

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1 La rete delle Federazioni Nazionali delle Professioni socio-sanitarie di **Maria Vicario**

FNOPO

- 2 Ministero della Salute: Tavolo Permanente delle Professioni Socio-Sanitarie
- 4 36° Congresso Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica
- 5 Protocollo di relazione interprofessionale su: "Prevenzione, diagnosi, cura e assistenza della depressione post partum"
- 6 Tavolo nazionale permanente di confronto tra la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome e la FNOPO

FORMAZIONE

- 7 Osservatorio Nazionale per le Professioni Sanitarie (ONPS): attività FNOPO
a cura del **Comitato Centrale FNOPO**
- 9 Calendario delle prove di ammissione relative ai Corsi di Laurea e di Laurea magistrale ad accesso programmato nazionale per l'anno accademico 2019/2020

PROFESSIONE

- 10 Monitoraggio fetale in travaglio. Analisi delle Linee Guida Sigo 2018 di **Rossella Coppola** e **Marlene Coppola**
 - 16 Rischio clinico: il Coordinamento delle Regioni detta le regole per organizzare i Centri regionali previsti dalla Legge Gelli
 - 18 Accordo tra Consiglio Superiore della Magistratura, Consiglio Nazionale Forense e Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica
 - 18 Primo Rapporto Nazionale dell'Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS), coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità
 - 20 Agenda 2019-2022 per l'allattamento
 - 21 ICM: Giornata Internazionale dell'Ostetrica 2019
 - 22 Il ruolo dell'ostetrica nel contenimento della plagiocefalia posizionale di **Michelangelo Danza** e **Federica Ruggieri** e **Alessia Boninu**
- ## STUDI
- 28 Il rischio *burnout* nelle ostetriche di sala parto di **Chiara Corsaro** e **Antonio Capodilupo** e **Elisa Godani**
 - 34 Le donne vivono più degli uomini ma sono meno gli anni vissuti in buona salute e senza limitazioni rispetto ai maschi. I dati Eurostat
 - 35 Ostetrica/o e osteopata in gravidanza: valutazione della pelvimetria ostetrica e trattamenti manipolativi osteopatici. Metodiche predittive per il parto di **Maria Rosaria Mascolo** e **Daniela Fragola**



LUCINA
LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

Organo ufficiale della



Federazione
Nazionale degli
Ordini della
Professione di
Ostetrica

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

Direttore Responsabile
Maria Vicario

Comitato editoriale
Marialisa Coluzzi
Cinzia Di Matteo
Caterina Masè
Iolanda Rinaldi
Martha Traupe
Silvia Vaccari

Segreteria di redazione
Marialisa Coluzzi
Iolanda Rinaldi
Silvia Vaccari

Redazione
Federazione Nazionale degli Ordini
della Professione di Ostetrica
Piazza Tarquinia 5/d - 00183 Roma
e-mail presidenza@fnopo.it
web www.fnopo.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'aprile 2019

La rete delle Federazioni Nazionali delle Professioni socio-sanitarie

di Maria Vicario

La Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica, sin dal 2015, si è attivata per la creazione di una rete di rapporti con tutte le professioni del sistema salute. Nello specifico, si ricorda, che la collaborazione tra FNOPO e FNOMCeO, iniziata in seno all'Osservatorio permanente sulla violenza contro gli operatori sanitari (<http://fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/CS-INTEGRAZIONE-OSSERVATORIO-VIOLENZA-SANITARI1.pdf>) è culminata in un Consiglio Nazionale Straordinario di tutte le Federazioni delle professioni socio-sanitarie annunciato agli Ordini con Circolare n. 1/2019 del 19 gennaio 2019 (www.fnopo.it/news/circolare-1-2019-informativa-per-attivita-del-21-22-23-febb.htm).

Un consiglio Nazionale straordinario unitario di tutte le professioni socio-sanitarie, tenuto presso il Teatro Argentina in Roma in data 23 febbraio 2019, con il quale si è inteso elevare la propria voce sulla progettualità governativa in merito al regionalismo differenziato. La proposta, avanzata dalla FNOMCeO, ha visto medici, infermieri, farmacisti, veterinari, ostetriche, tecnici sanitari, psicologi e assistenti sociali stringere un'alleanza per lavorare in modo condiviso. In totale, un milione e mezzo di professionisti della sanità che, tramite i loro Ordini professionali, hanno voluto offrire, unanimemente, alle istituzioni, alla Politica e alla Comunità le loro competenze sulle tematiche che coinvolgono la salute dei cittadini. Sin dal primo incontro tutte le Federazioni hanno congiuntamente individuato e definito tre obiettivi: **aprire una riflessione sulle possibili ricadute del regionalismo differenziato, costruire insieme un rapporto continuativo di confronto costruttivo e di proposte condivise e chiedere l'avvio di un tavolo di confronto permanente delle professioni socio-sanitarie** (www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2019-01-18/i-professionisti-salute-difesa-ssn-appuntamento-roma-23-febbraio-105600.php?uuid=AEdWEpHH – www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=70054

Le richieste delle Federazioni delle professioni socio-sanitarie (FNOPI, FNOMCeO, FNO TSR PSTRP, CNOP, FOFI, ONB, FNOVI, FNOPO, FNCF e CNOAS) sono state recepite dal Ministro della Salute Giulia Grillo che, in relazione all'evoluzione delle competenze dei professionisti sanitari e ai nuovi ruoli attribuiti agli Ordini, quali Enti sussidiari dello Stato, ha avviato, il 21 marzo 2019, il Tavolo di confronto permanente delle professioni socio-sanitarie. Ai lavori del Tavolo, introdotti dal Capo di Gabinetto Ministero della Salute Dott. Guido Carpani, è intervenuto il Ministro della Salute che si è dichiarato disponibile ad ascoltare le istanze delle professioni e ha annunciato il concordato tra i Ministeri di Salute, Economia, Pa e le Regioni su un emendamento per lo sblocco del tetto di spesa per il personale sanitario (www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3678).

Gli interventi dei componenti il Tavolo hanno ripreso le tematiche di interesse comune a tutte le Federazioni e contenute nel documento inviato, preventivamente, al Ministero (www.fnopo.it/news/i-incontro-tavolo-tecnico-professioni-sanitarie.htm) e relative a: **Regionalismo differenziato (o rafforzato): Patto della salute, Decreti attuativi della Legge 3/2018, riattivazione CCEPS e Violenza contro professionisti sanitari.**

Unanimemente è stato chiesto di rendere operativo il tavolo di confronto permanente con le professioni socio-sanitarie e si è convenuto di dare priorità alla definizione degli ulteriori decreti attuativi della Legge 3/2018 e nello specifico al regolamento della funzionalità degli Enti che hanno urgente bisogno di essere ammodernati. Con tale finalità sono stati istituiti due sottogruppi di lavoro di cui uno relativo alla predisposizione del nuovo regolamento dell'Ente ordinistico e l'altro relativo alla formazione e alle Scuole di specializzazione. I lavori dei sottogruppi saranno poi portati all'attenzione del tavolo di confronto permanente che si riunirà periodicamente.

A prescindere dai traguardi raggiunti e dai risultati scaturiti dal CNS del 23 febbraio 2019 va evidenziato che, dopo 70 anni, con la Legge 3/2018 è stata realizzata la riforma delle professioni sanitarie dando attuazione alla Legge 43/2006, ma soprattutto sono state poste le basi per una rete delle professioni sanitarie, oggi, tutte ordinate che si confrontano in modo unitario con gli Enti e i Ministeri vigilanti come avvenuto in seno al tavolo di confronto permanente presso il Ministero della Salute.

MINISTERO DELLA SALUTE: TAVOLO PERMANENTE DELLE PROFESSIONI SOCIO-SANITARIE



FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri



CONSIGLIO
NAZIONALE
ORDINE
PSICOLOGI



Federazione Ordini
Farmacisti Italiani



Ordine
Nazionale
Biologi



FNOVI
Federazione Nazionale Ordini della
Professione di Ostetrica



Federazione
Nazionale degli
Ordini della
Professione di
Ostetrica



FEDERAZIONE NAZIONALE
DEGLI ORDINI
DEI CHIMICI E DEI FISICI



ORDINE
ASSISTENTI
SOCIALI
Consiglio Nazionale

Il 15 marzo del 2015 il Comitato Centrale della FNCO, neoeletto, riunì i vertici delle tre Federazioni (IPASVI, FNOPO e FNTSRM) e quelli del CONAPS in rappresentanza delle Professioni sanitarie regolamentate ma privi di Collegio e quindi di Federazione. L'obiettivo era quello di costituire un "fronte comune" tra tutte le professioni sanitarie indicate dalla Legge 251/2000, unirne la forza politica per potersi confrontare in modo compatto con le Istituzioni e anche con altre professioni su tematiche di interesse trasversale. L'alleanza con la FNTSRM e con il CONAPS si è dimostrata da subito vincente, inizialmente finalizzata alla promozione per l'approvazione del DDL 3868, poi proseguita in altri ambiti.

Il disegno di legge, che rendeva attuativo l'articolo 4 della Legge 43/2006 (trasformazione dei Collegi professionali esistenti in Ordini professionali: www.camera.it/parlam/leggi/060431.htm) diventava, poi, **Legge n. 3 dell'11 gennaio 2018** "Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della Salute". DDL 3868 veniva approvato dal Senato



con 148 voti favorevoli, 19 contrari e 5 astenuti (www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=58548).

Alla luce degli eventi che si sono susseguiti dopo la pubblicazione della Legge 3/2018 (www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/1/31/18G00019/sg), si può affermare che la stessa non è limitata a dare attuazione alla Legge 43/2006 quale eterna incompiuta. La norma, infatti, oltre ad avere realizzato dopo 70 anni la riforma delle professioni sanitarie, dettato nuove indicazioni per le sperimentazioni cliniche, ha introdotto nel sistema salute la medicina di genere ed emanato norme più specifiche per la lotta all'abusivismo professionale, ha creato i presupposti per la realizzazione di un coordina-



mento delle professioni socio-sanitarie (FNOMCeO, FNOPO, FNOPI, FNO - TSR PSTRP, CNOP, FOFI, ONB, FNOVI, FNCF e CNOAS).

La Legge 3/2018 ha unito tutte le professioni che rappresentano il sistema socio-sanitario del Paese le quali, presso il Teatro Argentina in Roma il 23 febbraio 2019, hanno approvato il *Manifesto dell'Alleanza tra Professionisti della Salute per un nuovo SSN* (www.fnopo.it/custom/fno-po/writable/downloads/manifesto%20alleanza%20tra%20professionisti%20della%20salute1.pdf).

Nel Manifesto, posto all'attenzione del Ministro della Salute Giulia Grillo, sono stati esplicitati gli impegni che le professioni stesse si assumono per garantire nell'ambito delle proprie competenze la migliore assistenza sanitaria ai cittadini e nel contempo sono state poste richieste precise al Governo e alle Istituzioni sempre nell'ottica di un miglioramento del sistema salute.

Il *Manifesto dell'Alleanza tra Professionisti della Salute per un nuovo SSN* ha trovato riscontro da parte del Ministero della Salute che ha avviato, il 21 marzo 2019, un tavolo di confronto permanente con le professioni sanitarie al fine di intensificare la collaborazione con i professionisti del sistema sanitario e con i loro enti esponenziali.

Le Federazioni Nazionali e degli Ordini delle Professioni sanitarie, in occasione dell'insediamento del Tavolo, hanno ritenuto necessario porre all'attenzione del Ministro della Salute le tematiche che hanno come pre-

supposto i principi contenuti nell'articolo 1 della Legge 833/1978 di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale inteso come equo, universale e solidaristico.

L'istanza rivolta al Ministro, espressione di una forte assunzione di responsabilità nell'ambito delle competenze riconosciute quali professionisti sanitari, focalizza specifici ambiti di riflessione.

Regionalismo differenziato

I professionisti sanitari, concordando sull'opportunità di individuare strumenti che determinino il miglioramento delle *performance* del SSN, hanno espresso preoccupazione riguardo alle ipotesi di attivare ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia in campo sanitario, auspicando che i modelli autonomistici, in fase di definizione, tengano conto non solo di utilità economiche e dinamiche di mercato ma si fondino soprattutto su principi che garantiscano il diritto costituzionale alla salute, nel rispetto della dignità e libertà dell'individuo. Con questa finalità le Professioni hanno chiesto di essere coinvolte, mediante l'attivazione di un Tavolo tecnico, quali attori del sistema salute in modo da condividere documentazioni e approfondimenti attualmente in corso, a diversi livelli, anche in quanto portatori non solo di competenze specifiche ma anche di conoscenze delle criticità gestionali dell'attuale impianto ordinamentale che richiederebbe correttivi e revisioni.

36° Congresso Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica



Continuità e sicurezza delle cure: modelli organizzativi a confronto

Palermo 4-5 ottobre 2019

Il Congresso della Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica (FNOPO), evento scientifico finalizzato allo sviluppo delle Scienze Ostetriche, Ginecologiche e Neonatali, è diventato un importante momento di riflessione, di ricerca e di approfondimento condiviso con altri professionisti e con i decisori della politica sanitaria sia a livello nazionale che a livello regionale.

L'obiettivo del 36° Congresso è quello di mettere a fuoco il binomio continuità delle cure e sicurezza delle stesse anche sulla base dei nuovi modelli organizzativi che vanno sviluppandosi nel panorama del Sistema salute e, specificamente, all'interno dell'area materno-infantile.

Ogni sessione del 36° Congresso sarà introdotta da una video-intervista rilasciata da donne, coppie e operatori del settore cui seguiranno interventi tenuti da esperti del settore.

Alla luce del successo riscosso nel 35° Congresso Nazionale del 2018, la FNOPO ha deciso di riproporre la sessione preliminare, prevista per la mattina del 4 ottobre 2019, dedicata alla premiazione delle migliori tesi di Laurea in Ostetricia, Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche e Poster CLO e CLM sul tema del Congresso per il quale saranno fornite, nelle forme di rito, specifiche indicazioni ai Presidenti e Coordinatori / Direttori CLO e CLM. L'evento nazionale di Categoria che si svolgerà a Palermo, nei giorni 4 e 5 ottobre, presso i Cantieri Culturali della Zisa sarà l'occasione privilegiata per i diversi professionisti di partecipare ai lavori congressuali e confrontarsi sui modelli organizzativi oggi presenti nelle diverse realtà italiane.

La FNOPO, per il terzo anno consecutivo, ha scelto di organizzare la 36a edizione – con cadenza annuale – in strettissima collaborazione con tutti gli Ordini della Regione Siciliana.

Nelle forme di rito (Note circolari agli OPO/ Pubblicazioni sul sito/News Letter /APP) saranno fornite informazioni relative alle modalità da seguire per l'iscrizione al 36° Congresso Nazionale di Categoria e per la partecipazione alla sessione premi per tesi e poster CLO e CLM.

COMITATO SCIENTIFICO

Comitato Centrale Federazione Nazionale Ordini Professione Ostetrica

Maria Vicario, Silvia Vaccari, Marialisa Coluzzi, Cinzia Di Matteo, Iolanda Rinaldi, Caterina Masé, Martha Traupe

Ordini Professione Ostetrica Regione Sicilia

Elio Lopresti, Francesca Cascarano, Calogera Drago, Maria Pullara, Oriana Ristagno, Maria Santo, Salvatore Scribano, Rosaria Taverna

Patto della Salute

La richiesta di un Tavolo tecnico risponde all'istanza congiunta delle Professioni sanitarie di essere parte del percorso di predisposizione del **Patto della Salute** che va a incidere su temi fondanti quali le risorse, la revisione dei ticket, la riorganizzazione della assistenza territoriale, i fabbisogni di personale, la interconnessione informatica, l'edilizia sanitaria, il ruolo delle Professioni sanitarie. In quanto Patto, il raggiungimento di obiettivi strategici non può prescindere da intese ragionate sui temi di interesse e piena collaborazione tra Istituzioni e operatori della salute.

LEGGE 3/2018

“Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della Salute”

Nei tempi previsti dalla Legge 3/2018, il Ministero della

Salute ha emanato 5 decreti attuativi di cui però solo uno di interesse comune a tutte le Professioni e che disciplina le procedure elettorali per il rinnovo delle Federazioni e Ordini provinciali e interprovinciali (www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/DM%2013%20marzo%202018%20Costituzione%20degli%20albi%20delle%20professioni%20sanitarie%20tecniche,della%20riabilitazione%20e%20della%20prevenzione1.pdf).

Le Federazioni Nazionali degli Ordini delle Professioni sanitarie hanno chiesto che il Ministero riprenda, con urgenza, il percorso di attuazione della Legge 3/2018 attraverso l'emanazione dei decreti attuativi previsti, che costituiscono di fatto importanti fasi nella ridefinizione dello svolgimento delle attività istituzionali degli Ordini. Le previsioni ancora da attuare e le criticità da risolvere sono molteplici e meritano l'attivazione di sedi di confronto sulle questioni specifiche (sussidiarietà, avvalimento, nuovo procedimento disciplinare etc.).

Protocollo di relazione interprofessionale su: “Prevenzione, diagnosi, cura e assistenza della depressione post partum”



CONSIGLIO
NAZIONALE
ORDINE
PSICOLOGI



Federazione
Nazionale degli
Ordini della
Professione di
Ostetrica

La FNOPO, al termine di un'intensa attività di confronto con i vertici Consiglio Nazionale Ordine Psicologi (CNOP), ha definito un protocollo d'intesa per dare attuazione a tutta una serie di attività di interesse comuni, quali la prevenzione della depressione *post partum*, i disturbi alimentari e la loro ripercussione sulla fertilità e altro. Le attività connesse all'Accordo tra FNOPO e CNOP coinvolgeranno direttamente anche gli Ordini provinciali e interprovinciali ai quali, nelle forme di rito, sarà data ampia, puntuale e preliminare informazione.



Tale accordo è il risultato di un lavoro di collaborazione iniziato e portato avanti dalla Federazione che ha trovato, fin da subito, la piena disponibilità del Presidente CNOP Giardina e di tutto il Consiglio. Una delle prime tematiche, previste dal protocollo FNOPO /CNOP, che sarà trattata da esperti (Ostetriche e Psicologi) sarà la depressione *post partum* (DPP).

La depressione *post partum* è purtroppo una patologia ancora troppo spesso sottovalutata che se non intercettata per tempo e presa in carico rischia di avere delle conseguenze drammatiche per il neonato e per la madre. In questa area multidisciplinare e ultraspecialistica le ostetriche possono svolgere un ruolo sentinella vigile e sempre disponibile ad ascoltare la donna, la coppia e di loro familiari in modo attivo ed empatico.



Violenza sugli operatori sanitari

Le Professioni sanitarie esprimono apprezzamento per l'impegno specifico del Ministro Grillo attraverso atti concreti, quali la proposta di legge presentata a suo nome e auspicano che l'impegno continui attraverso la definizione di un percorso di approfondimento sulla violenza, che possa coinvolgere le Professioni sanitarie poiché tutte si trovano, senza distinzioni, ad affrontare una realtà di violenza in ambito lavorativo e non, che continua a registrare episodi drammatici spesso con esiti mortali. Le Federazioni Nazionali e degli Ordini delle Professioni sanitarie hanno attivato percorsi formativi anche a distanza diretti a preparare i professionisti nel gestire il problema della violenza sugli operatori sanitari, ma appare ancora più importante concretizzare una sede di condivisione dove definire ipotesi di soluzione e individuare strumenti di tutela anche di natura legislativa

Tavolo nazionale permanente di confronto tra la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome e la FNOPO



Federazione
Nazionale degli
Ordini della
Professione di
Ostetrica

Dopo quelli sottoscritti con gli Ordini dei medici (FNOMCeO) e quelli degli infermieri (FNOPI), sul tavolo della CSR sono pervenute le proposte di Protocollo d'intesa con l'Ordine delle Ostetriche (FNOPO) e con quello dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (FNO TSM-PSTRP). Con Circolare n. 9/2019 (www.fnopo.it/news/circolare-n-9-2019---protocollo-d-intesa-tra-fnopo-e-confe.htm), la FNOPO ha trasmesso agli Ordini ogni comunicazione utile nell'attesa della sottoscrizione del Protocollo avvenuta in data 24 gennaio 2019 (www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/Protocollo%20FNOPO-CSR1.pdf).

Il 24 gennaio 2019, sottoscritto il Protocollo che ha la finalità di "attivare il confronto in un tavolo permanente la Federazione nazionale degli Ordini della professione ostetrica (FNOPO) e la Conferenza Stato Regioni (CSR)", è stato attivato il tavolo di confronto permanente tra FNOPO e Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome.

La FNOPO, ente pubblico non economico sussidiario dello Stato, e la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, hanno, secondo la legislazione vigente, potestà concorrente in materia di "Tutela della Salute", principio che, in questa prima fase, vede confrontarsi le due Istituzioni su sei aree di azioni di seguito riportate:

- Sviluppo di nuovi modelli organizzativo-assistenziali e delle competenze avanzate e specialistiche anche alla luce del nuovo CCNL del personale del comparto sanità e delle responsabilità definite dalla Legge 24/2017;
- Standard del personale dipendente del SSR della professione ostetrica anche in considerazione della riduzione degli organici per il blocco del *turn over*;
- Sviluppo professionale e di carriera, formazione e aggiornamento del personale del SSR delle professioni sanitarie - formazione manageriale;
- Definizione del fabbisogno formativo delle ostetriche;
- Avvio di percorsi per lo sviluppo del corpo docente universitario afferente ai settori scientifico-disciplinari dei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie;
- Definizione di modalità di condivisione delle tematiche del Tavolo con le Federazioni nazionali degli Ordini professionali delle professioni sanitarie.

(www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=70188)

La FNOPO ha chiesto alla CSR di rendere operativo il suddetto Protocollo sia a livello nazionale che a livello delle singole Regioni le quali, alla luce della loro autonomia, possono predisporre percorsi e modelli organizzativi dell'area materno-infantile per i quali risulta determinante il confronto i rappresentanti della Categoria. Con questa finalità i 68 Ordini della Professione Ostetrica (OPO), anche coordinandosi tra loro, devono chiedere di attivare i tavoli regionali dove confrontarsi su tematiche di impatto sulla Professione ostetrica.

OSSERVATORIO NAZIONALE PER LE PROFESSIONI SANITARIE (ONPS): ATTIVITÀ FNOPO

**A cura del
Comitato Centrale FNOPO**

La Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica (FNOPO) è l'organismo di direzione politica e istituzionale della professione che, ai sensi del D.L.C.p.S. 233/1946 e s.m.e i. ([www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazione-Gazzetta=1946-10-23&atto.](http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazione-Gazzetta=1946-10-23&atto.codiceRedazionale=046U0233&normativi=true&tipoVigenza=originario&tipoSerie=serie_generale¤tPage=1)

[codiceRedazionale=046U0233&normativi=true&tipoVigenza=originario&tipoSerie=serie_generale¤tPage=1, www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/1/31/18G00019/sg](http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/1/31/18G00019/sg)) e in qualità di ente pubblico non economico sussidiario dello Stato, unitamente agli Ordini provinciali e interprovinciali (OPO), svolge anche un ruolo di garanzia della tutela delle prerogative professionali dell'Ostetrica/o nel sistema salute nella sua accezione più ampia.

In virtù della sua natura sussidiaria, la FNOPO mantiene rapporti con Enti e Ministeri, in modo privilegiato con il Ministero della Salute (ministero vigilante) e quello dell'Istruzione, dell'Università e della ricerca (Miur).

La FNOPO partecipa con un proprio rappresentante ai lavori dell'Osservatorio Nazionale per le Professioni Sanitarie, istituito presso il MIUR, che accoglie al suo interno Direttori del Ministero della Salute (Direttore della Direzione Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse umane del SSN), rappresentanti delle 22 professioni sanitarie regolamentate e ordinate (Legge 3/2018), nonché rappresentanti delle Regioni.

Sulla base delle indicazioni fornite dall'Osservatorio, in materia di definizioni di Master di primo livello per le professioni sanitarie, sono state individuate tre tipologie di Master specialistici di primo livello:

- *Master Trasversali;*



- *Master interprofessionali;*
- *Master specialistici di ciascuna professione.*

A seguito delle indicazioni fornite dall'Osservatorio, il 13 settembre 2018 la FNOPO ha presentato le proprie proposte di Master specialistici (Legge 43/2006), adottando i criteri di seguito riportati:

1. *che i master facciano riferimento ad ambiti formativi e relative competenze che non siano replicativi della formazione e competenze di base della professione ostetrica;*
2. *che siano specifici per la professione ostetrica e che non invadano competenze di altre professioni;*
3. *che trovino reale applicazione nel mondo del lavoro per nuovi scenari professionali.*

L'ONPS, nella riunione del 17 dicembre 2018, ha accolto in toto la proposta FNOPO per tre Master specialistici di seguito descritti.

- **Ostetricia di famiglia e di comunità**
Acquisire le competenze specialistiche per la gestione della promozione della salute di genere, della famiglia e della collettività in ambito sessuale e riproduttivo. Promuovere l'implementazione delle cure ostetriche nel percorso nascita a medio e alto rischio, con integrazione tra ospedale e territorio

e supporto/sostegno alla mamma, al bambino, alla famiglia. Promuovere l'introduzione di modelli organizzativi innovativi e basati sulle buone pratiche (EBM) sia nel contesto ospedaliero che territoriale.

• **Ostetricia e riabilitazione del pavimento pelvico**

Acquisire le competenze specialistiche per la gestione dei processi assistenziali relativi alla cura del perineo e alla prevenzione, all'inquadramento e al trattamento delle disfunzioni del pelvico nelle diverse fasi della vita della donna.

• **Ostetricia nella patologia della riproduzione umana di coppia (PMA)**

Acquisire le competenze specialistiche nell'ambito della promozione e tutela della fertilità di coppia nelle diverse fasi della vita della donna. Implementare il ruolo dell'ostetrica nella gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici medico-chirurgici a bassa, media e alta complessità nell'ambito della patologia della riproduzione di coppia all'interno dei diversi setting assistenziali (I-II e III livello) (www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=69371).

La FNOPO ha preso atto che l'avvio della procedura di istituzione e di attivazione dei Corsi Master, approvati dall'ONPS, passa agli organismi preposti del Ministero della Salute e del MIUR, fra i quali il CUN, sia per la definizione degli ordinamenti didattici che per la definizione dei fabbisogni formativi, anche tramite le Regioni. In analogia ai Corsi di Laurea triennale e di Laurea Magistrale, quindi, la FNOPO si è attivata per tabellare i tre Master secondo lo schema CUN.

Il 1° febbraio 2019 la FNOPO ha incontrato al MIUR i Funzionari del Dipartimento per la formazione superiore e per la ricerca e della Direzione generale per lo studente, lo sviluppo e l'internazionalizzazione della formazione superiore per portare l'attenzione su tematiche di impatto sulla Categoria anche in relazione alla innovativa tipologia di incarichi professionali definiti di professionista specialista e professionista esperto, in attuazione dell'art. 6, ex terzo comma del D.Lgs. 502/1992.

Al fine di promuovere l'attivazione dei suddetti percorsi Master, ma soprattutto per dare piena responsabilità alle Regioni concorrenti con lo Stato in materia sanitaria, il 13 marzo 2019 il Ministero della Salute ha trasmesso al Comitato di settore Regioni-Sanità il documento finale sui Master specialistici delle professioni sanitarie approvato dall'ONPS il 17 dicembre 2018.

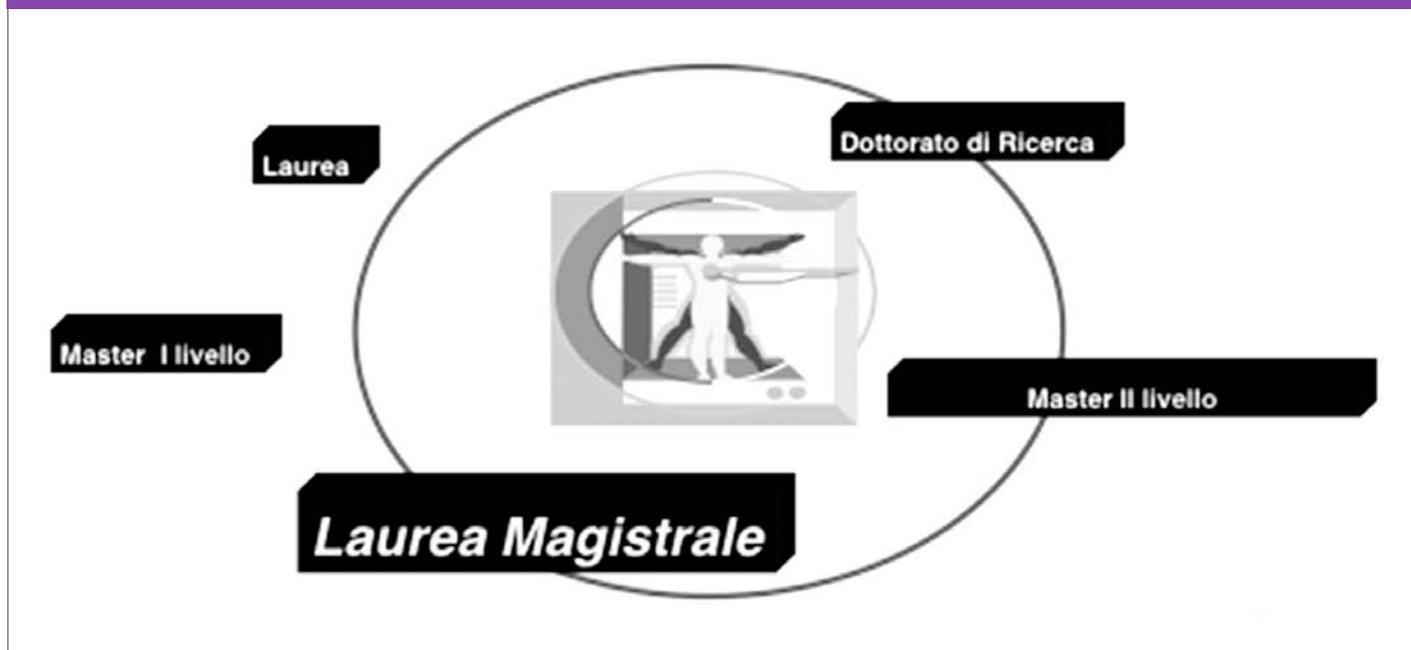
La Federazione, per quanto di competenza, sta verificando la disponibilità di alcuni Atenei ad attivare per macroarea geografica i tre Master specialistici per ostetrica/o:

- Ostetricia di famiglia e di comunità;
- Ostetricia e riabilitazione del pavimento pelvico;
- Ostetricia nella patologia della riproduzione umana di coppia (PMA).

Il MIUR con nota del 1° aprile 2019 ha comunicato il percorso dei Master di cui alla Legge 43/2006 ai Rettori delle Università degli Studi di Medicina, al Ministero della Salute e al Presidente dell'ONPS, raccomandando che:

- i Master specialistici di primo livello vengano attivati solo presso sedi universitarie di Medicina;
- i Master vengano riservati ai soli professionisti sanitari in possesso dei titoli relativi all'ambito previsto dalle caratteristiche dei singoli Master (www.fnopo.it/news/miur---attivazione-dei-master-specialistici-di-primo-livell.htm).

Percorso formativo universitario (DM 509/1999 e DM 270/2004)



Calendario delle prove di ammissione relative ai Corsi di Laurea e di Laurea magistrale ad accesso programmato nazionale per l'anno accademico 2019/2020

Il Ministero dell'Istruzione ha reso noto le date previste per le prove di ammissione relative ai Corsi di Laurea e di Laurea magistrale ad accesso programmato nazionale per l'a.a. 2019/2020. Si inizierà martedì **3 settembre** con i Corsi di Laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria e Protesi Dentaria erogati in lingua italiana. A seguire, il **4 settembre** ci sarà il test per i Corsi di Laurea magistrale a ciclo unico in Medicina Veterinaria. L'**11 settembre** sarà la volta dei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie. Successivamente ci saranno le prove d'ingresso per i Corsi di Laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria e Protesi Dentaria in lingua inglese il **12 settembre** e i Corsi di Laurea magistrale delle professioni sanitarie il **25 settembre**.

In riferimento alla definizione del fabbisogno formativo della Professione ostetrica/o per l'a.a. 2019-2020, la FNOPO ha operato una modifica della variabile n. 2 "domanda di ostetriche per 100.000 abitanti" del "Modello Previsionale" del Ministero della Salute quale indicatore del reale fabbisogno del professionista ostetrica/o.



ID variabile 2
Variabile Domanda professionisti per 100.000 abitanti (2017-2037)
Descrizione Numero di professionisti attivi necessari per rispondere alla domanda di una popolazione di 100.000 abitanti.

Ritorna

Inserito da:
Data inserimento:

Fonte:

Commenti: Il valore di questa variabile rappresenta la chiave del reale fabbisogno di professionisti sanitari. Esso dovrà essere definito in base alle previsioni future delle condizioni epidemiologiche della popolazione di riferimento (vedi variabile 1). I programmi di cura ed assistenza previsti per tale popolazione, gli sviluppi tecnologici e altre variabili che potranno incidere sul livello quantitativo standard necessario per garantire i servizi di cura, assistenza e prevenzione alla popolazione di riferimento. Come assunto di partenza si propone che la domanda attuale (riferita all'anno 2017) coincida con il numero di professionisti attivi nello stesso periodo, rapportato da una popolazione standard di 100.000 abitanti. Si presuppone così che attualmente la domanda sia tutta soddisfatta (vedi valore della cella C17). Ovviamente tale assunto può essere modificato, così come possono essere modificate le stime proposte nella riga 17 per gli anni dal 2018 al 2037 (celle in giallo).

Dati	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037
Domanda professionisti per 100.000 abitanti	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70

Il Consiglio Nazionale in data 21 febbraio 2019 ha approvato la modifica del dato da 63 a 70, con l'obiettivo di implementare il modello monoprofessionale (ovvero solo personale ostetrico e personale di supporto), adottato da tempo in molte UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia italiane, di gestire nuovi scenari organizzativi dell'area materno-infantile e di promuovere l'attivazione dei percorsi di specializzazione per i tre Master approvati il 17 dicembre 2018 dall'Osservatorio Nazionale delle Professioni Sanitarie (ONPS) (www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=69371).

A sostegno della modifica della variabile n. 2, la FNOPO dovrà produrre valutazioni a consuntivo per quella che sarà l'effettiva richiesta del mercato del lavoro attraverso un'indagine sullo status lavorativo degli iscritti nei diversi setting organizzativi.

Per la corretta raccolta dati dell'indagine FNOPO, tutti gli iscritti agli Ordini Provinciali e interprovinciali sono chiamati ad aggiornare il loro profilo come da Circolare n. 17/2019 (www.fnopo.it/news/circolare-17-2019-aggiornamento-indirizzo-rivista-di-cat.htm).

In commissione Cultura alla Camera attualmente sono in esame quattro disegni di legge per il superamento del numero chiuso che porterebbe all'abolizione della Legge 264/99 "Norme in materia di accessi ai Corsi universitari". (www.miur.it/0006Menu_C/0012Docume/0098Normat/2056Norme_cf2.htm).

MONITORAGGIO FETALE IN TRAVAGLIO

Analisi delle Linee Guida Sigo 2018



Autrici

Rossella Coppola
*Ostetrica Mediterranea
Struttura Ospedaliera
ad Alta Specialità – Napoli
rossella.coppola92@virgilio.it*



Marlene Coppola
*Medico chirurgo
Specializzanda in Ginecologia e Ostetricia
Università degli Studi della Campania
"Luigi Vanvitelli"
marlene.coppola@virgilio.it*

Introduzione

La cardiocografia (CTG) è un'indagine strumentale ampiamente utilizzata nella pratica clinica, tuttavia ancora ci si interroga su quali siano gli effettivi benefici. Gli studi randomizzati e le loro metanalisi evidenziano un aumento dei tagli cesarei, ma non una riduzione dei danni neurologici. L'analisi dei motivi per cui la CTG non ha risposto alle aspettative è complessa. Uno di questi è certamente dovuto ai limiti intrinseci della metodica, tuttavia la mancata standardizzazione della lettura dei tracciati è citata come una delle cause principali.

Avendo ben chiari questi problemi, nel 2013 la FIGO ha promosso una *Consensus* che sviluppasse delle Linee Guida sul monitoraggio fetale intraparto. In Italia non è mai stato raggiunto un accordo relativo a quale classificazione utilizzare per la lettura e l'interpretazione dei CTG. Pertanto, nel 2016 la SIGO ha nominato un comitato per valutare se introdurre in Italia le Linee Guida FIGO, se

accettarle nella loro interezza o se apportare modifiche. L'attenzione si è focalizzata soprattutto sulla lettura e interpretazione dei *pattern* cardiocografici e conseguente comportamento clinico, vengono descritte tecniche e vantaggi dell'auscultazione intermittente, della stimolazione dello scalpo fetale e le nuove tecniche di monitoraggio.

Fisiopatologia dell'ossigenazione fetale

Il principale obiettivo del monitoraggio fetale *intrapartum* consiste nell'evitare esiti neonatali avversi da ipossia/acidosi, tuttavia questo non si deve tradurre in un aumento di interventi ostetrici non necessari (parti vaginali operativi e tagli cesarei), con conseguente incremento dei rischi materno-fetali.

RIASSUNTO

Il principale obiettivo del monitoraggio fetale *intrapartum* consiste nell'evitare esiti neonatali avversi da ipossia/acidosi. Tuttavia questo non si deve tradurre in un aumento di interventi ostetrici non necessari (parti vaginali operativi e tagli cesarei) con conseguente incremento dei rischi materno-fetali.

Le Linee Guida SIGO hanno rielaborato la *Consensus* FIGO (marzo 2015), aggiornandola e adattandola alla realtà clinica italiana. Vengono descritte tecniche e vantaggi dell'auscultazione intermittente, della stimolazione dello scalpo fetale e le nuove tecniche di monitoraggio fetale *intrapartum*.

Parole chiave

Ipossia/acidosi fetale, cardiocografia *intrapartum*, Ph fetale, auscultazione intermittente.

ABSTRACT

The main objective of intrapartum fetal monitoring is to avoid adverse neonatal outcomes from hypoxia / acidosis. But this should not translate into an increase in unnecessary obstetric interventions (operative vaginal parts and caesarean sections) with consequent increase in maternal-fetal risks.

The SIGO Guidelines have reworked the *Consensus* FIGO (March 2015), updating it and adapting it to the Italian clinical reality. The techniques and advantages of intermittent auscultation, fetal scalp stimulation and new intrapartum fetal monitoring techniques are described.

Keywords

Fetal hypoxia / acidosis, intrapartum cardiocography, fetal Ph, intermittent auscultation.



Alla base della corretta interpretazione dei tracciati vi è la conoscenza, da parte degli operatori sanitari, della fisiopatologia dell'ossigenazione fetale.

È ben noto il concetto secondo il quale "Transitori e ripetitivi episodi di ipossiemia e ipossia, anche a livello del sistema nervoso centrale, sono estremamente comuni durante il normale travaglio di parto e sono generalmente ben tollerati dal feto. Solo quando l'ipossia e la conseguente acidosi metabolica raggiungono livelli estremi, il feto è a rischio di compromissione neurologica a lungo termine" (Tabella 1).

Ciò avviene perché il feto dispone di meccanismi di compenso e ampie riserve. Ad esempio, l'emoglobina fetale ha una diversa affinità per l'ossigeno rispetto a quella dell'adulto e la gittata cardiaca del feto è, in proporzione al peso, nettamente superiore; inoltre, in utero egli viene coadiuvato dall'attività della placenta. Solo dopo la vanificazione dei meccanismi di compenso e l'esaurimento delle riserve si verifica la patologia fetale ipossica propriamente detta. Un ridotto smaltimento di anidride carbonica (CO_2) attraverso la placenta determinerà un aumento della sua concentrazione ematica. La combinazione di CO_2 e H_2O (acqua) porterà alla formazione di acido carbonico (H_2CO_3), con conseguente **acidemia respiratoria**. Quando s'instaura un quadro di ipossia, la

produzione cellulare di energia può ancora essere mantenuta per un limitato periodo di tempo dal metabolismo anaerobio. Tuttavia, questo processo produce un quantitativo di energia di circa 19 volte inferiore rispetto al metabolismo aerobio e causa un accumulo di acido lattico all'interno della cellula, con successivo passaggio nell'ambiente extracellulare e nella circolazione fetale. L'aumentata concentrazione di ioni idrogeno di origine intracellulare nella circolazione fetale è chiamata **acidemia metabolica**. Gli ioni idrogeno dell'acido lattico attraversano molto lentamente la placenta, ma sono tampo-

Tabella 1 – Definizioni di ipossiemia, ipossia, asfissia e loro durata

Ipossiemia	È la fase iniziale del ridotto apporto di ossigeno e si caratterizza per la presenza di una ridotta saturazione di ossigeno nel sangue arterioso. Il feto si adatta ottimizzando i processi di captazione dell'ossigeno e riducendo i propri movimenti per risparmiare energie	Giorni o settimane
Ipossia	È la riduzione dell'ossigeno negli organi periferici, in conseguenza di un processo di centralizzazione del flusso volto a preservare gli organi nobili (cuore, sistema nervoso centrale)	Ore
Asfissia	È la riduzione dell'ossigeno a livello degli organi centrali	Minuti

nati dalle basi circolanti, costituite principalmente dal bicarbonato, dall'emoglobina e dalle proteine plasmatiche. L'esaurimento di questi agenti tampone (aumento del deficit di basi) determinerà una progressiva incapacità di neutralizzare gli ioni idrogeno, con conseguente accumulo di questi ultimi e in ultima analisi distruzione degli enzimi cellulari e danno tissutale.

Tabella 2 – Valori di riferimento per pH ed eccesso di basi

	PH	Eccesso di basi
Valori normali	>7,2	<-4 mmol/L
Lieve acidosi respiratoria	7,15-7,20	>-4<-8 mmol/L
Modesta acidosi respiratoria	7-7,15	>-8<-12 mmol/L
Acidosi metabolica	<7	>-12 mmol/L

L'insorgenza di ipossia fetale può essere accertata solamente dalla documentazione dell'acidosi metabolica. Quest'ultima può essere valutata attraverso un prelievo di sangue arterioso e venoso dal cordone ombelicale immediatamente dopo il parto, che consente la misurazione del pH, della pressione parziale di anidride carbonica (pCO_2), dei valori di acido carbonico (HCO_3^-) e del deficit di basi (BD) che ne derivano.

L'acidosi ha una componente respiratoria e una metabolica; il pH comprende entrambe, mentre il Base Excess (BE) è una misura dell'acidosi metabolica, che è la componente pericolosa, se superiore a certi valori. Ne deriva che in travaglio di parto un certo aumento dell'acidosi è normale e inevitabile (Tabella 2). Solo quando si superano determinati valori può esservi compromissione neurologica a lungo termine. Questi valori che configurano l'acidosi grave sono: pH <7,00 e un BE \geq a -12 mmol/110-12.

La valutazione dei gas e il dosaggio dei lattati nel sangue del cordone ombelicale o nella circolazione neonatale durante i primi minuti di vita rappresentano ad oggi le uniche metodiche valide per quantificare obiettivamente lo stato di ipossia/acidosi alla nascita. Il prelievo di sangue cordonale è una procedura non invasiva e relativamente economica. Tuttavia, laddove possibile, sarebbe raccomandato, almeno, in tutti i casi di sospetta ipossia/acidosi fetale e/o basso indice di Apgar alla nascita. È inoltre importante ricordare che

la presenza di acidosi metabolica non esclude la coesistenza di altri fattori che possano contribuire a causare depressione neonatale e/o esiti neurologici (per esempio prematurità, traumi da parto, infezioni, aspirazione di meconio, anomalie congenite certe, lesioni pre-esistenti, ipossia neonatale). Analogamente, l'assenza di acidosi metabolica alla nascita non esclude che possa essersi verificata ipossia/acidosi durante la gravidanza.

Il prelievo del sangue cordonale deve essere eseguito non appena possibile, in quanto le concentrazioni dei gas nel sangue cordonale cambiano rapidamente dopo il parto; inoltre il sangue arterioso cordonale riflette lo stato acido-base del feto meglio del sangue venoso. La Figura 1 mostra come eseguire l'emogasanalisi del cordone ombelicale.

Auscultazione intermittente

Nei travagli fisiologici, ovvero i travagli che non presentano fattori di rischio (Tabella 3), dovrebbe essere utilizzata di routine per il monitoraggio *intrapartum* l'auscultazione intermittente del battito cardiaco fetale (AI). Quest'ultimo ha come principale obiettivo l'identificazione tempestiva di ipossia/ acidosi fetale al fine di consentire interventi appropriati prima che si instauri un danno irreversibile. L'AI permette inoltre di identificare le situazioni di normalità della FCF, in modo tale da evitare interventi non necessari.

L'esecuzione di una regolare AI assicura il contatto frequente tra il professionista sanitario e la donna in travaglio, offrendo l'opportunità di un supporto emozionale. Facilita inoltre la valutazione e registrazione di alcuni parametri clinici come la temperatura materna, la frequenza respiratoria, la palpazione diretta dei movimenti fetali e delle contrazioni uterine. L'AI permette il monitoraggio del FCF nelle diverse posture materne e contesti assistenziali; favorisce la mobilitazione della donna in travaglio, che rappresenta un elemento importante per la progressione del travaglio stesso. Prima di iniziare l'AI, bisogna esporre chiaramente la tecnica

Tabella 3 – Fattori di rischio che rappresentano una indicazione alla CTG in continua

Fattori antepartali	Fattori intrapartali
<ul style="list-style-type: none"> • Diabete, ipertensione, patologie cardiache materne, insufficienza renale, lupus eritematoso sistemico, sclerodermia, anemia, epilessia, colestasi • Significativa emorragia vaginale prenatale • Restrizione della crescita intrauterina • Anomalie di durata della gravidanza (pretermine e post-termine) • CTG prenatale non reattivo • Alloimmunizzazione materno-fetale • Pregresse cicatrici uterine • Gravidanze multiple 	<ul style="list-style-type: none"> • Anormale frequenza delle contrazioni • Induzione o accelerazione del travaglio • Analgesia peridurale, solo nella prima ora successiva all'esecuzione di un bolo • Emorragia vaginale significativa • Liquido amniotico tinto di meconio (liquido verde, scuro, denso o contenente grumi di meconio) • Temperatura >38° • Durata della fase attiva del I stadio >12 ore • Durata del II stadio >2 ore • Anomalie del BCF all'auscultazione (dopo 30 minuti di CTG normale si può sospendere e tornare all'AI)

Figura 1. Modalità di clampaggio del cordone, prelievo e conservazione del campione di sangue cordonale

EMOGASANALISI DEL CORDONE OMBELICALE

CLAMPAGGIO





Applicare 1° clamp vicino alla placenta

Gonfiare i vasi spremendo il cordone dal neonato al primo clamp. Applicare 2° clamp vicino al neonato

Applicare 3° clamp vicino al precedente e tagliare il cordone tra il 2° e il 3° clamp

PRELIEVO





Prelievo da arteria: introdurre l'ago obliquamente nell'arteria (uno dei due vasi più piccoli), con inclinazione di 45° e aspirare lentamente 2 ml.

Prelievo da vena: introdurre l'ago perpendicolarmente nella vena (il vaso più grosso) e aspirare lentamente 2 ml.

Prelievo dalla placenta: le arterie cavalcano le vene

CONSERVAZIONE



Conservare il segmento di cordone anche dopo aver fatto il prelievo, finché non arrivano i risultati. Ciò permette, entro 30 minuti, di ripetere il prelievo.

VALIDAZIONE

- Fare prelievo da vena e da arteria se Apgar al V minuto < 7.
- pH da arteria deve essere almeno 0.02 più basso del pH da vena
- pCO₂ da arteria deve essere almeno 5.3 mmHg più alta di quella da vena
- pCO₂ da vena deve essere almeno 21.8 mmHg
- pCO₂ da arteria deve essere entro i percentili di pH

e il suo scopo alla donna in travaglio. Successivamente si procede con l'identificazione della presentazione e posizione fetale attraverso la palpazione addominale e il posizionamento dello stetoscopio o della sonda sul dorso fetale, sede in cui più spesso si riesce a percepire un chiaro suono cardiaco. La simultanea valutazione del polso materno apporta un'ulteriore conferma che il battito cardiaco auscultato sia quello fetale. Subito prima e durante l'AI, una mano va posizionata sul fondo uterino per determinare la frequenza delle contrazioni uterine e per percepire i movimenti fetali. Le Raccomandazioni per l'esecuzione dell'AI sono riassunte nella Tabella 4.

In caso di dubbi sulle caratteristiche della FCF, l'auscultazione dovrebbe essere prolungata per almeno tre contrazioni. Una FCF inferiore ai 110 bpm per almeno 10 minuti,

Tabella 4 – Raccomandazioni pratiche per l'AI e il monitoraggio delle contrazioni uterine e della frequenza cardiaca materna durante il travaglio

	Elementi da valutare	Cosa riportare
BCF	<p>Durata dell'auscultazione: >60 secondi; per 3 contrazioni se la FCF non è sempre nei range di normalità (110-160 bpm)</p> <p>Quando: durante la contrazione e per almeno 30 secondi dopo</p> <p>Intervallo: ogni 15 minuti nella fase attiva del I stadio, ogni 5 minuti nel II stadio del travaglio</p>	Linea di base (come singolo valore numerico in bpm), presenza o assenza di accelerazioni e/o decelerazioni
Contrazioni uterine	Prima e durante l'auscultazione della FCF, per almeno due contrazioni	Frequenza delle contrazioni in 10 minuti
Movimenti fetali	Contestualmente alla valutazione delle contrazioni	Presenza o assenza
Frequenza cardiaca materna	In corso di auscultazione del BCF	Singolo valore numerico in bpm

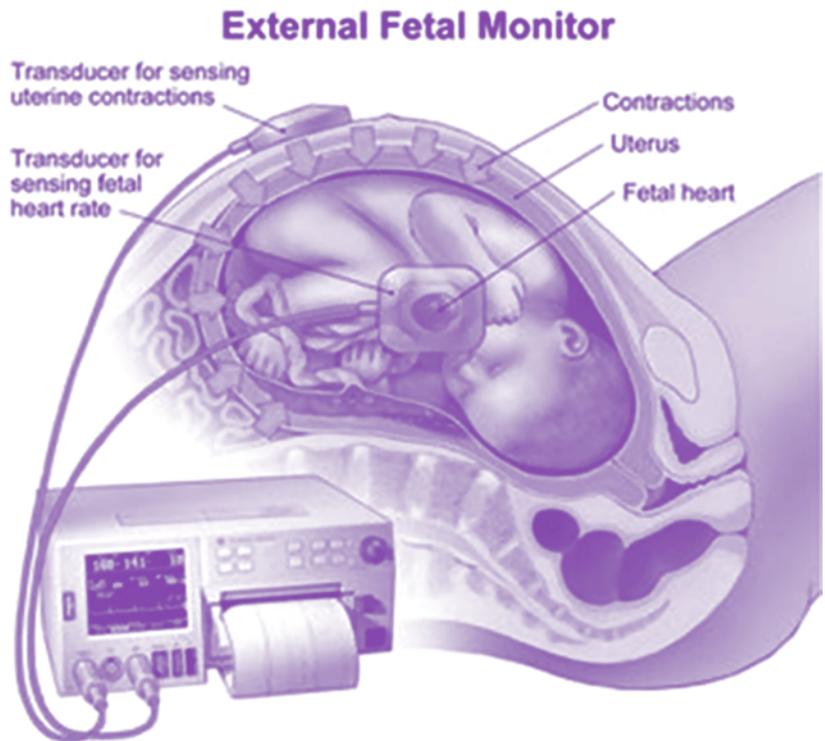
in caso di frequenza precedentemente nella norma, è fortemente suggestiva di una decelerazione prolungata o di una bradicardia fetale, e costituisce un'indicazione al monitoraggio cardiocografico in continua. Una FCF maggiore di 160 bpm per almeno tre contrazioni è fortemente suggestiva di tachicardia fetale e costituisce anch'essa un'indicazione al monitoraggio in continua. Va inoltre tenuto presente che nei feti a termine la linea di base è più spesso compresa tra 110 e 150 bpm. Pertanto, anche in presenza di valori $>150 \leq 160$ bpm si consiglia monitoraggio cardiocografico in continua, lo stesso vale se si rilevano decelerazioni prolungate o ripetitive. Molte accelerazioni coincidono con i movimenti fetali percepiti dalla madre o dal personale sanitario di assistenza e sono un segno di benessere fetale. Nonostante ciò, le accelerazioni immediatamente successive alla contrazione solitamente non sono dovute ai movimenti fetali e pongono indicazione all'auscultazione per almeno tre contrazioni, in modo da individuare eventuali decelerazioni. Un intervallo tra due contrazioni inferiore a 2 minuti dovrebbe motivare il rilevamento della frequenza delle contrazioni uterine per almeno 10 minuti. Più di 5 contrazioni percepite in tale periodo di tempo rappresentano una tachisistolia. Questo costituisce un'altra indicazione alla cardiocografia in continua, almeno finché non si ristabilisca la normalità. Se la raccolta dei parametri elencati nella Tabella 5 e le condizioni generali materne indicano il continuo benessere materno-fetale, l'AI può continuare a essere utilizzata come tecnica di prima scelta.

Cardiotocografia

La cardiocografia rappresenta la principale indagine strumentale utilizzata per il monitoraggio fetale *intrapartum*. La CTG in continuo dovrebbe essere utilizzata in tutte le condizioni in cui sussista un rischio di ipossia/acidosi fetale, quali perdite ematiche vaginali e ipertermia materna, restrizione di crescita intrauterina, liquido tinto di meconio, eccessiva attività contrattile uterina, che

Tabella 5 – Anomalie riscontrabili nell'AI

Vantaggi	
Linea di base	<110 bpm o >160 bpm
Decelerazioni	Presenza di decelerazioni ripetitive o prolungate (>3 minuti)



si verifica più frequentemente in caso di travaglio indotto o accelerato. La CTG in continua è altresì raccomandata in caso di anomalie all'auscultazione intermittente.

Le Linee Guida Sigo classificano i tracciati in tre categorie: tipo 1, tipo 2 e tipo 3 sulla base dei criteri esposti nella Tabella 6, a dispetto della classificazione dei tracciati in normale, sospetto e patologico del Royal College (RCOG), al fine di non utilizzare termini che potrebbero generare ansia o allarmismi quando si comunica tra operatori in presenza della paziente e dei familiari e di aumentare l'affidabilità e l'imparzialità nella loro reinterpretazione.

L'analisi del CTG deve essere integrata con altre informazioni cliniche per una corretta interpretazione e successiva gestione clinica. Come regola generale, se il feto mantiene una linea di base stabile e una buona variabilità il rischio di ipossia a carico degli organi centrali è improbabile.

In caso di CTG di tipo 2 e tipo 3 può essere necessario mettere in atto interventi volti a evitare l'insorgenza di esiti neonatali avversi. Un tracciato di tipo 3 frequentemente indica la necessità di espletamento immediato del parto; tuttavia nei singoli casi l'operatore dovrà valutare la possibilità di attuare misure correttive volte a migliorare lo stato di ossigenazione fetale e di conseguenza il CTG. Nel caso di CTG di tipo 2, al contrario, frequentemente non è necessario alcun intervento; tuttavia, se è presente una noxa, la sua persistenza potrebbe progressivamente portare a uno stato di ipossia/acidosi fetale con conseguente evoluzione del CTG da tipo 2 a tipo 3: in questo caso l'attuazione di misure correttive ha lo scopo di pre-

venire un eventuale peggioramento del quadro di ossigenazione fetale. L'eccessiva contrattilità uterina è la più frequente causa di ipossia/acidosi fetale. Si può risolvere riducendo o interrompendo l'infusione di ossitocina, rimuovendo le prostaglandine eventualmente somministrate e/o utilizzando una terapia tocolitica con agonisti beta-adrenergici (salbutamolo, ritodrina), con atosiban o nitroglicerina. Durante il secondo stadio del travaglio anche lo sforzo materno può contribuire alla comparsa di un quadro di ipossia/acidosi fetale. Per ripristinare una corretta ossigenazione fetale si può quindi chiedere alla paziente di interrompere momentaneamente le spinte. In caso di posizione supina della paziente può verificarsi una compressione aorto-cavale con conseguente riduzione della perfusione placentare. Il decubito supino può essere inoltre associato a una incrementata attività contrattile, probabilmente a causa della stimolazione del plesso sacrale da parte dell'utero gravido. In questi casi la rotazione della paziente sul fianco sinistro permette una normalizzazione del CTG. Un'altra comune causa di anomalie cardiocografiche (decelerazioni variabili) è rappresentata dalla compressione transitoria del funicolo che può essere frequentemente risolta con un cambio di postura materna o mediante amniotomissione. In presenza di febbre materna (temperatura $\geq 38^\circ$) si può osservare la comparsa di tachicardia fetale. La febbre materna può essere dovuta a cause extra-uterine o uterine (corionamniotite). Il sospetto di corionamniotite deve essere posto in presenza di febbre materna associata a dolore addominale e/o liquido amniotico maleodorante e/o dolorabilità uterina. In caso di corionamniotite si possono osservare anche altre anomalie cardiocografiche quali ridotta variabilità e comparsa di decelerazioni. In caso di febbre l'utilizzo di antipiretici consente nella gran parte dei casi la normalizzazione della frequenza cardiaca fetale. Se si formula il sospetto di corionamniotite deve

essere impostata una terapia antibiotica scelta in base al principale sospetto diagnostico. Può accadere che durante il travaglio si verifichi un'improvvisa ipotensione materna, spesso a seguito della somministrazione di analgesia peridurale o spinale, che può essere risolta con una rapida infusione di liquidi e/o un bolo endovenoso di efedrina. L'analgesia peridurale o spinale può determinare anomalie del CTG anche come conseguenza della riduzione del dolore che determinerebbe una ridotta attività del sistema simpatico con diminuzione dei livelli circolanti di epinefrina. L'ossigenoterapia, invece, è indicata solo nelle pazienti con livelli materni di saturazione di ossigeno ridotti (arresto cardiaco materno, ipovolemia materna secondaria a un distacco massivo, etc.). Anche la somministrazione di fluidi per via endovenosa è una pratica comunemente utilizzata allo scopo di migliorare il *pattern* CTG, ma anche in questo caso non esistono evidenze di *trial* clinici randomizzati per affermare che questo intervento sia efficace nelle donne normotese. L'infusione di soluzioni glucosate per via endovenosa in travaglio di parto sembrerebbe invece una pratica da evitare. L'iperglicemia materna determinerebbe infatti un aumento dei livelli di lattati materni e fetali con conseguente acidosi metabolica.

È necessaria una buona valutazione clinica per individuare le cause responsabili di un CTG tipo 2 o 3, per valutare la reversibilità delle condizioni a cui queste sono associate e per stabilire il corretto *timing* del parto con l'obiettivo di evitare sia stati di ipossia/acidosi fetale prolungati sia inutili interventi ostetrici. A questo scopo potrebbero essere presi in considerazione metodi aggiuntivi di valutazione dello stato di ossigenazione fetale, se disponibili, quali: il campionamento del sangue fetale (CSF) dallo scalpo, il monitoraggio continuo del pH e del lattato, la stimolazione fetale (SF), l'ossimetria pulsata, l'analisi della forma d'onda ST dell'ECG fetale.

Tabella 6 – Criteri di classificazione dei CTG, interpretazione e gestione clinica raccomandata

La presenza di accelerazioni indica l'assenza di ipossia/acidosi fetale ma la loro assenza durante il travaglio è di incerto significato

	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3
Linea di base	110-160 bpm	Mancanza di almeno una delle caratteristiche di normalità, ma assenza di segni patologici	<100 bpm
Variabilità	5-25 bpm		Ridotta variabilità per >50 min, aumentata variabilità per >30 min o pattern sinusoidale per >30 min
Decelerazioni	Assenza di decelerazioni ripetitive		Decelerazioni ripetitive tardive o prolungate che si verificano per un tempo >30 min, o >20 min in caso di ridotta variabilità; oppure una decelerazione prolungata >5 min
Interpretazione	Assenza di ipossia/acidosi fetale	Bassa probabilità di ipossia (/acidosi) fetale	Possibilità di ipossia (/acidosi) fetale
Gestione clinica	Nessun intervento necessario a migliorare lo stato di ossigenazione fetale	Intervento volto a correggere le cause reversibili di ipossia/acidosi qualora identificate; stretto monitoraggio o metodiche aggiuntive di valutazione dello stato di ossigenazione fetale se disponibili	Intervento immediato volto a correggere le cause reversibili, metodiche aggiuntive per valutare lo stato di ossigenazione fetale o, se questo non è possibile, espletamento del parto in tempi brevi. In acuto (prolasso di funicolo, rottura uterina, distacco di placenta) immediato espletamento del parto

Campionamento del sangue fetale (CSF)

Il CSF può essere utilizzato nei casi di tracciati cardiocografici di tipo 2 o 3. Tuttavia, quando i tracciati di tipo 3 indicano un evento grave e acuto, è necessario procedere a un intervento immediato e pertanto non è consigliato il CSF, in quanto potrebbe causare ulteriori ritardi. Quando il pH è compreso tra 7,20 e 7,25 o il lattato tra 4,2 e 4,8 mmol/l19, si dovrebbero adottare misure per migliorare l'ossigenazione fetale e se l'anormalità del CTG persiste o il pattern peggiora, il CSF deve essere ripetuto entro 20-30 minuti. Con un valore normale del pH o del lattato non è di solito necessario un ulteriore intervento. Com-

pletivamente, i dati forniti da diversi studi suggeriscono che l'utilizzo di CTG + CSF comporta una riduzione dei tagli cesarei rispetto alla sola CTG. Tuttavia, si tratta di una metodica non molto confortevole per la paziente né facile da usare. Inoltre, è necessario che le membrane siano rotte e la dilatazione cervicale sia almeno di 3 cm. Le principali controindicazioni sono: infezione da herpes genitale attiva, donne sieropositive all'epatite B, C, D, E o al virus dell'immunodeficienza umana, sospetti disturbi del sangue fetale, incertezza sulla parte presentata o controindicazione alla rottura artificiale delle membrane.

Rischio clinico: il Coordinamento delle Regioni detta le regole per organizzare i Centri regionali previsti dalla Legge Gelli

Il Coordinamento delle Regioni e delle Province Autonome sul tema della sicurezza delle cure (una sub-area dell'assistenza ospedaliera della Commissione Salute coordinata dalla Regione Emilia Romagna) ha approvato, a febbraio 2019, le **linee di indirizzo per l'applicazione della Legge 8 marzo 2017, n. 24** "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" (www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/DDL-Gelli-convertito-in-legge-28-febbraio1.pdf).

I principi guida delle azioni mirate ad attivare un centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente sono i seguenti: rappresentatività, inclusività, integrazione e condivisione con tutti gli attori coinvolti nella gestione di:

- rischio clinico e sicurezza del paziente;
- misurazione valutazione e trasparenza delle attività;
- miglioramento continuo da perseguirsi in modo sistematico.

Nel predisporre la strutturazione di un centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, le linee di indirizzo spiegano che è necessario partire dagli elementi di forza e dalle criticità declinate specificamente nel proprio contesto regionale. Il Centro regionale è chiamato, quindi, a espletare la funzione di favorire le sinergie e il coordinamento delle attività connesse alla sicurezza dei pazienti, alla gestione e alla prevenzione del rischio clinico assistenziale, attraverso il coinvolgimento e l'interazione dei vari membri della comunità professionale che opera sia a livello regionale che nelle aziende sanitarie.

A fine 2018 e a inizio 2019 sono stati anche elaborati due documenti di consenso a cui le istituzioni regionali, i Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente e le aziende sanitarie potranno far riferimento per la programmazione e implementazione di progettualità e attività sul tema:

- "Coinvolgimento ed empowerment del paziente nei percorsi di qualità e sicurezza delle cure" (www.quotidianosanita.it/allegati/allegato4546577.pdf);
- "Sinergie e integrazione tra Sistemi di Sicurezza delle Cure e Programmi di Accreditamento istituzionale" (www.quotidianosanita.it/allegati/allegato7344200.pdf).

Allegati

- Documento di consenso Coinvolgimento ed empowerment del paziente (www.quotidianosanita.it/allegati/allegato4546577.pdf)
- Documento di consenso Sinergie e integrazione tra Sistemi di Sicurezza delle Cure e Programmi di Accreditamento istituzionale (www.quotidianosanita.it/allegati/allegato7344200.pdf)
- ECM "Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale" (www.quotidianosanita.it/allegati/allegato4571826.pdf)
- Linee di indirizzo per l'applicazione della legge 24/2017 (www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2360779.pdf)
- Linee di indirizzo sulle architetture regionali dei centri (www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3684231.pdf)



La stimolazione dello scalpo fetale (SSF)

La SSF consiste nella stimolazione del cuoio capelluto fetale o con le dita dell'esaminatore durante la visita ostetrica o utilizzando una pinza per pizzicare la cute. In alternativa è possibile valutare la reattività fetale tramite stimolazione vibroacustica applicata all'addome materno. Studi osservazionali hanno dimostrato che quando la SSF provoca un'accelerazione e una successiva normalizzazione del tracciato cardiocografico, questo dovrebbe essere considerato come segno rassicurante, con un valore predittivo negativo simile al riscontro di un pH >7,25 su CSF. Quando non provoca accelerazioni o quando si verificano accelerazioni, ma persiste ridotta variabilità, il valore predittivo positivo per l'ipossia/acidosi fetale è limitato. In queste situazioni è necessario un monitoraggio continuo ed eventualmente l'utilizzo di altre metodiche aggiuntive.

Il monitoraggio combinato cardiocografico-elettrocardiografico ST (CTG + ST)

Può essere utilizzato per fornire ulteriori informazioni sull'ossigenazione cardiaca. Tuttavia, si tratta di una tecnica ancora relativamente nuova e le Linee Guida per la sua applicazione sono state sviluppate empiricamente; qualsiasi CTG di tipo 3 che dura più di 60 minuti, o meno se il *pattern* CTG peggiora rapidamente, richiede la valutazione da parte di un medico ostetrico con esperienza, indipendentemente dalla presenza o meno di "eventi ST".

Conclusioni

Le Linee Guida Sigo ritengono sia importante la conoscenza dei limiti documentati della cardiocografia per un buon uso di questa tecnologia.

Molti studi hanno valutato la capacità di un tracciato di tipo 2 e 3 di identificare uno stato di ipossia/acidosi. Sono stati presi in considerazione differenti criteri di interpretazione del CTG, diversi intervalli tra l'anomalia riscontrata al tracciato e la nascita e diversi criteri per definire gli esiti avversi neonatali ottenendo dei risultati controversi. In ogni caso, è riconosciuto che uno stato di acidosi non viene generalmente riscontrato dopo un tracciato normale. Dall'altra parte un CTG sospetto o patologico mostra una limitata capacità nel predire uno stato di acidosi metabolica o un basso punteggio Apgar alla nascita. Nonostante esista una forte associazione tra alcuni *pattern* di frequenza cardiaca fetale e lo stato di ipossia/acidosi, la loro capacità di individuare neonati con o senza acidosi metabolica è limitata. Per questo motivo questi *pattern* CTG possono essere considerati degli indicatori dotati di elevata



sensibilità, ma con bassa specificità e basso valore predittivo positivo.

D'altro canto, la CTG in continua mostra associazione con un incremento del 63% di tagli cesarei e un incremento del 15% di parti vaginali operativi ed è noto che l'enorme aumento dei tagli cesarei non si è accompagnato a una significativa diminuzione delle paralisi cerebrali.

Circa l'utilizzo delle diverse tecnologie aggiuntive nel monitoraggio fetale *intrapartum* c'è ancora molta incertezza. Sono, pertanto, necessarie ulteriori ricerche in questo settore per poter produrre strumenti di supporto alla pratica clinica più attendibili.

Bibliografia

- [1] FIGO Consensus Guidelines on intrapartum fetal monitoring: Adjunctive technologies. *Int J Gynaecol & Obstet.* 2015.
- [2] Sigo Monitoraggio cardiocografico in travaglio LG 2018.
- [3] Monitoraggio fetale intraparto: Analisi delle linee guida FIGO anno 2015. *Lucina* 2/2016.
- [4] Ross MG, Gala R. Use of umbilical artery base excess: algorithm for the timing of hypoxic injury. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 187:1-9.
- [5] ACOG Committee Opinion number 348: Umbilical cord blood gas and acid-base analysis. *Obstet Gynecol.* 2006;108: 1319-22.
- [6] Devane D. et al. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; Feb 15;2:CD005122.
- [7] Schiermeier S. et al. Sensitivity and specificity of intrapartum computerised FIGO criteria for cardiotocography and fetal scalp pH during labour: Multicentre, observational study. *BJOG.* 2008;115 (12):1557-63.
- [8] Brocklehurst P, Kenion S. Computerised interpretation of the fetal heart rate during labour: a randomised controlled trial. (INFANT). *LANCET.* 2017; 389(10080)

ACCORDO TRA CONSIGLIO SUPERIORE DELLA MAGISTRATURA, CONSIGLIO NAZIONALE FORENSE E FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA



CNF
Consiglio Nazionale
Forense



Federazione
Nazionale degli
Ordini della
Professione di
Ostetrica



In data 12 marzo 2019, presso la Buvette del Consiglio Superiore della Magistratura, è stato sottoscritto l'Accordo tra il Consiglio Superiore della Magistratura (CSM), il Consiglio Nazionale Forense (CNF) e la Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (FNOPO) per l'armonizzazione dei criteri e delle procedure di formazione degli albi dei periti e dei consulenti tecnici ex art. 15 della Legge 8 marzo 2017, n. 24, in attuazione dell'art. 14 del Protocollo d'intesa tra CSM, CNF e FNOPO firmato il 24 maggio 2018 (www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/CS-FIRMA-PROTOCOLLO-CSM1.pdf).

L'Accordo non replica i contenuti del Protocollo del 24 maggio 2018, bensì opera un ampio rinvio agli indirizzi sostanziali e procedurali ivi previsti, concentrandosi poi sugli adattamenti e le integrazioni necessari alla luce delle specificità della Professione ostetrica. L'accordo, diretto a favorire una agevole attuazione a livello circondariale, è stato redatto secondo un testo base composto da sei articoli:

- l'oggetto e la finalità del medesimo, insieme alle disposizioni generali di rinvio e coordinamento con il protocollo del 24 maggio 2018 (art. I);
- l'introduzione di una sezione degli Albi riservata alla professione interessata dall'accordo (art. II);
- gli appositi criteri raccomandati ai Comitati circondariali per la valutazione della speciale competenza dei professionisti che intendono iscriversi agli Albi (art. III);
- le disposizioni per la tenuta del fascicolo personale riguardante i professionisti iscritti, per la quale si raccomanda la registrazione di specifiche informazioni (art. IV);

- l'assunzione in capo all'organizzazione rappresentativa delle professioni interessate dell'impegno a supportare con la propria collaborazione l'implementazione del software informatico di gestione degli Albi (art. V);
- ulteriori disposizioni finali e di coordinamento con le tempistiche e le procedure di attuazione del Protocollo del 24 maggio 2018 (art. VI).

Va ricordato che la sottoscrizione dell'Accordo rappresenta, allo stesso tempo, un punto di arrivo e di partenza per il lavoro che la Categoria sarà chiamata a portare avanti, non solo nel proprio specifico ambito, ma anche rispetto alla consulenza in materia di contenziosi legali in campo sanitario.

L'accordo con il CSM e il CNF ha coinvolto componenti FNOPO, componenti della FNO TSRM PSTRP, referenti APSILEF, consulenti legali ed un esperto di diritto penale che hanno costituito il Gruppo di Lavoro multidisciplinare costituito dalla FNOPO. Sono stati mesi di confronto sempre proficuo, attento e incessante che ha avuto fin dall'inizio un solo obiettivo: garantire al sistema giudiziario, ai professionisti coinvolti in contenziosi e ai cittadini che reputano di aver subito un danno la migliore assistenza di qualità e imparzialità.

La Federazione riconosce al professor Renato Balduzzi, già Presidente della VII Commissione del CSM, il merito di aver sostenuto le Professioni sanitarie in questo nuovo percorso di riconoscimento istituzionale. Il professor Balduzzi, già Ministro della Salute, è stato anche citato per l'impegno profuso dal Vicepresidente CSM, avvocato David Ermini", nell'introduzione dei lavori di sottoscrizione.



Primo Rapporto Nazionale dell'Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS), coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità



Il sistema di sorveglianza della morte materna ItOSS, previsto dal DCPM 2017 su registri e sorveglianza, ha reso disponibili le prime stime del rapporto di mortalità materna e dei tassi di incidenza delle principali condizioni di grave morbosità materna in Italia. Il Sistema di Sorveglianza Ostetrica ItOSS, istituito e coordinato dall'ISS in collaborazione con le Regioni, è tra i sistemi metodologicamente più avanzati e affidabili, definiti *enhanced* (www.epicentro.iss.it/itoss/pdf/ItOSS.pdf).

ItOSS infatti raccoglie anche le segnalazioni di tutti i nuovi casi che si verificano nelle Regioni partecipanti e su questi effettua un'analisi approfondita dei percorsi assistenziali per ricercare la causa di morte.

I dati ItOSS sono stati presentati in occasione dell'evento "La sorveglianza ostetrica ItOSS", svoltosi a Roma il 14 marzo 2019 presso l'Istituto Superiore di Sanità (www.epicentro.iss.it/itoss/pdf/Programma_b3-2019.pdf). Il nostro Paese con 9 decessi ogni 100 mila nati vivi è un sistema di sorveglianza tra i più avanzati e presenta numeri vicini ai risultati raggiunti dall'Olanda e da altri Paesi del Nord Europa. In Europa solo sette dei 31 Paesi che producono dati descrittivi della salute perinatale sono dotati di un sistema di sorveglianza avanzato. Tra questi sette figura l'Italia, citata dal Rapporto Peristat, il network europeo deputato a produrre dati e analisi finalizzati al miglioramento della salute e dell'assistenza alle donne incinte e ai neonati (www.europeristat.com).

Il Ministro della Salute Giulia Grillo, che ha aperto i lavori del convegno "La sorveglianza ostetrica ItOSS", ha affermato che "serve una maggiore assistenza dopo il parto, con figure come l'ostetrica del territorio, per aiutare le neomamme e ridurre i rischi di morte o di gravi patologie. Dopo il parto – ha sottolineato Grillo – la mamma è abbandonata a se stessa, è un'esperienza che ho provato in prima persona. Abbiamo un tavolo che si deve incontrare a breve che può lavorare prendendo esperienze che alcune Regioni hanno già messo a sistema. L'ostetrica del territorio in alcune Regioni esiste, non è un costo esorbitante e potrebbe riuscire a evitare morti e malattie psichiatriche, come la depressione post partum non curata, che le famiglie difficilmente riescono a riconoscere. È necessario intervenire perché è un modo per tranquillizzare la donna in un'esperienza come la maternità che è bellissima ma molto complicata nella società moderna" (www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=71926&fr=n).

È possibile prendere visione dei lavori presentati di relatori accedendo ai link <https://tinyurl.com/y2fesjhz> e www.epicentro.iss.it/itoss/14-marzo-2019.

AGENDA 2019-2022 PER L'ALLATTAMENTO



Ministero della Salute



Il Tavolo tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'allattamento materno, istituito in seno al Dipartimento Sanità Pubblica Veterinaria, Sicurezza Alimentare e degli Organi Collegiali per la Tutela della Salute del Ministero della Salute, ha organizzato la "Seconda Conferenza Nazionale sulla promozione dell'allattamento" che si è svolta a Roma il 23 gennaio 2019 (www.salute.gov.it/imgs/C_17_EventiStampa_534_programma_itemProgramma_0_fileAllegatoProgramma.pdf).

Il Ministro della Salute Giulia Grillo ha aperto i lavori della Conferenza che ha visto la partecipazione di circa 250

persone tra medici, pediatri, psicologi, ostetriche, direttori sanitari, studenti del Corso di Laurea in Ostetricia, specializzandi in Pediatria, rappresentanza di tutte le Regioni che hanno ricevuto l'opuscolo "Allattare al seno. Un investimento per la vita" (www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_303_allegato.pdf).

La FNOPO ha partecipato con una nutrita delegazione e, per l'occasione, ha diffuso anche il comunicato stampa dal titolo "Allattamento materno, FNOPO: Ostetriche sono professioniste formate per promozione dell'allattamento. Al Ministro chiediamo incontro per attivare congiuntamente su scala nazionale



ostetrica di famiglia e comunità” (www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/CS-CONFERENZA-MINISTERO-ALLATTAMENTO1.pdf). Nutrita la presenza di giornalisti, mentre, la pagina web dell'evento ha avuto, alla data dell'11 febbraio u.s., 1766 visualizzazioni. L'esperienza sulla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento condotta in Italia ha consentito al TAS la definizione di un'Agenda 2019-2022 sull'Allattamento, anche sulla base del lavoro svolto nel periodo di attività (2012-2019). L'Agenda, lanciata in occasione della Seconda Conferenza Nazionale sull'Allattamento tenutasi a Roma al Ministero della Salute, è costituita dai 9 punti elencati nella Tavola 1.

Tavola 1. Agenda 2019-2022 del TAS per interventi di promozione dell'allattamento in Italia

1. **Monitorare i tassi di allattamento.**
2. **Dare enfasi e peso a livello nazionale e regionale alle attività di promozione dell'allattamento nell'ambito del Percorso Nascita mediante:**
 - inserimento di un rappresentante del TAS nel Comitato Percorso Nascita nazionale (CPNn);
 - inserimento a livello delle singole Regioni del referente regionale per l'allattamento nei Comitati regionali del Percorso Nascita.
3. **Individuare a livello degli Assessorati regionali specifici obiettivi sull'allattamento per i policy makers, in particolare per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie.**
4. **Promuovere un'educazione scolastica, che includa la lattazione umana.**
5. **Promuovere la formazione universitaria sull'allattamento.**
6. **Ottimizzare le risorse pubbliche per la formazione continua e permanente degli operatori sanitari.**
7. **Riconoscere a livello istituzionale lo status di Ospedale Amico del Bambino (UNICEF).**
8. **Informare la popolazione sull'allattamento attraverso i mass media con modalità prive di ambiguità e di retorica, condizionate il meno possibile dai conflitti di interesse e dall'esperienza personale, incoraggianti l'allattamento nei luoghi pubblici (pubblici esercizi, musei, ecc...) e l'allattamento di lunga durata (negli asili nido, ecc...).**
9. **Aumentare la protezione dell'allattamento in ambito sociale ed economico, contrastando informazioni, atteggiamenti e pratiche che possano scoraggiarlo e/o contrastarlo.**

Bibliografia

1. www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2256_allegato.pdf
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, et al.; Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016 Jan 30;387(10017):475-90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
3. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, Piwoz EG, Richter LM, Victora CG; Lancet Breastfeeding Series Group. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016 Jan 30;387(10017):491-504. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2.
4. www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_2_1_1.sp?lingua=italiano&menu=eventi&p=daeventi&id=534

IGM: Giornata Internazionale dell'Ostetrica 2019



International Confederation of Midwives

tolineare l'importanza della figura ostetrica nei confronti della salute delle madri e dei bambini. La FNOPO, come ha già fatto negli anni precedenti, aderirà all'edizione 2019 che quest'anno ricadrà di domenica e parteciperà con una serie di iniziative nazionali e locali organizzate dagli Ordini provinciali e interprovinciali. Lo scopo delle iniziative aperte alla Comunità è quello di far conoscere ancora di più il lavoro delle ostetriche, che non si limita solo all'accompagnamento della donna durante la gravidanza, il parto e il puerperio, le prime cure al neonato, ma anche in una assistenza di qualità garantita in ogni fase del ciclo biologico-sessuale-riproduttivo della donna.

Come accade ormai dal 1991, anno della sua istituzione, il 5 maggio 2019 si celebrerà la "Giornata internazionale dell'Ostetrica" (International Midwives' Day), il cui slogan è "Defenders of women's rights" (Difensori dei diritti delle donne). Le storie delle ostetriche che aderiranno all'iniziativa verranno raccolte e pubblicate in un piccolo volume che sarà reso disponibile online.

La Giornata Internazionale delle Ostetriche è una campagna globale celebrata in tutto il mondo, attraverso l'organizzazione di numerose attività, per sot-

Il ruolo dell'ostetrica nel contenimento della plagiocefalia posizionale

The role of midwife in the containment of positional plagiocephaly



Autrici

Michelangela Danza

Direttrice delle Attività Didattiche Professionalizzanti Corso di Laurea in Ostetricia Università Cattolica del Sacro Cuore Roma
michelangela.danza@unicatt.it



Federica Ruggieri

Ostetrica
 Fondazione Policlinico Universitario A.Gemelli IRCSS
federica.ruggieri@policlinicogemelli.it



Alessia Boninu

Ostetrica
 Fondazione Policlinico Universitario A.Gemelli IRCSS
alessia.boninu@policlinicogemelli.it

RIASSUNTO

Plagiocefalia deriva dal greco, significa testa obliqua (*plagios* vuol dire obliqua e *kefale* testa) e si presenta con una notevole incidenza: in molti Paesi industrializzati, infatti, un bambino su sei mostra un appiattimento posteriore del cranio [1].

La plagiocefalia non sinostotica è una deformità cranica posizionale dei bambini in cui la testa cresce in modo asimmetrico a causa di forze esterne che agiscono sul cranio altamente plasmabile [2].

I maggiori determinanti della plagiocefalia posizionale (PP) sono la posizione supina prolungata del neonato dopo la nascita e tutte le condizioni che possono generare il torcicollo miogeno congenito (TMC) durante il terzo trimestre di gravidanza e al parto.

La gestione di questa condizione spesso non è presa in carico dall'ostetrica il cui campo d'azione in questo ambito è delimitato e legittimato dalla normativa di legge prevista dal DM 740/1994 (art .1, comma a -e), nonché dal Codice Deontologico dell'Ostetrica/o di cui ai punti 1.1, 1.3 e 3.11.

L'ostetrica può svolgere, per quanto di competenza, un ruolo chiave nell'identificazione e nel trattamento precoce dei fattori di rischio e nell'educazione dei genitori con un impatto significativo sul contenimento dell'incidenza della PP a favore degli *outcome* neonatali.

Parole chiave

Plagiocefalia posizionale non sinostotica, torcicollo miogeno congenito, presentazione podalica, rivolgimento per versione esterna, ostetrica.

ABSTRACT

The term "plagiocephaly" is derived from the Greek (*plagios* meaning oblique and *kephale* meaning head), and it indicates a skull deformity that has showed a remarkable incidence in the last decades; in fact in many industrialized countries one children above six shows a characteristic flattening of the skull on the occipital side [1].

Non synostotic plagiocephaly is a positional cranial deformity characterized by an asymmetrical growth of the neonate's skull caused by external pressures repeated on the same area acting on an highly malleable skull [2]. Positional plagiocephaly (PP) mainly occurs as a consequence of the prolonged supine sleep position in infants; others causes related to this specific cranial deformity are all the conditions that can generate congenital muscular torticollis during the third trimester of pregnancy or during childbirth. The management of skull deformities, and in particular of positional plagiocephaly, is rarely committed to midwives, whose field of action in perinatal area is defined and legitimized by the Ministerial Decree 740/1994 (article 1, paragraph a -e) as well as by the Italian midwives's Deontological Code referred to in points 1.1, 1.3 and 3.11.

Midwives can play a key role in the identification and early prevention of risk factors as well as educating parents to recognize and prevent skull deformities, with a significant impact on the incidence of positional plagiocephaly and on neonatal outcomes.

Keywords

Nonsynostotic positional plagiocephaly, congenital torticollis, breech presentation, version, fetal/methods, midwifery.

Introduzione

L'incidenza della PP nell'ultimo ventennio è aumentata significativamente ed è verosimilmente correlata alle raccomandazioni date dall'American Pediatrics Association (AAP) di porre i neonati a dormire supini per il primo anno di vita per minimizzare il rischio della sindrome della morte improvvisa infantile (SIDS). Con la campagna informativa *Back to sleep*, promossa dalla AAP nel 1992, si ottenne una oggettiva e irrinunciabile riduzione della SIDS di oltre il 40% e un incremento delle deformità craniche posizionali tanto chiara che, nel 1996, l'AAP aggiornò le sue raccomandazioni sottolineando l'importanza del gioco in posizione prona, in presenza di un adulto, per migliorare lo sviluppo psicomotorio e prevenire l'insorgenza di deformità craniche. Lo slogan divenne *Back to sleep, tummy to play*. Nonostante l'aumento della plagiocefalia posizionale, è indiscusso che la raccomandazione a far dormire i neonati supini debba essere seguita. È altresì necessario che sia supportata da interventi informativi ai genitori sul corretto accudimento e integrata con interventi terapeutici che agiscano anche sul contenimento degli altri fattori di rischio quale il torcicollo miogeno congenito frequentemente correlato alla PP.

La plagiocefalia non sinostotica o posizionale

La plagiocefalia non sinostotica è una deformazione cranica di origine posizionale osservata in assenza di una precoce sinostosi delle suture craniche, per cui i bambini si presentano con un cranio asimmetrico per azione delle forze esterne che agiscono sulla testa. La PP può essere frontale (PPF) o occipitale (PPO) [3].

La maggior parte delle plagiocefalie posizionali è occipitale, quando è unilaterale interessa con maggior frequenza il lato destro del capo (54-71%) [4].

Alcuni autori ritengono che sia la posizione del feto in utero la maggior responsabile della predominanza occipitale destra [5].

Si assiste a una maggiore incidenza di tale deformità nelle prime 7 settimane dopo la nascita, ma la presenza di un cranio asimmetrico subito dopo il parto non costituisce un fattore predittivo [6]. I fattori di rischio possono essere distinti in materni, perinatali e postnatali.

MATERNI

- **Età materna:** donne di giovane età, soprattutto se associata a bassa scolarità, per la tendenza a porre i bambini a dormire in posizione prona, ad allattare solo con il biberon e a porre il bimbo sempre dallo stesso lato, nonché l'età superiore ai 35 anni [6].
- **Etnia:** madri afro-americane e ispano-americane sono più propense a mettere i neonati in posizione prona [7].



PERINATALI

- Genere maschile;
- Presentazione podalica o traversa;
- Traumatismi durante il parto (parto operativo, travaglio prolungato) [8];
- Oligoidramnios, rottura prematura delle membrane, parto prematuro, primiparità, gravidanza multipla, basso peso alla nascita perché possono generare un vincolo uterino alla mobilità del feto e quindi compressione delle sue parti [3, 4, 8-12, 5-7, 13-15, 16].

POST-NATALI

- Posizione supina durante il sonno non alternata a quella prona almeno una volta al giorno;
- Posture preferenziali del capo;
- Allattamento con biberon se il neonato è posto sempre dallo stesso lato;
- Torcicollo miogeno congenito (TMC);
- Ricovero prolungato in posizione supina [3-8, 10-14, 17].

Sono presenti in letteratura, studi, in realtà ancora controversi, che attestano il rischio per i bambini con PP di sviluppare delle asimmetrie cranio-facciali, ritardi dello sviluppo psicomotorio, difetti visivi e uditivi [3]. Questa deformità è abbastanza facile da gestire quando

diagnosticata precocemente, mentre, se non trattata, la cura può diventare complicata e nei casi più gravi prevedere l'uso di caschi per modellare il cranio. Dopo un trattamento appropriato, i tassi di successo possono raggiungere il 92% [2].

Il torcicollo miogeno congenito

Il torcicollo miogeno congenito (TMC) colpisce i neonati di entrambi i sessi con una lieve prevalenza per le femmine. Il neonato, in posizione supina, tende a tenere la testa ruotata da un lato per almeno 15 minuti senza mai ruotarla attivamente per l'intero angolo di escursione di 180° [12]. Si manifesta quando il muscolo sternocleidomastoideo (SCM) è accorciato o contratto da un lato del collo.

Il TMC può essere indotto o può essere la causa della plagiocefalia posizionale alla nascita o durante i primi 5 mesi di vita [4, 10].

Alcuni autori ritengono che le posizioni anomale della testa fetale, la presentazione podalica o trasversa durante il terzo trimestre, i traumatismi durante il parto (applicazione di forcipe/ventosa, manovre ostetriche) e il travaglio prolungato possono generare il TMC secondario a traumi sul muscolo sternocleidomastoideo [8].

Gli studi suggeriscono che la presenza o l'assenza di torcicollo congenito è un fattore importante che influenza lo sviluppo motorio nei neonati con plagiocefalia [14].

Inoltre, la stretta correlazione tra l'aumentata prevalenza del TMC e della PPO con le raccomandazioni dell'AAP per la prevenzione della SIDS suggeriscono l'esistenza di un nesso causale [13, 18] e la necessità della presa in carico collegiale della PPO da parte dei professionisti della salute.

Il ruolo dell'ostetrica

L'ostetrica può intervenire efficacemente e in autonomia sulla riduzione/rimozione dei fattori di rischio che contribuiscono allo sviluppo della PPO, in un'ottica di prevenzione primaria peri- e post-natale.

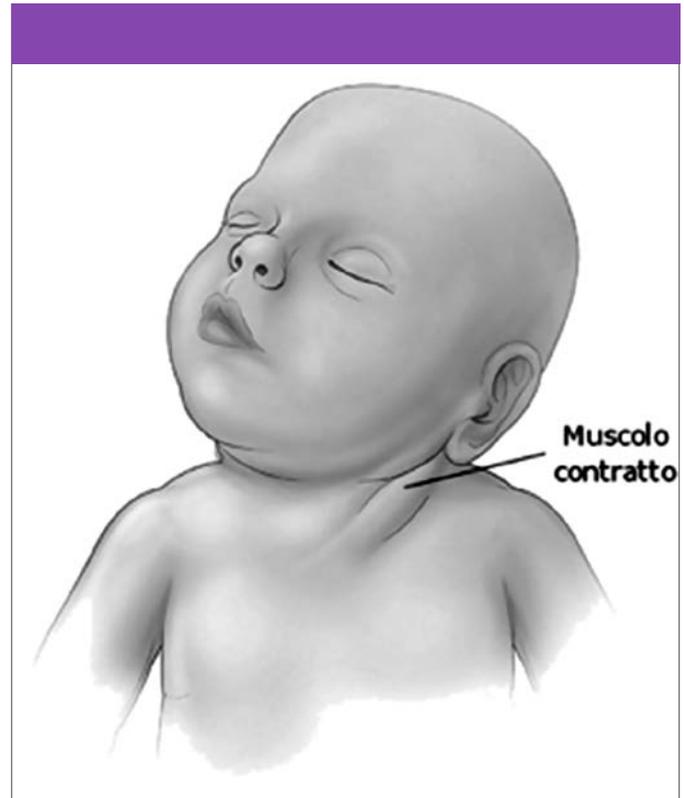
Prevenzione primaria in gravidanza

La prevenzione primaria in gravidanza si attua attraverso la correzione dell'anomala presentazione fetale.

La prima grossa parte fetale che si presenta all'ingresso pelvico e regola il meccanismo del parto è cefalica nel 95% dei casi, podalica nel 4% e di spalla nello 0,5%.

Le presentazioni cefalica non di vertice, podalica e di spalla sono considerate anomale.

Tra le presentazioni anomale, quelle maggiormente correlate alla comparsa di deformità craniche sono la presentazione di spalla e podalica, in quanto potrebbero determinare una compressione costante sull'estremo cefalico, oltre che essere esse stesse dovute a un alterato spazio intrauterino (per esempio, presenza di miomi, setti).



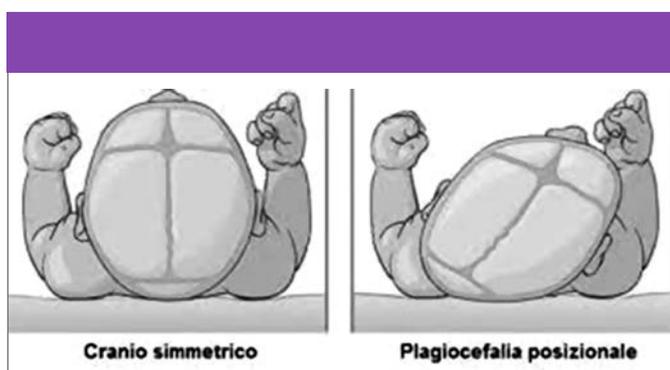
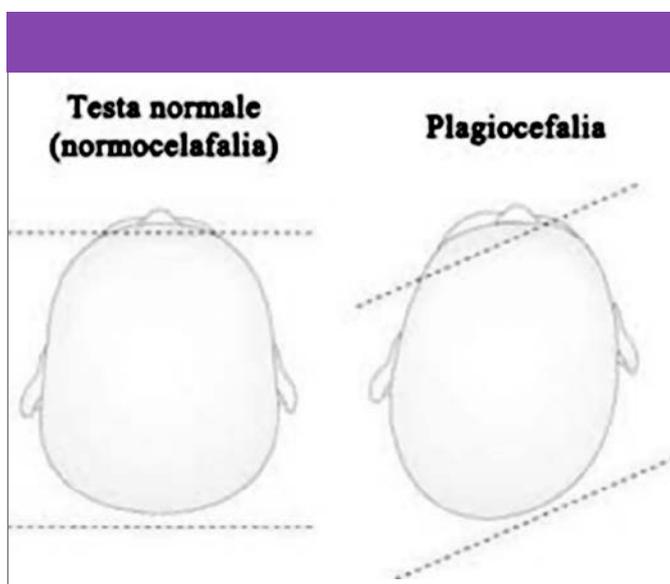
La loro correzione, soprattutto per la presentazione podalica, può essere effettuata presso il termine o a termine di gravidanza attraverso gli interventi di versione cefalica per manovre esterne [19], la moxibustione e le tecniche posturali [20].

Rivolgimento per versione esterna (RME). Le LG sulla Gravidanza Fisiologica e quelle per la scelta appropriata e consapevole del Taglio Cesareo citano: "In caso di gravidanza senza complicazioni con feto singolo in presentazione podalica deve essere offerta, a partire da 37+0 settimane di età gestazionale, l'opportunità del rivolgimento per manovre esterne al fine di aumentare le probabilità di una presentazione cefalica e di un parto vaginale [...] effettuata con monitoraggio fetale continuo e disponibilità di sala operatoria" [20, 21].

Il RME può essere effettuato dall'ostetrica, purché opportunamente preparata [22], con il duplice effetto di contribuire al contenimento dei TC e della PPO.

Tecniche posturali ed esercizi per stimolare il rivolgimento fetale. L'ostetrica può guidare la donna ad assumere la posizione della candela, a carponi e negli esercizi di mobilizzazione della posizione carponi nel tentativo di modificare gli spazi a disposizione del feto nel grembo materno e favorirne il rivolgimento spontaneo.

Moxibustione. Anche questa tecnica può essere eseguita da ostetriche efficacemente formate. Deriva dall'antica medicina cinese e permette di aumentare i movimenti fetali e le stimolazioni del fondo dell'utero necessarie al rivolgimento spontaneo attraverso un sigaro di artemisia che, bruciando, scalda un punto collocato sul margine esterno dell'unghia dell'ultimo dito del piede.



Mentre per il RME ci sono prove di efficacia che attestano un margine di successo atteso intorno al 40% nelle donne nullipare e al 60% nelle multipare [23], le tecniche posturali e la moxibustione necessitano di ulteriori studi per formulare una raccomandazione.

Ad oggi infatti, non ci sono prove oggettive di efficacia benché alcuni autori sostengano che l'associazione della moxibustione con la posizione genupettorale o la pelvi sollevata a un livello superiore rispetto al tronco aumentano l'incidenza del rivolgimento fetale [20].

Prevenzione primaria in travaglio

La prevenzione primaria in travaglio consiste fondamentalmente nella correzione dell'anomala posizione fetale durante le diverse fasi del travaglio usando posizioni terapeutiche che possono determinare una riduzione dei tempi del travaglio e risolvere le malposizioni della testa fetale. L'anomala posizione fetale in travaglio difatti aumenta la compressione su un'area ridotta dell'estremo cefalico, determina un prolungamento dei tempi del travaglio e verosimilmente aumenta il rischio di interventi ostetrico [24].

Le principali anomalie di posizione nella presentazione cefalica di vertice sono l'asinclitismo e l'occipito-posteriore, sulle quali l'ostetrica può intervenire facendo assumere in travaglio posizioni terapeutiche alla donna.

La posizione della madre ha un ruolo fondamentale sulla progressione del travaglio [25], in quanto interviene su frequenza, durata e intensità delle contrazioni e condiziona i rapporti tra bacino materno e parte presentata fetale. Le posizioni erette o semi-erette, aumentando la gravità, migliorano l'efficacia delle contrazioni e favoriscono la discesa del feto. In caso di feto in posizione occipito-posteriore è suggerita la posizione laterale della madre sul fianco corrispondente al dorso fetale per favorirne la rotazione da occipito-posteriore a occipito-trasverso [26-28], e successivamente la posizione semi prona o carponi che favorisce la rotazione dal diametro trasverso all'occipitoanteriore.

In caso di asinclitismo fetale è invece consigliato l'utilizzo di posizioni erette o semi-erette con l'assunzione di movimenti asimmetrici (per esempio, gamba sollevata) che aumentano lo spazio dell'emipelvi permettendo la risoluzione dell'asinclitismo [27].

Nel dubbio diagnostico di mal posizione fetale o in caso di una fase attiva prolungata, è consigliato avvalersi dell'eco office [29], effettuata in fase attiva per via trans-addominale o trans-labiale, quale strumento di supporto alla semeiotica ostetrica per identificare esattamente il tipo di malposizione fetale, ridurre i tempi del travaglio e attuare interventi mirati.

La prevenzione primaria al parto

La tipologia di assistenza messa in atto al parto può agire su uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo della PPO, il torcicollo congenito, dovuto a manovre ostetriche di disimpegno eseguite erroneamente o al parto operativo vaginale.

Al fine di garantire il benessere materno-neonatale, l'assistenza al parto fisiologico, messa in atto dall'ostetrica, dev'essere rispettosa della fisiologia dell'evento nascita e consapevole dei rischi correlati.

Alla donna deve essere offerta un'assistenza che favorisca le posizioni libere in periodo espulsivo (minor tasso di in-



tervento ostetrico) e la spinta spontanea (la spinta forzata non riduce significativamente il tempo del parto) [30]. Inoltre privilegiare un'assistenza al parto *hands off* piuttosto che un'assistenza manuale al disimpegno del feto (*hands on*) consente di contenere ulteriormente il rischio di danni accidentali al muscolo sternocleidomastoideo.

La prevenzione primaria post natale

In puerperio, per prevenire la PPO nel lattante, l'ostetrica sensibilizza i genitori sul corretto accudimento mediante interventi di educazione e informazione quali:

- rilevanza del *tummy time*, ovvero la posizione prona nei momenti di veglia. Questa posizione, sotto il costante controllo di un adulto, permette al bambino di iniziare a sviluppare il controllo del capo, tappa fondamentale per i successivi traguardi motori. La modalità deve tener conto delle caratteristiche di ogni bambino e della fase evolutiva, per cui si rimanderà al neonatologo la formazione dei genitori;
- sostegno all'allattamento al seno perché tra i tanti aspetti positivi ha anche quello di favorire naturalmente l'alternanza della posizione del capo. Nei casi di allattamento con il biberon, l'ostetrica allatterà i genitori sulla necessità di variare spesso la posizione in cui il bambino viene allattato;
- consigliare, in alternativa ai passeggini/ovetti, che favoriscono il mantenimento della posizione supina per lungo tempo, l'utilizzo di fasce e marsupi per il trasporto del neonato che hanno l'ulteriore vantaggio di favorire l'attaccamento materno-infantile durante i primi mesi di vita del neonato;

- raccomandare l'alternanza della posizione del bambino da un estremo all'altro del lettino, oltre che eventualmente variare la posizione del lettino all'interno della stanza, perché il neonato tende a girare la testa verso fonti luminose (finestre, posizione delle luci ecc.) [3].

Conclusioni

La plagiocefalia posizionale associata a torcicollo si verifica frequentemente in neonati altrimenti sani, con un conseguente impatto sul benessere del bambino, sugli aspetti psicologici dei genitori e sui costi sanitari pubblici [31].

È pertanto un imperativo assistenziale per l'ostetrica porre in essere tutte le azioni che ne favoriscano il contenimento. Un aspetto cruciale è senza dubbio la formazione. Ai genitori deve essere offerta già in gravidanza durante i corsi di preparazione al parto e alle ostetriche in *pre* e *post service*. Sarebbe auspicabile per queste ultime anche un rinforzo delle abilità e competenze sull'*eco office* e sul RME.

Nella prevenzione, diagnosi e trattamento delle deformità craniche posizionali l'approccio multidisciplinare rappresenta il *gold standard* per garantire una prognosi favorevole del bambino. A questo scopo, a seguito del Convegno sulla plagiocefalia posizionale tenuto presso la Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli il 17 novembre scorso, l'ostetrica è entrata a far parte del "Gruppo di Studio" sulla prevenzione della plagiocefalia posizionale.

Bibliografia

- [1] Renz-Polster H, De Bock F. Deformational plagiocephaly: The case for an evolutionary mismatch. *Evol Med public Heal*. 2018;2018(1):180–5.
- [2] Morrison CS, Chariker M. Positional plagiocephaly: pathogenesis, diagnosis, and management. *J Ky Med Assoc*. 2006 Apr;104(4):136–40.
- [3] Meraviglia M, Villani D, Brunati E. La plagiocefalia posizionale. 2011.
- [4] Peitsch WK, Keefer CH, LaBrie RA, Mulliken JB. Incidence of cranial asymmetry in healthy newborns. *Pediatrics*. 2002 Dec;110(6):e72.
- [5] Bridges SJ, Chambers TL, Pople IK. Plagiocephaly and head binding. *Arch Dis Child*. 2002;86(3):144–5.
- [6] van Vlimmeren LA, van der Graaf Y, Boere-Boonekamp MM, L'Hoir MP, Helders PJM, Engelbert RHH. Risk factors for deformational plagiocephaly at birth and at 7 weeks of age: a prospective cohort study. *Pediatrics*. 2007 Feb;119(2):e408–18.
- [7] Losee JE, Mason AC, Dudas J, Hua LB, Mooney MP. Non-synostotic occipital plagiocephaly: factors impacting onset, treatment, and outcomes. *Plast Reconstr Surg*. 2007 May;119(6):1866–73.
- [8] Kuo AA, Tritasavit S, Graham JMJ. Congenital muscular torticollis and positional plagiocephaly. *Pediatr Rev*. 2014 Feb;35(2):79–87; quiz 87.
- [9] Task Force on Infant Positioning and SIDS. Positioning and Sudden Infant Death Syndrome (SIDS): Update. *Am Acad Pediatr*. 1996;(6).
- [10] Rogers GF, Oh AK, Mulliken JB. The role of congenital muscular torticollis in the development of deformational plagiocephaly. *Plast Reconstr Surg*. 2009 Feb;123(2):643–52.
- [11] Argenta L, David L, Thompson J. Clinical classification of positional plagiocephaly. *J Craniofac Surg*. 2004 May;15(3):368–72.
- [12] Boere-Boonekamp MM, van der Linden-Kuiper LT LT. Positional preference: prevalence in infants and follow-up after two years. *Pediatrics*. 2001 Feb;107(2):339–43.
- [13] Hunt CE, Puczyński MS. Does supine sleeping cause asymmetric heads? *Pediatrics*. 1996 Jul;98(1):127–9.
- [14] Cabrera-Martos I, Valenza MC, Valenza-Demet G, Benitez-Feliponi A, Robles-Vizcaino C, Ruiz-Extremera A. Impact of torticollis associated with plagiocephaly on infants' motor development. *J Craniofac Surg*. 2015 Jan;26(1):151–6.
- [15] Dunn PM. Congenital postural deformities. *Br Med Bull*. 1976 Jan;32(1):71–6.
- [16] Moh W, Graham JMJ, Wadhawan I, Sanchez-Lara PA. Extrinsic factors influencing fetal deformations and intrauterine growth restriction. *J Pregnancy*. 2012;2012:750485.
- [17] Bialocerkowski AE, Vladusic SL, Wei Ng C. Prevalence, risk factors, and natural history of positional plagiocephaly: a systematic review. *Dev Med Child Neurol*. 2008 Aug;50(8):577–86
- [18] Cavalier A, Picot M-C, Artiaga C, Mazurier E, Amilhau M-O, Froye E, et al. Prevention of deformational plagiocephaly in neonates. *Early Hum Dev*. 2011 Aug;87(8):537–43.
- [19] Hofmeyr GJ, Kulier R. Cephalic version by postural management for breech presentation. *Cochrane database Syst Rev*. 2012 Oct;10:CD000051.
- [20] Ministero della Salute. Gravidanza fisiologica. Sist Naz per le linee Guid [Internet]. 2011; Available from: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1436_allegato.pdf
- [21] Ministero della Salute. Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Seconda parte. Sist Naz per le linee Guid. 2016;
- [22] World Health O. Optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. *World Heal Organ [Internet]*. 2012;1–98 Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:health+worker+roles+to+improve+access+to+key+maternal+and+newborn+health+interventions+through+task+shifting#0%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Optimizing+health>
- [23] Impey LWM, Murphy DJ, Griffiths M PL. External Cephalic Version and Reducing the Incidence of Term Breech Presentation: Green-top Guideline No. 20a. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2017;124(7):e178–92.
- [24] Senecal J, Xiong X, Fraser WD. Effect of fetal position on second-stage duration and labor outcome. *Obstet Gynecol*. 2005 Apr;105(4):763–72.
- [25] Simkin P. The fetal occiput posterior position: state of the science and a new perspective. *Birth*. 2010 Mar;37(1):61–71.
- [26] Wu X, Fan L, Wang Q. [Correction of occipito-posterior by maternal postures during the process of labor]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2001 Aug;36(8):468–9.
- [27] Regalia A. Pro-muovere il parto: la postura come procedura nel travaglio e nel parto. Roma: Carocci Faber; 2005.
- [28] Bueno-Lopez V, Fuentelsaz-Gallego C, Casellas-Carro M, Falgueras-Serrano AM, Crespo-Berros S, Silvano-Cocinero AM, et al. Efficiency of the modified Sims maternal position in the rotation of persistent occiput posterior position during labor: A randomized clinical trial. *Birth*. 2018 Dec;45(4):385–92.
- [29] Martino V, Iliceto N, Simeoni U. [Occipito-posterior fetal head position, maternal and neonatal outcome]. *Minerva Ginecol*. 2007 Aug;59(4):459–64.
- [30] Lemos A, Amorim MMR, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane database Syst Rev*. 2015 Oct;(10):CD009124.
- [31] Aarnivala H, Vuollo V, Harila V, Heikkinen T, Pirttiemi P, Valkama AM. Preventing deformational plagiocephaly through parent guidance: a randomized, controlled trial. *Eur J Pediatr*. 2015 Sep;174(9):1197–208.

Il rischio *burnout* nelle ostetriche di sala parto

The burnout risk in the delivery room midwives



Autori

Chiara Corsaro

Ostetrica laureata presso l'Università Gabriele D'Annunzio di Chieti Master in Coordinamento delle professioni infermieristiche, Università La Sapienza di Roma
chiaracorsaro93@virgilio.it



Antonio Capodilupo

Psicologo, Docente di Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni nel Master in Coordinamento delle professioni infermieristiche, Università La Sapienza di Roma
antonioapodilupo@gmail.com



Elisa Godani

Ostetrica
ASL 5 Spezzino, La Spezia
elisagodani@gmail.com

Introduzione

L'ostetricia (*midwifery*) è stata definita come *emotionally demanding*, considerata cioè come una disciplina nella quale è frequente che gli operatori debbano confrontarsi con sentimenti forti (Marshall e Maureen, 2014).

Alle ostetriche può applicarsi il concetto di *emotional labour*, che Hochschild (1979) rilevava nei piloti di aerei americani, volto a creare un ambiente sicuro e rassicurante per i passeggeri e a offrire loro un'assistenza delicata e appropriata. Esso implica una consapevolezza e gestione delle proprie emozioni, tipica dell'intelligenza emotiva, definita da Salovey e Mayer (1990) come "l'abilità

RIASSUNTO

L'ostetrica, impegnata in sala parto, va incontro a sentimenti forti, associati al desiderio di prestare la migliore assistenza alle gestanti nel travaglio e nel parto. Per questo motivo, ella, per mantenere un'atmosfera rassicurante per le donne e i loro partner, rischia di trascurare il proprio stato d'animo, assorbendo al punto da sviluppare stress e *burnout*.

Il fenomeno del *burnout* non è molto attenzionato negli studi italiani con le ostetriche. La presente indagine valuta il grado di *burnout* di 401 ostetriche di sala italiane, mediante la somministrazione del Copenhagen Burnout Inventory (CBI), e lo relazione con alcune dimensioni socio-demografiche.

Il livello di *burnout* rilevato è medio-alto, a carico di operatrici in età inferiore ai 40 anni e con anzianità di servizio minore di 10 anni.

Parole chiave

Ostetriche, sala parto, *burnout*.

ABSTRACT

The midwife, engaged in the delivery room, meets strong feelings, associated with the desire to provide the best assistance to pregnant women in labor and delivery. For this reason, in order to maintain a reassuring atmosphere for women and their partners, she risks neglecting her state of mind, absorbing to the point of developing stress and burnout.

The phenomenon of burnout is not very attentive in Italian studies with midwives. The present survey evaluates the degree of burnout of 401 Italian midwives, through the administration of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI), and relates it with some socio-demographic dimensions.

The level of burnout detected is medium-high, for operators under the age of 40 and less than 10 years in service.

Keywords

Midwives, delivery room, burnout.



di controllare i sentimenti e le emozioni proprie e degli altri, di distinguerle tra di loro e di usare tali informazioni per guidare i propri pensieri e le proprie azioni” e specificata da Goleman (1996) come “la capacità di motivare se stessi, di persistere nel perseguire un obiettivo nonostante le frustrazioni, di controllare gli impulsi e rimandare la gratificazione, di modulare i propri stati d’animo evitando che la sofferenza ci impedisca di pensare, di essere empatici e di sperare”.

Hunter (2004) sostiene che il *management* emozionale si sviluppi nelle ostetriche a partire dal desiderio di “fare la differenza” per la donna, basato sugli ideali del miglior modo di prendersi cura dell’altro. Hunter e Deery (2008) rilevano, tuttavia, che le ostetriche, proprio per mantenere un’atmosfera rassicurante per le donne e i loro partner, rischiano di sopprimere frequentemente i loro stati d’animo, connessi alla relazione ostetrica-donna, alle relazioni con i colleghi e all’organizzazione della *maternity care*.

La *woman-centered care* è vissuta come emotivamente gratificante, quando le ostetriche lavorano in un rapporto *one-to-one* con la donna; mentre, nelle grandi realtà ospedaliere, vieppiù se ospitanti gravidanze patologiche, può ingenerarsi discrasia tra gli ideali e la qualità dell’assistenza erogata: qui, verosimilmente, i rapporti gerarchici, la standardizzazione della cura e la necessità di portare a termine i propri compiti il prima possibile favoriscono una sorta di *affective neutrality*, implicita o talora anche auspicata quale necessario “distacco professionale”.

Ma, osservano Maslach e Jackson (1981), l’esaurimento emotivo, inteso come la sensazione di essere in continua tensione, di inaridimento emotivo nel rapporto con gli altri, di essere sottoposti a richieste eccessive rispetto alle risorse disponibili e di non aver più nulla da offrire a livello psicologico, è il punto di partenza del processo, che precipita lentamente nell’indifferenza quasi cinica e nella ridotta realizzazione personale, che costituiscono il *burnout*.

Il *burnout* è un processo che si “auto rinforza”, perché il distacco emotivo e il pessimismo conducono al fallimento nel ruolo di aiuto, determinando ulteriore scoraggiamento.

Leiter e Maslach (1999) integrano l’iniziale loro visione del *burnout*, da evento personale a fenomeno organizzativo, sostenendo che, alla sua origine, contribuiscono dimensioni quali il carico di lavoro, la carenza di autonomia decisionale, l’insufficienza delle gratificazioni, il decadimento del senso di appartenenza, la parzialità di trattamento, la discrasia tra valori e comportamenti aziendali.

Sebbene lo studio del *burnout* tra le ostetriche si rinvenga in vari studi stranieri, nel contesto italiano è poco attenzionato. Questo contributo, estratto dalla tesi in Master in Coordinamento delle professioni infermieristiche, lo analizza su un campione nel nostro Paese.

Revisione della letteratura

La ricerca in letteratura è stata effettuata da Elisa Godani (2015) per la sua tesi di Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche presso l’Università di Pisa, sul database di *Medline*, utilizzando i termini *midwife*, *midwives*, *midwifery*, *stress*, *burnout*, *coping*, *support*.

I risultati sono di seguito riportati in ordine cronologico. Bakker et al. (1996), in uno studio con 200 ostetriche olandesi, che hanno compilato un diario e risposto a due questionari, sul *burnout* e sulle caratteristiche personali, ripongono nel sovraccarico di lavoro l’incapacità a rispondere a situazioni stressanti e il rischio di sviluppare *burnout*.

In un *focus group* con sei ostetriche canadesi, seguito da un questionario rivolto a 223 ostetriche, è emerso che il controllo del lavoro, il supporto sociale, la qualità delle relazioni delle ostetriche, i conflitti di ruolo e la compensazione sono importanti fattori predittivi di stress, *burnout* e disequilibrio tra vita lavorativa e vita privata (LeBel, 2008).

Nel 2009, il 76,7% di 60 ostetriche croate, alle quali è stato proposto un questionario per valutare lo stress lavoro-correlato, ha descritto il proprio lavoro come stressante, a causa della scarsità di risorse; più di metà delle ostetriche ha denunciato il sovraccarico di lavoro, l’impatto di situazioni inaspettate, la retribuzione inadeguata, il lavoro notturno, una scarsa organizzazione del lavoro (Knezevic et al., 2011).



Una review, condotta da Leinweber e Rowe (2010), ha evidenziato che l'alto grado di identificazione empatica, che caratterizza la relazione ostetrica-donna, pone le ostetriche a rischio di sperimentare uno stress traumatico secondario, quando si relazionano con donne che hanno avuto un parto traumatico.

Nel 2012, in un gruppo di 193 ostetriche esaminate con il *Maslach Burnout Inventory* presso il Centro di ricerca per infermieristica e ostetricia dell'Università di Scienze mediche di Isfahan in Iran (Esfahani et al., 2012), il *job burnout* ha incontrato bassi livelli di esaurimento emotivo e di depersonalizzazione, mentre correlazione inversa significativa è emersa tra l'età e la depersonalizzazione. Per contro, uno studio inglese, condotto con 128 ostetriche, ha riscontrato che alti livelli di autonomia professionale costituiscono un fattore di protezione dal *burnout* (Yoshida e Sandall, 2013).

L'anno seguente, Jordan et al. (2013), su 58 ostetriche, occupate in una unità di maternità nel Queensland del Sud-Est, in Australia, hanno registrato uno *score* da moderato ad alto per il *burnout*, legato sia alla sfera personale che all'ambiente di lavoro; basso, invece, nella relazione con la donna. Hildingsson et al. (2013), su 475 ostetriche, iscritte nella *Swedish Midwifery Association*, hanno osservato che più di 1/3 manifestava un apprezzabile grado di *burnout* in fascia di età inferiore ai 40 anni e con esperienza lavorativa inferiore ai 10 anni.

Nel 2014, in Australia, sono stati confrontati due gruppi di ostetriche, 22 *caseload midwives* che praticavano assistenza *one-to-one* e 130 impegnate in assistenza standard: le prime hanno riportato uno *score* significativamente più elevato nella realizzazione professionale e più basso nel *burnout* (Newton, 2014). Un gruppo di 100 ostetriche slovene, con età media di 54 anni, ha associato il *burnout*

al conflitto con i medici e con i supervisori, oltre che al sovraccarico di lavoro e all'esaurimento emotivo (Lubica et al., 2014).

Sheen et al. (2015) hanno trovato che il 33% di 421 ostetriche, raggiunte con un questionario postale, presentavano sintomi di disturbo da stress posttraumatico, più evidenti nei soggetti con spiccate doti empatiche o recentemente esposte a traumi, personali o legati al lavoro; Warmelink et al. (2015) hanno registrato che 99 ostetriche olandesi correlavano la propria soddisfazione del lavoro al contatto diretto con gli utenti, al supporto e alla collaborazione con il *team*, all'organizzazione e all'innovazione continua nella pratica, all'autonomia, alla libertà, alla varietà nelle attività svolte; Hildingsson e Fenwick (2015), leggendo le risposte di 451 ostetriche svedesi al questionario *Practice Environment Scale*, hanno trovato associate qualità personali come l'età minore di 40 anni, l'esperienza professionale inferiore a 10 anni, gli studi accademici supplementari, a un maggior livello di insoddisfazione sul lavoro.

Materiali e metodi

L'indagine è stata condotta attraverso la somministrazione del questionario del *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) di Kristensen et al. (2005), che valuta il rischio di *burnout*, mediante 19 affermazioni, sulle quali le ostetriche rispondenti hanno espresso un giudizio da 1 a 5, da "mai" a "sempre".

Il questionario, consultabile, volto a rilevare tre sotto-dimensioni del *burnout* (personale, correlato al lavoro e correlato al cliente), è stato validato in italiano da Fiorilli et al. (2015) con un campione di 1.497 insegnanti, di cui 89,3% donne, occupate nelle scuole di ogni grado, esclusa

l'università. Le tre sottodimensioni presentavano elevata affidabilità, testata con l'*alpha* di Cronbach (nell'ordine: 0,89 – 0,78 – 0,78). Massima correlazione (validità convergente) è stata trovata tra *burnout* personale, correlato al lavoro e correlato ai clienti-studenti; correlazione negativa (validità divergente) tra le tre sottoscale di *burnout* e impegno (vigore, dedizione e assorbimento) e auto-efficacia sul lavoro.

Il calcolo del punteggio contempla l'item 10 come *reverse*, per cui 5 diventa 1 e viceversa, 4 diventa 2 e viceversa, e 3 rimane 3.

La somma dei punteggi sulle singole affermazioni consente di definire il livello di *burnout* in 4 classi:

1. Basso: per punteggi pari o inferiori a 40;
2. Medio-basso: per punteggi tra 41 e 50;
3. Medio-alto: per punteggi tra 51 e 60;
4. Alto: per punteggi pari o superiori a 61.

Lo strumento, nel quale il riferimento agli allievi è stato sostituito con le donne partorienti, è stato pubblicato online, accompagnato dall'invito alle colleghe impegnate in sala parto a compilarlo in modo volontario e anonimo, richiedendo loro la specificazione delle variabili socio-demografiche: sesso, età, nazionalità, stato civile, numero di figli, anni di servizio e livello di formazione.

Le risposte sono pervenute da 401 ostetriche, risultate tutte di nazionalità italiana.

Il campione si distribuisce per età nelle fasce prevalenti 25-34 (62,6%), <25 (16,5%) e 35-44 (13,7%); per stato civile nubile (71,0%) e coniugata (27,7%); numero di figli pari a 0 (71,0%), 1 (11,2%) e 2 (11,5%); anzianità di servizio di anni <2 (38,0%), 2-5 (28,9%), 6-10 (16,5%), 11-20 (10,2%) e >20 (7,0%); livello di formazione di Laurea triennale (62,0%), Master di 1°/2° livello (26,2%) e Laurea magistrale (11,5%).

Risultati e discussione

I risultati dell'indagine sono confrontati con i dati in letteratura, rinvenuti da Godani (2015).

La Tabella 1 rivela un gradiente di rischio non trascurabile nel campione, poiché, sommati il rischio Medio-Alto e Alto, la percentuale di ostetriche supera il 55%.

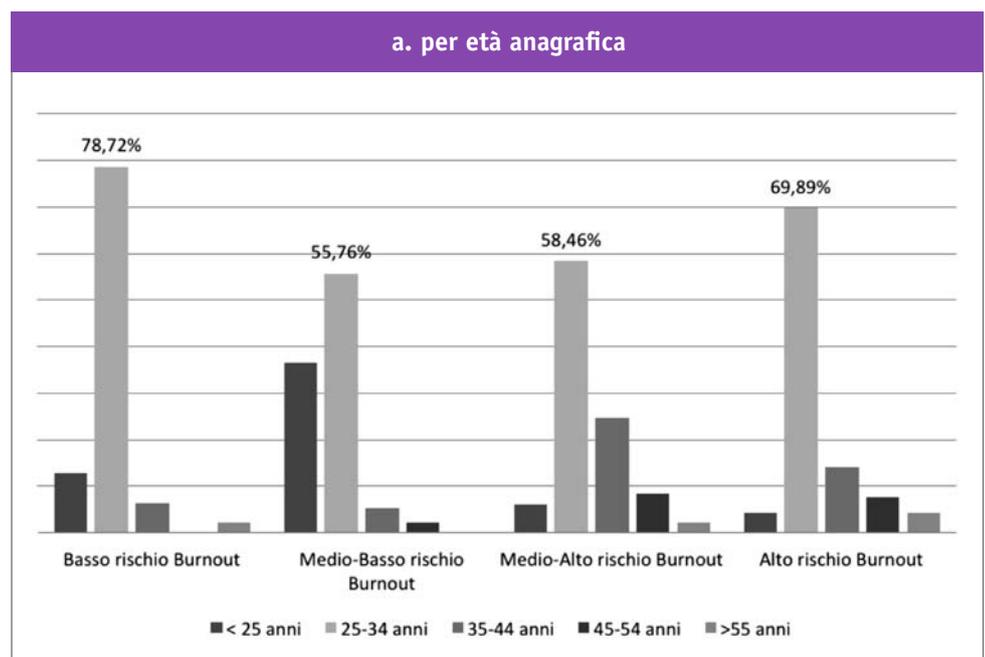
Tabella 1 – Livelli di *burnout*

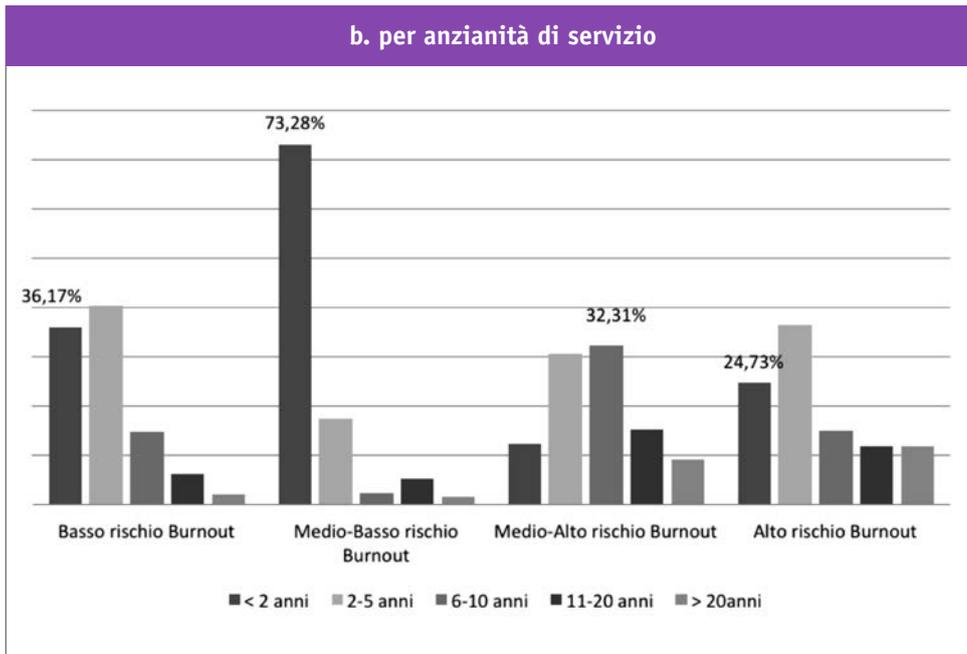
Livello di <i>burnout</i>	v.a.	%
Basso (<=40)	47	11,72
Medio basso (41-50)	131	32,67
Medio alto (51-60)	130	32,42
Alto (>60)	93	23,19
Totale	401	100,00

Min	Max	Media	Errore std	DS
27	82	52,49	0,53	10,69

Analoga evidenza era già emersa nei due studi stranieri, nei quali è stato somministrato il medesimo questionario CBI (Jordan et al., 2013; Hildingsson et al., 2013).

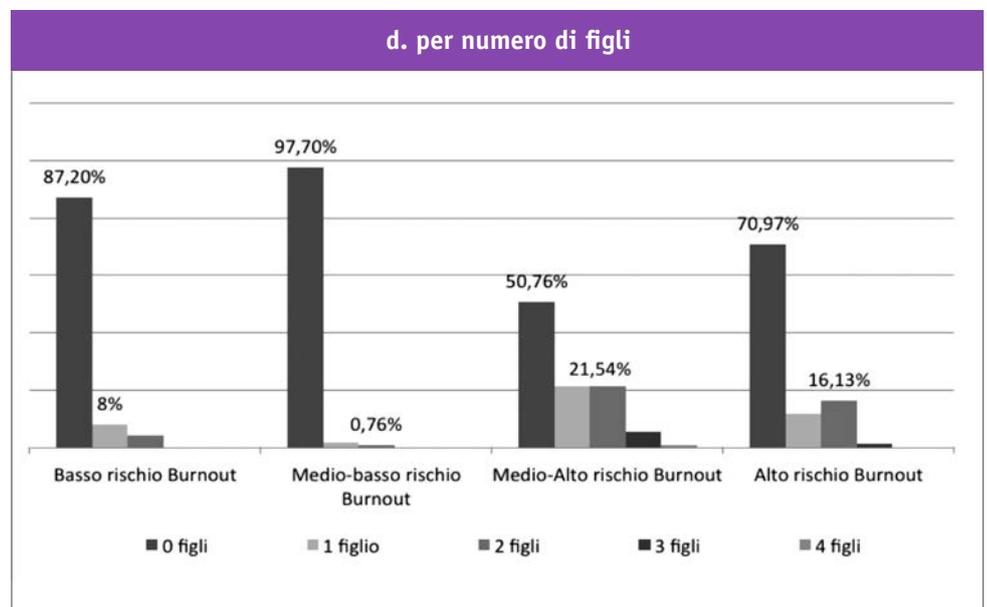
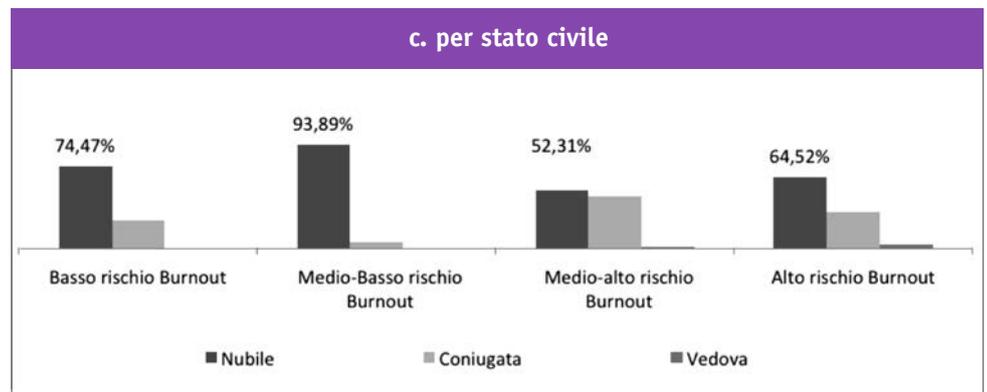
Le tavole di contingenza, costruite su matrice a doppia entrata, ponendo in ascissa la variabile demografica e in ordinata il livello di *burnout*, restituiscono i seguenti profili:



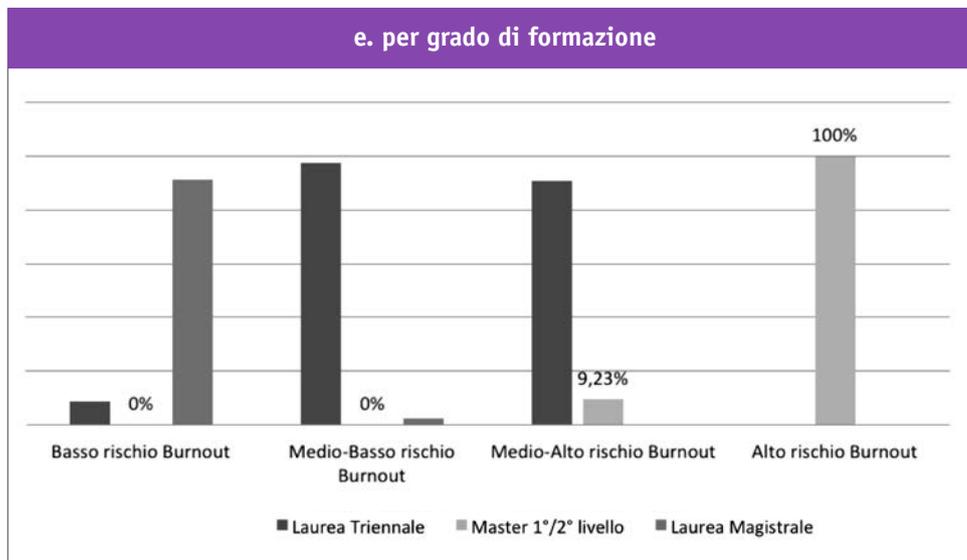


dove i livelli di *burnout*, in accordo con Mollart et al. (2013) e Hildingsson et al. (2013), sono significativamente più alti nelle ostetriche con età inferiore ai 40 anni e un'espe-

rienza lavorativa minore di 10 anni, verosimilmente per il contrasto che può verificarsi tra le aspettative e i valori del "miglior modo di prendersi cura della partoriente" e la pratica professionale;



laddove, anche in letteratura, è evidenziato che la presenza di un compagno e di figli costituisce un fattore di protezione dal *burnout*, in quanto determinano uno stile di vita più stabile e le soddisfazioni lavorative non sono prioritarie; mentre l'essere nubili e l'assenza di figli sono associati a un maggior rischio di *burnout* (Maslach, Jackson e Barad, 1982).



dove si conferma la proporzionalità diretta tra rischio di *burnout* e studi accademici supplementari, che accendono aspettative più elevate (Hildingsson, 2015).

Conclusione

La *burnout syndrome* ha carattere multifattoriale, combinando fattori di tipo organizzativo e di natura individuale.

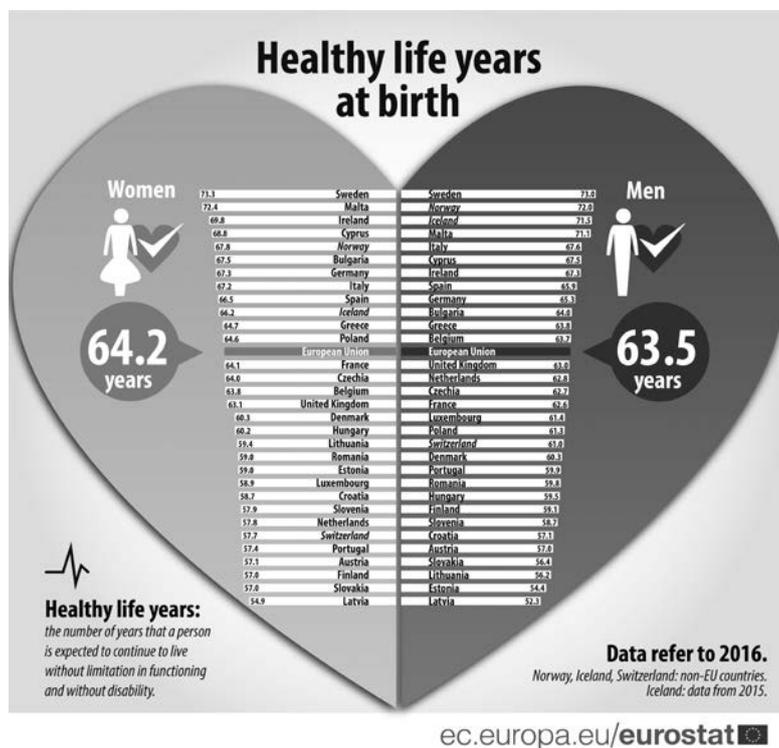
Nelle organizzazioni sanitarie, le ostetriche di sala parto ne risentono a un livello medio-alto, in una fascia età piuttosto giovane, per età anagrafica e per anzianità di servizio, nel periodo della vita in cui, nell'odierna società, non si è ancora perfezionato il progetto di famiglia e nel quale, dunque, mancano, come fattori protettivi, il sostegno del compagno e la cura dei figli.

La situazione rilevata invoca la capacità della dirigenza, medica e infermieristica di reparto, per sopperire con interventi organizzativi, che promuovano e mantengano la coesione e il sostegno nel *team* di lavoro; tra questi: la supervisione e l'affiancamento, la partecipazione alla definizione e al perseguimento degli obiettivi annuali con impostazione del lavoro per obiettivi e progetti, la rotazione negli schemi di lavoro e gli ambiti di assistenza divisionale, l'arricchimento professionale, la costruzione e l'ampliamento della rete interpersonale anche con iniziative e in sedi extra servizio.

Bibliografia

- [1] Bakker R.H., Groenewegen P.P., Jabaaij L., Meijer W., Sixma H., de Veer A. (1996). Burnout among Dutch midwives. *Midwifery*, 12(4):174-81.
- [2] Esfahani M.S., Mirzaee M., Boroumandfar K., Abedi M.R. (2012). Job burnout and its relation with personality traits among the midwives working in Isfahan, Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 17(3): 220-4.
- [3] Fiorilli C., De Stasio S., Benevene P., Iezzi D.F., Pepe A., Albanese O. (2015). Copenhagen Burnout Inventory (CBI): A validation study in an Italian teacher group. *Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 22(4), 537-551.
- [4] Godani E. (2015). *Stress e Burnout in sala parto: analisi qualitativa sulle percezioni delle ostetriche*. Tesi Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche dell'Università di Pisa, a.a. 2014-5: <https://core.ac.uk/download/pdf/79619300.pdf>
- [5] Goleman D. (1996). *Intelligenza emotiva*. Bur Saggi, Milano.
- [6] Hildingsson I., Westlund K., Wiklund I. (2013). Burnout in Swedish midwives. *Sex Reprod Healthc*, 4: 87-91.
- [7] Hildingsson I., Fenwick J. (2015). Swedish midwives' perception of their practice environment – A cross sectional study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(3), 174-181.
- [8] Hochschild A.R. (1979). Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure. *American Journal of Sociology*, Vol. 85, No. 3, 551-575.
- [9] Hunter B. (2004). Conflicting ideologies as a source

Le donne vivono più degli uomini ma sono meno gli anni vissuti in buona salute e senza limitazioni rispetto ai maschi. I dati Eurostat



Eurostat ha fornito i dati sulla speranza di vita alla nascita e quanti di quegli anni sono vissuti in buona salute. Il dato più significativo è che le donne vivono più a lungo, in media 5,4 anni in più rispetto agli uomini, ma la percentuale di anni vissuti in buona salute e senza particolari limitazioni è inferiore a quella degli uomini: 76,8% contro 81,2%.

Andando ai dati assoluti, l'aspettativa media di vita alla nascita di una donna europea nel 2016 era di 83,6 anni e quella degli uomini di 78,2 anni. Tuttavia, se si contano gli anni che donne e uomini possono sperare di vivere senza limitazioni e con una salute accettabile, vediamo che la forbice tra i due generi si restringe con un totale di 64,2 anni in buona salute per le donne e 63,5 anni per gli uomini.

In questo quadro l'Italia è quinta in Europa per aspettativa di vita in buona salute degli uomini – che vivono l'83,4% della propria vita in buono stato – dopo Svezia, Norvegia, Islanda e Malta, ma terza nell'Ue 28 (Norvegia e Islanda non

ne fanno parte), mentre è ottava per le donne – le quali vivono il 78,5% dei loro anni in buona salute – dopo Svezia, Malta, Irlanda, Cipro, Norvegia, Bulgaria e Germania (settima nell'Ue 28). Sempre comunque sopra la media Ue.

of emotion work in midwifery. *Midwifery*, 20(3): 261-72.

[10] Hunter B, Deery R. (2008). *Emotions in Midwifery and Reproduction*. London: Palgrave Macmillan.

[11] Knezevic B., Milosevic M., Golubic R., Belosevic L., Russo A., Mustajbegovic J. (2011). Work-related stress and work ability among Croatian university hospital midwives. *Midwifery*, 27 (2): 146-153.

[12] Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19, 192-207.

[13] LeBel F.S. (2008). *Stress and Burnout in Canadian Midwives*. Halifax, N.S.: Saint Mary's University, 2008.

[14] Leinweber J., Rowe H.J. (2010). The costs of 'being with the woman': secondary traumatic stress in midwifery. *Midwifery*, 26, 76-87.

[15] Leiter, M.P., Maslach, C. (1999). Six areas of worklife: A model of the organizational context of burnout. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 21, 472-489.

[16] Lubica B., Martina B. (2014). Sources of work-related stress and their effect on Burnout in Midwifery. *Social and Behavioral Sciences*, 132: 248-254.

[17] Marshall J., Maureen R. (2014). The emotional context of midwifery. In: J. Marshall, R. Maureen, Myles *Textbook for Midwives*, 16 ed., London: Livingstone C.

[18] Maslach, C., Jackson, S.E. (1981). The measurement of

experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.

[19] Maslach, C., Jackson, S.E., Barad C.B. (1982). *Patterns of burnout among a national sample of public contact workers*. Consulting Psychologists, Palo Alto.

[20] Mollart L., Skinner V.M., Newing C., Foureur M. (2013). Factors that may influence midwives work-related stress and burnout. *Women Birth*, 26(1): 26-32.

[21] Newton M.S., McLachlan H.L., Willis K.F., Forster D.A. (2014). Comparing satisfaction and burnout between caseload and standard care midwives: findings from two cross-sectional surveys conducted in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14: 426 ss.

[22] Salovey P., Mayer J. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, vol. 9 (3), 185-211, 1989-90.

[23] Sheen K., Spiby H., Slade P. (2015). Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: prevalence and association with burnout. *Int J Nurs Stud*, 52(2), 578-587.

[24] Yoshida Y., Sandall J. (2013). Occupational burnout and work factors in community and hospital midwives: a survey analysis. *Midwifery*, 29(8), 921-926.

[25] Warmelink J.C., Hoijsink K., Noppers M., Wiegers T.A., de Cock T.P., Klomp T., Hutton E.K. (2015). An explorative study of factors contributing to the job satisfaction of primary care midwives. *Midwifery*, 31(4), 482-488.

Ostetrica/o e osteopata in gravidanza: valutazione della pelvimetria ostetrica e trattamenti manipolativi osteopatici. Metodiche predittive per il parto

Midwife and osteopath during pregnancy: analysis of the obstetric pelvimetry and the osteopathic manipulative treatment. Predictive methods for vaginal delivery



Autrici

Maria Rosaria Mascolo

*Dottoressa Magistrale
in Scienze Infermieristiche e Ostetriche
Master in Management Ostetrico
per le funzioni di Coordinamento
dell'Area Materno-Infantile
Ostetrica Coordinatrice presso S.C.
di Ostetricia e Ginecologia di Novi Ligure,
D.M.I. AL dell'ASLAL.
Docente al Corso di Laurea in Ostetricia
dell'Università degli Studi di Genova*



Daniela Fragola

*fragoladaniela@yahoo.it
fragoladaniela.df@gmail.com*

Introduzione

In passato le anomalie del bacino delle donne, spesso esiti del rachitismo, erano temute nelle fasi finali della gravidanza: il medico-ostetrico si avvaleva della pelvimetria per la valutazione del canale da parto e, se diagnosticava un'ostruzione da deformazioni ossee, era costretto a intervenire con il taglio cesareo, dall'esito infausto per la madre [1]. Tutt'ora alle donne che possiedono un bacino

stenotico e, in particolare con diagnosi di sproporzione fetopelvica, il ricorso al taglio cesareo è consigliato [2]. Le anomalie del bacino possono essere causa e concausa del rallentamento e/o ostacolo della progressione dell'estremo cefalico [3], incidendo sulla percentuale di tagli cesarei che risultano essere praticati nel 50% [4] dei casi e nel 37% [5] tra le nullipare, per distocia meccanica e dinamica.

RIASSUNTO

La misurazione della pelvimetria esterna attraverso la Losanga di Michaelis rappresenta un'importante fase dell'anamnesi ostetrica, la cui applicazione è consigliata per reperire informazioni sulla morfologia del bacino e sulla sua mobilità in travaglio. Le possibili irregolarità della pelvi, di fatto, possono rallentare e/o ostacolare la progressione del feto. Il *midwifery management* si pone l'obiettivo di diagnosticare e di trattare tempestivamente le eventuali anomalie del bacino che possono essere causa, o concausa, di disturbi osteoarticolari e di distocie nel parto. L'azione congiunta dell'ostetrica e dell'osteopata potrebbe migliorare la salute della gestante e favorire l'esperienza positiva del parto.

Parole chiave

Losanga di Michaelis, Trattamento manipolativo, Distocia, Ostetrica, Osteopata.

ABSTRACT

The measure of external pelvimetry by the Michaelis' Rhombus represents an important phase of obstetric case history; whose application is recommended to find information on the pelvic morphology and on its mobility during labor. Irregular pelvis, in fact, can slow and/or hinder the progression of the fetus. The aim of Midwifery Management is to identify and treat promptly any abnormalities in the human pelvis, that may cause osteo-articular disorders and dystocia during the delivery.

The joint action of the midwife and osteopath could improve the health of the pregnant woman and encourage the positive experience of childbirth.

Keywords

Rhombus of Michaelis, Manipulative Treatment, Dystocia, Midwife, Osteopath.

Step nella misurazione della Losanga di Michaelis



1. Individuazione dei punti di repere e disegno della Losanga di Michaelis tramite matita demografica



2. Misurazione con il calibro in millimetri della diagonale trasversa in posizione eretta, sui 4 appoggi e in posizione kneeling squat



3. Misurazione con il calibro in millimetri del diametro bituberoso in posizione eretta, sui 4 appoggi e in kneeling squat

Considerato che in Italia il tasso di tagli cesarei è tra i più elevati in Europa [6], è importante porre una visione globale alla gravidanza, in termini di prevenzione. Tra gli aspetti da prendere in considerazione per la prevenzione del taglio cesareo per sproporzione fetopelvica, non dovrebbe mancare la valutazione della pelvimetria. La semeiotica tradizionale offre, a ostetriche/ci e ginecologi, importanti misure predittive sulle quali basarsi per attuare interventi preventivi e correttivi di alterazioni pelviche *borderline*. Tra queste, la misurazione della Losanga di Michaelis e la valutazione del bacino nella sua mobilità: validi strumenti innocui e a basso costo, la cui pratica usuale in passato è da recuperare per porre un'anamnesi accurata. Eppure, nella medicina contemporanea, la semeiotica è spesso influenzata dalla medicalizzazione e sostituita dalla tecnicizzazio-

ne, modificando così il processo fisiologico della gravidanza e della nascita. Di fatto, l'indagine clinica ha dimostrato avere un significato predittivo pari e/o superiore a quella strumentale e, l'utilizzo di entrambe, può confermare le ipotesi e giustificare gli interventi [7] [8] [9] [10]. La valutazione della Losanga rappresenta una metodica di pelvimetria esterna predittiva e appropriata per la valutazione della morfologia e della mobilità del bacino in gravidanza [11] [12], utilizzata soprattutto in realtà socio-economiche meno all'avanguardia [13] [14]. Nello specifico emerge che la diagonale orizzontale/trasversa della Losanga permette la misurazione dello stretto superiore del canale del parto, mentre il diametro bituberoso evidenzia esternamente le caratteristiche dello stretto inferiore. Una rilevazione di diagonale trasversa $\leq 9,5$ cm associata ad un'altezza cor-

porea <150 cm e/o diametro bituberoso ≤ 8 cm, anche con feto in proporzioni normali, può essere associata a difficoltà o arresto della progressione del feto, aumentata durata del periodo espulsivo e maggior ricorso a taglio cesareo [15] [16].

L'intervento collaborativo tra ostetrica e osteopata permetterebbe una presa in carico della donna in modo globale, sciogliendo in parallelo le tensioni fisiche/muscoloscheletriche (osteopata) e psichiche/emotive (ostetrica/o) che contribuiscono alla chiusura del bacino, ostacolando l'evento parto. Il contributo dell'osteopata, attraverso trattamenti manipolativi, permetterebbe di conservare il tono tissutale utile nel sostenere i cambiamenti fisici e posturali che avvengono durante la gravidanza [17]. In particolare, con l'uso di tecniche osteopatiche è possibile migliorare la sintomatologia dolorosa lombare e si può intervenire sull'ampiezza di movimento delle articolazioni e sulla qualità del tono muscolare, preparando così il bacino al parto [18].

Obiettivi

L'obiettivo principale di questo studio è dimostrare l'attendibilità dell'utilizzo della , come strumento ostetrico predittivo degli *outcomes* del parto e verificare l'appropriatezza del trattamento manipolativo osteopatico (TMO) per l'ampliamento dei diametri pelvici.

Materiali e metodi

Dopo una prima fase di ricerca in letteratura dei principali fattori antropometrici materni e fetali che possono influire sull'*outcome* del parto, la consultazione di evidenze scientifiche è stata necessaria per supportare l'efficacia e l'appropriatezza della misurazione della Losanga di Michaelis come strumento predittivo di distocia meccanica e sproporzione feto-pelvica [19] [20] [21]. Sono stati ricercati i valori di *cut-off* per la diagonale orizzontale/trasversa e per il diametro bituberoso, che sono le due misurazioni d'elezione di questo studio.

Lo studio si è svolto presso il Punto Nascita dell'ospedale Santa Corona di Pietra Ligure, da gennaio a settembre 2016. Le donne sono state reclutate in occasione degli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN). Le gestanti scelte per il progetto ambulatoriale ostetrico-osteopatico presentavano le seguenti caratteristiche: gravidanza fisiologica, nulliparità, età compresa tra i 20 e i 40 anni e partecipazione al Corso IAN. Sono state escluse donne presentanti gravidanza patologica, gemellarità, pluriparità, nulliparità con pregresso taglio cesareo e nulliparità con feto in presentazione podalica.

Sono stati pianificati due incontri, organizzati a circa due settimane di distanza, tra la 34-37esima settimana di amenorrea e tra la 38-40esima settimana. L'ostetrica ha effettuato ad ogni incontro la pelvimetria esterna, misurando la diagonale orizzontale/trasversa e il diametro



bituberoso mediante l'utilizzo di un calibro in millimetri. In analogia con lo studio di Rettler A. et al. [22] (2014), le rilevazioni sono state effettuate in dinamica, ponendo le gestanti in tre posizioni: eretta, sui quattro appoggi e in *kneeling squat*.

Dopo la prima misurazione della Losanga di Michaelis, l'osteopata ha trattato il bacino con manipolazioni osteopatiche (TMO).

I dati ottenuti dalle misurazioni nei due incontri, sono stati elaborati mediante l'utilizzo di tabelle cromatiche, in particolare al secondo incontro è stato contrassegnato: in rosso l'aumento, in verde la diminuzione e in viola la mancata variazione dopo TMO.

La consultazione del partogramma del campione e il confronto con i dati delle misurazioni pelviche hanno permesso l'analisi dei dati di interesse relativi alla correlazione tra la valutazione del bacino e l'*outcome* del parto. Sono stati, inoltre, valutati i fattori costituzionali materni (etnia, età, peso, BMI, altezza) e le misure antropometriche fetali (circonferenza cranica, peso fetale) in quanto caratteristiche influenzanti la meccanica e l'*outcome* del parto [23] [24] consultando il registro del parto e il CEDAP.

Risultati

Sono state reclutate al primo incontro n. 53 gestanti, ma solo n. 19 hanno concluso lo studio. La mancata partecipazione al secondo incontro è stata causata dall'espletamento del parto prima dell'appuntamento o per motivi sconosciuti all'operatore. Nel campione analizzato, nessuna gestante presentava una diagonale trasversa/orizzontale $\leq 9,5$ cm associata a un'altezza corporea < 150 cm (*cut-off*); criterio utilizzato per valutare antecedentemente al parto il rischio di distocia meccanica.

Nel 63% (n. 12) del campione è stato riscontrato al secondo incontro, dopo il TMO, un aumento delle misurazioni pelviche della diagonale trasversa/orizzontale nelle tre posizioni prese in esame. Sono stati osservati in media $+7,37$ mm (1,0-29,0 mm) in posizione eretta, $+9,00$ mm sui quattro appoggi (1,0-30,0 mm) e $+9,77$ mm nella posizione *kneeling squat* (1,0-29,0 mm).

N. 7 donne hanno presentato, al secondo incontro, valori uguali e/o ridotti di diagonale trasversa e/o di diametro bituberoso rispetto a quelli individuati al primo incontro (vedi Tabelle 1 e 2). Nel 57% (n. 4) di esse si è verificato un rallentamento del travaglio che ha richiesto un'accelerazione farmacologica nel 28% dei casi (n. 2) e per n. 2 donne si è concluso con un parto distocico (Grafico 1).

Al primo incontro il 74% (n. 14) delle donne presentava un diametro bituberoso ≤ 8 cm (*cut-off*) in posizione eretta, il 36% (n. 7) lo presentava sui quattro appoggi e il 10% (n. 2) in posizione di *kneeling squat*. Al secondo incontro, dopo TMO, le percentuali sono rimaste invariate, ad eccezione per la posizione sui quattro appoggi la cui percentuale si è ridotta, risultando pari al 21% (n. 4).

N. 15 donne (79%) hanno partorito per via vaginale con le seguenti modalità: n. 3 in acqua (16%), n. 3 in posizione accovacciata e carponi (16%), n. 4 sul lettino gineco-

Grafico 1 - Outcomes del parto delle 7 donne

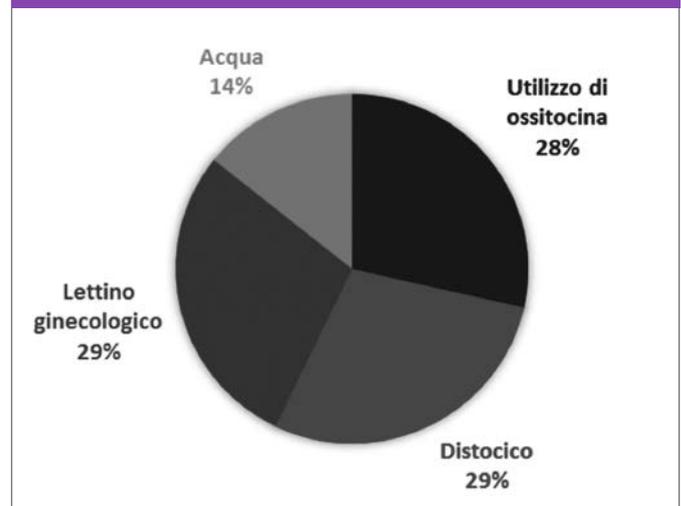
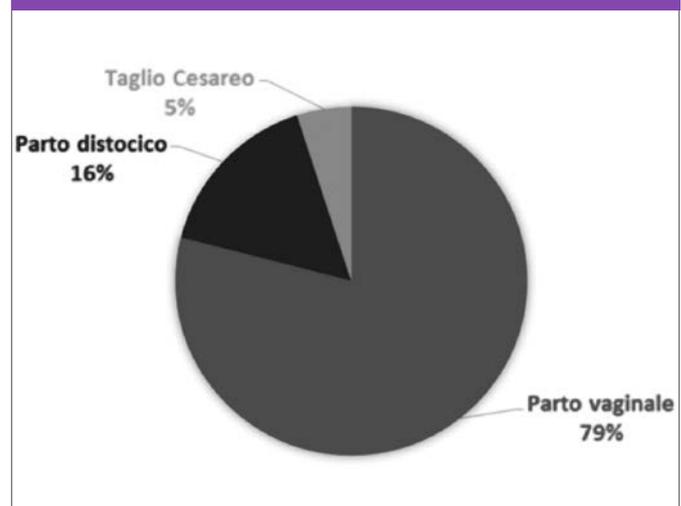


Grafico 2 - Outcomes del parto delle 19 donne



logico (21%) e n. 5 (26%) sul lettino da parto con ausilio di ossitocina. Si sono verificati n. 3 (16%) parti distocici con utilizzo di ventosa. Infine, per una donna (5%) è stato necessario ricorrere al taglio cesareo per valutazione del benessere fetale non rassicurante (vedi Grafico 2).

Conclusioni

Lo studio ha dimostrato che la bibliografia supporta e incentiva la valutazione della Losanga come strumento ostetrico attendibile e predittivo di *outcomes* del parto, in quanto una mancata variazione e/o riduzione della misurazione pelvica della diagonale trasversa e/o del diametro bituberoso è stata associata ad accelerazione farmacologica con ossitocina (26%) e parto distocico (16%). Nell'ultima percentuale è stata inclusa anche la donna inserita con "D4" che ha avuto un parto distocico, nonostante l'aumento pelvimetrico della diagonale trasversa

e del diametro bituberoso nelle rispettive posizioni. Lo studio ha messo in evidenza la variazione della misurazione del bacino nelle sue sezioni, attraverso la pelvimetria e la Losanga di Michaelis. Il TMO è risultato significativo per aumentare i diametri pelvici della diagonale trasversa/orizzontale al secondo incontro. Al contrario, i dati riportano un mancato aumento pelvimetrico dopo TMO del diametro bituberoso per le donne presentanti già al primo incontro un diametro inferiore al *cut-off*. È stata osservata una stretta correlazione tra BMI materno ≥ 26 e *outcome* sfavorevole del parto (42%). Al contrario i parametri antropometrici fetali sono risultati nella norma, non ostacolanti l'esito del parto.

Il numero esiguo del campione preso in esame e le difficoltà di carattere logistico e organizzativo nella fase di reclutamento e nella raccolta dei dati hanno costituito un limite per il periodo di osservazione e la validità. Nonostante l'attenzione e la scrupolosità che si sono cercate di mantenere nelle misurazioni pelviche, si prevede un margine d'errore soprattutto nei casi in cui la pelvimetria esterna sulla stessa donna è stata effettuata da due operatori diversi, con percezioni e dimensioni delle mani differenti.

Prospettive future

La semeiotica clinica, le manovre semiologiche esterne, così come una dettagliata anamnesi rappresentano importanti strumenti attraverso cui l'ostetrica può intervenire in modo predittivo sull'evoluzione di gravidanza, travaglio e parto. L'ostetrica, in qualità di consigliera e accompagnatrice, ha il valore aggiunto di aiutare e sostenere in modo competente le donne presentanti bacini limite e, "attraverso il sapiente tocco e ascolto" [25], con cui si esplicita l'arte maieutica, è in grado di sciogliere quelle contratture muscolari di origine psicologica/emozionale, favorendo e mantenendo il contatto madre-bambino.

Tabella 1 - Modificazioni ossee della diagonale trasversa/orizzontale al I e al II incontro

	I incontro			II incontro		
	<i>Eretta</i> mm	4 appoggi (90°) mm	<i>Kneeling squat</i> mm	<i>Eretta</i> mm	4 appoggi (90°) mm	<i>Kneeling squat</i> mm
D3	152,9	158	155,2	-17	-5,1	-17,5
D5	150	157	157	+2	(/)	-2
D8	115,3	124,3	122,7	+6	+9,8	-1,3
D10	138,2	143	145,4	+0,8	+2	-0,4
D14	132	142	144	+1	(/)	(/)
D17	144	148	150	+3	+1	(/)
D19	138	140	142	+4	+8	(/)

Tabella 2 - Modificazioni ossee del diametro bituberoso al I e al II incontro

	I incontro			II incontro		
	<i>Eretta</i> mm	4 appoggi (90°) mm	<i>Kneeling squat</i> mm	<i>Eretta</i> mm	4 appoggi (90°) mm	<i>Kneeling squat</i> mm
D3	115,5	138,4	155,3	-39,8	-35,5	-22
D5	76	84	105	-4	+8	+12
D8	87,1	101,8	135,6	-6,1	+8,1	-9,6
D10	98,2	112,5	123,8	+17,8	-6,5	-37,8
D14	65	96	110	+5	-3	+10
D17	57	75	95	+3	+10	+15
D19	70	75	100	+11	+17	+10

D'altro canto, l'intervento maieutico ed educativo dell'ostetrica che consente alla gestante di porre l'attenzione sulla propria postura, assumendo posizioni favorevoli [26] [27] ad aumentare i diametri pelvici del canale del parto, può essere garantito solo con una corretta informazione, sostenuta dalla formazione professionale continua. Una possibilità di promozione della conoscenza e di arricchimento delle competenze di semeiotica ostetrica e della pelvimetria esterna sarebbe attuabile qualora riproposta nei Corsi di didattica integrativa dei CLO e nei Corsi ECM. L'arte ostetrica è certo in costante mutamento per le tecniche innovative che possono essere sperimentate, ma è importante non dimenticare i punti cardine della semeiotica ostetrica, tramandata dalle "levatrici". Oltre a un aggiornamento continuo, è quindi necessario che l'ostetrica sperimenti modalità assistenziali che migliorino e tutelino in *primis* la salute della donna e che parallelamente accrescano la curiosità e il sapere della comunità scientifica.

Bibliografia

- [1] Mazzarello P. *E si salvò anche la madre. L'evento che rivoluzionò il parto cesareo*. Bollati Boringhieri Editori, gen 2015.
- [2] Mitteroecker P, Huttegger S. M., Fischer B., Pavlicev M., *Cliff-edge model of obstetric selection in humans*. PNAS, December 20, 2016, vol. 113, no. 51, 14685.
- [3] Canepa M., Gamondo S., Mascolo M. R., *Posizionare il feto per il parto naturale. Prevenire, diagnosticare e correggere le malposizioni fetali*. SEU Roma, 2013.
- [4] Shields SG, Ratcliffe SD, Fontaine P, Leeman L. *Dystocia in nulliparous women*. Am Fam Physician. 2007 Jun 1;75(11):1671-8.
- [5] Kjaergaard H, Olsen J, Ottesen B, Nyberg P, Dykes AK. *Obstetric risk indicators for labour dystocia in nulliparous women: a multi-centre cohort study*. BMC Pregnancy Childbirth. 2008 Oct 6;8:45.
- [6] Euro-Peristat Project. *European perinatal health report, 2008*.
- [7] Dupuis O, Ruimark S, Corinne D, Simone T, André D, René-Charles R. *Fetal head position during the second stage of labor: comparison of digital vaginal examination and transabdominal ultrasonographic examination*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2005 Dec 1;123(2):193-7. Epub 2005 May 31.
- [8] Sherer DM, Miodovnik M, Bradley KS, Langer O. *Intrapartum fetal head position II: comparison between transvaginal digital examination and transabdominal ultrasound assessment during the second stage of labor*. Ultrasound Obstet Gynecol. 2002 Mar;19(3):264-8.
- [9] Barbera AF, Pombar X, Perugino G, Lezotte DC, Hobbins JC. *A new method to assess fetal head descent in labor with transperineal ultrasound*. Ultrasound Obstet Gynecol. 2009 Mar;33(3):313-9.
- [10] Barbera AF, Imani F, Becker T, Lezotte DC, Hobbins JC. *Anatomic relationship between the pubic symphysis and ischial spines and its clinical significance in the assessment of fetal head engagement and station during labor*. Ultrasound Obstet Gynecol. 2009 Mar;33(3):320-5.
- [11] Calais-Germain B, Pares N, *Partorire in movimento. I movimenti del bacino durante il parto*. Epsilon, 2016.
- [12] Schmid V. *Il bacino nel parto*. Firenze, 2014, Rivista trimestrale D&D n. 86.
- [13] Liselele HB1, Boulvain M, Tshibangu KC, Meuris S. *Maternal height and external pelvimetry to predict cephalopelvic disproportion in nulliparous African women: a cohort study*. BJOG. 2000 Aug;107(8):947-52.
- [14] Liselele HB, Tshibangu CK, Meuris S. *Association between external pelvimetry and vertex delivery complications in African women*. Acta Obstet Gynecol Scand. 2000 Aug;79(8):673-8.
- [15] Pescetto G, De Cecco L, Pecorari D, Ragni N. *Ginecologia e Ostetricia- Vol. 2 Ostetricia, IV edizione, Società Editrice Universo (SEU), Roma 2001*.
- [16] Alijahan R, Kordi M, Poorjavad M, Ebrahimzadeh S. *Diagnostic accuracy of maternal anthropometric measurements as predictors for dystocia in nulliparous women*. Iran J Nurs Midwifery Res. 2014 Jan;19(1):11-8.
- [17] Task Force on the Low Back Pain Clinical Practice Guidelines. *American Osteopathic Association Guidelines for Osteopathic Manipulative Treatment (OMT) for Patients With Low Back Pain*. J Am Osteopath Assoc. 2016 Aug 1;116(8):536-49.
- [18] Hensel KL, Carnes MS, Stoll ST. *Pregnancy Research on Osteopathic Manipulation Optimizing Treatment Effects: The PROMOTE Study Protocol*. J Am Osteopath Assoc. 2016 Nov 1;116(11):716-724.
- [19] Surapanthapisit P, Thitadilok W. *Risk factors of caesarean section due to cephalopelvic disproportion*. J Med Assoc Thai 2006; 89 (4): S105-111.
- [20] Masoumeh K, Raheleh A. *The Diagnostic Accuracy of External Pelvimetry to Predict Dystocia in Nulliparous Women*. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences (ZJRMS), 2012 Aug; 14(6): 36-38.
- [21] Liselele HB, Tshibangu CK, Meuris S. *Association between external pelvimetry and vertex delivery complications in African women*. Acta Obstet Gynecol Scand. 2000 Aug;79(8):673-8.
- [22] Reitter A, Daviss BA, Bisits A, Schollenberger A, Vogl T, Herrmann E, Louwen F, Zangos S. *Does pregnancy and/or shifting positions create more room in a woman's pelvis?* Am J Obstet Gynecol. 2014 Dec;211(6): 662.e1-9. Epub 2014 Jun 17.
- [23] Aviram A, Yogev Y, Bardin R, Hirsch L, Wiznitzer A, Hadar E. *Association between sonographic measurement of fetal head circumference and labor outcome*. Int J Gynaecol Obstet. 2016 Jan;132(1):72-6. Epub 2015 Sep 25
- [24] Kjaergaard H, Olsen J, Ottesen B, Nyberg P, Dykes AK. *Obstetric risk indicators for labour dystocia in nulliparous women: a multi-centre cohort study*. BMC Pregnancy Childbirth. 2008 Oct 6;8:45.
- [25] Canepa M., Gamondo S., Mascolo M. R., *Posizionare il feto per il parto naturale. Prevenire, diagnosticare e correggere le malposizioni fetali*. SEU Roma, Novembre 2013.
- [26] Fenwick L, Simkin P. *Maternal positioning to prevent or alleviate dystocia in labor*. Clin Obstet Gynecol. 1987 Mar;30(1):83-9.
- [27] Reitter A, Daviss BA, Bisits A, Schollenberger A, Vogl T, Herrmann E, Louwen F, Zangos S. *Does pregnancy and/or shifting positions create more room in a woman's pelvis?* Am J Obstet Gynecol. 2014 Dec;211(6): 662.e1-9. Epub 2014 Jun 17.



LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

LUCINA - LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

Organo di informazione della Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica, 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.fnopo.it

Periodicità: trimestrale

La rivista si propone di diffondere tra le ostetriche maggiori informazioni relative all'attività della FNOPO, 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 degli Ordini 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 all'Ordine di appartenenza. Per quanto di competenza, l'Ordine 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 gli Ordini sono tenuti ad aggiornare costantemente i dati relativi ai propri iscritti nel sistema di gestione centralizzata dell'Albo da cui la FNOPO attinge gli indirizzi per la spedizione di *Lucina*. Pertanto, onde evitare disguidi, le ostetriche che cambiano domicilio sono pregate di informare tempestivamente l'Ordine di appartenenza attraverso le modalità tradizionali o registrandosi all'accesso intranet riservato agli iscritti all'Albo visibile come banner sulla homepage del portale FNOPO.

Informiamo che secondo quanto disposto dall'art. 13, comma 1, della Legge 675/96 sulla "Tutela dei dati personali", ciascun iscritto agli Ordini 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 all'Ordine di appartenenza e per conoscenza alla Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica.

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 fisso e cellulare/privato;**
- **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@fnopo.it



Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica

LUCINA
La rivista dell'ostetrica/o
ORGANO UFFICIALE
DELLA FNOPO

FNOPO
Federazione
Nazionale
degli Ordini
della Professione
di Ostetrica

WWW.FNOPO.IT