Colleges have never responded to our frequent requests for collaboration, while others have only done so after many reminders.

This situation has been a cause for reflection, that prompted us to write a letter to all the Colleges involved, in order to make them aware of this unfortunate situation.

Collaboration among professionals is one of the most valuable resources through which a category can reach the set goals. In our case, these tools should be strengthened to allow greater esteem and knowledge of our profession at a national level. On the other hand, this can only take place after proper training and information of midwives on all the topics of our competence.

Steering Committee Nazionale del Progetto pilota di sorveglianza della mortalità perinatale

La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche, il 13 giugno 2017, presso l'aula Zampieri del Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute dell'ISS, ha partecipato alla prima riunione dello *Steering Committee Nazionale del Progetto pilota di sorveglianza della mortalità perinatale* - SPiTOSS, coordinato dalla Dott.ssa Serena Donati.

Il progetto pilota, coordinato dall'ISS in collaborazione con tre Regioni italiane – Lombardia, Toscana e Sicilia – è finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della Salute.

In linea con le politiche sanitarie internazionali e nell'ambito dell'attività di ricerca epidemiologica e di salute pubblica inerente alla salute della donna e del neonato, la sorveglianza ostetrica coordinata da ItOSS sarà estesa anche alla mortalità perinatale. La nuova sorveglianza si focalizzerà sulle morti in utero dalla 28^a settimana di gestazione e sui nati vivi che muoiono entro il sesto giorno di vita completo ossia 6 gg + 23h.

A luglio 2017 in Lombardia, Toscana e Sicilia è partita la raccolta dei dati sulla mortalità perinatale con l'obiettivo di produrre stime *population-based* della mortalità perinatale e informazioni utili a prevenire i decessi perinatali evitabili. Sul modello della sorveglianza della mortalità materna, anche quella della mortalità perinatale prevede la sorveglianza attiva con la segnalazione dei casi incidenti, la realizzazione di *audit* multiprofessionali nei presidi ospedalieri dove si verificano i decessi, indagini confidenziali regionali e revisione centrale dei casi.

Il protocollo e il materiale didattico per la formazione a cascata è scaricabile da Google Drive ai seguenti link:

[Lombardia](#), [Toscana](#), [Sicilia](#).

Allegati

1. [Protocollo breve](#) [PDF - 391.20 kbytes]

2. [Composizione Steering Committee](#) [PDF - 267.51 kbytes]

3. [Diapositive presentate il 13 giugno 2017](#) [PDF - 3295.42 kbytes]

Al link www.iss.it/itoss, nella sezione "In rilievo", è possibile leggere la notizia dell'avvio della sorveglianza perinatale e scaricare le presentazioni utilizzate in occasione dell'incontro del 13 giugno 2017. Si evidenzia un Primo Piano pubblicato dall'ufficio stampa dell'ISS sul sito ISS. Entrambi i pezzi permettono di accedere a una clip che in due minuti illustra la rete della Sorveglianza ostetrica ISS-regioni e alcuni dei suoi principali risultati.

Per facilitare la compilazione del questionario e per raggiungere un numero di colleghe più elevato possibile, le domande del questionario sono state caricate sull'applicazione "Moduli" di Google e questo ha permesso la creazione di un apposito link da poter inviare alle ostetriche tramite email: per rispondere al questionario, era sufficiente cliccare sul link e seguire le istruzioni fornite; al termine del questionario le risposte venivano caricate in automatico sulla stessa pagina del questionario.

Di tutti i Collegi contattati, da quello di L'Aquila, Chieti e Firenze-Prato-Arezzo-Grosseto-Siena-Lucca-Pistoia non abbiamo ricevuto risposta nonostante i ripetuti solleciti; di conseguenza, le iscritte a questi Collegi non hanno potuto prendere parte alla ricerca.

Ai Collegi che hanno risposto al nostro invito, è stato chiesto anche di comunicare il numero delle loro iscritte in modo tale da poter eseguire una buona analisi dei dati rapportandosi al totale. Di seguito, suddivisi per Collegi, si riportano i numeri delle risposte pervenute e del campione totale (e quindi della percentuale di risposte rispetto al totale).

	Risposte pervenute	Totale	% di risposta
Marche			
Pesaro-Urbino	18	107	16,82%
Ancona	28	105	26,67%
Macerata	24	71	33,80%
Ascoli Piceno-Fermo	4	125	3,20%
Umbria			
Perugia-Terni	53	439	12,07%
Abruzzo			
Pescara	4	62	6,45%
Teramo	12	40	30,00%
Toscana			
Pisa-Massa-Carrara-Livorno	19	232	8,19%

Gravidanza. Legame tra abuso del cellulare in gravidanza e iperattività bimbi

I bambini nati da mamme che, durante la gravidanza, erano assidue utenti dei telefoni cellulari, hanno una maggiore probabilità di risultare affetti da iperattività rispetto agli altri bimbi. Lo studio pubblicato su *Environment International* – (Reuters Health) mette in relazione l'utilizzo smodato del cellulare in gravidanza e lo sviluppo di disturbi comportamentali nei bimbi. Sebbene non sia stata trovata una relazione diretta causa-effetto tra le radiazioni elettromagnetiche emesse dall'uso frequente di cellulari



durante la gravidanza e l'iperattività nei bambini, Laura Birks del Barcelona Institute for Global Health in Spagna e colleghi, analizzando i dati di oltre 80 mila coppie madre/figlio, hanno riscontrato che i bimbi nati da mamme "cellulare dipendente" – almeno nel periodo gestazionale – avevano oltre il 28% in più di possibilità di sviluppare problemi comportamentali rispetto agli altri bimbi. "Direi di interpretare questi risultati con cautela", ha detto Birks.

LO STUDIO

Per il loro studio Birks e colleghi hanno analizzato i dati relativi a più di 80.000 coppie madre-figlio in Danimarca, Spagna, Norvegia, Paesi Bassi e Corea. E hanno trovato prove coerenti di aumento del rischio di problemi comportamentali – in particolare, iperattività – nei bambini di età dai 5 ai 7 anni le cui madri parlavano frequentemente al cellulare durante la gravidanza. Secondo l'autrice, i risultati sono stati sorprendenti in quanto non sono noti i meccanismi biologici che legano le radiazioni elettromagnetiche ai disordini comportamentali, e l'associazione era persistente nei cinque Paesi considerati.

Inoltre i figli delle madri che hanno riferito di effettuare almeno 4 chiamate al giorno o di parlare al cellulare per più di un'ora al giorno, hanno mostrato il 28% in più di probabilità di essere iperattivi, rispetto ai figli di madri che ne facevano un uso meno frequente, dopo aver tenuto conto di una serie di variabili confondenti, come l'età materna, lo stato civile e l'educazione.

Va aggiunto che i dati raccolti riguardavano una serie di diversi periodi di tempo dal 1996 al 2011. E tra l'altro solo la prima coorte, in Danimarca a partire dal 1996, era formata da un numero sufficiente di donne che non hanno mai usato un telefono cellulare durante la gravidanza. Comunque, secondo quanto riportano gli autori, i figli di madri che non hanno mai usato i telefoni cellulari durante la gravidanza avevano un rischio minore di problemi comportamentali ed emotivi, rispetto a tutti gli altri bambini.

Fonte: *Environment International* 2017 Ronnie Cohen

Come emerge dai dati riportati, durante l'indagine è stata riscontrata una marcata indifferenza delle colleghe verso questa ricerca, come sta a indicare la percentuale molto bassa di risposte pervenute (13% sul totale delle intervistate).

Inoltre, è da rimarcare anche come numerosi Collegi non abbiano mai risposto alle nostre ripetute richieste di collaborazione, mentre altri lo hanno fatto solo in seguito a mesi di numerosi solleciti.

Per quanto riguarda l'analisi delle risposte ottenute, si riportano di seguito i dati di maggior rilevanza.

Prima di iniziare con le domande relative al pavimento pelvico, è stato chiesto se le ostetriche avessero mai frequentato corsi su questi argomenti: il 59% ha dichiarato di non aver mai frequentato nessun corso, contro il 41% che ha risposto in maniera affermativa.

Le domande del questionario sono state suddivise in cinque argomenti: rettocele, prollasso tricompartimentale, campi di competenza nella riabilitazione del piano perineale, incontinenza urinaria e fecale. Di seguito si riporta l'andamento delle risposte più significative all'interno di ogni gruppo.

Solo l'8% delle intervistate ha saputo definire correttamente cosa è il rettocele, mentre il 56% ha indicato quale è la sintomatologia che provoca e il 77% quale è la terapia più adeguata.

Per quanto riguarda i campi di competenza nel trattamento del prollasso tricompartimentale, è emerso che l'85% delle ostetriche è a conoscenza del fatto che la terapia di questa patologia va impostata in collaborazione con gli specialisti dei rispettivi comparti (urologo, ginecologo, chirurgo proctologo); d'altra parte, il 53%

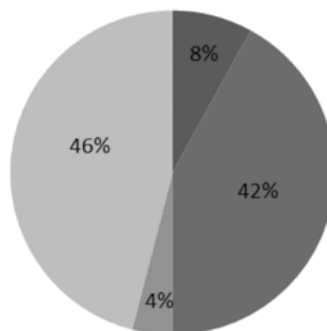
delle intervistate è consapevole del corretto ruolo che ha l'ostetrica nella gestione di una paziente con prolasso tricompartimentale.

Il 71% delle intervistate ha indicato correttamente quali sono i professionisti sanitari autorizzati a eseguire la rieducazione del piano perineale, anche se questa è stata definita correttamente solo dal 20% delle ostetriche.

Per quanto riguarda l'incontinenza urinaria, solo il 22% delle intervistate ha saputo scegliere quali sono gli esami strumentali che un'ostetrica può consigliare a una donna che soffre di questa patologia; d'altra parte, la maggioranza delle ostetriche dimostra di essere a conoscenza di quali sono i principali fattori di rischio (90%) e la corretta classificazione (70%) dell'incontinenza urinaria.

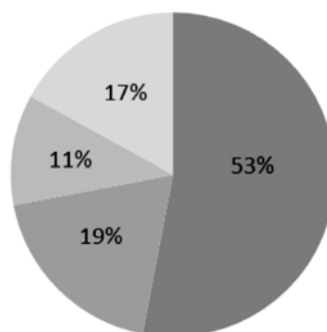
Il 78% delle ostetriche ha saputo indicare in maniera corretta i sintomi che caratterizzano l'incontinenza fecale, ma solo il 17% riconosce l'utilità della rieducazione del pavimento pelvico per questa patologia.

Il rettocele



- è un'erniazione della parete rettale, solo anteriore
- può essere di primo, di secondo e terzo grado
- colpisce maggiormente le donne tra i 20 e i 40 anni
- tutte le precedenti sono corrette

Che approccio deve avere un'ostetrica con una paziente alla quale è stato diagnosticato un prolasso tricompartimentale?

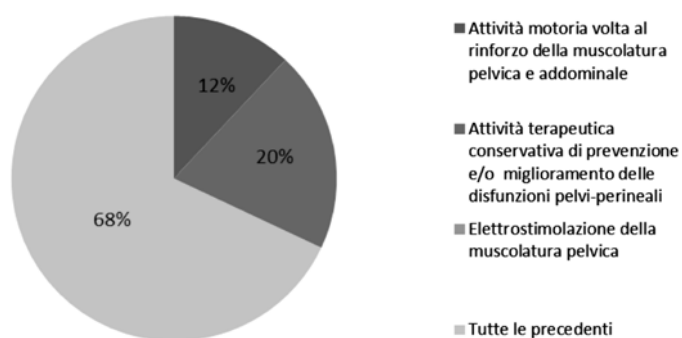


- Inviare la paziente dal chirurgo specialista, proponendo comunque una riabilitazione pelvica pre e post operatoria
- Intervenire con un ciclo di riabilitazione pelvica e poi inviare la paziente allo specialista
- Non è una patologia che rientra nelle competenze dell'ostetrica
- Tutte le precedenti sono scorrette

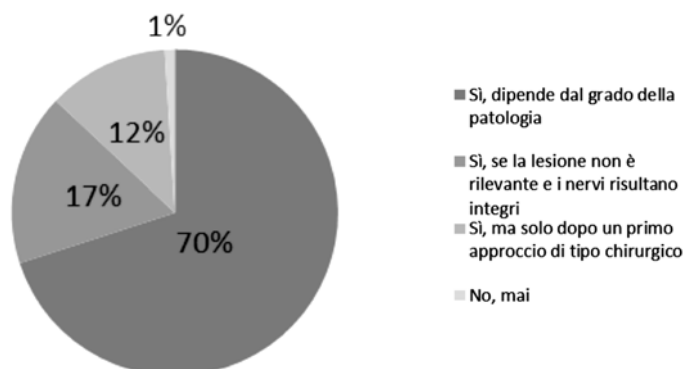




Che cosa si intende per rieducazione del pavimento pelvico?



La rieducazione del pavimento pelvico è utile nell'incontinenza fecale?



I dati raccolti sono di particolare interesse in quanto riflettono la situazione attuale delle conoscenze da parte delle ostetriche in merito agli argomenti indagati: la realtà che è emersa indica che nelle ostetriche intervistate prevale una forte confusione e non idonea conoscenza di questi argomenti, che invece fanno parte delle attività che l'ostetrica può svolgere durante la propria attività professionale.

Per quanto riguarda la rieducazione del pavimento pelvico, c'è sicuramente molto lavoro da fare per portare le conoscenze delle ostetriche a un livello adeguato che permetta loro di aggiungere queste competenze alle numerose già consolidate.

Per raggiungere questo obiettivo è indispensabile un lavoro di revisione e rinnovamento a partire dalle Università e dai corsi di Laurea, che dovrebbero inserire in maniera sistematica nei piani di studio questi argomenti, in modo tale da potervi formare numerose nuove ostetriche; inoltre, anche per le ostetriche già laureate dovrebbero essere organiz-

zati corsi di formazione e/o di aggiornamento che permettano loro di scoprire o rinnovare l'interesse verso queste problematiche e il loro trattamento.

Inoltre, il fatto di ricevere così poche risposte (sia da parte delle colleghe ostetriche che dei Collegi contattati) è stato per noi uno spunto di riflessione: come è giustificato un tale disinteresse non solo nei confronti di due colleghe che chiedono collaborazione, ma anche nella possibilità di confrontarsi con argomenti che potrebbero migliorare la conoscenza delle ostetriche stesse?

Per tentare di dare una risposta a questa domanda abbiamo scritto una lettera a tutti i Collegi coinvolti nell'indagine e alla Federazione Nazionale; questa lettera vuole essere uno spunto di riflessione per escogitare nuove attività o metodiche che permettano di migliorare la coesione e l'affiatamento che, in una professione come la nostra, dovrebbero ogni giorno aumentare e farsi più forti.

La collaborazione tra professionisti è una delle risorse più valide tramite le quali una categoria può raggiungere gli

obiettivi prefissati e, nel nostro caso, questi strumenti dovrebbero rafforzarsi per permettere un maggior riconoscimento e conoscenza della professione a livello nazionale; d'altra parte, però, questo potrà avvenire solo in seguito a una adeguata formazione e informazione delle ostetriche su tutti gli argomenti di nostra competenza.

Bibliografia

- "Riabilitazione Uro-ginecologica", Paolo Di Benedetto, Edizioni Minerva Medica
- "Perineo: fermiamo il massacro!", Bernadette de Gasquet, Edi-ermes
- "Incontinenza urinaria femminile: manuale per la riabilitazione", Donatella Giraudo e Gianfranco Lamberti, Edi-ermes
- "Libro Bianco sull'incontinenza urinaria", FINCO, 2012
- www.saperi.doc.it
- "Linee Guida I.C.I." 2009

Gravidanza. Poco sonno può portare al diabete gestazionale



Le gestanti possono presentare anche problemi di sonno durante la gravidanza, ma ad oggi pochi studi hanno valutato oggettivamente la durata, il tempo e la qualità del sonno in gravidanza e hanno esplorato il rapporto tra sonno oggettivamente misurato ed esiti materni e perinatali.

Un'analisi dei dati di uno studio osservazionale condotto da Francesca Facco della School of Medicine di Pittsburgh, pubblicato da *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, ha messo in evidenza questo rapporto, anche se restano ignoti i meccanismi attraverso i quali il sonno influisce sul metabolismo.

I ricercatori hanno condotto un'analisi dei dati relativi a un sottogruppo dello studio *Nulliparous Outcome Study: Monitoring Mother-to-be* (nuMoM2b), un trial multicentrico osservazionale che ha reclutato gestanti dalla 16^a e 22^a settimana di gravidanza. Nello studio sono stati considerati i dati relativi a 782 donne.

I disturbi ipertensivi si sono verificati nell'11,6% e il diabete gestazionale nel 4,2% delle donne reclutate. In particolare si è visto che le donne che hanno dormito meno di sette ore a notte, cioè il 27,9% delle partecipanti allo studio, mostravano il doppio di probabilità di sviluppare GDM (*odds ratio* 2,24) rispetto a quelle che hanno dormito più a lungo.

E le donne con il picco centrale del sonno dopo le 5 del mattino (18,9% dei partecipanti allo studio) avevano un OR di 2,58 per Gdm. Entrambi i risultati erano statisticamente significativi. Inoltre, la durata del sonno e il punto centrale del sonno non erano correlati e gli effetti di ciascuno erano indipendenti. Nessuna delle misure del sonno era associata a disordini ipertensivi della gravidanza. "Anche se questo è uno studio osservazionale, è biologicamente plausibile che il rapporto possa essere causale. Il sonno, come la dieta e l'esercizio fisico, dovrebbero essere considerati come comportamenti e fattori modificabili che possono influenzare il buon andamento della gravidanza. Tuttavia, i meccanismi con cui la durata del sonno e il tempo possono influenzare il metabolismo in gravidanza sono probabilmente multifattoriali e ulteriori ricerche sono necessarie per comprendere meglio la biologia del sonno in gravidanza e se interventi nella fase precoce della gravidanza, per affrontare la durata e la qualità del sonno possano modificare il rischio di Gdm", scrivono Facco e colleghe.

Fonte: *Am J Obstet Gynecol* 2017 Reuters Staff

GRAVIDANZA

I betabloccanti non aumentano il rischio di difetti cardiovascolari congeniti

L'esposizione del feto ai betabloccanti non sembra aumentare il rischio di difetti cardiovascolari congeniti. È quanto emerge da una metanalisi realizzata negli USA e pubblicata da JAMA Internal Medicine.

Ming-Sum Lee e colleghi, del Kaiser Permanente Medical Center di Los Angeles, hanno utilizzato i dati di 379.238 gravidanze, in 4.847 delle quali vi era stata un'esposizione del feto ai betabloccanti (2.628 durante il primo trimestre) assunto dalle future mamme, allo scopo di esaminare il rischio di malformazioni cardiache fetali.

Le donne che avevano assunto betabloccanti erano più anziane, avevano indici di massa corporea più elevati, con più elevate probabilità di diagnosi di ipertensione, preeclampsia, eclampsia, iperlipidemia, diabete, insufficienza e aritmia cardiache, rispetto alle donne che non

avevano assunto beta-bloccanti. Inoltre, l'età gestazionale dei nati al momento del parto era in media anticipata nel gruppo dei neonati esposti ai betabloccanti (37,4 settimane) rispetto al gruppo dei non esposti (38,9 settimane).

E ancora: nell'analisi senza aggiustamenti l'esposizione ai betabloccanti materni è stata associata a un aumento del rischio per il feto di riportare un'anomalia cardiaca pari a 2,7 volte. Tuttavia, dopo l'aggiustamento dei dati (per età materna, indice di massa corporea e patologie concomitanti) non emergeva alcuna significativa associazione tra l'esposizione ai betabloccanti e le anomalie cardiache congenite fetali, anche se l'esposizione era avvenuta nel primo trimestre di gravidanza.

Presentato il 2° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale della Fondazione GIMBE

La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche ha preso parte il 6 giugno 2017 presso la Biblioteca del Senato "Giovanni Spadolini" alla presentazione del 2° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.

Anche in questo secondo Rapporto, la Fondazione GIMBE se, da una parte, ribadisce l'inesistenza di un qualsivoglia disegno occulto di smantellamento e privatizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), dall'altra rileva come continui a mancare un piano preciso di salvataggio, condizionato dalla limitata capacità della politica di guardare a medio-lungo termine. Il documento quindi analizza quattro punti cardini della Sanità nazionale e formula specifiche proposte su spesa pubblica, nuovi Lea, sanità integrata, sprechi e inefficienze.



Per un approfondimento sul 2° Rapporto della Fondazione GIMBE visitare il sito FNCO <http://fnco.it/news/2--rapporto-sulla-sostenibilita-del-servizio-sanitario-nazi.htm>.



“Questi risultati suggeriscono che le associazioni viste nell’analisi senza aggiustamenti sono state causate da fattori confondenti, piuttosto che agli effetti conferiti dall’esposizione ai beta-bloccanti in sé – osservano i ricercatori. Anche se questi risultati non escludono definitivamente la possibilità di difetti congeniti fetali in associazione con

l’uso di beta-bloccanti, i risultati di questa metanalisi possono assicurare sull’uso di questa classe di farmaci per il trattamento delle condizioni cardiache che lo richiedono”.

Fonte: JAMA Intern Med La revisione degli studi ha considerato i dati relativi a oltre 300 mila gravidanze, 2017

Al via dal 1° settembre 2017 al 31 ottobre 2018 il corso FAD “Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS): I disordini ipertensivi della gravidanza”

Grazie alla lettera di intenti firmata dal Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute (CNaPPS) dell’Istituto Superiore di Sanità, dalla Federazione nazionale dei Collegi delle ostetriche e dall’Agenzia di editoria scientifica Zadig, dal 1° settembre 2017 al 31 ottobre 2018 verrà realizzato il corso FAD dal titolo “Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS): I disordini ipertensivi della gravidanza – edizione 2017”.

Il corso, in collaborazione con la Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche – FNCO e l’Agenzia di Editoria Scientifica Zadig, è destinato prioritariamente al personale del Servizio Sanitario Nazionale del Percorso Nascita, in particolare a Medici Chirurghi, Anestesisti e Ostetriche, interessato al progetto “Sorveglianza della mortalità materna”. L’obiettivo del corso è mettere i partecipanti nella condizione di conoscere i dati epidemiologici relativi ai disordini ipertensivi della gravidanza in Italia, avere coscienza della rilevanza dell’argomento e aggiornare le proprie conoscenze in merito a prevenzione, diagnosi e trattamento. Grazie al percorso annuale i partecipanti saranno nella condizione di comprendere l’importanza di segnalare gli eventi sentinella e tutto il processo di audit e di miglioramento continuo. Esso si incardina nelle attività dell’Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS) coordinato dall’ISS grazie a un finanziamento del Ministero della Salute. In merito ai contributi di ciascun ente, quello del Centro dell’Istituto Superiore di Sanità consiste nell’organizzazione dell’evento, nella predisposizione del programma scientifico attraverso la definizione dei contenuti scientifici dei dossier informativi e dei casi clinici e infine nell’assumersi la responsabilità della funzione di tutor per eventuali quesiti sui contenuti scientifici da parte dei partecipanti.

Il contributo della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche (FNCO) consiste nel farsi carico in toto dei costi derivanti da organizzazione, realizzazione e accreditamento del corso FAD.

All’Agenzia di Editoria Scientifica Zadig spetta l’accreditamento dell’evento, la cura della sceneggiatura dei casi clinici provvedendo nell’inserimento dei quesiti a risposta multipla con gli appropriati distrattori e nella predisposizione dei rimandi al materiale informativo di riferimento ove necessario. Zadig ha anche la responsabilità della struttura informatica e delle funzioni di help desk per eventuali problemi incontrati dai partecipanti nel percorso formativo on-line.



Federazione
Nazionale
Collegi
Ostetriche

Linea guida dell'ISS "Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza"

Il fenomeno migratorio, in questi ultimi anni, ha avuto un forte incremento tanto da animare il dibattito non solo nazionale, ma anche quello internazionale. Uno degli aspetti su cui si è concentrata l'attenzione è senza dubbio quello legato alla gestione sanitaria che il nostro Paese deve affrontare rispetto a un numero di persone sempre crescente che fuggono da Paesi in guerra o da condizioni di povertà estrema e dunque da aree geografiche in cui spesso lo stato di salute è particolarmente precario.



A questo quadro, già di per sé drammatico, si aggiungono le condizioni in cui sono costrette a viaggiare: lunghe tratte nel deserto stipate in mezzi fatiscenti, in situazioni di promiscuità, spesso senz'acqua, vittime di violenza sessuale. Per intervenire e affrontare al meglio l'arrivo dei migranti sulle nostre coste, lo scorso 24 luglio l'Istituto Superiore di Sanità ha realizzato la Linea guida "Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza". Il tutto nell'ambito di un accordo di collaborazione tra lo stesso ISS, l'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (Inmp) e la Società italiana di medicina delle migrazioni (Simm).

La stesura del documento si è resa necessaria per rispondere a diverse criticità quali l'elevata incertezza e discrezionalità nell'effettuazione di controlli sanitari sui migranti al momento dell'arrivo e nelle diverse fasi del percorso di accoglienza; la necessità di individuare condizioni patologiche a maggior rischio per la sanità pubblica su cui concentrare eventuali attività di screening e la necessità di un ridimensionamento dell'allarmismo sociale rispetto al rischio di potenziali epidemie.

In un questo scenario così complesso, occorre peraltro ricordare che la presenza femminile è quella numericamente più rilevante. Tra loro sono tantissime le donne in stato di gravidanza, le puerpere e le donne in giovane età ancora fertili. È chiaro quindi che la linea guida redatta dall'ISS non potesse tralasciare, tra le figure professionali in ambito sanitario menzionate, quello dell'ostetrica/o. Nella fase di accoglienza diventa infatti **imprescindibile l'intervento dell'ostetrica/o quale professionista sanitario esperto nella tutela dell'assistenza ostetrica, ginecologica e neonatale, della salute sessuale e riproduttiva della donna**. L'ostetrica/o è pertanto la figura che può mettere in atto tutte quelle azioni di screening, di anamnesi e anche di somministrazione di test specifici (pap-test, esami della cervice uterina, esami per malattie sessualmente trasmissibili, oltre che per patologie generiche come ad esempio le epatiti). Strumenti che sono necessari per una corretta presa in carico di queste donne cui si aggiunge ovviamente anche l'assistenza in caso di gravidanza.

L'esperienza di molte ostetriche che operano sul campo, in particolare sulle coste siciliane, dimostra come quello dell'ostetrica/o è un prezioso supporto alla tutela della salute della donna e anche della comunità tutta. Si pensi ad esempio alla diffusione di malattie sessualmente trasmissibili o altre patologie. Inoltre **le nostre professioniste sono le prime a intervenire nel caso di un parto, sia in nave che nei centri di accoglienza dove vengono trasferite; o ancora sono coloro che si dedicano all'assistenza delle puerpere e dei neonati, senza dimenticare il lavoro di screening previsti dalla predetta linea guida rivolta a donne che, in ragione della loro giovane età, possono potenzialmente presentare quelle patologie tipiche di chi è sessualmente attivo**. A questo si aggiunge anche il lavoro di registrazione e verifica di situazioni di violenze sessuali sulle migranti, consumate nei loro Paesi d'origine o durante le traversate.

Gli obiettivi dell'accordo sono di concorrere alla composizione del quadro conoscitivo per la definizione di politiche pubbliche sulla salute dei migranti, attraverso la produzione di documenti di indirizzo **evidence-based** rivolti ai decisori a supporto delle scelte di programmazione sanitaria; di elaborare e di diffondere evidenze clinico-organizzative sui modelli e sui percorsi di presa in carico del paziente immigrato per migliorare l'efficacia e l'appropriatezza dell'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti.

La Linea guida, che è stata sviluppata con l'ausilio di un panel multidisciplinare e multiprofessionale di 21 esperti scelti in rappresentanza delle principali società scientifiche interessate, di istituzioni sanitarie nazionali e internazionali e di associazioni di migranti e mediatori culturali in sanità, rappresenta quindi una grande opportunità per tutte le figure professionali che operano in campo sanitario per predisporre il miglior intervento possibile nei confronti dei migranti e consente allo stesso tempo di costituire un'importante banca di informazioni sanitarie per migliorare l'efficienza del nostro sistema sanitario.

www.fnco.it/news/linee-guida-salute-migranti.htm



LVCINA

LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

LUCINA - LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

Organo di informazione della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche, inviato per posta a tutte le ostetriche italiane iscritte all'Albo professionale e a tutti i rappresentanti delle istituzioni di interesse per la professione.

È consultabile on-line sul sito web www.fnco.it

Periodicità: trimestrale

La rivista si propone di diffondere tra le ostetriche maggiori informazioni relative all'attività della FNCO, temi di attualità professionale, di politica sanitaria, attinenti alla gestione della sanità pubblica e la tutela della salute, in particolare di genere e in ambito riproduttivo, sia in ambito nazionale che internazionale, attraverso la realizzazione di articoli, report e interviste.

Sono trattate anche problematiche legali di interesse professionale.

Sono inoltre pubblicati studi prevalentemente in ambito organizzativo (management e formazione, storia) a firma delle ostetriche, contributi riguardanti esperienze professionali e di vita associativa.

Gli articoli firmati impegnano soltanto i loro Autori e non riflettono necessariamente gli orientamenti della rivista.

Sono inoltre dedicati spazi inerenti alla vita dei Collegi e delle associazioni di settore (iniziative di tipo politico, sociale, scientifico, formativo, etc.) La rivista promuove l'aggiornamento dei più importanti eventi formativi che si svolgono in tutta Italia e all'estero.

COME RICEVERE LA RIVISTA

La rivista viene inviata in omaggio a tutte le ostetriche iscritte all'Albo professionale, pertanto coloro che non la ricevono sono pregati di segnalarlo al Collegio di appartenenza. Per quanto di competenza, il Collegio provvederà a effettuare una verifica dell'esattezza dell'indirizzo contenuto nel database dell'Ente e/o apportarvi l'eventuale correttivo indicato dall'interessato.

Si rammenta che i Collegi sono tenuti ad aggiornare costantemente i dati relativi ai propri iscritti nel sistema di gestione centralizzata dell'Albo da cui la FNCO attinge gli indirizzi per la spedizione di *Lucina*. Pertanto, onde evitare disguidi, le ostetriche che cambiano domicilio sono pregate di informare tempestivamente il Collegio di appartenenza attraverso le modalità tradizionali o registrandosi all'accesso intranet riservato agli iscritti all'Albo visibile come banner sulla homepage del portale FNCO.

Informiamo che secondo quanto disposto dall'art. 13, comma 1, della Legge 675/96 sulla "Tutela dei dati personali", ciascun iscritto ai Collegi ha il diritto, in qualsiasi momento e del tutto gratuitamente, di consultare, far modificare o cancellare i suoi dati o semplicemente opporsi al loro trattamento per l'invio della presente rivista. Tale diritto potrà essere esercitato semplicemente scrivendo una mail al Collegio di appartenenza e per conoscenza alla Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche.

NORME EDITORIALI

Lucina – La rivista dell'ostetrica/o accoglie volentieri contributi, studi e ricerche sulle materie inerenti alla professione ostetrica. Per poterle pubblicare è però necessario rispettare alcune regole comuni che riassumiamo di seguito.

Il testo degli articoli deve essere compreso tra le 5mila e le 15mila battute (spazi inclusi), corredato da un massimo di 4 figure e/o grafici. Ogni articolo deve avere il **titolo tradotto anche in inglese**, un **riassunto in italiano e in inglese (abstract)** di circa mille battute e, se necessario, una sintetica **bibliografia** di riferimento.

Ogni articolo è sotto la responsabilità diretta dell'Autore/degli Autori.

Gli autori dovranno firmare l'articolo e fornire:

- **nome e cognome;**
- **funzione professionale;**
- **sede lavorativa;**
- **indirizzo completo;**
- **recapito telefonico;**
- **un indirizzo di posta elettronica** da pubblicare in calce all'articolo e/o un indirizzo di posta elettronica dove poter essere contattati;
- **una foto dell'autore** con l'esplicito consenso all'utilizzo per la pubblicazione a corredo dell'articolo.

Gli articoli dovranno essere inviati alla redazione in formato elettronico e nella forma più semplice possibile, evitando l'uso di soluzioni grafiche complesse che saranno poi realizzate in fase di impaginazione. Per l'invio utilizzare esclusivamente il seguente indirizzo di posta elettronica dedicato: presidenza@fnco.it



Federazione Nazionale Collegi Ostetriche

LUCINA

La rivista dell'ostetrica/o

ORGANO UFFICIALE
DELLA FNCO

FNCO

**Federazione
Nazionale
Collegi
Ostetriche**

WWW.FNCO.IT