

ORGANO UFFICIALE DELLA



Federazione Nazionale Collegi Ostetriche



LVCINA

LA RIVISTA
DELL'OSTETRICA/O

ANNO V
2/2015

Anno V numero 1 - Trimestrale - Poste Italiane SpA - Spedizione in Abbonamento Postale - 70% Aut. ATISUD/CZ/212/2015

FNCO

Il nuovo Comitato Centrale
per il triennio 2015-2017

FORMAZIONE

Il fabbisogno formativo
per il corso di Laurea in Ostetricia

PROFESSIONE

L'appropriatezza prescrittiva
come modello di governo
del sistema salute

STUDI

La sicurezza in sala parto



Un nuovo scenario
di rinnovamento
e crescita professionale

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1 Crescere e rinnovarsi per essere sempre più responsabili e protagonisti nello scenario futuro di **Maria Vicario**

FNCO

- 2 Obiettivo: sviluppo
Il nuovo Comitato Centrale per il triennio 2015-2017
- 4 La Legge 4/2013: ridisegnare le attività riservate
- 6 Aggiornamento in tema di obbligo assicurativo
- 7 Comma 566 della Legge di Stabilità 2015 e competenze avanzate dell'ostetrica/o
- 8 Aggiornamento della normativa sulla prevenzione della corruzione e trasparenza
- 9 Ricettario e codice prescrittore
- 10 Al via l'indagine nazionale della FNCO per la rilevazione delle ostetriche iscritte all'Albo dei CTU nei Tribunali
- 10 La FNCO chiede di entrare attivamente nel Comitato Percorso Nascita nazionale
- 11 Gruppo di lavoro FNCO "Assistenza al parto domiciliare - extra ospedaliero"

FORMAZIONE

- 12 Fabbisogno formativo per il corso di Laurea in Ostetricia di **Angelo Mastrillo**
- 12 Joint Action on European Health Workforce Planning and Forecasting
- 15 Corsi FAD gratuiti per ostetriche accreditati dall'ISS

PROFESSIONE

- 16 L'appropriatezza prescrittiva come modello di governo del sistema salute
- 17 Un salto di qualità di **Sandra Morano**

- 17 La donazione del sangue cordonale
- 18 PNLG ISS Linea guida "Emorragia del post-partum"

NEWS

- 19 Una vita fa di **Isa Ligabue**
- 19 La FNCO partecipa all'anno giubilare con una iniziativa dedicata a mamme e bambini
- 19 DOULA. L'UNI sospende l'attività di normazione

MIDWIVES INTERNAZIONALE

- 20 La EMA adotta una propria position paper a sostegno della "International charter on prevention of fetal alcohol spectrum disorder"
- 21 Campagna di comunicazione per la lotta all'abuso di alcol 2015

STUDI

- 22 L'ostetrica e la ricerca di **Virna Franca Zobbi**
Giuseppina Persico
Simona Fumagalli
Antonella Nespoli
- 25 Indagine sul percorso nascita in alcune realtà di Roma e provincia: bisogni e criticità di **Valentina Prisco**
Simona Sarta
Carla Oliva
Sofia Colaceci
- 30 La libera professione ostetrica: un'indagine nell'attuale realtà italiana di **Stefania Paloschi**
- 35 La sicurezza in sala parto: un imperativo inderogabile. Definizione del problema: l'ostetrica/o di **Simona Di Matteo**
- 38 La prevenzione del tumore della mammella in gravidanza di **Sara Cappi**



LUCINA
LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

Organo ufficiale della



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

Direttore Responsabile
Maria Vicario

Comitato editoriale
Antonella Cinotti
Marialisa Coluzzi
Iolanda Rinaldi
Maria Pompea Schiavelli Achiroppita
Antonella Toninato
Silvia Vaccari

Segreteria di redazione
Antonella Cinotti
Iolanda Rinaldi

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

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

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

Finito di stampare
nel settembre 2015

Crescere e rinnovarsi per essere sempre più responsabili e protagonisti nello scenario futuro

di Maria Vicario

Al di là delle definizioni elaborate da diversi autori (Aristotele, M. Weber, D. Easton ed altri), la "politica" è *l'occuparsi in qualche modo di come viene gestito lo Stato o le sue substrutture territoriali*: ne deriva che sono chiamati a fare politica anche gli organi ausiliari dello Stato. Il riconoscimento istituzionale delle associazioni di categoria ne identifica l'autonomia organizzativa e funzionale con finalità specifiche per la professione rappresentata, ma anche con finalità proprie dello Stato stesso.

I professionisti aderenti all'Associazione istituzionalizzata che esercitano la professione regolamentata di ostetrica/o, sin dal 1946 unendosi/aggregandosi, hanno dato vita alla Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche con valore di "persona giuridica pubblica" titolare di specifici diritti e doveri. Su tali premesse il Comitato Centrale della FNCO nel triennio 2015-2017 intende **dare impulso e rinnovamento al Soggetto Politico-Professionale e diventare protagonista attivo dei processi di riorganizzazione sanitaria e di sviluppo della professione.**

Obiettivo a dir poco ambizioso, ma che vede il Comitato Centrale impegnato concretamente sin dal suo insediamento, avvenuto nel marzo 2015 a seguito del rinnovo degli Organi di Categoria per il triennio 2015-2017.

Per rinnovare il Soggetto Politico-Professionale occorre potenziare la responsabilizzazione e il protagonismo della rappresentanza istituzionale professionale a livello nazionale (FNCO) e a livello locale (Collegi Provinciali e Interprovinciali) nelle sedi istituzionalmente preposte (Ministero della Salute/MIUR/ISS/CSS, etc.).

Il processo di **responsabilizzazione** prevede l'assunzione di un ruolo attivo nel coordinamento nazionale sulla regolazione della vita professionale e organizzativa degli operatori del sistema sanitario e nello specifico degli stessi nell'ambito materno-infantile per l'area ostetrica-ginecologica e neonatale di competenza professionale ostetrica. Processo già avviato e che questo Comitato Centrale intende potenziare portando avanti specifiche attività quali la partecipazione ai lavori del Comitato Nazionale Percorso Nascita e dei Comitati Regionali Percorso Nascita previsti dall'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010.

Il processo di protagonismo attivo della FNCO e dei Collegi Provinciali e Interprovinciali si concretizza nella partecipazione attiva ai Tavoli tecnici per la nuova organizzazione dei servizi sanitari regionali con particolare riferimento alla riorganizzazione della rete dei servizi offerti alla donna/coppia e alla sua presa in carico a livello ospedaliero e territoriale sulla base delle attività riservate, di quelle tipiche (ma non riservate) ma proprie dei "soggetti iscritti in albi o elenchi ai sensi dell'art. 2229 del codice civile". Grande protagonista della più ampia riforma del Sistema salute diventa il "territorio" dove la professione ostetrica deve trovare adeguati spazi di espressione in forma autonoma e in forma aggregata nell'ottica di erogabilità e appropriatezza delle cure e con adeguata tutela assicurativa prevista dalla Legge n. 189 dell'8 novembre 2012, ma attualmente bloccata dal parere del Consiglio di Stato di cui si darà conto più avanti in questa rivista.

SEGUE A PAGINA 40

OBIETTIVO: SVILUPPO

Il nuovo Comitato Centrale per il triennio 2015-2017



Il Comitato Centrale neo-eletto, nelle parole della Presidente Maria Vicario, ringrazia tutti i Presidenti e i Consigli Direttivi dei Collegi provinciali e interprovinciali delle Ostetriche che hanno espresso caloroso sostegno e fiducia al gruppo neo-eletto, che sin dal suo insediamento si è posto a disposi-

zione per una fattiva collaborazione e confronto.

Le elezioni, che si sono svolte in un clima di massimo rigore e serenità, sono l'espressione di un chiaro messaggio volto al cambiamento, al rinnovamento e alla rinascita ostetrica.

La mission del nuovo Comitato Centrale si prefigge di dare impulso e rinnovamento al Soggetto Politico-Professionale con l'intento di perseguire, nel corso del triennio 2015-2017, attraverso il programma politico e specifiche linee di azione, obiettivi strategici per l'intero ambito materno-infantile.

La vision del nuovo Comitato Centrale consiste nel diventare protagonisti attivi dei processi di riorganizzazione sanitaria e di sviluppo della professione, declinando obiettivi a breve, medio e lungo termine che riguardano le diverse aree di competenza istituzionale della Federazione Nazionale Collegi Ostetriche: Area Istituzionale, Area dell'Organizzazione e Governo Clinico, Area Scientifica e Ricerca, Area Formazione, Area Comunicazione, Area Rapporti con altre professioni in Italia e all'Estero.



Maria Vicario, Presidente

Nata a Napoli il 12 settembre 1949.

Ostetrica Dottore magistrale; esperta Area Formazione-Ricerca e Organizzazione.

Dal 2000 componente FNCO con carica di: Consigliera, Segretaria, Vicepresidente Presidente (dal marzo 2009 al marzo 2015 con carica di Consigliera).

Presidente della Sirong dal 2012 al 2015, attualmente ricopre la carica di Consigliera.

Docente a contratto SSD MED/47: Corso Master I livello, Laurea magistrale S.I. e O.

Seconda Università degli Studi di Napoli.

Consulente Tecnico del Tribunale di Napoli iscritto al numero 1 dal 16 marzo 2009.

Libera professionista titolare di partita Iva.



Silvia Vaccari, Vicepresidente

Nata a Modena il 22 luglio 1962.

Ostetrica Dottore magistrale; Coordinatore Sanitario Esperto DS U.O. Ostetrica e Sala Parto.

Esperta in organizzazione ospedaliera progetti di miglioramento assistenziali e formazione.

Dal 2012 componente FNCO con carica di Consigliere.

Docente a contratto SSD MED/47: Corso Master I livello, Laurea in Ostetrica UNIMORE.

Tesoriere della SIPGO (Società Italiana per la Psicosomatica in Ginecologia e Ostetrica – affiliata ISPOG) per il biennio 2008-2010, per il triennio 2010-2014 e per il triennio 2014-2017.

Nominata in qualità di esperto presso I.S.S. Panel Linee guida 2015-2016.

Già Presidente del Collegio delle Ostetriche della provincia di Modena dal 1996 al 2014, attualmente Consigliera.



Marialisa Coluzzi, Segretario

Nata a Norma (LT) l'8 dicembre 1964.

Presidente del Collegio provinciale delle Ostetriche di Latina.

Ostetrica esperta in diritto, comunicazione ed euro-progettazione.

Fino al 2013 ha coordinato le attività ostetriche del punto nascita di Latina, *benchmarking* regionale per il tasso di tagli cesarei (P.Re.Val.E).

Oggi lavora nell'Area Formazione e Comunicazione dell'Asl Latina.

Responsabile della Qualità ECM e del Programma Bollini rosa (Onda).

Collabora con la Regione Lazio - Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria.



Antonella Toninato, Tesoriere

Nata a Spilimbergo (PN) il 3 novembre 1960.

Ostetrica Dottore magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche.

Laureata in Sociologia.

Esperta Area Formazione Continua e Permanente di Tipo Aziendale.

Presidente del Collegio delle Ostetriche della provincia di Udine – Pordenone.



Iolanda Rinaldi, Consigliere

Nata a Roma il 18 novembre 1958.

Ostetrica Dottore magistrale.

Responsabile Aziendale Servizio Assistenza Ostetrica Asl RMA.

Docente a contratto SSD MED/47: Corso di Laurea in Ostetricia, in Infermieristica e in Infermieristica Pediatrica.

Presidente del Collegio delle Ostetriche della provincia di Roma.



Antonella Cinotti, Consigliere

Nata a Firenze il 25 luglio 1956.

Ostetrica con Master in funzioni di Coordinamento, Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche e in Pedagogia a indirizzo Sociologico.

Componente FNCO con carica di Vicepresidente FNCO dal marzo 2009 al marzo 2015.

Presidente del Collegio interprovinciale delle Ostetriche di Firenze – Prato – Arezzo – Grosseto – Siena – Lucca – Pistoia.

Ostetrica presso il Dipartimento ad Attività Integrate Materno-Infantile dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi - Firenze.

Coordinatore delle attività tecnico-pratiche e di tirocinio del corso di Laurea in Ostetricia dell'Università degli Studi di Firenze.



Maria Pompea Schiavelli, Consigliere

Nata a Corigliano Calabro (CS) l'8 maggio 1957.

Presidente del Collegio interprovinciale delle Ostetriche di Bari – Barletta Andria Trani.

Attualmente libera professionista, Segretaria Unicef Regione Puglia e formatrice sull'allattamento al seno.

La Legge 4/2013: ridisegnare le attività riservate

Legge 4/2013 "Disposizioni in materia di professioni non organizzate". Il Ministero della Salute chiede alle professioni sanitarie la definizione del perimetro esterno delle attività ad esse riservate. La posizione della FNCO

La Legge 14 gennaio 2013, n. 4, "Disposizioni in materia di professioni non organizzate", all'art. 1, comma 2, stabilisce che per "professione non organizzata in ordini o collegi" si intende: "l'attività economica, anche organizzata, volta alla prestazione di servizi o di opere a favore di terzi, esercitata abitualmente e prevalentemente mediante lavoro intellettuale, o comunque con il concorso di questo, con esclusione delle attività riservate per legge a soggetti iscritti in albi o elenchi ai sensi dell'art. 2229 del codice civile, delle professioni sanitarie e delle attività e dei mestieri artigianali, commerciali e di pubblico esercizio disciplinati da specifiche normative" (www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2013-01-14;4).

La norma introduce il principio del libero esercizio della professione fondato sull'autonomia, sulle competenze e sull'indipendenza di giudizio intellettuale e tecnica del professionista. Il Ministero dello Sviluppo Economico esercita la vigilanza sulla corretta attuazione delle disposizioni normative. L'articolo 6 "Autoregolamentazione volontaria" promuove l'autoregolamentazione volontaria e la qualificazione delle attività svolte da tali professioni, previa definizione di una norma tecnica da parte dell'Ente Nazionale Italiano di Unificazione (UNI). Il processo di normazione tecnica è avviato su richiesta della professione interessata.

Il 7 febbraio 2013 veniva emanato l'Accordo Stato-Regioni n. 47 "Accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente la definizione delle attività riservate delle professioni sanitarie del SSN" (www.statoregioni.it/DettaglioDoc.asp?IDDoc=39738&IdProv=11681&tipodoc=2&CONF=CSR).

Come già comunicato a pag. 7 di *Lucina* 1/2015 (www.fnco.it/news/lucina---la-rivista-dell-ostetrica-o-numero-1-2015.htm) dal marzo a novembre 2014 la FNCO e il Collegio di Roma con il supporto dei loro legali hanno partecipato, a tutela delle competenze e prerogative della professione ostetrica, ai diversi incontri dei lavori pre-normativi svolti presso l'UNI.

In occasione del Consiglio nazionale del 21 e 22 novembre 2014, il Direttore Dipartimento delle Professioni del Ministero della Salute annunciava la prossima costituzione presso la Sezione II del CSS (Consiglio Superiore di Sanità) di un Tavolo tecnico cui sarebbero stati chiamati

i rappresentanti delle professioni sanitarie regolamentate per definire le proprie competenze "riservate" (FNCO/IPASVI/TSRM).

A dicembre 2014, in seno al CSS veniva convocato il sopracitato Tavolo tecnico per la formulazione di un parere sulle attività riservate per legge alle professioni sanitarie regolamentate, alla luce delle novità introdotte dalla Legge 4/2013.

L'ASR del 7 febbraio 2013, infatti, demanda al CSS la ricognizione delle attività di diagnosi, cura, assistenza, riabilitazione e prevenzione riservate alle professioni sanitarie, regolamentate ai sensi della normativa vigente, al fine di definirne le attività riservate.

La FNCO e le altre Federazioni hanno espresso forte contrarietà verso tale richiesta perché la definizione di attività riservate costituisce un potenziale "recinto" entro cui confinare le diverse professioni a danno dell'autonomia che, negli ultimi anni, ciascuna di esse ha conquistato nei confronti della professione medica.

Del resto le attività riservate alle professioni sanitarie sono già ampiamente desumibili dalla normativa vigente in materia (Legge 42/1999, Legge 251/2000 e Legge 43/2006). Le Federazioni hanno, pertanto, declinato la richiesta di definirne il perimetro e i lavori del Tavolo tecnico sono esitati in un "nulla di fatto". Il CSS ha quindi demandato la prosecuzione dei lavori alla Direzione delle Professioni sanitarie presso il Ministero della Salute che, nel maggio 2015, convocava separatamente le Federazioni FNCO/IPASVI/TSRM.

Queste ultime, al fine di promuovere attività condivise, concordavano unitamente al Conaps (Coordinamento nazionale delle associazioni delle professioni sanitarie non costituite in ordini/collegi) di prendere tempo rispetto alla richiesta ministeriale e di pervenire a una definizione ampia e non specifica del perimetro di competenze; ciò al fine di scongiurare il rischio di limitare l'autonomia professionale faticosamente conquistata, proteggendo al contempo le professioni sanitarie regolamentate dall'erosione di competenze a opera della Legge 4/2013.

Su tale premessa il Comitato Centrale nel giugno 2015 formulava, a maggioranza, una definizione di attività riservate all'ostetrica/o che veniva successivamente inviata ai Presidenti di Collegio con Circolare 10/2015 (www.fnco.it/news/circolare-10-2015.htm).



A seguito di ciò veniva richiesta la convocazione di un Consiglio Nazionale Straordinario, indetto per il 20 giugno 2015 con la finalità di pervenire, in sede assembleare, a una definizione ampiamente condivisa delle attività riservate dell'ostetrica/o.

In previsione del CNS il CC deliberava di chiedere due pareri legali agli avvocati Balducci e Leozappa al fine di acquisire ulteriori elementi a supporto della valutazione da compiere in quella sede.

Il pareri legali richiesti forniscono entrambi la stessa interpretazione della Legge 4/2013, ovvero: *“La norma non si applica alle attività riservate per legge a soggetti iscritti in albi o elenchi ai sensi dell’art. 2229 del codice civile e alle professioni sanitarie”*.

L'avvocato A.M. Leozappa, invitato a partecipare ai lavori del CNS, ha esposto la sua *legal opinion* partendo da una approfondita analisi del testo dell'art. 1 della Legge 4/2013 e affermando che l'attività di un professionista, caratterizzata dall'*intuitu personae*, non può essere limitata e circoscritta a procedimenti e percorsi standard che sono invece il presupposto della certificazione di qualità; tale concetto è infatti estraneo al sistema ordinistico. A parere dell'avvocato Leozappa le ostetriche sono escluse dalla Legge 4/2013 in quanto appartenenti a una professione sanitaria e organizzata in un albo. Il consulente, pertanto, ha sconsigliato caldamente di dare seguito alla richiesta ministeriale nei termini det-

tati, in quanto definire le attività dell'ostetrica/o equivarrebbe ad avallare un'erronea e illegittima interpretazione dell'art. 1 della Legge 4/2013 oltre che aprire un percorso difficilmente governabile.

Il CNS deliberava, a maggioranza, di far propria la *legal opinion* dell'avvocato Leozappa e trasmetterla al Ministero indipendentemente dall'operato delle altre Federazioni (www.fnco.it/news/circolare-12-2015.htm).

L'Assemblea infatti, dopo un'ampia e approfondita discussione, ha approvato a maggioranza la seguente mozione: **“Il CNS, preso atto della posizione del CC in ordine all'esclusione della categoria dall'ambito di applicazione della L. 4/2013, dà mandato al CC di rappresentare detta posizione in un documento da presentare Ministero della Salute”**.

La richiesta di chiarimenti al Ministero della Salute in ordine alla interpretazione dell'ambito applicativo dell'art. 1, comma 2, della Legge 4/2013, con particolare riferimento alla esclusione delle *“professioni sanitarie”* consente, da un lato di disporre di un supporto qualora si rendesse necessario impugnare un provvedimento ministeriale e, dall'altro, di procrastinare i tempi per la preparazione di un documento sulle attività riservate adeguato e di tutela del profilo, competenze e attività della professione di ostetrica/o, ottemperando così a quanto previsto dall'ASR n. 47/2013. Tale documento dovrà tener conto della giurisprudenza, della dottrina e delle norme di riferimento della professione.

Aggiornamento in tema di obbligo assicurativo

L'art. 3 del DL 158/2012 (meglio noto come *Decreto Balduzzi*), disciplinando la responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, prevede al comma 2 la predisposizione di un DPR che individui le procedure e i requisiti minimi uniformi per l'idoneità dei contratti assicurativi.

La FNCO già all'indomani dell'emanazione della norma ha presidiato costantemente la tematica fornendo puntuali aggiornamenti sia ai Collegi (anche in occasione delle Assemblee di Consiglio nazionale), sia gli iscritti attraverso newsletter e articoli su *Lucina*. Con Circolare 3/2015 la FNCO ha diffuso agli iscritti il parere espresso dal Consiglio di Stato trasmesso dal Ministero della Salute con nota del 10 marzo 2015, prot. 0012892-P- 10/03/2015.

Nel Parere il Consiglio di Stato ha ritenuto che *“l'obbligo di assicurazione per gli esercenti le professioni sanitarie non possa ritenersi operante fino a quando non sarà avvenuta la pubblicazione ed esaurita la vacatio legis del D.P.R. previsto dal capoverso dell'art. 3 del D.L. 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla L. 8 novembre 2012, n. 189, che disciplinerà le procedure e i requisiti minimi ed uniformi per l'idoneità dei contratti assicurativi. Conseguentemente, sino ad allora, non potrà essere considerata quale illecito disciplinare la mancata stipula di una polizza assicurativa, da parte degli esercenti le professioni sanitarie”*.

Risulta, pertanto, acclarato che, **fino a quando non sarà emanato il regolamento previsto dall'art. 3 del cosiddetto Decreto Balduzzi, non può ritenersi operativo l'obbligo assicurativo così come le eventuali connesse sanzioni disciplinari.**

Si evidenzia che non hanno sortito alcun effetto le sollecitazioni delle Federazioni né la successiva diffida che l'AOGOI ha inoltrato al Presidente del Consiglio dei Ministri e al Ministro della Salute con il precipuo intento di intimarli a provvedere all'emanazione del Regolamento previsto dall'art. 3 del Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189.

Su tale tema si è concentrata l'Assemblea nella seconda parte dei lavori dibattendo sul dettato previsto dall'ASR n. 47 del 7 febbraio 2014 e, nello specifico:

- di demandare al CSS la ricognizione delle attività di diagnosi, cura, assistenza, riabilitazione e prevenzione riservata alle professioni sanitarie regolamentate ai sensi della normativa vigente, anche ai fini di garantire la corretta informazione all'utenza a tutela della salute;
- di demandare a un successivo accordo da sancire in questa Conferenza la declinazione delle singole attività riservate alle professioni sanitarie, ascrivibili rispettivamente alla diagnosi, cura, assistenza, riabilitazione e prevenzione;
- le parti convengono, fin da ora, che le attività di diagnosi, cura, assistenza, riabilitazione e prevenzione sono riservate alle professioni sanitarie.

A seguito della modifica del art. 117 del Titolo V della Costituzione le Regioni sono “concorrenti” con lo Stato in materia sanitaria e quindi possono operare in autonomia nel promuovere modelli organizzativi, previsti dai Piani Sanitari Regionali, che possono privilegiare un'attività piuttosto che un'altra a seconda della domanda di salute della popolazione locale in relazione alla salute sessuale e riproduttiva. Parimente utili sono gli atti aziendali che analogamente ai PSR privilegiano alcune aree rispetto ad altre e, se esistenti, le delibere

attuarie specifiche inerenti il percorso nascita che risulta ancora troppo diversificato a livello regionale.

In tal senso esempi tangibili sono:

- l'attribuzione all'ostetrica/o, avvenuta nel 2010, di un apposito codice di prescrizione nella ASL Roma D per l'utilizzo del ricettario rosa;
- l'attivazione nel 2015 del primo Centro Nascite gestito esclusivamente da ostetriche presso l'AO Sant'Anna di Torino;
- il percorso della Gravidanza a Basso Rischio, a conduzione ostetrica, all'interno del Progetto Pilota della Regione Veneto (DGR n. 568 del 21 aprile 2015) nel quale si assegna uno specifico codice (NTR 89.26.5) atto a identificare il prescrittore sia individualmente sia come “personale ostetrico”, distinto da quello medico.

Sono utili, infine, le sentenze giurisprudenziali che, nel bene o nel male, attribuiscono responsabilità e quindi competenze all'ostetrica/o.

Sulla base di tali premesse la FNCO ha inserito nell'Agenda delle attività istituzionali, con la fattiva collaborazione dei Collegi, la creazione di una raccolta sistematica dei suddetti strumenti normativi, organizzativi e giurisprudenziali che potranno essere adottati dal costituendo gruppo di lavoro per la definizione dell'ambito delle attività riservate all'ostetrica/o e della latitudine della professione.

Comma 566 della Legge di Stabilità 2015 e competenze avanzate dell'ostetrica/o

Come è noto l'art. 1, comma 566, della Legge di Stabilità 2015 recita: *"Ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, con accordo tra Governo e Regioni, previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati, sono definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di équipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari. Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica"*.

Con il comma 566 il Governo e il Parlamento hanno deciso di dare forza di legge all'obiettivo di ridefinire le competenze professionali delle **professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione** per alcune delle quali (Infermiere e Tecnico di Radiologia Medica) l'iter era già stato avviato nell'anno 2011 con l'istituzione da parte del Ministero della Salute di un Tavolo tecnico dedicato. La FNCO, nelle more di essere convocata dal competente ministero, sulla base della normativa vigente nazionale ed europea ha predisposto il documento *"Ridefinizione, implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'ostetrica/o"*. Il documento, approvato dal Comitato Centrale, trasmesso per valuta-



Il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin

zione il 13 giugno 2012 a tutti i Presidenti di Collegio ([www.fnco.it/custom/fnco/writable/news/Prot.%201298%20del%2013%20giugno%202012\(1\).pdf](http://www.fnco.it/custom/fnco/writable/news/Prot.%201298%20del%2013%20giugno%202012(1).pdf)) e approvato in seno al Consiglio Nazionale Straordinario in data 22 giugno 2012, sviluppa le seguenti aree professionali di intervento da parte dell'ostetrica/o:

1. Area Cure primarie in ambito riproduttivo;
2. Area Ostetrica;
3. Area Critica e delle emergenze urgenze;
4. Area Neonatale;
5. Area Ginecologica;
6. Area Chirurgica/anestesiologica.

La ridefinizione delle competenze professionali delle **professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione**, con l'approvazione della Legge di Stabilità 2015, ha prodotto una serie di reazioni nel mondo medico in quanto sembra che siano solo i medici a garantire e tutelare la salute dei cittadini e siano essi i soli professionisti sanitari a rispondere di eventuali eventi avversi in sede amministrativa, civile e penale. Nel mese di febbraio 2015 le professioni sanitarie, e quindi la FNCO, si sono espresse inviando una lettera aperta sul tema al Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, al Sottosegretario Vito De Filippo, al Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome Sergio Chiamparino e al Coordinatore della Commissione Salute delle Regioni Luca Coletto. Nella lettera le professioni sanitarie chiedevano, con forza, un chiaro

posizionamento sulla questione *upgrading* formativo e sulle correlate competenze delle professioni sanitarie, nonché un confronto, necessario per i cittadini ma anche per tutti i professionisti del *team* che si prende cura della persona assistita.

In data 21 luglio 2015 si è svolto un incontro tra il Ministro della Salute e il suo staff, le organizzazioni sindacali e le professioni sanitarie per la modifica del comma 566 richiesta dalla Federazione dei Medici. Dopo 4 ore di confronto la posizione della FNCO, al pari delle altre professioni sanitarie e delle organizzazioni sindacali, è stata di ferma opposizione ad accogliere modifiche al testo dell'articolo 1, comma 566, della Legge di Stabilità 2015. Il Ministro ha preso atto della posizione espressa, e le professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali nella stessa data hanno pubblicato un comunicato stampa (<http://thedailynurse.eu/blog/2015/07/innovazione-in-sanita-non-si-deve-bloccare-pronti-alla-mobilitazione-per-rilanciare-professioni-e-servizi>).

Nell'agenda dei lavori istituzionali la FNCO ha inserito la revisione della definizione delle "competenze ostetriche avanzate" sulla base del documento elaborato dal Comitato Centrale e approvato dal Consiglio nazionale nel 2012, facendo riferimento a ogni altra valida fonte (nazionale e comunitaria). Il documento sarà condiviso con il Consiglio nazionale, organo politico della categoria anche per quanto previsto dall'art. 1 della Legge di Stabilità 2015, al comma 566.

Aggiornamenti della normativa sulla prevenzione della corruzione e trasparenza nelle pubbliche amministrazioni

Dopo l'emanazione della Delibera ANAC n. 65 del 2013 numerose amministrazioni hanno formulato osservazioni e posto all'ANAC ulteriori quesiti relativi all'applicazione dell'art. 14 del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, successivamente risolti con l'entrata in vigore del nuovo testo dell'articolo 11 del Decreto Legislativo n. 33 del 2013 (così come modificato dall'articolo 24-bis del DL 90/2014, convertito con la Legge 114/2014), che chiarisce definitivamente l'ambito soggettivo di applicazione delle disposizioni dell'intero decreto.

L'ANAC ha ritenuto necessario pronunciarsi nuovamente sulla materia degli obblighi di pubblicazione che ricadono sui componenti degli organi di indirizzo politico, anche al fine di dare una motivazione più accurata e di risolvere alcune questioni applicative relative a specifiche amministrazioni pubbliche. (Delibera n. 144 del 7 ottobre 2014 "Obblighi di pubblicazione concernenti gli organi di indirizzo politico nelle pubbliche amministrazioni").

Considerata, quindi, la necessità di adempiere agli obblighi di legge in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione, la FNCO ha invitato tutti i Presidenti di Collegio, nella loro qualità di componenti del Consiglio nazionale della FNCO, a voler comunicare alla FNCO il link ove, in qualità di Presidenti di Collegio, hanno assolto a tali obblighi, obblighi ovvero alla pubblicazione dei dati di cui all'art. 14 del D.lgs. 33/2013 e dell'art. 20 del D.lgs. 39/2013.

Per approfondimenti si può visualizzare al seguente link www.fnco.it/organi-di-indirizzo-politico-amministrativo-copia.htm quanto posto in essere a tale riguardo dalla FNCO relativamente al Comitato centrale.

Ricettario e codice prescrittore

Da molti anni la FNCO persegue l'obiettivo di dotare le ostetriche dipendenti del SSN di strumenti operativi istituzionali da adottare nelle attività ambulatoriali ostetriche quali:

- ricettario rosa per la prescrizione da parte dell'ostetrica/o della diagnostica prenatale (DM 28 settembre 1998);
- specifico codice da inserire nei nomenclatori regionali diretto a identificare l'ostetrica quale soggetto prescrittore.

L'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" prevede, per altro, la distinzione del percorso patologico da quello fisiologico gestito da personale ostetrico che, a parere della FNCO, necessita di strumenti organizzativi quali la prescrizione su ricettario regionale come modalità direttamente prescrittiva per la gestante che ha così la possibilità di accedere direttamente alle strutture del SSN.

Su tale premessa lo scorso luglio la FNCO ha chiesto alla Segreteria del Comitato Percorso Nascita nazionale (CPN) di esprimere un parere sull'inserimento nei nomenclatori regionali di apposito codice, per la prescrizione da parte dell'ostetrica/o della diagnostica prenatale prevista dalla normativa vigente.

La competenza ostetrica/o nella prescrizione, prevista dal Decreto Legislativo 206/2007, ha già trovato applicazione in alcune realtà italiane quali la Regione Lazio e la Regione Veneto (Figura 1).

La FNCO ha trasmesso, in allegato alla richiesta, la documentazione deliberativa dei suddetti modelli organizzati-

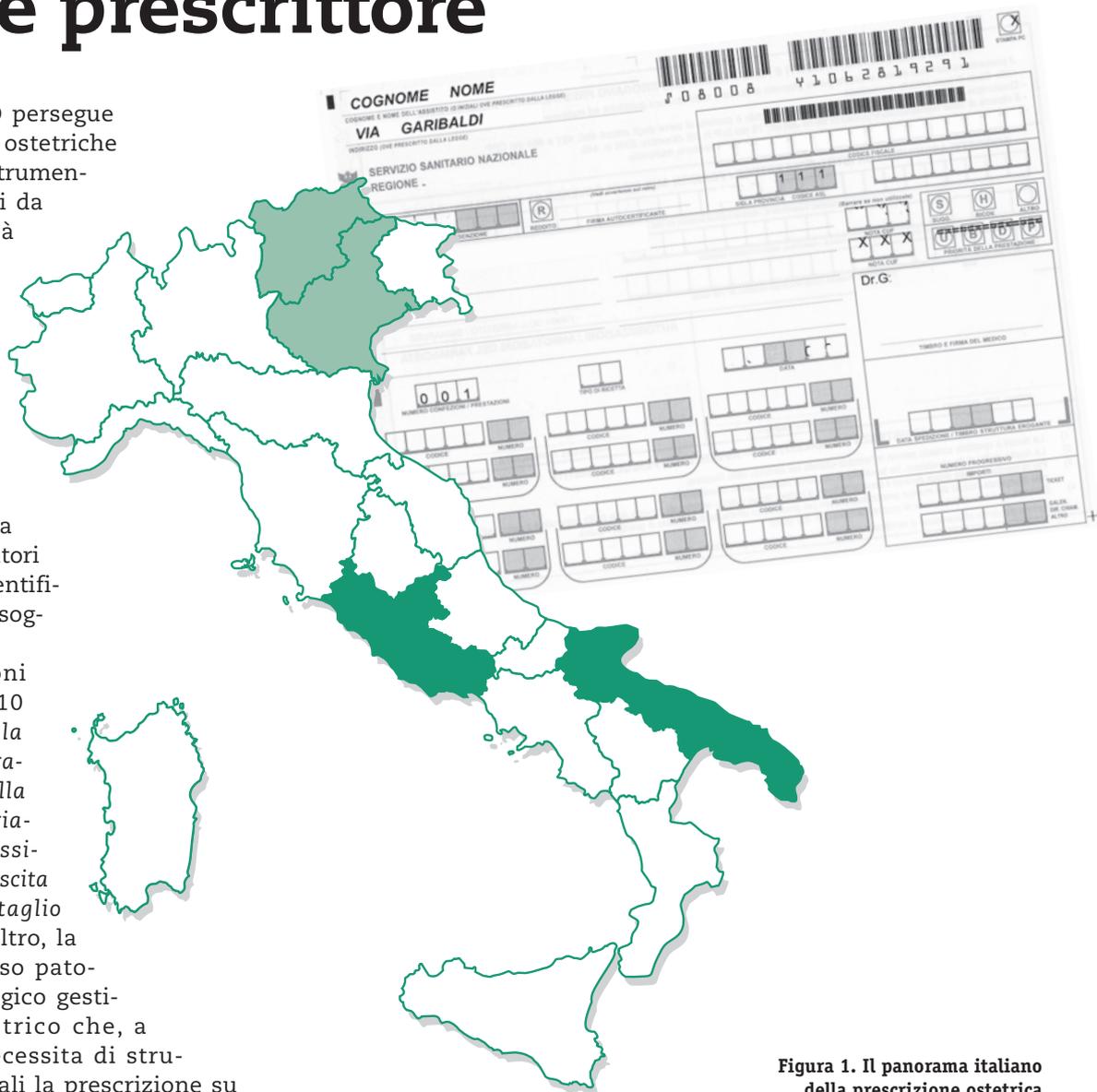


Figura 1. Il panorama italiano della prescrizione ostetrica

vi che possono essere strumenti di riflessioni per il CPN nell'espressione di parere:

1. lettera prot. 134 ASP SIGD del 13 gennaio 2009 con cui il l'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio dispone l'assegnazione di un codice prescrittore alle ostetriche e relativa lettera a firma del Direttore della UOC di Ostetrica e Ginecologia dell'Ospedale Grassi con cui si autorizzano le ostetriche assegnatarie a ritirare i ricettari.
2. Regione Veneto Delibera Giunta Regionale 568/DGR del 21 aprile 2015 "Gestione della gravidanza a basso rischio: progetto pilota", link www.fnco.it/custom/fnco/writable/downloads/Regione%20Veneto%20DGR%20568-20151.pdf.

Al via l'indagine nazionale della FNCO per la rilevazione delle ostetriche iscritte all'Albo dei CTU nei Tribunali

Negli ultimi anni, la maggior autonomia professionale riconosciuta all'ostetrica è coincisa con un aumento dei casi in cui essa è coinvolta, spesso insieme al ginecologo, in cause intentate dalle pazienti per il risarcimento di danni derivanti da errori sanitari.

Nel corso del procedimento giudiziario il giudice si avvale di consulenti tecnici d'ufficio, iscritti in un apposito Albo presente in ciascun tribunale, al fine di accertare se il professionista chiamato in causa abbia attuato condotte caratterizzate da imperizia, negligenza o che possano in qualche modo aver concorso al danno di cui si chiede il risarcimento.

Il CTU che, è bene ribadire, svolge un ruolo assolutamente imparziale e di supporto esclusivo al giudice, deve auspicabilmente essere in possesso di elementi di conoscenza specifici della professione, necessari per

determinare la correttezza (ovvero l'erroneità) della condotta da giudicare.

La FNCO ha avuto più volte modo di rilevare che nei procedimenti giudiziari che coinvolgono le ostetriche, diversamente da quanto auspicato, i CTU nominati dai giudici sono spesso medici specialisti in ginecologia e ostetricia poiché, stando alle informazioni assunte, in molti tribunali italiani non vi sono ostetriche registrate in tale Albo.

La motivazione di tale carenza può verosimilmente risiedere nel fatto che non molte ostetriche sono a conoscenza della possibilità di entrare a far parte di tale Albo su richiesta da avanzare al competente ufficio presso ciascun Tribunale.

L'Albo è tenuto dal Presidente del Tribunale e tutte le decisioni relative all'ammissione sono deliberate da un Comitato da lui presieduto.

La FNCO chiede di entrare attivamente nel Comitato Percorso Nascita nazionale

In occasione dell'Assemblea straordinaria di Consiglio nazionale tenuta il 20 giugno 2015 la FNCO ha preannunciato che a breve sarebbe stata avanzata richiesta alla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria e Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute affinché, all'interno del Comitato Percorso Nascita nazionale, istituito ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 e rinnovato con DM 19 dicembre 2014, sia prevista la presenza di propri rappresentanti. Ciò nella convinzione che la FNCO può offrire un rilevante contributo scientifico ed esperienziale sulle tematiche connesse alla salute materno-infantile.

Nella richiesta, inviata il successivo 18 luglio, la FNCO ha evidenziato che i Comitati regionali per il percorso nascita vedono l'entusiasta e attiva partecipazione di molte professioniste ostetriche coinvolte in sede locale, mentre si rileva che analogo coinvolgimento non è stato riservato alla rappresentanza nazionale della professione, che potrebbe, invece, portare altrettanta proattività ed esperienza nel Comitato Percorso Nascita nazionale rinnovato con Decreto Ministeriale del 19 dicembre 2014.

Nell'occasione è stato ricordato che la FNCO, i Collegi delle ostetriche e la rappresentanza professionale in genere, non hanno mai mancato di offrire un proprio contributo nei tavoli di confronto attivati in diverse realtà istituzionali per individuare di volta in volta qualsivoglia provvedimento o intervento migliorativo inerente il percorso nascita e la salute di genere.

Tale Comitato è composto, oltre che dal Presidente, dal Procuratore della Repubblica e da un rappresentante designato dal Collegio professionale a cui appartiene l'aspirante CTU; non è richiesto il possesso di alcun titolo specifico al di fuori di quello abilitante alla professione, mentre è indispensabile l'iscrizione all'Albo professionale nonché, ovviamente, una maturata esperienza nel campo di competenza. Pertanto il conseguimento del Master in Ostetricia legale e forense, seppur utile, non è un elemento a tal fine indispensabile.

In una prima fase la FNCO ha dato avvio a una indagine nazionale per censire il seppur esiguo numero di ostetriche attualmente inserite negli elenchi dei CTU, avendo poi l'obiettivo di attivare un percorso sperimentale nella città di Roma per l'inserimento delle ostetriche nei collegi peritali previo incontro con il Presidente del Tribunale, il Procuratore della Repubblica di Roma e il Presidente dell'Albo dei periti. In tale progetto pilota è stato coinvolto il Consiglio Direttivo del Collegio delle Ostetriche di Roma nella persona della Presidente dottoressa Iolanda Rinaldi.

Gruppo di lavoro FNCO “Assistenza al parto domiciliare - extra ospedaliero”

Il Gruppo di lavoro della FNCO “Assistenza al parto domiciliare”, costituito nel 2014, si è insediato a Roma il 30 marzo 2015 con l'obiettivo istituzionale di definire buone pratiche relative a questo specifico modello assistenziale che possano essere di supporto operativo alle ostetriche che operano in quest'ambito.

Il GdL è costituito dalle ostetriche Maria Cristina Baratto (Torino), Marta Campiotti (Varese), Franca Fronte (Torino), Anna Maria Gioacchini (Roma), Aida Hilviu (Alessandria), Paola Iop (Firenze) e Marilena Toscani (Parma). Hanno partecipato ai lavori di insediamento tutte le componenti (Aida Hilviu e Marilena Toscani in videoconferenza) e, per la FNCO, Maria Vicario (Presidente), Silvia Vaccari (Vicepresidente e Coordinatore del Gruppo di lavoro) e la Consigliera Iolanda Rinaldi in qualità di uditore (Coordinatore del GdL di prossima istituzione sull'attività libero professionale).

Le componenti il GdL hanno condiviso l'opportunità di modificarne il titolo in “Assistenza al parto extra ospedaliero” al fine di poter ricomprendere tutti i diversi setting della nascita che avviene al di fuori dal centro nascita classico o del centro nascite gestito esclusivamente da ostetriche (Torino Sant'Anna) e nella fattispecie: parto in casa di maternità, casa da parto, domicilio della donna, luoghi privati dove alcune ostetriche libere professioniste assistono il parto.

Nel corso dei lavori le professioniste presenti e quelle in videocinfreranza sono state invitate a esprimersi su alcuni aspetti connessi all'assistenza in ambiente extra ospedaliero:

- qualità rapporto LP e ostetriche ospedaliere in caso di trasferimento, in caso di complicanze o di libera scelta della donna, dal domicilio all'ospedale;

- accesso al CEDAP per la registrazione del parto assistito in ambito extraospedaliero;
- disponibilità di ossitocina nella borsa ostetrica;
- modalità fruizione del servizio 118 (STAM - Servizio di trasporto assistenza materna e STEN - Servizio di trasporto emergenza neonatale);
- parcella assistenza domiciliare in regime di convenzione;
- parcella assistenza domiciliare in regime libero professionale;
- numero di parti mediamente assistiti/anno;
- posizione rispetto alla promozione del VBAC e al luogo dell'assistenza.

Alcuni dei temi trattati necessitano di essere approfonditi e governati istituzionalmente come del resto già fatto dalla FNCO nel 2011-2012 per l'ossitocina sottoponendo la tematica all'attenzione dell'AIFA (per ulteriori informazioni al riguardo si invita a consultare le relazioni alle Assemblee di Consiglio nazionale dei mesi di marzo e novembre 2012 pubblicate sul portale della FNCO nella sezione dedicata agli approfondimenti). Al fine di pervenire alla progettazione una linea guida, quale strumento operativo istituzionale e scientificamente validato, la FNCO nel mese di aprile 2015 ha chiesto al Responsabile del SNLG, Dr. N. Vanacore, di valutare la possibilità di inserire, tra le attività del SNLG previste per l'anno 2015-2016, l'elaborazione di una “Linea guida per l'assistenza al parto extra-ospedaliero” (parto in casa di maternità/casa da parto/domicilio della donna/altro). La FNCO ha contestualmente reso nota l'istituzione, al proprio interno, del Gruppo di lavoro denominato “Assistenza al parto domiciliare - extra ospedaliero”.

FABBISOGNO FORMATIVO PER IL CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA

Autore

Angelo Mastrillo

Segretario della Conferenza Nazionale Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie e

Coordinatore Tecnico del Corso di Laurea in Tecniche di Neurofisiopatologia, Università di Bologna

La definizione del fabbisogno formativo per il corso di Laurea in Ostetricia costituisce uno dei punti cruciali per il futuro della professione, specie nei prossimi mesi, sia a livello nazionale che europeo.

L'avvio da parte del Ministero della Salute nell'ambito del progetto pilota della Joint Action EU "Health Workforce planning and forecasting", ha come obiettivo proprio la definizione di criteri univoci per la determinazione del fabbisogno delle professioni sanitarie, in particolare di Medico, Odontoiatra, Farmacista, Infermiere e Ostetrica.

Come è noto, gli iscritti all'Albo delle Ostetriche sono 19.330 e costituiscono il 3% del totale dei circa 640.000 operatori delle 22 professioni sanitarie, al sesto posto, essendo precedute da 406.368 Infermieri (65%), 55.000 Fisioterapisti (8,6%), 31.500 Educatori Professionali (4,9%),

28.000 Tecnici di Laboratorio (4,4%) e 27.087 Tecnici di Radiologia (4,2%). A seguire tutte le altre 15 professioni.

Al fine di favorire al massimo una analisi quanto più possibile obiettiva sul progetto di una programmazione da elaborare, può essere utile valutare la situazione che si è evoluta negli anni pregressi fino a oggi. Come fonte dei dati ci sono vari organismi, istituzionali e non, come Ministero dell'Università, Ministero della Salute, Regioni, Osservatorio Professioni Sanitarie del MIUR e Conferenza Corsi Laurea Professioni Sanitarie, Federazioni e Associazioni professionali, ISTAT e AlmaLaurea.

Oltre a queste fonti esiste una mia personale rilevazione che ha avuto inizio dall'anno accademico 1996-1997, primo anno di avvio dei Diplomi Universitari, in cui sono annualmente rilevati ed elaborati numerosi dati raccolti nell'annuale omonimo Report.

Joint Action on European Health Workforce Planning and Forecasting



Sperimentazione in Italia dell'Handbook sulle metodologie di pianificazione dei fabbisogni di professionisti sanitari

La rilevazione del fabbisogno di personale sanitario, attualmente inadeguato, ha prodotto e sta producendo un grave disequilibrio tra domanda e offerta di lavoro dei professionisti della salute. Il fenomeno è sotto gli occhi di tutti e non risparmia nessuna categoria professionale, basta guardare al numero di candidati a un concorso rispetto a numero di posti disponibili. Il progetto pilota *Joint Action on European Health Workforce Planning and Forecasting* potrebbe rappresentare una valida opportunità

per pervenire, nell'anno accademico 2016-2017, alla definizione, con maggiore rigore metodologico, del fabbisogno formativo dei professionisti sanitari con il coinvolgimento di tutti gli attori istituzionali che producono dati, fanno formazione e producono lavoro. Il progetto pilota, cui nell'anno 2014 ha aderito il Ministero della Salute, mira alla creazione di una piattaforma di scambio e collaborazione tra gli Stati membri, per l'individuazione di criteri utili nella determinazione dello specifico fabbisogno nella UE, anche con una proiezione a lungo termine.

La FNCO partecipa, con propri rappresentanti (la Presidente Maria Vicario e la Tesoriera Antonella Toninato) alle diverse attività in sede ministeriale e in teleconferenza in merito al gruppo offerta, gruppo domanda e gruppo organizzazione e comunicazione.

I risultati dei lavori dello *Steering Committee* (Comitato Guida: Coordinatore Dott.ssa R. Ugenti) saranno puntualmente diffusi agli iscritti nelle forme di rito (Circolari ai Presidenti/Spazio dedicato sul sito FNCO/Rivista di categoria).

Tabella 1

| CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA A.A. 2015-16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|-------|---------------------------------|-------|---|------------------------------------|----|----------------------|-------|----|-----------------------------|-------|----|----------------------|----------------------|---------------------|-------------|------|-----------------------|-------------------------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|
| Programmazione posti secondo le Regioni e le Categorie e Università | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elab. A. Mastrillo 3 sett. 2015 | POPOLAZIONE ABITANTI | | FEDERAZIONE FNCO Iscritti | | Occupati a 1 anno di Laurea nel 2013 | Calcolo su Pop. e turnover naz. | | Richiesta REGIONI | | | Richiesta CATEGORIA FNCO | | | Posti UNIVERSITA' | | | Dom ande | D/P | Differenze | | | | | | | |
| | al 4,3% | | *PMP | *PMP | | *PMP | | | *PMP | | | *PMP | | | Regione Categoria | Regione Turnover | | | Università Regione | Università Categoria | | | | | | |
| PIEMONTE | 4.436.798 | 7,3% | 1.295 | 7,3% | 57% | 61 | 14 | 50 | 6,0% | 11 | 50 | 6,1% | 11 | 50 | 6,0% | 11 | 445 | 8,9 | 0 | 0% | -11 | -18% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| V. D'AOSTA | 128.591 | 0,2% | 56 | 0,3% | | 2 | 14 | 0 | 0,0% | 0 | 0 | 0,0% | 0 | 0 | 0,0% | 0 | | | 0 | 0% | -2 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| LIGURIA | 1.591.939 | 2,6% | 391 | 2,2% | 46% | 22 | 14 | 25 | 3,0% | 16 | 25 | 3,0% | 16 | 25 | 3,0% | 16 | 105 | 4,2 | 0 | 0% | 3 | 14% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| LOMBARDIA | 9.973.397 | 16,5% | 2.944 | 16,6% | 64% | 137 | 14 | 145 | 17,3% | 15 | 145 | 17,6% | 15 | 145 | 17,3% | 15 | 908 | 6,3 | 0 | 0% | 8 | 6% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| P. BOLZANO | 515.714 | 0,9% | 203 | 1,1% | | 7 | 14 | 20 | 2,4% | 39 | 20 | 2,4% | 39 | 15 | 1,8% | 29 | 83 | 5,5 | 0 | 0% | 13 | 182% | -5 | 0% | -5 | -25% |
| P. TRENTO | 536.237 | 0,9% | 227 | 1,3% | | 7 | 14 | 0 | 0,0% | 0 | 15 | 1,8% | 28 | 0 | 0,0% | 0 | | | -15 | -100% | -7 | -100% | 0 | 0% | -15 | -100% |
| VENETO | 4.926.818 | 8,2% | 1.227 | 6,9% | 53% | 68 | 14 | 60 | 7,2% | 12 | 92 | 11,1% | 19 | 60 | 7,2% | 12 | 538 | 9,0 | -32 | -35% | -8 | -12% | 0 | 0% | -32 | -35% |
| FRIULI V.G. | 1.229.363 | 2,0% | 461 | 2,6% | 55% | 17 | 14 | 16 | 1,9% | 13 | 20 | 2,4% | 16 | 16 | 1,9% | 13 | 82 | 5,1 | -4 | -20% | -1 | -5% | 0 | 0% | -4 | -20% |
| EMILIA R. | 4.446.354 | 7,4% | 1.580 | 8,9% | 50% | 61 | 14 | 90 | 10,7% | 20 | 90 | 10,9% | 20 | 90 | 10,7% | 20 | 507 | 5,6 | 0 | 0% | 29 | 47% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| MARCHE | 1.533.138 | 2,5% | 548 | 3,1% | 41% | 21 | 14 | 30 | 3,6% | 20 | 0 | 0,0% | 0 | 30 | 3,6% | 20 | 154 | 5,1 | 30 | >100% | 9 | 42% | 0 | 0% | 30 | >100% |
| TOSCANA | 3.750.511 | 6,2% | 1.416 | 8,0% | 51% | 51 | 14 | 50 | 6,0% | 13 | 45 | 5,4% | 12 | 50 | 6,0% | 13 | 510 | 10,2 | 5 | 11% | -1 | -2% | 0 | 0% | 5 | 11% |
| UMBRIA | 896.742 | 1,5% | 397 | 2,2% | 35% | 12 | 14 | 30 | 3,6% | 33 | 25 | 3,0% | 28 | 30 | 3,6% | 33 | 148 | 4,9 | 5 | 20% | 18 | 143% | 0 | 0% | 5 | 20% |
| LAZIO | 5.870.451 | 9,7% | 1.922 | 10,8% | 35% | 81 | 14 | 75 | 8,9% | 13 | 75 | 9,1% | 13 | 96 | 11,4% | 16 | 752 | 7,8 | 0 | 0% | -6 | -7% | 21 | 28% | 21 | 28% |
| ABRUZZO | 1.333.939 | 2,2% | 421 | 2,4% | 28% | 18 | 14 | 22 | 2,6% | 16 | 24 | 2,9% | 18 | 22 | 2,6% | 16 | 177 | 8,0 | -2 | -8% | 4 | 20% | 0 | 0% | -2 | -8% |
| MOLISE | 314.725 | 0,5% | 147 | 0,8% | 15% | 4 | 14 | 0 | 0,0% | 0 | 0 | 0,0% | 0 | 0 | 0,0% | 0 | | | | | -4 | -100% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| CAMPANIA | 5.869.965 | 9,7% | 1.875 | 10,5% | 21% | 81 | 14 | 125 | 14,9% | 21 | 90 | 10,9% | 15 | 125 | 14,9% | 21 | 533 | 4,3 | 35 | 39% | 44 | 55% | 0 | 0% | 35 | 39% |
| PUGLIA | 4.090.266 | 6,8% | 1.461 | 8,2% | 24% | 56 | 14 | 15 | 1,8% | 4 | 0 | 0,0% | 0 | 15 | 1,8% | 4 | 294 | 19,6 | 15 | >100% | -41 | -73% | 0 | 0% | 15 | >100% |
| BASILICATA | 578.391 | 1,0% | 177 | 1,0% | | 8 | 14 | 6 | 0,7% | 10 | 0 | 0,0% | 0 | 10 | 1,2% | 17 | 27 | 2,7 | 6 | >100% | -2 | -25% | 4 | 67% | 10 | >100% |
| CALABRIA | 1.980.533 | 3,3% | 567 | 3,2% | 25% | 27 | 14 | 20 | 2,4% | 10 | 20 | 2,4% | 10 | 0 | 0,0% | 0 | | | 0 | 0% | -7 | -27% | -20 | -100% | -20 | -100% |
| SICILIA | 5.094.937 | 8,4% | 1.411 | 7,9% | 8% | 70 | 14 | 30 | 3,6% | 6 | 50 | 6,1% | 10 | 30 | 3,6% | 6 | 591 | 19,7 | -20 | -40% | -40 | -57% | 0 | 0% | -20 | -40% |
| SARDEGNA | 1.663.859 | 2,8% | 607 | 3,4% | 32% | 23 | 14 | 30 | 3,6% | 18 | 40 | 4,8% | 24 | 30 | 3,6% | 18 | 340 | 11,3 | -10 | -25% | 7 | 31% | 0 | 0% | -10 | -25% |
| TOTALE | 60.762.668 | | 19.330 | 40% | | 836 | 14 | 839 | | 14 | 826 | | 14 | 839 | | 14 | 6.194 | 7,4 | 13 | 2% | 3 | 0% | 0 | 0% | 13 | 2% |
| NORD | 27.785.211 | 46% | 8.383 | 43% | 54% | 382 | 14 | 406 | 48% | 15 | 457 | 55% | 16 | 401 | 48% | 14 | 2.668 | 6,7 | -51 | -11% | 24 | 6% | -56 | -12% | -5 | -1% |
| CENTRO | 13.384.781 | 22% | 4.702 | 24% | 42% | 165 | 12 | 207 | 25% | 15 | 169 | 20% | 13 | 228 | 27% | 17 | 1.564 | 6,9 | 38 | 22% | 42 | 25% | 59 | 35% | 21 | 10% |
| SUD | 20.926.615 | 34% | 6.245 | 32% | 22% | 288 | 14 | 226 | 27% | 11 | 200 | 24% | 10 | 210 | 25% | 10 | 1.962 | 9,3 | 26 | 13% | -62 | -22% | 10 | 5% | -16 | -7% |

* PMP = Per 1 Milione di Popolazione

| A.A. 2014-15 | 922 | 916 | 916 | 6.039 |
|-------------------------|-----|-------|-----|-------|
| Differenza 2015 vs 2014 | -83 | -9,0% | -90 | -9,8% |
| | -77 | -8,4% | 155 | 2,6% |

Da questi possiamo estrapolare ora la parte specifica per la professione Ostetrica, su cui avevamo fatto già una prima valutazione in coincidenza del Report 2012.

Come si ricorderà, allora si concluse che doveva essere avviata una riduzione dell'offerta formativa che allora era di 1.003 posti all'anno e che ora è stata ridotta a 839, pari al -16,4%.

Nell'anno accademico 2012-2013 si rilevava un esubero per 1.003 posti messi a bando dalle Università rispetto agli 816 richiesti dalla FNCO.

L'esubero di 187 posti dipendeva dalla maggiore stima di fabbisogno da parte di alcune Regioni, in particolare Piemonte, Liguria, Marche, Toscana, Campania e Calabria.

Da allora la collaborazione sempre più stretta che è stata sviluppata fra la Federazione con le Regioni e con il Ministero della Salute ha permesso di arrivare per la prima volta con questo anno accademico 2015-2016 alla determinazione comune del fabbisogno sul numero di 839 posti (Tabella 1), similmente a quanto definito nell'anno accademico 2002, 13 anni fa, con 900 posti.

Dalla Tabella 2 e dal grafico è possibile rilevare l'evoluzione nel corso degli ultimi 19 anni, con alterni momen-

ti di coerenza programmatica, fra sovrastima e sottostima, che tuttavia, se valutiamo nei valori medi, risulta alla fine molto coerente fra gli 890 delle Università e gli 883 delle Regioni, con la Federazione attestata a 867, una differenza davvero esigua del 1,8%.

Oltre a questi indicatori, noti e ben definiti, ne esiste un altro che risulta di più difficile elaborazione: il tasso di turnover che nella media dei 19 anni è pari a 830. Anche in questo caso è molto simile ai valori della programmazione sopra riportata.

Il tasso di turnover "empiricamente" calcolato rispetto agli 839 posti a bando quest'anno è uguale al 4,3% rispetto ai 19.330 iscritti alla Federazione Ostetrica. In ogni caso si tratta di un valore che è quasi il doppio del 2,6% rilevato sull'area sanitaria.

Con questo tasso del 2,6% il fabbisogno per Ostetricia dovrebbe essere di circa 500, ovvero il 40% in meno degli attuali 830.

Ma su questo si pongono due obiezioni:

- la prima è che per calcolare il tasso occorre fare riferimento al numero di operatori che svolgono effettivamente la professione, sia come dipendenti che come

libero professionisti, e che sono sicuramente meno dei 19.330 sopra citati. A evidenziarlo sono i dati di Alma Laurea sui laureati dal 2007 al 2013 con tasso medio del 46% a un anno dal conseguimento del titolo;

- la seconda che è da considerare è il cosiddetto abbandono scolastico che negli ultimi 5-6 anni deriva più

dalla scelta autonoma degli studenti che dopo il primo anno passano ad altri corsi di studio come Medicina, che dalle valutazioni negative con le "bocciature" da parte di docenti. Questo è dovuto all'alta selezione ai test di ingresso per l'elevato rapporto di 7 domande per un posto a bando, che è parecchio cresciuto rispet-

to al rapporto D/P di 4 degli anni precedenti al 2006.

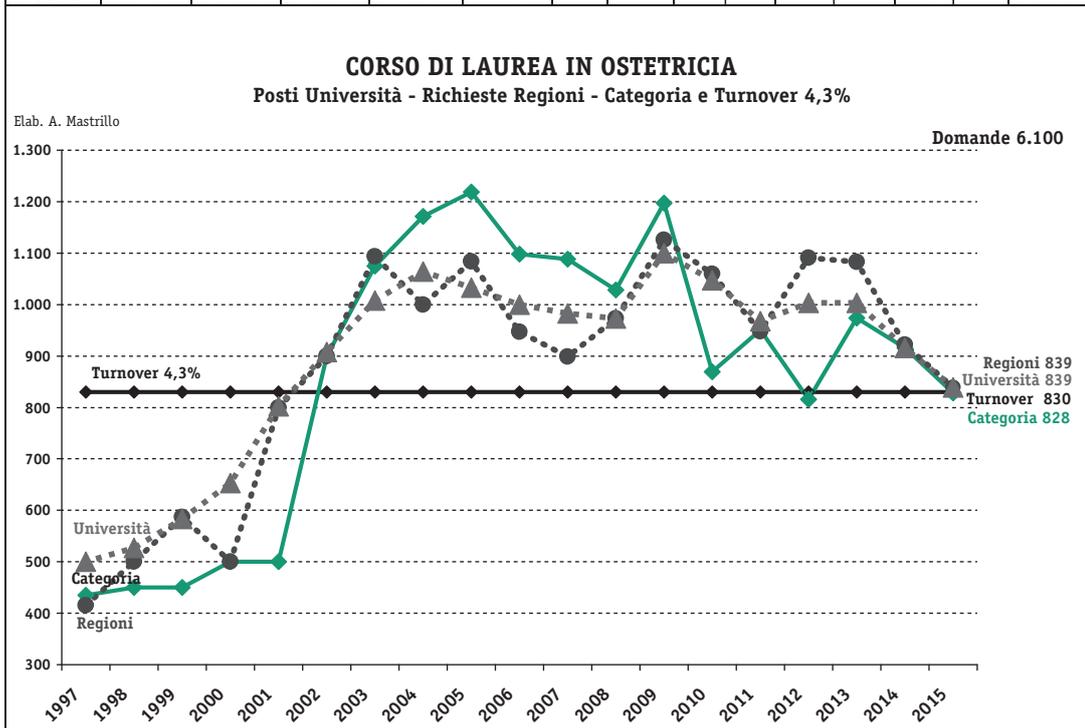
Secondo i dati rilevati dal sito del MIUR si stima che arriva alla Laurea l'82% degli studenti che si iscrivono, in media 740 all'anno, che è un valore intermedio (circa 700) fra gli 890 posti a bando e i circa 500 calcolati al tasso del 4,3% di turnover.

La situazione occupazionale dei circa 740 laureati annuali secondo i dati Alma Laurea non appare confortante essendo in media del 46% negli ultimi 6 anni, con un trend in continuo calo, essendo sceso dal 60% del 2007 al 40% del 2013, con differenza di -20 punti percentuali e con una media del 48%.

Questo comporta il quartultimo posto nella classifica generale dei 22 Profili, che vede ai primi tre posti con l'87% Fisioterapista, Logopedista e Igienista Dentale, seguiti al nono posto da Infermiere con 80%. Con il 48% Ostetricia precede quindi solo altre tre professioni che sono tutte e tre di area Tecnica di Laboratorio al 38%, Neurofisiopatologia al 32% e infine Fisiopatologia Cardiocircolatoria con il 31%.

Tabella 2

| CORSO di LAUREA in OSTETRICIA | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------|---------------------|-------------------|------------------|---------------|------------|-----------------------------|-----------|-----------|------------------------|------------------------|--------------------|---------------|
| Confronto Turnover 4,3% - Richiesta Regioni - Categorie e posti Università | | | | | | | | | | | | | |
| Elab. A. Mastrillo | | | | | | | | | | | | | |
| Anno | Turnover 4,3% | Richiesta Categoria | Richiesta Regioni | Posti Università | Domande | D/P | Occupati a 1 anno di Laurea | Sedi | P/S | Differenza Categ.-Reg. | Differenza Univ.- Reg. | Laureati Stima 83% | |
| 1997 | 830 | 435 | 415 | 500 | 1.848 | 3,7 | | 34 | 15 | 20 | 5% | 415 | |
| 1998 | 830 | 450 | 500 | 527 | 2.234 | 4,2 | | 35 | 15 | -50 | -10% | 437 | |
| 1999 | 830 | 450 | 587 | 583 | 2.626 | 4,5 | | 38 | 15 | -137 | -23% | 484 | |
| 2000 | 830 | 500 | 500 | 653 | 2.527 | 3,9 | | 40 | 16 | 0 | 0% | 542 | |
| 2001 | 830 | 500 | 800 | 802 | 2.687 | 3,4 | | 46 | 17 | -300 | -38% | 666 | |
| 2002 | 830 | 900 | 900 | 908 | 2.646 | 2,9 | | 49 | 19 | 0 | 0% | 754 | |
| 2003 | 830 | 1.075 | 1.094 | 1.008 | 2.958 | 2,9 | | 51 | 20 | -19 | -2% | 837 | |
| 2004 | 830 | 1.171 | 1.000 | 1.064 | 3.438 | 3,2 | | 51 | 21 | 171 | 17% | 883 | |
| 2005 | 830 | 1.219 | 1.084 | 1.033 | 3.853 | 3,7 | | 51 | 20 | 135 | 12% | 857 | |
| 2006 | 830 | 1.098 | 947 | 1.000 | 3.983 | 4,0 | | 51 | 20 | 151 | 16% | 830 | |
| 2007 | 830 | 1.088 | 899 | 983 | 4.784 | 4,9 | 60% | 53 | 19 | 189 | 21% | 816 | |
| 2008 | 830 | 1.028 | 973 | 973 | 5.263 | 5,4 | 52% | 53 | 18 | 55 | 6% | 808 | |
| 2009 | 830 | 1.197 | 1.126 | 1.100 | 6.542 | 5,9 | 55% | 57 | 19 | 71 | 6% | 913 | |
| 2010 | 830 | 869 | 1.060 | 1.047 | 6.747 | 6,4 | 46% | 53 | 20 | -191 | -18% | 869 | |
| 2011 | 830 | 951 | 948 | 968 | 6.854 | 7,1 | 41% | 53 | 18 | 3 | 0% | 803 | |
| 2012 | 830 | 816 | 1.091 | 1.003 | 7.512 | 7,5 | 39% | 55 | 18 | -275 | -25% | 832 | |
| 2013 | 830 | 974 | 1.083 | 1.003 | 7.164 | 7,1 | 40% | 56 | 18 | -109 | -10% | 832 | |
| 2014 | 830 | 916 | 922 | 916 | 6.039 | 6,6 | | 51 | 18 | -6 | -1% | 760 | |
| 2015 | 830 | 828 | 839 | 839 | 6.100 | 7,3 | | 49 | 17 | -11 | -1% | 696 | |
| Media | 830 | 867 | 883 | 890 | 4.516 | 5,0 | 46% | 49 | 18 | -16 | -1,8% | 739 | |
| Totale | 9.130 | 16.465 | 16.768 | 16.910 | 85.805 | | | | | -303 | | 142 | 14.035 |



In controtendenza alla bassa occupazione si rileva l'alto e crescente interesse degli studenti nella richiesta di ammissione ai corsi di Laurea, tanto che quest'anno si rilevano circa 6.100 domande sugli 839 posti a bando, per un rapporto di 7,3 che comporta il quarto posto nella classifica sui 22 Profili, preceduta da Fisioterapista con 13, Logopedista 10 e Dietista 8, rispetto alle media 3,4 di tutti i profili. Da considerare che Infermieristica, appartenente alla stessa area, occupa il sestultimo posto con rapporto di 1,7.

La ripartizione dell'offerta formativa copre tutto il territorio nazionale, con 49 sedi attivate in 35 Università e con una media di 17 studenti per sede su cui convergono circa 6.100 domande con rapporto D/P di 7,3 che è superiore al Sud con 9,3 rispetto al 6,9 del centro e al 6,7 del Nord. Paradossalmente l'appeal degli studenti è inverso rispetto al tasso occupazionale che vede le Università del Sud solo con il 22% di occupati rispetto al 42% del Centro e al 54% del Nord.

Conclusioni

Va evidenziato che il fabbisogno formativo in Ostetricia è uno dei pochi casi fra le 22 professioni in cui si rileva una coerente e concorde stima del fabbisogno sia da parte delle Regioni con 839 che della Categoria con 828. Analoga situazione per l'offerta dell'Università con 839.

Tuttavia, in prospettiva per il prossimo anno accademico 2016-2017, se si vuole considerare il basso tasso occupazionale e l'attuale offerta formativa rispetto agli indicatori demografici si potrebbe ipotizzare una lieve riduzione del fabbisogno dagli attuali 839 a 800, corrispondente a un turnover del 4,1%. Tenendo conto della periodica sospensione del corso su Bolzano con gli attuali 15 posti che verrebbero meno, la riduzione di altri 25-30 posti potrebbe derivare fra Marche, Umbria e Campania. Trattasi peraltro di indicazioni di riduzioni che già lo scorso anno aveva espresso la FNCO.

CORSI FAD GRATUITI PER OSTETRICHE ACCREDITATI DALL'ISS



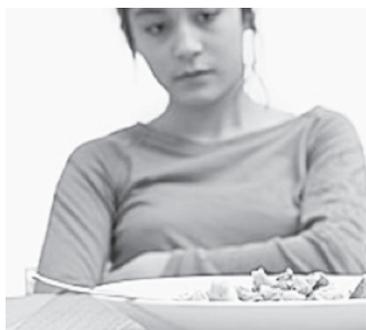
Screening neonatale esteso per la prevenzione di malattie metaboliche congenite (malattie rare)

Corso FAD organizzato dal Centro Nazionale Malattie Rare e dall'Ufficio Relazioni Esterne dell'Istituto Superiore di Sanità

Il corso è stato realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute - CCM nell'ambito del progetto "Screening neonatale esteso: proposta di un modello operativo nazionale per ridurre le disuguaglianze di accesso ai servizi sanitari nelle diverse Regioni".

Il corso è gratuito ed è disponibile fino al 18 marzo 2016. Per accedere al corso è indispensabile accreditarsi sulla piattaforma "EDUISS - Formazione a distanza dell'ISS". Le iscrizioni sono aperte fino al 29 febbraio 2016.

Al corso sono stati attribuiti 32 crediti ECM, per specifiche figure professionali sanitarie tra le quali l'ostetrica/o. Il corso ha una durata di 32 ore.



Disturbi del comportamento alimentare: diagnosi precoce e appropriatezza delle cure

Corso FAD organizzato dall'ISS, in collaborazione con il Centro Disturbi del Comportamento Alimentare di Toti

Il corso è gratuito ed è disponibile fino al 28 gennaio 2016; per accedervi è indispensabile essere accreditati sulla piattaforma "EDUISS - Formazione a distanza dell'ISS". Le iscrizioni sono aperte fino al 15 gennaio 2016.

Il corso, al quale sono stati attribuiti 48 crediti ECM anche per ostetrica/o, ha una durata di 48 ore.

Per ulteriori informazioni sui corsi consultare i programmi, le schede descrittive e i documenti esplicativi sulle modalità di iscrizione pubblicati sul sito della FNCO.

L'appropriatezza prescrittiva come modello di governo del sistema salute

Il Decreto Ministeriale per l'individuazione delle condizioni di erogabilità e delle condizioni di appropriatezza prescrittiva, di prossima emanazione da parte del Ministero della Salute, si ispira all'esigenza di contenere i costi ed evitare gli sprechi in sanità, ma anche al quadro normativo di riferimento rappresentato dall'Accordo Collettivo Nazionale dei Medici di Medicina Generale¹.

Il DM (di cui è stato per ora diffuso solo un breve documento descrittivo (www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2243951.pdf)) riguarderà 180 prestazioni di specialistica ambulatoriale su oltre 1.700 contenute nel vigente nomenclatore (DM 22 luglio 1996), non operando però alcuna limitazione/indicazione per le visite specialistiche, e dovrebbe prevedere due tipi di vincoli:

- **condizioni di erogabilità:** *definiscono limiti e modalità di erogazione (indicano che l'erogazione della prestazione nell'ambito e a carico del SSN è limitata a specifiche categorie di destinatari e/o per particolari finalità, condizioni o indicazioni cliniche;*
- **indicazioni dell'appropriatezza prescrittiva:** *definiscono i casi in cui la prestazione risulta prioritariamente utile e appropriata e rappresentano utili indicazioni per il professionista prescrittore nella prescrizione appropriata e forniscono alle ASL/Regioni elementi conoscitivi per governare il Sistema.*

Pur condividendo l'esigenza di promuovere istituzionalmente adeguate condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva, la FNCO evidenzia che in campo sanitario, tra i diversi fattori produttivi, quello in grado di generare effettivamente un valore aggiunto è la risorsa umana che troppo spesso è oggetto di pesante arretramento sia in termini di salario percepito che di prospettiva di carriera.

Migliorare l'appropriatezza prescrittiva e l'aderenza ai trattamenti. I dati AIFA e una guida NICE

L'appropriatezza prescrittiva e l'aderenza alle terapie sono aspetti di grande rilevanza, sia per l'efficacia e la sicurezza dei trattamenti farmacologici, sia per l'efficiente allocazione delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale. L'AIFA, nell'ambito del monitoraggio dei consumi e della spesa dei farmaci, ha da tempo individuato alcuni indicatori in grado di sintetizzare le scelte prescrittive del medico e le modalità di utilizzazione del farmaco da parte del paziente. L'Agenzia è impegnata sia a livello nazionale che a livello comunitario per promuovere l'appropriatezza prescrittiva e l'aderenza ai trattamenti, mentre il National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ha appena sviluppato una guida per ottimizzare l'uso dei farmaci che fornisce una serie di dati e raccomandazioni orientate prevalentemente a un maggior coinvolgimento del paziente nel processo decisionale di cura.

NICE guidelines [NG5] Published date: March 2015

La guida NICE raccomanda una serie di metodi per identificare possibili incidenti legati alla sicurezza dei pazienti nell'utilizzo dei farmaci, tra cui il coinvolgimento del paziente nel processo decisionale e la condivisione delle informazioni, tra cui alcuni dettagli, quali le allergie e le reazioni note al farmaco o a sue componenti.

La guida contiene inoltre raccomandazioni sulla cosiddetta "medicines reconciliation", che consiste nel predisporre un elenco completo di tutti i farmaci che il paziente sta assumendo – includendo il nome del farmaco, il dosaggio, la frequenza e le modalità di somministrazione – per verificare eventuali discrepanze e/o cambiamenti, specie quando si modificano le impostazioni di cura o cambia l'operatore sanitario che ha in carico il paziente (ricovero in ospedale, dimissione, etc.). Un processo che dovrebbe coinvolgere attivamente il malato e i suoi familiari o chi se ne prende cura.

Medicines optimisation (2015) NICE guideline NG5

1 www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.progressivo=0&art.idArticolo=15&art.versione=1&art.codiceRedazionale=000G0320&art.dataPubblicazioneGazzetta=2000-10-02&art.idGruppo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.idSottoArticolo=2&art.flagTipoArticolo=1

Un salto di qualità

Autore

Sandra Morano

Ginecologa Ricercatrice Università degli Studi di Genova

Responsabile Centro Nascita Alternativo IRCCS

AOU San Martino IST Genova

Principale Investigatrice Studio Optibirth Italia



La professoressa Morano ripercorre qui di seguito la successiva evoluzione che ha caratterizzato la prima pionieristica esperienza genovese

Nel 2004 “visitavo” il Centro Nascita Alternativo di Genova, fortemente voluto da un gruppo di ostetriche e dalla Professoressa Sandra Morano, che con fatica vedevo come ginecologa in quanto troppo vicina e dalla parte delle ostetriche. L'impatto con questo mondo professionale alternativo mi ha entusiasmato a tal punto da sottoscrivere una convenzione tra l'Università degli Studi di Genova e il corso di Laurea in Ostetricia della Seconda Università degli Studi di Napoli (di cui ero coordinatore) affinché gli studenti di Napoli potessero svolgere lì parte del tirocinio obbligatorio.

Nel 2007 “visitavo” a Firenze il Centro Nascita “Margherita” dove un gruppo di ostetriche, coordinate da Rita Breschi, aveva dato vita a un modello organizzativo a conduzione ostetrica innovativo nel panorama italiano. Due realtà facce della stessa medaglia: “la forza professionale delle ostetriche”. A quelle di Genova e Firenze sono seguite analoghe realtà, prima a Modena e Roma e poi, nel 2015, a Torino. Pochissime, quindi, le realtà ove l'alternativo è il rispetto della fisiologia, dei tempi della natura e dove le “api operaie” sono le ostetriche che hanno dimostrato che un salto di qualità era possibile ma poi...

Maria Vicario

A un certo punto le cose sono cambiate. Le ostetriche del Centro Nascita di Genova, che insieme avevano avuto la forza di scrivere una bellissima pagina di empowerment, hanno iniziato a pensare in termini medico legali. “Chi risponde di cosa, chi va a litigare con i medici, se succede qualcosa sono io la responsabile...”, e così via. Ci ho messo un po' per capire che il clima non era più lo stesso. Vedevo le magnifiche sorti e progressive di una svolta che per me era quasi a portata di mano: una, dieci, cento Case di Maternità anche in Italia, l'autonomia delle ostetriche, un modello unico per promuovere la normalità del parto. E invece. Una paura sempre più strisciante, il fascino discreto di percorsi sempre più medicalizzati, i Corsi di Accompagnamento alla Nascita non più occasione di sostegno alla autodeterminazione delle donne, ma di addomesticamento alle regole dell'ospedale. Proprio nel momento in cui l'autorevole NICE afferma che i luoghi del parto più sicuri per le gravidanze a basso rischio sono le Case di

La donazione del sangue cordonale. Istituito un Tavolo tecnico multidisciplinare sul tema delle tempistiche di clampaggio del cordone ombelicale al momento del parto

In Italia la raccolta del sangue cordonale viene effettuata applicando il clampaggio del cordone ombelicale non prima di 60 secondi dalla nascita. Questa modalità è omogeneamente applicata dalle Banche di sangue cordonale della rete pubblica italiana (ITCBN) e garantisce un recupero in termini di volume e di cellularità ottimale per la garanzia di un efficace attecchimento delle cellule staminali empoietiche in caso di trapianto. La tempistica di 60” è stata raccomandata dalla Società Italiana di Neonatologia (SIN) in una *position paper* nell'anno 2009 (www.adoces.it/wordpress/wp-content/uploads/2011/12/position_SIN-clampaggio.pdf).

In relazione alle crescenti pressioni mediatiche negative in tema di danno della donazione del sangue del cordone ombelicale al neonato, il Centro Nazionale Sangue (CNS) e il Centro Nazionale Trapianti (CNT) hanno ritenuto opportuno condividere la posizione delle società scientifiche e federazioni su questo tema alla luce delle evidenze scientifiche che sono state prodotte dal 2009 ad oggi.

Con tale finalità è stato recentemente istituito un Tavolo tecnico multidisciplinare (CNS, CNT, FNCO, SIN, SIP e SIGO) sul tema delle tempistiche di clampaggio del cordone ombelicale al momento del parto in relazione alla compatibilità con la raccolta del sangue cordonale per le finalità del trapianto ematopoietico. Il Tavolo tecnico multidisciplinare può costituire la modalità più efficace per aggiornare, se del caso, la posizione assunta nel 2009 e confermarne la validità.

La FNCO partecipa ai lavori del Tavolo tecnico, insediandosi in data 18 maggio 2015, con propri rappresentanti (la Dottoressa Iolanda Rinaldi, membro effettivo, e la Dottoressa Marialisa Coluzzi, membro supplente).

La FNCO curerà la puntuale informazione sul tema agli iscritti attraverso l'inserimento, nello spazio dedicato del sito istituzionale, dei documenti prodotti dal Tavolo tecnico multidisciplinare.



Maternità, quando le ostetriche in Italia vorrebbero realmente avere uno spazio di libertà, di autonomia, di responsabilità? Con parole eloquenti Rita Breschi della Margherita di Firenze dice che “non c’è la fila fuori”. Un nuovo mondo portato a fatica dall’esperienza europea all’inizio del XXI secolo.

Il dentro: la continuità delle cure, un percorso di demedicalizzazione, la certezza dei migliori *outcomes* per madre e neonato. Una esperienza che i detrattori fanno presto a ridurre a “non decollata”, non “elevata a sistema” (non tenendo conto della fatica impiegata solamente per non chiudere esperienze inestimabili, ancora in vita non perché riconosciute e valorizzate dalle istituzioni o da politiche perinatali, ma in ogni caso solo grazie alle ostetriche). Il fuori: i modelli che caratterizzano oggi l’ascesa del mondo infermieristico, le “posizioni organizzative” come via (individuale) di salvezza, la teoria dei due tempi (prima il potere, poi il cambiamento) e infine la pervasività della “scomparsa” epocale dell’ostetricia, che ha devastato dappertutto il clima nei luoghi della nascita. Poche le Maternità in Italia in cui si continua a lavorare in direzione “ostinata e contraria”, e in via di estinzione. I primati nel nostro Paese: il più alto tasso di TC, la più alta età delle madri al primo figlio, uno dei più bassi tassi di natalità e, ultimo ma non ultimo, le gravidanze ottenute con PMA, che hanno introdotto la “preziosità dei figli”, una sorta di quotazione

in borsa delle gravidanze. Questo il clima in cui vivono le ostetriche oggi e, per converso, la Federazione Nazionale dei Collegi Ostetriche fatta di ostetriche di tutte le età, molte disorientate, le più giovani senza identità. Come parlare a tutte? Chi, che cosa in queste condizioni può fungere da agente di cambiamento? La sola strada della partecipazione ai tavoli ministeriali, alle pur lodevoli linee guida, alle Raccomandazioni, non aiuta a uscire dal pantano. E la credibilità di chi parla di cambiamenti si vede *in primis* da quello che è capace di fare in casa propria.

Il progetto europeo Optibirth (www.optibirth.eu) è un esempio di come la professione ostetrica può permettere alla ostetricia tutta di rientrare in gioco, uno studio pensato prevalentemente da ostetriche che, con la sola forza della conoscenza, della parola, hanno l’ambizione di rovesciare la via chirurgica al parto. Uno studio al quale partecipano Italia, Irlanda e Germania, con 5 ospedali per nazione. In Italia Genova, Bologna e Napoli sono ospedali “caso” in cui si conduce lo studio, in ognuno dei quali sono state reclutate 120 donne in gravidanza che hanno avuto un pregresso TC e stanno ricevendo informazione e sostegno per essere aiutate a scegliere con consapevolezza tra un VBAC e un TC iterativo. Sono Maternità dove per la prima volta si è progettato di informare, discutere con e tra donne, ostetriche e ginecologi, costringendo tutti i partecipanti a confrontarsi con altre Maternità in Italia e con la preparazione delle ostetriche in un’ottica europea. Non c’è solo il disegno di abbattere il primato del 38% dei TC (in Campania del 60%!) passando per la porta angusta dell’aumento dei VBAC, ma una opportunità unica di ritrovare tutta la forza e l’identità di un’antica professione di aiuto e solidarietà con altre donne. Se, alla fine dello studio, in Italia il numero di VBAC sarà aumentato almeno del 25%, vorrà dire che il muro di disinformazione e paura comincia a vacillare sulla scena del parto. Perfino dopo un cesareo. E che molto si deve a quanto proprio le ostetriche riusciranno a ri-conoscersi nella unicità e insostituibilità del proprio ruolo. Per questo occorre uno sguardo complessivo nel prepararsi al futuro. Un salto di qualità.

Progetto pilota di sorveglianza della mortalità materna e prossima emanazione della linea guida “Emorragia del *post-partum*”

Il 5 marzo 2015, nel corso del convegno “La sorveglianza della mortalità materna in Italia: validazione del progetto pilota e prospettive future”, sono stati presentati i risultati del progetto pilota di sorveglianza della mortalità materna, coordinato dall’Istituto Superiore di Sanità in sei regioni.

Per quanto riguarda l’emorragia ostetrica, che rappresenta la prima causa di mortalità materna, l’ISS ha offerto gratuitamente a oltre 5.000 operatori sanitari (medici e ostetriche) una formazione a distanza su prevenzione, diagnosi e trattamento delle emorragie del *post-partum*. L’evento formativo, pubblicizzato anche attraverso il sito *web* della FNCO, ha riscontrato un notevole successo tra le ostetriche tanto che nel primo mese dall’attivazione della FAD hanno superato il corso 2.299 professionisti sanitari di 355 medici e ben 1.944 ostetriche (87%); ciò ha spinto la FNCO a chiederne una riedizione anche per il prossimo futuro.

In occasione del convegno è stato altresì annunciato che nel 2015 l’ISS stava progettando la predisposizione di una linea guida specifica sull’emorragia nel *post-partum* sotto l’egida del Sistema nazionale linee guida.

A distanza di poche settimane, infatti, la FNCO ha ricevuto l’invito a entrare a far parte del *panel* multidisciplinare, composto da esperti indipendenti e da rappresentanti di tutte le società scientifiche interessate che dovrà redigere le linee guida a partire dalla adozione/adattamento della cospicua documentazione scientifica internazionale già esistente sul tema e pubblicata a partire dal 2010 (linee guida di agenzie di salute pubblica e società scientifiche internazionali). L’esperto nominato dalla FNCO in tale *panel* è la vicepresidente Silvia Vaccari.

UNA VITA FA

Isa Ligabue
Editore: Sovera Edizioni

Una vita fa è un libro di Isa Ligabue, ostetrica di Reggio Emilia, pubblicato da Sovera Edizioni nella collana NarrareLa.

Una vita fa è una storia vera raccontata attraverso le persone, i luoghi, gli eventi che ne hanno intessuto la trama.

La narrazione prende il via a partire dal 1930 nella campagna emiliana: la storia vera di Marino e Carmeli-

na, due giovani poco più che ventenni che dopo essersi scoperti per caso, capiscono di amarsi e decidono di sposarsi. Sarà nella famiglia patriarcale di Marino che la giovane coppia va a vivere e, guidata soprattutto dall'intraprendenza di Carmelina, cercherà di realizzare un suo proprio progetto e una propria autonomia anche di pensiero all'interno del gruppo più grande.



GIUBILEO DELLA MISERICORDIA 2015-2016

La FNCO partecipa all'anno giubilare con una iniziativa dedicata a mamme e bambini

Nell'ambito dell'organizzazione delle iniziative per l'accoglienza dei pellegrini che si recheranno nella città di Roma durante l'anno giubilare, la FNCO sta progettando di realizzare dei punti di accoglienza itineranti nelle principali piazze interessate dall'evento appositamente pensati per le mamme che allattano.

Si ipotizza di realizzare alcuni *help point* presidiati da ostetriche volontarie nei quali le donne, oltre a ricevere tutta l'assistenza necessaria per allattare e accudire i loro bambini, potranno, se lo desiderano, ricevere informazioni e sostegno in tema di allattamento.

Ulteriori informazioni circa le modalità di reclutamento dei volontari, nonché sull'organizzazione di tale iniziativa più in generale, saranno fornite attraverso il portale della FNCO, *Lucina* e con Circolare ai Collegi.



Doula. L'UNI sospende l'attività di normazione

Il 16 luglio 2015 l'UNI, l'Ente nazionale di unificazione, ha comunicato ufficialmente di aver sospeso l'attività pre-normativa riguardante l'attività professionale della Doula.

È bene precisare che la sospensione di un'attività pre-normativa ha comunque carattere provvisorio, sicché, in presenza di mutate condizioni, è sempre possibile una riattivazione della medesima.

Si ritiene però che la decisione adottata dall'UNI rappresenti comunque una importante vittoria per la FNCO che sin dal primo momento ha presenziato ai tavoli pre-normativi avviati dall'UNI a tutela della professione ostetrica e della salute pubblica.

La EMA adotta una propria *position paper* a sostegno della “International charter on prevention of fetal alcohol spectrum disorder”



EUROPEAN MIDWIVES
ASSOCIATION

Sin dal 2008 l'EMA, European Midwives Association, contribuisce all'implementazione di politiche europee volte a prevenire i danni che l'abuso di alcol comporta sulla gravidanza, la famiglia e la società, collaborando anche allo sviluppo di evidenze scientifiche in tal senso.

Recentemente l'EMA ha rinnovato il proprio impegno adottando una propria *position paper* a sostegno della “Carta internazionale sulla prevenzione dello spettro dei disordini feto alcolici” (*The international charter on prevention of fetal alcohol spectrum disorder*) e ha esortato le associazioni aderenti (tra cui la FNCO) a diffondere a livello nazionale il documento, portandone a conoscenza i propri iscritti.

Questo documento internazionale è scaturito dalla prima conferenza internazionale sulla prevenzione dello spettro dei disturbi feto-alcolici svoltasi a Edmonton (Canada) nei giorni 23-25 settembre 2013, ed è stato formulato, approvato e adottato da più di 700 persone provenienti da 35 Paesi di tutto il mondo, tra cui alti funzionari governativi, studiosi e politici, medici e altri operatori in prima linea, genitori, famiglie e popolazioni indigene.

Di seguito si riporta il testo della *position paper* adottata dall'EMA. Il testo integrale della Carta internazionale è disponibile in lingua inglese sul sito “The Lancet Global Health” ([www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(13\)70173-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(13)70173-6/fulltext)).

Il testo della *position paper* EMA è disponibile in lingua inglese sul sito www.europeanmidwives.com/upload/filemanager/content-galleries/position-papers/Position_Paper_on_Acohol_updated_july_2015_1.docx.

EMA *position paper* sull'alcol aggiornata a luglio 2015

Dichiarazione

Il nocivo e pericoloso consumo di alcol durante la gravidanza è noto per avere effetti negativi a lungo termine sulla vita della donna, del nascituro e del nucleo familiare.

L'Associazione europea delle ostetriche (EMA) approva e adotta la Carta internazionale sulla prevenzione dello spettro dei disordini feto-alcolici scaturita dalla prima conferenza internazionale sulla prevenzione dei disturbi dello spettro fetale alcolico che si è tenuta in Canada, nel settembre 2013.

L'EMA riconosce che il nocivo e pericoloso consumo di alcol è un fattore chiave determinante della salute e una delle principali cause di morte prematura e malattie evitabili.

L'EMA esorta gli Stati membri a riconoscere il ruolo fondamentale delle ostetriche nella promozione della salute e nella prevenzione delle malattie e sollecita gli Stati membri a utilizzare le conoscenze e competenze della ostetriche nell'assistenza perinatale.

L'EMA invita tutti gli Stati membri a garantire che:

- i curricula formativi in ostetricia contengano informazioni appropriate sui danni alcol-correlati nel periodo preconcezionale e durante la gravidanza, inserendole nel più ampio contesto sociale;
- i curricula formativi in ostetricia forniscano agli studenti e alle ostetriche le competenze necessarie per adottare senza pregiudizi un approccio appropriato nel *counseling* e nella discussione sul consumo di alcol.



Dal 23 al 26 settembre 2015 si terrà a Bucarest (nella foto, la biblioteca dell'Università) il meeting annuale generale dell'EMA. La FNCO partecipa all'evento rappresentata dalla presidente Maria Vicario e dalla vicepresidente Silvia Vaccari

L'EMA si impegna, attraverso le associazioni ad essa affiliate:

- a individuare strategie volte allo sviluppo di adeguate informazioni su modelli di consumo responsabile di alcol nel periodo preconcezionale;
- a tentare l'implementazione di politiche e pratiche volte alla prevenzione e al trattamento dell'abuso di alcol nel periodo preconcezionale e durante la gravidanza.

In linea con la filosofia della *midwifery*, l'EMA riconosce che tali politiche sono appropriate solo se sviluppate in collaborazione con le donne e altri soggetti interessati.

Attraverso il suo impegno, EMA esorta

gli Stati membri a fare in modo che le ostetriche siano poste nelle condizioni di lavorare in efficace sinergia con le donne, nel periodo preconcezionale e durante la gravidanza, al fine di ridurre ed evitare gli effetti negativi derivanti dall'abuso di alcol.

Campagna di comunicazione per la lotta all'abuso di alcol 2015



La prevenzione dei danni derivanti dall'abuso di alcol è un tema particolarmente attuale anche in Italia in considerazione della preoccupante ascesa di tale fenomeno, in particolare tra i giovani.

Il Ministro della Salute pertanto ha fortemente voluto l'avvio di una campagna di comunicazione pensata per i giovani che utilizza linguaggi e codici espressivi tipici dei ragazzi. Una campagna che si sviluppa attraverso i canali e i luoghi di scambio di informazioni abitualmente frequentati dai ragazzi: primi tra tutti il *web*. I testimonial credibili e non convenzionali della campagna sono Elio e le Storie Tese che, raccogliendo la sfida, hanno scritto una canzone dal testo divertente, ironico e ricco di informazioni.

Per ulteriori informazioni consultare la pagina del Ministero della Salute dedicata alla campagna di comunicazione per la lotta all'abuso di alcol 2015 (www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_6_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=campagne&p=dac+campagne&id=98).

L'OSTETRICA E LA RICERCA

Midwifery and research

Autori

Virna Franca Zobbi

(autore corrispondente), PhD, Ostetrica,
Corso di Laurea in Ostetricia,
Università degli Studi di Milano Bicocca

Giuseppina Persico

PhD, Ostetrica,
Corso di Laurea in Ostetricia,
Università degli Studi di Milano Bicocca

Simona Fumagalli

PhD, Ostetrica,
Corso di Laurea in Ostetricia,
Università degli Studi di Milano Bicocca

Antonella Nespoli

Ostetrica, Ricercatore MED 47,
Corso di Laurea in Ostetricia,
Università degli Studi di Milano Bicocca

Contatti

Virna Franca Zobbi

virna.zobbi@unimib.it

Giuseppina Persico

giuseppina.persico@unimib.it

Simona Fumagalli

simona.fumagalli@unimib.it

Antonella Nespoli

antonella.nespoli@unimib.it

RIASSUNTO

La vera svolta di tutte le professioni consiste nella possibilità di evolvere e sviluppare un ambito proprio di ricerca. Oggi, più che nel passato, è richiesto alle professioni sanitarie di evolvere soprattutto in tale competenza. I tempi sono maturi in virtù del completamento del ciclo formativo in ambito universitario. Infatti anche in Italia sono presenti molte ostetriche che hanno conseguito il dottorato di ricerca e che hanno sviluppato una competenza elevata nella capacità di fruire ricerca, ma anche di condurla in modo autonomo. Pertanto l'evoluzione della professione ostetrica vede nella ricerca lo strumento indispensabile per uno sviluppo pieno e autonomo.

ABSTRACT

To allow the development of the midwifery professional knowledge is necessary to increase the specific research area. Today, more than ever, the health care professionals need to expand this core competence. The time is ripe, because the university education has completed his path. In Italy many midwives have obtained a PhD and reached high competencies to make and to employ researches. Therefore the midwifery knowledge meets into research the fundamental tool for increasing.

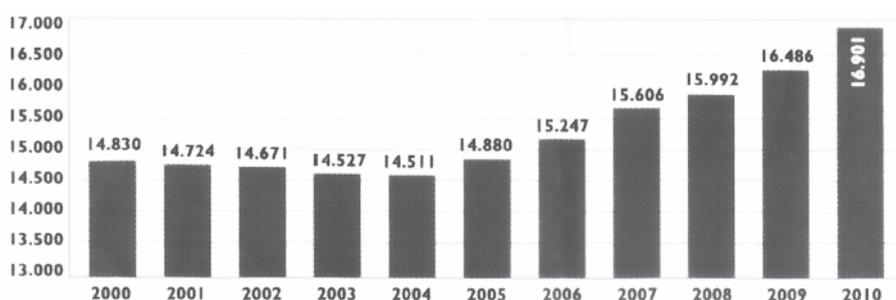
Oggi più che nel passato, l'ostetrica è chiamata a esprimersi e riappropriarsi di ambiti che sono stati, con l'avvento dell'ospedalizzazione della nascita, in parte abbandonati. Questa è un po' la sfida a cui la generazione delle nuove ostetriche è chiamata, pena la difficoltà se non addirittura l'impossibilità di esercitare questa professione. Con il pieno riconoscimento universitario del percorso formativo dell'ostetrica si è venuto a creare un aumento delle professioniste laureate, con una cre-

scente difficoltà a occupare gli ambiti lavorativi in cui fino a pochi anni fa non vi era particolare difficoltà a entrare. Il numero di ostetriche iscritte ai Collegi ha visto nell'ultimo decennio un progressivo aumento, passando da 14.800 iscritte nell'anno 2000 a 16.900 nel 2010 con un incremento del 14% (Grafico 1).

Considerare questo fenomeno nella sua interezza può rappresentare per le nuove generazioni un'opportunità. A fronte dell'aumento delle ostetriche sul territorio diverrà

sempre più importante esprimere le proprie competenze professionali occupandosi e riappropriandosi di ambiti che nell'era della medicalizzazione della nascita sono andati perduti. Questa situazione potrebbe, se ben gestita, portare a un impiego più ampio della figura ostetrica, non confinandola solo all'assistenza del parto. Ricordo che il

Grafico 1 - Andamento del numero di ostetriche iscritte ai collegi dal 2000 al 2010





Decreto Ministeriale 740/94 (1) afferma che l'ostetrica/o è la professionista che assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio. Lo stesso documento puntualizza che **partecipa a interventi di educazione sanitaria e sessuale sia nell'ambito della famiglia che nella comunità, che svolge un ruolo nella preparazione e nell'assistenza agli interventi ginecologici, che ricopre un ruolo importante nella prevenzione e nell'accertamento dei tumori della sfera genitale femminile e nell'assistenza sia alla madre che al neonato.** È importante che le ostetriche che rivestono ruoli apicali riconoscano come fondamentale il riappropriarsi di tali spazi favorendo un'apertura al cambiamento e partendo da una posizione fiduciosa che non può e non dovrebbe mancare nei confronti delle colleghe appartenenti alle nuove generazioni.

Fatta questa premessa il filo che unisce tutti gli ambiti di attività è la ricerca, **vera competenza che tutte le professioni, per potersi definire tali, dovrebbero coltivare.** Il recente riconoscimento dell'importanza della ricerca, rende quest'ambito di difficile approccio, sia per la definizione del campo di attività, sia per il perseguimento dello scopo che si pone. La presa in carico e la conduzione di una ricerca segue logiche rigorose e, una volta conclusa, occorre tempo e disponibilità per la sua spendibilità nella pratica clinica. Solo basando il proprio agire su evidenze,

seppure parziali e non definitive, possiamo interrompere una pratica di tipo autoreferenziale che molto spesso ha fatto parlare, nell'ambito della *Midwifery*, più di arte che non di scienza ostetrica. Il sapere scientifico e il sapere pratico dovrebbero fondersi e sostenersi in modo vicendevole affinché l'esito possa raggiungere il più alto standard possibile. Anche qui la sfida è grande e ancora una volta implica un'apertura, propria dei soggetti giovani, più disposti a esplorare sentieri ancora non tracciati, poiché le loro azioni sono meno condizionate dalla forza dell'esperienza. Va però ricordato che fare ricerca non dovrebbe essere solo associato a una predisposizione personale, a un atteggiamento di curiosità verso il non ancora noto, ma un dovere ribadito anche a livello deontologico; fare ricerca è un mandato sociale sostenuto da norme ben definite. Nel *Codice Deontologico dell'Ostetrica* (2) del giugno 2010 si afferma, infatti, che: **"L'ostetrica/o promuove e realizza in autonomia e in collaborazione la ricerca di settore"**. Inoltre la Legge 240/10 (3), nota come *Legge Gelmini*, ha aperto nell'ambito della ricerca nuove opportunità di impiego. Relativamente ai ruoli di ricercatori universitari, l'art. 24 recita: "Al fine di svolgere attività di ricerca, le Università possono stipulare contratti di lavoro subordinato a tempo determinato. L'ammissione a tali procedure è riservata ai possessori del titolo di dottore di ricerca. Tali contratti hanno durata triennale e sono

prorogabili per due anni, previa positiva valutazione delle attività di ricerca svolte". Inoltre la stessa legge ha introdotto nuove norme per il reclutamento dei docenti universitari attraverso l'istituzione dell'abilitazione nazionale in cui uno dei parametri fondamentali di valutazione è proprio la produzione scientifica relativa al settore scientifico disciplinare per cui si concorre. È **attraverso la ricerca che la Midwifery e ogni ambito disciplinare ad essa correlato, sono in grado di evolversi sviluppando competenze disciplinari forti e autonome**. Se la ricerca sulla quale la Midwifery basa il proprio agire è condotta da altri settori scientifici disciplinari, ne viene negata l'originalità e lo sviluppo specifico, snaturandone lo scopo e, indirettamente, confinando la professione a un ruolo ancillare. Spesso sosteniamo che il percorso nascita è fortemente medicalizzato, ma un vero e proprio passo verso l'autonomia può nascere solo con lo sviluppo di teorie, modelli e concetti disciplinari autonomi; in Italia qualche sforzo in tale direzione si sta iniziando a compiere.

Se è vero che fare ricerca implica un'apertura verso il nuovo, verso il non noto, è altrettanto vero che anche le ostetriche direttamente coinvolte nell'assistenza dovrebbero farsi provocare da ciò che dalla ricerca emerge per far sì che il proprio agire non si limiti alla sola arte, ma tenda a quel connubio completo e integrato di cui si diceva prima. Infatti, se fare ricerca attiva è destinato a pochi, essere fruitrici di ricerca è destinato a tutte (4). **L'aggiornamento delle proprie conoscenze secondo le evidenze più attuali è un requisito essenziale per erogare un'assistenza ostetrica secondo criteri di appropriatezza, equità e sicurezza**. Il *Codice Deontologico* recita: "Nell'esercizio dell'attività professionale l'ostetrica/o si attiene alle conoscenze scientifiche e agisce nel rispetto dei principi fondamentali della qualità dell'assistenza, al fine di assicurare l'appropriatezza, l'equità e la sicurezza delle cure". Gli ostacoli che impediscono alle evidenze di guidare e modificare il nostro agire clinico sono principalmente tre: il primo legato alla difficoltà insita in ogni cambiamento, il secondo legato al come raggiungere le conoscenze prodotte e il terzo al come orientarsi in una produzione che non sempre è qualitativamente valida.

Il **primo ostacolo** è, probabilmente, il più difficile da superare. Mettere in discussione una pratica clinica consolidata negli anni muove forti resistenze perché implica l'abbandono di certezze che evocano tranquillità e sicurezza. Frequentemente si attribuiscono ad altri le colpe del non cambiamento e sentiamo dire: "Nella mia realtà questo sarebbe impossibile perché nessuno lo permetterebbe, perché si incontrerebbero troppi ostacoli, perché l'organizzazione non lo può ancora sostenere, eccetera eccetera". Ammettere che il primo elemento di ostacolo al cambiamento sia la volontà delle persone rimane ancora troppo arduo. È un meccanismo difensivo tale per cui è più facile individuare un'entità esterna come il principale ostacolo al cambiamento, piuttosto che mettere in gioco il coinvolgimento personale.

Il **secondo ostacolo** è come raggiungere le conoscenze scientifiche prodotte. Tutti sappiamo dell'esistenza di banche dati quali Pubmed, Midirs, Scopus e tante altre,

ma una cosa è conoscerne l'esistenza una cosa è sapere trovare ciò che si sta cercando. La metafora adeguata rispetto a una produzione scientifica vastissima potrebbe essere quella della ricerca di un ago in un pagliaio. Infatti non solo sapendo dove, ma anche cosa e soprattutto come, è possibile trovare ciò di cui si è in cerca.

Il **terzo ostacolo** è rappresentato dalla valutazione qualitativa dei risultati raggiunti. Prima di implementare un cambiamento dovremmo essere molto sicuri che le conclusioni rappresentino il traguardo di un percorso condotto secondo un metodo rigoroso. Da qui la necessità di ricevere semplici indicazioni. La prima è verificare la fonte da cui si stanno estrapolando delle conclusioni scientifiche o presunte tali. Un parametro discreto potrebbe essere fare una scelta in relazione all'autorevolezza che una rivista si è conquistata nel tempo. Un altro strumento di cui ci si dovrebbe avvalere è la piramide gerarchica delle conoscenze scientifiche tali per cui una metanalisi dovrebbe orientarci con maggior sicurezza rispetto all'opinione di un esperto, seppur autorevole e ricco di esperienza. Considerati questi che sono forse i tre limiti principali al cambiamento vorremmo concludere con delle proposte, delle sollecitazioni (5).

Prima di tutto di fronte al cambiamento chiediamoci cosa lo rende davvero difficile. Rispetto al dove cercare e al come valutare, l'Università potrebbe farsi carico di organizzare dei corsi per facilitare non solo l'accesso alle informazioni ma anche alla corretta valutazione delle produzioni scientifiche; pena il rischio di perdersi in un mare davvero immenso e dalle acque non sempre limpide.

Certamente quella della ricerca è la sfida che più di ogni altra ci troviamo oggi a dovere affrontare per garantire alla nostra disciplina non solo un'autonoma evoluzione, ma addirittura la possibilità di sopravvivere.

Bibliografia

1. Decreto Ministeriale 740/1994 "Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'Ostetrica/o".
2. Federazione Nazionale Collegi Ostetriche "Codice Deontologico dell'Ostetrica/o". Approvato dal Consiglio Nazionale nella seduta del 19 giugno 2010 con integrazioni/revisioni approvate dal Consiglio Nazionale nella seduta del 5 luglio 2014.
3. Legge 30 dicembre 2010 "Norme in materia di organizzazione delle Università, di personale accademico e reclutamento, nonché delega al Governo per incentivare la qualità e l'efficienza del sistema universitario"
4. L. H. Thomas, E. McColl, N. Cullum, N. Rousseau, J. Souter, N. Steen. "Effect of clinical guidelines in nursing, midwifery, and the therapies: a systematic review of evaluations". 1998 Qual Health Care, Dec; 7(4): 183-191
5. C. Del Mar, J. Doust, P. Glasziou. "Clinical Thinking: Evidence, Communication and Decision-Making". 2006, Blackwell Publishing BMJ

Indagine sul percorso nascita in alcune realtà di Roma e provincia: bisogni e criticità

Survey on postnatal care in certain clinics in Rome and in the province: needs and problems

Autori

Valentina Prisco
Ostetrica

Carla Oliva
Ostetrica, ASL RM H

Contatti

Valentina Prisco
valentinaprisco@gmail.com

Simona Sarta

Direttrice del Corso di Laurea in Ostetricia,
Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Sofia Colaceci

Ostetrica,
Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

RIASSUNTO

Questa indagine si propone di valutare i bisogni assistenziali delle donne dopo il parto e come esse percepiscono l'utilità del sostegno domiciliare dell'ostetrica durante il puerperio. È stato somministrato un questionario strutturato a 202 donne afferenti ai consultori della ASL RM H e all'ambulatorio di Gravidanza a Basso Rischio e Cardiotocografia della UOC di Ginecologia del Policlinico Tor Vergata. Tra i principali risultati emerge che, a fronte di alcuni comuni problemi che si possono riscontrare dopo il parto, le donne ritengono utile la figura dell'ostetrica a domicilio; tuttavia l'attuale sistema sanitario non è ancora pronto a garantire questo tipo di servizio. Inoltre, si registra ancora una disomogenea integrazione tra punto nascita e territorio che non consente una "diretta" presa in carico della puerpera dopo la dimissione. È fondamentale in tal senso puntare su un'offerta attiva "a tappeto" dei servizi territoriali materno-infantili.

Keywords

Puerperio, continuità dell'assistenza ostetrica, sostegno, empowerment, offerta attiva.

ABSTRACT

This survey aims to assess women's care needs after giving birth and how useful they perceive the midwife's home support in the postnatal period. A questionnaire was administered to 202 women attending the community services of a local health authority of Rome and province (ASL RM H) and the Gynaecology and Obstetrics services at the Tor Vergata Polyclinic. One of the key findings is that, when faced with certain common problems they might encounter after giving birth, women find home visits from a midwife useful. The current healthcare system, however, is not yet ready to guarantee this type of service. There is also still an imbalance as regards integration between the place where women give birth and a local area that might not allow "direct" handover to postnatal care services after they have been discharged. It is essential to focus on offering a "blanket" service covering all local women and children's services.

*"Il filo di Arianna che ti guida
attraverso il labirinto del cambiamento
è il tuo bambino.*

*Ascoltalo nella tua profondità
e ti dirà dove sei e dove andrai."*

Verena Schmid

Introduzione

Il processo del divenire madre si rende concreto con una modalità ciclica, attraverso tre periodi: prenatale, natale e postnatale.

Il parto non rappresenta dunque la definitiva conclusione dell'episodio gestazionale, ma dà inizio a un periodo di transizione, denominato "quarto trimestre", in cui la donna, o meglio, la coppia, deve adattarsi al nuovo nato e al nuovo ruolo di genitori (1).

Nella letteratura scientifica internazionale esistono consistenti evidenze sugli effetti positivi delle visite e del sostegno in puerperio, specialmente se inseriti in programmi strutturati di interventi integrati da parte di professionisti sanitari del settore materno-infantile, che consentano la continuità e la personalizzazione dell'assistenza e nei quali si tenga conto degli orientamenti e delle preferenze della madre. Tali effetti si producono sia sulla salute fisica neonatale e materna, che sul loro sviluppo relazionale a breve e a lungo termine (2).

Nonostante ciò, l'evento nascita rappresenta spesso l'anello di discontinuità, poiché l'assistenza al travaglio, parto e puerperio non è erogata dalle stesse ostetriche (3). Inoltre, la frequente carenza di sostegno alla puerpera al momento del rientro a domicilio, talvolta definita come un vero e proprio "vuoto assistenziale", rappresenta spesso l'anello di debolezza del modello basato sulla continuità assistenziale (4).

Questa indagine si propone pertanto di approfondire e analizzare i bisogni assistenziali delle donne dopo il parto e di valutare l'utilità della figura ostetrica in puerperio.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio osservazionale nella realtà di Roma e provincia rivolto a 220 puerpere intervistate, previa autorizzazione dei responsabili delle strutture, presso i consultori familiari della ASL RM H di Ariccia, Lanuvio, Marino e Velletri e presso l'ambulatorio di Gravidanza a Basso Rischio e Cardiotocografia della UOC di Ginecologia del Policlinico Tor Vergata. Le donne in gravidanza intervistate in ambulatorio sono state poi contattate telefonicamente a distanza di circa un mese dal parto.

Per la conduzione dell'indagine è stato costruito un apposito questionario strutturato comprendente 52 item finalizzati a reperire informazioni socio-demografiche e dati relativi alla gravidanza, al parto, all'allattamento e al puerperio. Previo consenso delle strutture e delle donne arruolate, il questionario è stato somministrato in forma anonima tra luglio e dicembre 2012.

I dati raccolti sono stati sottoposti ad analisi statistica descrittiva e bivariata tramite il software Epi-Info v.3.5.3.

Risultati

Sono stati raccolti 202 questionari sui 220 consegnati, con un tasso di rispondenza del 92%. Le numerose variabili prese in considerazione, opportunamente combinate tra di loro, hanno consentito di reperire informazioni sia strettamente correlate alla tematica dell'assistenza in puerperio, sia inerenti più in generale l'intero percorso nascita.

Riguardo alle informazioni socio-demografiche raccolte, emerge che l'età media delle madri intervistate è di 33 anni, il 75,2% sono coniugate e l'89,6% è in possesso di titolo di studio medio-alto (Tabella 1).

Per quanto riguarda l'assistenza in gravidanza, la maggioranza del campione si è rivolta al ginecologo (89,6%), l'8,4% al consultorio familiare e il 2% all'ostetrica, in linea con i dati nazionali (5) (Tabella 2).

Il campione è costituito in maggioranza da primipare (65,3%) e per il 38,6% ha espletato il parto tramite taglio cesareo (Tabella 3).

Nelle Tabelle 4 e 5 sono riportate le principali informazioni relative all'allattamento e al puerperio, mentre nella Tabella 6 sono riportati i principali risultati emersi dall'analisi bivariata delle variabili.

Tabella 1 - Caratteristiche socio-demografiche del campione

| | Frequenze | % |
|--|------------|---------------|
| Titolo di studio | | |
| 1. Licenza media inferiore | 21 | 10,4% |
| 2. Diploma di scuola media superiore | 121 | 59,9% |
| 3. Laurea e/o titoli <i>post-lauream</i> | 60 | 29,7% |
| Totale | 202 | 100,0% |
| Professione puerpera | | |
| 1. Libero professionista | 16 | 7,9% |
| 2. Lavoratore autonomo | 6 | 3,0% |
| 3. Lavoro dipendente/ruoli dirigenziali | 19 | 9,4% |
| 4. Lavoro dipendente/ruoli esecutivi | 118 | 58,4% |
| 5. Studente | 4 | 2,0% |
| 6. Disoccupata | 39 | 19,3% |
| Totale | 202 | 100,0% |
| Stato civile | | |
| 1. Nubile | 1 | 0,5% |
| 2. Coniugata | 152 | 75,2% |
| 3. Separata/Divorziata | 2 | 1,0% |
| 4. Convivente | 47 | 23,3% |
| Totale | 202 | 100,0% |

Tabella 2 - Informazioni relative alla gravidanza

| | Frequenze | % |
|--|------------|---------------|
| Parità | | |
| 1. Primipara | 132 | 65,3% |
| 2. Pluripara | 48 | 23,8% |
| 3. Nullipara | 22 | 10,9% |
| Totale | 202 | 100,0% |
| Da chi è stata seguita in gravidanza? | | |
| 1. Ginecologo privato | 159 | 78,7% |
| 2. Ginecologo di una struttura pubblica | 22 | 10,9% |
| 3. Consultorio familiare | 17 | 8,4% |
| 4. Ostetrica | 4 | 2,0% |
| Totale | 202 | 100,0% |
| Partecipazione al Corso di Accompagnamento alla Nascita | | |
| 1. No, mai | 41 | 20,3% |
| 2. No, ma vi ho partecipato nella precedente gravidanza | 19 | 9,4% |
| 3. Sì, presso un consultorio familiare | 120 | 59,4% |
| 4. Sì, presso l'ospedale | 17 | 8,4% |
| 5. Sì, presso una struttura privata | 4 | 2,0% |
| 6. Altro | 1 | 0,5% |
| Totale | 202 | 100,0% |

Discussione

Allattamento al seno

Prima del parto, circa il 90% delle donne intervistate è intenzionato "sicuramente" o "molto probabilmente" ad allattare al seno e una percentuale simile di donne (93,1%) ha effettivamente allattato al seno (esclusivo, predominante e complementare) durante la degenza. Il tasso di allattamento al seno tuttavia scende al 66,8% al momento dell'intervista (tempo medio trascorso dal parto: 2,5 mesi).

L'allattamento al momento dell'intervista si associa positivamente alle informazioni e al sostegno ricevuti nel percorso nascita, vale a dire che più le donne sono state informate e supportate, maggiore è la probabilità di continuare ad allattare in seguito (OR=3,67; p=0,009).

Favorire la naturalità dell'evento nascita e della genitorialità tramite ad esempio *rooming-in* si conferma come fattore favorente l'allattamento al seno sia durante la degenza (OR=10,18; p=0,00) che dopo la dimissione (OR=2,81; p=0,001), favorendo anche lo scambio di informazioni e di sostegno degli operatori (OR=2,64; p=0,002). Oltre la metà del campione afferma di aver avuto problemi durante l'allattamento, soprattutto difficoltà nell'attacco al seno, insorgenza di ragadi e ingorghi mammari.

Sostegno in puerperio

Oltre il 20% delle donne che hanno avuto problemi durante l'allattamento dichiara di non aver chiesto aiuto. Nella maggior parte dei casi, le donne che invece chiedono aiuto si rivolgono all'ostetrica del consultorio familiare o del centro nascita, probabilmente perché riconoscono in questa figura professionale una competenza specifica sulla gestione dell'allattamento.

Per quanto riguarda l'aiuto ricevuto in casa nelle prime settimane di vita del bambino, fondamentale è il sostegno del partner, seguito da quello dei familiari, in particolare la propria madre, mentre il 6,4% delle donne non ha ricevuto alcun tipo di aiuto (Grafico 1). I problemi più frequentemente insorti al rientro a casa riguardano l'allattamento, la gestione del bambino, il dolore ai punti di sutura, ma soprattutto l'organizzazione della casa e della vita familiare.

Offerta attiva

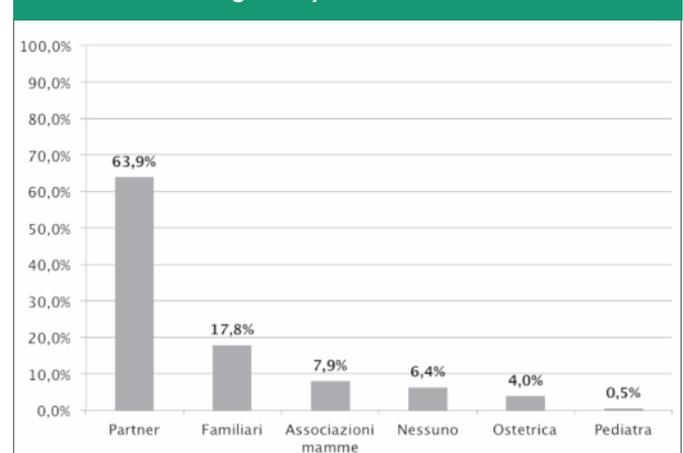
Oltre il 90% delle donne riterrebbe utile un servizio di visite ostetriche domiciliari a sostegno del periodo iniziale del puerperio, utilità riconosciuta soprattutto da quelle donne che non possono contare sull'aiuto della rete familiare e sociale (OR=0,16, p=0,018).

Sebbene le puerpere sembrano pronte a usufruire di questo tipo di servizio, non altrettanto pronto sembra invece essere l'attuale sistema sanitario, che a tutt'oggi non è ancora in grado di garantire una opportuna integrazione ospedale-territorio, tant'è che solo a poco più del 10% delle puerpere è stato offerto attivamente un incontro in puerperio presso le strutture territoriali.

Tabella 3 - Variabili relative al travaglio/parto

| | Frequenze | % |
|-----------------------------------|------------|---------------|
| Parto | | |
| 1. Spontaneo | 123 | 60,9% |
| 2. Operativo | 1 | 0,5% |
| 3. Taglio cesareo di urgenza | 37 | 18,3% |
| 4. Taglio cesareo elettivo | 41 | 20,3% |
| Totale | 202 | 100,0% |
| Analgesia/Anestesia | | |
| 1. No | 84 | 41,6% |
| 2. Anestesia generale | 2 | 1,0% |
| 3. Anestesia epidurale | 51 | 25,2% |
| 4. Anestesia spinale | 65 | 32,2% |
| Totale | 202 | 100,0% |
| Causa TC | | |
| 1. Materne | 38 | 47,5% |
| 2. Fetali | 42 | 52,5% |
| Totale | 80 | 100,0% |
| Esperienza travaglio/parto | | |
| 1. Positiva | 160 | 79,2% |
| 2. Negativa | 42 | 20,8% |
| Totale | 202 | 100,0% |
| Rooming-in | | |
| 1. Sì | 149 | 73,8% |
| 2. No | 53 | 26,2% |
| Totale | 202 | 100,0% |

Grafico 1 - Sostegno dopo la dimissione



Conclusioni

Le donne dovrebbero essere assistite secondo modelli di continuità ostetrica (*midwife-led continuity models*) e dovrebbero essere incoraggiate a richiedere questa opzione, sebbene ovviamente si debba procedere con cautela per quelle donne che presentano complicazioni mediche od ostetriche (6).

L'obiettivo verso cui tendere è quello di fornire, attraverso un'adeguata assistenza territoriale, un sostegno continuativo e personalizzato alla neo-mamma al fine di promuoverne la competenza e la fiducia nella cura del neonato, altrimenti detto *empowerment*.

Tabella 4 - Informazioni sull'allattamento

| | Frequenze | % |
|---|------------|---------------|
| Intenzione sull'allattamento prima del parto | | |
| 1. Sicuramente allattamento al seno | 147 | 72,8% |
| 2. Molto probabilmente allattamento al seno | 35 | 17,3% |
| 3. Forse allattamento al seno | 17 | 8,4% |
| 4. Forse allattamento misto/artificiale | 1 | 0,5% |
| 5. Molto probabilmente artificiale | 2 | 1,0% |
| Totale | 202 | 100,0% |
| Modalità di allattamento durante il ricovero | | |
| 1. Esclusivo al seno | 99 | 49,0% |
| 2. Complementare | 84 | 41,6% |
| 3. Non allattamento | 14 | 6,9% |
| 4. Altro | 5 | 2,5% |
| Totale | 202 | 100,0% |
| Informazioni/sostegno per l'allattamento in ospedale | | |
| 1. Sì | 104 | 51,5% |
| 2. No | 98 | 48,5% |
| Totale | 202 | 100,0% |
| Attualmente allatta? | | |
| 1. Sì | 135 | 66,8% |
| 2. No, ma ho allattato | 46 | 22,8% |
| 3. No, non ho mai allattato | 21 | 10,4% |
| Totale | 202 | 100,0% |
| Causa della sospensione dell'allattamento | | |
| 1. Non avevo più latte | 1 | 2,2% |
| 2. Ero stanca | 13 | 28,3% |
| 3. Altro | 2 | 4,3% |
| 4. Secondo me il latte non era più nutriente | 1 | 2,2% |
| 5. Il bambino cresceva poco | 8 | 17,4% |
| 6. Il bambino non si attaccava bene | 7 | 15,2% |
| 7. Problemi di salute materna (ragadi, mastite, dolore) | 3 | 6,5% |
| 8. Problemi di salute materna (malattie) | 3 | 6,5% |
| 9. Problemi di salute del bambino | 2 | 4,3% |
| 10. Dovevo riprendere il lavoro | 6 | 13,0% |
| Totale | 46 | 100,0% |

Adottando il modello basato sulla continuità assistenziale, si predisporrebbe insieme alla donna un piano per l'assistenza in puerperio, in modo documentato e individualizzato, abbandonando così la parcellizzazione del percorso nascita a favore della continuità e della globalità (7).

Istituire un sistema di offerta attiva di assistenza in puerperio, domiciliare o non, avrebbe il grande merito di annullare la distanza che attualmente separa i servizi dall'utente e invertirebbe la direzione che le figure coinvolte nella relazione d'aiuto assumono: è il servizio che si attiva verso la donna e non viceversa (8).

segue Tabella 4 - Informazioni sull'allattamento

| | Frequenze | % |
|---|------------|---------------|
| Ha avuto problemi durante l'allattamento? | | |
| 1. Sì | 107 | 53,5% |
| 2. No | 93 | 46,5% |
| Totale | 200 | 100,0% |
| Quali problemi? | | |
| 1. Difficoltà ad attaccarsi al seno | 56 | 52,3% |
| 2. Ragadi | 27 | 25,2% |
| 3. Ingorgo mammario | 21 | 19,6% |
| 4. Mastite | 3 | 2,8% |
| Totale | 107 | 100,0% |
| Ha chiesto aiuto? | | |
| 1. Sì | 87 | 78,4% |
| 2. No | 24 | 21,6% |
| Totale | 111 | 100,0% |
| A chi si è rivolta? | | |
| 1. Pediatra | 6 | 6,2% |
| 2. Ostetrica/o del consultorio | 25 | 25,8% |
| 3. Ostetrica/o dell'ospedale | 14 | 14,4% |
| 4. Ginecologo/a | 2 | 2,1% |
| 5. Infermiere/a | 2 | 2,1% |
| 6. Familiari/Amici | 11 | 11,3% |
| 7. Decisione autonoma | 10 | 10,3% |
| 8. Associazioni di mamme | 27 | 27,8% |
| Totale | 97 | 100,0% |
| Quando ha chiesto aiuto, è stata effettivamente aiutata? | | |
| 1. No | 12 | 12,4% |
| 2. Sì, ma non ho risolto | 15 | 15,5% |
| 3. Sì, ho risolto | 70 | 72,2% |
| Totale | 97 | 100,0% |

Bibliografia

1. Pescetto G, De Cecco L, Pecorari D et al. *Ginecologia e Ostetricia*. Società Editrice Universo: Roma; 2009
2. Rapisardi G. *Le visite domiciliari in puerperio*. Convegno "Fare un bambino... e aiutarlo a crescere". Bologna; 2002
3. The Schuyler Center for Analysis and Advocacy (SCAA). *Universal Prenatal/Postpartum Care and Home Visitation: The Plan for an Ideal System in New York State*. New York; 2007
4. Molinar Min M, Tosco E. *Ruolo socio-sanitario dell'ostetrica nell'organizzazione e nell'accompagnamento della puerpera, del partner e del bambino al "ritorno a casa"*. Simposio della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche (FNCO). *L'ostetrica e la gravidanza nel periodo fertile avanzato*. Bologna; 2005
5. Lauria L, Lamberti A, Buoncristiano M et al. *Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012 (Rapporti ISTISAN 12/39)
6. Sandall J, Soltani H, Gates S et al. *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub3
7. Molinar Min M, Tosco E. *Ruolo socio-sanitario dell'ostetrica nell'organizzazione e nell'accompagnamento della puerpera, del partner e del bambino al "ritorno a casa"*. Simposio della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche (FNCO). *L'ostetrica e la gravidanza nel periodo fertile avanzato*. Bologna; 2005
8. Scalisi R, Pezzali F. *Un progetto di sostegno domiciliare nel Comune di Roma: sei anni di lavoro con le mamme in situazioni a rischio*. Convegno "Non solo madre. Non sola". Verona; 2006

Tabella 5 - Variabili relative al puerperio

| | Frequenze | % |
|--|------------|---------------|
| Offerta di visita a domicilio dopo il parto | | |
| 1.No offerta | 179 | 88,6% |
| 2.Sì, ma non ho accettato | 2 | 1,0% |
| 3.Ho accettato, ma nessuno si è presentato | 1 | 0,5% |
| 4.Sì, presso il centro nascita | 15 | 7,4% |
| 5.Sì, presso il consultorio | 5 | 2,5% |
| Totale | 202 | 100,0% |
| Problemi/dolore ai punti di sutura | | |
| 1.Sì | 51 | 25,2% |
| 2.No | 151 | 74,8% |
| Totale | 202 | 100,0% |
| Problemi nell'organizzazione della casa | | |
| 1.Sì | 97 | 48,0% |
| 2.No | 105 | 52,0% |
| Totale | 202 | 100,0% |
| Problemi nella capacità di gestire il pianto | | |
| 1.Sì | 36 | 17,8% |
| 2.No | 166 | 82,2% |
| Totale | 202 | 100,0% |
| Utilità dell'ostetrica a domicilio (da 1 a 5) | | |
| 1 | 7 | 3,5% |
| 2 | 9 | 4,5% |
| 3 | 23 | 11,4% |
| 4 | 32 | 15,8% |
| 5 | 131 | 64,9% |
| Totale | 202 | 100,0% |

Tabella 6 - Analisi bivariata

| Variabile 1 | Variabile 2 | OR* | 95% IC** | P*** |
|-------------------------------------|---|-------|------------|-------|
| Informazione allattamento CAN | Allattamento al momento dell'intervista | 3,67 | 1,26-11,02 | 0,009 |
| Parto spontaneo | Allattamento durante la degenza | 3,90 | 1,43-11,63 | 0,004 |
| Info/Sostegno allattamento ospedale | Problemi con l'allattamento | 0,49 | 0,27-0,89 | 0,009 |
| Info/Sostegno allattamento ospedale | Allattamento al momento dell'intervista | 3,84 | 1,39-12,16 | 0,004 |
| Rooming-in | Info/Sostegno per l'allattamento durante la degenza | 2,64 | 1,38-5,17 | 0,002 |
| Rooming-in | Allattamento durante la degenza | 10,18 | 3,55-33,27 | 0,000 |
| Rooming-in | Allattamento al momento dell'intervista | 2,81 | 1,47-5,43 | 0,001 |
| Utilità dell'ostetrica a domicilio | Sostegno a casa | 0,16 | 0,008-0,91 | 0,018 |

* OR: Odds ratio

** 95% IC: intervallo di confidenza al 95%

*** P: probabilità

La libera professione ostetrica: un'indagine nell'attuale realtà italiana

Midwifery freelance work: a research in today's Italy

Autore

Stefania Paloschi

Ostetrica libero professionista

Brescia

Contatti

Stefania Paloschi

stefaniapaloschi.ostetrica@gmail.com

www.sceglilatuastetrica.altervista.org

RIASSUNTO

Premessa

Le libere professioniste rappresentano oggi solo l'1% delle ostetriche italiane. La libera professione ha subito un'evidente riduzione rispetto agli anni Settanta, quando la percentuale delle lavoratrici autonome era del 26,7%. Solo il 47% delle ostetriche, a distanza di un anno dalla Laurea, trova lavoro. Per la nuova generazione di ostetriche vedere la libera professione come una reale opportunità lavorativa è difficile.

Scopo

L'obiettivo principale della ricerca è fotografare la condizione della libera professione ostetrica nella realtà italiana odierna, mettendo in luce punti di forza e limitazioni.

Metodi

È stata condotta una ricerca quali-quantitativa. Per la raccolta dati è stato elaborato un questionario *on-line*, composto da trenta domande a risposte multiple e/o a completamento. Il questionario in forma anonima è rivolto esclusivamente alle ostetriche libere professioniste dichiarate e iscritte al proprio Collegio. In totale sono stati inviati ad aderire allo studio 187 soggetti, dando la possibilità ai destinatari di coinvolgere altre libere professioniste a loro note.

Risultati

Le risposte corrispondono al 44% della popolazione in esame. In Italia la libera professione è svolta soprattutto da donne sotto i 30 anni che lavorano nel Nord Italia, senza altre esperienze lavorative alle spalle. Professioniste che lavorando individualmente hanno aperto una partita Iva e sono iscritte alla gestione Inps Commercianti. Negli ultimi anni la libera professione è stata una preferenza delle neolaureate. La maggior offerta professionale è in ambito ostetrico. La limitazione più sentita in Italia è l'obbligo tributario dovuto alla gestione Inps - Cassa previdenziale commercianti.

Conclusioni

La libera professione ostetrica in Italia è una realtà ancora in evoluzione che ha bisogno di sostegno e supporto da parte delle rappresentanze ostetriche. Le libere professioniste dovrebbero porsi l'obiettivo di collaborare insieme per portare allo sviluppo della loro condizione lavorativa.

ABSTRACT

Background

Italian freelancer midwives of today account for only 1% of midwives Italian. The freelance work has undergone a marked reduction compared to the seventies, when the proportion of self-employed women was 26,7%. Only 47% of midwives, after one year of graduation, found a job. For the new generation of midwives feel the profession as a real opportunity to work is difficult.

Aims

The main objective of this research is to photograph the condition of midwifery freelance work in today's Italy, highlighting strengths and limitations.

Methods

A quali-quantitative research was carried out. For data collection an *on-line* questionnaire was created, composed of thirty multiple-choice questions and/or completion. The anonymous questionnaire is aimed exclusively at freelancer midwives, declared and recorded at their college. In total were sent to join the study 187 subjects, allowing recipients to involve other known freelancer midwives.

Results

The number of responses was 44% of the study population. The Italian freelancer midwife of today is a woman under the age of 30 working in the North of Italy, no other work experience behind her. A professional working by herself, registered for a VAT number and enrolled to Inps (national pension scheme) in managements. In recent years, the freelance work has been a preference of newly graduates. Most offer professional is in clinical midwifery. The limitation in importance in Italy is the tax liability due to the social security fund management Inps - Traders.

Conclusions

The midwifery in Italy is still a reality in evolution, which needs support and support from the representations midwives. The freelancers should aim to work together to lead the development of their employment status.

Introduzione

Le libere professioniste, considerate le partite Iva attive al 2012, alla fine dell'anno 2014 rappresentavano solo l'1% delle ostetriche italiane, come risulta dai dati forniti dagli studi di settore delle Agenzie delle Entrate. La libera professione oggi ha subito un'evidente riduzione rispetto agli anni Settanta, quando la percentuale delle lavoratrici autonome era del 26,7%. Questo è dovuto al cambiamento del modello di cura ostetrico, presente ormai in maggioranza negli ospedali sotto forma di lavoro dipendente, dopo che il parto si è spostato dalle mura domestiche a quelle delle sale parto ospedaliere.

Per la nuova generazione di ostetriche riuscire a vedere la libera professione come una reale opportunità lavorativa è forse difficile, frenate da una situazione economico-sociale sfavorevole in cui la mancanza di offerta lavorativa potrebbe imporre questa scelta. Solo il 47% delle ostetriche, a distanza di un anno dalla Laurea, trova lavoro (dati riferiti al 2014), cioè poco meno della metà di coloro che ogni anno si iscrivono al corso di Laurea. È facile, con un po' di coraggio, intraprendere la libera professione per ripiego, in attesa di un posto di lavoro come dipendente. In questi casi la speranza è che lavorando come libero professionista ci si renda conto quanto quest'attività rappresenti la massima esplicazione del proprio sapere, il massimo ricompensamento intellettuale degli sforzi fatti per arrivare a esercitare come ostetrica. Essere delle professioniste autonome significa portarsi al di fuori delle strutture ospedaliere o territoriali, cioè essere "capo" di se stesse, con la possibilità di scegliere in autonomia il tipo di assistenza da offrire alla donna e/o alla coppia.

Continuando nella lettura vi saranno evidenziati gli elementi organizzativi e pratici della libera professione ostetrica in Italia. È stata data importanza sia alla definizione delle criticità di questo lavoro sia al grado di soddisfacimento professionale e personale delle ostetriche. L'obiettivo principale è fotografare la condizione della libera professione nella realtà italiana odierna mettendo in luce i punti di forza e le limitazioni. Sono affrontati i temi delle criticità riguardanti lo svolgimento della libera professione ed elencate e descritte le possibili prestazioni ostetriche con i dati relativi all'effettivo servizio offerto dalle libere professioniste di oggi.

La ricerca

È stata condotta una ricerca quali-quantitativa nel periodo compreso tra aprile e settembre 2014. Per la raccolta dati è stato elaborato un questionario disponibile *on-line*, composto da trenta domande a risposte multiple e/o a completamento. In fase di realizzazione, tale questionario è stato validato da esperti nel settore economico-giudiziario e della comunicazione. Sono state intercettate 153 ostetriche libere professioniste tramite loro e-mail e 34 tra associazioni, studi o case maternità, dove altre libere professioniste operano. Il questionario in forma anonima è stato rivolto esclusivamente alle ostetriche libere professioniste dichiarate e iscritte al proprio Collegio.

Il numero di risposte è stato più che sufficiente per raggiungere l'obiettivo preposto e corrisponde al 44% dell'universo popolazione in esame (rispetto a studi di settore delle Agenzie delle Entrate, riferiti all'anno 2012).

Risultati

In Italia la libera professione è svolta soprattutto da donne con età inferiore ai 30 anni, che hanno iniziato a svolgere la propria attività subito dopo l'abilitazione (54%). Le ostetriche lavorano come libere professioniste a tempo pieno (78%), esercitando individualmente (66%). In media vi sono partite Iva aperte da circa 5 anni, ma la maggior parte dei soggetti sta lavorando solo da 1 anno. La gestione Inps principalmente utilizzata è quella dei Commercialisti (73%). Le regioni con una più alta percentuale di ostetriche libere professioniste sono: Lombardia, Emilia-Romagna, Piemonte, Veneto e Toscana.

Negli ultimi anni la libera professione è stata una preferenza delle neolaureate, che in situazione di mancanza di lavoro in forma dipendente, hanno vagliato questa modalità di lavoro, convinte e consapevoli della scelta effettuata. Ridotta la percentuale di coloro con una precedente e consolidata esperienza professionale da dipendenti del SSN, con una media di undici anni di esercizio.

Le prestazioni elargite dal campione riguardano soprattutto l'ambito ostetrico e neonatale e i servizi sono erogati principalmente a domicilio delle utenti. Questo dato rispetta le preferenze delle ostetriche rispetto alle tematiche scelte per la formazione continua, che rispecchiano l'ambito ostetrico-neonatale.

Il *web* è una frontiera di servizi e informazioni molto utilizzata dalle ostetriche italiane. Alcune operano direttamente *on-line*, creando dei servizi virtuali per le utenti. La ricerca di materiale e informazioni utili alla professione avviene soprattutto attraverso internet, fonte inestimabile di *data-base* e letteratura scientifica. Inoltre le risorse del *web* sono utilizzate specialmente per pubblicizzare le proprie attività. La maggior parte del campione possiede un sito internet personale o un *blog on-line* e in contemporanea una pagina ufficiale sul maggiore *social network* in uso.

Le linee guida impiegate per la pratica assistenziale delle ostetriche sono soprattutto quelle redatte dall'OMS. La documentazione clinica utilizzata è prodotta dalle ostetriche e si identifica: nelle cartelle cliniche per la sorveglianza/assistenza in gravidanza, nel parto e nel puerperio, nelle schede per il controllo dell'accrescimento neonatale e nelle schede/moduli vari per le consulenze.

Le ostetriche del campione si ritengono, per lo più, soddisfatte della scelta libero professionale, ma ammettono di aver iniziato l'attività superando parecchie difficoltà (62%). Alcune non sentivano di avere le competenze adeguate a un lavoro in autonomia, subito dopo la Laurea; l'obiettivo comune è stato quello di continuare a formarsi nei vari ambiti d'assistenza (25%). È interessante scoprire che le ostetriche si pongono nettamente a favore nel consigliare a una giovane neolaureata di intraprendere la libera professione. Opinione quasi unanime è che la scelta sia ben ponderata e voluta, ma soprattutto che possa esserci un affiancamento con colleghe esperte e una buona conoscenza dell'assistenza ostetrica nella fisiologia. È fondamentale che in questa scelta vi sia volontà, fiducia in se stessi e uno studio individuale costante.

Quasi all'unanimità hanno indicato come motivazione principale la scelta personale per realizzarsi professionalmente, per rispondere attivamente alle esigenze delle donne sul territorio e per garantire un modello di continuità di cure e un'assistenza *one to one*. La scelta di tale attività come ripiego è pressoché assente come motivazione esplicitata.

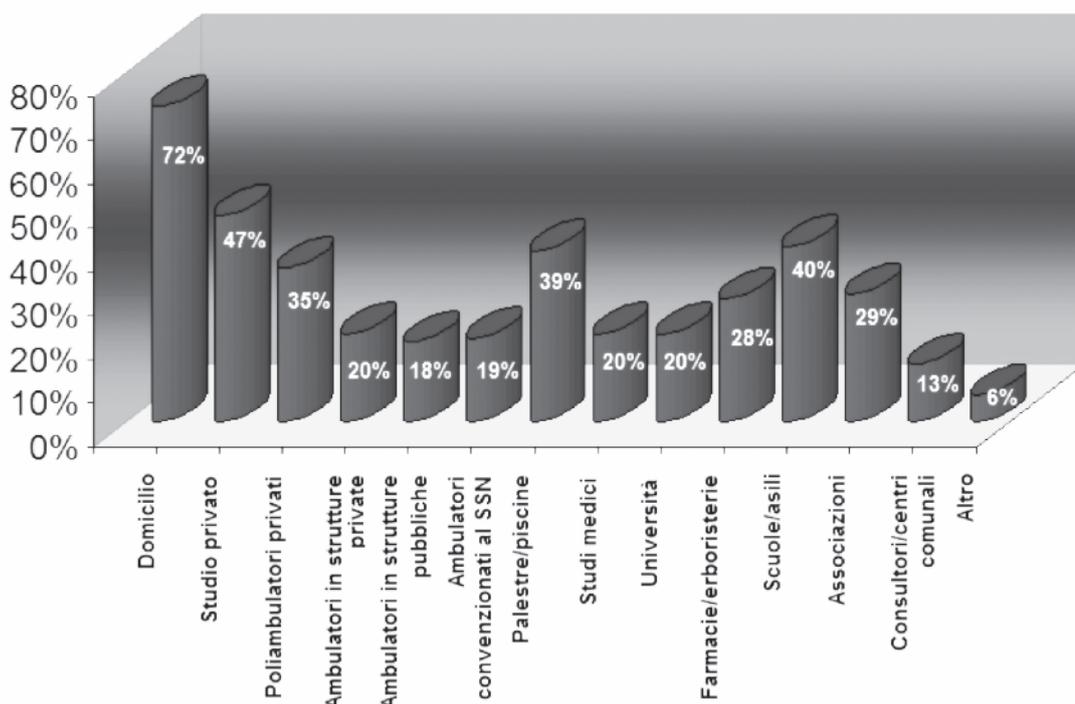
Un'altra difficoltà è stata a livello economico, poiché l'inizio attività ha portato alla molteplice richiesta di aiuto economico da parte delle ostetriche (57%). Il guadagno della maggior parte delle libere professioniste italiane, purtroppo, non supera i 5.000 euro annui, anche se sono pervenute realtà individuali dove il guadagno supera i 30.000 euro l'anno. Una tra le limitazioni più sentite in Italia è l'obbligo tributario dovuto alla gestione Inps - Cassa previdenziale commercianti, che rappresenta una pressione fiscale troppo alta per le lavoratrici indipendenti. Non a caso, coloro che non hanno ancora aperto la partita Iva motivano la loro scelta basandosi sul guadagno troppo esiguo per fronteggiare le spese della gestione fiscale.

Altre criticità comuni riguardano l'abusivismo professionale nella presa in carico di madre e bambino, la mancanza di empatia e collaborazione tra le professioniste stesse e l'assenza di percorsi universitari volti all'informazione riguardo la libera professione.

Uno degli ambiti che meriterebbe un approfondimento è proprio quello della ricerca di soluzioni ai problemi che limitano lo sviluppo della libera professione nel nostro Paese.

Le prestazioni/i servizi sono soprattutto garantiti a domicilio delle utenti o presso il proprio studio privato. Altri contesti di lavoro sono le palestre, gli studi medici e le farmacie o erboristerie, le scuole, le case di maternità, i centri comunali, gli asili nido, i consultori, le case di cura, gli studi riabilitativi o i poliambulatori.

I "luoghi" di lavoro delle ostetriche libere professioniste



| | |
|---|--|
| Prestazioni in gravidanza | <p>L'ostetrica esegue le visite in gravidanza nel suo studio o a domicilio.</p> <p>I dati rivelano che tra le libere professioniste la prima visita ostetrica con anamnesi, pianificazione del piano di assistenza e selezione del rischio ostetrico è realizzata dal 61% di loro, mentre le successive visite sono effettuate dal 64%.</p> <p>La possibilità di auscultare il battito cardiaco fetale utilizzando ecografo o monitor fetali (<i>Sonicaid</i>) è adoperata dal 54% delle ostetriche. La cardiotocografia e l'utilizzo dell'ecografia office come supporto alla visita sono, invece, servizi raramente offerti dalle libere professioniste.</p> <p>La consulenza ostetrica in gravidanza offre la possibilità di risolvere affezioni femminili, ricevere consigli sull'alimentazione, promuovere il movimento o discutere sulla sessualità.</p> <p>Questo servizio è promosso dal 63% delle ostetriche intervistate.</p> |
| Prestazioni per travaglio, parto, post-parto e neonato fisiologico | <p>Il travaglio, il parto e il puerperio possono essere assistiti dall'ostetrica libero professionista sia nelle strutture accreditate sia a domicilio. L'assistenza a domicilio è offerta dal 57% delle ostetriche che hanno risposto all'indagine e la maggior parte di loro effettua questo servizio spesso o addirittura sempre.</p> <p>La presenza nelle strutture accreditate delle libere professioniste è del 27%. In alternativa all'assistenza pratica nel parto, le ostetriche possono offrire l'accompagnamento in ospedale e il loro sostegno e supporto durante il travaglio, servizio che è portato a termine dal 58% delle ostetriche. La prestazione eseguita dal 62% delle ostetriche è la reperibilità di 24 ore dalla 38^a settimana alla 41^a settimana. Alcune strutture permettono all'ostetrica libero professionista di strumentare i parti cesarei o altri interventi delle loro assistite, questo è eseguito dall'11%.</p> <p>Dopo la nascita, l'ostetrica può offrire una o più visite domiciliari durante il puerperio, attività svolta dal 71% delle ostetriche. Le prestazioni che tengono impegnate il 72% delle libere professioniste sono le consulenze per il sostegno all'allattamento, eseguite individualmente (con reperibilità di 24 ore) o in gruppo.</p> <p>La salute del neonato non è competenza unica del pediatra, anche l'ostetrica è formata per riconoscere tempestivamente la presenza di patologia. È lei la prima figura che accoglie il bambino e oltre alle prime attenzioni con misurazioni, bagnetti e medicazioni del cordone si occupa di proteggere il nuovo rapporto madre-bambino.</p> <p>Il 65% delle ostetriche interrogate fornisce abitualmente le prime cure verso il neonato, come il controllo della crescita, lo stato di salute generale, lo svezzamento, etc.</p> <p>Una prestazione che presenta delle difficoltà pratiche è l'esecuzione dei test di screening neonatali, servizio eseguito dal 40% delle libere professioniste, in contrasto con la percentuale maggiore delle assistenze a domicilio.</p> |
| Corsi, incontri e consulenze | <p>L'ostetrica può creare gruppi fra donne o coppie che stanno attraversando una fase importante della vita.</p> <p>La condivisione di vissuti, emozioni ed esperienze personali può essere lo scopo principale del gruppo.</p> <p>Il professionista attraverso metodi comunicativi, lavori corporei e tecniche varie, fa acquisire ai partecipanti gli strumenti utili per vivere serenamente un determinato momento.</p> <p>L'ostetrica può sviluppare corsi individuali o di gruppo, finalizzati a far vivere nel modo migliore il travaglio, il parto, il puerperio, l'allattamento, la contraccezione, la sessualità, la menopausa, etc.</p> <p>Il punto di forza dei corsi è il sostegno e la condivisione tra i partecipanti, l'ostetrica è una mediatrice, cercando di risolvere dubbi e proponendo soluzioni per ogni esigenza. Attualmente sono attivi varie tipologie di corsi: l'accompagnamento alla nascita (anche per la coppia), il movimento e l'acquaticità in gravidanza, incontri post-parto, il sostegno all'allattamento materno, il massaggio neonatale, la prevenzione e il trattamento delle disfunzioni del pavimento pelvico, i cambiamenti della menopausa, l'educazione alla salute e alla sessualità nelle scuole o comunità, etc.</p> <p>I corsi maggiormente sviluppati sono quelli di preparazione alla nascita, effettuati dal 71% delle libere professioniste.</p> <p>La frequenza dei corsi post-parto e di prevenzione e trattamento delle disfunzioni perineali, sono eseguiti rispettivamente dal 60% e 50% delle ostetriche. Gli innovativi e ricercati corsi di massaggio al neonato sono eseguiti dal 49% delle intervistate.</p> <p>Quelli sulla menopausa e sull'educazione alla salute e alla sessualità sono in lenta crescita tra le libere professioniste, il 39% li propone e la maggior parte li svolge saltuariamente.</p> <p>A livello individuale l'ostetrica può offrire consulenze contraccettive, sessuologiche, preconcezionali o interventi educativi, ad esempio l'autopalpazione della mammella, l'uso di coppette mestruali e/o assorbenti lavabili, il corretto utilizzo dei contraccettivi, etc. L'educazione alla sessualità permette agli utenti di conoscere la fisiologia della sfera sessuale, offrendo la possibilità di vivere una sessualità serena e consapevole.</p> <p>Alla coppia che prevede una gravidanza, l'ostetrica può fornire informazioni utili su come riconoscere la propria fertilità, rispondere a domande e dubbi su cosa li attende e indirizzare la donna verso l'assistenza più adatta a lei e al compagno.</p> |
| Prestazioni varie e collaborazioni | <p>L'ostetrica si occupa di prevenzione contro i tumori della sfera genitale femminile, per questo può offrire l'esecuzione di test di screening come il <i>Pap test</i>. Il 40% delle libere professioniste offre questo servizio.</p> <p>Altre prestazioni sono l'introduzione del pessario (per il prolasso), il corretto utilizzo del diaframma, la regolazione fisiologica della fertilità o le cure naturali per le infiammazioni genitali; questi servizi sono eseguiti raramente dal 32% delle ostetriche.</p> <p>L'assistenza ginecologica che l'ostetrica può offrire si realizza attraverso la cura in ospedale, in ambulatorio o a domicilio durante il periodo post-operatorio. Questi servizi sono eseguiti da circa il 14% delle libere professioniste.</p> <p>L'ostetrica ha la possibilità di creare collaborazioni con altri professionisti per eseguire prestazioni diagnostiche, strumentali e terapeutiche oppure realizzare contratti con strutture pubbliche o private.</p> <p>In media, solo il 19% delle libere professioniste riesce raramente a realizzare questo tipo di cooperazione.</p> <p>Infine, l'ostetrica ha la possibilità di creare rapporti di docenza o consulenza con istituzioni pubbliche e private, realizzare interventi di formazione sanitaria rivolti a professionisti e compiere attività tutoriale o di addestramento: prestazioni erogate, in media, dal 21% delle libere professioniste. I servizi offerti solo dal 10% ostetriche sono quelli per la progettazione d'interventi nella ricerca e per la concessione di pareri tecnici medico-legali.</p> |

Tavola riassuntiva delle prestazioni ostetriche

Le prestazioni che un'ostetrica può offrire ricoprono gli ambiti della salute femminile dalla nascita fino alla menopausa.

Le prestazioni/servizi maggiormente erogati in ordine decrescente sono:

- *in ambito ostetrico*: l'auscultazione del BCF, l'assistenza al parto e *post-partum* a domicilio, l'accompagnamento e il sostegno alla donna in ospedale nel travaglio/parto, i controlli in gravidanza con inclusa la reperibilità presso il termine, le consulenze ostetriche, le visite domiciliari in puerperio e i corsi di accompagnamento alla nascita;
- *in ambito neonatale*: le prime cure al neonato e le consulenze per il sostegno all'allattamento sia in forma individuale e sia in gruppo;
- *in ambito ginecologico*: gli incontri di educazione alla salute, la consulenza per la menopausa individuale o in gruppo, l'esecuzione del *Pap test* e del tampone vaginale e infine la prevenzione e il trattamento delle disfunzioni del pavimento pelvico.

Le prestazioni relative all'attività di ricerca e alla didattica sono erogate con minor frequenza rispetto agli altri campi.

Conclusioni

Si può affermare che la libera professione ostetrica in Italia è una realtà ancora in evoluzione, che ha bisogno di sostegno e supporto da parte delle rappresentanze ostetriche. Le libere professioniste di oggi devono porsi l'obiettivo di collaborare insieme per portare lo sviluppo della loro condizione lavorativa. La forza nascente dall'unione di più ostetriche potrebbe contribuire allo scioglimento di alcuni ostacoli comuni alle professioniste e portare a un livello superiore sia il guadagno effettivo proveniente dalle attività erogate, sia la soddisfazione personale rispetto alla scelta libero professionale.

Quest'indagine potrebbe essere un punto di partenza per un'analisi temporale sullo sviluppo della libera professione come campo occupazionale delle ostetriche. È importante trasmettere alle donne il messaggio che vi è la possibilità di avere accanto un'ostetrica scelta personalmente, con la garanzia di affidarsi a una professionista abilitata e competente che potrà offrire una straordinaria continuità assistenziale. È confortante notare che si sta dando nuovamente importanza alla formazione sull'esercizio della libera professione, che negli ultimi trent'anni è stato pressoché dimenticato e accantonato. Solo percorrendo questa strada di rinascita e di nuova consapevolezza si potrà rispondere alle molteplici richieste delle ostetriche e trovare soluzioni alle difficoltà di gestione che l'imprenditorialità di un'attività libero professionale presenta.

Principali riferimenti bibliografici

- Bertazzoni C. L'ostetrica imprenditrice di se stessa [registrazione audio]. In: Bertazzoni C, Lancia G, Ricci R et alii (a cura di). "La libera professione. L'ostetrica imprenditrice di se stessa". Corso di formazione ECM; 5 ottobre 2013; Bari, Italia
- Campiotti M, Lisa M, Pastura S (et alii). Tavola rotonda: "La libera professione in pratica. Le modalità e gli adempimenti" [registrazione audio]. In: Bertazzoni C, Lancia G, Ricci R et alii (a cura di). "La libera professione. L'ostetrica imprenditrice di se stessa". Corso di formazione ECM; 5 ottobre 2013; Bari, Italia
- Guana M. "La libera professione dell'ostetrica/o. Rinascita e crescita di un settore professionale". *Lucina La rivista dell'ostetrica/o*. 2012; 2: 7-12
- Lancia G. Aspetti fiscali/amministrativi/previdenziali [registrazione audio]. In: Bertazzoni C, Lancia G, Ricci R et alii (a cura di). "La libera professione. L'ostetrica imprenditrice di se stessa". Corso di formazione ECM; 5 ottobre 2013; Bari, Italia



LA SICUREZZA IN SALA PARTO: UN IMPERATIVO INDEROGABILE

Definizione del problema: l'ostetrica/o

Security in the Delivery Room: a mandatory imperative.
Defining the problem: the midwife

Autrice

Simona Di Matteo

Ostetrica, UO Ostetricia Ginecologia dell'Ospedale di Sassuolo

Contatti

Simona Di Matteo

simonadimatteo2@virgilio.it

RIASSUNTO

La sicurezza in sala deve essere percepita e considerata un imperativo inderogabile, attraverso la definizione del rischio ostetrico. Il rischio in ostetricia è il punto di partenza per gestire la gravidanza, il travaglio/parto, l'immediato *post-partum* e il puerperio. La figura dell'ostetrica è in grado di valutare e gestire il rischio attraverso il suo sapere e l'inquadramento legislativo. Affinché la sicurezza sia garantita e stabilita, le sale parto devono essere organizzate con referenti e responsabili, ma solo con la comunicazione con le famiglie e ancor prima tra gli operatori si riuscirà a ottenere un ambiente equilibrato e rispettoso!

Parole chiave

Sicurezza, rischio, comunicazione, *team*, ostetrica.

ABSTRACT

The security room must be perceived and considered a mandatory imperative, through the definition of risk obstetrician. The risk in obstetrics is the starting point for managing pregnancy, labor/delivery, the immediate *post-partum* period and the puerperium. The figure of the midwife is able to assess and manage risk through his knowledge and the legislative framework. So that security is guaranteed and established, the delivery rooms must be organized with officers and managers, but only communication with families and even before between operators will be able to get a balanced environment and respectful!

Keywords

Security, risk, communication, *team*, midwife.

Introduzione

Come far divenire la sicurezza un imperativo inderogabile in sala parto? I modi per rispondere a questo quesito sono differenti, ma sostengo che un buon punto di partenza sia nella definizione del rischio, che, per gli operatori che assistono la gravidanza e il parto, costituisce il punto di partenza irrinunciabile e metodologicamente corretto a garanzia della sicurezza dell'operare dei professionisti.

Nel 1996 l'OMS sosteneva che lo scopo dell'assistenza al parto fisiologico, indipendentemente dal Paese, dalla regione geografica e dalla sede, caratteristiche o livello del luogo in cui avviene il parto è "raggiungere l'obiettivo di madre e figlio in buona salute con il livello minore di intervento compatibile con la sicurezza".

Ma cosa è il rischio?

Una gravidanza viene definita "a rischio" quando esiste la possibilità di un esito patologico per la donna e/o il bambino con un'incidenza maggiore di quella esistente nella popolazione generale delle gestanti.

Il rischio può essere una condizione irreversibile, oppure transitoria e, quindi, reversibile, con cui uno stato di malattia, materna o fetale, ha inizio e riconduce l'assistenza su binari differenti che possono/debbono continuamente essere rivisti.

Un travaglio di parto a rischio è un travaglio di parto in cui l'incidenza di morbilità e mortalità materna e/o fetale o neonatale risulta aumentato rispetto al travaglio di parto nella popolazione generale a causa di:

- patologie materne e/o fetali preesistenti al travaglio stesso;
- comparsa di fattori imprevedibili che complicano un travaglio di parto inizialmente classificato come fisiologico.

La valutazione del rischio ostetrico è vista non solo come misura, ma come processo continuo attraverso la gravidanza e il travaglio. In ogni momento infatti possono esserci complicazioni della gravidanza che possono indurre ad applicare alla donna un livello di cure più intensivo.

Riflessioni

La valutazione del rischio è il pre-requisito fondante per pianificare e attuare una appropriata e sicura sorveglianza clinica. L'insorgenza di un fattore di rischio non giustifica l'introduzione di un livello assistenziale intensivo generalizzato, ma richiede una "care" specifica al rischio. Nell'impostare e applicare misure di prevenzione e di assistenza per la gravidanza e il parto è prioritario pianificare processi assistenziali sulla base dei possibili livelli di rischio, implementando procedure che riconoscano il ruolo delle valutazioni scientifiche (EBM, EBO) come criterio-guida dell'agire clinico.

Saper rilevare e gestire correttamente il rischio in gravidanza, in travaglio-parto e in puerperio può garantire:

- continuità dell'assistenza;
- tempestività ed efficacia nel far fronte a situazioni critiche di urgenza/emergenza ostetrica;
- presenza di operatori pronti a intervenire secondo modalità che consentano la corretta gestione di eventi critici sia sul piano clinico che organizzativo.

Dove avviene, o meglio, deve avvenire la valutazione del rischio?

- Ambulatorio della gravidanza a termine.
- Accettazione ostetrica.
- Travaglio-parto.

Nel momento in cui la donna gravida viene accolta nella struttura ospedaliera di riferimento (37 settimane circa) deve essere valutato:

- il vissuto clinico della donna prima della gravidanza (condizione clinica pregravidica);
- il decorso della gravidanza sia da un punto di vista materno che fetale;
- eventuali fattori di rischio pregravidici e/o gravidici (materni e/o fetali);
- se presenti fattori di rischio è necessario classificare il livello di rischio presente, il suo momento di insorgenza e il livello di cura attuato fino a quel momento;
- pianificare il percorso assistenziale e di sorveglianza clinica che deve essere rivalutato continuamente ed eventualmente modificato, in base alle necessità specifiche di quella donna, di quella gravidanza, di quel feto.

In base al concetto di rischio ipossico in travaglio di parto e in base ai fattori di rischio presenti e/o emergenti sia materni che fetali e al loro momento di insorgenza, si identificano diversi profili assistenziali che ci permettono di definire:

- quando e come avverrà il monitoraggio della gravidanza a termine (numero di accessi all'ambulatorio, ecografia, CTG, esami ematochimici, etc.);
- timing del parto;
- modalità di espletamento del parto (parto vaginale, taglio cesareo);
- conduzione dell'assistenza al travaglio di parto e al parto sia dal punto di vista della donna (misurazione pressione arteriosa, stick glicemici, esami ematochimici, etc.) che del feto (monitoraggio cardiocografico intermittente o continuo);
- conduzione dell'assistenza nell'immediato *post-partum* e puerperio;



- quali figure professionali coinvolte nelle varie fasi del percorso, le loro competenze e le loro responsabilità cliniche.

E l'ostetrica in tutto questo?

È colei che accoglie la donna nei diversi momenti assistenziali: in gravidanza, nell'ambulatorio della gravidanza a termine (AGAT), in Accettazione Ostetrica - Pronto Soccorso e al ricovero categorizzando l'assistenza e gli interventi in collaborazione con il medico.

Ma come si pone la figura dell'ostetrica al di fuori della fisiologia? Inquadriamo innanzitutto il nostro operato.

Recita il DM 740/1994, art. 1, comma 5: "... l'ostetrica è in grado d'individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono l'intervento medico... E di praticare, ove occorra, le relative misure di particolare emergenza".

Il limite tra l'attività dell'ostetrica/o e quella del medico è individuato nel passaggio dal parto eutocico al parto non fisiologico.

L'ostetrica/o ha la competenza nella gestione dell'emergenza, anche se solo nei casi di assenza del medico (che non raffigura il reato di esercizio abusivo della professione).

Inoltre definisce che la figura dell'ostetrica/o ha la possibilità di fare diagnosi, dal momento che l'individuazione di situazioni potenzialmente patologiche altro non è se non una valutazione di tipo diagnostico.

Nel caso compaiano complicanze con l'intervento medico è responsabilità dell'ostetrica fornire:

- supporto alla donna e alla famiglia con assistenza anche di tipo relazionale;
- massima attenzione alla continuità delle cure;
- conservazione della gravidanza e parto i più fisiologici possibili.

Nel rischio l'ostetrica sarà impegnata nell'assistenza al travaglio di parto con la supervisione continua del medico che prenderà in prima persona ogni decisione di tipo assistenziale e/o terapeutica e che dovrà sempre essere presente al momento del parto e per tutto il terzo stadio del travaglio di parto.

E l'one-to-one?

Si deve enfatizzare che l'one-to-one è un prerequisito insostituibile per la sicurezza in sala parto e non solo nella fisiologia, infatti esso è:

- utilissimo nel saper evidenziare condizioni emergenti di rischio nella fisiologia;
- necessario nella conduzione di travagli a rischio;
- modello assistenziale insostituibile in termini di appropriatezza e sicurezza anche se la sua concreta realizzazione può risultare critica dal punto di vista organizzativo.

Gli elementi inderogabili nella sicurezza in sala parto e nella gestione del rischio partono da un'organizzazione di quest'ultima che deve essere "gerarchica" e costituita preferibilmente da operatori dedicati, con responsabili di riferimento sia dell'area medica che di quella ostetrica; ma questo non basta se non impariamo a inserire il nostro lavoro in un contesto più ampio (tutto ciò si concretizza nelle emergenze).

È importante lavorare insieme!

In sala parto il *team* deve essere multidisciplinare:

- ginecologo;
- ostetrica;
- neonatologo;
- anestesista.

Assicurare tramite il governo clinico una pratica medica sicura, attraverso:

- definizione del rischio;
- comunicazione;
- linee guida/protocolli/procedure;
- lezioni di apprendimento;
- simulazioni;
- revisione continua dell'organizzazione;
- *audit* degli eventi avversi.

Conclusioni

- Categorizzare bene e in modo dinamico il rischio e i nostri interventi diversificandoli in base al rischio per renderli appropriati.
- Definire le competenze e l'ambito dell'operare.
- Organizzare bene le sale parto con referenti e responsabili.

- Far riferimento dell'operare alla miglior pratica clinica.
- Comunicare con le famiglie e ancor prima tra gli operatori, rispettandosi!

Fonti bibliografiche

1. D.M. 24 Aprile 2000 Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al "Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000" (POMI)
2. Care in Normal Birth: a Practical Guide. WHO/FRH/MSM/96.24
3. DGR 533/2008 alle Aziende Sanitarie in merito al programma percorso nascita, Bollettino Ufficiale della Regione Emilia Romagna, n. 82, 2008
4. James DK. Risk at Booking Visit. In James DK, Stirrat GM (eds) Pregnancy and Risk, pp 45-80, Chichester: John Wiley (1988)
5. Low J.A. Determining the contribution of asphyxia to brain damage in neonate. J Obstet Gynaecol Res 2004; 30: 276-286
6. Low J.A., Pickergill H., Killen H. The prediction and prevention of intrapartum fetal asphyxia term pregnancy. Am J Obstet Gynaecol 2001; 184:724-30
7. American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force On Neonatal Encephalopathy and Cerebral Palsy, American College of Obstetricians and Gynecologists, American Academy of Pediatrics. Neonatal encephalopathy and cerebral palsy: defining the pathogenesis and pathophysiology. Washington, DC: ACOG; 2003
8. Codice Penale. art. 54
9. Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto. Ministero della Salute, Racc. n. 6, marzo 2008
10. "La sorveglianza del benessere fetale in travaglio di parto. Linea guida basata su prove di efficacia". Regione Emilia Romagna, 2004
11. National Health Service Litigation Authority Clinical Negligence Scheme for Trust Maternity Clinical Risk Management Standards, London 2007

Tabella 1 – Principali elementi per una buona e sicura condotta ostetrica

| | | | |
|-------------------|--|---|--|
| Operatori | Filosofia di cura condivisa | Organizzazione chiara sia per le ostetriche sia per i medici che preveda linee di comunicazione trasparenti | Approccio di squadra basato sul reciproco rispetto |
| Contesto | Analisi del contesto e dell'organizzazione | Definizione e conoscenza del percorso assistenziale | |
| Conoscenza | Condivisione delle procedure | Rispetto delle procedure | <i>Clinical competence</i> degli operatori |

Tratto da Healthcare Commission. Review of Maternity Services Provided by the North West London Hospitals NHS Trust. London: Healthcare Commission 2005

La prevenzione del tumore della mammella in gravidanza

Presentazione di un progetto pilota e proposta operativa per le ostetriche

The prevention of breast cancer in pregnant women
Presentation of a pilot project for midwives

Autrice

Sara Cappi

Ostetrica Dipartimento Materno-Infantile

Ospedale "Moriggia-Pelascini" di Gravedona e Uniti (Como)

Accademia di Senologia di Gravedona e Uniti

RIASSUNTO

L'aumento dell'età materna alla prima gravidanza e dell'incidenza del tumore alla mammella nelle donne giovani hanno determinato un incremento dell'incidenza del carcinoma mammario diagnosticato in gravidanza.

Per questo è stato realizzato un progetto pilota che consiste nell'offrire a tutte le donne gravide la possibilità di eseguire una visita senologica con ecografia mammaria durante il primo trimestre.

Gli obiettivi del progetto sono la diagnosi precoce del tumore in gravidanza, la sensibilizzazione dei ginecologi e delle donne al problema del carcinoma mammario in gravidanza e la sensibilizzare delle donne alla prevenzione senologica.

ABSTRACT

Increasing maternal age at first pregnancy and increasing incidence of breast cancer in young women cause an increased incidence of breast cancer diagnosed during pregnancy.

A pilot project has been realized for pregnant women that offers the opportunity to perform a clinical breast examination and breast ultrasound during the first trimester of pregnancy.

The objectives of the project are the early detection of breast cancer in pregnancy, the awareness of gynecologists and women to the problem of breast cancer during pregnancy and awareness of women in the prevention of breast cancer, even outside the pregnancy.

Il carcinoma della mammella associato alla gravidanza¹ è il carcinoma della mammella diagnosticato durante la gravidanza o entro un anno dal parto o durante l'allattamento (1; 2).

Il carcinoma della mammella è la neoplasia più comune nelle donne in gravidanza con un'incidenza di 1 caso su 1.000-3.000 gravidanze (3; 4; 5).

L'età media delle pazienti al momento della diagnosi è compresa tra i 32 e i 38 anni.

L'aumento d'incidenza del carcinoma mammario diagnosticato in gravidanza è dovuto all'aumento dell'età delle donne italiane alla prima gravidanza (età media al primo figlio: >31 anni) (6) e all'aumento di incidenza del tumore della mammella nelle donne giovani.

Inoltre per le donne che sviluppano un tumore della mammella in gravidanza si è osservato un ritardo diagnostico variabile da 1,5 a 6 mesi, dovuto sia alle difficoltà dell'esame obiettivo della mammella per i cambia-

menti fisiologici della mammella in gravidanza, sia alla scarsa attenzione al problema da parte degli specialisti che seguono la gravidanza (5).

La diagnosi precoce del tumore della mammella è un fattore determinante per la sua prognosi.

Purtroppo in circa il 90% dei casi il primo sintomo della neoplasia mammaria PABC (nodulo palpabile, retrazione cutanea) è stato rilevato dalla paziente stessa, nonostante le ripetute visite cliniche alle quali si era sottoposta per monitorare la gravidanza.

I senologi dell'Unità Operativa di Senologia dell'Ospedale Moriggia-Pelascini di Gravedona ed Uniti, hanno progettato uno studio pilota finalizzato alla prevenzione senologica per le donne in gravidanza.

Gli obiettivi del progetto sono la diagnosi precoce del carcinoma mammario in gravidanza, la sensibilizzazione delle donne e degli operatori al problema, la sensibilizzazione delle donne alla prevenzione senologica.

1. PABC: Pregnancy-associated breast cancer o CAMG: Carcinoma della mammella associato alla gravidanza.

Materiali e metodi

Il progetto ha coinvolto i senologi e i ginecologi dell'Ospedale Moriggia-Pelascini di Gravedona e Uniti ed è iniziato in maggio del 2013; i senologi operano anche negli ambulatori di Prevenzione della Delegazione Alto Lario della LILT (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori).

Il progetto consiste nell'offrire una visita senologica specialistica e un'ecografia mammaria gratuite a tutte le donne gravide durante il primo trimestre.

Proprio per favorire l'adesione delle donne al progetto, si è deciso di offrire il controllo senologico gratuitamente; questo è stato possibile grazie al supporto economico del gruppo Giovani Marmotte Alto Lario, che è un gruppo di donne ammalatesi di tumore della mammella prima dei 50 anni².

Prima di iniziare, i senologi dell'Unità di Senologia dell'Ospedale hanno tenuto riunioni informative con i ginecologi per illustrare gli obiettivi e le modalità operative del progetto.

È stato predisposto un modulo che il ginecologo compila e consegna alla donna gravida al momento della visita; nella stesura del modulo si è perseguito l'obiettivo di renderlo molto semplice per facilitare la sua compilazione, considerando che altri dati utili sono registrati nella scheda ostetrica e nella scheda senologica. Sul modulo sono riportati i dati anagrafici della donna, la nazionalità, l'età gestazionale, il numero di gravidanze e il numero telefonico da chiamare per prenotare la visita e l'ecografia.

È stata scelta questa modalità operativa per lasciare alla donna una maggior libertà di scelta, in relazione ai suoi impegni, e per il fatto che l'altra modalità operativa presa in considerazione, vale a dire di eseguire il controllo senologico in concomitanza del controllo ostetrico, è stata scartata perché ritenuta non praticabile, in quanto gli orari dell'ambulatorio ostetrico non coincidono con gli orari degli ambulatorio senologico. La seconda parte del modulo è compilata dal senologo al momento della visita. Oltre alla diagnosi, viene rilevato se si tratta della prima visita senologica, al fine di conoscere il livello di sensibilizzazione alla prevenzione senologica nelle donne giovani.

Il modulo è ritirato dal senologo al momento della visita e i dati sono inseriti in un *data-base* per le valutazioni statistiche, da una *data-manager* della Delegazione Alto Lario della LILT.

La visita senologica e l'ecografia sono consigliate dal ginecologo in occasione del primo controllo effettuato in gravidanza, in modo che possano essere eseguite nel primo trimestre di gravidanza, quando le mammelle sono più facilmente indagabili.

Il progetto è stato pubblicizzato anche sui *social network* (Facebook) e attraverso i media locali; questo ha determinato la presentazione spontanea al controllo senologico di donne gravide, seguite da ginecologi non coinvolti nel progetto.

Risultati

L'analisi dei dati, dopo 2 anni e 2 mesi del progetto, hanno dimostrato una buona *compliance* (tasso di adesione) da parte delle donne. In particolare il 33,5% delle donne che hanno aderito al progetto non si era mai sottoposta a un controllo senologico (età media 30 anni).

Si ipotizza che esse, sensibilizzate al problema della prevenzione senologica durante la gravidanza, continueranno a sottoporsi a controlli senologici regolari anche in futuro. Le criticità emerse sono due.

1. Le donne non italiane che hanno partecipato al progetto sono l' 8,2% e sono circa il 5 % delle donne non italiane che hanno partorito durante il periodo del progetto. Questa bassa percentuale è motivo di riflessione su come in futuro poter migliorare la loro partecipazione con interventi mirati sulle donne di popolazioni migranti.
2. Solo il 48% delle donne che hanno partecipato al progetto è stata inviata dai ginecologi dell'ospedale. Questo dato è interpretabile con due spiegazioni. Da una parte la buona risonanza sui *social network* del progetto che ha portato alla presentazione "spontanea" del 52% delle donne; dall'altra la scarsa attenzione rivolta al controllo senologico da parte dei ginecologi coinvolti, deducibile dal numero di donne inviate al controllo senologico in rapporto al numero dei parti, pur considerando che alcune donne non vogliono sottoporsi al controllo senologico proposto. In particolare è stata evidenziata la graduale perdita di attenzione dei ginecologi al progetto con il passare del tempo. Per superare questo punto, i senologi hanno tenuto incontri informativi a cadenza bimestrale con i ginecologi, producendo dei *report* con i dati di monitoraggio del progetto stesso.

Conclusioni

Il progetto si è mostrato fattibile e pertanto può essere riproposto in altri centri. Per implementare il progetto, da giugno 2015 si è deciso di coinvolgere le ostetriche (7), che prestano assistenza alla donna gravida (per la gravidanza fisiologica). Per questo sono state organizzate riunioni per informare e sensibilizzare le ostetriche e si è deciso inoltre di organizzare un corso di senologia indirizzato a loro, per aumentare le loro conoscenze senologiche.

Bibliografia

1. Petrek JA, Dukoff R, Rogatko A. Prognosis of pregnancy-associated breast cancer. s.l.: Cancer 1991;67(4):869-72
2. Woo JC, Yu T, Hurd TC. Breast cancer in pregnancy: a literature review. s.l.: Arch Surg 2003; 138:91-8; discussion: 99

SEGUE A PAGINA 40

Tre anni di impegno per la professione ostetrica. Triennio 2015-2017

SEGUE DA PAGINA 1

L'implementazione dei rapporti con le società scientifiche di settore deve mirare a rendere sinergiche le forze politiche nella definizione di strategie condivise per l'evoluzione della professione anche verso le competenze avanzate e di tipo specialistico che vengono evocate dal comma 566 dell'articolo 1 della Legge di stabilità 2015.

Il protagonismo deve essere attivo anche nell'individuare azioni condivise, tra FNCO e Collegi, per contrastare il **fenomeno della disoccupazione professionale**, anche attraverso un'adeguata definizione del fabbisogno formativo che tenga conto di tutta una serie di variabili che incidono sul mercato del lavoro.

Fortemente attivi sono i soggetti politici nell'affermazione della figura dell'ostetrica/o nei settori e ambiti di competenza al fine di contrastare il processo di erosione delle competenze ostetriche e "l'appropriazione di attività" da parte di figure professionali non regolamentate che cercano spazi attraverso la norma UNI introdotta con la Legge 4/2013 recante "Disposizioni in materia di professioni non organizzate".

L'impegno istituzionale della FNCO sarà massimo nel monitorare che referenti della categoria siano "convocati" nelle sedi istituzionalmente preposte a livello nazionale (Ministero della Salute/MIUR/ISS/CSS, etc., nei Tavoli Tecnici ministeriali), a livello locale nelle Commissioni regionali, nei gruppi di lavoro locali istituiti nelle strutture del SSN e SSR e in questo caso con la massima rappresentatività dei Collegi territorialmente incidenti.

La missione dell'ente, a livello nazionale come a livello locale, è garantire alla donna/coppia adeguati livelli di sicurezza delle cure, anche, attraverso la regolamentazione dell'esercizio professionale dell'ostetrica/o mediante linee guida accreditate e istituzionali. Processo già avviato nel 2010 con la partecipazione della FNCO in seno al SBLG per la definizione di LG sulla Gravidanza Fisiologica (di prossima revisione), LG Taglio Cesareo I e II parte e per la recente attivazione del panel per la definizione della linea guida "Emorragia del post-partum".

In tale ottica si è orientato il Comitato Centrale che ha chiesto al Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) di inserire nell'Agenda 2015-2016 la definizione di LG per "Assistenza al parto extra ospedaliero".

La FNCO proseguirà quanto già avviato per dotare le ostetriche dipendenti del SSN di strumenti operativi istituzionali da adottare nelle attività ambulatoriali ostetriche quali il *ricettario rosa per la prescrizione da parte dell'ostetrica/o della diagnostica prenatale (DM 28.09.1998)* e lo *specifico codice da inserire nei nomenclatori regionali diretto a identificare l'ostetrica quale proscrittore*.

Il processo di rinnovamento del Soggetto Politico-Professionale e di protagonismo attivo dello stesso nei processi di riorganizzazione sanitaria e di sviluppo della professione non può passare attraverso rivendicazioni sindacali ma deve scaturire da una analisi critica di cosa era in passato, cosa è oggi e cosa sarà la professione di ostetrica/o in futuro.

Un futuro che deve impegnare tutte le ostetriche iscritte, dipendenti, libere professioniste nel processo di riaffermazione della figura professionale ostetrica/o in un momento storico in cui si avverte un notevole disagio dentro e fuori la categoria. Disagio che va interpretato e gestito con l'apporto sinergico di tutti gli attori del sistema politico-professionale a livello centrale e locale e che si gioverà della procedura di centralizzazione del servizio di consulenza legale e di supporto amministrativo avviato con le delibere a contrarre recentemente approvate dal Comitato Centrale (per approfondimenti consultare la sezione "Amministrazione trasparente" del portale della FNCO, pagina "Bandi di gara e contratti").

Il Comitato Centrale, nel corso del triennio 2015-2017, sarà fortemente impegnato nella **politica** già avviata che non può prescindere però dal coinvolgimento di tutti gli iscritti a tutti i livelli di rappresentanza.

"L'uomo è per natura un animale politico"

(Aristotele, *Politica*)

Maria Vicario
Presidente FNCO

La prevenzione del tumore della mammella in gravidanza

SEGUE DA PAGINA 39

- Ives AD, Saunders CM, Semmens JB. The Western Australian gestational breast cancer project: a population-based study of the incidence, management and outcomes. *s.l.: Breast* 2005; 14:276-82
- Parente JT, Amsel M, Lerner R, Chinea F. Breast cancer associated with pregnancy. *s.l.: Obstet Gynecol* 1988; 71:861-4
- Forza operativa Nazionale sul Carcinoma Mammario - Linee guida: carcinoma mammario in gravidanza

- Certificato di assistenza al parto (CeDAP) Analisi dell'evento nascita - Anno 2011
- Mahide Demirelöz, Esin Çeber, Gulsun Özentürk. Midwives Roles in Women's Improvement of Protective Behaviour against Breast Cancer Whether they have a Family History of Cancer or Not. *s.l.: Asian Pacific J Cancer Prev*, 11, 1037-1043



LVCINA

LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

LUCINA - LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

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

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

Periodicità: trimestrale

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

Sono trattate anche problematiche legali di interesse professionale.

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

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

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

COME RICEVERE LA RIVISTA

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

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

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

NORME EDITORIALI

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

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

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

Gli autori dovranno firmare l'articolo e fornire:

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

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

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

FNCO
Federazione
Nazionale
Collegi
Ostetriche

WWW.FNCO.IT