

ORGANO UFFICIALE DELLA



Federazione Nazionale Collegi Ostetriche



LVCINA

**LA RIVISTA
DELL'OSTETRICA/O**

ANNO VII
2/2017



Anno VII numero 2 - Trimestrale - Poste Italiane SpA - Spedizione in Abbonamento Postale - 70% Aut. Min. Giust. 1/21/2015

**La Legge n. 24 dell'8 marzo 2017
e le iniziative della FNCO
in materia di Decreti attuativi**

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1 La Legge n. 24 dell'8 marzo 2017 e le iniziative della FNCO in materia di Decreti attuativi di **Maria Vicario**

FNCO

- 2 Decreti Attuativi della Legge 24/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" di **Daniela Fratti**
- 4 Decreto vaccini, le nuove circolari operative ministeriali
- 6 Origini e scomparsa della prima maternità italiana. Le ragioni di un errore della storiografia ufficiale di **Daniela Fratti**
- 7 Adesione FNCO alla Campagna di comunicazione IST: Accordo di collaborazione tra Ministero della Salute e FNOMCeO
- 8 Il cammino verso l'adozione. Corso di preparazione per le coppie interessate
- 11 Accordo di collaborazione scientifica tra FNCO e ISS
- 12 Linee di indirizzo clinico-organizzative per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza di **Maria Vicario**

PROFESSIONE

- 14 Prevenzione preconcezionale e salute riproduttiva: quali prospettive e quali attori? di **Enrico Finale**
Eleonora Agricola
Stefania Ruggeri

- 18 La riforma sanitaria della Regione Sardegna di **Paola Lubinu**
- 20 Bes, ovvero Benessere equo e solidale: il nuovo indicatore vincolante per la Legge di Bilancio e il Def
- 24 Ospedale San Carlo di Potenza. Il progetto non finisce oggi, ma inizia domani
- 25 Al via anche il nuovo Pronto Soccorso Ostetrico (PSO)

STUDI

- 26 Il tumore al seno. Valutazione delle conoscenze delle donne, informazione e prevenzione in gravidanza di **Giulia Trapella**
Antonella Nespoli
Simona Fumagalli
Maria Ghazanfar
- 30 Allattamento al seno: nuovo rapporto OMS-UNICEF
- 31 Analisi sulla qualità delle sedi di tirocinio clinico nel contesto del corso di Laurea in Ostetricia dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia di **Alba Ricchi**
Maria Teresa Molinazzi
Giovanna Gemmellaro
- 35 Le preferenze delle donne campane e dell'Emilia Romagna nei confronti delle figure professionali che le assistono durante il percorso nascita. Indagine quanti-qualitativa di **Rosa Matarazzo**
- 39 Cancro al colon-retto. Un nuovo studio italiano ha intercettato un biomarcatore sulla resistenza ai farmaci antitumorali



LUCINA
LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

Organo ufficiale della



Anno VII numero 2
Trimestrale
Poste Italiane SpA -
Spedizione in Abbonamento Postale -
70% Aut: ATSUD/CZ/212/2015

Direttore Responsabile
Maria Vicario

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

Segreteria di redazione
Antonella Cinotti
Iolanda Rinaldi
Silvia Vaccari

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

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

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

Finito di stampare
nel settembre 2017

La Legge n. 24 dell'8 marzo 2017 e le iniziative della FNCO in materia di Decreti attuativi

di **Maria Vicario**

La Legge 24/2017 *"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"* entrata in vigore il 1° aprile 2017, in assenza di decreti attuativi rappresenta un "libro dei sogni". Il Legislatore si è, quindi, operativamente adoperato emanando nell'agosto 2017 i primi due Decreti di cui si fornisce ampio approfondimento all'interno del presente numero di *Lucina*. La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche, in questa fase, ha prestato particolare cura alle criticità scaturite dal Decreto 2 agosto 2017 *"Elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie"* e ha convocato presso la FNCO le società scientifiche AIO, Syrio e Sirong di settore (Assente AIO), individuando e condividendo strategie sulle quali, successivamente, è pervenuto alla FNCO positivo riscontro da parte dei rispettivi Consigli Direttivi. Ai legali la Federazione ha chiesto sia di valutare le proposte condivise con le società scientifiche, sia di individuare e definire ogni ulteriore procedura per il superamento delle criticità scaturite dal Decreto.

La FNCO, in questa fase, con il supporto dei legali, ha ritenuto opportuno trasmettere, in data 15 settembre, al Ministero della Salute richiesta per acquisire specifico parere su possibili procedure che saranno illustrate e discusse in seno al Consiglio Nazionale Straordinario indetto per il prossimo 8 ottobre 2017. L'Assemblea del CN è sovrana per deliberare in merito all'adozione di procedure che hanno anche un risvolto economico e per il quale la FNCO deve predisporre gli atti entro l'8 novembre 2017 salvo diversa indicazione del legislatore.

Il DM 2 agosto 2017, per la Federazione non rappresenta l'unica priorità connessa alla L. 24/2017; pertanto in previsione dell'emanazione dei Decreti attuativi dell'art. 7 *"Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria"* e dell'art. 10 *"Obbligo di assicurazione"*, ha predisposto per:

- l'acquisizione attraverso una gara europea di un servizio di brokeraggio assicurativo al fine di siglare accordi con società assicurative che possano proporre prodotti assicurativi vantaggiosi;
- la predisposizione di un gruppo di lavoro multidisciplinare in seno alla FNCO per la definizione di criteri atti all'individuazione di classi di rischio a cui far corrispondere massimali differenziati (art. 10, comma 6), riferito alla figura ostetrica.

L'art. 15 della Legge 24/2017 *"Consulenti tecnici d'ufficio e periti nei giudizi di responsabilità sanitaria"* prevede che i soggetti da nominare a composizione del collegio peritale siano scelti tra gli iscritti negli Albi tra professionisti muniti di particolare competenza nella specifica disciplina e che gli Albi siano aggiornati ogni 5 anni. Al fine di acquisire i nominativi delle ostetriche iscritte agli Albi dei Tribunali, la FNCO ha attivato un'indagine presso i Collegi Provinciali e Interprovinciali dalla quale è scaturito un dato molto preoccupante, in quanto le ostetriche che su comunicazione dei Presidenti dei Collegi risultavano iscritte erano 12 nel 2015 e 8 nel 2017. La fonte adottata per l'indagine FNCO è quella istituzionalmente prevista dalla normativa vigente, in quanto il Presidente del Tribunale, sulla richiesta di iscrizione pervenuta da parte dell'ostetrica/o, chiama a esprimersi il Presidente del Collegio territorialmente competente. Il dato, che merita un'attenta lettura e una interpretazione critica, denota, da una parte, che non tutte le ostetriche "esperte" e/o che hanno seguito uno specifico percorso formativo (*Master* in Ostetricia legale e forense di I e II livello) provvedono poi all'iscrizione all'Albo del Tribunale e, dall'altra, che alla FNCO non pervengono puntuali riscontri da parte dei Collegi.

Dopo la politica, che ha approvato la Legge, è il momento della magistratura: infatti, lo stesso relatore della Legge 24/2017 ha annunciato che a breve il Consiglio Superiore della Magistratura invierà ai Tribunali e ai rispettivi Presidenti di tutta Italia **specifiche indicazioni su come organizzare i collegi peritali** in modo da qualificare il lavoro della perizia e dei collegi nel pronunciarsi rispetto a una richiesta di risarcimento. La Federazione auspica che la circolare del CSM possa portare a una uniformità nelle procedure di accoglimento delle richieste per l'iscrizione all'Albo del Tribunale delle ostetriche, che l'art. 15 prevede siano in possesso del *Master* di primo livello, le quali aspirano a iscriversi all'albo come *"Consulenti tecnici d'ufficio e periti nei giudizi di responsabilità sanitaria"*. Parimenti si auspica che le ostetriche iscritte agli albi dei Tribunali provvedano a riportare il dato nella scheda di aggiornamento dei dati personali trasmessa ai Collegi e che i gli organismi locali ne diano comunicazione alla FNCO.

Superato l'esame della Commissione Sanità, il DDL 3868 *"Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali, nonché disposizioni per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute"* sembra, ora, essere in dirittura d'arrivo. In caso di approvazione la FNCO dedicherà alla normativa, attualmente *in progress*, un numero speciale della rivista *Lucina*.

DECRETI ATTUATIVI DELLA LEGGE 24/2017

“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie



Ministero della Salute



DECRETO 2 AGOSTO 2017 “ELENCO DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE E DELLE ASSOCIAZIONI TECNICO-SCIENTIFICHE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

La FNCO, come anticipato nella rivista di Categoria (*Lucina* 1/2017 pagina 23 www.fnco.it/news/lucina-la-rivista-dell-ostetrica-o-numero-1-2017.htm) il 29 luglio 2017 ha incontrato, presso la sede federale, le società scientifiche Syrio e Sirong (assente AIO) per illustrare lo scenario normativo di riferimento, acquisendo e facendo proposte dirette a superare le criticità legate ai parametri molto selettivi previsti dalla bozza del primo Decreto attuativo. Criteri che sono stati poi integralmente riportati nel Decreto 2 agosto 2017 “*Elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie*”.

Il Decreto istituisce e regola l'elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie, che avranno il compito di elaborare le Linee Guida cui gli esercenti le professioni sanitarie si devono attenere nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie.

Il Decreto del Ministero della Salute attua uno dei punti più significativi della Legge 24/2017 sulla sicurezza delle

cure e sulla responsabilità professionale sanitaria e stabilisce i requisiti che le società scientifiche e le associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie devono possedere ai fini dell'iscrizione nell'elenco. Entro l'8 novembre 2017, novanta giorni dalla pubblicazione in GU, alla Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del SSN deve pervenire la domanda di iscrizione utilizzando il modello scaricabile dal portale istituzionale del Ministero della Salute e le dichiarazioni previste dal DPR 445/2000 (Testo Unico sulla documentazione amministrativa).

Dichiarazioni con le quali le società scientifiche e le associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie devono dimostrare di avere una rilevanza di carattere nazionale, con una rappresentanza in almeno dodici Regioni e Province Autonome, “anche mediante associazione con altre società o associazioni della stessa professione, specialità o disciplina”, rappresentatività di almeno il 30% dei professionisti non in pensione nella specializzazione o disciplina o nella specifica area o set-



tore di esercizio professionale. L'atto costitutivo della società scientifica che si candida all'iscrizione deve dimostrare tra l'altro l'indipendenza da attività imprenditoriali, l'assenza di finalità di lucro, la previsione dell'obbligo di pubblicazione dell'attività scientifica attraverso il sito *web* della società o associazione, aggiornato costantemente, l'esclusione di retribuzione delle cariche sociali, la specifica previsione che l'ente non ha tra le finalità istituzionali la tutela sindacale degli associati o che, comunque, non svolge, direttamente o indirettamente, attività sindacale, la previsione della massima partecipazione degli associati alle attività e alle decisioni dell'ente. Il Decreto all'articolo 1, comma 5, ai fini dell'iscrizione nell'elenco prevede il preliminare parere delle Federazioni o delle associazioni professionali maggiormente rappresentative di riferimento.

Il Decreto, inoltre, all'articolo 3, comma 1, prevede che il Ministero della Salute effettui periodicamente verifiche sul mantenimento dei requisiti di cui all'articolo 2 e qualora, a seguito delle verifiche effettuate ovvero a seguito di segnalazione delle Federazioni o delle associazioni professionali maggiormente rappresentative di riferimento, rilevi il venir meno di uno o più requisiti, dispone, in via cautelare e previa comunicazione agli interessati, la sospensione della società scientifica e dell'associazione tecnico-scientifica delle professioni sanitarie dall'elenco, mediante oscuramento dei relativi dati sul sito internet del Ministero della Salute. Il Decreto, che prevede parametri molto selettivi ai fini dell'iscrizione nell'elenco, per le Federazioni o le associazioni professionali maggiormente rappresentative di riferi-

mento, individua un ruolo ben preciso sia nella fase di iscrizione nell'elenco sia nella fase di monitoraggio per la verifica del mantenimento dei parametri elencati nell'articolo 2. Il Decreto prevede per l'elenco un aggiornamento biennale.

Nell'incontro del 29 luglio 2017 tra FNCO e società scientifiche è emerso che nessuna delle società scientifiche di settore singolarmente possiede i requisiti richiesti dal DM 2 agosto 2017. L'occasione si è dimostrata di grandissima utilità per un diretto confronto sulle diverse possibilità che vanno nella direzione di pervenire all'istituzione di un "organismo" da definire nelle sue peculiarità giuridiche e amministrative che abbia i parametri indicati dal Decreto attuativo. Sulla proposta la FNCO ha ricevuto riscontro positivo da parte delle due società scientifiche di Categoria (Syrio e Sirong) e ha dato mandato ai legali della FNCO (avvocati A. Lagonegro e C. Maggiore) di individuare formule giuridicamente appropriate (società scientifica o fondazione) e relativi schemi di riferimento. Il prodotto elaborato dai consulenti legali sarà illustrato e analizzato in seno all'assemblea del Consiglio Nazionale Straordinario indetto su Salerno per il prossimo 8 ottobre 2017.

La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche, congiuntamente alle altre professioni (IPASVI, FTRM, CONAPS) che rilevano analoghe criticità, ha inviato al Ministero della Salute una richiesta di convocazione per la gestione delle criticità indicate nell'articolo 2 del DM 2 agosto 2017. La FNCO garantirà la massima informazione sugli sviluppi della tematica su esposta nelle forme di rito (rivista di Categoria, sito FNCO, *newsletter* e *App*).

Decreto vaccini, le nuove circolari operative ministeriali



Ministero della Salute



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca



Le vaccinazioni sono offerte gratuitamente dalle Asl, in base a specifiche indicazioni del calendario vaccinale nazionale relativo a ciascuna coorte di nascita.

Per approfondire visitare sito tematico Vaccinazioni Ministero della Salute.

Con l'inizio dell'anno scolastico, come prevedibile, è cominciata la corsa alla vaccinazione. Nelle segreterie delle scuole i telefoni squillano ininterrottamente; nelle sedi dei consultori familiari e dei centri vaccinali delle Asl alle telefonate si aggiungono le comunicazioni via e-mail con le quali i genitori chiedono di ricevere un appuntamento per i loro bambini non ancora vaccinati, mentre per quelli vaccinati basta un'autocertificazione dei genitori.

Il MIUR, in attuazione della Legge 119/2017, il 17 agosto 2017 ha inviato la Circolare alle scuole relativamente alle procedure da seguire e alle scadenze da rispettare.

La Circolare si apre con una premessa sulla legge e sulle sue finalità e prosegue con le indicazioni per le istituzioni scolastiche, a partire da quelle per la gestione della fase transitoria prevista per gli anni scolastici 2017/2018 e 2018/2019. Il MIUR afferma che intervenendo sull'obbligatorietà delle vaccinazioni si assicurano a tutta la popolazione, in maniera omogenea sul territorio nazionale, le azioni dirette alla prevenzione, al contenimento e alla riduzione dei rischi per la salute pubblica.

La circolare MIUR contiene specifiche indicazioni per gli adempimenti relativi agli obblighi vaccinali che coinvolgono direttamente i dirigenti scolastici sia delle scuole dell'infanzia e sezioni primavera, ivi incluse quelle private non paritarie, sia gli altri gradi di istruzione, nonché la formazione delle classi.

Nella circolare si pone grande rilievo al ruolo degli operatori scolastici nella comunicazione con le famiglie e nel processo di informazione, nonché, nella delicata materia del trattamento dei dati.

Il Ministero della Salute e il MIUR daranno poi avvio, per l'anno scolastico 2017/2018, a iniziative di formazione del personale docente ed educativo, nonché di educazione delle alunne e degli alunni, delle studentesse e degli studenti, sui temi della prevenzione sanitaria e in particolare delle vaccinazioni, anche con il coinvolgimento delle associazioni dei genitori e delle associazioni di categoria delle professioni sanitarie.

La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche, attraverso i 69 Collegi Provinciali e Interprovinciali delle Ostetriche, offre la massima disponibilità nel processo formativo che congiuntamente i due Ministeri, della Salute e dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, porranno in essere.

Il Ministro della Salute francese, Agnès Buzyn, ha annunciato che la Francia seguirà l'esempio italiano rendendo obbligatori 11 vaccini.

Ai tre vaccini già obbligatori in Francia (poliomielite, tetano e difterite) si dovrebbero aggiungere quelli raccomandati contro pertosse, morbillo, parotite, rosolia, epatite B, *Haemophilus influenzae*, pneumococco e meningococco C.

Il Ministero della Salute e il Ministero dell'Università e della Ricerca, per rendere esecutiva la Legge n. 119 del 31 luglio 2017, "Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto-Legge n. 73 del 7 giugno 2017, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale (17G00132) (GU Serie Generale n. 182 del 5 agosto 2017)", hanno emanato una serie di circolari operative.

I provvedimenti ministeriali, diretti a istituzioni, operatori dei singoli settori (sanità e istruzione) e ai cittadini, forniscono le prime indicazioni operative per l'attuazione della Legge 119/2017.

In particolare la Circolare del Ministero della Salute del 16 agosto 2017, che sostituisce quella del 12 giugno 2017, contiene i modelli per l'autodichiarazione e una tabella di ausilio per il controllo dell'adempimento delle vaccinazioni obbligatorie. Il Ministero ha emanato, inoltre, la Circolare 14 agosto 2017 che fornisce indicazioni operative su quattro vaccinazioni raccomandate per i minori di età compresa tra zero e 16 anni:

- anti-meningococcica B;
- anti-meningococcica C;
- anti-pneumococcica;
- anti-rotavirus.



OSSERVATORIO NAZIONALE BUONE PRATICHE SULLA SICUREZZA IN SANITÀ



Lo schema di Decreto ministeriale che verrà esaminato nel corso della prossima Conferenza Stato-Regioni riguarda l'istituzione, presso l'Agenas, dell'Osservatorio nazionale buone pratiche sulla sicurezza in sanità previsto dall'articolo 3 della Legge 24/2017.

L'articolo 1 elenca i componenti dell'Osservatorio coordinato dal Direttore generale dell'Agenas dottor Francesco Bevere, mentre l'articolo 2 elenca quelle che saranno le funzioni che svolgerà l'Osservatorio per le quali si potrà avvalere anche dei dati presenti nel Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (Simes).

Per il monitoraggio delle buone pratiche per le sicurezze delle cure a livello nazionale, l'Osservatorio potrà avvalersi delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie in possesso dei requisiti previsti dal DM 2.8.2017, nonché di rappresentanti delle Federazioni e delle associazioni professionali e di esperti nelle specifiche materie trattate.

Il Decreto previsto dall'articolo 3 della Legge 24/2017 attribuisce all'Osservatorio funzioni cruciali nella costruzione di un modello innovativo di prevenzione del rischio sanitario, monitoraggio su errori sanitari e scambio di buone pratiche, nonché individuazione di linee di indirizzo e percorsi formativi capaci di incidere efficacemente nella soluzione delle criticità rilevate, affinché gli errori analizzati non si ripetano più.

L'Osservatorio per le buone pratiche sulla sicurezza del paziente di Agenas è una "buona pratica" da emulare per la promozione della sicurezza dei pazienti.

È il riconoscimento inserito nel rapporto relativo alla Revisione della Qualità dell'Assistenza del Messico elaborato da un pool di esperti dell'Ocse - Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OECD Reviews of Health Systems Mexico 2016).



L'organismo internazionale valorizza, in particolare, la ratio e la capacità dell'Osservatorio di coinvolgere tutti gli *stakeholder*: istituzioni centrali (Ministero della Salute e Agenas), Regioni, aziende e professionisti sanitari, che a diverso titolo possono offrire il proprio contributo a supporto della qualità e della sicurezza delle cure, attraverso l'individuazione, il trasferimento e la condivisione delle migliori esperienze.

Il riconoscimento internazionale è un'ulteriore testimonianza del ruolo di Agenas – e in particolare dell'Osservatorio – come soggetto facilitatore di rete e di scambio di buone pratiche e conoscenze virtuose. Fin dalla sua istituzione nel 2008, l'Osservatorio si è rivelato utile nel consentire ai sistemi regionali di apprendere dalle esperienze altrui per migliorare i propri servizi; un luogo "virtuale" di incontro di iniziative, strumenti e modelli elaborati ai diversi livelli istituzionali con l'obiettivo di "mettere a sistema" le singole esperienze positive.



ORIGINI E SCOMPARSITA DELLA PRIMA MATERNITÀ ITALIANA

Le ragioni di un errore della storiografia ufficiale



Autrice

Prof.ssa Daniela Fratti

Professoressa Aggregata di Clinica Medica in pensione

Già consulente di Medicina Interna per il reparto di Maternità dell'Arcispedale Sant'Anna di Ferrara

Università degli Studi di Ferrara

Ematologa e oncologa presso Poliambulatorio Futura, Ferrara

Cultrice di Storia della Medicina e Storia sociale delle donne nella città di Ferrara fra XVII e XIX secolo

daniela.fratti@alice.it

RIASSUNTO

Nel 1570 a San Cristoforo de' Bastardini di Ferrara fu istituita una Maternità dotata di Comari patentate, Medico, Cerasico e Balie. Nel 1580 sorse una seconda Maternità indirizzata all'accoglienza di donne oggetto di violenza domestica e di prostitute, da cui il nome di San Matteo del Soccorso. Nel 1754 le due Maternità furono accorpate e trasferite a San Salvatore con il nome di Luogo Pio del Soccorso. Nel 1776 il Luogo Pio del Soccorso fu ulteriormente decentrato presso la chiesa di Beata Chiara da Montefalco. Da tale anno la Maternità assumeva carattere carcerario, escludendo in maniera ufficiale l'accesso delle gravide legittime e dando accoglienza alle sole prostitute, alle gravide illegittime e alle partorienti colpite da misure correzionali. Solamente nel 1883, con il trasferimento della Maternità presso il Convento delle Missioni, fu ripristinato l'accesso anche alle donne "oneste". Le traversie storiche subite dall'originaria Maternità ferrarese spiegano il completo oblio subito dall'istituzione e l'errore della storiografia ufficiale che attribuisce a San Matteo del Soccorso il titolo di prima Maternità italiana.

Parole chiave

Prima Maternità italiana, Storia delle ostetriche italiane, San Cristoforo de' Bastardini, San Matteo del Soccorso.

ABSTRACT

In 1570 in St. Cristoforo de' Bastardini of Ferrara was established a Maternity equipped with patented Midwives, Doctor, Cerasico and Nurses. In 1580 a second Maternity arose for the reception of women subjected to domestic violence and prostitutes, from which the name of St. Matthew of the Rescue. In 1754, the two Maternities were united and transferred to St. Salvatore with the name of Charitable Place of the Rescue. In 1776, the Charitable Place of the Rescue was further decentralized at the church of Beata Chiara da Montefalco. Since that time, Maternity – excluding the access of legitimate pregnant women and giving shelter to prostitutes, illegitimate pregnant women and those affected by corrective measures – was in practice a prison. Only in 1883, with the transfer of Maternity to the Convent of Missions, access to "honest" women was restored. The historical wrecks suffered by the original Ferrarese Maternity explain the complete oblivion suffered by the institution and the error of official historiography that attributes to St. Matthew of the Rescue the title of first Italian Maternity.

Keywords

First Italian Maternity, Italian Midwives history, St. Cristoforo de' Bastardini, St. Matthew of the Rescue.

Questo articolo è il riassunto della presentazione dal titolo "La prima Maternità nella Storia della Medicina: San Matteo del Soccorso o San Cristoforo de' Bastardini?", tenuta il 5 maggio 2017 per il Collegio Provinciale delle Ostetriche di Ferrara in occasione delle celebrazioni per la Giornata internazionale dell'Ostetrica

Nei testi di Ostetricia si trova scritto "la prima Maternità italiana nasce a Ferrara a San Matteo del Soccorso nel 1580" [1].

In realtà la prima Maternità italiana nasce sì a Ferrara, ma nel 1570 [2] e non a San Matteo del Soccorso, ma a San Cristoforo de' Bastardini o Cà di Dio o Luogo Pio Esposti.

Nel 1570 Ferrara è colpita da un devastante terremoto che provoca il collasso di numerosi edifici cittadini e fra



questi anche della Cà di Dio, il principale ospizio per i bambini abbandonati situato, ora come allora, nell'attuale via Bersaglieri del Po. In origine si trattava verosimilmente di un gruppo di edifici nelle pertinenze di San Cristoforo del Ponticello, antichissima istituzione d'accoglienza per i figli illegittimi "esposti" alla pubblica carità, storicamente documentata fin dal 1249 [3].

All'epoca del terremoto Barbara d'Austria, seconda moglie di Alfonso II, affida la ricostruzione dell'edificio ad Alberto Schiatti: "ivi era il luogo appartato per le nutrici de' figlioli, o di buona volontà, ovvero condannate, ed ancora per quelle miserabili che non potevano avere aiuto ne' loro parti, bisognose di sussidi" e nel 1574, nel resoconto della visita al Luogo Pio effettuata dall'Inviato Apostolico Maremonti, si fa cenno per la prima volta alle Comari (levatrici) e alle balie che lavoravano al suo interno.

Adesione FNCO alla Campagna di comunicazione IST: Accordo di collaborazione tra Ministero della Salute e FNOMCeO



Federazione
Nazionale
Collegi
Ostetriche

La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche in agosto 2017 ha dato la propria adesione alla Campagna di comunicazione IST: *Accordo di collaborazione tra Ministero della Salute e FNOMCeO* denominato "Prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili".

L'obiettivo della Campagna è quello di diffondere, su un argomento tanto delicato quanto attuale, informa-

zioni basate sull'evidenza scientifica al fine di promuovere soprattutto presso la popolazione giovanile la cultura di una sana sessualità e l'adozione di abitudini salutari e di atteggiamenti responsabili.

In occasione dell'audizione presso il Consiglio Superiore di Sanità - Sezione III, la FNCO ha prodotto una memoria quale contributo della Categoria per la predisposizione di "Raccomandazioni nazionali per il management diagnostico-assistenziale delle persone con Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST)".

Nella memoria, depositata a febbraio 2017, la FNCO ha toccato in particolare tre aspetti.

SETTING ASSISTENZIALI DELL'OSTETRICA E COUNSELING MOTIVAZIONALE

Consultorio/Ambulatorio/Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia/Centro Vaccinale che vedono l'ostetrica/o realizzare la presa in carico di donne di ogni età con le quali è possibile attivarsi per un counseling motivazionale diretto alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura delle IST.

MANAGEMENT DIAGNOSTICO DELLE PERSONE CON INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE (IST)

Alle procedure semeiotiche cliniche e di laboratorio, nei diversi setting assistenziali, il "soggetto" (donna/coppia) arriva solo se allertato da situazioni che producono disagio e incidono negativamente sull'attività sessuale di coppia. Un adeguato management diagnostico delle IST deve mirare a promuovere consapevolezza nella donna/coppia che, adeguatamente supportata dall'ostetrica/o, modula la sua attività sessuale alla nuova condizione in termini di tutela della salute propria e altrui.

MANAGEMENT TERAPEUTICO DELLE PERSONE CON INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE (IST)

Troppo spesso le persone affette da IST non hanno contezza dell'entità del problema oppure lo minimizzano e non entrano attivamente nella rete di supporto di monitoraggio e assistenza che il Distretto Sanitario mette loro a disposizione. L'Atto di indirizzo per l'anno 2017 del Ministero della Salute (23 settembre 2016) prevede 9 macroaree, due delle quali secondo la FNCO meritano particolare attenzione per l'ambito di interesse: la prevenzione e la comunicazione, che vedono l'ostetrica/o come agente di promozione della salute e parte integrante del team multidisciplinare.

Si può dunque asserire che l'Ospizio di Maternità formalmente fondato nel 1570 per volontà di Barbara d'Austria e Alfonso II d'Este fosse certamente attivo nel 1574.

Per statuto a San Cristoforo trovavano dunque accoglienza tutte le donne, oneste o di mal affare, purché "povere" o "miserabili" (distinzione che risaliva agli Statuti Ferraresi del 1287), dall'ottavo mese di gravidanza. Lì, dietro pagamento di una "dozzina", le gravide ricevevano visita d'ingresso e assistenza al parto da parte della Comare, presidi per il parto, eventuale assistenza medica e del cerusico, farmaci provenienti dalla Spezieria di San Cristoforo [4], vitto per tutto il tempo di permanenza (Figura 1). Dopo il parto potevano restare come balie – e in tal caso ricevevano una paga – e spesso l'amministrazione del luogo pio trovava loro un lavoro. Nel caso lasciassero il figlio a San Cristoforo, cioè lo "esponessero", erano tenute a versare un'elemosina di 5 Scudi *una tantum* [5]. Queste circostanziate notizie sul funzionamento di San Cristoforo sono attestate dai Registri del Luogo Pio. Attualmente sopravvivono 55 Registri degli Esposti, il primo dei quali prende avvio alla data del 2 gennaio 1653. Le annotazioni precedenti al 1653 sono andate perdute, ma dal fatto che il terzo di tali Registri sia marcato con la lettera O (1675-1685) e il successivo con la P (1686-1691), si può dedurre che ne manchino almeno dieci.

21 maggio
 Vincenza Beri gravida in mesi 8 condotta dalla corte partorì li 10 giugno
 Isabeta Cerelli 917 (numero d'ordine del bambino). Andò via li 18 luglio 1681 dopo pranzo,
 deve giorni 56 a B (baiocchi) 15 il giorno pari a Baiocchi 8, 40; per la creatura Baiocchi 5,
 per la Comare che allevò Baiocchi 0,30, questo deve la Dona Baiocchi 13,70; Acconto Baiocchi
 1,80, resta 11,90. 23 deto fu condotta dalla corte.
 Margarita Cavaniera gravida in mesi 9 fu leccianata
 li 10 giugno 1681 (con ordine in nome di monsign. n. b. b. b.)
 multi il luglio

Figura 1.

"21 maggio. Vincenza Beri gravida in mesi 8 condotta dalla corte partorì li 10 giugno Isabeta Cerelli 917 (numero d'ordine del bambino). Andò via li 18 luglio 1681 dopo pranzo, deve giorni 56 a B (baiocchi) 15 il giorno pari a Baiocchi 8, 40; per la creatura Baiocchi 5, per la Comare che allevò Baiocchi 0,30, questo deve la Dona Baiocchi 13,70; Acconto Baiocchi 1,80, resta 11,90. 23 deto fu condotta dalla corte".

Molte donne erano detenute per reati e condotte a San Cristoforo per il parto dalla "Corte" cioè dagli "Sbirri" della Curia. A volte dopo il parto se ne andavano libere con il bambino, altre volte rientravano in carcere).

La principale finalità dell'assistenza fornita da San Cristoforo era quella di ridurre, per quanto possibile, la piaga dell'abbandono dei neonati indesiderati, abbandono per lo più motivato da ragioni economiche e dall'illegittimità del figlio.

La presenza di registrazioni ufficiali sulle donne che partorivano in Casa (definizione, quest'ultima, che emerge dai Registri), sui loro figli e sui bambini nati fuori Casa e abbandonati nella ruota, è di fondamentale importanza: dai Registri, infatti, emergono per la prima

Il cammino verso l'adozione. Corso di preparazione per le coppie interessate



L'Asl CN2 ha organizzato, come progetto pilota, l'incontro informativo e di preparazione per le coppie interessate all'adozione internazionale e nazionale, organizzato e condotto dagli operatori dell'équipe adozioni di Alba e Bra in collaborazione con le altre équipe della provincia di Cuneo e degli enti autorizzati ad affiancare i futuri genitori adottivi nel percorso dell'adozione internazionale e curare lo svolgimento all'estero delle procedure necessarie per realizzare l'adozione.

Nei due giorni di lavoro le coppie ricevono informazioni dagli operatori competenti (assistenti sociali, psicologi, enti autorizzati) e da due coppie adottive, disponibili a raccontare la loro esperienza. L'obiettivo è favorire la comprensione reale del concetto e della condizione di abbandono e di quali siano le possibili ripercussioni, anche nel lungo periodo, sulle caratteristiche e sul comportamento del minore.



volta nella storia della sanità ferrarese i nomi delle Comari che lavoravano a San Cristoforo o sul territorio, spesso portatrici dei neonati abbandonati.

I Registri testimoniano anche che le Comari dovevano essere patentate: e questo da epoca anteriore al 1700, anno di pubblicazione di un Editto di Curia in cui si invitavano tutte le Comari attive nella città e territorio di Ferrara, “ancorché in passato approvate e tutte quelle che vorranno esercitare simile officio in avvenire, a presentarsi per esser esaminate e approvate intorno la peritia del Battezzare... e per quello che riguarda la peritia nell'applicare i rimedi congrui e opportuni alle partorienti nanti il Sig. Medico Girolamo Agnella per esser come sopra esaminate” [6] (Figura 2).

Era compito della Comare visitare la gravida all'ingresso a San Cristoforo, assisterla nel parto e durante il puerperio, battezzare il bambino in immediato pericolo di vita e occuparsi del taglio del filetto del poppante, cioè del taglio del frenulo linguale (Figura 3).

A dieci anni di distanza, nel 1580, per volontà di un'altra Dama Estense, Lucrezia d'Este d'Urbino, Ferrara si dota di una seconda Maternità posta in una casetta donata dalla stessa Lucrezia presso la chiesa di San Matteo, sita nell'attuale via Montebello e tuttora esistente, ma sconosciuta. Si trattava di un'istituzione d'accoglienza per le donne mal maritate (cioè oggetto di violenza domestica) e per le prostitute incinte, con la finalità di favorire il loro rientro nella società civile.

Dopo almeno tre mesi di permanenza a San Matteo, le pentite venivano indirizzate al monastero di Santa Maria Maddalena – un cenobio sorto circa nel 1535 “per accogliere ex prostitute bramosse di redimersi, che aveva finito per assumere la regola del terz'ordine francescano” [7] – dove entravano come convertite. Per tale motivo l'istituzione fu subito definita San Matteo del Soccorso.

Si tratta di un luogo povero di memorie storiche che consentano di meglio comprenderne il funzionamento. A differenza di San Cristoforo non sono rimasti Registri o testimonianze documentate – tranne un inventario di mobili del 1749 [8] – che consentano di definirla una Maternità a tutti gli effetti, fornita come San Cristoforo

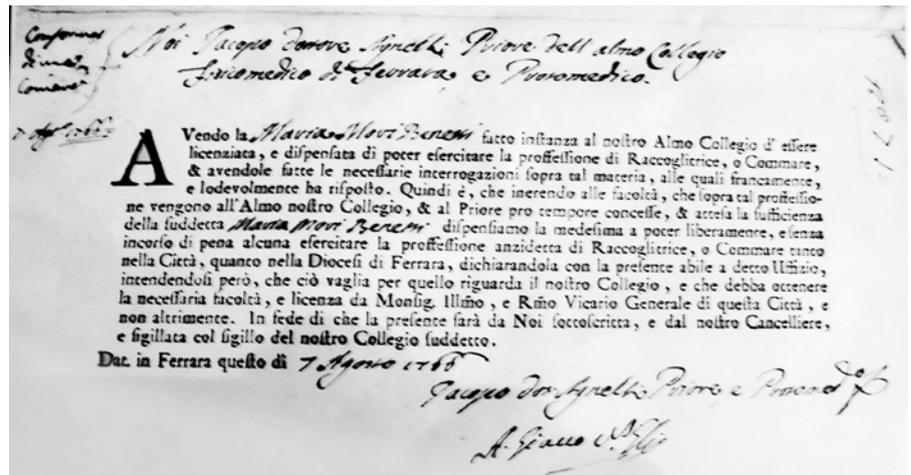


Figura 2.

Patente di “Raccoglitrice o Commare” rilasciata dall’Almo Collegio Fisiomedico di Ferrara a Maria Novi Benetti il 7 agosto 1766 a firma di Jacopo Don Agnelli Priore e Protomedico. In essa si attestava la capacità di somministrare il battesimo e l’idoneità ad assistere i parti.

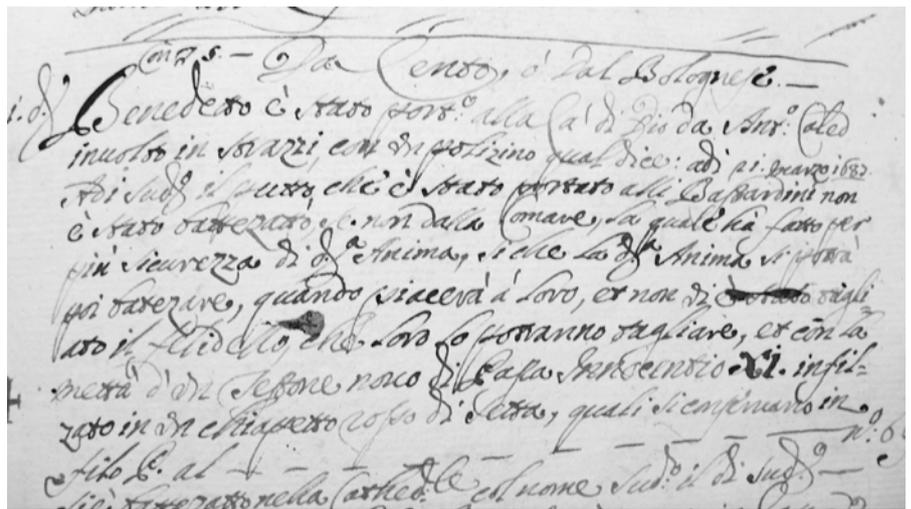


Figura 3. Attività delle Comari nel 1687

“Da Cento o dal Bolognese. Benedetto è stato portato alla Ca’ di Dio da Antonio Caled involto in strazzi con un polizzino qual dice: adì 21 marzo 1687. Adì suddetto il putto che è stato portato alli Bastardini non è stato battezzato se non dalla Comare, la quale ha fatto per più sicurezza di detta Anima, sì che la detta Anima si potrà poi battezzare quando piacerà a loro, et non si è tagliato il filetto che loro lo potranno tagliare, et con la metà di un testone novo di Papa Innocentio XI (moneta papale) infilzato in un chiappetto rosso di setta (mutandina di seta rossa), quali si conservano in filo al n° 69 (segnali di riconoscimento per la madre che conservava la seconda metà della moneta)”. Molti erano i bambini abbandonati che portavano un segnale di riconoscimento rosso (fili, biancheria, bamboline di lana) quale colore di buon augurio.

di assistenza ostetrica, medica, “chirurgica” e di balie. L’inventario relativo al Conservatorio del Pio Luogo del Soccorso (1749) testimonia, al contrario, ambienti estremamente angusti e arredi altrettanto miserevoli, in assenza di qualunque strumentazione o presidio specifico, come ad esempio una seggiola da parto, che consentano di ritenerla effettivamente attiva, quanto meno all’atto della perizia in oggetto.

Nel 1754 le due Maternità, di San Cristoforo e di San Matteo, vengono accorpate e decentrate presso la chiesa di San Salvatore, oggi scomparsa, all'epoca sita in via Fondobanchetto, nel *Castrum* originario della città. Il contemporaneo trasferimento dell'Ospedale per francesati (cioè pazienti affetti da sifilide) da San Giobbe a Sant'Apollinare, in stretta vicinanza di San Salvatore, fa ritenere che s'intendesse accostare anche fisicamente due istituzioni caratterizzate da forte presenza di contagiati da lue. Questa impressione è sostenuta anche dal rapido scomparire delle partorienti di San Cristoforo a vantaggio delle sole prostitute, come attestato dai Registri. L'istituzione, fin dal 1754 chiusa all'accesso delle partorienti legittime, prende il nome di Pio Luogo del Soccorso detto di San Salvatore. È nel 1754, dunque, che scompare la dizione "San Cristoforo" a vantaggio di quella "del Soccorso".

Trascorsi poco più di vent'anni, nel 1776, la maternità subisce un ulteriore allontanamento dal centro città, spostandosi a Beata Chiara da Montefalco in via delle Chiodare, sito di cui oggi rimangono poche tracce. Si trattava di un complesso di casupole e di una chiesa edificate dalle Oblate Agostiniane nei pressi del terraglio della città, cioè della cinta muraria, luogo di concentrazione dei lupanari ferraresi.

La Maternità vi resterà per più di un secolo subendo alterne vicende ma sempre indirizzata alle sole prostitute, alle recidive di gravidanza illegittima e alle partorienti colpite da misure correzionali. Per di più dal 1843 in poi tutte, una volta partorito, verranno trasferite a Santa Maria della Consolazione in via Mortara, monastero tuttora esistente, "onde ricevere istruzioni morali e

ottenere uno stabile convertimento, senza di che non sarebbero state restituite alla società". Molte di queste donne, spesso colpevoli solo di gravidanza illegittima, frutto di stupri o di relazioni d'amore clandestine, finivano così con l'istituzionalizzarsi senza mai poter tornare alla vita civile.

Occorrerà attendere il 1883 perché la Maternità abbandoni definitivamente la sede di Beata Chiara da Montefalco trasferendosi nel Convento delle Missioni in via Savonarola, dove, sotto la direzione illuminata di Carlo Grillenzoni, verrà subito ripristinato il ricovero delle gravide legittime insieme a tutte le partorienti ferraresi povere, indipendentemente dalle modalità di vita e dalla condotta morale. Nella stessa sede, poi, si trasferiva anche il Luogo Pio de' Bastardini, riunendo nuovamente madri e figli com'era stato in origine. Tuttavia l'intricato destino delle Maternità ferraresi e il loro peregrinare di luogo in luogo, aveva ormai cancellato del tutto la memoria storica dell'originale Cà di Dio e della prima Maternità istituita al suo interno nel lontano 1570.



Accordo di collaborazione scientifica tra FNCO e ISS



Federazione
Nazionale
Collegi
Ostetriche



La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche, ente pubblico non economico, e l'Istituto Superiore di Sanità, organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale, hanno predisposto un Accordo di collaborazione sarà valutato dal Consiglio scientifico dell'ISS nella seduta del prossimo 10 ottobre.

L'Accordo FNCO-ISS, che intende regolare il quadro giuridico e organizzativo per la definizione dell'operatività degli enti

coinvolti, le modalità di comunicazione, di scambio e di collaborazione per l'esauritiva realizzazione delle attività previste dall'Accordo stesso, disciplina la collaborazione fra ISS e FNCO.

L'Accordo prevede che i responsabili scientifici chiamati a coordinare le attività saranno per l'ISS la dottoressa Serena Donati e per la FNCO la dottoressa Maria Vicario. I coordinatori sono responsabili dei Risultati scientifici considerando che per "Risultati scientifici ISS" si intendono i risultati provenienti dall'elaborazione di dati aggregati relativi alle statistiche di partecipazione alla FAD e alle valutazioni di apprendimento di tutti i partecipanti ai percorsi formativi (questionari ECM), mentre per "Risultati scientifici della FNCO" si intendono i risultati provenienti dall'elaborazione di dati aggregati relativi alle statistiche di partecipazione alla FAD dei propri iscritti e alle valutazioni di apprendimento (questionari ECM).

Tra le principali finalità della collaborazione FNCO-ISS ci sono la ricerca e la diffusione delle conoscenze scientifiche, per cui sia la Federazione che l'ISS si impegnano a pubblicare i risultati entro un limite massimo di cinque anni dal completamento della stessa.

Le Parti si impegnano, ciascuna per i propri rapporti di competenza, ad assicurare che soggetti terzi eventualmente coinvolti nell'esecuzione dell'Accordo dichiarino espressamente la reciproca collaborazione nelle pubblicazioni scientifiche e ne diano adeguato risalto in tutte le comunicazioni verso l'esterno, in particolare attraverso pubblicazioni scientifiche congiunte, partecipazioni congressuali e azioni divulgative e di formazione risultanti da tali attività.

Ogni pubblicazione terrà conto, oltretutto, del fine di sanità pubblica che l'ISS è impegnato a perseguire in qualità di organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale in Italia, congiuntamente alle funzioni di ricerca, sperimentazione, controllo, consulenza, documentazione e formazione in materia di salute pubblica nazionale. L'atto di Accordo FNCO-ISS avrà la durata di 24 mesi a decorrere dalla data di sottoscrizione.

Bibliografia

Abbreviazioni

ACFe Archivio Storico Comunale di Ferrara
ASFe Archivio di Stato di Ferrara
ALPE Archivio Luogo Pio Esposti
BCAFe Biblioteca Comunale Ariostea di Ferrara

- [1] Piero Malcovati, Introduzione storica, in Trattato di Ostetricia minore, a cura di Ercole Cova, Vol. I, Francesco Montuoso Editore, Milano-Venezia, 1947, pp. 12-14
- [2] BCAFe, Giuseppe Antenore Scalabrini, Memorie storiche delle Chiese di Ferrara e de' suoi borghi. In Ferrara, 1773, per Carlo Coatti, coll. E.11.7.12. p. 150
- [3] ACFe, Beneficenza, Busta 17, Fasc. 15, Fortunato Bendaricci, Relazione dettagliata sulla origine, località, denominazioni, attributi, giurisdizioni del Pio Luogo Esposti di Ferrara, 11 agosto 1860, p. 1
- [4] Daniela Fratti, Isabella Bagnaresi. La comare di San Cristoforo e l'erboristeria: sostanze medicinali utilizzabili per il "buon parto" negli inventari di alcune Spezierie ferraresi fra XVI e XVII secolo. in Spezieria Ferrarese. L'arte degli Speciali e i giardini dei Semplici. pp. 73-84. Faust Edizioni, 2016
- [5] Daniela Fratti. È venuto alla Casa involto nelle strazze... San Cristoforo de' Bastardini: diario del soccorso a donne e bambini nella città di Ferrara fra il XVII e il XIX secolo. pp. 5-225, Italiatipolitografia Editore, Ferrara, 2014
- [6] BCAFe, Lodovica Marabese, L'infanzia abbandonata alla Cà di Dio di Ferrara (1653-1798). Atti Deputazione Ferrarese di Storia Patria, XVI, Serie IV, 2000, pp. 231-283, p. 278, Editto Bonaventura Martinelli sopra le Comari e allevatrici de' figlioli e obblighi loro, 25 marzo 1700
- [7] Andrea Faoro. Monasteri virtuali e monasteri nascosti. Collocazione, spazi e strutture delle comunità di terziarie a Ferrara dalle origini alla instaurazione della clausura (1537-1599), in Studi Vari, Analecta Pomposiana, XXXI-XXXII, 2006-2007, pp. 244-245
- [8] ASFe, ALPE, Busta 235 F, Carpetta 3, Atti vari relativi all'amministrazione patrimoniale nel secolo diciottesimo: 1706-1780, Inventario dei mobili che si ritrovano nel Conservatorio del Pio Luogo del Soccorso dalle Donne come segue, a di 25 novembre 1749

LINEE DI INDIRIZZO CLINICO-ORGANIZZATIVE PER LA PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE LEGATE ALLA GRAVIDANZA

Autrice

Maria Vicario

Presidente Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche

La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche (FNCO) per rappresentatività istituzionale è chiamata in consultazione presso i diversi organismi ministeriali e non, tra i quali il Ministero della Salute, l'Agenas, l'ISS, il CPNn, il CSS, il Tavolo Tecnico Allattamento al Seno, il Tavolo Tecnico Primi Millegiorni, la Conferenza dei Servizi, il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, l'ONP, il Cogeaps, il CUP, etc. Presso l'Agenas nel 2016 si è insediato il Tavolo Tecnico Agenas Complicanze in gravidanza con un *panel* costituito da rappresentanti di FNCO, Agenas, Ministero della Salute, ISS, etc. e rappresentanti delle principali società scientifiche di settore (SIGO, AGUI, AOGOI, SIN, SIIA, AAROI, FADOI, etc.).

Il Direttore Generale dell'Agenas Francesco Bevere, che ha presieduto i lavori di insediamento del Tavolo Tecnico multidisciplinare, ha illustrato l'obiettivo: aumentare il livello di sicurezza del tratto di interesse del percorso gravidanza, parto e nascita.

Al termine di un intenso lavoro durato circa 18 mesi durante i quali i componenti del Tavolo Tecnico sono stati impegnati in diversi ruoli (curatori, revisori, supporto organizzativo e grafico, etc.) è stato definito il documento per il quale si è concordato di modificare il titolo da "Linee guida per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza" in "Linee di indirizzo clinico-organizzative per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza".

Nella riunione conclusiva dell'11 luglio 2017, il Tavolo Tecnico di lavoro "Linee di indirizzo clinico-organizzative per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza" si è impegnato a dare la massima diffusione del documento nelle forme di rito. Nello specifico la FNCO ne ha predi-



sposto la pubblicazione sul sito istituzionale e sulla App e la trasmissione ai Presidenti e ai Coordinatori/Presidenti CLO in allegato a una nota circolare. Il documento, che è stato sottoposto a consultazione pubblica sul sito di Agenas non ricevendo osservazioni e integrazioni da parte degli *stakeholder*, è stato sottoposto all'attenzione di revisori esterni.



Il documento “Linee di indirizzo clinico-organizzative per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza” avrà necessità di revisioni periodiche: pertanto, in presenza di osservazioni e proposte sul testo pubblicato formulate dalle ostetriche, la FNCO si impegna, sin da ora, a darne comunicazione ai curatori della procedura di revisione. Per una maggiore fruibilità del documento il Tavolo Tecnico di lavoro ha concordato sulla necessità di predisporre un glossario sulle cinque patologie trattate che hanno avuto i referenti di seguito riportati:

- **EPP:** dott.ssa Serena Donati;
- **Sepsi:** dott.ssa Gianpaola Monti;
- **Ipertensione:** prof. Dario Manfellotto;
- **Influenza:** dott.ssa Giuseppina Liuzzi;
- **Obesità:** prof.ssa Annunziata Lapolla.

Il documento, costruito sulla base di singoli Quesiti, a cui vengono fornite risposte attraverso Raccomandazioni, focalizzati sugli aspetti ritenuti più vulnerabili riguardo la sicurezza dei pazienti e degli stessi operatori sanitari, presenta Tabelle di sintesi agevolmente fruibili nella pratica clinica e organizzativa che analizzano le possibili criticità nelle fasi della gravidanza, del parto e

del *post partum* e in alcuni casi anche preconcezionale. A ogni Quesito corrispondono risposte sotto forma di Raccomandazioni che fanno esclusivo riferimento a Linee Guida nazionali e internazionali emanate da istituzioni pubbliche e comunque a evidenze scientifiche fortemente consolidate.

Nel dettaglio, il documento comprende:

- 8 Quesiti relativi all'emorragia *post partum* con 34 Raccomandazioni correlate;
- 2 Quesiti relativi alla sepsi con 4 Raccomandazioni;
- 9 Quesiti per l'ipertensione con 24 Raccomandazioni;
- 3 Quesiti relativi all'influenza con 15 Raccomandazioni;
- 14 Quesiti relativi all'obesità con 26 Raccomandazioni.

In presenza di una gravidanza o di un parto a rischio le Raccomandazioni rappresentano un supporto per i professionisti su cosa fare, quando, dove e come comunicarlo e nello specifico negli snodi decisionali.

Il documento “Linee di indirizzo clinico-organizzative per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza” è pubblicato sul sito FNCO (www.fnco.it/news/gravidanza-a-rischio--le-nuove-linee-guida-per-la-prevenzio.htm).

Prevenzione preconcezionale e salute riproduttiva: quali prospettive e quali attori?



Autori

Enrico Finale

Ostetrico e Docente,
Ospedale Castelli, Dipartimento
Materno-Infantile ASL VCO



Eleonora Agricola

Ricercatrice, IRCCS Ospedale
Pediatrico Bambino Gesù,
Area di Ricerca Malattie
Multifattoriali e Complesse,
Roma



Stefania Ruggeri

Ricercatrice
e Nutrizionista
CREA, Centro di Ricerca
Alimenti e Nutrizione,
Roma

Contatti

Enrico Finale

enrico.finale@gmail.com

Per approfondimenti

**Gruppo Italiano Salute Riproduttiva
e Primi 1000 Giorni Vela Arancione**
grupposaluteriproduttiva@gmail.com



RIASSUNTO

In Italia ogni anno nascono circa 90.000 bambini pretermine o con difetti congeniti, quasi 250 al giorno. Nascite premature e difetti congeniti appartengono a una classe più ampia di eventi, chiamati gli Avversi della Riproduzione (EAR). Gli EAR comprendono svariate condizioni quali: infertilità, aborto spontaneo, diabete gestazionale, preeclampsia, distacco intempestivo di placenta, difetti congeniti e malformazioni, restrizione della crescita fetale, basso peso alla nascita e prematurità. Gli interventi preventivi da attuare nel periodo fertile sia nell'uomo che nella donna per ridurre il rischio che uno o più EAR si verifichino sono molteplici: il miglioramento delle abitudini alimentari e degli stili di vita, la cessazione di fumo e del consumo di alcol, il raggiungimento di un peso adeguato (trattamento del sovrappeso, dell'obesità e del sottopeso), la supplementazione di acido folico, lo studio dello stato vaccinale, un'adeguata gestione della terapia farmacologica per le malattie croniche. Molte campagne di sensibilizzazione e prevenzione sono state fatte finora in Italia, ma la prevenzione in ambito preconcezionale non è stata ancora del tutto integrata nel *continuum* assistenziale materno-infantile. Proprio per questi motivi nasce il "Gruppo Italiano Salute Riproduttiva Vela Arancione", che vuole rilanciare e consolidare le attività già in atto nell'ambito della salute preconcezionale e ha lanciato di nuovo la sfida. Tante figure professionali sanitarie sono state coinvolte negli anni scorsi, ma il nuovo *team* pone l'attenzione sul ruolo delle ostetriche che dovrebbero svolgere un ruolo fondamentale anche nell'informare e assistere le coppie nel loro *family planning*, come dichiarato nel codice etico.

Parole chiave

Prevenzione preconcezionale, riproduzione umana, esiti avversi.

ABSTRACT

Lifestyle and health status of women and men before the pregnancy are associated with the risk of adverse reproductive outcomes (AROs). This group includes many conditions such as infertility, miscarriage, gestational diabetes, preeclampsia, placenta abruption, birth defects and malformations, fetal restriction growth, low birth weight and prematurity. Preconception interventions include smoking and alcohol cessation, achievement of a proper weight, folic acid supplementation, review and update of vaccinations, appropriate management and therapy of chronic diseases are effective in reducing the risks for the AROs.

In Italy the burden of birth defects is high. About 90,000 preterm infants or babies with birth defects are born in Italy every year, nearly 250 per day. Although in Italy many preconception interventions have been promoted and conducted in the previous years, preconception care must be still integrated in the continuum of health assistance from reproductive care to maternal and child care. Pediatricians, neonatologists, gynecologists, and many other health professionals can effectively promote primary preconception prevention. To this aim a group of health professionals have already joined the "Gruppo Italiano Salute Riproduttiva Vela Arancione". Among these professional and in the Gruppo, the midwives should play a pivotal role in informing and assisting the couples in their family plan, as declared in the code of ethics.



Introduzione

Questa è la storia di una partenza intelligente, una di quelle che si pianificano nei minimi dettagli per non incappare in imprevisti.

Avere un figlio sta diventando oggi sempre di più una scelta ragionata e ponderata, che le giovani coppie fanno in seguito a un percorso di vita, ovviamente diverso da coppia a coppia, ma che comporta per tutti un grande investimento psico-emozionale e anche economico.

I dati sulla popolazione italiana ci dicono che il primo figlio, talvolta l'unico, arriva generalmente dopo i 30 anni e solo dopo il raggiungimento di una stabilità nel lavoro e quindi economica. Ma i dati ci dicono anche che in Italia nascono ogni anno circa 90.000 neonati con un difetto congenito, nella maggior parte dei casi determinato da cause che hanno agito prima della nascita. Dalla letteratura emerge che i difetti congeniti fanno parte di un gruppo più ampio di condizioni chiamati gli "Esiti Avversi della Riproduzione" (EAR). In questo gruppo rientrano anche i problemi di fertilità, le patologie gravidiche, l'aborto spontaneo, la prematurità o la scarsa crescita fetale nella vita intra-uterina. Tra le **cause principali** degli Esiti Avversi della Riproduzione ci sono gli stili di vita scorretti (come tabagismo o alcol), malattie infettive, patologie croniche non correttamente trattate.

Fortunatamente molti studi scientifici hanno dimostrato che è possibile ridurre il rischio degli EAR. Come? Pensandoci prima!

Perché pensarci prima?

La formazione degli organi dell'embrione avviene già nelle prime settimane dal concepimento: il cuore inizia a battere tra il 18° e il 21° giorno mentre il tubo neurale termina il processo di formazione e chiusura al 28° giorno (Tabella 1 e Figura 1).

Durante questo periodo la donna, nella maggior parte dei casi, non ha ancora scoperto di essere incinta soprattutto se non era alla ricerca attiva di una gravidanza. Alla prima visita ostetrica-ginecologica, che avviene in media a 7/8 settimane dal concepimento, l'embrione si appresta a concludere la formazione degli organi e alcuni dei processi biologici di programmazione. Quindi gli interventi suggeriti e intrapresi dalla

Tabella 1 - Relazione temporale tra concepimento e organogenesi

	Giorni
Primo battito cardiaco	18 - 21
Inizio formazione placenta	13
Chiusura tubo neurale	28
Trachea e polmoni	28
Fegato e pancreas	42
Mani e piedi	49
Occhi, bocca e naso	56

donna nel primo trimestre di gravidanza, se pur necessari, possono risultare in molti casi tardivi. Per ridurre il rischio che si verifichino gli EAR è dunque necessario intervenire prima che la gravidanza abbia inizio. La donna e l'uomo che programmano una gravidanza dovrebbero per esempio seguire buone abitudini alimentari e stili di vita sani, come evitare il fumo e l'assunzione di alcol.

Alcuni studi hanno dimostrato per esempio che donne che mangiano secondo il modello della Dieta Mediterranea nel periodo preconcezionale e durante la gravidanza hanno un rischio molto ridotto (circa del 50%) di partorire un bambino affetto da rischio di difetti congeniti come la spina bifida e in un minor rischio di prematurità. La donna deve iniziare la supplementazione di acido folico (nella dose di 400 microgrammi al giorno) necessaria per la riduzione del rischio dei Difetti del Tubo Neurale (DTN), appena inizia a pensare a una gravidanza o ancora meglio per tutto il periodo fertile.

La conoscenza pregravidica dello stato immunologico (ricerca anticorpale per Rosolia, Toxoplasmosi, Varicella, etc.), l'uso oculato di farmaci (rimodulazione della terapia farmacologica escludendo farmaci potenzialmente teratogeni), la programmazione di esami diagnostici (che prevedono l'uso di radiazioni) possibilmente nei giorni seguenti il flusso mestruale, possono essere identificate come azioni di prevenzione degli EAR. Importantissimo è dunque il colloquio con il proprio sanitario di fiducia che saprà indicare nel migliore dei modi eventuali esami, vaccinazioni o adattamenti delle terapie farmacologiche.

La salute preconcezionale nel panorama italiano e la nascita del Gruppo Italiano Salute Riproduttiva e Primi 1000 Giorni Vela Arancione

Molti sforzi hanno sotteso, negli ultimi anni, alla creazione di un'area assistenziale entro la quale far rientrare tutte quelle politiche di prevenzione che hanno come mission la riduzione degli EAR, anello di congiunzione assistenziale tra l'educazione sessuale e l'assistenza alla gravidanza.

Negli anni passati il Ministero della Salute ha finanziato tramite il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) due progetti che hanno portato alla realizzazione di *Pensiamoci Prima*. Nell'ambito di questo progetto, a cui hanno partecipato pediatri, neonatologi, biologi e ginecologici, sono stati organizzati interventi informativi e formativi per gli operatori sanitari e per la popolazione sia residenziali che online. È stata inoltre realizzata una pagina web (*pensiamociprima.net*) e sono stati attivati i social network, con lo scopo di facilitare la promozione e la diffusione della cultura della salute preconcezionale.

Sebbene molti risultati siano stati ottenuti, molti altri sforzi serviranno in futuro per rendere la prevenzione in epoca preconcezionale una vera e propria area di intervento nell'operato quotidiano di tutti gli operatori sanitari, e non solo di quelli direttamente interessati alla

Figura 1.

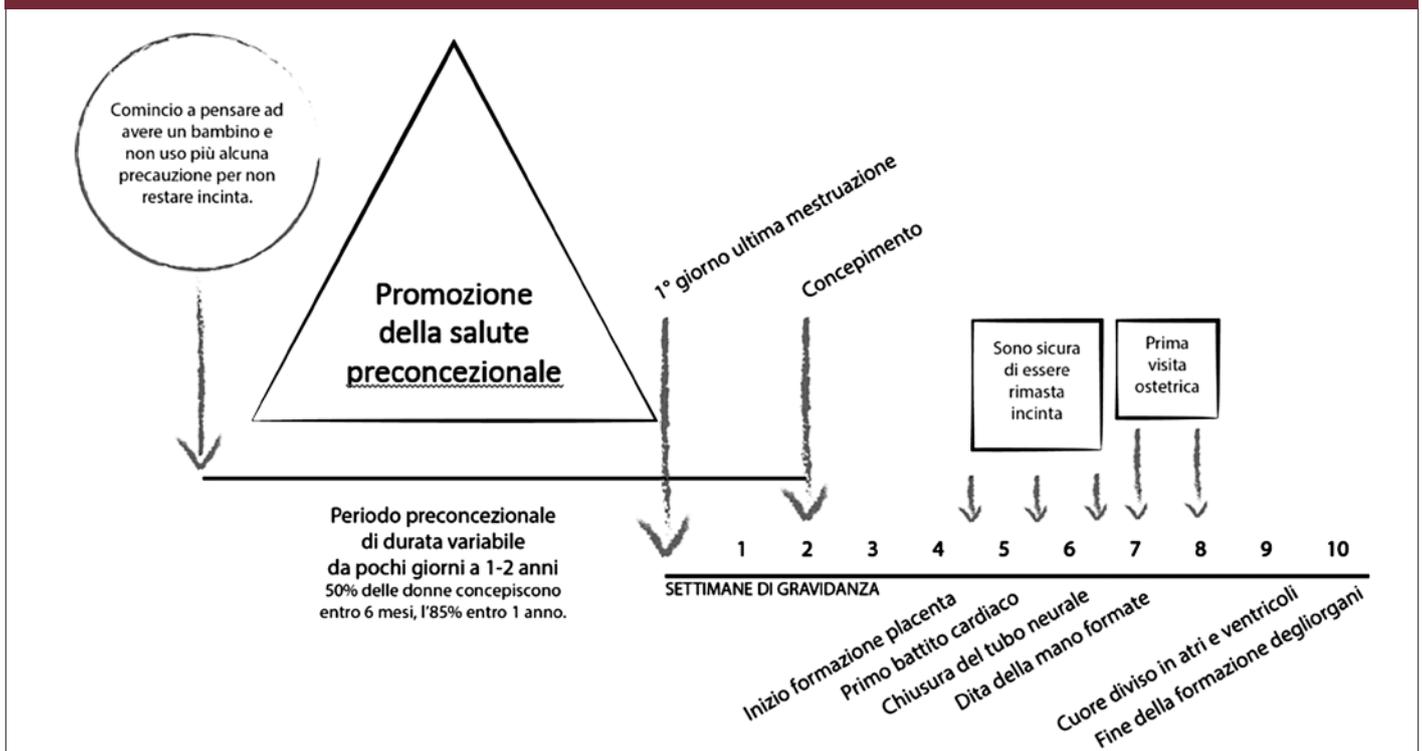
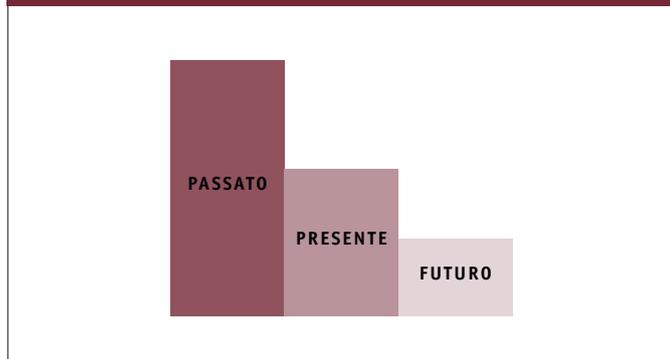


Figura 2. Ipotesi di frequenza di EAR



gestione e all'assistenza della gravidanza e dei bambini. Ed è quindi per questo che è necessario creare un percorso ben preciso per tutte quelle strutture sanitarie, associazioni e operatori che si impegnano, attraverso programmi e politiche di prevenzione, o che intendono impegnarsi a rendere sempre più istituzionalizzata e frequente la prevenzione preconcezionale e conseguentemente un riconoscimento per le attività svolte.

Da tutte queste premesse nell'ambito del 1° *Workshop Italiano Salute Riproduttiva* patrocinato dalla FNCO, tenutosi a Roma lo scorso gennaio, nasce il "Gruppo Italiano Salute Riproduttiva e Primi 1000 Giorni Vela Arancione". Al *workshop* hanno partecipato numerosi professionisti (per vedere il *panel* completo e gli *abstract* della giornata www.periodofertile.it/fertilita/salute-riproduttiva/1-workshop-italiano-salute-riproduttiva-la-situazione-italiana-nel-panorama-europeo) che lavorano già da anni in quest'ambito o nuovi interessati a iniziare questo percorso.

Il "Gruppo Italiano Salute Riproduttiva Vela Arancione e Primi 1000 Giorni" è un progetto di azione che intende individuare, collegare e formare attraverso percorsi diversi tutte le strutture sanitarie italiane, operatori e associazioni che si occupano o intendono occuparsi di prevenzione preconcezionale a vario titolo.

I principali ambiti di azione del "Gruppo Italiano Salute Riproduttiva e Primi 1000 Giorni Vela Arancione" saranno: la formazione, la ricerca, l'intervento e il supporto per le politiche sanitarie.

La diffusione della cultura di prevenzione preconcezionale e la seguente promozione della salute riproduttiva, hanno come obiettivo quello di creare, a qualsiasi livello, l'occasione per un *counselling*, anche informale, sulle tematiche trattate finora. Questa rappresenta la sfida più ardua!

Quali risultati ci aspettiamo? Nella Figura 2 l'obiettivo principale del GISRVA: la riduzione degli EAR.

Il ruolo delle ostetriche e degli ostetrici

L'attuazione di questo nuovo paradigma assistenziale deve necessariamente passare attraverso programmi strutturati: infatti il GISRVA nei prossimi anni coinvolgerà molte figure professionali, ma quella dell'ostetrica/o rappresenterà la figura chiave di questa nuova squadra di professionisti che si faranno portatori e attori dei messaggi della prevenzione in epoca preconcezionale. Come riportato nel codice deontologico, l'ostetrica/o "riconosce la centralità della donna, della coppia, del neonato, del bambino, della famiglia e della collettività e attua interventi adeguati ai bisogni di salute, nell'esercizio delle funzioni di sua competenza per la prevenzione, cura, salvaguardia e recupero della salute individuale e collettiva".

È fondamentale che tutte le ostetriche e gli ostetrici rispondano a questa nuova e stimolante sfida, affinché la gravidanza, il parto e la nascita di un figlio restino, per una coppia, un evento magico e privo di risvolti negativi.

Bibliografia

- [1] Mastroiacovo P., Baronciani D., Bortolus R. Prevenzione primaria degli esiti avversi della riproduzione attraverso la promozione della salute preconcezionale. *Quaderni ACP* 2010; 17(4): 148-153
- [2] Marchetti L., Compagni A., Filippini F. et al. Sostenere la salute riproduttiva per ridurre i difetti congeniti e la prematurità: un appuntamento importante. *Medico e Bambino* 2014; 33: 299-303
- [3] www.primadellagravidanza.it
- [4] www.pensiamociprima.it
- [5] Corchia C., Mastroiacovo P. Riflessioni sulla prevenzione primaria dei difetti del tubo neurale in Italia e spunti per una raccomandazione basata sulle evidenze più recenti. *Quaderni ACP* 1/2016
- [6] Corchia C., Mastroiacovo P. Health promotion for children, mothers and families: here's why we should "think about it before conception". *Ital J Pediatr* 2013; 39: 68
- [7] Vujkovic M., Steegers E.A., Looman C.W., Ockè M.C., van der Speck P.J., Steegers-Theunissen R.P., 2009. The preconception Mediterranean Dietary Pattern is associated with reduced risk of spina bifida in the offspring. *BJOG* 16(3), 408-415
- [8] Timmermans S., Steegers-Theunissen R.P., Vujkovic M., den Breeijen H., Russcher H., Lindemans J., Mackenbach J., Hofman A., Lesaffre E.E., Jaddoe V.V., Steegers E.A., 2012. The Mediterranean diet and fetal size parameters: the Generation R Study. *Br. J. Nutr.*, Oct 28; 108(8): 1399-409. doi: 10.1017/S000711451100691X

LA RIFORMA SANITARIA DELLA REGIONE SARDEGNA

The health reform of Sardinia Region



Autrice

Paola Lubinu

Ostetrica

AOU Sassari

paolalubinu@inwind.it

RIASSUNTO

L'autonomia regionale nella gestione delle Aziende Sanitarie del proprio territorio dà vita a modelli di *governance* molto diversi tra loro. Varie Regioni italiane, nel corso degli anni, hanno cercato di trovare un equilibrio tra la riduzione della spesa sanitaria e la necessaria, oltre che doverosa, erogazione di servizi sanitari efficaci, in grado di garantire la salute della popolazione.

La Regione Sardegna ha modificato l'assetto istituzionale e organizzativo del proprio Servizio Sanitario Regionale con la Legge Regionale n. 17 del 27 luglio 2016. Essa delinea e organizza le Aziende Sanitarie presenti in Sardegna a decorrere dal 1° gennaio 2017.

Le ASL sono soppresse e subentra nella loro funzione un'azienda unica regionale derivante dalla fusione di queste, l'Azienda per la Tutela della Salute (ATS) che si articola sul territorio in Aree Socio-Sanitarie (ASSL). La riorganizzazione, ancora in corso, è un esperimento di difficile attuazione per la dimensione dell'estensione territoriale coinvolta e rappresenta un banco di prova che potrebbe essere utile anche livello nazionale.

Parole chiave

Sardegna, Riforma, Sanità.

ABSTRACT

Regional autonomy in the management of healthcare in their own territory, gives life to very different governance models. Over the years, many Italian Regions have sought to strike a balance between reducing healthcare expenditures and the need, as well as the need for effective health services, to ensure the health of the population.

The Sardinia Region has modified the institutional and organizational structure of its Regional Health Service with Regional Law 27 July 2016, no. 17. It delineates and organizes healthcare companies present in Sardinia from 1st January 2017.

ASLs are abolished and are in their function as a single regional company deriving from the merger of these, the Healthcare Company (ATS) which is structured around the territory in Healthcare Areas (ASSL).

The reorganization, which is still underway, is an experiment difficult to implement for the size of the territorial extension involved, and is a benchmark that could be useful also at the national level.

Keywords

Sardinia, Reformation, Healthcare.

Introduzione

Il sistema organizzativo della sanità in Italia ha avuto una evoluzione radicale.

Al di là di quanto dichiarato nei principi fondamentali della nostra Carta Costituzionale (articolo 32), il diritto alla salute è un diritto finanziariamente condizionato sia dalle capacità finanziarie degli enti interessati della sua organizzazione, sia dall'organizzazione stessa, che influenza le modalità di erogazione dei servizi.

Il Servizio Sanitario oggi in Italia è articolato su tre livelli:

1. Stato (governo strategico e indirizzo generale);
2. Regioni (poteri di indirizzo e controllo);
3. Aziende Sanitarie (gestione strategica e operativa).

A livello centrale il punto di riferimento è il Ministero della Salute. L'atto fondamentale di intervento di indirizzo politico-amministrativo del Ministero, e quindi del Governo, è il Piano Sanitario Nazionale, in



Excursus storico

cui viene fissato in modo specifico l'ambito dell'intervento del SSN e le modalità dello stesso. In pratica, si programma come il diritto alla salute debba essere realizzato.

Le Regioni sono, invece, responsabili dell'organizzazione delle strutture e dei servizi sanitari e sono impegnate ad assicurare l'effettiva erogazione delle prestazioni incluse nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) stabiliti a livello centrale, sulla base delle specifiche esigenze territoriali. La Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome, consente alle Regioni di partecipare alle scelte del Governo in materia sanitaria; essa è la sede privilegiata della negoziazione politica.

Nell'ambito del SSN, lo Stato definisce le politiche di salute e determina i Livelli Essenziali di Assistenza da erogare in maniera uniforme sul territorio nazionale, secondo principi di equità e appropriatezza, perseguendo gli obiettivi di finanza pubblica. Le Regioni, a loro volta, organizzano il proprio Servizio Sanitario Regionale (SSR) assicurando l'erogazione dei servizi in condizioni di equilibrio economico e secondo standard di efficacia e qualità. Le Regioni a Statuto Speciale provvedono al SSR con risorse provenienti dal proprio bilancio (le Regioni a Statuto Ordinario, invece, sono finanziate dal FSN).

La Legge 833/1978 – istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale – oltre a prevedere il passaggio da un sistema mutualistico previdenziale a un sistema universalistico, di sicurezza sociale, destinato ad assistere tutti i cittadini senza disparità di trattamento, aveva tra gli obiettivi il decentramento di poteri amministrativi dallo Stato alle Regioni, per cui queste ultime dovevano provvedere alla programmazione e all'organizzazione dei servizi, in base al loro bacino d'utenza e alle risorse disponibili, e successivamente occuparsi della verifica e del controllo dell'efficienza e dell'efficacia di tale organizzazione.

Questa era la prima fase di decentramento politico-amministrativo che, con la riforma del 1978, prevedeva l'istituzione di USL (Unità Sanitarie Locali), rette da Comitati di Gestione nominati dai Comuni, con compiti di gestione degli interventi e un potere di indirizzo in capo alle Regioni.

Nella Regione Sardegna l'attuazione di questi principi è stata operata dalla Legge Regionale n. 13 del 16 marzo 1981 che individuava, costituiva e organizzava 22 Unità Sanitarie Locali.

All'articolo 1 si legge che “la Regione realizza nel proprio territorio il Servizio Sanitario Nazionale, assumendo quale indirizzo fondamentale la programmazione, la riorganizzazione, l'integrazione e il coordinamento dei servizi sociali e sanitari in funzione della progressiva eliminazione degli squilibri esistenti nelle condizioni socio-sanitarie del territorio e con l'obiettivo di pervenire alla tutela globale della salute, attraverso i momenti

della prevenzione, della cura e della riabilitazione, nel pieno rispetto della persona e della dignità umana". Successivamente con la Legge Regionale n. 10 del 30 aprile 1985 viene definito il Piano Sanitario Regionale per il triennio 1983-1985 che stabilisce gli indirizzi e le modalità di svolgimento delle attività finalizzate all'attuazione degli obiettivi del SSN nell'ambito del territorio sardo.

Negli ultimi decenni i sistemi sanitari europei sono stati soggetti a numerose riforme istituzionali. Nonostante il successo dei sistemi sanitari a copertura universalistica, si sono registrati alcuni problemi.

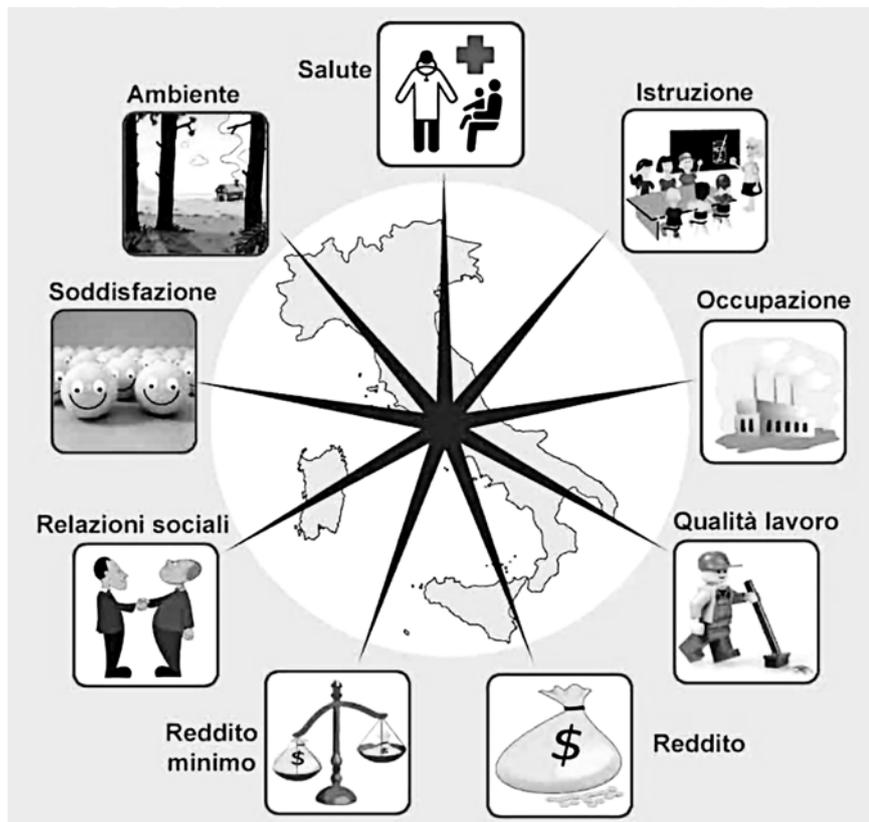
In Italia, tra i più importanti, emergono la mancata sostenibilità economica, la scarsa efficienza e la qualità a volte bassa degli interventi. Per questi motivi è stato necessario introdurre una serie di riforme mirate all'introduzione di meccanismi di governo della sanità ispirati a logiche aziendali private. Si è assistito all'avvento di processi di aziendalizzazione, all'uso di meccanismi manageriali, al favorire meccanismi concorrenziali fra

fornitori di servizi e al decentramento amministrativo nella gestione dei servizi sanitari con trasferimenti di poteri dallo Stato alle Regioni ancora più marcato.

Nel corso degli anni '90 il processo di decentramento ha avuto una svolta ancora più decisa con il Decreto Legislativo 502/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421" (e successive modificazioni con D.Lgs. 517/1993). In questi anni assistiamo alla riduzione del numero delle USL e alla loro "aziendalizzazione".

Nella Regione Sardegna la norma che adatta l'organizzazione sanitaria a questi cambiamenti è la L.R. n. 5 del 1995. Le USL si costituiscono in 8 Aziende. L'Azienda USL decentra le proprie funzioni nel territorio articolando l'organizzazione in distretti. L'ambito territoriale dei distretti coincide con quello delle USL istituite con L.R. 13/1981. Per ciascun distretto è istituita, nel bilancio dell'Azienda, una contabilità separata. L'istituzione di una imposta specifica, l'IRAP (D.Lgs. 446/1997), offre alle Regioni un finanziamento diretto legato alla struttura

Bes, ovvero Benessere equo e solidale: il nuovo indicatore vincolante per la Legge di Bilancio e il Def



A partire dal 2019 per la Legge di Bilancio e per il Documento di Economia e Finanza (Def) sarà vincolante un nuovo indicatore: il **Bes, ovvero Benessere equo e solidale**.

Lo scopo è quello di avere un indice che fotografi meglio del Pil la ricchezza e il benessere reale del nostro Paese. Inoltre così come il Pil, il Bes sarà vincolante per la definizione delle cifre di Finanza pubblica. Tra i 12 parametri che definiscono il Bes ci sono: speranza di vita in buona salute alla nascita, eccesso di peso, reddito medio disponibile aggiustato pro capite, indice di disuguaglianza del reddito disponibile, indice di povertà assoluta, uscita precoce dal sistema di istruzione e formazione, tasso di mancata partecipazione al lavoro, rapporto tra tasso di occupazione delle donne di 25-49 anni con figli in età prescolare e delle donne senza figli, indice di criminalità predatoria, indice di efficienza della giustizia civile, emissioni di CO₂ e altri gas clima alteranti, indice di abusivismo edilizio.

Nella relazione che accompagna il Decreto viene definita scientificamente l'obesità: "l'indicatore fa riferimento alla classificazione dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) dell'Indice di massa corporea (IMC: rapporto tra il peso in kg e il quadrato dell'altezza in metri), che consente di identificare le persone in sovrappeso (IMC tra i 25 e i 30) o obese (IMC sopra 30). L'eccesso di peso rappresenta un importante fattore di rischio per la salute. Ad esso risultano associate malattie cerebro e cardiovascolari e dell'apparato muscolo-scheletrico, diabete, ipertensione, cancro, malattie del fegato e della colecisti".

del territorio e si sostituisce in parte ai trasferimenti statali del Fondo Sanitario.

La regionalizzazione del sistema è rafforzata dalla riforma del Titolo V della Costituzione, ad opera della Legge Costituzionale n. 3 del 2001, che, modificando in particolare l'articolo 117 della nostra Carta fondamentale, segna uno spostamento ulteriore degli equilibri di potere tra Stato e Regioni.

Negli ultimi anni lo Stato ha spostato l'attenzione sull'obiettivo di controllare più efficacemente la spesa sanitaria regionale, imponendo restrizioni di *budget*. Nel 2001 nell'Accordo fra Governo e Regioni, il primo si impegna a finanziare le Regioni che avevano accumulato deficit, le seconde accettavano di attuare piani di rientro e cercare meccanismi che non creassero nuovi deficit (tassazione e ticket).

Nel 2006 con la L.R. n. 10 viene abrogata la L.R. n. 5 del 1995. All'articolo 2 vengono elencate le Aziende Sanitarie Locali (ASL) della Sardegna aventi personalità giuridica di diritto pubblico, dotate di autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione. Le Aziende sono le seguenti:

- ASL 1 Sassari (coincidente con l'ambito territoriale della Provincia di Sassari);
- ASL 2 Olbia (coincidente con l'ambito territoriale della Provincia di Olbia-Tempio);
- ASL 3 Nuoro (coincidente con l'ambito territoriale della Provincia di Nuoro);
- ASL 4 Lanusei (coincidente con l'ambito territoriale della Provincia dell'Ogliastra);
- ASL 5 Oristano (coincidente con l'ambito territoriale della Provincia di Oristano);
- ASL 6 Sanluri (coincidente con l'ambito territoriale della Provincia del Medio Campidano);
- ASL 7 Carbonia (coincidente con l'ambito territoriale della Provincia di Carbonia-Iglesias);
- ASL 8 Cagliari (coincidente con l'ambito territoriale della Provincia di Cagliari);
- AOU di Sassari;
- AOU di Cagliari;
- AO Brotzu.

Nel 2009 c'è di nuovo vento di riforme. È del 7 agosto la Legge Regionale n. 3 "Disposizioni urgenti nei settori economico e sociale" il cui articolo 12 "Disposizioni urgenti in materia di Sistema Sanitario Regionale" è redatto col fine di migliorare i servizi e ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane ed economiche. Sono istituite con Deliberazione della Giunta Regionale le Macroaree e i Comitati di Coordinamento di ognuna di esse. Le Macroaree esercitano funzioni di gestione economica, delle reti informatiche (inclusa la prenotazione centralizzata delle prestazioni sanitarie), di gestione e organizzazione dei magazzini.

Ferma restando la disciplina di cui al D.Lgs. 502/1992 e successive modifiche, possono essere costituite in Azienda autonoma le strutture ospedaliere che possiedono le seguenti caratteristiche: organizzazione dipartimentale, nuclei di alta specialità, disponibilità di un sistema di contabilità economico-patrimoniale e di contabilità per centro di costo, servizi di pronto soccorso,

ruolo di ospedale di riferimento in programmi di assistenza integrati su base regionale e/o interregionale, patrimonio immobiliare adeguato e sufficiente, dati di produzione di prestazioni sanitarie che superino la media regionale in almeno il 40% dei principali indicatori statistici e di *performance*.

Per consentire la realizzazione del processo di riforma si provvede al commissariamento delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliero-Universitarie (in questo caso d'intesa con i Rettori); ogni Commissario redige un progetto di scorporo deliberato dalla Giunta Regionale con l'atto di costituzione dell'Azienda, di cui costituisce parte integrante. In sintesi vengono istituite le Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) e il Consorzio di Area Vasta "Macroarea Sardegna". Schematicamente sono presenti sul territorio sardo due Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU Cagliari e AOU Sassari), un'Azienda Ospedaliera (Brotzu) e in aggiunta le ASL nei territori di Sassari, Nuoro, Gallura, Oristano, Ogliastra, Sulcis Iglesiente, Medio Campidano, Cagliari.

Nel 2014 la L.R. n. 23 del 17 novembre 2014 "Norme urgenti per la riforma del Sistema Sanitario Regionale. Modifiche alle leggi regionali n. 23 del 2005, n. 10 del 2006 e n. 21 del 2012" sopprime l'Agenzia Regionale della Sanità, istituisce una Centrale Regionale di Committenza, istituisce l'Azienda Regionale di Emergenza e Urgenza (AREU), le Case della salute e gli Ospedali di comunità. Inoltre propone un adeguamento organizzativo e il commissariamento delle Aziende Sanitarie con ridefinizione del loro numero, delimitazione territoriale delle ASL, composizione delle AO e delle AOU. Si assiste all'incorporazione nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari del Presidio Ospedaliero "SS. Annunziata", facente capo all'ASL 1 di Sassari e all'incorporazione nell'Azienda Ospedaliera di rilievo nazionale "G. Brotzu" dei Presidi Ospedalieri "Microcitemico" e "Oncologico - A. Businco", facenti capo alla ASL 8 di Cagliari.

La riforma

La Legge n. 229 del '99 ha avviato il processo di regionalizzazione e di separazione dei 21 SSR italiani. Le Regioni hanno la possibilità di designare la propria articolazione territoriale; sono esse stesse che decidono come suddividere il proprio territorio e individuare il modello di gestione più adatto alle proprie specifiche esigenze.

Nella scelta dell'organizzazione territoriale, c'è una totale libertà nella modalità dell'erogazione dei servizi entro i limiti dei LEA; ad esempio, sono le Regioni che definiscono il tariffario DRG (scelto all'interno di un quadro definito a livello nazionale).

Per fare un altro esempio della grande varietà di modelli e soluzioni gestionali, la Regione Toscana, per quanto riguarda la mobilità intra-regionale, ha disattivato in alcune fasi della valutazione delle aziende gli effetti della fuga di pazienti tra ASL diverse con la logica di passare dalla competizione tra aziende alla "competizione cooperante". Non vengono penalizzate dunque le



ASL che perdono i pazienti verso le altre ASL della stessa Regione, soprattutto per la presenza di due poli ospedalieri molto importanti: il Cisanello a Pisa e i poli fiorentini – in particolare il Meyer – attrattivi sia a livello regionale che nazionale.

Nella Regione Emilia Romagna, invece, è stato inserito il tariffario doppio, cioè differente per ospedali generalisti e specialisti. Sostengono che un ospedale che gestisce un'offerta di servizi specializzati in una determinata area dell'attività sanitaria ad elevata specializzazione abbia costi superiori e sia quindi legittimato a tariffare la medesima prestazione a un costo superiore rispetto alla tariffa praticata da un ospedale generalista.

L'autonomia regionale dà vita a modelli di sanità molto diversi tra loro e questo trova la sua massima espressione nell'organizzazione dell'assetto istituzionale: numero di aziende, funzioni ad esse assegnate, meccanismi di coordinamento. Per esplicitare ancora meglio l'autonomia regionale identifichiamo alcuni modelli italiani, oltre il tradizionale articolato tramite le ASL.

Il *modello lombardo* è molto radicale e competitivo. La Regione Lombardia ha sollevato le ASL da tutte le funzioni di tipo sanitario, trasformandole di fatto in agenzie pubbliche di coordinamento, regolamentazione e finanziamento della sanità, senza essere erogatori di servizi. Questo è stato possibile grazie alla presenza capillare di Aziende Ospedaliere pubbliche e private che hanno permesso di demandare loro queste funzioni. Le ASL (soggetti paganti) non sono erogatori diretti, quindi chi eroga è chiamato a migliorare la propria qualità per cercare di attrarre pazienti e di conseguenza risorse.

Il *modello emiliano* è un modello estremamente integrato in cui le ASL e le Regioni hanno una forte attività programmatrice.

Il *modello marchigiano* – ora anche sardo – è basato sull'ASL unica, con funzioni di coordinamento a livello centrale per una maggior razionalizzazione delle risorse.

Il *modello toscano* propone una soluzione intermedia: sono state demandate all'Estar (Ente di supporto tecnico-amministrativo regionale, che non eroga servizi clinico-sanitari) le attività di gestione amministrativa e contabile del personale, di gestione degli acquisti e della logistica. Hanno, quindi, creato un ente parallelo alleggerendo le funzioni amministrative delle ASL.

Il *modello "azienda zero"* – adottato in Veneto – mantiene tutte le funzioni in capo alle ASL e crea un'ulteriore azienda che coordina tutte le aziende venete. Adempie all'obiettivo di unificare e centralizzare le decisioni relative alla programmazione, all'attuazione, al coordinamento, alla *governance* e alla gestione tecnico-amministrativa delle nove Aziende sanitarie. Allo stesso modo la Regione Liguria ha creato "Alisa" dando una *governance* unica alle cinque ASL liguri.

In Sardegna c'era, fino allo scorso anno, un modello di organizzazione molto tradizionale, una articolazione territoriale capillare, basata sulla chiara definizione di territorio e ASL, una tendenziale centralità dell'ospedale, una predominanza dell'offerta pubblica rispetto a quella privata.

Le ASL (a parte Cagliari e Sassari che possedevano altre aziende) erano chiamate a erogare tutti i servizi sanitari nel territorio di assistenza.

L'organizzazione sarda ha tre discipline di riferimento fondamentali:

1. la L.R. 10/2006 (che recepisce il D.Lgs. 229/1999, abrogativa della L.R. 5/1995), che è la legge fondamentale sulla tutela della salute in Sardegna e definiva 8 ASL;
2. la L.R. 23/2014 "Norme urgenti per la riforma del Sistema Sanitario Regionale", modificativa della precedente;
3. la L.R. n. 17 del 27 luglio 2016, che modifica entrambe le precedenti e ha rivoluzionato l'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio Sanitario Regionale, istituendo l'Azienda per la Tutela della Salute (ATS).

All'art. 1, comma 5, la Legge da ultimo citata delinea le Aziende Sanitarie della Sardegna a decorrere dal 1° gennaio 2017:

- a. l'Azienda per la Tutela della Salute (ATS) coincidente con l'ambito territoriale della Sardegna;
- b. l'Azienda Ospedaliera G. Brotzu;
- c. l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari;
- d. l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari;
- e. l'Azienda Regionale dell'Emergenza e Urgenza della Sardegna (AREUS).

Le ASL sono soppresse e subentra nella loro funzione un'Azienda unica regionale derivante dalla fusione di queste. Sono presenti, quindi, un'Azienda (ATS) e 8 Aree Socio-Sanitarie (ASSL) che costituiscono le articolazioni organizzative dell'ATS, corrispondenti ai territori delle vecchie ASL.

Verrà introdotta in futuro (entro il 31 dicembre 2019) anche l'Area Metropolitana di Cagliari, contestualmente all'attuazione della riforma degli enti locali. Le ASSL sono dotate di autonomia gestionale e contabilità separata.

La Giunta Regionale nomina il Direttore Generale dell'ATS, secondo le procedure stabilite dalla legge, scegliendolo dall'elenco degli idonei costituito secondo normativa vigente. Al Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario si applicano le disposizioni della L.R. 10/2006, art. 10.

I Direttori delle ASSL sono nominati dal Direttore dell'ATS e sono scelti a seguito di una procedura di selezione pubblica con incarico di durata non inferiore a 3 e non superiore a 5 anni. Non è consentita la nomina per più di due mandati consecutivi presso la medesima ASSL. I Direttori delle ASSL sono sottoposti a verifica annuale e il mantenimento dell'incarico è vincolato al raggiungimento degli obiettivi.

I Distretti Socio-Sanitari costituiscono l'articolazione territoriale dell'ASSL. Il Direttore di ATS individua i Distretti d'intesa con la Conferenza Regione-Enti Locali. Sono istituiti il Distretto delle isole minori di San Pietro e Sant'Antioco e il Distretto de La Maddalena.

L'ATS, sulla base degli atti di indirizzo deliberati dalla Giunta Regionale e delle direttive dell'Assessorato competente in materia di sanità, svolge le funzioni di:

- a. programmazione e gestione dell'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari;

- b. armonizzazione dei processi gestionali nel territorio regionale;
- c. accentramento, per tutte le Aziende Sanitarie della Sardegna, dei processi di domanda di beni e servizi e di approvvigionamento;
- d. gestione accentrata, per tutte le Aziende Sanitarie della Sardegna, delle procedure concorsuali e selettive, del trattamento economico del personale, dei magazzini e della relativa logistica, delle reti informatiche e delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, delle tecnologie sanitarie e della valutazione dell'impatto delle stesse;
- e. gestione accentrata, per tutte le Aziende Sanitarie della Sardegna, delle procedure di gara per la progettazione, realizzazione, manutenzione, alienazione, concessione e locazione degli immobili costituenti patrimonio delle stesse (l'ATS diventa la centrale di committenza del settore sanitario, quindi la gestione delle gare d'appalto per i servizi e gli acquisti avverrà tutta a livello regionale);
- f. definizione degli accordi con le strutture pubbliche ed equiparate e stipula dei contratti con quelle private e con i professionisti accreditati;
- g. accentramento delle procedure di organizzazione dei percorsi formativi ECM.

Un'Azienda unica ha l'obiettivo di abbattere i costi, ridurre le liste d'attesa e il numero dei ricoveri inappropriati. È un esperimento unico a livello nazionale per la dimensione dell'estensione territoriale.

Il tempo dirà se l'operato di un super-manager e la fusione di tante realtà diverse porterà a una reale razionalizzazione dei costi sanitari e allo stesso tempo garantirà efficacia, efficienza, equità e qualità dei servizi erogati ai cittadini sardi valorizzando la professionalità degli operatori sanitari.

Bibliografia e sitografia

- Zangrandi A., Economia e management per le professioni sanitarie, Milano, McGraw Hill, 2010
- Giovanelli L., La valutazione delle performance in ambito sanitario, Torino, Giappichelli, 2013
- Giorgetti R., Legislazione e organizzazione del servizio sanitario, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2016
- www.regione.sardegna.it
- www.salute.gov.it
- www.atssardegna.it
- www.aoucagliari.it
- www.aousassari.it
- www.aobrotzu.it
- www.gazzettaufficiale.it
- www.uniss.it
- www.consreg Sardegna.it
- www.normattiva.it

OSPEDALE SAN CARLO DI POTENZA

Il progetto non finisce oggi, ma inizia domani



AZIENDA OSPEDALIERA
REGIONALE "S. CARLO"

“Il progetto non finisce oggi, ma inizia domani... perché il nostro è un lavoro quotidiano e guardiamo alle tante azioni già in cantiere che presenteremo nei prossimi mesi”. Così dichiarò il dottor Schettini (Direttore U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia del Dipartimento della Donna e del Bambino, dell’Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza), all’inaugurazione del progetto *Vicini dalla nascita*, avviato l’8 marzo 2014 come programma ambizioso di azioni volte a migliorare la qualità delle cure e l’attenzione a donna, mamma e bambino, e a realizzare non solo interventi di carattere strutturale e investimenti in tecnologia, ma anche processi di innovazione culturale, importanti cambiamenti organizzativi e una chiara strategia comunicativa.

Infatti dal 2014 a oggi alcune iniziative del progetto *Vicini dalla nascita* hanno reso ancora più serena e meno complicata la vita alla gestante riducendo tempi di attesa e spostamenti, come per esempio la priorità per le prenotazioni presso le casse ospedaliere, i parcheggi rosa, un numero verde dedicato, un sito *web* e un’applicazione per *smartphone* utile a ricordare le scadenze e avere informazioni sui tanti aspetti della gravidanza, la nuova *Agenda della gravidanza* e i percorsi facilitati, denominati *Day Service*, che consentono di svolgere tutti gli esami diagnostici necessari presso gli ambulatori.

Tra gli investimenti in spazi e tecnologie meritano di essere menzionati:

- il Centro di Diagnosi Prenatale che, attraverso tecniche strumentali e di laboratorio all’avanguardia, consente di identificare alcune patologie prima della nascita;
- le 4 sale parto, di cui una con vasca, accoglienti, colorate, moderne, dove l’assistenza delle ostetriche è rivolta al travaglio-parto delle gravidanze sia a basso che ad alto rischio, secondo modelli organizzativi ben definiti, il cui obiettivo è favorire il parto vaginale sia con metodi naturali (posizioni alternative e travaglio in acqua) sia farmacologici (epidurale) per il contenimento del dolore;
- la Terapia Intensiva Neonatale, con dotazioni logistiche e tecnico-scientifiche all’avanguardia;
- la Pediatria con un centro multispecialistico per il bambino celiaco grazie alla preziosa collaborazione con il centro pediatrico Bambino Gesù di Roma.

RIASSUNTO

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

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

Parole chiave

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

Le iniziative però non si sono fermate al momento del parto e il nostro Direttore, alla luce delle linee di indirizzo contenute nell’Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 il cui obiettivo è “*promuovere e migliorare la qualità, la sicurezza e l’appropriatezza degli interventi assistenziali nel Percorso nascita e ridurre il ricorso al taglio cesareo*”, ha creato gruppi di lavoro costituiti da medici e ostetriche che hanno sviluppato ambiziosi progetti assistenziali sensibilizzando la Direzione Strategica dell’AOR a potenziare il numero del personale ostetrico, in sostituzione di quello infermieristico, per l’attivazione futura delle attività connesse ai seguenti PDTA:

- PDTA **Ambulatorio Gravidanza a Basso rischio gestito dalle ostetriche** comprensivo dei criteri di accesso al percorso, lo sviluppo dello stesso, i criteri di uscita e i piani di miglioramento individuati nelle Linee Guida dell’ISS del 2011 e nel Percorso assistenziale della gravidanza fisiologica a basso rischio e dando all’ostetrica l’autonomia nella presa in carico della diade madre/feto come peraltro sostenuto anche dalle Direttive europee;

ABSTRACT

The Department of the Woman and Child of the San Carlo Hospital of Potenza is a leader in women's health care offering a full range of services relating to a woman's life cycle "The project does not end today, but it is starting tomorrow ... because we work daily, looking at the many measures already in the pipeline which we will present in the coming months" Dr. Sergio Schettini, medical director of the Department of Maternal Healthcare of San Carlo Hospital of Potenza, said at the opening of the project *Neighbours from birth*, started in March 8, 2014.

A priority appointment booking line at the hospital cashiers, "pink" parking spaces, a dedicated free hotline, a website and a smartphone app useful to remember deadlines and information on many aspects of pregnancy, the new *Pregnancy's Agenda*, are some of the active initiatives to facilitate the path to the pregnant lady.

Space and technology investments are worth mentioning: the "Prenatal Diagnosis Center", 4 new delivery rooms of which one with tub, the creation and implementation of new diagnostic and therapeutic pathways (PDTA) with dedicated working groups in continuous training and updating, the Neonatal Intensive Therapy (NICU), and the continuous collaboration with the Bambino Gesù Pediatric's Hospital of Rome.

A new Emergency Obstetrician Unit will be also inaugurated shortly at the San Carlo Hospital of Potenza. The activation of the new emergency area shows the constant commitment of the San Carlo Hospital of Potenza and is another milestone for the hospital's empowerment, being part of the continuous realization of care paths for pregnant women.

Hub of the Obstetric-Gynaecological activity, the structure will be active 24 hours a day, 7 days a week on the ground floor of the Hospital San Carlo. It will represent an important achievement proving the attention and the commitment of the San Carlo Hospital of Potenza toward women and care at birth.

To be committed to the care and improvement of human life is, above all else, the current and future mission of the Department of the Woman and Child of the San Carlo Hospital of Potenza.

Keywords

Pregnancy, diagnostic pathways, delivery rooms, project *Neighbours from birth*, Emergency Obstetrician Unit.



- **PDTA Travaglio in acqua** secondo le Linee Guida del NICE (National Institute for Clinical Excellence), dell'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) 2016, che rappresenta una delle possibili alternative per il travaglio. La scelta può essere manifestata dalla donna o proposta dall'ostetrica quando ritiene possa aiutare l'evoluzione del travaglio;
- **PDTA Triage ostetrico**;
- **PDTA Skin to skin** come raccomandato dall'OMS e dalle principali Linee Guida internazionali, è possibile effettuare il contatto precoce pelle a pelle mamma-neonato dopo la nascita, anche in caso di taglio cesareo. Il contatto pelle a pelle favorisce lo sviluppo della relazione tra la mamma e il neonato favorendo un alto livello di auto-soddisfazione nella donna e la percezione di sentimenti positivi.

Al via anche il nuovo Pronto Soccorso Ostetrico (PSO)

È a breve l'inaugurazione presso l'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza del nuovo Pronto Soccorso Ostetrico (PSO). Punto nevralgico dell'attività ostetrico-ginecologica, la struttura sarà attiva al piano terra dell'Ospedale San Carlo 24h su 24h, 7 giorni su 7, e rappresenterà un'importante realizzazione nel segno dell'attenzione e dell'impegno che l'Azienda San Carlo di Potenza pone continuamente nei confronti dell'assistenza alla donna e alla nascita.

Il PSO è rivolto alle donne in gravidanza e permette in spazi dedicati, opportunamente attrezzati e riservati, di intervenire tempestivamente in caso di emergenza/criticità ostetrica, nonché di assistere donne con patologie non urgenti (urgenza soggettiva) 24 ore su 24.

L'ostetrica formata a operare secondo protocolli codificati accoglierà la donna, raccoglierà semplici informazioni relative al suo stato di salute e al motivo dell'accesso, stabilirà la priorità dell'evento. Dopo la valutazione del tipo di urgenza (*triage*), il medico ginecologo di PSO provvederà alla visita e al trattamento in base all'inquadramento diagnostico che può avvalersi di ecografia, monitoraggio cardiocografico, esami ematici. In base alla diagnosi le donne verranno dimesse a domicilio o se ritenuto opportuno ricoverate in reparto/sala parto.

Questa soluzione presenta indubbi vantaggi, sicuramente offre maggiori garanzie di sicurezza, permettendo di agire nel minor tempo possibile nei casi di urgenza ostetrica, quindi migliore qualità del servizio offerto evitando che le donne in gravidanza che necessitano di cure e attenzioni particolari si trovino a sostare in prossimità dei pazienti che normalmente affollano il nostro Pronto Soccorso. L'attivazione della nuova area di emergenza è l'ennesima tappa di potenziamento e impegno dell'Azienda San Carlo di Potenza, inserendosi nell'ambito della continua realizzazione dei percorsi assistenziali di alto livello per le donne in gravidanza.

IL TUMORE AL SENO

Valutazione delle conoscenze delle donne, informazione e prevenzione in gravidanza

Breast cancer: women's knowledge and prevention during pregnancy

Autrici

Giulia Trapella

Ostetrica

Università degli Studi di Milano-Bicocca

giuliatrapella.uni@gmail.com

Antonella Nespoli

Ostetrica, Ricercatrice

Università degli Studi di Milano-Bicocca

Simona Fumagalli

Ostetrica ASST Monza

Fondazione MBBM - Università degli Studi di Milano-Bicocca

Maria Ghazanfar

Ostetrica ASST Vimercate

Introduzione

Sono tanti e notevoli i passi avanti fatti nella diagnosi e nella cura dei tumori, ma il maggiore slancio oggi necessario è sul fronte della promozione e prevenzione, considerando che oltre un tumore su tre si può prevenire proprio attraverso i corretti stili di vita, a partire da alimentazione e nel dire “no” al fumo. È il messaggio lanciato, quest'anno, dalla Giornata mondiale contro il cancro che si celebra il 4 febbraio e che ha come motto emblematico: “We can. I can”, ovvero “Noi possiamo. Io posso”. La salute di genere ponendo l'enfasi sulla promozione della salute

nella popolazione femminile si occupa della prevenzione dei tumori, tra cui il carcinoma della mammella.

Il carcinoma mammario risulta essere il tumore più frequente tra le donne e la seconda tipologia di cancro nella popolazione mondiale, dopo quello al polmone (International Agency for Research on Cancer, 2014). Anche in Italia, tale tumore è il più riscontrato e il più diagnosticato (29% di tutti i tumori): si tratta della prima causa di morte oncologica per le donne in tutte le fasce di età (AIRTUM, 2015).

RIASSUNTO

Introduzione

A livello mondiale e nazionale, il tumore alla mammella è il più diagnosticato nelle donne e la più frequente causa di morte oncologica. La sopravvivenza a tale cancro a 5 anni dalla diagnosi è in costante aumento e questo è reso possibile grazie alla capacità di diagnosticare precocemente il tumore (AIRTUM, 2015).

Scopo

La ricerca si propone di indagare il livello di conoscenza del tumore al seno all'interno di una popolazione di gravide. Inoltre, sono state valutate possibili relazioni tra le variabili socio-demografiche e le conoscenze delle donne.

Metodi

È stato condotto uno studio osservazionale prospettico su una corte di 42 donne gravide frequentanti il corso di accompagnamento alla nascita della FMBBM-ASST Monza tra luglio e settembre 2016. Alle donne che hanno aderito allo studio è stato somministrato un questionario, diviso in 4 macro aree:

anatomia delle mammelle, epidemiologia del carcinoma mammario, prevenzione primaria e prevenzione secondaria. In seguito, è stato condotto un intervento formativo-educativo ostetrico sul tumore al seno.

Risultati

Dai risultati emerge una scarsa consapevolezza delle donne sulla fisiologia del seno e una ridotta conoscenza del carcinoma mammario, in termini di epidemiologia e metodi di prevenzione. Tuttavia, si osserva una relazione positiva tra il titolo di studio, la pluriparità e l'aver eseguito una visita senologica con il livello di conoscenza dei temi affrontati.

Conclusioni

Lo studio mette in evidenza l'importanza di sensibilizzare le donne sul carcinoma mammario, aumentandone la conoscenza e, di conseguenza, facilitandone il cambiamento di stili di vita legati alla diffusione di tale tumore. Intervenire in gravidanza significa estendere la prevenzione alla collettività e promuovere così la salute di genere.

Il cancro al seno presenta una fase asintomatica e la sua mortalità potrebbe essere ulteriormente ridotta se fosse diagnosticato in tale fase attraverso una corretta diagnosi precoce (Mahfouz et al., 2013).

Aumentare l'adesione agli *screening*, attraverso interventi educativi, rappresenta una valida strategia per favorire diagnosi tempestiva e trattamento precoce del tumore al seno. È stato dimostrato che le donne con una bassa percezione del proprio rischio di avere il cancro e con un'inaccurata conoscenza di segni e sintomi, fattori di rischio e metodi di *screening*, tendono a sottovalutarne l'incidenza e quindi anche l'adesione allo *screening* (Lemasters et al., 2014).

Maggiore è la consapevolezza sulle caratteristiche del carcinoma mammario maggiore sarà l'attenzione delle donne per il proprio seno e la propria salute.

Gli interventi di educazione sanitaria sono fondamentali per poter aumentare la conoscenza e la consapevolezza delle donne su tale neoplasia ottenendo così reali miglioramenti in termini di salute pubblica. L'ostetrica/o è il professionista che per sua competenza si occupa di interventi di educazione sanitaria sia nell'ambito della famiglia che nella comunità, partecipando, inoltre, alla prevenzione e all'accertamento dei tumori della sfera genitale femminile (DM 740/94). Essendo le ostetriche impegnate nella cura delle donne in tutta la loro vita riproduttiva, dall'infanzia alla menopausa, sono le professioniste in grado di motivare le donne anche rispetto alla prevenzione oncologica (William, 2013).

Per ridurre l'incidenza di malattie, come il carcinoma mammario, è necessario l'intervento di professionisti sanitari come le ostetriche (Seven et al., 2015).

In particolare la gravidanza rappresenta un momento in cui la donna è molto recettiva rispetto al proprio stato di salute, pertanto la gestazione diventa una finestra strategica per proporre interventi educativi e di conoscenza rispetto a stili di vita sani e a comportamenti/ abitudini da adottare per la prevenzione di patologie come il tumore al seno.



Scopo

L'obiettivo primario di questo studio consiste nel valutare la conoscenza delle donne rispetto al tumore al seno in riferimento a quattro macro aree:

1. anatomia della mammella;
2. epidemiologia del cancro;
3. prevenzione primaria;
4. prevenzione secondaria.

Inoltre, sono state valutate possibili relazioni tra le variabili socio-demografiche, le variabili relative all'anamnesi ostetrico-ginecologica rispetto alle conoscenze pregresse delle donne.

ABSTRACT

Introduction

Breast cancer is the most diagnosed tumor for women, and the most frequent cause of cancer death all over the world.

Breast cancer survival after 5 years from diagnosis is steadily increasing thanks to precocious diagnosis (AIRTUM 2015).

Purpose

The aim of this research was to investigate the level of knowledge of breast cancer within a population of pregnant women. Furthermore, the search has examined possible relationships between social-demographic variables and women's knowledge.

Methods

This is a perspective study on a group of 42 pregnant women attending the antenatal education course at FMBBM-ASST Monza between July and September 2016. Women were asked to fill in a questionnaire which was divided into 4

macro areas: breast's anatomy, epidemiology of breast carcinoma, primary and secondary prevention. Subsequently an obstetric formative educational intervention has been developed on breast tumor.

Results

Results show a poor awareness in women on breast physiology and a low knowledge of breast cancer epidemiology and methods of prevention. However, there is a positive relationship between education, multiparity, breast visit and the level of knowledge of this themes.

Conclusion

The research shows the importance to make women aware of breast cancer, by increasing their knowledge and consequently facilitating the changing of habits and lifestyles related to the spread of such tumor.

Operating during pregnancy permits to extend prevention to the community and to promote gender health.

Materiali e metodi

Lo studio è stato condotto nel Dipartimento materno-infantile della Fondazione MBBM - ASST Monza e ha previsto l'arruolamento delle donne in gravidanza frequentanti due differenti corsi di accompagnamento alla nascita, tra luglio e settembre 2016, per un totale di 42 soggetti. Le gravide, dopo aver firmato il consenso informato, ricevevano un questionario con 34 quesiti divisi in due sezioni. La prima conteneva 5 domande relative alle variabili socio-demografiche e all'anamnesi ostetrico-ginecologica. La seconda, invece, valutava le conoscenze delle donne in relazione alle quattro macro aree indagate. Dopo aver compilato il questionario, le donne assistevano a un intervento educativo-informativo durante il quale venivano riprese tutte le informazioni richieste all'interno della seconda sezione del questionario.

Risultati

La fascia di età del campione in analisi è compresa tra i 23 e i 40 anni con una media di 32 anni (DS= ±4,9). La Tabella 1 descrive i dati relativi all'anamnesi socio-demografica e ostetrico-ginecologica delle donne. Rispetto all'area della conoscenza sull'anatomia del seno (macro area 1) dall'analisi è emerso che 29 donne su 42 sanno che le mammelle sono costituite da tessuto ghiandolare e adiposo e 38 su 42 che l'area pigmentata intorno al capezzolo è definita areola. Nessuna delle donne intervistate conosce il numero di lobi presenti nel seno né sa che, solo in gravidanza, si verifica la maturazione completa della ghiandola mammaria. In relazione all'epidemiologia del cancro al seno (macro area 2) la Tabella 2 mette in evidenza le conoscenze delle donne su tale aspetto.

La Figura 1, invece, mostra la consapevolezza delle donne sulla prevenzione primaria (macro area 3) in termini di fattori di rischio e fattori protettivi del carcinoma mammario.

In relazione alla prevenzione secondaria (macro area 4), emerge che il 95% del campione sa che la mammografia è il test di screening per il cancro al seno, ma solo 2 donne su 42 (5%) conoscono la fascia d'età in cui dovrebbe essere eseguita e solo 15 su 42 (36%) la tempistica corretta. Il 36% sa che esistono ulteriori esami diagnostici.

Per quanto riguarda l'associazione del livello di conoscenze delle donne rispetto alle variabili indagate, si può osservare una relazione tra un livello di istruzione superiore, la pluriparità e l'aver eseguito una visita senologica e i più elevati livelli di conoscenze.

Come confermato dalla letteratura scientifica, anche il nostro studio suggerisce l'influenza di istruzione e livello di educazione sul livello di conoscenza rispetto al tumore al seno in relazione a tutte le quattro macro aree indagate.

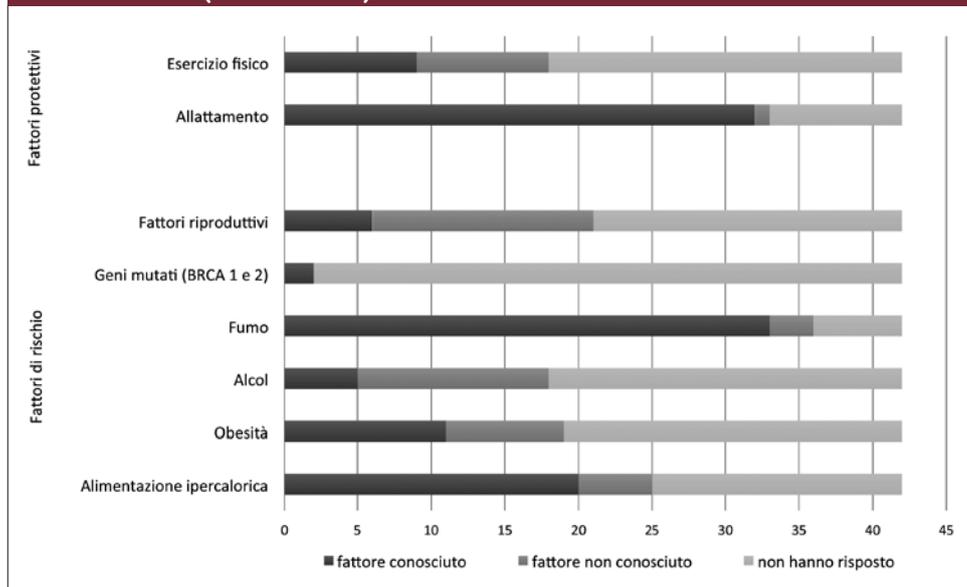
Anche la parità sembra condizionare le conoscenze: le pluripare hanno risposto più correttamente ai quesiti relativi al tumore al seno rispetto alle nullipare.

Questo potrebbe dimostrare come coloro che hanno già intrapreso un percorso di salute in passato e che si sono già avvicinate al loro seno ai fini dell'allattamento, hanno una maggiore consapevolezza di tali tematiche.

Infine, anche le donne che hanno eseguito una visita senologica sono state in grado di rispondere a un numero maggiore di domande in maniera esatta; quest'ultime conoscono meglio la fisiologia del proprio seno, l'epidemiologia del carcinoma mammario e quali fattori di rischio e di protezione si associano alla malattia (macro aree 1, 2 e 3). Inoltre, sono donne più informate sulla mammografia e sugli strumenti di diagnosi precoce (macro area 4).

Tabella 1 - Variabili socio-demografiche e anamnesi ostetrico-ginecologica della popolazione in studio

SEZIONE QUESTIONARIO A				
Variabili			Popolazione (n = 42)	
			n	%
Variabili socio-demografiche	Nazionalità	Italiana	40	95%
		Straniera	2	5%
	Istruzione	Media superiore	16	38%
		Laurea	26	62%
	Stato civile	Nubile	15	36%
Coniugata		27	64%	
Anamnesi ostetrico-ginecologica	Parità	Nullipara	35	83%
		Pluripara	7	17%
	Alimentazione neonato	Allattamento materno	6	86%
		Alimentazione artificiale	1	14%
	Visita senologica	Eseguita	10	24%
Non eseguita		32	76%	

Figura 1. Conoscenza delle donne in relazione alla Prevenzione Primaria (macro area 3)

Discussione e limiti

Ciò che emerge dall'analisi di questo studio è che le donne non hanno un'ampia conoscenza dell'anatomia e dello sviluppo delle loro mammelle né delle caratteristiche del carcinoma mammario. Le risposte hanno dimostrato che la popolazione in analisi ha una conoscenza vaga e superficiale anche dei fattori di rischio, modificabili e non, e anche delle caratteristiche della mammografia come test di *screening*.

Tale discussione deve, però, tenere conto di un limite: la numerosità campionaria.

Tabella 2 - Conoscenze delle donne in relazione all'epidemiologia del carcinoma mammario (macro area 2)

SEZIONE QUESTIONARIO B			
Domanda	Risposte	Popolazione (n = 42)	
		n	%
Il tumore al seno è?	Forma di tumore più diffusa tra le donne	20	48%
	Una delle forme più diffuse di tumore per le donne, al pari di altre	21	50%
	Non lo so	1	2%
L'incidenza del tumore al seno è?	Aumentata	23	55%
	Diminuita	14	33%
	Non lo so	5	12%
La mortalità del tumore al seno è?	Aumentata	1	2%
	Diminuita	33	79%
	Non lo so	8	19%
Quante donne vengono coinvolte?	1 donna su 8	5	12%
	1 donna su 15	2	5%
	1 donna su 30	8	19%
	Non lo so	27	64%
Qual è la percentuale tra le donne?	5%	2	5%
	14%	7	17%
	29%	8	19%
	45%	1	2%
	Non lo so	24	57%
Qual è la fascia di età con una maggiore incidenza?	< 30 anni	1	2%
	30-40 anni	12	29%
	40-50 anni	18	43%
	> 50 anni	7	17%
	Non lo so	4	9%

Allattamento al seno: nuovo rapporto OMS-UNICEF

Da una relazione dell'UNICEF-OMS, realizzata in collaborazione con Global Breastfeeding Collective, emerge che sono ancora ampiamente disattese le indicazioni dell'OMS in tema di allattamento al seno. L'indagine ha analizzato 194 nazioni evidenziando come solo il 40% dei bambini di età inferiore ai sei mesi sono allattati esclusivamente al seno con solo latte materno e solo in 23 Paesi si registrano tassi al di sopra del 60 per cento.

Una situazione che rappresenta un doppio danno: per i neonati e per le madri. Per i primi, infatti, il latte materno rappresenta la prima forma di vaccino e nei primi sei mesi di vita aiuta a prevenire la diarrea e la polmonite, ovvero le due principali cause di morte nei neonati. Per le neo mamme, l'allattamento al seno riduce il rischio di cancro ovarico e della mammella che rappresentano due tra le cause principali di morte tra le donne.

Allattare al seno è fondamentale per raggiungere molti degli obiettivi di sviluppo sostenibile. Infatti migliora la nutrizione (SDG2), impedisce la mortalità infantile e diminuisce il rischio di malattie non trasmissibili (SDG3) e supporta lo sviluppo e l'istruzione cognitiva (SDG4). Inoltre consente di porre fine alla povertà, promuovere la crescita economica e ridurre le disuguaglianze. Secondo una nuova analisi basterebbe un investimento annuo di soli 4,70 dollari per neonato per aumentare il tasso globale di allattamento al seno esclusivo tra i bambini al di sotto dei sei mesi del 50% entro il 2025. Un obiettivo che, se raggiunto, potrebbe salvare la vita di 520.000 bambini sotto i 5 anni e potenzialmente generare 300 miliardi di dollari in guadagni in 10 anni, a seguito di una riduzione delle malattie e dei costi di assistenza sanitaria e di un aumento della produttività.

L'invito della Global Breastfeeding Collective ai diversi Paesi è di aumentare i finanziamenti per far crescere i tassi di allattamento sin dalla nascita per due anni; applicare il Codice internazionale di *marketing* per i sostituti dell'allattamento al seno e le relative risoluzioni dell'Assemblea mondiale della salute con forti misure legali e far monitorare il tutto indipendentemente da organizzazioni prive di conflitti di interesse; sviluppare politiche di allattamento sul posto di lavoro, basandosi sulle Linee Guida per la protezione della maternità dell'Organizzazione internazionale del lavoro come requisito minimo, incluse le disposizioni per il settore informale; implementare i dieci passi per l'allattamento al seno in strutture di maternità, incluse la mammella per i neonati malati e vulnerabili; migliorare l'accesso alle consulenze specializzate sull'allattamento al seno come parte di politiche e programmi sull'allattamento al seno in strutture sanitarie; rafforzare i legami tra le strutture sanitarie e le comunità e incoraggiare le reti comunitarie che proteggono, promuovono e sostengono l'allattamento al seno; rafforzare i sistemi di monitoraggio che seguono l'avanzamento delle politiche, dei programmi e dei finanziamenti per raggiungere obiettivi nazionali e globali in materia di allattamento al seno perché l'allattamento al seno rimane la migliore arma per la salute di neonati e mamme.



Conclusioni e implicazioni per la pratica

Per tale motivo gli interventi di educazione sanitaria sono importanti ai fini di sensibilizzare le donne sul tumore al seno.

Professionisti, come le ostetriche, sono chiamati a promuovere la consapevolezza delle donne durante la gravidanza e ad aiutarle ad avvicinarsi a un regime di vita salutare.

La gravidanza risulta essere un periodo sensibile nella vita di una donna, in cui emerge una maggiore attenzione alla salute ed è, quindi, il più favorevole per intervenire.

Le gravide sono figlie e future madri e quindi investire nella loro salute significa investire nella salute della collettività, promuovendo la salute di genere.

Un incontro informativo-educativo ostetrico sul tumore al seno potrebbe essere inserito di *routine* in gravidanza per promuovere la salute di genere diffondendo i metodi di prevenzione primaria e secondaria. In una ricerca futura si potrebbe, inoltre, andare a valutare l'efficacia di tali interventi così da migliorare, se necessario, la modalità di diffusione delle informazioni.

Bibliografia

- [1] AIOM, AIRTUM (2015) *I numeri del cancro in Italia*
- [2] D.M. 14 settembre 1994, n. 740
- [3] Lemasters T., Madhavan S., Atkins E., Vyas A., Remick S., Vona-Davis L. (2014) "Don't Know" and Accuracy of Breast Cancer Risk Perceptions Among Appalachian Women Attending a Mobile Mammography Program: Implications for Educational Interventions and Patient Empowerment. *J Canc Educ*, 29: 669-679
- [4] Mahfouz A.A., Hassanein M.H.A., Nahar S., Farheen A., Gaballah I.I., Mohamed A., Rabie F.M., Aftab R., Educ C. (2013) Breast Cancer Knowledge and Related Behaviors among Women in Abha City, Southwestern Saudi Arabia. 516-520
- [5] Seven M., Akyüz A., Robertson L.B. (2015) Interventional Education Methods for Increasing Women's Participation in Breast Cancer Screening Program. *J Canc Educ*, 30: 244-252
- [6] WHO (2014) World Cancer Report. *International Agency for Research on Cancer*
- [7] William F.R. (2013) Obstetrician-Gynecologists are Primary Providers for Breast Health Maintenance and Education. 40: 9-10

Analisi sulla qualità delle sedi di tirocinio clinico nel contesto del corso di Laurea in Ostetricia dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Analysis on the quality of clinical training sites of the Degree course in Midwifery of University of Modena and Reggio Emilia

Autrici

Alba Ricchi

Direttrice della Didattica Professionale
Corso di Laurea in Ostetricia
Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche
Materno-Infantili e dell'Adulto
Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia
alba.ricchi@unimore.it

Maria Teresa Molinazzi

Tutor
Corso di Laurea in Ostetricia
Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche
Materno-Infantili e dell'Adulto
Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia
mariateresa.molinazzi@unimore.it

Giovanna Gemmellaro

Ostetrica, frequenta Master di I livello in
"Health Community Care: l'Ostetrica di Comunità"
presso l'Università degli Studi di Modena
e Reggio Emilia dove si è laureata
nel novembre 2016
giovanna.gemmellaro94@gmail.com

RIASSUNTO

L'apprendimento clinico-assistenziale rappresenta il cuore della formazione del futuro professionista in Ostetricia. Attraverso l'attività pratica, lo studente sviluppa competenze professionali, pensiero critico, la *decision making* e la complessità del ruolo professionale.

Ecco che risulta fondamentale analizzare, periodicamente, la qualità delle sedi di tirocinio in cui gli studenti svolgono attività pratica, affinché possa essere garantita una formazione clinica appropriata e un continuo miglioramento della didattica.

In letteratura scientifica, in ambito ostetrico, pochissimi studi hanno cercato di esaminare le varie sedi, il clima di apprendimento e la supervisione ricevuta dai tutor clinici, mentre in campo infermieristico sono stati sviluppati ben 5 strumenti di indagine, dei quali il CLES+T è considerato il *gold standard*.

Ecco che il mio studio è partito ponendosi l'obiettivo di trovare uno strumento in grado di analizzare e descrivere la percezione degli studenti del triennio di Ostetricia dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia. A tutti gli studenti è stato somministrato un questionario online, ispirato al CLES+T e adattato all'ambito ostetrico, costituito da 24 item inerenti i vari aspetti dell'esperienza di tirocinio vissuta.

Dai dati ottenuti è emersa la necessità di fornire agli studenti una maggiore esplicitazione delle competenze da raggiungere a ogni tirocinio, più *feed-back* continui durante l'attività pratica e una più chiara contestualizzazione delle valutazioni effettuate dalle guide di tirocinio riguardo alle capacità raggiunte dagli studenti al termine dell'attività predisposta.

Parole chiave

Ostetricia, formazione, apprendimento, tirocinio, studenti.

ABSTRACT

The clinical care-learning represents the heart of the training of the future midwives. Through practical activities, the student develops occupational skills, critical thinking, decision-making and the complexity of the professional role.

So it is fundamental analyze the quality of the training sides in which students perform practical activities periodically, so that it can be guaranteed an appropriate clinical training and the continuous improvement of teaching.

In scientific literature, very few studies have attempted to examine the various locations, the learning climate and the supervision of clinical tutors in Obstetrics, on the contrary, in the nursing field, 5 different survey instruments were developed of which the CLES+T is considered the gold standard.

Here is that my study has set itself the goal of finding a tool able to analyze and describe the perceptions of the three-year midwifery students of the University of the Study of Modena and Reggio Emilia.

An online questionnaire, inspired by the CLES+T and adapted to the obstetrician field, was administered to all students included in the survey. It consists of 24 items regarding the various aspects of internship experience lived.

From the data obtained, it showed the need to provide students with a greater clarification of the competences to be achieved at each internship, more continuous feedback during the practical activities and a clearer context of assessments made by the trainee guides about the abilities reached by students at the end of the activity.

Keywords

Obstetrics, learning, training, students.

Introduzione

Il tirocinio clinico riveste un ruolo fondamentale nella preparazione professionale degli studenti del corso di Laurea in Ostetricia, in quanto implica il conseguimento di obiettivi educativi derivanti dalle competenze sancite dal Profilo Professionale (DM 740/94) e dalle norme del Codice Deontologico dell'Ostetrica/o (2010).

Lo studente, attraverso la pratica clinica, osserva e riflette sulle procedure svolte da professionisti esperti e ha l'opportunità di potersi testare nelle attività, e di conseguenza in competenze professionali, con una crescente assunzione di responsabilità.

Alcuni studi hanno dichiarato come gli ambienti di apprendimento clinico siano in grado di influenzare gli esiti dell'apprendimento degli studenti (Dunn & Burnett 1995). Inoltre anche le caratteristiche organizzative del contesto clinico rappresentano dei fattori che possono condizionare la qualità dell'esperienza di apprendimento e le competenze acquisite (Saiani et al., 2009; Leducq et al., 2012).

È doveroso, quindi, analizzare e descrivere, periodicamente, la qualità delle sedi di tirocinio in cui gli studenti del corso di Laurea in Ostetricia hanno svolto attività pratica al fine di assicurare una formazione clinica soddisfacente e appropriata a un continuo miglioramento dell'integrazione tra gli insegnamenti teorici e il tirocinio.

Poiché in campo ostetrico, a differenza di quello infermieristico, sono stati condotti pochi studi che si sono posti l'obiettivo di indagare i setting di apprendimento, ecco che la mia ricerca nasce come tentativo di trovare uno strumento che possa indagare la percezione degli studenti del triennio del corso di Laurea in Ostetricia dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia in merito alle sedi di tirocinio clinico.

Scopo

Analizzare e descrivere la percezione degli studenti del I, II e III anno di Ostetricia dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia in merito all'accoglienza ricevuta presso la sede di tirocinio, al clima di apprendimento ivi presente, alla guida e sostegno presso la sede di tirocinio e alla valutazione effettuata dall'ostetrica/ostetriche guida/e di tirocinio sull'attività pratica svolta dallo studente.

Materiali e metodi

L'indagine è stata condotta presso il corso di Laurea in Ostetricia della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, prendendo in esame i Reparti, gli Ambulatori, le Sale Parto e i Consultori di Modena, Carpi, Reggio Emilia e Sassuolo, in cui gli studenti svolgono tirocinio nel corso del triennio. I dati sono stati raccolti tramite un questionario online (Google model), ispirato al CLES+T, considerato il gold standard in ambito infermieristico, ma adattato all'ambito ostetrico.

Il suddetto questionario è stato posto in forma anonima, costituito da 24 item inerenti i vari aspetti dell'esperienza di tirocinio vissuta, precedute da 4 domande relative ai dati socio-anagrafici, quali sesso, nazionalità, fascia d'età e il tipo di maturità scolastica conseguita.

Il questionario è stato inviato a ogni singolo studente di ogni anno di corso attraverso posta elettronica. In totale sono stati inviati 199 questionari.

Sono stati inclusi nella ricerca tutti gli studenti frequentanti il I, il II e il III anno di corso (A.A. 2015/2016) che hanno svolto attività di tirocinio clinico presso le sedi previste per ogni anno del triennio dal mese di novembre 2015 al mese di giugno 2016 compresi.

Nella Figura 1 sono riportate le sedi di tirocinio che sono state coinvolte nello studio.

Non è stato, però, possibile analizzare il Servizio di Colposcopia, l'Ambulatorio di Riabilitazione del Piano Perineale e i Consultori di Reggio Emilia e Carpi per insufficienza di dati pervenuti.

Figura 1.

PRIMO ANNO

- Reparto di Ginecologia
- Reparto di Ostetrica
- Reparto di Gravidanza Intensiva
- Amb. di Diagnosi Prenatale
- Servizio di Astanteria
- Servizio di Pronto Soccorso
- Amb. di Apertura Cartella Clinica
- Servizio di Colposcopia

SECONDO ANNO

- Amb. Allattamento
- Amb. di Patologia Ostetrica
- Reparto di Gravidanza Intensiva
- Servizio di IVG
- Servizio di CTG
- Servizio di Pronto Soccorso
- Amb. di Apertura Cartella Clinica
- Servizio di Colposcopia
- Amb. di Riabilitazione del Piano Perineale
- Servizio di Medicina della Riproduzione
- Sala Operatoria
- Consultori di Modena, Reggio Emilia, Carpi e Sassuolo

TERZO ANNO

- Sala Parto di Modena, Reggio Emilia, Carpi e Sassuolo

Risultati

In totale sono pervenuti 146 questionari compilati su 199, con una percentuale complessiva di adesione allo studio del 73,4%.

In particolare:

- del 74% per il I anno;
- del 69,5% per il II anno;
- dell'82,9% per il III anno.

In merito al primo anno di corso, dall'elaborazione dei dati ottenuti (Figura 2), è emerso come gli studenti abbiano espresso un giudizio complessivo e finale ottimo sull'esperienza di tirocinio svolta presso i Reparti di Ostetricia (71,4%) e di Ginecologia (67%) e il Servizio di Apertura Cartella Clinica (67%).

In suddette sedi, gli studenti hanno dichiarato di aver ricevuto una soddisfacente descrizione dell'ambiente di lavoro e un'esaustiva presentazione delle diverse figure professionali ivi presenti, oltre a un'adeguata delinea-

zione degli obiettivi da raggiungere al termine dell'attività predisposta. Inoltre gli studenti hanno potuto svolgere le varie attività e procedure assistenziali in maniera serena e tranquilla, anche grazie a un'adeguata guida e un valido sostegno da parte delle ostetriche guide di tirocinio.

Risultati appena sufficienti sono stati registrati, invece, presso il Servizio di Pronto Soccorso Ostetrico e Ginecologico (67%) e il Servizio di Diagnosi Prenatale (40%). Nelle sedi sopracitate, si evidenzia come gli studenti del primo anno di corso non abbiano ancora acquisito sufficienti basi teoriche per apprezzare, in toto, l'attività pratica svolta nelle sedi in esame.

Per quanto riguarda la percezione degli studenti riguardo alla valutazione effettuata dalle guide di tirocinio è emerso un malcontento generalizzato in tutte le sedi di tirocinio indagate.

Per quanto riguarda il secondo anno di corso, gli studenti hanno espresso un giudizio complessivo e finale decisamente positivo per i

Consultori di Modena (83,3%) e Sassuolo (80%), per l'Ambulatorio Allattamento (80%) e il Reparto di Gravidanza Intensiva (60%) (Figura 3).

Nelle sedi sopraindicate, gli studenti si sono sentiti ben accolti e hanno percepito una buona disponibilità, da parte dei tutor clinici, alle richieste di delucidazioni di fronte a perplessità.

Gli stessi si sono sentiti sostenuti e adeguatamente supervisionati, dalle guide di tirocinio, durante l'attività pratica. Inoltre, sempre per le stesse sedi, gli studenti hanno ricevuto degli importanti *feed-back* in itinere e una chiara contestualizzazione dei giudizi attribuiti dai tutor clinici al termine dell'attività predisposta.

Invece, i Servizi, per i quali gli studenti del secondo anno hanno mostrato un maggiore disappunto, sono stati la Sala Operatoria Ostetrico-Ginecologica (50% di appena sufficiente) e il Servizio di IVG (50% tra insufficiente e appena sufficiente).

Figura 2. PRIMO ANNO – Giudizio Complessivo e Finale

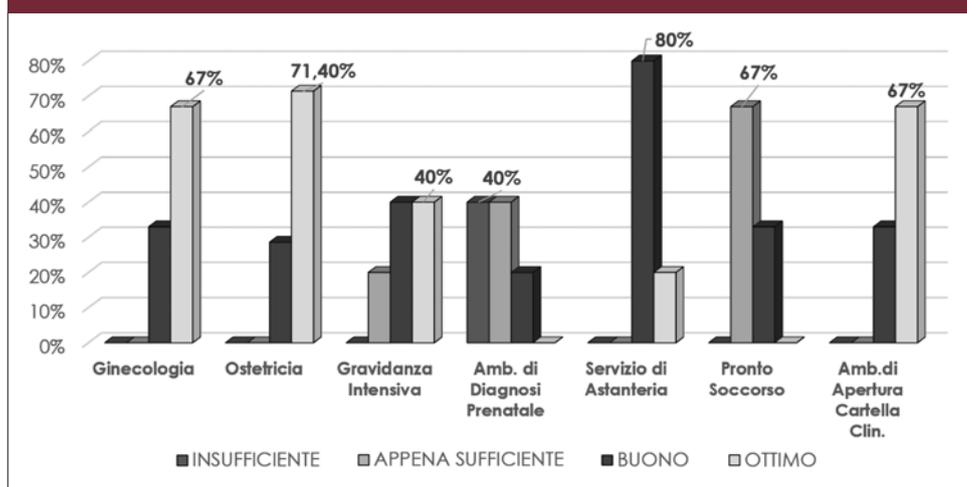
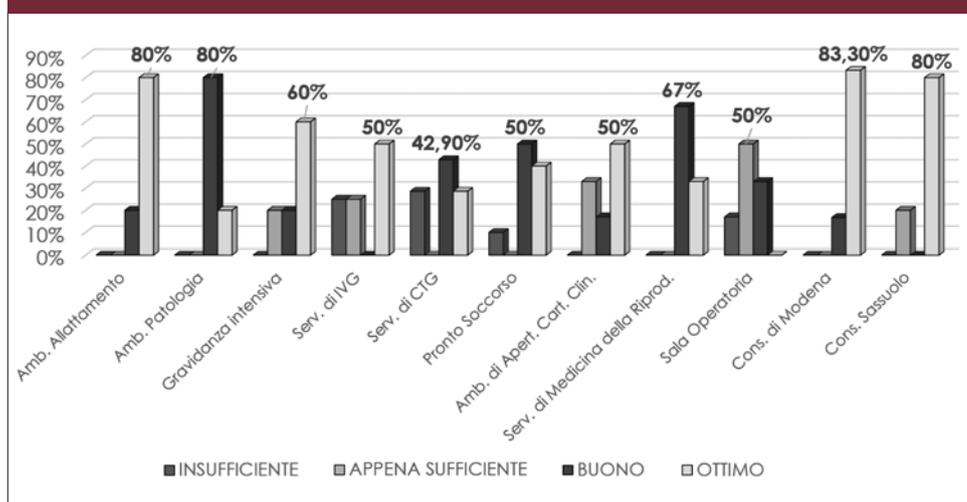


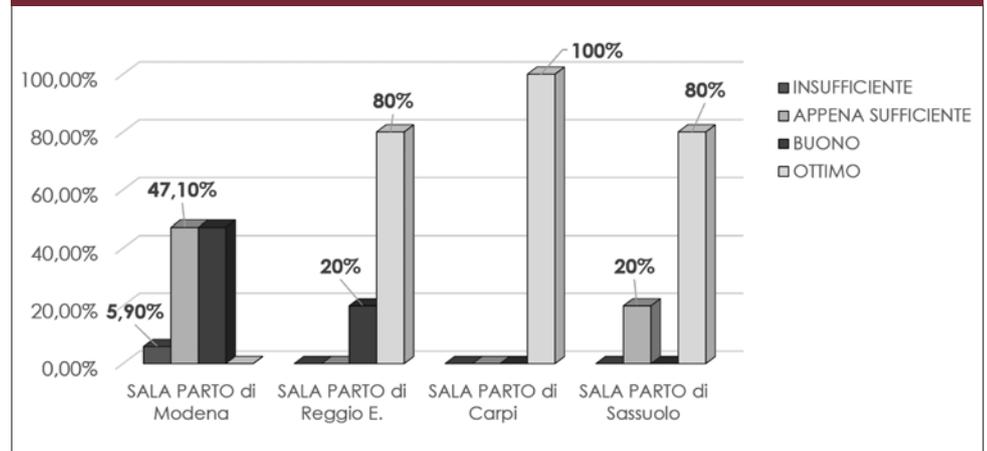
Figura 3. SECONDO ANNO – Giudizio Complessivo e Finale



Infine per il terzo anno di corso, gli studenti hanno espresso un giudizio complessivo e finale molto favorevole per le Sale Parto di Carpi (100%), Sassuolo (80%) e Reggio Emilia (80%) (Figura 4).

Gli studenti del terzo anno hanno dichiarato di considerare molto rilevante, per la propria formazione ostetrica, l'esperienza di tirocinio svolta presso le sedi sopra citate. Gli stessi hanno assistito a importanti occasioni di apprendimento clinico e durante il tirocinio hanno ricevuto utili spunti per approfondire il proprio sapere in ambito ostetrico. In merito alla Sala Parto di Modena, solo il 47,1% ha espresso un giudizio complessivo buono, anche se dall'analisi dei dati raccolti si evince come suddetta sede di tirocinio sia ritenuta dagli studenti un valido luogo di apprendimento.

Figura 4. TERZO ANNO – Giudizio Complessivo e Finale



Conclusioni

Dalla ricerca emerge come tutte le sedi di tirocinio analizzate, anche se in misura diversa, siano ritenute dagli studenti del corso di Laurea in Ostetricia dei validi luoghi di apprendimento clinico per un'adeguata e completa formazione del futuro professionista.

Si sottolinea, però, la necessità di fornire agli studenti una maggiore esplicitazione delle competenze da raggiungere a ogni tirocinio e più *feed-back* continui durante l'attività assistenziale favorendo importanti momenti educativi di confronto tra studenti e guide di tirocinio, necessari per consentire agli studenti stessi di approfondire il proprio sapere, prendere atto di eventuali carenze e sanarle *in itinere*.

Inoltre si evidenzia il bisogno di una più chiara contestualizzazione delle valutazioni attribuite agli studenti al termine del periodo predisposto all'attività e lo sviluppo di una migliore integrazione tra gli insegnamenti teorici e l'attività pratica.

Consolidato che l'apprendimento clinico-assistenziale rappresenta il cardine della formazione della/del futura/o ostetrica/o, al fine di attuare un miglioramento continuo della formazione clinica, è auspicabile avere a disposizione, periodicamente, dei dati sul grado di soddisfazione degli studenti rispetto alle sedi di tirocinio clinico.

Riferimenti bibliografici

- [1] Codice deontologico dell'ostetrica/o approvato dal Consiglio Nazionale nella seduta del 19 giugno 2010 con integrazioni/revisioni approvate dal Consiglio Nazionale nella seduta del 5 luglio 2014
- [2] Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 740. Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'ostetrica/o (GU Serie Generale n. 6 del 9 gennaio 1995)
- [3] Dunn S.V., B. P., "The development of a clinical learning environment scale". *Journal of Advanced Nursing*, 1995; 22(6): 1299-1306
- [4] Saiani L. *Il ruolo del coordinatore nel promuovere ambienti formativi e tirocini di qualità per gli studenti delle professioni sanitarie*. Conferenza Permanente dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie, Bologna 2009
- [5] Leducq M., Walsh P. et al. "A key transition for student nurses: the first placement experience". *Nurse Education Today*, 2012; 32 (7), 779-781
- [6] Tomietto M., Saiani L., Saarikoski M., Fabris S., Cunico L., Campagna V. & Palese A., "La valutazione della qualità degli ambienti di apprendimento clinico: Studio di validazione del clinical learning environment and supervision (CLES) nel contesto italiano". *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 2009; 31(3), B49-55

LE PREFERENZE DELLE DONNE CAMPANE E DELL'EMILIA ROMAGNA NEI CONFRONTI DELLE FIGURE PROFESSIONALI CHE LE ASSISTONO DURANTE IL PERCORSO NASCITA

Indagine quanti-qualitativa

Quanti-qualitative survey on Campania and Emilia Romagna women's preferences to professional figures assisting them during the birth



Autrice

Rosa Matarazzo

*Dottoressa magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche
rosa92.matarazzo@gmail.com*

Introduzione

L'offerta dell'assistenza alla donna durante la gravidanza, il parto e il puerperio si basa su una varietà di schemi assistenziali che includono: l'assistenza offerta in esclusiva dal medico specializzato in ostetricia o dal medico di famiglia (*medical-led model*), l'assistenza dell'ostetrica o di un gruppo di ostetriche (*midwifery-led model*), integrata quando necessario dal ricorso al medico specialista, e l'assistenza condivisa da diverse figure professionali (*shared-led model*). La scelta del modello dipende dalla struttura organizzativa del Servizio sanitario nazionale, dal contesto di cura disponibile (ospedale, consultorio, centro nascita, centri privati), dalle modalità di consultazione con altre figure professionali e dalle condizioni di rischio della donna presa in carico. Le prove di efficacia sono a supporto del *midwifery-led model* poiché ad esso si associano benefici relativi a esiti rilevanti per la salute materna e neonatale, compresa la maggiore soddisfazione della donna per l'assistenza ricevuta.

Scopi e rationale

Le linee guida sulla gravidanza fisiologica 2011 vigenti in Italia raccomandano: "alle donne con gravidanza fisiologica deve essere offerto il modello assistenziale basato sulla presa in carico da parte dell'ostetrica/o". Gli studi comparativi, oggetto della revisione, sono stati condotti esclusivamente in Regno Unito riflettendo uno specifico contesto culturale e organizzativo. Infatti, sebbene i percorsi di formazione delle professioni che ruotano intorno all'assistenza alle madri abbiano gli stessi obiettivi sia in Italia che nel Regno Unito, sicuramente risultano differenti la domanda da parte delle donne e l'offerta da parte del contesto sanitario.

Spinta da queste motivazioni e da una delle raccomandazioni per la ricerca menzionate nelle linee guida della gravidanza fisiologica prodotta nel 2010 dal Sistema Nazionale Linee Guida e aggiornata nel 2011 ("È necessario condurre in Italia studi qualitativi mirati a indagare le preferenze delle donne nei confronti delle figure professionali che le assistono in gravidanza"), ho deciso di condurre uno studio quanti-qualitativo volto:

- a rilevare la percentuale di donne che scelgono una figura professionale piuttosto che un'altra per l'assistenza al loro percorso nascita;

- a comprendere le motivazioni e la soddisfazione connesse alla scelta presa.

L'indagine è stata condotta su donne di due diverse regioni italiane, la Campania e l'Emilia Romagna, molto distanti tra loro sul piano sociale e assistenziale. Questo lavoro è stato oggetto della mia tesi di Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche presso l'Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli ed è stato possibile grazie al supporto della mia relatrice, la dottoressa Maria Vicario, presidente della FNCO.

Materiali e metodi

L'indagine condotta ha previsto un metodo quanti-qualitativo. La raccolta dei dati è avvenuta tramite la somministrazione di questionari anonimi su un famoso *social network* (Facebook), utilizzando il programma "Moduli Google" e condividendolo all'interno di gruppi di madri, una volta campane e una volta dell'Emilia

Romagna. Il questionario è stato così strutturato: sono state, anzitutto, raccolte informazioni personali. Le prime tre domande utili all'indagine, poi, sono state elaborate tenendo conto del profilo professionale dell'ostetrica/o. Le successive sette domande sono state elaborate al fine di raccogliere dati personali attinenti all'assistenza all'endo-gestazione. Le successive sette domande, invece, indagano sulle modalità del parto, sull'assistenza ricevuta in quel momento e sull'avvenuto (o meno) attaccamento precoce al seno, nonché sull'esautività delle informazioni ricevute circa i benefici e le modalità dell'allattamento al seno. Ancora, è stato posto un ulteriore quesito per comprendere quale sia la figura professionale alla quale le donne si rivolgono durante il puerperio in caso di problemi di natura ostetrica nel territorio di riferimento. Infine, le ultime due domande del questionario hanno indagato il grado di soddisfazione che hanno avuto le mamme rispetto all'intero percorso nascita, ricercando anche delle motivazioni in caso di riscontri negativi.

RIASSUNTO

Razionale e scopi

Le linee guida sulla gravidanza fisiologica vigenti in Italia raccomandano di offrire alle donne con gravidanza fisiologica un modello assistenziale basato sulla presa in carico da parte dell'ostetrica. Gli studi comparativi, oggetto della revisione, sono stati condotti esclusivamente in Regno Unito. Sulla base di ciò e di una delle raccomandazioni per la ricerca menzionate nelle Linee Guida della gravidanza fisiologica, è stato condotto uno studio quanti-qualitativo volto a rilevare la percentuale di donne che scelgono una figura professionale piuttosto che un'altra per l'assistenza al loro percorso nascita e a comprendere le motivazioni e la soddisfazione connesse alla scelta presa.

Materiali e metodi

L'indagine condotta ha previsto un metodo quanti-qualitativo. Per il lavoro di indagine sono state scelte la Campania e l'Emilia Romagna e sono stati somministrati questionari anonimi su una nota piattaforma sociale.

Risultati

Appare preponderante il *medical-led model*, in particolare per quanto riguarda l'assistenza alla gravidanza. Questo modello tende a persistere anche nell'assistenza al puerperio nella realtà campana, mentre in quella dell'Emilia Romagna è il *midwifery-led model* a essere maggiormente preso in considerazione dopo il parto. Nell'analisi delle risposte date alle domande aperte, è stato molto interessante notare la scarsa conoscenza delle competenze dell'ostetrica e la difficoltà di reperire sul territorio ostetriche libere professioniste. Tra le mamme non pienamente soddisfatte, le campane lamentano scarse informazioni e le mamme dell'Emilia Romagna scarso supporto psicologico.

Conclusioni

Occorrerebbe porre in essere: sensibilizzazione delle donne alla naturalezza dell'evento nascita; promozione da parte delle istituzioni di tale figura come la più adatta e la più competente nella gestione di un percorso nascita a basso rischio.

Parole chiave

Midwifery led-model, percorso nascita, gravidanza fisiologica, scelta materna.

ABSTRACT

Rationale and objects

The guidelines on physiological pregnancy currently in use in Italy recommend offering women with a physiological pregnancy a midwifery-led model. The comparative studies, which were the subject of the review, were conducted exclusively in the United Kingdom. On this and on one of the research recommendations mentioned in the guidelines for physiological pregnancy, a quanti-qualitative study was conducted to detect the percentage of women who choose a professional figure rather than another for assisting their birthplace path and understand the motivation and satisfaction associated with the choice taken.

Tools and Methods

The survey carried out a quanti-qualitative method. Campania and Emilia Romagna have chosen for the survey work and anonymous questionnaires were submitted on a well-known social platform.

Results

The medical-led model predominates, particularly with regard to pregnancy care. This model tends to persist even in childhood care in Campania reality, while in Emilia Romagna it is the midwifery-led model to be more carefully considered after childbirth. In the analysis of the answers to open questions, it was very interesting to note the lack of knowledge of the skills of the midwife and the difficulty of finding free professional obstetrician on territory. Among the mothers who are not fully satisfied, Campania's mothers complain of poor information and Emilia Romagna's mothers poor psychological support.

Conclusions

It should be put in place: raising women's awareness of the naturalness of the birth event; promotion by the institutions of that figure as the most suitable and competent in managing a low risk birth.

Keywords

Midwifery led-model, birth route, physiological pregnancy, maternal choice.

Risultati

Mamme campane

Hanno risposto al questionario 114 mamme campane, tra i 22 e i 60 anni (media 34,44 anni). La prima parte del questionario ha ottenuto i seguenti risultati:

1. Secondo il suo parere e le sue conoscenze, quale professionista sanitario, nella sua Regione, assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, del parto e del puerperio?

- Ostetrica: 38%;
- Ginecologo: 62%.

2. Secondo il suo parere e le sue conoscenze, chi è il professionista sanitario che, nella sua Regione, conduce e porta a termine parti spontanee con propria responsabilità?

- Ostetrica: 55%;
- Ginecologo: 45%.

3. Secondo il suo parere e le sue conoscenze, quale professionista, nella sua Regione, presta assistenza al neonato alla nascita?

- Ostetrica: 19%;
- Neonatologo: 61%;
- Infermiere pediatrico: 20%.

Le successive sette domande hanno prodotto i seguenti risultati: tutte le donne intervistate hanno avuto delle gravidanze, l'81,3% delle quali portate avanti senza complicanze e il 18,7%, diversamente, associate a complicanze e/o a condizioni non catalogabili nella fisiologia:

- travaglio/parto pretermine (23,8%);
- presentazione podalica (14,28%);
- gemellarità (9,54%);
- preeclampsia (19,04%);
- distacco intempestivo di placenta (4,76%);
- minaccia d'aborto (9,52%);
- presenza di mioma sottoseroso (9,54%);
- sofferenza fetale (4,76%);
- IUGR (4,76%).

L'82,3% delle donne ha scelto di affidarsi al ginecologo per l'assistenza alla gravidanza e solo il 17,7% all'ostetrica. 79 mamme sul totale delle intervistate hanno motivato la loro scelta. In particolare coloro che hanno preferito l'ostetrica come figura professionale alla quale rivolgersi durante la gravidanza hanno preso questa decisione:

- per fiducia nei confronti di un'ostetrica già di loro conoscenza (12,66%);
- perché consapevoli del fatto che un evento fisiologico come quello della nascita non necessita di una figura prettamente dedita alla patologia (15,19%);
- per avere un supporto più empatico e meno invadente viste le precedenti esperienze (5,06%).

Le donne, invece, che hanno scelto la figura del ginecologo l'hanno fatto in particolar modo:

- per complicanze durante la gravidanza (7,60%);
- per convenzione/consigli da parte di terzi (21,52%);
- perché ignoravano la possibilità di poter fare diversamente (6,33%);
- per la possibilità di effettuare ecografie mensilmente (2,53%);
- perché si sentivano più sicure (13,92%).

È interessante notare come il 15,19% delle mamme che

hanno motivato la loro scelta volessero in realtà affidarsi all'ostetrica per l'assistenza alla gravidanza ma abbiano avuto difficoltà a reperire libere professioniste sul territorio di appartenenza.

Il 66,7% delle mamme intervistate ha seguito un corso di accompagnamento alla nascita. Tra queste, il 67,1% con l'ostetrica, il 6,6% con il ginecologo e il restante con altre figure professionali: pediatra (7,9%), infermiera pediatrica (5,3%), psicologo (13,1%). La media delle ecografie effettuate in gravidanza è 7,4.

Le successive domande, indaganti sulle modalità del parto, sull'assistenza ricevuta in quel momento e sull'avvenuto (o meno) attaccamento precoce al seno, nonché sull'esauribilità delle informazioni ricevute circa i benefici e le modalità dell'allattamento al seno hanno prodotto i seguenti risultati: il 69,1% delle mamme intervistate ha partorito spontaneamente, il 30,9% ha subito un taglio cesareo, un parto vaginale operativo o un'induzione. Tra queste, 34 hanno indicato le motivazioni del loro parto operativo:

- presentazioni anomale (29,44%);
- peggiorato taglio cesareo/miomectomia (17,64%);
- cesareo d'urgenza (17,64%);
- cesareo su richiesta materna (11,76%);
- cesareo per anomalie cardiocografiche (8,82%);
- gravidanza protratta (8,82%);
- cesareo per IUGR (5,88%).

Il 53,2% delle donne è stato assistito dal ginecologo al momento del parto (considerando che all'interno di questa percentuale sono incluse le donne cesarizzate) e il 46,8% dall'ostetrica. L'88,1% delle mamme intervistate hanno allattato al seno.

Alla domanda "A quanto tempo di distanza dal parto le hanno consentito di attaccare il neonato al seno?" hanno risposto in 106:

- subito (39,62%);
- dopo qualche ora (46,23%, in media 4,8 ore);
- il giorno dopo (9,43%);
- dopo più giorni (4,72%).

Il 65,8% delle mamme ritiene di aver ricevuto sufficienti informazioni riguardo ai benefici e alle modalità di allattamento al seno e in particolare dai seguenti professionisti:

- ostetrica (61%);
- ginecologo (4%);
- infermiere pediatrico (18%);
- neonatologo (17%).

Al ritorno a casa, le donne intervistate si sono rivolte, in caso di problematiche (allattamento, punti episiorrafia, perdite ematiche, stitichezza, etc.), alle seguenti figure professionali:

- ostetrica (39%);
- ginecologo (49%);
- medico di medicina generale (12%).

Infine, il 78,9% delle donne intervistate risulta completamente soddisfatta dell'assistenza percepita, mentre il restante 21,1% (77% delle quali seguite da un ginecologo) ha percepito delle mancanze, in particolare le seguenti:

- scarse informazioni (46%);
- scarso supporto psicologico (32%);
- entrambe (22%).



Mamme dell'Emilia Romagna

Hanno risposto al questionario 130 mamme tra i 21 e i 59 anni (media 33,11 anni). La prima parte del questionario ha ottenuto i seguenti risultati:

Primo quesito

- Ostetrica: 51%;
- Ginecologo: 49%.

Secondo quesito

- Ostetrica: 79%;
- Ginecologo: 21%.

Terzo quesito

- Ostetrica: 54%;
- Neonatologo: 29%;
- Infermiere pediatrico: 17%.

Le successive sette domande hanno prodotto i seguenti risultati: tutte le donne intervistate hanno avuto delle gravidanze, l'84,5% delle quali portate avanti senza complicanze e il 15,5%, diversamente, associate a complicanze e/o a condizioni non catalogabili nella fisiologia:

- ipertensione gestazionale (20%);
- diabete gestazionale (15%);
- preeclampsia (15%);
- IUGR (10%);
- colestasi gravidica (10%);
- minaccia d'aborto (10%);
- minaccia di parto pretermine (10%);
- oligoidramnios/rottura prematura pretermine delle membrane (10%).

L'80,8% delle donne ha scelto di affidarsi al ginecologo per l'assistenza alla gravidanza e solo il 19,2% all'ostetrica. 89 mamme sul totale delle intervistate hanno motivato la loro scelta. In particolare coloro che hanno preferito l'ostetrica come figura professionale alla quale rivolgersi durante la gravidanza hanno preso questa decisione:

- per fiducia nei confronti di un'ostetrica già di loro conoscenza (12,35%);
- perché consapevoli del fatto che un evento fisiologico come quello della nascita non necessita di una figura prettamente dedita alla patologia (11,23%);
- perché affidatesi al consultorio (12,35%);
- perché desiderose di portare avanti una gravidanza il meno medicalizzata possibile (3,37%).

Le donne, invece, che hanno scelto la figura del ginecologo l'hanno fatto in particolar modo:

- per gravidanza a rischio (8,99%);
- per la maggiore reperibilità sul territorio di privati rispetto a ostetriche libere professioniste (6,74%);
- per maggiore sicurezza associata a controlli ecografici mensili e ad assistenza medica, considerata una figura più "completa" (14,61%);
- per convenzione/ignoranza che si potesse fare diversamente (19,10%).

È interessante notare come l'11,23% delle mamme, sulla base di un'esperienza medicalizzata della gravidanza precedente, si siano ripromesse, di affidarsi a un'ostetrica in un'eventuale ulteriore gravidanza. L'80,8% delle mamme intervistate ha seguito un corso di accompagnamento alla nascita. Tra queste, il 81,9% con l'ostetrica, il 1,9% con il ginecologo e il restante con altre figure professionali, come lo psicologo (6,2%) e il pediatra (8%) e non professionali, come la doula (2%). La media delle ecografie effettuate in gravidanza è 7,74.

Le successive domande, indaganti sulle modalità del parto, sull'assistenza ricevuta in quel momento e sull'avvenuto (o meno) attaccamento precoce al seno, nonché sull'esautività delle informazioni ricevute circa i benefici e le modalità dell'allattamento al seno hanno prodotto i seguenti risultati: il 64,8% delle mamme intervistate ha partorito spontaneamente, il 35,2% ha subito un taglio cesareo, un parto vaginale operativo o un'induzione. Tra queste, 48 hanno indicato le motivazioni del loro parto operativo:

- induzione per gravidanza protratta/diabete gestazionale in terapia insulinica (37,5%);
- cesareo d'urgenza (43,75%);
- presentazione podalica (10,42%);
- taglio cesareo pregresso (2,08%);
- gravidanza gemellare con situazioni non longitudinali dei feti (8,33%).

Il 79,2% delle donne è stato assistito dall'ostetrica al momento del parto e il 20,8% dal ginecologo (considerando che all'interno di questa percentuale sono incluse le donne cesarizzate). L'86,9% delle mamme intervistate ha allattato al seno.

Alla domanda "A quanto tempo di distanza dal parto le hanno consentito di attaccare il neonato al seno?" hanno risposto in 126:

- subito (69,84%);
- dopo qualche ora (23,80%, in media 2,61 ore);
- il giorno dopo (6,36%).

Il 76,2% delle mamme ritiene di aver ricevuto sufficienti informazioni riguardo i benefici e le modalità di allattamento al seno e in particolare dai seguenti professionisti:

Cancro al colon-retto. Un nuovo studio italiano ha intercettato un biomarcatore sulla resistenza ai farmaci antitumorali

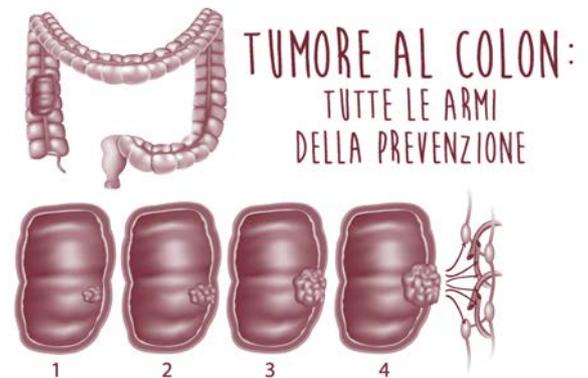
Dopo quello alla mammella, il cancro del colon-retto rappresenta il secondo tumore maligno per incidenza e mortalità nella donna nei Paesi occidentali. Si tratta di una malattia che è sempre più frequente a partire dai 60 anni, raggiunge il picco massimo verso gli 80 anni e colpisce in egual misura uomini e donne. In Italia si stima che questo tumore colpisca circa 40.000 donne e 70.000 uomini ogni anno. Tuttavia sembra che l'incidenza nella popolazione femminile sia in aumento a causa delle abitudini di vita sempre più uniformi tra i due sessi. La ricerca del sangue occulto nelle feci è in grado di identificare il 25% circa dei cancri del colon-retto e si raccomanda per tutti gli individui tra i 50 e i 75 anni di età, con cadenza biennale. Questo esame associato alla colonscopia, effettuata ogni 10 anni dopo i 50 anni di età, è in grado di individuare il 75% dei tumori.

In presenza di segni e sintomi intestinali compatibili con la diagnosi di tumore del colon e in caso di familiare con queste patologie è bene eseguire una consulenza specialistica dalla quale scaturisce molto frequentemente una colonscopia completa, ripetuta in genere ogni cinque anni, mentre la ricerca del sangue occulto nelle feci viene fatta ogni anno. Nonostante l'aumento del numero di tumori degli ultimi anni, si è registrata una diminuzione della mortalità, attribuibile soprattutto a un'informazione più adeguata, alla diagnosi precoce e ai miglioramenti nel campo della terapia. In ogni caso la prevenzione rappresenta sempre un'arma importante, adottando una dieta con pochi grassi e poca carne, ricca di fibre, vegetali e frutta.

Oltre alla prevenzione, nella lotta contro il cancro al colon-retto è determinante la ricerca e la cura. Il gruppo di ricerca diretto da Davide Melisi, oncologo dell'Università di Verona e dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Verona, ha identificato un biomarcatore - HOXB9 - come

fattore predittivo di risposta ai farmaci anti-angiogenici per il trattamento personalizzato dei pazienti con cancro del colon-retto in stadio avanzato. I risultati dello studio, sostenuto dall'Associazione Italiana Ricerca sul Cancro (AIRC), saranno pubblicati sulla rivista scientifica internazionale *Clinical Cancer Research*. I ricercatori hanno dimostrato che il fattore trascrizionale HOXB9 ha un ruolo chiave nella resistenza del cancro del colon ai farmaci anti-angiogenici comunemente impiegati nel trattamento di questa patologia. Lo studio clinico, svolto in collaborazione con le università di Pisa e Torino ha, infine, validato il ruolo di HOXB9 in due gruppi di pazienti affetti da carcinoma del colon avanzato, dimostrando che la semplice espressione di questo marcatore permette di predire la sopravvivenza solo dei pazienti trattati con farmaci anti-angiogenici e non dei pazienti trattati con terapie differenti, come controllo.

Se il cancro del colon-retto, dopo quello alla mammella, rappresenta il secondo tumore maligno per incidenza e mortalità nella donna nei Paesi occidentali, si comprende come sia determinante un'accurata anamnesi fatta dall'ostetrica in occasione dello screening per la prevenzione del cancro della cervice. Segni e sintomi di alterazione del transito intestinale, episodi di rettorragia devono indurre a un approfondimento diagnostico, ma soprattutto all'adozione di uno stile alimentare salutare.



- ostetrica (80%);
- infermiere pediatrico (16%);
- neonatologo (4%).

Al ritorno a casa, le donne intervistate si sono rivolte, in caso di problematiche (allattamento, punti episiorrafia, perdite ematiche, stitichezza, etc.), alle seguenti figure professionali:

- ostetrica (60%);
- ginecologo (32%);
- medico di medicina generale (8%).

Infine, il 78,7% delle donne intervistate risulta completamente soddisfatta dell'assistenza percepita, mentre il restante 20,3% (85% delle quali seguite da un ginecologo) ha percepito delle mancanze, in particolare le seguenti:

- scarse informazioni (29%);
- scarso supporto psicologico (43%);
- entrambe (28%).

Conclusioni

Nell'analisi delle risposte date alle domande aperte, è stato molto interessante notare (in particolare tra le mamme campane intervistate):

- il desiderio di alcune donne di ricevere un'assistenza quanto meno medicalizzata possibile ma la difficoltà di reperire sul territorio ostetriche libere professioniste;
- l'"ignoranza" della possibilità di affidarsi a un'ostetrica durante la gravidanza;
- il bisogno, perlopiù emotivo, di effettuare ecografie mensili per visualizzare il feto e di conseguenza "stare più tranquilli";
- la convinzione che la figura del ginecologo sia più completa rispetto a quella dell'ostetrica per l'assistenza al percorso nascita e, di conseguenza, che l'ostetrica non possa prendere del tutto in carico la donna durante la gravidanza, in particolare.

Occorrerebbe mettere in essere due tipi di progetti:

- sensibilizzare le donne, a partire dall'adolescenza, alla naturalezza dell'evento nascita, che dovrebbe essere vissuto come un percorso fisiologico ma pur sempre controllato (tenendo conto delle raccomandazioni sui controlli durante la gravidanza e non di convenzioni, come quella di effettuare controlli ecografici mensili, che non trovano alcun fondamento scientifico);
- far sì che la figura professionale dell'ostetrica possa farsi maggiormente spazio nel mondo della libera professione e sul territorio, tramite la promozione da parte delle istituzioni di tale figura come la più adatta e la più competente nella gestione di un percorso nascita a basso rischio.

Bibliografia

Linee Guida di riferimento

- [1] Cartabellotta A., Laganà A.S., Matera M., Triolo O. Linee guida per l'assistenza a partorienti sane e neonati per la scelta del setting del parto. Evidence, open access journal published by the GIMBE Foundation, 2015
- [2] Baglio G., Salinetti S., Spinelli A. Gravidanza, aborto spontaneo e volontario in Campania. ISS-Rapporti ISTISAN 99/21
- [3] Donati S., Spinelli A., Grandolfo M., Baglio G., Andreozzi S., Pediconi M., Salinetti S. L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. Ann. ISS, vol.35, n. 2, 1999
- [4] Guyatt G.H., Oxman A.D. et al. GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 2008; 336:924-6. [Medline]
- [5] Guyatt G.H., Helfand M., Kunz R. Comparing the USPSTF and GRADE approaches to recommendations. Ann Intern Med 2009; 151:363. [Medline]
- [6] Istituto Superiore di Sanità. Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. 2012, iii, 176 p. Rapporti ISTISAN 12/39
- [7] Ministero della salute, Dipartimento della qualità, Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio VI. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2008 (sd. p.5). Ministero della salute, Roma, 2008
- [8] Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Settore salute, Dipartimento della qualità, Direzione generale del sistema informativo, Ufficio di direzione statistica. Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2007. Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Roma, 2010
- [9] Ministero della Salute, Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica. Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2014. Ministero della Salute, Roma, 2017
- [10] National Institute for Health and Clinical Excellence. Postnatal care up to 8 weeks after birth. Published date: 2006. Last updated: 2015
- [11] National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. RCOG Press, London, 2008
- [12] OMS. WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn, 2013
- [13] OMS. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo, 2016
- [14] Petitti D.B., Teutsch S.M. et al; U.S. Preventive Services Task Force. Update on the methods of the U.S. Preventive Services Task Force: insufficient evidence. Ann Intern Med 2009; 150:199-205. [Medline]
- [15] Pizzuti R., de Campora E., Lodato S. Parti cesarei in Campania. BEN: Notiziario I.S.S., vol.14, n. 5, maggio 2001
- [16] Rapisardi G., Pierattelli M. (Firenze), Tamburlini G. (Trieste). Raccomandazioni per l'assistenza alla madre in puerperio e al neonato, 2010
- [17] Regione Emilia-Romagna. La nascita in Emilia-Romagna. 7° Rapporto sui dati del Certificato di assistenza al parto (CedAP) - anno 2009. Bologna: Regione Emilia-Romagna; 2010
- [18] Sistema nazionale per le linee guida dell'Istituto superiore di sanità (SNLG-ISS). Linee guida Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Prima parte, 2010
- [19] Sistema nazionale per le linee guida dell'Istituto superiore di sanità (SNLG-ISS). Linee guida Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Seconda parte, 2012
- [20] Sistema nazionale Linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità (SNLG-ISS) e dal Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria (Ceveas). Linea guida Gravidanza fisiologica. Data di pubblicazione: 2010; data di aggiornamento: 2014
- [21] WHO. Care in normal birth: a practical guide. Report of a technical working group. Geneva, 1999

Riferimenti legislativi

- [1] Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 740 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o"
- [2] Legge 26 febbraio 1999, n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie"
- [3] Legge 10 agosto 2000, n. 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica"
- [4] Comunicato n. 45/2010: Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo



LVCINA

LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

LUCINA - LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

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

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

Periodicità: trimestrale

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

Sono trattate anche problematiche legali di interesse professionale.

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

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

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

COME RICEVERE LA RIVISTA

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

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

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

NORME EDITORIALI

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

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

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

Gli autori dovranno firmare l'articolo e fornire:

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

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



Federazione Nazionale Collegi Ostetriche

LUCINA

La rivista dell'ostetrica/o

ORGANO UFFICIALE
DELLA FNCO

FNCO

Federazione

Nazionale

Collegi

Ostetriche

WWW.FNCO.IT