

ORGANO UFFICIALE DELLA



Federazione Nazionale Collegi Ostetriche



LVCINA

**LA RIVISTA
DELL'OSTETRICA/O**

ANNO VII
3/2017

**QUANDO
LA NORMA GIURIDICA
INFLUENZA
LA NORMA ETICA**

**Il Decreto attuativo
del 2.8.2017
della Legge 24/2017**

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1 Quando la norma giuridica influenza la norma etica
di **Maria Vicario**

FNCO

- 2 Mozione finale del 34° Congresso Nazionale di Categoria Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche
- 5 Decreto 2.8.2017 "Elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie": strategie FNCO. Nasce la Società Italiana di Scienze Ostetrico-Ginecologico-Neonatali (SISOGN)
- 6 General Meeting EMA Madrid 22 e 23 settembre 2017
- 7 Le modifiche del 2017 al Codice Deontologico dell'ostetrica/o
- 9 Ricorso straordinario della FNCO al Capo dello Stato per il DPCM 12.01.2017 - Nuovi LEA
- 10 Salute primale e allattamento: i primi mille giorni. La formazione per la promozione, la protezione e il sostegno all'allattamento nei corsi di Laurea in Ostetricia delle Università di Roma
di **Angela Giusti**
Iolanda Rinaldi
Sofia Colaceci
Patrizia Proietti
- 16 Convegno "I progetti ISS - Regioni per migliorare l'assistenza alla nascita in Italia"

FORMAZIONE

- 18 L'ostetrica nelle scuole: l'educazione sessuale raccontata ai ragazzi
di **Federica Guerra**
- 20 Corsi ECM gratuiti di formazione a distanza disponibili on-line
- 22 Ministero della Salute - Direzione Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse umane del SSN: Tavolo Permanente per la Pianificazione del fabbisogno formativo a.a. 2018-2019

PROFESSIONE

- 24 Procedura operativa per l'istituzione di un ambulatorio di riabilitazione del pavimento pelvico di primo e secondo livello
di **Fabiana Giordano**
- 27 Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)
- 28 Classi di rischio per i massimali differenziati nell'ambito della professione ostetrica

STUDI

- 30 Conoscenze, percezioni e attitudini delle gestanti sulla donazione e conservazione del cordone ombelicale: studio trasversale
di **Valentina Simonetti**
Dania Comparcini
Rosanna De Serio
Giancarlo Cicolini
- 33 Modena sede del 35° Congresso Nazionale di Categoria
- 38 Informatizzazione della FNCO, implementazione del portale e servizi vari ai Collegi
- 38 Inviata a tutti gli Iscritti una email con il questionario del progetto Fnco-Ministero della Salute "Studio Nazionale Fertilità"
- 39 La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche amplia le attività di comunicazione e relazioni esterne
- 40 Legge di Bilancio e i tagli in sanità: ripercussioni negative sulla salute delle donne e di tutto il Paese



LUCINA
LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

Organo ufficiale della



Federazione
Nazionale
Collegi
Ostetriche

Anno VII numero 3
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 dicembre 2017

Quando la norma giuridica influenza la norma etica

di **Maria Vicario**

Le norme giuridiche si differenziano da quelle etiche. La **norma giuridica** è una disciplina contenuta nei precetti legislativi, quindi regole emanate ed imposte dallo Stato, la cui inosservanza comporta sanzioni che possono essere pecuniarie, interdittive o detentive. La **norma etica**, invece, è un obbligo imposto dalla morale, ossia dalla coscienza di ciascun individuo che, se professionista, osserva il Codice Deontologico del suo profilo emanato dalla propria Federazione. Le norme degli ordini professionali sono atti di *soft-law*, in quanto, non rientrano nel sistema delle fonti del diritto inteso come norma pro-nante dal potere politico e pertanto non sono circondate dalle garanzie procedurali tipiche delle fonti per quanto riguarda la loro formazione.

Il Codice Deontologico fissa le norme dell'agire professionale e definisce i principi guida che strutturano il sistema etico in cui si svolge la relazione tra l'ostetrica/o e la persona assistita. Relazione che si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa. Gli aggettivi associati agli interventi posti in essere dall'ostetrica/o contengono le chiavi interpretative della natura della *midwifery care* che, nelle diverse fasi del percorso assistenziale, ricerca e persegue appropriatezza e pertinenza nell'interesse primario della salute della donna/coppia/comunità. L'emanazione del Codice Deontologico, anche argomentando sulla base di quanto previsto dall'art. 38 del DPR 5 aprile 1950, n. 221 concernente "Approvazione del Regolamento per la esecuzione del D.Lgs. 13 settembre 1946, n. 233", è rimessa alla piena autonomia della Federazione di ciascuna professione come ribadito recentemente dal Ministero della Salute.

Legge 26 febbraio 1999, n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" all'articolo 1, comma 2, individua il campo proprio di attività e di responsabilità dell'ostetrica/o nel **core competence** (DM 740/94 L. 42/99; L. 251/00; L. 43/06; D.Lgs. 206/07; D.Lgs.15/16), nel **core curriculum** (DM 599/99; DM 270/04 e decreti attuativi), **core values** (Codice Deontologico dell'ostetrica/o anno 2010 e s.m.e.i.). Il fatto che una norma giuridica, come la L. 42/99, abbia individuato nel Codice Deontologico una delle tre fonti del campo proprio di attività e di responsabilità vuol dire che **una norma giuridica può influenzare la norma etica** erigendo la stessa a fonte normativa. Gli scenari professionali e le disposizioni normative che si sono presentati, dall'anno 2010, nell'ambito del **core competence** e **core curriculum** dell'ostetrica/o hanno indotto, quindi, la Federazione ad apportare modifiche ed integrazione al **core values**.

Nel 2000, a seguito dell'emanazione della Legge 42/99, la Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche ha rivisto il Codice Deontologico dell'ostetrica/o per procedere poi a una sua completa revisione nell'anno 2010.

L'Assemblea del Consiglio Nazionale della FNCO ha modificato il Codice Deontologico 2010 per la prima volta, nel 2014, integrando i Principi Generali con 2.13 che così recita: "L'ostetrica/o sostiene la salute globale nel rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e si impegna alla cooperazione per contrastare le disuguaglianze nell'accesso alle cure e promuovere la salute riproduttiva e di genere, nel mondo". Il valore espresso dalla norma etica che prevede l'impegno dell'ostetrica/o nell'ambito della Cooperazione internazionale e decentrata ha rappresentato il *live motive* del 34° Congresso Nazionale di Categoria che si è tenuto a Salerno nell'ottobre 2017.

Ulteriori modifiche e integrazioni al Codice Deontologico datate 2014 hanno riguardato la sezione "Rapporti con la persona assistita" con un'integrazione agli articoli:

- 3.6 "L'ostetrica/o favorisce l'attaccamento precoce madre/padre e bambino, promuove l'allattamento al seno e supporta il ruolo genitoriale. L'ostetrica sostiene e diffonde la donazione volontaria del latte materno. L'ostetrica/o altresì aderisce al Codice Internazionale per la Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno, ne promuove il rispetto delle norme e si impegna a denunciarne eventuali violazioni".
- 3.7 "L'ostetrica/o favorisce una informazione scientificamente validata sulla donazione/raccolta di materiale biologico ai fini terapeutici e di ricerca, per mettere la donna/coppia nelle condizioni di poter fare una scelta consapevole. L'ostetrica/o promuove e sostiene la raccolta e la conservazione allogenica del sangue cordonale per la donazione solidale".

Il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), pubblicato su G.U. n. 197 del 24 agosto 2016, nella parte degli Approfondimenti "Ordini e Collegi Professionali" ha fornito specifiche indicazioni agli Organismi di Categoria in merito alla nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione (RPC). Il Decreto in merito, al **Responsabile della Prevenzione della Corruzione (2.1)** prevede che esso sia individuato sia a livello centrale che a livello locale e che solo in via residuale e con atto motivato, il RPC potrà coincidere con un consigliere eletto dell'ente, purché sia privo di deleghe gestionali. Il Decreto indica, inoltre, che al fine di prevedere forme di responsabilità collegate al ruolo di RPC, i Consigli nazionali, gli Ordini e i Collegi territoriali definiscano e declinino forme di responsabilità almeno disciplinari, ai fini delle conseguenze di cui alla predetta legge, con **apposite integrazioni ai propri codici**.

La Federazione, nell'anno 2016 ha fornito gratuitamente il supporto legale ai Responsabili della Prevenzione della Corruzione dei Collegi Provinciali ed Interprovinciali i quali possono richiedere l'intervento legale nelle forme di rito sia per la definizione del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza che per ogni ulteriore esigenza in materia.

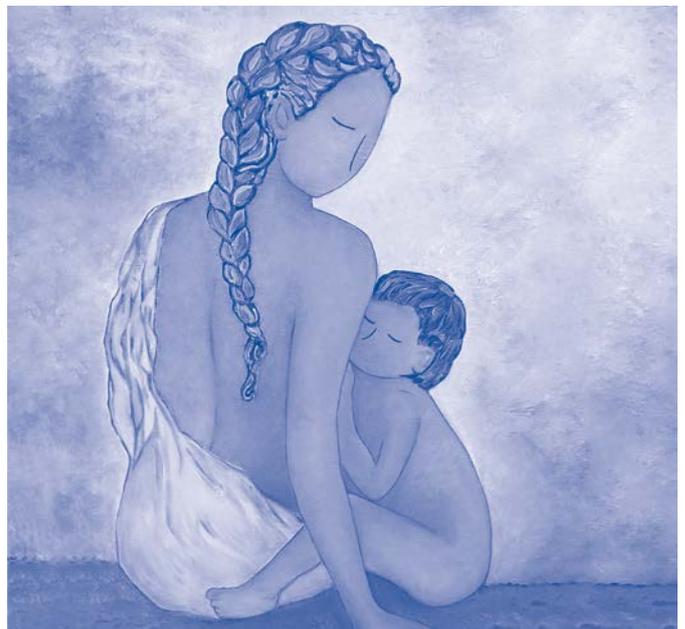
MOZIONE FINALE

34° CONGRESSO NAZIONALE DI CATEGORIA FEDERAZIONE NAZIONALE DEI COLLEGI DELLE OSTETRICHE

Il XXXIV Congresso Nazionale di Categoria delle Ostetriche *“L’Ostetrica di famiglia e di comunità per la promozione della salute globale e la cooperazione sanitaria internazionale”* si è svolto a Salerno il 6 e 7 ottobre 2017 e si è concluso con l’approvazione all’unanimità della mozione finale proposta dall’attuale Comitato Centrale della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche presieduto dalla dottoressa Maria Vicario.

Il documento nasce dopo due intensi giorni di lavori, coordinati da Carlo Picozza de *“la Repubblica”* e hanno visto coinvolti autorevoli rappresentanti della Categoria, la direttrice del Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute dell’Istituto Superiore di Sanità, esperti di cooperazione socio-sanitaria internazionale e decentrata, tra i quali il Presidente della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni e il Direttore del Centro Salute Globale della Regione Toscana, ostetriche cooperanti e rappresentanti delle maggiori Ong (Amref Health Africa, Emergency, Save the children, Medici con l’Africa CUAMM, Medici Senza Frontiere e l’Associazione Oltre l’orizzonte), impegnati in progetti di cooperazione e ambulatori solidali sia all’estero sia in Italia, nelle zone a risorse limitate e a rischio di degrado socio-economico, soprattutto nelle grandi periferie urbane.

Tra le autorità intervenute, il Governatore della Regione Campania Vincenzo De Luca, il Sindaco della città ospitante Vincenzo Napoli, Direttori Generali dell’Aziende sanitarie e universitarie campane, nonché il Rettore dell’Università di Salerno Aurelio Tommasetti, il Direttore del Centro della Pastorale familiare del Vicariato di Roma monsignor Andrea Manto, la rappresentante del Ministero della Salute Cristina Rinaldi, i Presidenti delle Società Scientifiche di categoria (AIO, Syrio e Sirong), i Presidenti e delegati delle Società Scientifiche Mediche di ostetricia-ginecologia (SIGO e AGUI), esponenti del mondo dell’associazionismo e Ong sia cattolico sia laico. Il Consiglio Direttivo del Collegio delle Ostetriche di Salerno presieduto dalla dottoressa Carmela Muccione



ha onorato pienamente l’impegno assunto candidandosi come sede del 34° Congresso Nazionale di Categoria ospitato nella bellissima cornice paesaggistica, storica e culturale quale è la città di Salerno.

Hanno partecipato ai lavori congressuali, organizzati in tavole rotonde a tema, moltissime ostetriche arrivate nella splendida città di Salerno da tutte le regioni italiane e che hanno avuto modo di intervenire in una vivace discussione da cui sono scaturiti spunti di riflessione per la mozione finale, che rappresenta, quindi, la sintesi programmatica dei lavori e contiene le linee guida su cui si è impegnata la dirigenza della FNCO per rispondere alle attuali esigenze di salute in ambito materno-infantile e per ridare centralità al ruolo, alle competenze e alla professionalità delle ostetriche da attuare attraverso un nuovo modello di assistenza alla donna che faccia della capillarità, della ampia solidarietà i propri punti di forza. Una assistenza sanitaria e sociale di



“famiglia e di comunità” in cui la Categoria lavora con le donne e per le donne in una visione di salute globale. Le ostetriche italiane vogliono contribuire a disegnare i nuovi modelli di *welfare* basati sulla sostenibilità, in risposta alla riduzione delle risorse, alla crescente disuguaglianza economica e sociale, anche nei Paesi OCSE, come emerso anche nel Rapporto “*Health at a Glance: Europe 2016*” che evidenzia l’importanza di migliorare l’accessibilità dei sistemi sanitari e ridurre le disuguaglianze tra i Paesi dell’Ue e all’interno degli stessi. Infatti il 27% dei pazienti dell’Ue non ha ancora accesso a un’assistenza sanitaria di base ed è quindi costretto ad andare al pronto soccorso. Nel 2014, i meno abbienti avevano una probabilità di incorrere in esigenze mediche insoddisfatte per motivi economici dieci volte superiore rispetto alle persone più benestanti. In media la speranza di vita dei soggetti con livelli di istruzione bassi è inferiore di sette volte rispetto a quelli che vantano livelli più elevati. Ciò è dovuto a una diversa esposizione ai rischi per la salute, ma anche a disuguaglianze nell’accesso a un’assistenza di qualità elevata. In Italia il numero di persone con esigenze sanitarie insoddisfatte per esami medici a causa di costi eccessivi, distanza geografica o tempi d’attesa è aumentato dal 5% nel 2009 al 7% nel 2014 e la percentuale è doppia per i soggetti con reddito più basso (14%). Occorre dunque ridurre gli ostacoli finanziari dell’assistenza sanitaria e migliorare l’efficienza dei sistemi sanitari di base e l’accessibilità alle cure.

Il modello “Ostetrica di famiglia e di comunità” caratterizzato da professionalità, competenza e specificità, ma dai costi contenuti, è supportato dalle indicazioni delle maggiori Agenzie internazionali dell’ONU (Unfpa, Who e Icm) e risponde alle attuali sfide del nostro *welfare* con l’obiettivo di superare molte criticità che producono difformità nel Percorso nascita, aumento del tasso di denatalità legato anche all’impoverimento di molte

fasce sociali e la diminuzione di servizi legati alla maternità e alla cura dell’infanzia (fonti ISTAT), diffusa disinformazione su nozioni sanitarie di base che si riverberano sul ruolo genitoriale e sull’educazione filiale, tant’è che sono in aumento le malattie frutto di stili di vita malsani come la cattiva alimentazione, l’abuso di fumo e alcool anche nei minori, le malattie sessualmente trasmesse e il ricorso a pratiche che negano il diritto alla vita, anche tra gli adolescenti.

Per questo le ostetriche italiane indirizzano la loro mozione a tutti i decisori politico amministrativi, affinché accolgano e implementino la realizzazione del modello proposto, che prossimamente, grazie alla collaborazione con il Direttore del Centro per la Pastorale familiare del Vicariato di Roma, monsignor Manto, verrà sperimentato in un Consultorio familiare diocesano di Roma, in una zona ad alta densità di popolazione e con forte presenza di famiglie migranti.

Ecco nella pagina seguente il testo su cui la Categoria ha espresso il proprio voto unanime al termine del XXXIV Congresso Nazionale di Categoria delle Ostetriche “L’Ostetrica di famiglia e di comunità per la promozione della salute globale e la cooperazione sanitaria internazionale”, mozione che rappresenta, quindi, la sintesi programmatica delle relazioni e degli spunti nati dal confronto proficuo scaturito dagli interventi, tavole rotonde e delle discussioni che ne sono seguite e contiene le linee guida su cui si è impegnata l’attuale dirigenza della FNCO per ridare centralità al ruolo, alle competenze e alla professionalità delle ostetriche da attuare attraverso un nuovo modello di assistenza alla donna che faccia della capillarità e della ampia solidarietà i propri punti di forza. Una assistenza sanitaria di “famiglia e di comunità” in cui la Categoria lavora con le donne e per le donne in una visione di salute globale. Un modello caratterizzato da professionalità, competenza, specificità, ma dai costi contenuti.

Mozione finale del 34° Congresso Nazionale di Categoria della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche

Le Ostetriche, riunite a Salerno nei giorni 6 e 7 ottobre 2017 per il 34° Congresso Nazionale di Categoria, orgogliose della loro storia, del loro percorso professionale e consapevoli del loro ruolo contrale nel sistema salute a favore della donna-coppia e collettività, convinte che è giunto il loro tempo per le scelte professionali e formative,

confermano di sentirsi protagoniste del loro futuro, di voler assumere un ruolo più forte e di solida presenza politica dove si discute, si dibatte e si decide per l'organizzazione del percorso nascita (Ministero della Salute e C.P.N.n.), per la formazione (Osservatorio Nazionale delle professione/Commissione nazionale CLO, etc.), per il lavoro e per l'assistenza alle donne italiane e straniere e ai loro bambini,

tenuto conto della necessità di un significativo e profondo cambiamento del paradigma curativo assistenziale in un sistema salute dove le parole "cooperazione, accoglienza, multiculturalità" sono state alla base di questo 34° Congresso Nazionale di Categoria,

considerata la necessità di contribuire a rendere ancora possibile la sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale promuovendo la presenza dell'Ostetrica/o in tutti i contesti che, come dimostrato da numerose evidenze scientifiche, risulta essere a basso costo con un ottimo livello di cure,

Dicono basta

con la riduzione numerica delle professioniste ostetriche nei diversi setting assistenziali,

basta con il blocco del *turn over*,

basta con il blocco degli stipendi,

basta con i tagli lineari prodotti dal documento Mef che mettono a rischio la salute delle donne, delle coppie e dei loro bambini,

basta con le invasioni di campo che limitano la piena applicazione del campo proprio di attività e di responsabilità dell'Ostetrica/o.

Si impegnano a stringere un nuovo patto per l'assistenza alle donne, con le donne e per le donne.

Si impegnano a rispondere ai bisogni di salute, sempre più diversi e nuovi, con adeguata conoscenza competenza e abilità.

Si impegnano a rinnovare il loro apporto professionale e umano al sistema salute universalistico e fortemente solidale.

Sollecitano le Istituzioni tutte, nazionali e regionali, al fine di garantire alle donne, alle coppie e ai loro bambini adeguata soddisfazione ai loro bisogni su tutto il territorio nazionale così come previsto dai LEA il cui articolo 59 ha limitato fortemente l'autonomia professionale dell'Ostetrica e per il quale la FNCO ha attivato un ricorso al Capo dello Stato.

Promuovono la ricostruzione, nel rispetto reciproco dei ruoli di tutte le professionalità dell'area materno infantile, del nuovo modello di cura di ostetricia di famiglia e di comunità, dando corso ai numerosissimi spunti scaturiti dalle Tavole Rotonde del 34° Congresso.

Chiedono

la valorizzazione del ruolo, delle funzioni e delle competenze professionali dell'Ostetrica/o;

lo sviluppo del ruolo dell'Ostetrica/o specialista attraverso percorsi di *master* professionalizzanti, alcuni dei quali già attivati e aderenti al nuovo modello proposto dalla Federazione in **Ostetricia di famiglia e di comunità**;

il riconoscimento contrattuale delle funzioni specialistiche dirigenziali e di coordinamento dell'Ostetrica/o nell'area materno-infantile;

l'implementazione qualificata della formazione *pre* e *post* laurea affrontando le tematiche della salute della donna e del bambino in una prospettiva di "salute globale";

la coincidenza tra formazione e professione, così come previsto dalla normativa vigente;

l'implementazione, in ambito accademico, del numero di ostetriche che accedono ai dottorati di ricerca e ai ruoli universitari;

il coinvolgimento politico della Federazione e dei Collegi Provinciali e Interprovinciali nella individuazione e definizione di strategie organizzative a livello nazionale e regionale;

infine, non perché ultimo, la elaborazione di "Linee Guida e buone pratiche assistenziali" così come previsto dall'art. 5 della Legge 24/2107 attraverso una Società Scientifica di Categoria, dove possano confluire la massima espressione culturale della Categoria e le Società Scientifiche di settore.

Il Comitato Centrale: M. Vicario, S. Vaccari, A. Toninato, M. Coluzzi, I. Rinaldi e A. Cinotti

DECRETO 2.8.2017

“Elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie”: strategie FNCO

Nasce la Società Italiana di Scienze Ostetrico-Ginecologico-Neonatali (SISOGN)

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” sta progressivamente prendendo concreta attuazione attraverso i Decreti emanati recentemente dal Ministero della Salute:

- DM 2 agosto 2017 “Elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie” attuativo dell’articolo 5 Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida;
- DM 29 settembre 2017 “Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella Sanità” attuativo dell’articolo 3 Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità.

Ai primi due Decreti ne potrebbe seguire, a breve, un terzo relativo all’Obbligo assicurativo attuativo dell’articolo 10 della Legge 24/2017 Obbligo di assicurazione.

La FNCO, al fine di poter disporre, in questo importantissimo settore, di strumenti e metodi per la tutela della Categoria, ha istituito un Gruppo di lavoro per la definizione delle classi di rischio a cui far corrispondere massimali differenziati nell’ambito della professione ostetrica.

La Federazione ha dato massima diffusione alla nuova normativa sulla responsabilità professionale attraverso la rivista di Categoria (www.fnco.it/news/lucina---la-rivista-dell-ostetrica-o-numero-4-2016.htm, www.fnco.it/news/lucina-la-rivista-dell-ostetrica-o-numero-1-2017.htm, www.fnco.it/news/lucina-la-rivista-dell-ostetrica-o-numero-2-2017.htm).

Nel primo incontro tra FNCO e le società scientifiche Syrio e Sirong (assente AIO), avvenuto in sede federale il



29 luglio 2017, è stato analizzato lo scenario normativo di riferimento acquisendo e elaborando proposte dirette a superare le criticità legate ai requisiti molto selettivi previsti dalla bozza del decreto attuativo all’epoca disponibile (rappresentatività quantitativa – il 30% delle ostetriche italiane iscritte all’Albo – e geografica sull’intero asse nazionale di almeno 12 Regioni su 21). Requisiti, poi, integralmente riportati nel Decreto emanato il 2 agosto 2017 “Elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie”. Il Decreto ha definito, in modo chiaro, il ruolo della Federazione nella fase istruttoria delle istanze pervenute, entro il giorno 8 novembre 2017, alla Direzione Generale delle Professioni Sanitarie del Ministero della Salute (articolo 1) e nella fase di monitoraggio del mantenimento dei criteri indicati dall’articolo 2 e in particolare nell’ipotesi in cui si rilevi il venir meno di uno o più requisiti che possono portare alla 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 (articolo 3).

General Meeting EMA - Madrid 22 e 23 settembre 2017

La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche, all'interno del XXXIV Congresso Federazione Nazionale Collegi Ostetriche "L'Ostetrica di famiglia e di comunità per la promozione della salute globale e la cooperazione sanitaria internazionale", svoltosi a Salerno nei giorni 6 e 7 ottobre 2017, ha trattato il tema della cooperazione internazionale che nasce come approccio di tipo collaborativo per sostenere lo sviluppo nei Paesi più svantaggiati del Sud del mondo. Oggi le questioni dello sviluppo e della cooperazione sono strategiche per il posizionamento geopolitico dei Governi nazionali e gli ambiti di intervento dei progetti di cooperazione internazionale vanno dall'assistenza socio-sanitaria alla tutela dei diritti umani, dalla sicurezza alimentare e sviluppo rurale all'educazione di base e alla formazione professionale, dal sostegno a programmi di informazione e democratizzazione alla valorizzazione del territorio e del patrimonio culturale dei Paesi in Via di Sviluppo (PVS).

Nei lavori scientifici del 34° Congresso Nazionale di Categoria è stato dedicato ampio spazio al tema della cooperazione internazionale e cooperazione decentrata in ben due sessioni:

III SESSIONE - Le testimonianze: la cooperazione sanitaria internazionale decentrata nella quale i componenti del Comitato Centrale A. Cinotti (Consigliera) e S. Vaccari (Vicepresidente) hanno illustrato il progetto CUAMM "Prima le mamme e poi i bambini" con il quale la FNCO ha finanziato il tirocinio di un mese per 10 studenti laureandi CLO.

V SESSIONE - Il confronto: i modelli ostetrici dell'accoglienza e dell'integrazione nella quale la Segretaria del Comitato Centrale M. Coluzzi ha illustrato il progetto denominato "Ostetrica di famiglia e di comunità".

La doverosa premessa per evidenziare che il tema della cooperazione internazionale, ampiamente trattato all'interno del Congresso di Salerno, è stato anche il tema di fondo del General Meeting EMA svoltosi a Madrid nei giorni 22 e 23 settembre 2017.

L'European Midwives Association (EMA) è partner partecipante a pieno titolo al progetto **Operational Refugee And Migrant Maternal Approach (ORAMMA)**, progetto cofinanziato dalla Unione Europea e diretto al sostegno per l'individuazione di buone pratiche e linee guida per l'erogazione di cure di sicurezza e di qualità alle donne migranti, rifugiate e bambini.

In occasione del General Meeting EMA, svoltosi a Madrid e al quale ha partecipato la FNCO, è stato presentato il Progetto ORAMMA ed è stato anticipato che tutti i partner EMA riceveranno, a breve, un questionario per conoscere i modelli organizzativi nell'approccio alle donne rifugiate e migranti predisposti dai diversi Stati UE.

Di seguito si riporta la brochure del progetto **Operational Refugee and Migrant Maternal Approach (ORAMMA)**.



EUROPEAN MIDWIVES
ASSOCIATION

Safe journey to motherhood

The ORAMMA project develops an integrated, woman-centred, culturally oriented and evidence-based approach for all phases of migrant and refugee women's perinatal healthcare journey including detection of pregnancy, care during pregnancy and birth and support after birth. This approach will be implemented by multidisciplinary teams of experts, namely midwives, social workers and general practitioners, with the active participation of women from migrant and refugee communities which will ensure a safe journey to motherhood.

Integrated model on perinatal healthcare for migrant and refugee women

Phase 0: Detection of pregnancy

- Contribution by a health professional in the community (e.g. nursing, social services, NGOs, etc.)
- Detection of pregnancy
- Factors assessment of the social, health and role of the target group

Phase 1: Care during pregnancy

- Coordination by the midwife
- Multidisciplinary team (including: health, social, cultural issues, etc.)
- Personal operational plan
- Visits with midwife

Phase 2: Support after birth

- Contribution by the social worker
- Social worker (psychological support, referral to social services, position with benefits)
- Visits by midwife (postnatal, newborn, post-natal check, clinical notes)

Community Capacity Building & Empowerment

ORAMMA - the core project tools

- The evidence-based guidelines for perinatal care for migrant and refugee women, aimed at health providers, individual health professionals working with the target group, and other community-based services.
- The ORAMMA approach including: all the characteristics of the perinatal healthcare model; the role of the multidisciplinary team; the specifications of perinatal care phases, decision trees and/or algorithms for the implementation of the model.
- The Perinatal Personal Operational Plan covers the pregnant woman's general health, psychosocial and perinatal assessment with an aim to plan and aims to provide all the necessary information both for the woman and the team treating her.

Cultural awareness across borders

Involvement of women from the target population and training them to assist and act as advocates for pregnant women during the whole perinatal and antenatal period, in a role of intercultural mediators is a key aspect of the ORAMMA project.

Working together for a better community

The ORAMMA approach will be implemented in communities with migrant and refugee populations. Selected key members from these communities will disseminate the approach into these communities and motivate them to actively take part. The project involves close collaboration between health professionals and the migrant and refugee communities. This framework will include training activities for both target groups and will raise awareness of migrant and refugee women on a rights-based knowledge.

MIGRANT MOTHERS MATTER TOO

This highly innovative concept encourages these women to have a more defined role than a role of an interpreter to mediating, actively assisting and providing support to migrant and refugee pregnant women. Developing an education package will facilitate learning with a two-way knowledge transfer between health professionals and community, which will increase cultural awareness.

Oramma
Operational Refugee and Migrant Maternal Approach

www.orramma.eu

THE OFFICIAL IMAGE OF THE PROJECT: THE EDUCATIONAL MATERIAL DEVELOPED BY THE EUROPEAN MIDWIVES ASSOCIATION (EMA) FOR THE ORAMMA PROJECT.

Alla Federazione, ai sensi degli articoli 1 e 3 del DM 2 agosto 2017, viene riconosciuto, quindi, un ruolo *super partes* o meglio di "controllore" cosa che ha indotto il Comitato Centrale a indire su Salerno per il giorno 8 ottobre 2017 un Consiglio Nazionale in adunanza straordinaria al quale hanno partecipato 47 Collegi su 69 per illustrare le criticità connesse al Decreto 2.8.2017 e che sono state rappresentate dalla FNCO al Ministero della Salute in una nota del 15 settembre 2017.

Al CNS hanno partecipato anche le presidenti di AIO, Syrio e Sirong che hanno espresso la loro posizione in merito alla proposta di costituire una società scientifica di Categoria, sono state illustrate tutte le criticità scaturite dal Decreto attuativo della Legge 24/2017 e sono state descritte le strategie proposte dalla FNCO a breve e medio-lungo termine.

A breve termine: costituzione di una società scientifica di secondo livello

In un primo momento si è pensato si potesse costituire la società scientifica di secondo livello per adesione delle attuali società scientifiche di settore (AIO, Syrio e

Sirong) e dei Collegi provinciali e interprovinciali con esclusione dei Presidenti in quanto come la Federazione esercitanti istituzionalmente la funzione di controllo. Ai Presidenti è stato chiesto di convocare un Consiglio direttivo urgente e indire una Assemblea straordinaria dei propri iscritti o individuare, in piena autonomia, la modalità ritenuta più idonea per acquisire dagli iscritti l'adesione spontanea alla costituenda società scientifica di Categoria individuando nella somma di 0,50 centesimi la quota *pro capite* per iscritto/a all'Albo da versare per il finanziamento della società scientifica di secondo livello.

Sulla natura della costituenda società scientifica, ovvero se "monoprofessionale" oppure "pluriprofessionale", l'Assemblea a maggioranza si è espressa per una società scientifica di Categoria e quindi monoprofessionale in quanto costituita da sole ostetriche. Al fine di rendere operativo il deliberato del CNS, il 9 ottobre scorso è stata trasmessa ai Collegi la Circolare n. 25/2017 "DM Elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie" del 2 agosto 2017 - richiesta di adesione dei Collegi". La FNCO, per garantire che la Categoria sia rappresentata nell'albo ministeriale, si è impegnata a sostenere le spese connesse alla sola costituzione della società scientifica, anche ricorrendo alla voce di bilancio "Fondo imprevisti" o variazione del bilancio.

Le modifiche del 2017 al Codice Deontologico dell'ostetrica/o

La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche, a seguito della pubblicazione del Piano Nazionale Anticorruzione nella G.U. n. 35 del 24 agosto 2016, ha predisposto la Circolare n. 18/2016 per annunciare ai Presidenti dei Collegi Provinciali e Interprovinciali e dandone comunicazione anche sulla rivista di Categoria "Lucina" delle modifiche da apportare al Codice Deontologico 2010 e s.m. e i. indicate dal Piano.

Al termine di una intensa attività di confronto tra FNCO e Ministero della Salute (ultima nota ministeriale del 2 settembre 2017), l'Assemblea del Consiglio Nazionale della Federazione, in data 18 novembre 2017, ha approvato le modifiche al Codice Deontologico di seguito riportate.

Integrazione nella sezione Premesse - Articolo 1.6

"Nell'esercizio dell'attività professionale l'ostetrica/o si attiene ai principi del codice deontologico ed alle normative vigenti in materia di Trasparenza ed Anticorruzione".

Integrazione nella sezione Disposizioni conclusive - Articolo 6.5

"I Collegi Provinciali ed Interprovinciali e gli Organi di rappresentanza nazionale si impegnano ad adottare ogni misura necessaria od opportuna a prevenire fenomeni di corruzione o conflitti fra l'interesse pubblico e quello personale ed a garantire la necessaria autonomia ed indipendenza del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza".

Il Codice Deontologico, che viene consegnato all'Ostetrica/o all'atto dell'iscrizione al Collegio e in ogni occasione ritenuta opportuna e necessaria, deve riportare le suddette integrazioni al Codice approvate dall'Assemblea del Consiglio Nazionale in data 18 novembre 2017.



**Federazione
Nazionale
Collegi
Ostetriche**



A medio-lungo termine: costituzione di un centro studi/ fondazione

La Federazione, quale ente pubblico non economico (ex articolo 2 del D.Lgs. 165/2001), non dovrebbe soggiacere alla selezione prevista dall'art. 5 della Legge 24/2017 e dal suo Decreto attuativo del 2 agosto 2017 perché dotata di massima **rappresentatività** nazionale di secondo grado o indiretta. L'ente è dotato di rappresentatività *ex lege*, quindi, obbligatoria o istituzionale e si ritiene sia istituzionalmente autorizzato e adeguato a produrre linee guida con ampia garanzia di trasparenza, autonomia, indipendenza e garanzia di assenza di conflitti di interesse. La finalità istituzionale di "promozione culturale e scientifica della Professione" – base teorica per poter elaborare linee guida – trova precisa ed espressa indicazione nel DLCP 233/1946. Tuttavia, la Legge istitutiva ha il limite di non prevedere nell'Organigramma delle Federazioni un Comitato scientifico permanente per la verifica e il controllo della qualità delle attività svolte e della produzione tecnico-scientifica, nonché per la produzione scientifica diretta. La FNCO può colmare tale limite, nel medio termine, ricorrendo agli strumenti giuridici forniti dal Codice civile e in particolare attraverso la creazione, in tempi non rapidi, di una Fondazione (essa stessa persona giuridica di diritto pubblico o "organismo di diritto pubblico") in grado di potenziare la capacità di produzione scientifica, oggi astrattamente presente nella Federazione.

La FNCO, disponendo di un soggetto giuridico "scientifico" forte e attivo – che preveda al suo interno la presen-

za, a pieno titolo, dei Collegi provinciali e interprovinciali – aumenterebbe la propria autorevolezza e quella dei Collegi che, con l'approvazione del DDL 3868 (oggi S. 1324), si auspica possano essere trasformati in ordine.

A tale ultimo proposito va ricordato che la Camera dei Deputati ha licenziato e approvato il 24 e 25 ottobre 2017 un primo testo del predetto Disegno di Legge, rispetto al quale FNCO proporrà nelle sedi competenti opportune modifiche e integrazioni: infatti anche nel testo che trova il consenso di un ramo del Parlamento – in attesa della disamina al Senato – agli artt. 7 e ss. (in particolare l'art. 8) non si individua un Organo scientifico della Federazione idoneo a svolgere i compiti di controllo e vigilanza già attribuiti dal sistema normativo della Legge 24/2017, e ad aggiornare le potenzialità rispetto alla produzione ed elaborazione di Linee guida, quale ente pubblico, dalla stessa Legge autorizzato a tal fine (art. 5, L. 24/2017).

Inoltre, al fine di supportare i 69 Collegi nelle attività di comunicazione con i propri iscritti, la FNCO ha prodotto la Circolare 26/2017 e la scheda di adesione che ciascun iscritto, nelle forme di rito, ha fatto pervenire, entro il 30 ottobre al Collegio di appartenenza.

Il DGPS del Ministero della Salute, in data 23 ottobre, in risposta al quesito FNCO del 15 settembre 2017 e quelli posti anche da altri organismi ed enti, ha emesso la "Nota di chiarimento ai fini della compilazione dell'istanza per l'iscrizione nell'elenco delle società scientifiche e delle associa-



*Il Comitato Centrale
della FNCO
augura
a tutte le Ostetriche
e gli Ostetrici italiani
un felice Natale
e un 2018 di serenità!*

Ricorso straordinario della FNCO al Capo dello Stato per il DPCM 12.01.2017 - Nuovi LEA

La FNCO, dopo la pubblicazione del DPCM 12.01.2017 - Nuovi LEA" (febbraio 2017) si è attivata con il ricorso straordinario al Capo dello Stato a seguito della esclusione nella norma della prestazione ostetrica nell'art. 59. La tematica e la sua procedura, che presenta un diverso percorso rispetto alle controversie giurisdizionali amministrative (TAR, Consiglio di Stato), in seno all'Assemblea del Consiglio Nazionale del 17 u.s., è stata ampiamente trattata e illustrata.

Il consulente legale della FNCO ha comunicato all'Assemblea che solo dopo i 120 giorni a decorrere dalla scadenza del termine per impugnare l'atto oggetto di ricorso, il Ministero competente trasmette il ricorso, le proprie deduzioni e controdeduzioni, nonché gli allegati al Consiglio di Stato per l'emissione della decisione che verrà adottata con Decreto del Presidente della Repubblica (DPR). Scaduto il 17 novembre 2017 il suddetto termine, il consulente legale della FNCO (avvocato A. Lagonegro) in data 23 novembre ha notificato al Ministero della Salute la richiesta di informazioni circa la trasmissione del fascicolo al Consiglio di Stato ovvero, in difetto, per sollecitare la stessa.

La proposizione di ricorso straordinario al Capo dello Stato avverso il DPCM non preclude la possibilità di incidere politicamente su provvedimenti di rango legislativo in via di emanazione in questo scorcio di legislatura.

La FNCO ha proposto, quindi, una interpellanza in Senato al DDL 3868 e alla Legge di Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020.

L'Azione politica potrebbe risultare utile anche nell'ambito del ricorso avverso il DPCM. Infatti, se è pur vero che nell'ambito della decisione sul ricorso si dovrà far riferimento allo stato della legislazione all'epoca di emanazione e pubblicazione del DPCM (gennaio 2017) un provvedimento di rango legislativo che, in contrasto con quanto previsto dal D.Lgs. 15/2016, riconosca la competenza a prescrivere esami esclusivamente in capo ai medici, potrebbe essere pregiudizievole ai fini dell'accoglimento del ricorso straordinario intentato dalla FNCO.



zioni tecnico scientifiche delle professioni sanitarie, di cui al DM 2 agosto 2017". La Nota ministeriale ha indotto la FNCO ad accelerare la sua attività per garantire la massima rappresentatività possibile della Categoria nell'elenco ministeriale di cui al DM 2 agosto 2017.

Al termine di una intensissima fase di consultazione con i propri legali (avvocati A. Lagonegro e C. Maggiore) la FNCO ha invitato il 28 ottobre 2017, presso la sede federale, le tre società scientifiche di settore: AIO, Syrio e Siron (assente AIO) per analizzare e condividere i principi che sono alla base dello statuto della costituenda società scientifica per il cui funzionamento ci sarà un regolamento.

Parallelamente alla costituzione della Società Italiana di Scienze Ostetrico-Ginecologico-Neonatali (SISOGN) la FNCO ha provveduto a registrarsi nell'elenco ministeriale come Federazione e quindi con i 69 Collegi provinciali e interprovinciali.

Per effetto della sua rappresentatività *ex lege*, quindi, obbligatoria o istituzionale e non dovendo soggiacere alla selezione prevista dall'art. 5 della Legge 24/2017, il Ministero non chiederà parere alla FNCO, ai fini della sua registrazione, nella fase istruttoria delle istanze, né nella fase di monitoraggio del mantenimento dei criteri indicati dall'articolo 2 per prevenire un evidente conflitto di interesse.

La ulteriore attività di consultazione legale alla luce anche della Nota ministeriale ha indotto la FNCO a inviare ai Collegi provinciali e interprovinciali una ulteriore comunicazione (Circolare 29/2017) per chiedere di indicare il nominativo di un'ostetrica, con esperienza in formazione e ricerca, tra coloro che hanno sottoscritto la scheda di adesione alla costituenda società scientifica che potesse essere tra i soci fondatori insieme ai Presidenti delle due società che hanno aderito (Syrio e Siron).

Alla FNCO entro il 3 novembre 2017 i Collegi hanno riscontrato alla Circolare 29/2017 trasmettendo i nominativi di 64 ostetriche/ci, esperti in formazione e ricerca. In data 6 novembre 2017 presso lo studio notarile in Roma erano presenti 32 soci fondatori e i Presidenti delle società scientifiche Syrio e Siron per la sottoscrizione dell'atto della Società Italiana di Scienze Ostetrico-Ginecologico-Neonatali (SISOGN).

SALUTE PRIMALE E ALLATTAMENTO: I PRIMI MILLE GIORNI

La formazione per la promozione,
la protezione e il sostegno all'allattamento
nei corsi di Laurea in Ostetricia
delle Università di Roma



Autrici

Angela Giusti

Centro Nazionale
per la Prevenzione
delle Malattie e la Promozione
della Salute – CNaPPS,
Istituto Superiore di Sanità



Iolanda Rinaldi

Collegio Provinciale
delle Ostetriche
di Roma



Sofia Colaceci

Centro Nazionale
per la Prevenzione
delle Malattie e la Promozione
della Salute – CNaPPS,
Istituto Superiore di Sanità



Patrizia Proietti

Collegio Provinciale
delle Ostetriche
di Roma

I modelli formativi nel panorama internazionale

Il sostegno dei professionisti sanitari che sono maggiormente a contatto con mamme e bambini è uno dei determinanti del successo dell'allattamento ed è considerato strategico per la messa in atto delle iniziative Amiche dei Bambini promosse da Unicef e OMS [1]. È noto che gli atteggiamenti dei professionisti possono influire sulla decisione materna di allattare e di proseguire l'allattamento [2]. Tuttavia, alcuni studi hanno evidenziato che spesso gli operatori sanitari non sono in grado di supportare le donne nel risolvere i comuni problemi che possono verificarsi in allattamento [3, 4].

La formazione e l'aggiornamento professionale nell'ambito dell'allattamento e dell'alimentazione infantile hanno un ruolo chiave per lo sviluppo delle conoscenze, atteggiamenti e competenze dei professionisti sanitari [5, 6]. A partire dagli anni '90, OMS e UNICEF hanno pro-

mosso in tutto il mondo corsi *evidence-based* nell'ambito delle iniziative *Baby-Friendly*; i moduli formativi sono strutturati su diversi livelli sulla base del ruolo professionale nel sostegno dell'allattamento e includono i decisori, gli operatori informati, i coinvolti o i dedicati [7]. La formazione minima prevista per gli operatori informati è di 2 ore ed è mirata all'acquisizione di conoscenze generali sulla politica aziendale in materia di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento. Per gli operatori coinvolti, come ad esempio i medici specialisti, è prevista una formazione minima di 4 ore che include, oltre alle conoscenze sulla politica aziendale, alcune conoscenze generali e competenze pratiche. Gli operatori dedicati devono invece possedere sia conoscenze tecnico-scientifiche sia competenze pratiche specifiche per sostenere le madri, pertanto è richiesto un minimo di 20



La formazione curricolare delle ostetriche in Italia

ore e prevede anche sessioni di pratica clinica. Il modulo formativo di 20 ore è utilizzato in tutto il mondo nell'ambito delle iniziative *Baby-Friendly* in quanto consente in tempi relativamente ridotti di formare tutto il personale, creando il retroterra culturale e operativo necessario all'implementazione dell'iniziativa a livello aziendale, negli ospedali, nei servizi territoriali e nelle comunità [8].

Un altro modulo formativo OMS/UNICEF diffuso anche in Italia è il corso "Allattamento al seno: corso pratico di counselling", di 40 ore, che oltre a contenuti tecnico-scientifici e attività pratiche prevede un focus sulle abilità di counselling per il sostegno all'allattamento e l'accompagnamento nei processi decisionali. La prima edizione risale al 1993 [9], seguita nel corso degli anni da una serie di pacchetti formativi su allattamento, HIV e alimentazione complementare [10].

Nel 2005 il Regno Unito ha introdotto all'interno delle iniziative *Baby-Friendly* anche il programma "Corso di Laurea Amico" [11]. Può ricevere questo riconoscimento ogni corso di Laurea che abbia incluso nell'offerta formativa teorico-pratica i 18 standard previsti dall'UNICEF per promuovere le competenze necessarie a sostenere le madri che allattano [12].

Pur nel quadro della legislazione nazionale [13], per effetto del regolamento sull'autonomia didattica degli atenei le Università hanno un ampio margine decisionale sui piani di studio, sugli insegnamenti e sui programmi didattici da svolgere. Non esiste peraltro un sistema che consenta di avere una visione d'insieme dei contenuti didattici proposti nei diversi CLO presenti sul territorio nazionale. Non sono quindi disponibili dati sul tipo e sulla durata della formazione che le future ostetriche ricevono in tema di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento e sulle competenze di counselling.

L'iniziativa "Corso di Laurea Amico dell'allattamento" promossa da UNICEF costituisce un *gold standard* nella formazione universitaria poiché prevede una complessiva ri-modulazione dei piani didattici, in linea con le attuali raccomandazioni per gli aspetti che riguardano protezione, promozione e sostegno dell'allattamento, cure amiche della madre e protezione dei normali processi fisiologici. Al momento un solo CLO è stato certificato da UNICEF [14] e altri hanno intrapreso il percorso di accreditamento, ma siamo ancora lontani dall'averne una copertura tale da garantire la formazione a tutte le future ostetriche

presenti sul territorio nazionale. In particolare, ad oggi non esiste per le studentesse del Centro-Sud e per molte del Nord la possibilità di fare il tirocinio clinico in ospedali o consultori familiari certificati secondo gli standard *Baby-Friendly* [15].

Un'azione strutturata per la formazione delle ostetriche su protezione, promozione e sostegno dell'allattamento in Italia è stata promossa dalla Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche già nel 2003. La FNCO aveva individuato fra le sue priorità di azione l'aggiornamento professionale *pre-service* e *in-service* sull'allattamento e, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, ha organizzato un percorso formativo nazionale per formatori di 80 ore (40+40) finalizzato a creare una rete di docenti all'interno dei corsi di Laurea in Ostetricia in grado di introdurre nel percorso universitario il modello OMS/UNICEF come standard minimo per la formazione di tutte le neolaureate in Ostetricia [16].

A partire dallo stesso anno, anche nel Lazio è stata creata una rete di formatrici impegnate come docenti o tutor nei **Corsi di Laurea in Ostetricia (CLO) di Roma**. Tale iniziativa è stata frutto della collaborazione tra il Collegio delle Ostetriche di Roma, l'Istituto Superiore di Sanità e le Università di Roma Tor Vergata, La Sapienza e Cattolica, che negli anni 2003, 2008 e 2013 hanno organizzato tre edizioni della formazione formatori di 80 ore (40+40), includendo anche una parte specifica di metodologia della formazione (+8 ore). Sono state poi promosse diverse iniziative di aggiornamento tecnico-scientifico che hanno progressivamente incluso tutte le formatrici presenti sul territorio di Roma e altri professionisti (neonatologi, pediatri, ginecologi). Tutto ciò ha dato vita a una consolidata Rete di Formatori e Formatrici che da 15 anni garantisce la formazione delle studentesse in Ostetricia.

Box 1. Perché parlare di salute primale e allattamento nei primi 1000 giorni?

Per oltre vent'anni si è parlato dell'allattamento definendolo "il modo migliore per nutrire i lattanti", "il miglior inizio", ponendo l'accento sulle qualità nutrizionali e immunitarie del latte materno. Oggi sappiamo che le cose sono più complesse e che non essere allattati espone i bambini e le bambine ad almeno tre diversi livelli di rischio: la mancata esposizione al latte materno, all'allattamento e l'esposizione all'uso dei sostituti del latte materno. Gli effetti dell'allattamento e i rischi della formula sono stati ampiamente documentati ed è probabilmente poco utile proseguire la ricerca epidemiologica in questo senso [20, 21]. Molto più promettente è, invece, la ricerca degli ultimi anni nel campo del microbioma umano, dell'epigenetica e delle neuroscienze, che sta aprendo nuovi scenari di comprensione dei processi fisiologici nei primi 1000 giorni di vita [22-24].

Il concetto di Salute Primale è stato proposto per la prima volta da Michel Odent nel 1982 [25, 26], con un appello alla comunità scientifica affinché verificasse l'ipotesi che la nostra salute sia in larga misura programmata all'inizio della vita. C'erano già molte suggestioni teoriche che indicavano come l'aumento improvviso dell'incidenza di alcune patologie fosse da ricercare nelle interferenze con il processo della nascita e del periodo perinatale, suggestioni oggi confermate.

La Salute Primale nasce quindi dalla necessità di definire "il periodo dello sviluppo umano durante il quale i sistemi adattivi di base – quelli coinvolti in ciò che comunemente chiamiamo salute – raggiungono la maturità". Nella definizione originale tale periodo include la vita fetale, il periodo perinatale e il primo anno di vita mentre con i "primi 1000 giorni" si estende il periodo adattivo della specie umana fino ai primi due anni di vita.

L'idea di un sistema adattivo primale porta a guardare oltre i confini delle diverse discipline e a considerare lo sviluppo dell'embrione-feto-neonato-lattante-bambino piccolo in un *continuum* di cui la madre è parte integrante. Sappiamo infatti che durante il periodo primale la diade madre-bambino costituisce un unico organismo complesso, dotato di un proprio co-metabolismo, che si esprime attraverso sofisticati meccanismi neurobiologici, epigenetici e di sviluppo del microbioma, di cui l'allattamento è una componente essenziale.

Diversi fattori di rischio agiscono in questo delicato periodo contribuendo in maniera significativa allo sviluppo delle patologie, tra cui le malattie croniche non trasmissibili [27], in quella che la Direttrice Generale dell'OMS Margaret Chan ha definito "un disastro al rallentatore" [28]. La formazione del patrimonio microbico dell'individuo inizia già dalla gravidanza. La colonizzazione microbica del bambino durante il periodo primale risente negativamente dei trattamenti antibiotici (in gravidanza e nella prima infanzia), della modalità di nascita (taglio cesareo) e di alimentazione del lattante nei primi anni di vita (uso di sostituti del latte materno e stili alimentari durante e dopo il divezzamento) [29].

L'allattamento risulta essere uno dei determinanti più importanti per il normale sviluppo del microbiota intestinale del bambino, attraverso diversi meccanismi: in maniera diretta, attraverso i batteri, i cosiddetti probiotici, presenti nel latte materno, e in maniera indiretta attraverso i prebiotici, oligosaccaridi e altre sostanze che servono da nutrimento per la flora intestinale del bambino e variano nel tempo sulla base delle sue specifiche esigenze. Oltre all'effetto diretto del latte materno, esistono effetti epigenetici e neurobiologici legati alla pratica dell'allattamento, all'accudimento e alla relazione di cura mamma-bambino.

L'allattamento si configura così come un *imprinting* di salute, "la più specifica medicina personalizzata che il o la bambina possa ricevere, data al momento in cui l'espressione genica si sta affinando per il resto della vita" [20].

La partnership tra Collegio delle Ostetriche di Roma e Istituto Superiore di Sanità: il nuovo pacchetto formativo “Salute Primale e allattamento: i primi 1000 giorni”

In linea con quanto previsto dalle politiche nazionali (Box 1), il Modulo “Salute Primale e allattamento: i primi 1000 giorni” è stato prodotto dall’Istituto Superiore di Sanità e dal Collegio delle Ostetriche di Roma nell’ambito di un accordo di collaborazione 2016-2018 con l’obiettivo di introdurre in tutti i Corsi di Laurea in Ostetricia del Lazio un pacchetto minimo standard aggiornato, tra il I e il II anno di corso (Figura 1).

Il progetto è stato co-finanziato dal Collegio Provinciale delle Ostetriche di Roma e dall’Istituto Superiore di Sanità.

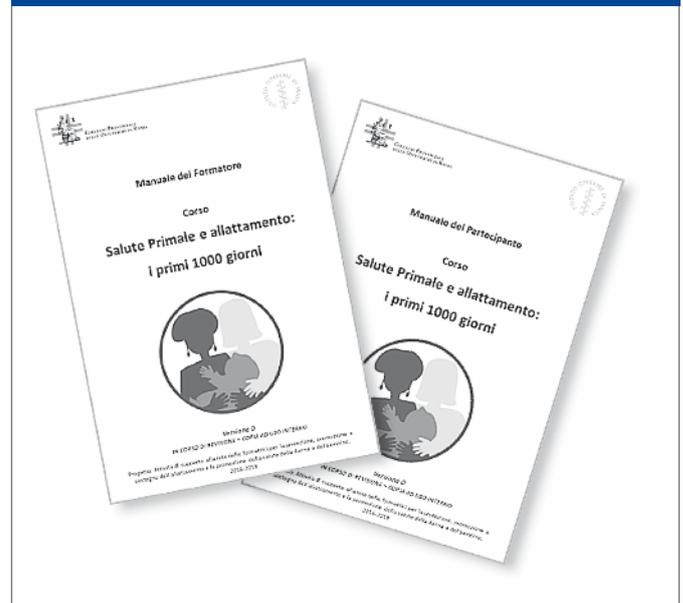
I **contenuti** sono basati prevalentemente sui modelli OMS/UNICEF (40 e 20 ore) sui quali esiste una vasta dimostrazione di efficacia anche in Italia [17-19]. Gli aggiornamenti e le sessioni complementari riguardano la salute primale e la salutogenesi, incluse le pratiche di assistenza alla nascita e i loro effetti sulla salute (Box 2), la promozione e il recupero dei processi fisiologici anche in presenza di patologie, l’alimentazione complementare e la metodologia per la conduzione degli incontri di accompagnamento alla nascita. Gli aggiornamenti sono stati predisposti a partire dalla letteratura scientifica e dai materiali prodotti dal Ministero della Salute e dall’Istituto Superiore di Sanità con l’obiettivo di promuovere le *core competencies* specifiche delle ostetriche, ma sono adattabili in gran parte a qualsiasi professionista dedicato al sostegno alle madri. Un *focus* particolare viene dedicato all’apprendimento delle competenze di *counselling* che, abbinate alla competenza tecnico-scientifica, sono essenziali affinché i professionisti siano in grado di accompagnare i processi decisionali delle madri e delle coppie.

La **metodologia** prevede Unità di Apprendimento (UA) strutturate in lezioni interattive, dimostrazioni, esercitazioni pratiche individuali e in gruppo, *role play*, due pratiche cliniche con le madri e i padri (in ospedale e in consultorio), una pratica di incontro di accompagnamento alla nascita e una sessione tenuta dalle mamme di uno dei gruppi di auto-aiuto presenti nel territorio.

Per la sua **struttura a modulo**, il pacchetto formativo può essere proposto in un’unica soluzione o in due parti, può essere facilmente scomposto in diverse UA e inserito nel *curriculum* universitario coinvolgendo diversi docenti formati, e può essere completato da approfondimenti teorico-pratici.

Per verificare il raggiungimento degli obiettivi di apprendimento è stato predisposto un **piano di valutazione**. Trattandosi di un intervento formativo destinato esclusivamente alle studentesse, senza alcun impatto possibile

Figura 1. Manuale del Formatore e del Partecipante



sui diversi sistemi organizzativi presso i quali si svolgono i tirocini, la valutazione ha previsto la rilevazione di diverse dimensioni dell’apprendimento individuale, tra cui il gradimento, la conoscenza, le abilità pratiche, il *problem solving*, la competenza percepita e la pratica.

Prima edizione della formazione-formatori e validazione del percorso

La struttura del corso, i contenuti e gli strumenti di valutazione sono stati messi a punto a partire da settembre 2016 grazie ai contributi del **panel tecnico-scientifico** multiprofessionale costituito per la realizzazione del progetto. Il gruppo di lavoro ha prodotto il *Manuale del formatore*, il *Manuale del partecipante* e un set di diapositive, video e schede da utilizzare per le attività d’aula e le pratiche cliniche.

La formazione-formatori è stata strutturata in 2 moduli sequenziali di 40 ore ciascuno e una giornata di progettazione formativa, per un totale di 88 ore di formazione (Figura 2).

I membri del *panel* tecnico-scientifico hanno partecipato come Formatori Senior. Le neo-formatrici, prevalentemente donne, erano docenti e *tutor* coinvolte nella formazione universitaria delle studentesse in Ostetricia, nella formazione d’aula o nel tirocinio ospedaliero e territoriale. Per la selezione delle partecipanti sono stati considerati prerequisiti:

- essere impegnate nelle attività di docenza o di tutoraggio per i corsi di Laurea in Ostetricia delle Università di Roma;
- avere una pregressa formazione sull’allattamento e/o sul *counselling*.

Sono stati considerati titoli preferenziali la conoscenza dell'inglese e la competenza in ICT. Tutta l'attività è stata supportata dalla piattaforma *web* gestita dal *team* dell'ISS, all'interno della quale è stata creata un'area dedicata al Progetto.

Le edizioni base del corso sono state dedicate alle studentesse del II e III anno dei CLO delle Università di Roma e provincia (Tor Vergata e La Sapienza). Alcuni posti della formazione-formatori e dei corsi base sono stati riservati a esterni.

Alla formazione-formatori (80+8 ore) hanno partecipato in totale 30 professionisti, di cui 21 ostetriche, 4 pediatri, 2 infermiere pediatriche, 2 ginecologi e 1 biologo nutrizionista. Alle tre edizioni del corso base (40 ore) hanno partecipato 85 studentesse in Ostetricia del II e III anno e 7 professionisti sanitari (2 ostetriche, 2 specializzande in Pediatria, 1 medico in formazione in Medicina Generale, 1 ginecologa e 1 medico ospedaliero).

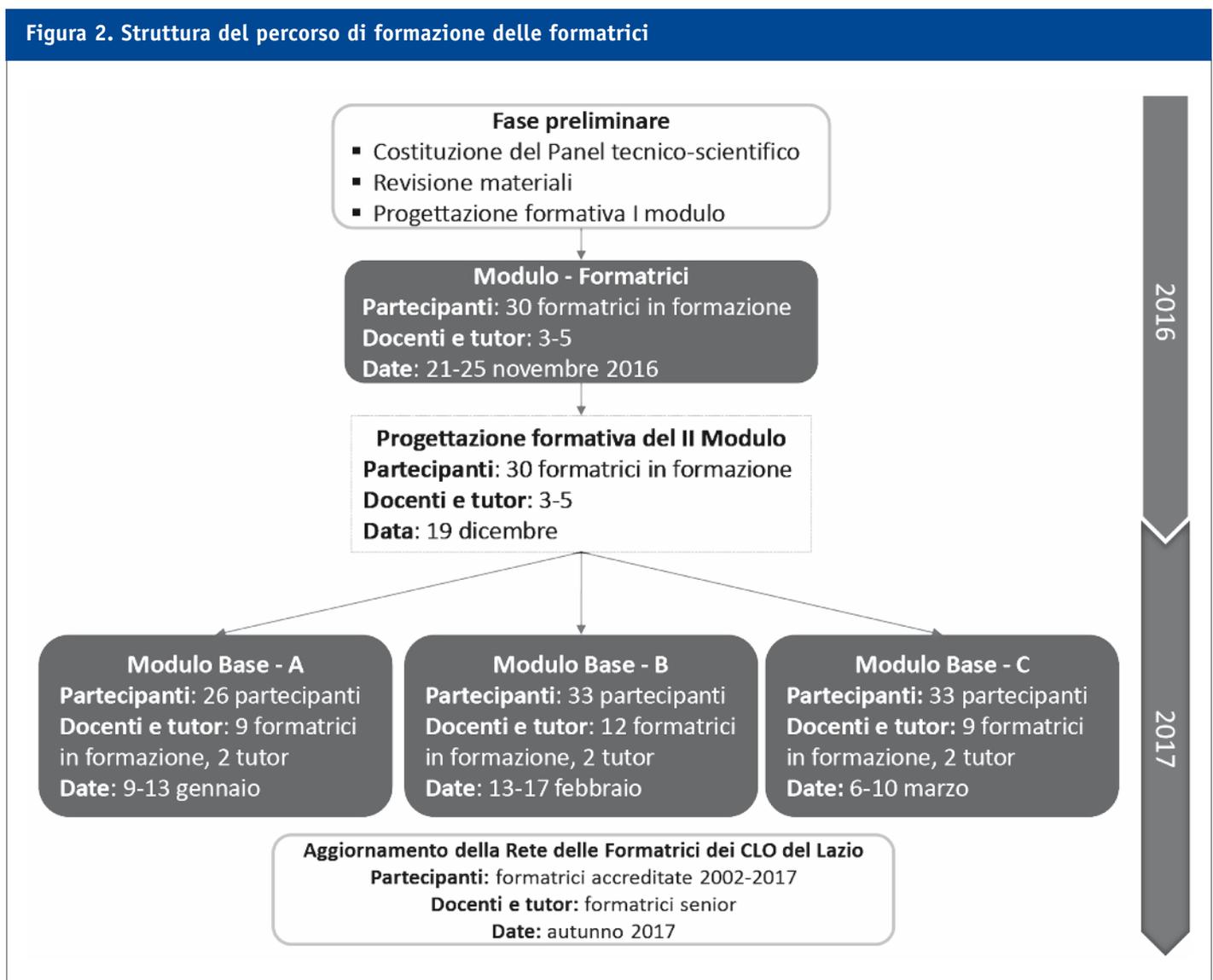
Le diverse edizioni si sono tenute presso le aule messe a disposizione dall'Istituto Superiore di Sanità e dall'UNICEF.

Sviluppi del progetto e conclusioni

Dopo la prima edizione del pacchetto formativo, tutti i materiali saranno oggetto di una revisione da parte del *panel* tecnico-scientifico del progetto e di esperti esterni. Il rilascio dei materiali formativi aggiornati è previsto per l'anno accademico 2017-2018. Il percorso formativo universitario sarà oggetto di valutazione di *follow up* per misurare il grado di persistenza delle conoscenze, atteggiamenti e competenza delle studentesse.

Pur nella consapevolezza che l'adozione degli standard UNICEF per le Università costituisca un *gold standard* verso il quale tendere, questo nuovo pacchetto formativo presenta due vantaggi: il primo è la semplicità di introduzione all'interno dei percorsi formativi universitari, che lo rende un prodotto fruibile all'interno di qualsiasi CLO, in grado di sviluppare le competenze essenziali per la protezione, la promozione e il sostegno dell'allattamento. Il secondo aspetto è legato alla cultura scientifica e professionale, che in questo percorso for-

Figura 2. Struttura del percorso di formazione delle formatrici



Box 2. Gli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018 include, tra i macro obiettivi, la riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili, anche attraverso la promozione di stili alimentari corretti per la prevenzione del sovrappeso e dell'obesità. L'allattamento "previene l'obesità, i problemi cardiovascolari e la SIDS, protegge dalle infezioni respiratorie, riduce il rischio di sviluppare allergie, migliora la vista, lo sviluppo psicomotorio e intestinale, riduce il rischio di occlusioni e l'incidenza e la durata delle gastroenteriti, previene l'osteoporosi e alcuni tipi di neoplasie materne" [30].

Il PNP sottolinea come la promozione della salute e dell'equità nella salute "inizia dalla gravidanza, passa per un programma di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno e prosegue nella fase della prima infanzia". Sono quindi necessari programmi e interventi volti a favorire l'allattamento, la cui efficacia sia misurabile attraverso l'aumento della prevalenza dell'allattamento al 6° mese di vita del bambino.

mativo è volutamente orientata a considerare la salute primale e la salutogenesi del sistema mamma-bambino in una visione d'insieme, che inizia prima del concepimento e si estende per i primi 1000 giorni, periodo durante il quale le pratiche assistenziali hanno un impatto determinante sulla salute futura dell'individuo. È necessario un impegno dei responsabili dei CLO affinché le competenze acquisite durante il percorso di formazione possano essere sviluppate nei tirocini, possibilmente in Ospedali o in servizi territoriali certificati *Baby-Friendly*.

Il progetto in corso ha prodotto una serie di materiali e di esperienze utili per la formazione delle studentesse in Ostetricia e dei professionisti. Questa prima fase potrebbe essere ulteriormente sviluppata coinvolgendo altri CLO e Collegi, sia per la formazione *pre-service* sia per la formazione ECM delle ostetriche già in servizio.

Ringraziamenti

Si ringraziano i membri del *panel* tecnico-scientifico Silvana Brucchi, Elise Chapin, Franco De Luca, Mario Ferraro, Raffaella Gennaretti, Elisabetta Giorgi, Carla Oliva, Laura Reali, Celeste Vecchione per il loro prezioso contributo.

Si ringraziano per la collaborazione nello svolgimento delle pratiche cliniche l'Ospedale Sandro Pertini, l'Ospedale San Giovanni Calibita Fatebenefratelli Isola Tiberina, l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata e i consultori delle ASL Roma 1 e 2.

Bibliografia

- [1] UNICEF IT. I percorsi amici dei bambini: 10 e 7 passi [Internet]. [cited 2017 Jun 20]. Available from: http://www.unicef.it/Allegati/10_e_7_passi_Ospedali_Comunita_Amiche_Bambini.pdf
- [2] Di Girolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Do Perceived Attitudes of Physicians and Hospital Staff Affect Breastfeeding Decisions? *Birth* [Internet]. Blackwell Science Inc; 2003 Jun 1 [cited 2017 Jun 20];30(2):94-100. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1523-536X.2003.00227.x>
- [3] Pound CM, Williams K, Grenon R, Aglipay M, Plint AC. Breastfeeding Knowledge, Confidence, Beliefs, and Attitudes of Canadian Physicians. *J Hum Lact* [Internet]. 2014 Aug [cited 2017 Jun 20];30(3):298-309. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24919510>
- [4] Gonzalez AP, Palmer J, Downes K, Young C. Attitudes and Knowledge About Breastfeeding Among Obstetrics and Gynecology Residents. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2014 May [cited 2017 Jun 20];123:17S-18S. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00006250-201405001-00035>
- [5] CDC. Strategies to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases The CDC Guide to Strategies to Support Breastfeeding Mothers and Babies. [cited 2017 Jun 20]; Available from: <https://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/bf-guide-508.pdf>
- [6] European Commission. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action Promotion of Breastfeeding in Europe [Internet]. 2004 [cited 2017 Jun 20]. Available from: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm
- [7] UNICEF IT. Guida all'applicazione dei Passi [Internet]. 2015 [cited 2017 Jun 20]. Available from: http://www.unicef.it/Allegati/Guida_applicazione_Passi_Ospedali_amici_bambini.pdf
- [8] WHO/UNICEF. Promozione e sostegno dell'allattamento in un Ospedale Amico dei Bambini. Un corso di 20 ore per il personale della maternità. [Internet]. 2009 [cited 2017 Jun 20]. Available from:

- http://www.unicef.it/Allegati/Corso_20_Ore_Ospedali_Amici_Bambini.pdf
- [9] WHO. Breastfeeding counselling: a training course [Internet]. WHO. World Health Organization; 1993 [cited 2017 Jun 20]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_cdr_93_3/en
- [10] WHO. Breastfeeding [Internet]. WHO. World Health Organization; 2011 [cited 2017 Jun 20]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/en
- [11] UNICEF UK. Implementing the Baby Friendly standards in universities - Baby Friendly Initiative [Internet]. [cited 2017 Jun 20]. Available from: <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/accreditation/universities>
- [12] UNICEF UK. Guidance for universities on implementing the Baby Friendly Initiative standards [Internet]. 2012 [cited 2017 Jun 20]. Available from: https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2016/08/baby_friendly_university_guidance.pdf
- [13] MIUR. Decreto Interministeriale 19 febbraio 2009. Determinazione delle classi delle lauree delle professioni sanitarie [Internet]. Gazzetta Ufficiale del 25 maggio 2009 n. 119; 2009 [cited 2017 Jun 20]. Available from: <http://attiministeriali.miur.it/anno-2009/febbraio/di-19022009.aspx>
- [14] UNICEF IT. Il Corso di laurea in Ostetricia di Milano-Bicocca &amico dell'allattamento materno &amico; - Unicef Italia [Internet]. 2014 [cited 2017 Jun 20]. Available from: <http://www.unicef.it/doc/5987/corso-ostetricia-milano-bicocca-amico-allattamento-materno.htm>
- [15] UNICEF IT. Gli Ospedali Amici dei bambini in Italia - Unicef Italia [Internet]. [cited 2017 Jun 20]. Available from: <http://www.unicef.it/doc/152/gli-ospedali-amici-dei-bambini-in-italia.htm>
- [16] Giusti A, Conti S, Di Lorenzo G, Donati S, Perra A, Grandolfo M. How Italian midwives contribute to breastfeeding promotion: a national experience of "cascade" training. *Ig Sanita Pubbl.* 2006;62(1)
- [17] World Health Organization. Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding [Internet]. WHO; 1998 [cited 2017 Jun 20]. Available from: http://www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_eng.pdf
- [18] Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ* [Internet]. 2001 [cited 2017 Jun 20];323(7325). Available from: <http://www.bmj.com/content/323/7325/1358.long>

Convegno "I progetti ISS – Regioni per migliorare l'assistenza alla nascita in Italia"



Il sistema di sorveglianza della mortalità materna previsto dal DPCM nazionale su registri e sorveglianze e i progetti di ricerca sulla grave morbosità materna, finanziati dal Ministero della Salute-CCM e coordinati dall'ISS in 10 Regioni italiane, permettono di identificare le criticità organizzative e assistenziali in caso di emergenze ostetriche e di eventi avversi nell'assistenza alla nascita. La restituzione di tali informazioni, elaborate anche sotto forma di raccomandazioni per la pratica clinica, di linee guida nazionali *evidence-based* e di corsi di formazione a distanza, risponde al fabbisogno formativo e di aggiornamento dei professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza ostetrica.

Il convegno "I progetti ISS – Regioni per migliorare l'assistenza alla nascita in Italia", che si terrà a Roma il 12

gennaio 2018 presso l'Aula Pocchiarri dell'Istituto Superiore di Sanità, ha lo scopo di restituire e discutere con i professionisti sanitari che assistono la nascita in Italia le informazioni raccolte mediante il sistema di sorveglianza della mortalità materna (sia attraverso il *record-linkage* di flussi sanitari, sia attraverso la sorveglianza attiva) e mediante i progetti di ricerca-intervento coordinati dall'ISS in collaborazione con le Regioni al fine di migliorare la qualità dell'assistenza alla nascita e prevenire gli esiti sfavorevoli.

Al convegno, gratuito e accreditato ECM per medici e ostetriche, saranno ammessi un massimo di 200 partecipanti, in base all'ordine di arrivo delle domande di iscrizione ([www.fnco.it/custom/fnco/writable/writable/PROGRAMMA%20CONVEGNO\(2\).pdf](http://www.fnco.it/custom/fnco/writable/writable/PROGRAMMA%20CONVEGNO(2).pdf))

Segreteria organizzativa Marina Pediconi – Silvia Andreozzi – Ferdinando Timperi

CNaPPS - Istituto Superiore di Sanità

Telefono 06 49904315 – 06 49904311 – 06 49904316

E-mail silvia.andreozzi@iss.it – marina.pediconi@iss.it – ferdinando.timperi@iss.it



- [19] Cattaneo A, Bettinelli ME, Chapin E, Macaluso A, Córdova do Espírito Santo L, Murante AM, et al. Effectiveness of the Baby Friendly Community Initiative in Italy: a non-randomised controlled study. *BMJ Open* [Internet]. 2016;6(5):e010232. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2015-010232>
- [20] Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* [Internet]. Elsevier Ltd; 2016;387(10017):475–90. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- [21] SIP, SIN, SICuPP S e S. Allattamento al seno e uso del latte materno/umano. Position Statement 2015 [Internet]. 2015 [cited 2017 Jun 20]. Available from: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2415_allegato.pdf
- [22] Collado MC, Rautava S, Isolauri E, Salminen S. Gut microbiota: a source of novel tools to reduce the risk of human disease? *Pediatr Res* [Internet]. 2015;77(1–2):182–8. Available from: <http://www.nature.com/doi/10.1038/pr.2014.173>
- [22] Nuriel-Ohayon M, Neuman H, Koren O. Microbial changes during pregnancy, birth, and infancy. *Front Microbiol*. 2016;7(JUL):1–13
- [24] Giusti A. Breastfeeding: Health, prevention, and environment. *Epidemiol Prev*. 2015;39(5–6)
- [25] Odent M. Primal Health. Hutchinson C, editor. London; 1986
- [26] Odent M. Primal Health: History of a Concept [Internet]. Primal Health Research Databank; [cited 2017 Jun 20]. Available from: <http://www.primalhealthresearch.com/introduction.php>
- [27] Mameli C, Mazzantini S, Zuccotti G. Nutrition in the First 1000 Days: The Origin of Childhood Obesity. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. Multidisciplinary Digital Publishing Institute; 2016 Aug 23 [cited 2017 Jun 20];13(9):838. Available from: <http://www.mdpi.com/1660-4601/13/9/838>
- [28] Chan M. Obesity and diabetes: the slow-motion disaster Keynote address at the 47th meeting of the National Academy of Medicine. In: WHO [Internet]. World Health Organization; 2016 [cited 2017 Jun 20]. Available from: <http://www.who.int/dg/speeches/2016/obesity-diabetes-disaster/en>
- [29] Matamoros S, Gras-Leguen C, Le Vacon F, Potel G, De La Cochetiere MF. Development of intestinal microbiota in infants and its impact on health. *Trends Microbiol*. 2013;21(4):167–73
- [30] Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 [Internet]. 2014 [cited 2017 Jun 20]. Available from: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf

L'ostetrica nelle scuole: l'educazione sessuale raccontata ai ragazzi

The role of the midwife in public education: teaching sex education in high school



Autrice

Federica Guerra

RIASSUNTO

Nonostante che l'Organizzazione Mondiale della Sanità abbia da tempo sottolineato l'importanza dell'educazione sessuale nelle scuole, questa ancora oggi è argomento di forti dibattiti. Eppure i dati del nostro Paese parlano chiaro: il 19% dei ragazzi ha rapporti sessuali prima dei 14 anni e, secondo la SIGO (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia), soltanto 3 giovani su 10 ricevono informazioni in questo campo da personale esperto, mentre il 70% le ricerca da fonti non qualificate come siti internet o coetanei. Sulla base di queste motivazioni e in accordo con il DM n. 740 del 14 settembre 1994, secondo il quale "L'ostetrica partecipa ad interventi di educazione sanitaria e sessuale sia nell'ambito della famiglia che nella comunità", ho intrapreso un progetto di educazione all'affettività e alla sessualità nelle scuole che ha coinvolto adolescenti di fascia d'età 13-18 anni. Da tali incontri è emerso non solo quanto sia importante la formazione in materia di prevenzione di comportamenti sessuali a rischio, malattie sessualmente trasmesse e gravidanze indesiderate, ma anche quanto i giovani siano desiderosi di ricevere informazioni corrette e libere dai pregiudizi per poter prendere decisioni mature e consapevoli.

Parole chiave

Educazione sessuale, scuola, adolescenti.

ABSTRACT

Despite the World Health Organization has stressed the importance of sexual health education in schools for a long time, this is still a topic of strong debates today. But numbers speak for themselves, and in our Country, 19% of teenagers have had sexual intercourse by the age of 14, and according to the SIGO (Italian Society of obstetric and gynaecology) only 3 out of 10 teenagers seek professional advice in regards to these topics, while 70% of them looks for information from unqualified sources, such as internet and peers. For these reasons and in accordance with the Ministerial Decree of 14th September 1994, no. 740, that quotes "The Midwife takes part in health and sexual education within the family and the community", I got involved in a project of sexual health education in schools, that involved teenagers between the age of 13 and 18. From these meetings emerged that it is very important to educate young people to prevent sexually hazardous behaviours, sexually transmitted diseases and unexpected pregnancies. It was also clear that teenagers are eager to get accurate information in order to be able to make an informed decision, without being judged.

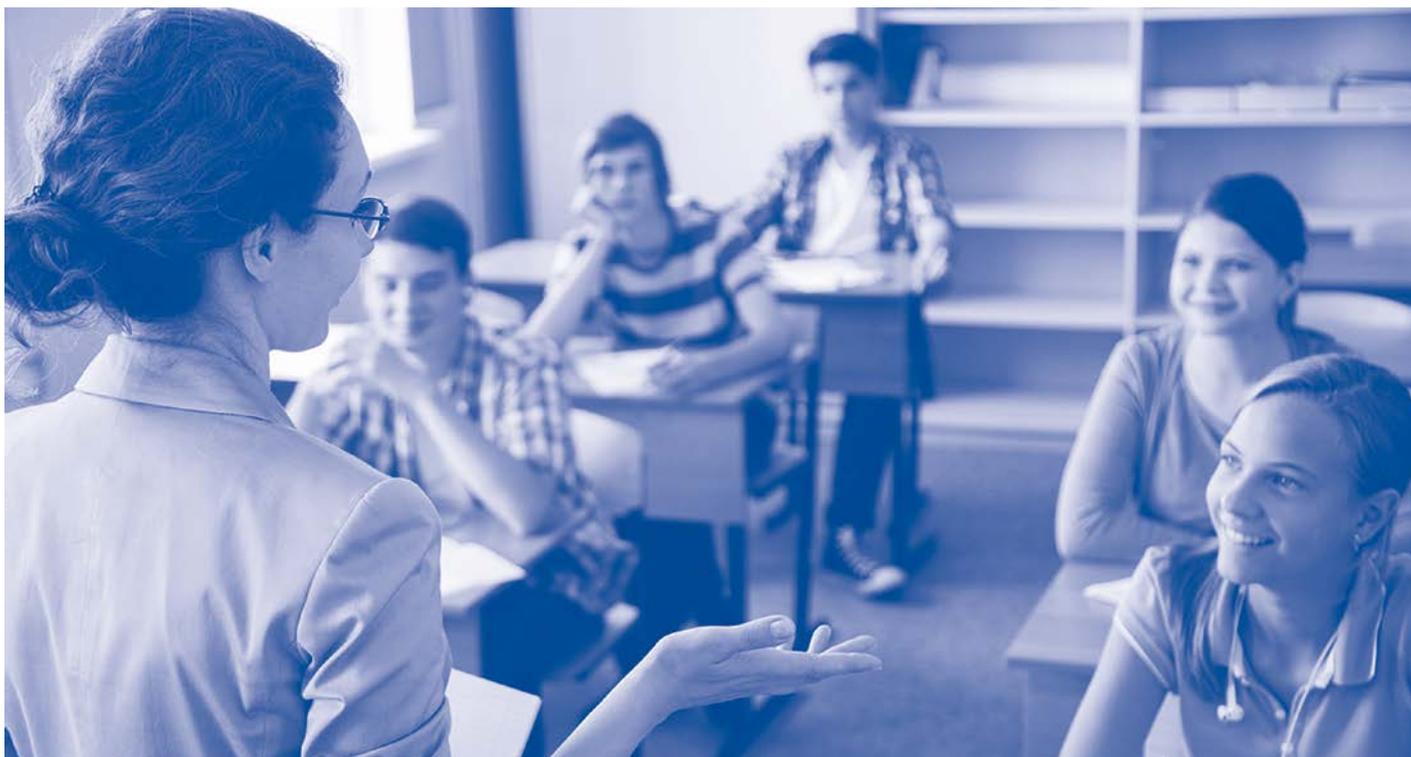
Keywords

Sexual health education, School, Teenagers.

Introduzione

L'educazione sessuale nelle scuole è ancora oggi argomento molto delicato: sono molti infatti i dubbi se sia o meno appropriata ai giovani cui è rivolta, nonostante sia l'OMS, sia l'UNESCO, sia il Ministero della Salute abbiano da tempo affermato quanto sia effettivamente importante utilizzare l'ambiente scolastico come canale di comunicazione e informazione per rendere i ragazzi

responsabili, maturi e consapevoli delle proprie azioni in tema di sessualità. La scuola infatti non è soltanto il luogo dove si apprendono le materie scolastiche, ma è anche e soprattutto un laboratorio di vita in cui il bambino prima e l'adolescente poi imparano a interfacciarsi nel mondo sociale, nelle relazioni con i coetanei e con gli adulti, in un percorso di crescita e di responsabilizza-

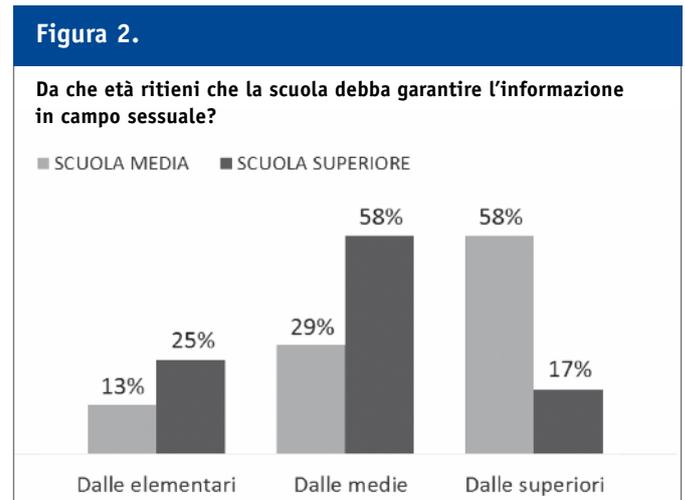
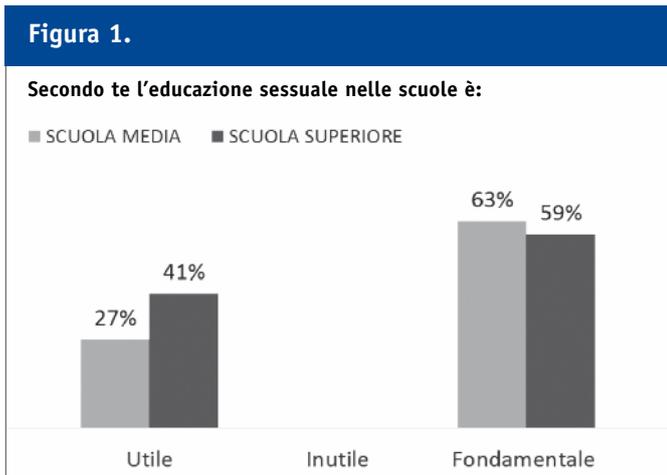


L'educazione sessuale in Italia

zione. A sostegno di ciò, l'educazione sessuale non si propone soltanto di fornire una corretta informazione sessuale ai ragazzi, ma anche di affrontare tematiche fondamentali, come la consapevolezza dei cambiamenti fisici e psicologici dell'adolescenza, la maturazione di una propria personalità e l'utilizzo di una propria differenza come valore e ricchezza. Ma non solo: essa ha come obiettivo prolungato nel tempo quello di dare ai giovani degli strumenti per esplorare il mondo delle emozioni e dei sentimenti, acquisire una maggiore consapevolezza dei diritti umani, il rispetto e l'empatia verso gli altri, la comunicazione con i propri genitori e gli adulti, a maturare un pensiero critico e a costruire relazioni basate sul rispetto reciproco, smontando gli stereotipi alla base delle discriminazioni di genere e quelli legati all'orientamento sessuale.

Per questo motivo, secondo gli standard internazionali, c'è urgente bisogno di fare educazione sessuale ed è necessario che questa inizi in epoca precoce e successivamente rivista in maniera più approfondita a seconda del *target* dei ragazzi cui è rivolta. Questo perché con la crescita cambiano le domande, i dubbi, il grado di comprensione e di interesse per certi argomenti, ma soprattutto perché risulta ancora più importante il fatto che i bambini e i ragazzi avranno minor difficoltà nell'affrontare le questioni della sessualità prima di trovarcisi di fronte; ad esempio è necessario che le ragazze in epoca pre-puberale conoscano il fenomeno delle mestruazioni prima di farne esperienza in prima persona e allo stesso modo è molto importante far apprendere un giusto comportamento sessuale prima di cominciare effettivamente ad averne.

Secondo la **SIGO**, l'educazione sessuale nelle scuole è fondamentale tanto quanto gli altri insegnamenti, a salvaguardia della salute degli adolescenti. E mentre in molti Paesi europei viene insegnata regolarmente nelle scuole, per esempio in Germania dal 1970, in Francia dal 1973, in Svezia dal 1956, in alcuni casi addirittura nella scuola primaria, nel nostro Paese purtroppo la situazione è ancora controversa: la prima proposta di legge risale al 1910, ma ad oggi non sono mai stati raggiunti consensi sufficienti per il varo di una legge nazionale, a causa dei numerosi dibattiti su cosa insegnare ai ragazzi e soprattutto quando introdurre certi argomenti, se alle scuole medie, superiori o persino alle elementari. Difatti molte resistenze all'inserimento di programmi di educazione sessuale nelle scuole sono sostenute dal timore, presentato anche dai genitori, che parlare in classe di contraccezione e malattie sessualmente trasmesse venga visto dai ragazzi come un incentivo a iniziare ad avere rapporti sessuali più precocemente e con più leggerezza. In realtà l'OMS ha provato non solo che queste lezioni non influiscono sull'età del primo rapporto sessuale, ma anzi sono determinanti nel favorire l'adozione di pratiche sessuali più sicure e responsabili tra gli adolescenti. Anche il Ministero della Salute ha affermato che per fronteggiare l'infezione da HIV è fondamentale portare i ragazzi a conoscenza delle malattie sessualmente trasmesse, di evitare comportamenti a rischio e di insegnare loro le modalità di prevenzione: i dati italiani forniti dal Centro Nazionale AIDS (CNAIDS) mostrano come la popolazione giovanile sia chiaramente un gruppo vulnerabile, poiché solo il 26% dei ragazzi *under 25* conosce le corrette informazioni sulle modalità



di trasmissione delle infezioni e di questi solo il 23,5% utilizza il preservativo.

Lasciando la parola ai ragazzi se l'educazione sessuale debba essere insegnata o meno a scuola, da un'indagine condotta dall'ISS (Istituto Superiore di Sanità) che ha coinvolto 6.467 studenti delle scuole superiori del nostro Paese, è emerso come sono più del 95% i giovani che ritengono che la scuola abbia il dovere di garantire un'educazione alla sessualità, e che questa debba iniziare nelle scuole medie inferiori (58%) o addirittura alla scuola primaria (23%), allo scopo di determinare maggiore consapevolezza e rassicurazione e di colmare i dubbi e le incertezze inerenti alla sessualità che possono emergere in questa fase evolutiva.

scolastico 2016-2017 nelle scuole di primo e secondo grado (rispettivamente nella Scuola media Giulio Cesare e nell'Istituto scientifico Livio Cambi) e che ha coinvolto 72 ragazzi della terza media e 54 del quarto superiore. L'obiettivo del progetto è stato quello di accompagnarli verso una sessualità consapevole, dando loro le giuste informazioni, ascoltandoli e rispondendo alle loro domande. Con la speranza che questo possa essere un ottimo punto di partenza per portare i giovani di oggi a diventare degli adulti consapevoli e responsabili in tema di affettività e sessualità.

Il mio progetto nelle scuole medie inferiori e superiori

Dai dati analizzati sull'importanza dell'educazione all'affettività e alla sessualità nelle scuole e a fronte di una sempre più preoccupante mancanza di informazioni nei ragazzi, è nata in me la voglia di creare un progetto interamente dedicato a loro, che ho presentato nell'anno

Risultati del progetto

Al termine del progetto sono stati consegnati dei questionari di gradimento e di conoscenza ai ragazzi, dalla cui analisi è spiccato tra tutti il loro entusiasmo e il loro reale bisogno di ricevere nozioni di educazione sessuale a scuola, in una comunità libera dai pregiudizi e dal timore di essere giudicati.

Le informazioni che i ragazzi ricevono riguardo alla sessualità e all'affettività provengono per la maggior parte da amici e compagni di scuola (in cui ritrovano solida-

Corsi ECM gratuiti di formazione a distanza disponibili on-line



Federazione Nazionale Collegi Ostetriche



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Dal 1° dicembre 2017 è disponibile on-line il corso di formazione a distanza (FAD) "La prevenzione e la gestione dell'emorragia del post-partum" rivolto ai professionisti coinvolti nell'assistenza al percorso nascita e completamente nuovo rispetto alle due precedenti edizioni. Il metodo didattico si basa sulla simulazione di casi clinici reali che permettono al partecipante di cimentarsi con la gestione di situazioni che possono presentarsi nell'attività professionale abituale. Il corso è gratuito e permette di scaricare due dossier informativi, eroga 12 crediti ECM per medici e ostetriche. Per accedere occorre registrarsi sulla piattaforma GOAL all'indirizzo internet <http://fad.snlg.it>. Dal menu principale basta cliccare su Registrati, nella pagina in alto a destra, e poi seguire le istruzioni. Sulla stessa piattaforma è disponibile, dal 1° settembre scorso, anche il corso sui "Disordini ipertensivi in gravidanza" accessibile con le stesse modalità a medici e ostetriche. Entrambi i corsi sono stati realizzati grazie al supporto finanziario della Federazione Nazionale delle Ostetriche.

rietà, senso di appartenenza e di comprensione) seguite dall'utilizzo di siti internet e riviste che spesso contengono nozioni fuorvianti e confuse. I genitori ricoprono un ruolo ancora marginale, e questo è il riflesso del senso di imbarazzo e il timore di essere giudicati, nonostante gli adolescenti sentano molto il desiderio di trovare una famiglia pronta ad accoglierli nel momento del bisogno, ed è per questo che spesso si rivolgono ai fratelli e le sorelle più grandi.

L'approccio alla sessualità in maniera ancora confusa da parte dei ragazzi è evidente anche dall'importante *gap* che esiste tra l'effettiva conoscenza di un metodo contraccettivo, l'attitudine a utilizzarlo e il comportamento: la paura di essere scoperti e giudicati dalla famiglia spesso induce ad adottare poco e in maniera scorretta le precauzioni durante un rapporto sessuale, per esempio non comprando i preservativi (35% dei ragazzi intervistati) o non utilizzando contraccettivi ormonali che richiedono la ricetta del medico (65% delle ragazze). Allo stesso modo, nessun alunno delle scuole medie inferiori si è mai rivolto a un esperto in tema di sessualità, cosa che invece ha riguardato il 12% dei ragazzi della media superiore. Inoltre, nessuno dei ragazzi delle scuole medie inferiori sapeva cosa fosse un Consultorio mentre solo il 24% dei ragazzi delle scuole superiori intervistati ha effettivamente idea di che cosa sia e quale sia il ruolo dello spazio giovani al suo interno.

Durante i tanti argomenti affrontati in questi incontri con i ragazzi, è stato chiesto inoltre di esprimere una o più preferenze, ed è risultato che la contraccezione e le malattie sessualmente trasmesse rientrano tra gli argomenti più interessanti, seguiti dalle mestruazioni (per le quali,

in alcune famiglie soprattutto di culture diverse, ritroviamo ancora molti tabù, difatti solo il 65% delle ragazze ne ha parlato in casa prima che arrivasse il menarca, mentre il restante 35% ha preso informazioni da internet o amiche).

Un argomento che mi è stato particolarmente a cuore e che nei ragazzi ha riscosso un discreto successo è il concetto di *sicurezza* e *consapevolezza*: nei giovani infatti è insita la convinzione di dover rispondere in una certa

Figura 3.

A chi ti rivolgi per chiedere un aiuto o un consiglio riguardo a questi argomenti?

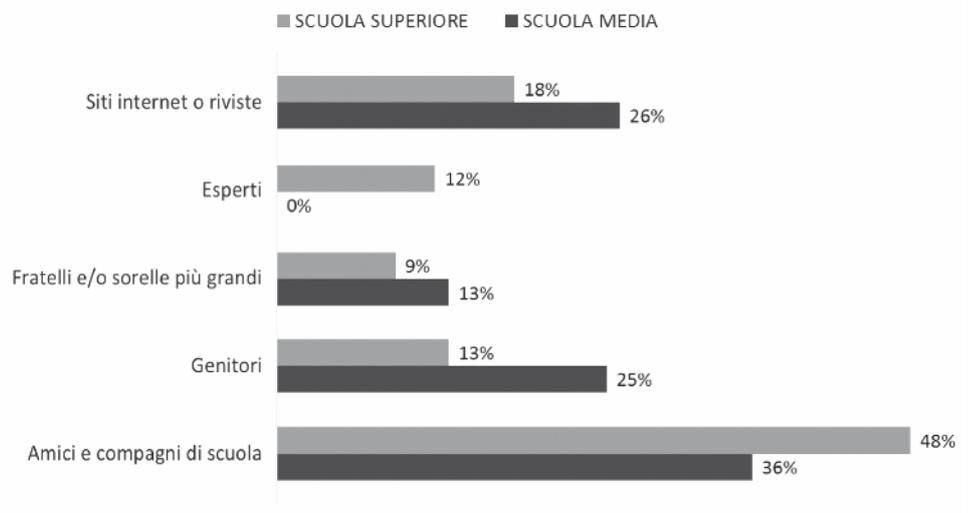
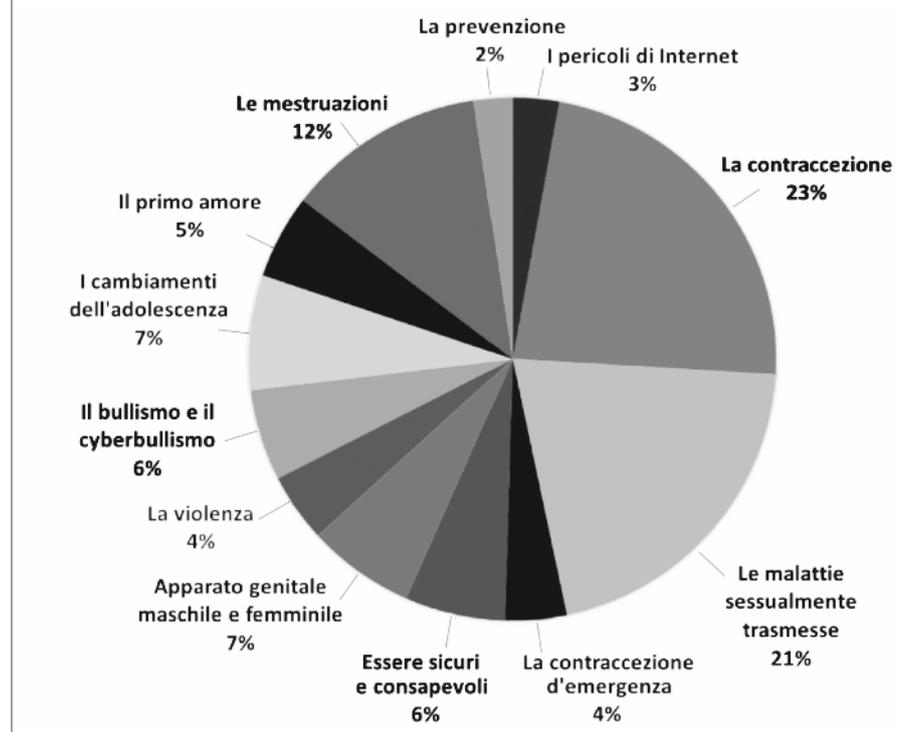


Figura 4.

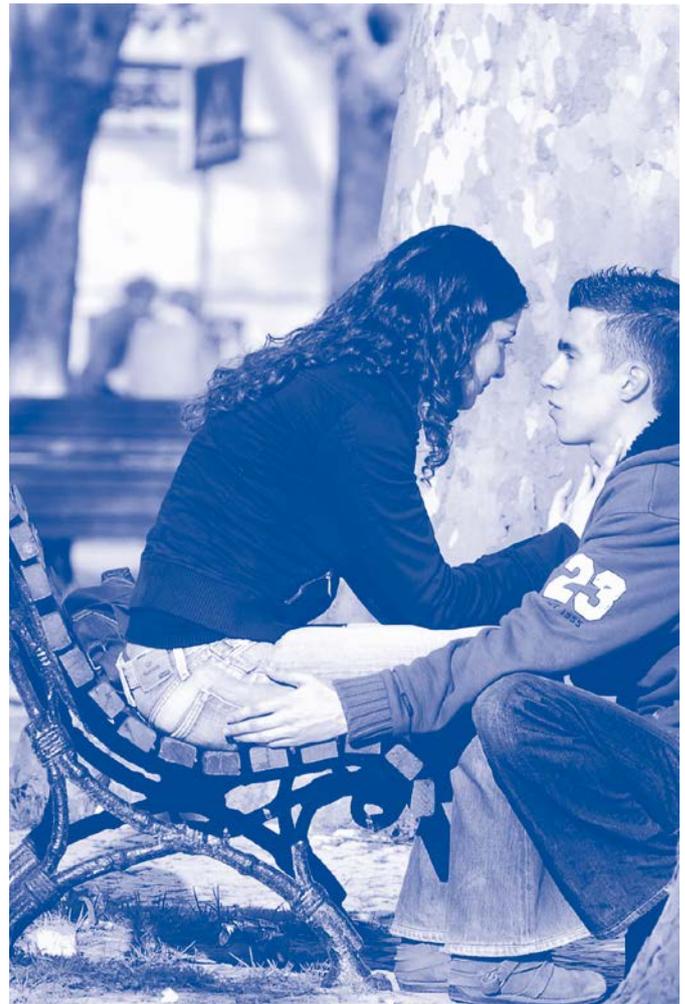


maniera per poter essere apprezzati e inclusi nel gruppo e ciò mi ha spinto a spiegar loro l'importanza di saper dire di no quando una cosa non convince, fa paura o per la quale non si sentono ancora pronti. A ciò abbiamo collegato il discorso dei pericoli di internet (siti porno, utilizzo improprio dei social, adescamento da parte di adulti), del bullismo e del cyberbullismo, purtroppo argomenti molto attuali nella nostra realtà.

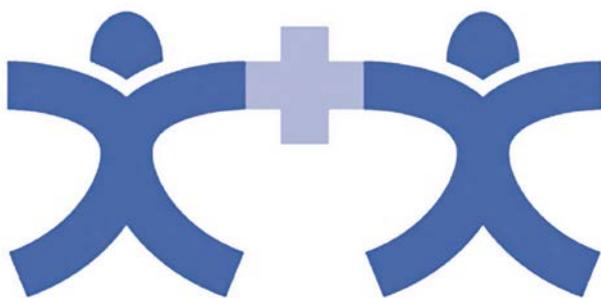
Conclusioni

Ciò che ho amato di questo progetto è stato il clima assolutamente favorevole che ho trovato in queste classi, con ragazzi realmente interessati e desiderosi di imparare, ma soprattutto sono rimasta entusiasta nel vedere come i giovani siano ben predisposti a un dialogo aperto e costruttivo con gli adulti, intriso di domande schiette e sincere a cui è stata data da parte mia una risposta adeguata e appropriata.

Il mio mettermi in gioco e a disposizione dei ragazzi riguardo a temi che mi competono da profilo professionale, sono certa mi abbia reso un'ostetrica migliore: nei miei incontri ho provato a raccontare il mio sapere, ho cercato di tornare all'età dell'adolescenza per capire quali erano le domande che mi assillavano, per trovare una risposta adatta alle loro richieste. Il bello dell'insegnamento è che arricchisci chi ti ascolta, ma tu sei il primo a imparare qualcosa e io sono certa di aver imparato che noi adulti siamo i primi ad essere responsabili del futuro dei nostri ragazzi, quindi tocca a noi infor-



Ministero della Salute - Direzione Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse umane del SSN: Tavolo Permanente per la Pianificazione del fabbisogno formativo a.a. 2018-2019



Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting

Presso il Ministero della Salute sono iniziati i lavori del Tavolo Permanente per la Pianificazione del fabbisogno formativo per l'anno accademico 2018-2019 con la partecipazione di rappresentanti della Federazione ma, per la prima volta, anche di tutte le altre professioni (13 e 28 novembre 2017). La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche nella Circolare 32/2017, trasmessa ai Presidenti di Collegi e ai Coordinatori/Direttori CLO, riporta le indicazioni tecniche e il razionale della metodologia da adottare per la definizione del fabbisogno formativo di ostetriche per l'anno accademico 2018-2019 e scaturito dal progetto europeo "Health Workforce Planning and Forecasting".

Nella nota ministeriale allegata alla Circolare 32/2017 si riportano gli elementi necessari per la produzione

del dato richiesto dal Ministero, entro il 20 febbraio 2018, che nello specifico sono:

- la **domanda** di professionisti sanitari attuale e prevista per gli anni target (2022, 2027 e 2032) tenuto conto della domanda di salute della popolazione attesa per gli stessi anni e degli obiettivi e dei modelli organizzativi previsti per rispondere a tale domanda di salute;
- l'**offerta** di professionisti sanitari attuale e prevista per gli anni target (2022, 2027 e 2032) tenuto conto del livello di disoccupazione, delle uscite dal mercato di lavoro e del personale in formazione;
- la **proposta di fabbisogno formativo** per l'anno accademico 2018-2019, risultante dalla differenza tra la stima della domanda di cui al punto a) e le previsioni dell'offerta di cui al punto b).

La parola dei ragazzi

“Il metodo dell’ostetrica mi è piaciuto molto, è stata chiara, disponibile e ha usato un linguaggio adatto a noi ragazzi, così non abbiamo avuto vergogna.”

A.B. 3^a media

“È stato facile capire le cose che ci spiegava Federica, grazie a lei sono più preparato. Gli incontri mi sono piaciuti tantissimo.”

F.M. 3^a media

“L’ostetrica è stata molto paziente con noi giovani, ha risposto a tutte le domande in maniera molto preparata. Grazie per le spiegazioni, ho capito tutto!”

B.C. 3^a media

“È stata esaustiva, ha saputo interagire in modo corretto, simpatico e divertente con noi ragazzi, ha fatto in modo che non ci vergognassimo di parlare di certe cose.”

V.P. 4° superiore

“Mi è piaciuto molto poter vedere i metodi contraccettivi per capire come funzionano e come sono fatti.”

G.N. 3^a media

“È riuscita ad avvicinarsi ai ragazzi e al loro modo di pensare, ha dato la sua disponibilità ad aiutarci ad affrontare un momento difficile come quello dell’adolescenza.”

F.L. 3^a media

“È riuscita a eliminare l’imbarazzo in classe, ci ha coinvolto e non si è limitata solo alla spiegazione. Mi è piaciuto perché è riuscita a spiegare molti argomenti soffermandosi sui punti più importanti della sessualità di oggi.”

M.M. 4° superiore

“Federica è stata molto chiara e disponibile, ci ha fatto capire molto bene i rischi che possiamo correre se non usiamo la testa.”

G. A. 4° superiore

“È difficile trattare argomenti così delicati, invece Federica si è rivelata molto vicina alla nostra realtà, è riuscita a capire le nostre necessità senza giudicarci.”

S.N. 4° superiore

marli per proteggerli. Se solo noi adulti ci impegnassimo a considerare i giovani non solo come destinatari e fruitori delle iniziative volte al loro benessere e alla loro tutela, ma se li facessimo operare in prima linea in quanto protagonisti della loro stessa salute e della loro vita, impegnandoci con essi, sono sicura che il momento dell’adolescenza passerebbe dall’essere momento di grande apprensione dei genitori e di senso di inadeguatezza dei ragazzi a una risorsa intesa come grande opportunità di crescita e di responsabilizzazione per quelli che diventeranno gli adulti di domani. La famiglia e la scuola sono i cardini fondamentali per abbassare le barriere di comunicazione con i più giovani in temi di sessualità e per accompagnarli in un fisiologico percorso di crescita in cui hanno il diritto di non essere soli e abbandonati alle loro paure e difficoltà. Se vogliamo davvero proteggere i nostri ragazzi abbiamo il compito di adattarci ai cambiamenti che il mondo di oggi richiede, indossando per un attimo i loro occhi e cercando di capire come aiutarli a comunicare in una realtà che spesso fa paura. Solo il nostro sostegno e l’ascolto ci

porterà ad avere dei giovani informati, maturi e consapevoli, che riporranno fiducia nei nostri confronti e sapranno di poter chiedere aiuto quando avranno bisogno di un porto sicuro in cui rifugiarsi.

Non si diviene adulti perché si conosce il mondo, ma perché si acquisiscono gli strumenti per affrontarlo.

Bibliografia

- “International Technical Guidance on Sexuality Education. An evidence-informed approach for schools, teachers and health educators” report UNESCO, dicembre 2009
- Istituto Superiore di Sanità, “Salute riproduttiva tra gli adolescenti: conoscenze, attitudini e comportamenti” di Serena Donati, Silvia Andreozzi, Emanuela Medda e Michele E. Grandolfo
- PAIDÒSS, Osservatorio nazionale sulla salute dell’infanzia e dell’adolescenza
- SIGO, Società italiana di ginecologia e ostetricia

Procedura operativa per l'istituzione di un ambulatorio di riabilitazione del pavimento pelvico di primo e secondo livello

Operating procedure for the installation of a rebuilding ambulator of the pelvic floor first and second level



Autrice

Fabiana Giordano

Ostetrica

Ospedale Evangelico "Betania"

Componente del progetto TOPP-AIUG Regione Campania

Tesi master in Diagnostica e Tecniche di Riabilitazione

del Pavimento Pelvico

Università della Campania "L. Vanvitelli"

fabygiordano@libero.it

RIASSUNTO

Il pavimento pelvico rappresenta quell'insieme di muscoli, ossa e legamenti che chiudono in basso la cavità addominale fungendo da sostegno degli organi pelvici. Alterazioni di suddette strutture comportano problematiche di natura ginecologica, urologica, proctologica, sessuologica e algologica.

Le patologie del pavimento pelvico hanno un impatto importante sulla vita del soggetto affetto, comportando limitazioni nella vita personale e sociale, per cui si rende necessario l'istituzione sul territorio di una unità di perineologia che possa rispondere alle esigenze della popolazione, in particolare femminile, che risulta epidemiologicamente maggiormente esposta al rischio rispetto a quella maschile.

ABSTRACT

The pelvic floor represents that set of bone muscles and ligaments that close the abdominal cavity by supporting the pelvic organs. Alterations of these structures involve problems of gynecological, urological, proctological, sexologic and algological nature. Pelvic floor pathologies have a major impact on the life of the affection affected by limitations in personal and social life.

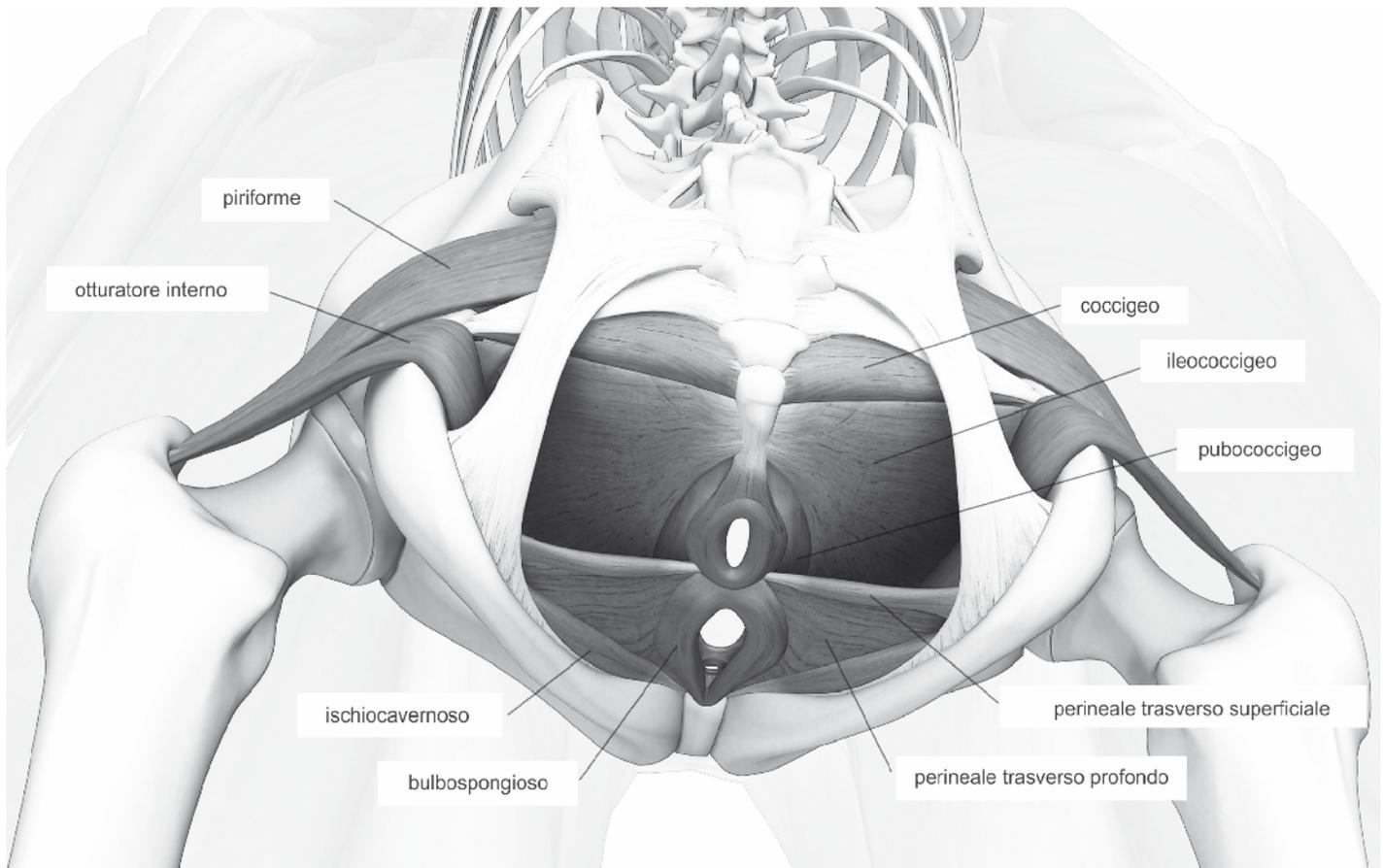
Therefore, it is necessary to establish a perineal unit in the territory that can respond to the needs of the particular female population, which is epidemiologically more at risk than the male one.

Definizione e obiettivi

Le patologie da disfunzione del pavimento pelvico investono un settore della medicina altamente specialistico, sviluppatosi recentemente, che include competenze multidisciplinari. I disturbi comprendono disfunzioni che spesso coesistono e che possono presentarsi associate, proprio in considerazione delle etiologie comuni che spesso causano:

- incontinenza urinaria e ritenzione urinaria;
- incontinenza fecale;
- stipsi;
- prolasso rettale;
- prolasso genitale;
- patologia emorroidaria.

Tali patologie colpiscono la popolazione di ambo i sessi anche se concorrono più frequentemente nel sesso femminile (circa 8:1) e sono in costante aumento perché correlati all'allungamento della vita media. Anche se la definizione effettiva del problema è ancora di difficile valutazione, sia per i limiti della sua definizione e della conseguente difformità nell'inquadramento clinico diagnostico, sia per la diversa percezione soggettiva di questa condizione e la riluttanza a rendere manifesto il problema, si stima una frequenza complessiva del 3-5% nella nostra popolazione che sale al 13% per gli over 65 (40% riferito solo alla popolazione femminile). Recenti dati epidemiologici riportano una prevalenza stimata di



oltre 400 milioni di soggetti di sesso femminile nel mondo affetti da patologie da disfunzione del pavimento pelvico (di cui 4 milioni in Italia). Queste patologie sono spesso invalidanti e con un forte impatto sulla qualità di vita a tal punto da rappresentare un motivo di limitazione sociale, sessuale e relazionale. Ai fini della predisposizione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) personalizzati con incremento della qualità dell'assistenza migliorando gli *outcome* della paziente, promuovendo la sicurezza, aumentando la soddisfazione dell'utenza e ottimizzando l'uso delle risorse, è necessario creare una efficace rete di servizi all'interno dell'Ospedale Evangelico Betania.

Creare quindi le condizioni adeguate per assicurare una reale ed efficace risposta a tali problematiche in considerazione del basso tasso di taglio cesareo (e di conseguenza all'alto numero di parti spontanei) di cui eccelle il nostro presidio.

Ciò significa offrire alla donna nel percorso nascita aziendale un'assistenza completa perinatale, dal pre-concepimento all'esogestazione, prendendo in cura i suoi reali bisogni di madre ma prima di tutto di donna. La proposta dell'istituzione di una unità di perineologia che disponga di due ambulatori con stesso comune denominatore ma diversa applicazione rappresenta unità funzionali aziendali perinatali e non solo. Nello specifico un ambulatorio di primo livello che si inserisca in un discorso di prevenzione primaria prendendo in carico la donna dalla gravidanza al puerperio. E ponendo

di diagnosi precoce delle problematiche perineali partendo dal principio ormai condiviso che la gravidanza e il parto rappresentano il principale fattore di rischio dei disturbi del pavimento pelvico.

Un secondo ambulatorio che si occupi di inquadramento clinico, diagnosi e recupero funzionale attraverso percorsi terapeutici riabilitativi di patologie irrisolte con il trattamento semplicemente educativo e richiedendo un'assistenza di secondo livello.

Nel 1992 l'International Continence Society ha riconosciuto l'importante validità scientifica delle tecniche riabilitative ed elettroterapie per queste patologie e dava inizio a un nuovo modo di studiare le disfunzioni sfinteroperineali, finalizzato a curare le patologie in maniera funzionale e conservativa, a ridurre la disabilità e a prevenire le alterazioni, migliorando in tal modo in maniera significativa la qualità di vita dei pazienti. Le tecniche rieducative, opportunamente attuate a seconda dello specifico problema, hanno come obiettivo il miglioramento delle *performance* perineali sì da permetterne l'esplicazione delle sue funzioni di supporto dei visceri, di rinforzo sfinterouretrale e di contrasto alle iperpressioni end-addominali.

Ogni singola disfunzione richiede un adeguato PDTA e pertanto il piano terapeutico è chiaramente dipendente dai singoli problemi lamentati dalla paziente con una chiara distinzione fra disturbo funzionale e disturbo organico siano essi localizzati a livello detrusoriale, sfinterico o muscolo perineale.

L'istituzione di tali ambulatori si rivolge alla popolazione femminile, con la suddivisione in due categorie: donne in gravidanza, donne in puerperio e cioè tutta la fase perinatale fino a 6-8 settimane dopo il parto (ambulatorio di primo livello puerperale), donne dai 2 mesi dal parto in poi (ambulatorio secondo livello).

L'Ambulatorio di perineologia (di primo livello) mette in risalto la gravidanza e il puerperio come momenti fondamentali della prevenzione delle problematiche perineali; nella fase perinatale (gravidanza, parto e puerperio) si svolgono eventi fisici, psicologici e sociali per cui vi è la necessità di avere un modello assistenziale complesso e articolato in più fasi. In un'ottica di prevenzione l'attività ambulatoriale di primo livello rappresenta un momento di:

- educazione e sorveglianza perineale;
- valutazione del rischio perineale;
- selezione delle gravide/puerpere da inviare alle varie procedure riabilitative;
- informazione personalizzata in base al rischio;
- controllo del dolore;
- percorsi rieducativi finalizzati alla correzione delle cattive abitudini quotidiane (scarsa assunzione di

liquidi, stitichezza non corretta, dieta povera di fibre, postura defecatoria scorretta).

L'ambulatorio di perineologia di secondo livello si occupa della presa in carico di pazienti che necessitano di inquadramento clinico/strumentale/diagnostico specialistico (ginecologo, urologo, colonproctologo, gastroenterologo) e che necessitano trattamento riabilitativo di gruppo o individuale.

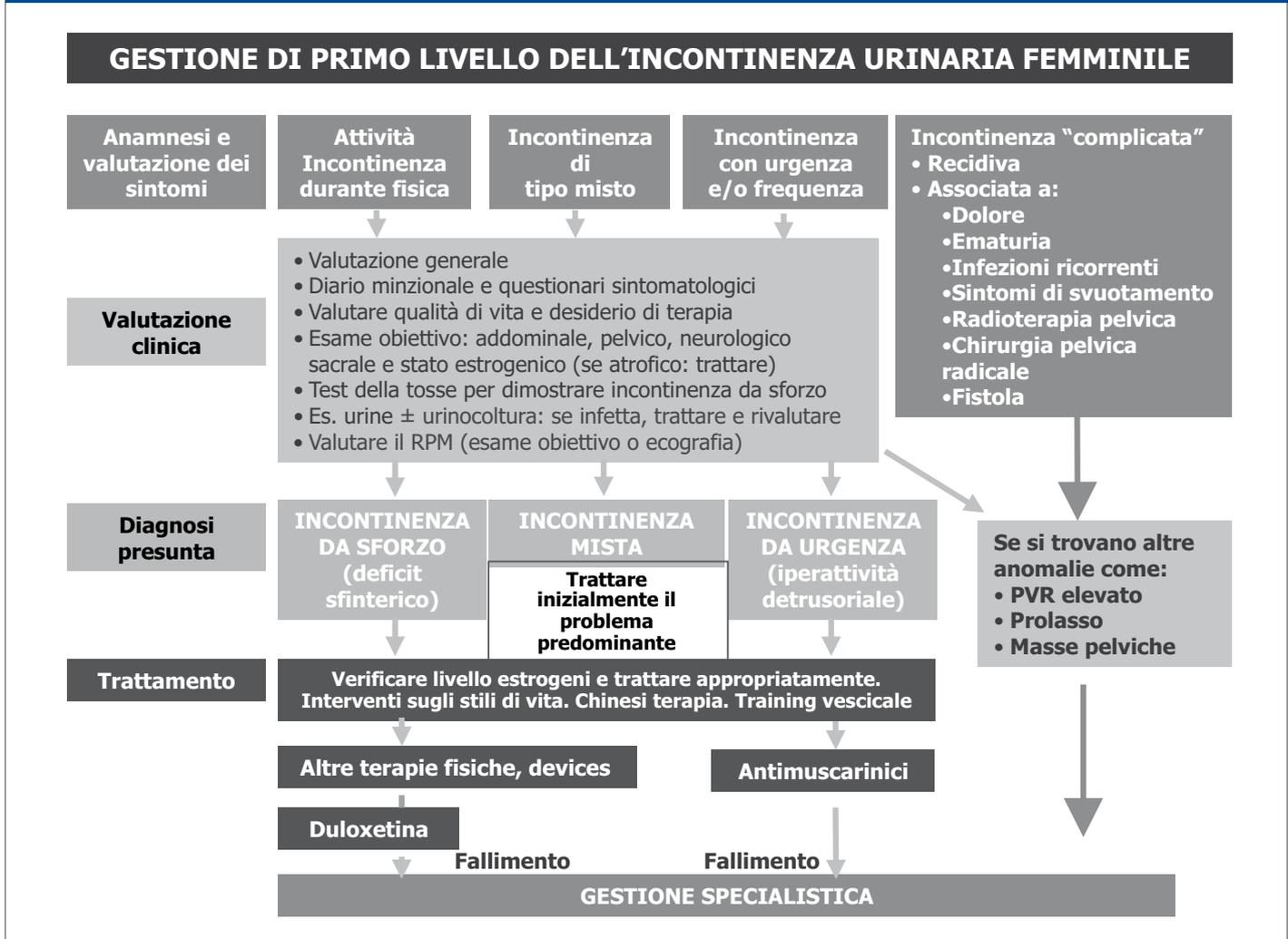
Campo di applicazione

A.P.L.: l'applicazione di questa procedura si attua alle donne gravide e alle puerpere che presentano fattori di rischio.

A.S.L.: l'applicazione di questa procedura si attua a tutte le donne:

- identificate a rischio nell'ambulatorio di primo livello e che richiedono un percorso riabilitativo individuale personalizzato con o senza l'utilizzo di apparecchiature;
- donne che necessitano di un percorso diagnostico polispecialistico (ginecologico, colonproctologico, urologico, gastroenterologico) di secondo livello con con-

Linee guida diagnostico-terapeutiche della incontinenza urinaria femminile (A. Tosto)



Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)

Il Comitato Percorso Nascita Nazionale, istituito con D.M. 19 dicembre 2014 e integrato con la componente di Categoria ostetrica con D.M. 11 novembre 2015, nella riunione del 26 settembre 2017 ha approvato le *Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)* (www.fnco.it/custom/fnco/writable/writable/Nota%20prot%20%202034949_%20BRO.pdf).

Il documento ministeriale BRO ha l'obiettivo di supportare le Regioni e le P.A. che hanno legiferato o stanno legiferando in materia di Aree Funzionali BRO ed evitare così che si pervenga a 21 modelli organizzativi differenti. Sulla base dell'autonomia di cui godono le Regioni e le Province Autonome le Linee di indirizzo ministeriali potranno essere adottate, adattate o ignorate (Titolo V della Costituzione). Il documento BRO, trasmesso dalla DGPROGS in data 31 ottobre 2017 a tutti gli Assessori alla Sanità delle Regioni e P.A., è stato illustrato dalla dottoressa S. Donati (ISS) in seno all'Assemblea del Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche. Con la finalità di attivarsi per un'analisi e un confronto dei modelli delle Aree funzionali BRO (A.F. BRO) operative in ambito intraospedaliero (*alongside*), e di ulteriori modelli affini quali la Stanza del parto dell'Università degli Studi di Modena e la Stanza di Lucina dell'Università degli Studi di Perugia, la Federazione ha istituito un Gruppo di Lavoro (GdL) che vede impegnati, anche, i Coordinatori/Professionisti Esperti dei suddetti modelli organizzativi.

La pianificazione delle attività del GdL che si è insediato in Roma presso la sede FNCO il 22 dicembre 2017, prevede la produzione di documenti elaborati sulla base di quelli attualmente in uso presso le tre A.F. BRO e i modelli organizzativi affini e che saranno oggetto della più ampia discussione e confronto nelle forme di rito.



seguito trattamento conservativo-riabilitativo o chirurgico;

- donne inviate dallo specialista medico (ginecologo, colonproctologo, urologo, gastroenterologo) che hanno già effettuato un percorso diagnostico-strumentale di secondo livello e che necessitano di percorso conservativo-riabilitativo;
- donne che hanno subito un intervento nei isterectomia radicale o colpoisterectomia, TVT;
- donne che hanno subito intervento di chirurgia proctologica per la cura di stipsi ed emorroidi.

Figura 1. Fattori di rischio perineale

MATERNI	FETALI	IATROGENI
<ul style="list-style-type: none"> • primiparità • incremento ponderale > 14 Kg • ipoplasia dei genitali esterni • ipertonia muscoli elevatori (perineo da atleta) • cattiva presa di coscienza dei muscoli perineali • distanza anovulvare < 2 cm • spinte espulsive intempestive • traumatismi muscolari da parti pregressi 	<ul style="list-style-type: none"> • presentazione distocica • elevato peso fetale • circonferenza cefalica > 35 cm • distocia di spalla • parto precipitoso • rotazione sacrale occipite 	<ul style="list-style-type: none"> • analgesia epidurale • eccessiva lunghezza fase 2 del travaglio • applicazione di forcipe • applicazione ventosa • manovra di Kristeller • manovra di disimpegno della spalla • lacerazioni perineali • cattiva riparazione delle lacerazioni

Descrizione delle attività

Ambulatorio di primo livello (APL)

QUANDO

La donna gravida che presenta un disturbo del pavimento pelvico o un fattore di rischio per lo sviluppo di tali problematiche viene informata dallo specialista ginecologo o dall'ostetrica conduttrice del corso di accompagnamento alla nascita dell'esistenza dell'ambulatorio di perineologia. La puerpera invece viene informata dal personale di reparto di degenza che ha un modello assistenziale misto ostetrica-infermiere (ostetrica che effettua il giro visite, infermiera, proprio ginecologo, medico specialista che effettua la dimissione) dell'esistenza dell'ambulatorio e della modalità di contatto entro sette

giorni dal parto prenotando al CUP o direttamente col personale di sala parto, ostetrica o gruppo ostetrico referente dell'ambulatorio.

COME

- Compilazione della scheda ostetrica puerperale.
- Cura e igiene della zona perineale.
- Urinare e defecare correttamente in termini di postura ed orari.
- Non utilizzare guaine troppo contenitive.
- Rimedi per ridurre il dolore.
- Compilazione della *Perineal card*.

La *Perineal card* rappresenta quell'insieme di variabili raccolte alla accettazione della donna in puerperio.

Classi di rischio per i massimali differenziati nell'ambito della professione ostetrica

Con la finalità di disporre di documenti istituzionali e spendibili nei diversi tavoli tecnici e politici nazionale, regionali e aziendali, la Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche/i ha individuato aree tematiche di interesse della Categoria che saranno studiate e approfondite all'interno dei seguenti Gruppi di lavoro:

1. *Individuazione e definizione dotazione organica del personale ostetrico nel percorso nascita;*
2. *Individuazione e definizione delle classi di rischio a cui far corrispondere massimali differenziati nell'ambito della professione ostetrica;*
3. *Libro Bianco per il Percorso nascita in Italia;*
4. *Revisione del sito FNCO.*

Nelle suddette aree tematiche la Federazione ha individuato una priorità nella tematica n. 2 "Individuazione e definizione delle classi di rischio a cui far corrispondere massimali differenziati nell'ambito della professione ostetrica" in relazione al fatto che il prossimo decreto attuativo della Legge 24/2017 dovrebbe essere pubblicato nei primi mesi del 2018.

Al fine di pervenire alla individuazione e definizione di requisiti minimi e inderogabili che dovrà possedere la futura polizza assicurativa "effettivamente tutelante e garante" della Professione Ostetrica, è stato istituito il Gruppo di lavoro, insediatosi il 17 novembre 2017, costituito da componenti del Comitato Centrale (Cinotti, Coluzzi, Vaccari e Vicario), due legali di diritto penale e dal consulente legale della FNCO che ha elaborato una serie di pareri *pro veritate* sulle competenze ostetriche nei diversi setting organizzativi.

In questa prima fase dei lavori il Gruppo di lavoro ha inteso pervenire alla individuazione di alcuni principi: definizione di danno, oggetto dell'assicurazione, ultrattività, retroattività della denuncia di sinistro, clausola di continuità, durata della convenzione, disdetta in caso di sinistro ed esistenza di altre assicurazioni.

In relazione poi alla copertura assicurativa delle ostetriche, la FNCO ha predisposto tutti gli atti di gara per l'aggiudicazione del servizio di brokaggio assicurativo. Successivamente si procederà con la seconda gara per l'aggiudicazione del contratto di fornitura di servizi assicurativi che saranno vincolati alle condizioni dello emanando decreto attuativo che all'art. 10, comma 6, fissa "i requisiti minimi delle polizze assicurative per strutture sanitarie ed esercenti le professioni sanitarie e saranno previste l'individuazione di classi di rischi a cui far corrispondere massimali differenziati".

La Federazione, nelle forme di rito, darà massima e puntuale informazione sugli sviluppi dei lavori del GdL "Individuazione e definizione delle classi di rischio a cui far corrispondere massimali differenziati nell'ambito della professione ostetrica".



L'obiettivo fondamentale è la classificazione delle puerpere in base al rischio suddividendole in gruppi terapeutici:

Gruppo 1: prescrizione educative-informative e stile di vita;

Gruppo 2: corso rieducativo riabilitativo *post parto* individuale e di gruppo;

Gruppo 3: corso riabilitativo individuale personalizzato, preceduto da esami diagnostici-strumentali.

OBIETTIVO

- Selezionare le puerpere che potrebbero presentare o che presentano sintomi disfunzionali.
- Prevenire eventuali complicanza perineali.
- Diminuire il dolore perinatale.
- Istruzioni sulla ripresa della attività sessuale.
- Valutazione del rischio perineale dato dalla *Perineal card*.

Ambulatorio di diagnosi e terapia delle patologie del pavimento pelvico (A.S.L.) (secondo livello)

OBIETTIVO

Valutazione e trattamento conservativo delle disfunzioni dell'area pelvi-perineale di natura urologica, ginecologica, andrologica, colonproctologica e algologia correlata ad alterata funzionalità del pavimento pelvico.

MODALITÀ D'INTERVENTO

- Percorso di diagnosi e valutazione funzionale seguito da un diario dei sintomi e da una diagnostica strumentale se necessaria (*test* neurofisiologici quali urodinamica, uroflussimetria, cistomanometria e studio pressione/flusso; diagnostica per immagini) da effettuarsi in sede e fuori sede.
- Stesura di programmi personalizzati di riabilitazione delle strutture perineali avvalendosi di metodiche non strumentali come la chinesi-terapia e strumentali quali *biofeedback* SEF e TENS a cadenza settimanale per almeno 8-10 settimane.

QUANDO

6 settimane dopo il parto per le pazienti dei gruppi 2 e 3 della *Perineal card* arruolate nell'Ambulatorio di Primo Livello. In qualsiasi momento il/la paziente denunci un sintomo riconducibile alle disfunzioni del pavimento pelvico.

Matrice delle responsabilità

AMBULATORIO I livello

Affidato alla completa gestione del personale ostetrico accuratamente formato in materia di pavimento pelvico

AMBULATORIO II livello

Tabella 1

ATTIVITÀ	Medico specialista	Ostetrica Riabilitatrice
DIAGNOSI VALUTAZIONE CLINICA E STRUMENTALE	R	C
PIANIFICAZIONE INTERVENTO RIABILITATIVO	R	R
ATTUAZIONE PROGRAMMA RIABILITATIVO		R

R Responsabile
C Coinvolto

Bibliografia

- Progetto unità di perineologia Ospedale "Careggi", gennaio 2013
- Riabilitazione uroginecologica P. Di Benedetto, ottobre 2004
- Riabilitazione del pavimento pelvico A. Bartolami, gennaio 2014
- Riabilitazione del pavimento pelvico Del Genio L. Brusiano S. Sansone, dicembre 2008

Legislazione di riferimento

- Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 740 *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o*
- Legge n. 251/2000 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica"
- Legge 43/2006 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali"

Conoscenze, percezioni e attitudini delle gestanti sulla donazione e conservazione del cordone ombelicale: studio trasversale

Knowledge, perceptions and attitudes of pregnant women on umbilical cord blood donation and storage: a cross-sectional study

Autrici

Valentina Simonetti

PhD, Professore a contratto
Corso di Laurea Magistrale
in Scienze Infermieristiche
ed Ostetriche,
Università degli Studi di Chieti

Dania Comparcini

PhD, Professore a contratto
Corso di Laurea Magistrale
in Scienze Infermieristiche
ed Ostetriche,
Università degli Studi di Chieti

Rosanna De Serio

Posizione Organizzativa
Dipartimento Materno-Infantile
ASUR – AV5,
Ascoli Piceno

Giancarlo Cicolini

Direttore Didattico
Corso di Laurea Magistrale
in Scienze Infermieristiche
ed Ostetriche,
Università degli Studi di Chieti

RIASSUNTO

Il sangue cordonale (SC) è una fonte di cellule staminali per il trapianto ematopoietico in pazienti adulti e pediatrici affetti da disturbi ematologici e da altri disturbi. Negli ultimi anni, oltre alla donazione delle cellule staminali per trapianto allogenico in banche pubbliche, si sta diffondendo la prassi della conservazione del sangue cordonale in banche private, per eventuale uso autologo. Il dibattito fra bancaggio pubblico e privato è tutt'ora aperto, soprattutto per i risvolti etici ad esso correlato. L'intento dello studio multicentrico è stato dunque quello di indagare le conoscenze, le percezioni e le attitudini delle gestanti italiane riguardo alla donazione e alla conservazione del SC.

I risultati hanno mostrato una limitata conoscenza da parte delle donne esaminate, soprattutto sull'uso terapeutico e sulle modalità di donazione e conservazione del SC, benché siano tendenzialmente favorevoli alla donazione (bancaggio pubblico). Inoltre, un più elevato livello di istruzione delle gestanti sembra essere correlato a una maggiore conoscenza e accettazione nei confronti del trattamento. Infine, si evince che la conoscenza è correlata con l'accettazione etica sia dal punto di vista del trattamento che da quello della ricerca.

In conclusione, i servizi sanitari dovrebbero offrire maggiori percorsi mirati, gestiti da ostetriche o infermieri, per sensibilizzare le gestanti sull'importanza della donazione.

Parole chiave

Sangue cordonale, donazione cellule staminali, conservazione cordone.

ABSTRACT

Umbilical cord blood (UCB) is a source of stem cells for haematopoietic transplantation in paediatric and adult patients with haematological disorders and other problems. In the last years, besides UCB donation for allogenic transplantation in public banks, a growing number of private banks offer UCB storage for a possible allogenic use.

The debate among private and public UCB storage is still open, especially regarding ethical implications related to it. The purpose of this multicentric study was to investigate knowledge, perceptions and attitudes of Italian pregnant women on UCB storage and donation.

Results showed a limited knowledge about UCB among participants, in particular regarding therapeutic use and on storage and how to donate UCB; although, they seem to tend to be favourable to donation (public storage). Also, a higher level of education seems to correlate with a greater knowledge and adherence to treatment. Knowledge is also related with ethical acceptance both for the treatment than research points of views.

In conclusion, healthcare services should offer a wide range of targeted pathways managed by midwives or nurses, in order to sensitize pregnant women on the importance of donation.



Introduzione

Il sangue del cordone ombelicale, quello cioè che rimane nella placenta e nel cordone dopo la nascita, è una risorsa preziosa. Infatti, è fonte di cellule staminali emopoietiche, capaci di evolversi e costituire i diversi elementi del sangue e trovare utilizzo per il trattamento di pazienti, pediatrici e adulti, affetti da patologie oncematologiche come leucemia, mielodisplasia, anemia aplastica, emoglobinopatie, per le quali il trapianto con cellule staminali emopoietiche costituisce la terapia di elezione [1]. Il numero di trapianti con cellule staminali emopoietiche è in aumento, con circa 1.000 trapianti in più ogni anno dal 2004 al 2009, a testimonianza delle grandi potenzialità di questo trattamento [2].

In origine, il trapianto con cellule staminali derivanti da sangue del cordone ombelicale era riservato alla cura dei tumori pediatrici [3]. I tumori in età pediatrica, pur essendo rari, sono in aumento: ogni anno si registrano 120-140 nuovi casi per milione di bambini con meno di 15 anni; questo significa che ogni anno in Italia si ammalano di tumore circa 1.500 bambini. Il 50% circa delle neoplasie in età pediatrica è rappresentato da neoplasie ematologiche (la più frequente delle quali è la leucemia), seguite dai tumori del sistema nervoso centrale (20%) e dai linfomi (15.8%) [3]. Grazie al miglioramento delle terapie (chemio e radioterapia), in particolare delle neoplasie ematologiche, la sopravvivenza in età pediatrica è molto migliorata; la percentuale di guarigione per questi pazienti si attesta tra il 70 e 80%, mentre circa il 20% ha come unica possibilità di guarigione il trapianto di cellule staminali emopoietiche [3]. Queste cellule, contenute nel sangue del cordone ombelicale,

possono essere utilizzate per due forme di trapianto: allogeneico da donatore compatibile per la cura di varie patologie; autologo, solo per uso dedicato familiare e non personale, conservato in banche private [4].

La donazione allogenica ha lo scopo di rendere disponibili le cellule staminali emopoietiche per chiunque ne abbia bisogno e risponde a rigorosi requisiti di sicurezza e di idoneità, oltre che di tracciabilità e di gratuità. In Italia ci sono più di 1.200 unità di ostetricia o punti nascita. Di questi, 305 sono in possesso dei requisiti strutturali organizzativi e di personale richiesti dalla Legge [5] per poter eseguire il prelievo del sangue cordonale a scopo di trapianto, accreditati presso le rispettive banche pubbliche di afferenza [6].

Per quel che riguarda la donazione dedicata, bisogna specificare che in Italia il Decreto Ministeriale (DM) del 18 novembre 2009 [7], stabilisce la conservazione gratuita del sangue del cordone ombelicale per uso autologo dedicato, sulla base di una richiesta degli interessati e di una relazione del medico specialista, da presentare alla Direzione Sanitaria dell'ospedale dove avverrà il parto. La donazione dedicata può avvenire quando nell'ambito familiare sono presenti fratelli affetti da patologie maligne, genetiche o qualora il neonato sia affetto da una patologia congenita o evidenziata in epoca prenatale, per la quale risulti scientificamente fondato e clinicamente appropriato il trapianto di cellule staminali emopoietiche da sangue cordonale.

In Italia il divieto di conservazione autologa è stato deciso congiuntamente da tutte le autorità sanitarie competenti del settore. In questo quadro legislativo, la conser-

Tabella 1 - Caratteristiche socio-demografiche del campione

Variabili	n°	%
Ospedale		
Ancona (Area Vasta 2)	151	20,3
Civitanova Marche (Area Vasta 3)	87	35,3
Fermo (Area Vasta 4)	74	17,3
Lecce (Azienda Ospedaliera)	116	27,1
Totale	428	100,0
Setting		
Ostetricia-Ginecologia	229	53,5
Ambulatori Gin/Ost	28	6,5
Poliambulatorio	171	40,0
Totale	428	100,0
Età media		
	34,4	
Scolarità (DS = 6,33)		
Nessuna istruzione	2	0,5
Scuola media inferiore	58	13,6
Scuola media superiore	214	50,0
Laurea	142	33,2
Altro	12	2,8
Totale	428	100,0
Posizione lavorativa		
Insegnante	24	5,6
Commerciante	18	4,2
Libera professionista	48	11,2
Impiegata	143	33,4
Disoccupata	101	23,6
Altro	94	22,0
Totale	428	100,0
Cittadinanza		
Italiana	383	89,5
Straniera	42	9,8
Entrambe	3	0,7
Totale	428	100,0
Religione		
Cattolico cristiana	331	77,3
Atea/agnostica	52	12,1
Cristiana non cattolica	13	3,0
Musulmana	12	2,8
Altro	4	0,9
Totale	412	96,3
Stato civile		
Nubile	84	19,6
Coniugata	285	66,6
Divorziata/separata	11	2,6
Vedova	2	0,5
Altro	44	10,3
Totale	426	99,5
Relazione stabile		
Sì	412	96,3
No	15	3,5
Totale	427	99,8
Figli		
Sì	233	54,4
No	190	44,4
Totale	423	98,8
Se sì, media numero figli	1,49	

vazione autologa, non riconducibile alle patologie identificate nella normativa, risulta una procedura inappropriata dal punto di vista clinico-assistenziale e non compresa nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza [8]. L'unità di sangue da cordone ombelicale, in questo caso, viene conservata in una banca privata estera per l'utilizzo del trapianto autologo per lo stesso neonato o nell'ambito familiare, nel caso si sviluppi in futuro una malattia curabile con il sangue cordonale; tutti i costi sono a carico dei genitori richiedenti. Rientra in questa categoria la donazione/conservazione da parte di un gemello identico, detta singenica.

Studi recenti hanno dimostrato che, in generale, le donne in gravidanza sono scarsamente informate sull'utilità e sulle modalità di donazione e conservazione del sangue di cordone ombelicale benché siano tendenzialmente favorevoli alla donazione. Uno studio canadese pubblicato nel 2003 ha rilevato che il 70% delle donne aveva scarse conoscenze relative alla donazione del sangue cordonale e che il 69% si rendeva disponibile alla donazione ma esprimeva il desiderio di ricevere chiarimenti [9]. Un altro studio condotto a New York valutava il grado di conoscenza delle donne sull'uso e l'utilità della donazione del sangue del cordone ombelicale. I dati raccolti su 176 donne hanno evidenziato una scarsa conoscenza dell'uso terapeutico delle cellule del sangue cordonale; il 95% delle donne intervistate, seppur favorevole alla donazione, necessitava di ulteriori chiarimenti [10]. Katz et al. [11] hanno pubblicato i risultati di una ricerca multicentrica, condotta in cinque Paesi europei (Francia, Germania, Italia, Spagna e Inghilterra) che aveva lo scopo di esplorare le attitudini e le conoscenze in materia di donazione di sangue cordonale di 1.785 donne gravide. I risultati, sovrapponibili rispetto alle indagini precedenti, hanno mostrato una scarsa conoscenza relativa alla donazione del sangue cordonale da parte della maggioranza delle donne intervistate (79,4%). Inoltre, più della metà di queste (59,6%) ha ricevuto informazioni attraverso i media e solo il 26% dal medico di medicina generale, dal ginecologo, dall'ostetrica o dall'infermiere.

Dai risultati degli studi emerge la considerazione che carenza di informazioni sulla donazione del sangue cordonale per la banca pubblica potrebbe portare le gestanti a sottovalutare l'importanza terapeutica di tale gesto, soprattutto ai fini di trapianto e ricerca.

Pertanto, vista l'importanza che riveste l'argomento, per la cura e il trattamento di disordini oncoematologici e considerato che nel contesto italiano la letteratura sull'argomento è limitata, è sorto l'interesse per verificare le conoscenze, le percezioni e le attitudini delle gestanti italiane riguardo al tema della donazione del sangue cordonale.

Modena sede del 35° Congresso Nazionale di Categoria

L'Assemblea del Consiglio Nazionale, in data 18 novembre 2017, accogliendo la candidatura formulata dal Coordinamento dei Collegi delle Ostetriche della Regione Emilia-Romagna, ha deliberato che il 35° Congresso Nazionale di Categoria nell'anno 2018 si svolga a Modena, una realtà ricca di preziosi tesori che ama essere scoperta senza fretta, sorprendendo chi la visita con un magico intreccio di cultura, arte, gastronomia e motori!

Accesi i motori sull'avvio del 35° Congresso Nazionale di Categoria, il Comitato Scientifico definirà il titolo, la data, la sede e ogni altro elemento necessario per la buona riuscita dell'evento diventato annuale dal 2017. In ogni numero della rivista di Categoria "Lucina" saranno forniti aggiornamenti sul tema.



Scopo dello studio

Lo studio si propone di indagare le conoscenze, le percezioni e le attitudini delle gestanti riguardo alla donazione e alla conservazione del cordone ombelicale, per il suo impiego nel trattamento di malattie oncematologiche, secondo quanto previsto dalla normativa italiana vigente.

L'obiettivo secondario è stato quello di valutare eventuali correlazioni fra le variabili prese in esame.

Materiali e metodi

Disegno di studio

Lo studio osservazionale dal disegno trasversale, multicentrico, è stato condotto dal mese di ottobre 2013 al febbraio 2014.

Partecipanti e setting

Il campione era costituito da tutte le donne in gravidanza, reclutate mediante un campionamento di convenienza che, durante il periodo di studio, sono afferite presso le Unità Operative (UO) di Ginecologia-Ostetricia, gli ambulatori e i poliambulatori dei nosocomi di: Ancona (Salesi), Fermo (A. Murri), Civitanova Marche (Ospedale Civile), Copertino (ASL Lecce), Gallipoli (Ospedale ASL Lecce), Tricase (Azienda Ospedaliera "Pia Fondazione Cardinal Panico", Lecce).

Criteri di reclutamento

Sono state incluse tutte le donne in stato di gravidanza, maggiorenni, senza patologie concomitanti, in grado di leggere e comprendere la lingua italiana, che hanno acconsentito liberamente e volontariamente a partecipare allo studio.

Procedure studio

A ciascuna partecipante è stato somministrato un questionario validato di Wagner et al. [12], a seguito di una *foreward-backward translation* (dall'inglese all'italiano e viceversa), previa autorizzazione al suo uso dall'autore. Il questionario è stato somministrato da un ricercatore appositamente formato per ciascun centro, durante i monitoraggi prenatali e i corsi di accompagnamento alla nascita, solo dopo aver illustrato alle gestanti le finalità dello studio e in orari concordati con il personale infermieristico e ostetrico e con i Direttori delle UUO coinvolte, in modo da non interferire in alcun modo con l'attività clinico-assistenziali.

Le partecipanti hanno avuto 20 minuti di tempo per compilare lo strumento di raccolta dati in modalità di autosomministrazione. Successivamente veniva depositato in un'apposita urna per garantire la riservatezza e l'anonimato.

Descrizione dello strumento di raccolta dati

Il questionario semistrutturato, utilizzato nel presente studio, è costituito da 23 item ed è diviso in due parti: le prime 8 domande mirano a raccogliere le informazioni socio-demografiche (età, scolarità, professione, stato civile, credo religioso) del campione; la seconda parte è costituita da 15 domande che consentono di indagare l'atteggiamento e le percezioni delle partecipanti nei confronti della donazione e la conoscenza della normativa italiana vigente circa la possibilità di conservazione del sangue cordonale presso banche pubbliche o private.

Analisi statistica dei dati

Inizialmente è stata condotta un'analisi descrittiva per tutte le variabili. Le variabili continue sono state sintetizzate tramite media e deviazione standard (DS) e le variabili categoriche mediante frequenze e percentuali.

Tabella 2 - Conoscenze nei confronti della donazione

Variabili	Frequenza	Percentuale
Possesso della tessera di donatore di organi		
Sì	50	11,7
No	375	87,6
Totale	425	99,3
Iscrizione nel registro dei donatori di midollo osseo		
Sì	10	2,3
No	415	97,0
Totale	425	99,3
Conoscenza in merito alla donazione di cellule staminali da cordone ombelicale		
Non ne so niente	49	11,4
So molto poco	123	28,7
So qualcosa	206	48,1
So molto	39	9,1
So moltissimo	7	1,6
Totale	424	49,1
Donatrice o ricevente di sangue/ organi o cellule staminali		
Sì	49	11,4
No	374	87,4
Totale	423	98,8
Se ha risposto sì alla domanda precedente, indichi il suo ruolo in una o più delle seguenti opzioni:		
Donatore		
Trasfusione di sangue	40	9,3
Cellule staminali da midollo osseo	1	0,2
Cellule staminali da sangue	5	1,2
Organi da donatore deceduto	1	0,2
Organi da donatore vivente	0	0
Ricevente		
Trasfusione di sangue	4	0,9
Cellule staminali da midollo osseo	1	0,2
Cellule staminali da sangue	1	0,2
Organi da donatore deceduto	0	0
Organi da donatore vivente	1	0,2
Totale	54	12,6
Atteggiamenti e opinioni, media (DS)		
Atteggiamento trattamento ricerca cellule staminali	4,51 (0,83)	
Opinione trattamento cellule staminali	4,39 (0,95)	
Opinione ricerca cellule staminali	4,45 (0,82)	

Successivamente, sono state analizzate le correlazioni mediante il coefficiente Rho di Spearman per appurare eventuali relazioni tra le variabili ordinali. La significatività di queste correlazioni è stata valutata mediante un test d'ipotesi a due code.

Nelle domande che prevedano risposte multiple sono state calcolate le percentuali per ogni modalità di risposta. Il software statistico utilizzato per l'analisi è SPSS versione 17.

Considerazioni etiche

I dati sono stati raccolti nel rispetto della riservatezza e dell'anonimato. I questionari sono stati somministrati solo alle donne in gravidanza che hanno sottoscritto il consenso informato.

Il progetto di studio è stato illustrato e presentato preventivamente ai Dirigenti di struttura dei centri coinvolti; solo dopo il loro assenso è stata avviata l'indagine.

Risultati

Caratteristiche socio-demografiche del campione

Hanno partecipato all'indagine 428 donne in gravidanza, quasi interamente di cittadinanza italiana (89,5%) con un'età media di 34,4 anni (DS=6,33), prevalentemente diplomate (50%) o laureate (33,2%), di religione cattolica (77,3%). La quasi totalità campione ha una relazione stabile e due terzi di esso è coniugato (66,6%). Oltre metà delle partecipanti non è primipara e il numero medio di figli è di 1,5 (Tabella 1).

Conoscenze e atteggiamenti nei confronti della donazione

La Tabella 2 mostra le conoscenze e le attitudini del campione nei confronti della donazione in generale.

I risultati evidenziano come solo una minoranza delle gestanti (11,7%) possiede la tessera di donatore di organi e solo il 2,3% è iscritta nel Registro donatori di midollo osseo. Riguardo alla donazione di cellule staminali da cordone ombelicale, circa la metà non sa niente o molto poco (40,6%), mentre il 48% dichiara di saperne qualcosa. Solo l'11,4% è stato donatore o ricevente di sangue e/o cellule staminali. La maggior parte di questi (9,3%) è stato semplicemente donatore di sangue.

L'atteggiamento del campione nei confronti del trattamento/ricerca mediante l'utilizzo di cellule staminali del sangue cordonale è stato considerato eticamente accettabile in quasi tutti i casi, ovvero sia per il trattamento di patologie oncematologiche, che per la ricerca. Su una scala di accettabilità etica con punteggi da 1 a 5, tutte le domande in esame hanno prodotto una media di voti superiore a 4.

Conoscenze, preferenze e attitudini nei confronti della conservazione del cordone prelevato

In questa sezione del questionario si analizzano le preferenze e le attitudini delle partecipanti riguardo alle modalità di prelievo e conservazione del cordone ombelicale e alla conoscenza della normativa italiana vigente. Tre quarti del campione dichiara che il sangue del cordone ombelicale e la placenta dovrebbero essere rimossi e depositati in una banca pubblica dopo la nascita del bambino.

Esiste invece notevole disaccordo su chi sia il legittimo proprietario del sangue cordonale donato. Infatti, solo il 28% delle gestanti ha risposto correttamente all'item 17, ovvero che il sangue cordonale donato appartiene alla banca/ospedale che ha eseguito il prelievo, mentre il

Tabella 3 - Conoscenze nei confronti della conservazione del cordone prelevato

Variabili	n°	%	Variabili	n°	%
Cordone e placenta dovrebbero essere rimossi e depositati dopo la nascita del bambino			Addebito costi prelievo del sangue del cordone ombelicale conservato in banche private		
Sì	323	75,5	Al donatore	102	23,8
No	10	2,3	A chi riceve	107	25,0
Non so	92	21,5	Fondi di beneficenza/SSN	172	40,2
Totale	425	99,3	Altro	37	8,6
Se sì, dove?			Totale	418	97,7
Banche pubbliche	245	57,2	In contrasto con la conservazione privata, il sistema di conservazione pubblica prevede che al donatore e alla sua famiglia vengano fatte molte domande sulle malattie, l'assunzione di farmaci e sugli stili di vita per salvaguardare gli eventuali riceventi delle cellule staminali. Questo viene fatto anche per la donazione del sangue. Questo rappresenterebbe una restrizione sull'anonimato. Sarebbe un problema per lei?		
Banche private	52	12,1	Sì, un problema molto grande	3	0,7
Non sa	25	5,8	Sì, un problema abbastanza grande	8	1,9
Totale	322	75,2	Sì, un piccolo problema	30	7,0
Appartenenza del sangue cordonale donato			No, non sarebbe un problema per me	336	78,5
Al bambino appena nato	131	30,6	Altro	1	0,2
Ai genitori/rappresentante legale	85	19,9	Non so	41	9,6
All'ospedale/banca delle cellule del sangue	120	28,0	Totale	419	97,9
Altro	20	4,7	Donerebbe il sangue del cordone ombelicale di suo figlio?		
Non so	66	15,4	Sì, ma sceglierei la conservazione privata	65	15,2
Totale	422	98,6	Sì, ma scegliere la conservazione pubblica	232	54,2
Chi dà il consenso alla rimozione del sangue del cordone ombelicale			No, non lo donerei	16	3,7
Nessuno	2		Altro	20	4,7
Il padre del neonato	64		Non so	87	20,3
La madre del neonato	84		Totale	420	98,1
Il dottore responsabile	11		Conoscenza normativa italiana riguardo alle banche private		
Altro	4		Sì	208	48,6
Conoscenza normativa italiana riguardo alle banche private			No	215	50,2
Sì	208	48,6	Totale	423	98,8
No	215	50,2	Addebito costi prelievo del sangue del cordone ombelicale conservato in banche pubbliche		
Totale	423	98,8	Al donatore	25	5,8
Addebito costi prelievo del sangue del cordone ombelicale conservato in banche pubbliche			A chi riceve	49	11,4
Al donatore	25	5,8	Fondi di beneficenza/SSN	301	70,3
A chi riceve	49	11,4	Altro	46	10,7
Fondi di beneficenza/SSN	301	70,3	Totale	421	98,4
Altro	46	10,7			
Totale	421	98,4			

30% ha dichiarato che appartiene al “bambino appena nato” e il 19,9% ai “genitori/rappresentante legale”. Le partecipanti ritengono, in larghissima maggioranza, che sia la madre a dover dare il consenso alla rimozione del sangue del cordone ombelicale (84%), segue il padre (64%) e il dottore responsabile (11%).

Solo metà del campione è a conoscenza che la normativa italiana non consente la conservazione di cellule staminali presso banche private. Nel caso in cui i prelievi vengano inviati in banche pubbliche, oltre due terzi del campione (70%) è a conoscenza che i costi relativi al prelievo e alla conservazione del sangue del cordone ombelicale sono addebitati a fondi di beneficenza o al Servizio Sanitario Nazionale. Tuttavia, la maggioranza

(73,8%) non sa che i costi di conservazione del sangue cordonale presso banche private è a totale carico del donatore.

L'80% dei partecipanti non ritiene un problema il fatto che, per salvaguardare gli eventuali riceventi delle cellule staminali, il sistema di conservazione pubblica prevede che al donatore e alla sua famiglia vengano fatte molte domande sulle malattie, sull'assunzione di farmaci e sugli stili di vita.

Infine il 55% del totale donerebbe il sangue del cordone ombelicale di suo figlio, scegliendo la conservazione pubblica, contro il 15% di quelli che sceglierebbe la conservazione privata e del 20% che non ha ancora un'opinione in merito (Tabella 3).

Analisi delle correlazioni

L'analisi di correlazione mostra una significatività statistica tra la variabile "numero di figli" ed età ($P=0,002$) ed anche con il grado di istruzione ($P=0,001$). La scolarità sembra correlare anche con le risposte circa chi può dare il consenso alla rimozione di sangue cordonale: variabili "madre" e "padre" (entrambi $P=0,000$). Inoltre, anche la conoscenza, gli atteggiamenti e le opinioni in merito alla donazione di cellule staminali da cordone sono correlati con il grado di istruzione ($P=0,001$; $P=0,000$; $P=0,000$, rispettivamente). Infine, si evince che la conoscenza è correlata con l'accettazione etica sia dal punto di vista del trattamento che da quello della ricerca ($P=0,000$).

Discussione

L'obiettivo principale dello studio è stato quello di analizzare le percezioni, le conoscenze, gli atteggiamenti e le attitudini delle donne in gravidanza riguardo alla donazione del cordone ombelicale del neonato e il suo impiego nel trattamento delle malattie onco-ematologiche.

Dai risultati dello studio è emersa una limitata conoscenza da parte delle donne esaminate, soprattutto riguardo all'utilizzo terapeutico e alle modalità di donazione e conservazione del sangue da cordone ombelicale. Questo dato negativo potrebbe essere dovuto alla scarsa informazione che ricevono le gestanti da parte degli operatori sanitari, i quali dovrebbero incoraggiare la conservazione del sangue cordonale fornendo informazioni dettagliate ai futuri genitori [13]. La pratica della donazione in generale è scarsa: solo l'11,4% del campione è stato donatore o ricevente di sangue e/o cellule staminali. La maggior parte di questi (9,3%) è stato semplicemente donatore di sangue. Ciò è in relazione con quanto sostenuto in letteratura, cioè che la qualità dell'informazione fornita dai professionisti è migliore nei confronti dei donatori di sangue [14].

Nonostante ciò, l'atteggiamento e le opinioni nei confronti del trattamento/ricerca usando cellule staminali del sangue del cordone ombelicale è stato considerato eticamente accettabile in quasi tutti i casi.

Tre quarti del campione dichiara che il sangue cordonale e la placenta dovrebbero essere rimossi e depositati in una banca pubblica dopo la nascita di un bambino. Questi risultati sono in linea con quelli riportati da uno studio recente, condotto da Parco et al. [13] nel Nord-Est Italia. Delle 772 donne incinte l'84% ha optato per la conservazione nelle banche pubbliche poiché gratuito, contro le 124 (15%) che ha optato per il sistema bancario privato, che prevedeva un costo aggiuntivo imposto dalle autorità regionali locali [13].

Tuttavia, solo metà del campione era a conoscenza che la normativa italiana non consente la conservazione di cellule staminali presso banche private. Attualmente infatti, in Italia le forme di conservazione del sangue cordonale consentite sono quella allogenica (il sangue viene donato, cioè messo a disposizione di chiunque ne abbia bisogno e risulti compatibile) e quella dedicata, cioè per uso riservato, soltanto se il bimbo è malato al momento della nascita

oppure se ha fratelli malati o, ancora, se in famiglia c'è il rischio di gravi patologie ereditarie per i figli futuri. Le bio-banche italiane sono soltanto pubbliche. Viene invece vietata l'istituzione di banche per la conservazione da cordone ombelicale presso strutture sanitarie private. La conservazione autologa *tout court*, cioè per sé, indipendentemente dall'anamnesi familiare, è considerata dalla legge italiana un atto di egoismo e pertanto vietata. Non sono, tuttavia, precluse l'esportazione e la conservazione all'estero presso banche private accreditate: la più famosa è Future Health [15] che opera sotto il controllo del Dipartimento della Salute britannico. La normativa in tema di conservazione e donazione del sangue cordonale ha previsto, inoltre, che può essere consentita la conservazione del sangue cordonale ad uso autologo-dedicato, anche nel caso di particolari patologie non ancora ricomprese nell'elenco dell'allegato al DM (2009) [7], ma per le quali sussistono comprovate evidenze scientifiche di un possibile impiego di cellule staminali del sangue da cordone ombelicale anche nell'ambito di sperimentazioni cliniche approvate secondo la normativa vigente, previa presentazione di una documentazione rilasciata da un medico specialista nel relativo ambito clinico. Tale conservazione viene autorizzata dal responsabile delle banche, sentito il parere di un apposito gruppo tecnico multidisciplinare coordinato dal Centro Nazionale Trapianti [16].

Vi è confusione, da parte delle gestanti, anche sull'addebito dei costi relativi al prelievo e alla conservazione del sangue del cordone ombelicale, sia nel caso in cui prelievi vengano inviati in banche pubbliche che private. Infatti nell'ipotesi in cui i genitori decidano di conservare per uso personale i campioni di sangue cordonale presso banche estere, le spese relative al trasporto e alla conservazione del campione sono a totale carico dei richiedenti. Tale possibilità è stata consentita dalla legge italiana solo a salvaguardia della libera scelta di ogni singolo individuo, ma senza oneri economici per il Servizio sanitario pubblico, non rappresentando un Livello essenziale di assistenza. Questo perché il Governo ritiene, anche in base ai pareri espressi da organismi scientifici, che la conservazione autologa non sia, al momento, sostenuta da una valida motivazione sul piano razionale, scientifico ed etico. La conservazione ad uso autologo, al di fuori dei casi in cui è già consentita, risulta pertanto una procedura inappropriata dal punto di vista clinico-assistenziale, quindi non può essere compresa nei Livelli essenziali di assistenza [16]. La maggior parte delle partecipanti dichiara che non sarebbe un problema rivelare informazioni sulla loro salute o sui propri stili di vita, come previsto dal sistema di conservazione pubblica, al fine di salvaguardare gli eventuali riceventi delle cellule staminali, in accordo con i risultati della ricerca effettuata da Wagner et al. [12]. Nello stesso studio è emerso altresì che i genitori o il rappresentante legale del neonato desiderano essere coinvolti attivamente nel processo decisionale di donazione del sangue cordonale. Infine, dall'analisi di correlazione è emerso che il "numero di figli" presenta una correlazione positiva con l'"età" e una meno banale correlazione negativa con il

“grado di istruzione”. Questo conferma il fatto, già noto alla letteratura scientifica che persone con un’età e un livello di istruzione superiore tendono ad avere meno figli della media [12].

In merito alla domanda su chi possa dare il consenso alla rimozione del sangue del cordone ombelicale, si osserva una correlazione positiva interessante tra le risposte “Madre” e “Padre” e il livello di istruzione. Questo mostra che, al crescere del livello culturale, le persone preferiscono che il consenso sia fornito dai genitori del bambino piuttosto che da terzi. Anche la conoscenza in merito alla donazione di cellule staminali da cordone ombelicale e l’accettazione di questa pratica dal punto di vista etico, crescono all’aumentare del grado di istruzione.

Infine, si evince che la conoscenza è correlata con l’accettazione etica sia dal punto di vista del trattamento che da quello della ricerca: più gli individui conoscono l’argomento, più sembrano favorevoli e disponibili ad accettare il trattamento e ricerca delle cellule staminali.

Conclusioni

Il sangue cordonale è considerato una fonte preziosissima di cellule staminali emopoietiche, alternativa a quelle prelevate da sangue periferico o da midollo osseo, come confermato dai numerosi vantaggi dal punto di vista pratico, biologico e clinico. La donazione rimane un gesto di grande valore morale e sociale; la solidarietà e la sensibilità verso questo argomento vanno sicuramente incoraggiate attraverso percorsi di sensibilizzazione ed educazione sanitaria durante i corsi di accompagnamento alla nascita, convegni e corsi di formazione sul territorio.

È emerso un grande interesse verso questo tema, ma anche molta confusione. Di fatto, nonostante le gestanti abbiano dimostrato di avere delle conoscenze in materia, queste non sono sempre sufficienti. Lo studio ha rilevato infatti, così come precedenti studi condotti negli ultimi anni, che le donne in gravidanza sono scarsamente informate sull’utilizzo terapeutico e sulle modalità di donazione e conservazione del sangue di cordone ombelicale, benché siano tendenzialmente favorevoli alla donazione. In conclusione, i servizi sanitari dovrebbero offrire maggiori opportunità alle donne predisposte alla donazione così da evitare la perdita di potenziali donatrici; dovrebbero essere approntate campagne informative mirate, rivolte ai cittadini sul tutto il territorio nazionale; dovrebbero essere realizzati altresì programmi di formazione, armonizzati a livello europeo e rivolti ai professionisti sanitari per migliorare la loro capacità di comunicare e informare le donatrici. I padri dovrebbero essere coinvolti nelle decisioni relative alla donazione del sangue cordonale attraverso il consenso informato. La tematica della donazione del sangue cordonale dovrebbe a pieno diritto entrare maggiormente nei percorsi formativi di tutto il personale sanitario, affinché non vi sia solo un passaggio di informazione, ma l’acquisizione di un nuovo modo di pensare e di agire. Solo rendendo culturalmente più diffusa e penetrante la coscienza della donazione si potrà

incentivare concretamente la raccolta di un bene prezioso, *no profit*, che trasmetta sicurezza per il donatore e che sia una risorsa considerevole per il ricevente.

Ringraziamenti

Si ringraziano il dottor Marcello Franza, le dottoresse Laura Pompini e Nicoletta del Re per il loro contributo nella raccolta dati.

Bibliografia

- [1] Wagner JE, Gluckman E. Umbilical cord blood transplantation: the first 20 years. *Semin Hematol* 2010; 1:3-12
- [2] Baldomero H, Gratwohl M, Gratwohl A, Tichelli A, Niederwieser D, Madrigal A, Frauendorfer K; European Group for Blood and Marrow Transplantation EBMT. The EBMT activity survey 2009: trends over the past 5 years. *Bone Marrow Transplant* 2011; 4:485-501
- [3] Associazione Italiana Registro Tumori (AIRtum) Working Group, 2008. Rapporto AIURtum 2008: Tumori infantili: incidenza, sopravvivenza, andamenti temporali. *Epidemiologia & Prevenzione*. <http://www.registri-tumori.it/cms/?q=Rapp2008> (visitato il 12 gennaio 2014)
- [4] European Group on Ethics in Science and New Technologies: Opinion n. 19. Ethical aspects of umbilical cord blood banking. 16 March 2004. Disponibile al sito: http://ec.europa.eu/european_group_ethics/publications/docs/publop19_en.pdf (visitato il 15 gennaio 2014)
- [5] Accordo Stato Regioni 29 ottobre 2009: Accordo, ai sensi dell’articolo 6, comma 1, del decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 191, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano recante: «Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici minimi per l’esercizio delle attività sanitarie delle banche di sangue da cordone ombelicale» (G.U. Serie Generale, n. 288 del 11 dicembre 2009)
- [6] Registro Italiano Donatori di Midollo Osseo (IBMDR), 1989-2016. Genova, 2014. Report di attività anno 2010. <http://ibmdr.galliera.it/statistiche-1/report-2010> (visitato il 10 gennaio 2014)
- [7] Decreto Ministeriale 18 novembre 2009: Disposizioni in materia di conservazione di cellule staminali da sangue del cordone ombelicale per uso autologo - dedicato. Istituzione di una rete nazionale di banche per la conservazione di sangue da cordone ombelicale. (GU Serie Generale n. 303 del 31 dicembre 2009)
- [8] Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. 2009. Uso appropriato delle cellule staminali del sangue del cordone ombelicale. Elementi informativi essenziali. http://www.trapianti.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_941_allegato.pdf (visitato il 10 gennaio 2014)
- [9] Fernandez CV, Gordon K, Van den Hof M, Taweel S, Baylis F. Knowledge and attitudes of pregnant

- women with regard to collection, testing and banking of cord blood stemcells. *CMAJ* 2003; 168:695-8
- [10] Fox NS, Stevens C, Ciobotariu R, Rubinstein P, McCullough LB, Chervenak FA. Umbilical cord blood collection: do patients really understand? *J Perinat Med* 2007; 35:314-21
- [11] Katz G, Mills A, Garcia J, Hooper K, McGuckin C, Platz A, Rebullia P, Salvaterra E, Schmidt AK, Torrabadella M. Banking cord stem cells: attitude and knowledge of pregnant women in five European countries. *Transfusion* 2011; 51:578-86
- [12] Wagner AM, Krenger W, Suter E, Ben Hassem D, Surbek DV. High acceptance rate of hybrid allogenic-autologous umbilical cord blood banking among actual and potential Swiss donors. *Transfusion* 2013; 7:1510-9
- [13] Parco S, Vascotto F, Visconti P. Public banking of umbilical cord blood or storage in a private bank: testing social and ethical policy innortheastern Italy. *J Blood Med* 2013; 4:23-9
- [14] Screnci M, Murgi E, Pirrè G, Valente E, Gesuiti P, Corona F, Girelli G. Donating umbilical cord blood to a public bank or storing it in a private bank: knowledge and preference of blood donors and of pregnant women. *Blood Transfus* 2012; 103:331-7
- [15] Future Health Biobank, 2016. <http://www.futurehealthbiobank.com> (visitato il 15 gennaio 2014).
- [16] Associazione delle Donatrici di Sangue di Cordone Ombelicale (ADISCO), 1995-2016. Roma, 2014. <http://www.adisco.it/index.php> (visitato il 12 gennaio 2014)

INFORMATIZZAZIONE DELLA FNCO, IMPLEMENTAZIONE DEL PORTALE E SERVIZI VARI AI COLLEGI

Nella finalità di avviare l'implementazione delle attività istituzionali con ulteriori servizi e, specificamente quello di comunicazione verso gli Iscritti e sostenere i Collegi in tale attività, da luglio 2017 è stato attivato il servizio APP con aggiornamenti settimanali a cura degli Uffici FNCO.

Da un recentissimo aggiornamento dati è emerso che l'App FNCO è stata installata 107 volte e attualmente in 74 ce l'hanno ancora installata. Il dato produce profondo rammarico in quanto si evince che il servizio APP FNCO non è stato attivato forse anche per una carente informazione che pure è stata fornita alla pagina 11 di Lucina 1/2017 e che riproponiamo nella pagina accanto.

Il Gestore dei flussi dati degli iscritti inseriti nell'albo nazionale FNCO ha evidenziato, inoltre, quanto segue:

- numero PEC inserite dai Collegi: 8.770 su 20.314 iscritte;
- numero di e-mail inserite dai Collegi: 12.118 su 20.314 iscritte;
- numero dei contatti telefonici inseriti dai Collegi: 4.657 telefoni abitazione; 8.024 telefoni cellulari; 98 telefoni ufficio.
- numero di iscritte alla newsletter: 7.794.

Per migliorare i suddetti dati e sostenere i Collegi Provinciali e Interprovinciali si invitano gli Iscritti ad aggiornare puntualmente i loro dati nelle forme di rito.

Inviata a tutti gli Iscritti una email con il questionario del progetto Fnco-Ministero della Salute "Studio Nazionale Fertilità"

La Fnco in collaborazione con il Ministero della Salute ha avviato il progetto CCM "Studio Nazionale Fertilità" partecipando alla formulazione di un questionario per il sondaggio sulle modalità di counseling dei Professionisti (Ginecologi, Andrologi, Urologi, Medici di Medicina Generale, Pediatri, Ostetriche). È quindi preziosa la nostra collaborazione per la raccolta delle informazioni dei questionari che riceverete per email nei prossimi giorni. Nella email è riportata la lettera sottostante che vi anticipiamo e dove è presente un link anonimo appositamente predisposto per la compilazione del questionario.

Nel ringraziarvi anticipatamente per la collaborazione, vi auguriamo buon lavoro.

Cara Collega,

Il Ministero della Salute ha promosso e finanziato il progetto "Studio Nazionale Fertilità" coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Nell'ambito di questo progetto vengono proposti alcuni sondaggi con la finalità di raccogliere informazioni sui temi della salute sessuale e riproduttiva, che possano concorrere a orientare e sostenere la programmazione di interventi per la tutela della fertilità in Italia.

L'indagine cui ti chiedo di collaborare è rivolta a varie categorie di professionisti sanitari (in particolare nel nostro caso Ostetrica/o) ed è finalizzata ad approfondire e comprendere meglio le modalità di counseling che i professionisti sanitari utilizzano nella loro pratica quotidiana. L'indagine è anonima e i dati raccolti saranno trattati solo in modo aggregato.

Il link di seguito riportato ti consentirà di collegarti al sito web ove compilare il sondaggio. Ogni link è unico e generato dal server. Inviandotelo via mail non sarà possibile in alcun modo collegare il tuo nome al questionario compilato. È possibile compilare lo stesso anche in più riprese successive, sempre utilizzando lo stesso link (sarà possibile accedere al link solo fino al 31/01/2018).

Confido quindi sulla tua collaborazione. Rispondendo alle domande (scelta fra risposta multipla) potrai dare il tuo prezioso contributo per la riuscita del progetto. Il tempo richiesto è meno di 10 minuti.

LINK UNIVOCO [Clicca qui](#)

Ti ringrazio, la Presidente

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



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

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

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

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



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

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

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



Dott.ssa Elisabetta Cannone, addetta Ufficio Stampa FNCO

Quando la norma giuridica influenza la norma etica

SEGUE DA PAGINA 1

In adeguamento al D.Lgs. 197/2016 la Federazione ha integrato ulteriormente il Codice Deontologico con due articoli ex novo: nella Premessa con l'articolo 1.6 "Nell'esercizio dell'attività professionale l'ostetrica/o si attiene ai principi del codice deontologico ed alle normative vigenti in materia di Trasparenza ed Anticorruzione" e nelle Disposizioni conclusive con l'articolo 6.5 "I Collegi Provinciali ed Interprovinciali e gli Organi di rappresentanza nazionale si impe-

gnano ad adottare ogni misura necessaria od opportuna a prevenire fenomeni di corruzione o conflitti fra l'interesse pubblico e quello personale ed a garantire la necessaria autonomia ed indipendenza del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza".

Le modifiche/integrazioni apportate al Codice Deontologico 2010 e s.m.e i. sono state approvate dall'Assemblea del Consiglio Nazionale in data 18 novembre 2017 (www.fnco.it/codice-deontologico.htm).

Maria Vicario
Presidente FNCO

Legge di Bilancio e i tagli in sanità: ripercussioni negative sulla salute delle donne e di tutto il Paese

La Legge di Bilancio anno 2018, attualmente in corso di approvazione (nda), pone delle perplessità in ambito sanitario. La Legge Finanziaria infatti, qualora superasse positivamente il vaglio di entrambi i rami della Camera, attuerebbe una serie di importanti tagli nel settore con prevedibili criticità rispetto alla tenuta della presa in carico e della tutela della salute dei cittadini. Sul provvedimento si sono levate diverse critiche tanto che è stato oggetto di richieste di emendamenti in sede di Commissione Sanità nella Conferenza Stato-Regioni affinché il Governo correggesse il tiro.

Anche la Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche, allo stato attuale, esprime la propria preoccupazione e segnala delle serie criticità, in quanto quei tagli rischiano di non consentire più alle 22mila Ostetriche/i che lavorano nel Paese di svolgere in maniera adeguata il proprio lavoro nei confronti dell'utenza. Quello della sanità è un settore strategico che già da diversi anni subisce gli effetti della crisi economica e sul quale sono stati già operate decurtazioni di un certo rilievo. Proseguire con questo tipo di politica dei tagli, in particolare orizzontale, senza valutare i rischi per la salute pubblica che ne deriverebbero risulterà una scelta perdente se si guarda al lungo periodo.

Alla luce di quanto emerso nelle sedi istituzionali, la FNCO ha deciso di sottoscrivere e di appoggiare, con un proprio comunicato stampa (www.fnco.it/news/comunicato-stampa---la-legge-di-bilancio-accolga-emendament.htm), il documento che è stato presentato dalla Commissione Salute delle Regioni nel quale vengono individuate le richieste principali da presentare ai Presidenti della Commissione Salute delle Regioni e, se approvata, al Governo affinché la Legge di Bilancio non metta ulteriormente in ginocchio il settore: ridurre a 112 miliardi di euro il fondo per la sanità per tutto il Paese è una scelta che non si può condividere.

"Come Federazione Nazionale che rappresenta le 22mila professioniste ostetriche/i che lavorano in Italia - afferma la Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche - non si può che auspicare un ritorno sui propri passi da parte del Governo accogliendo gli emendamenti, già scartati in Senato, ripresentati alla Camera. In particolare, per il settore che la FNCO rappresenta, è decisivo l'accoglimento del rilievo fatto in merito all'intervento per definire nuovi strumenti di programmazione per le assunzioni di personale: il vincolo dell'1,4% (-1,4% della spesa del 2004) è ormai anacronistico. Un intervento che permetterebbe, per quel che riguarda la Categoria, la possibilità di garantire un giusto turn over, di ridurre il tasso di disoccupazione professionale che riguarda non solo giovani professioniste che devono immettersi per la prima volta nel mercato del lavoro, ma anche il rientro di coloro che in seguito a riordini delle strutture in cui lavoravano sono attualmente senza lavoro. Ma soprattutto la maggior presenza delle ostetriche sul territorio significa garantire un servizio di prevenzione, presa in carico e tutela della salute delle donne e quindi di tutta la comunità".

A supporto di quanto detto e del quadro sociale che ne potrebbe scaturire ci sono anche i recentissimi dati ISTAT che denunciano come ben 1 italiano su 3 sia in povertà o a rischio di povertà. In particolare sono penalizzate le famiglie con 3 o più figli, quelle monoreddito e quelle dove un membro è straniero. Questi dati, insieme al tasso di denatalità ormai strutturale, dovrebbero spingere il Governo e il Parlamento a impegnare maggiori risorse per l'assistenza sanitaria e sociale mentre i tagli previsti danneggerebbero ulteriormente il settore sanitario e l'assistenza in ambito materno-infantile, accelerando il trend di denatalità, anziché contrastarlo. Per di più con i 500 milioni di euro in meno al Fondo sanità, come previsto nella Legge di Bilancio, si precarizzerebbe il settore che avrebbe invece bisogno di investimenti importanti per assicurare ai professionisti della sanità migliori condizioni di lavoro e dunque un miglior servizio agli utenti e alle utenti. Bene quindi la richiesta del documento della Commissione Sanità delle Regioni affinché il livello di finanziamento pubblico del servizio Sanitario Nazionale sia mantenuto al di sopra del 6,5% del PIL. Meno soldi in sanità significa, ad esempio, compromettere i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), oltre che il rinnovo dei contratti. Se questo si verificasse, quello della sanità sarebbe forse il solo comparto a rimanere con contratti bloccati.

"Per quel che riguarda l'ambito in cui opera la Categoria Ostetrica - sottolinea la FNCO - un taglio di fondi così drastico pregiudicherebbe l'adeguata presa in carico e la tutela della salute delle donne a livello regionale, il che avrebbe, come si può ben immaginare, una ricaduta in termini di costi sociali e sanitari non indifferenti. A farne le spese sarebbero i soggetti deboli, coloro che appartengono a condizioni economiche e sociali fragili: donne e migranti cui già con grande professionalità e anche molti sacrifici la Categoria cerca di arrivare. Quella Ostetrica, così come tutte le altre professioni sanitarie, ha bisogno di maggiore e concreto sostegno da parte del Governo, fatto con investimenti che garantiscano di poter svolgere al meglio il proprio lavoro".

Senza contare poi che i 400 milioni di euro riconosciuti alle Regioni per gli investimenti sono del tutto insufficienti e renderebbero impossibile prevenire spese per l'edilizia sanitaria in strutture che spesso sono diventate non più rispondenti ai bisogni sia degli operatori sia degli utenti.

"L'invito che si rivolge al Governo - conclude la Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche - è dunque quello di tornare sui propri passi. Un Paese come il nostro non può permettersi un rischio così alto, ovvero di non garantire il diritto alla salute dei propri cittadini. Da parte della Categoria c'è la massima disponibilità al confronto, a sedersi attorno a un tavolo per discutere con documenti e numeri alla mano come potenziare e migliorare ancora di più la sanità italiana".




LUCINA

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