



LVCINA

LA RIVISTA
DELL'OSTETRICA/O

ANNO VI
2/2016



Anno VI numero 2 - Trimestrale - Poste Italiane SpA - Spedizione in Abbonamento Postale - 70% Aut-Art.50UD/CZ/2/12/2015



FNCO

Tutto quello che serve sapere
per l'invio dei dati
al Sistema Tessera Sanitaria

FORMAZIONE

Il fabbisogno formativo
per il corso di Laurea in Ostetricia

PROFESSIONE

La FNCO pronta a impugnare
il DPCM su nuovi LEA
per i suoi profili di illegittimità,
anche costituzionale



**Culle vuote:
il record del 2016**

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1 Anno 2016: record negativo di nascite nei primi sei mesi
di **Maria Vicario**

FNCO

- 2 Emorragia post partum. Presentata all'ISS la prima Linea Guida per la prevenzione e il trattamento
di **Silvia Vaccari**
- 3 Si comincia a preparare il XXXIV Congresso Nazionale: i Collegi provinciali e interprovinciali delle Ostetriche possono inviare le proprie candidature
- 4 Ampliamento dei soggetti tenuti all'invio dei dati al Sistema Tessera Sanitaria. Tutto quello che serve sapere per la trasmissione dei dati
di **Vittorio Caliendo**
- 6 Un contratto per ridare la giusta motivazione al personale del Servizio Sanitario Nazionale

FORMAZIONE

- 8 Il fabbisogno formativo per il corso di Laurea in Ostetricia
di **Angelo Mastrillo**
- 10 Quale futuro nella formazione delle ostetriche
di **Elsa Del Bo**
- 12 Progetto Erasmus+ Un'opportunità per aprirsi la vita
di **Alba Ricchi**
Isabella Neri
Maria Teresa Molinazzi
Elisabetta Palmieri
- 14 Indicazioni operative circa la prova finale dei corsi afferenti alle classi di Laurea per le professioni sanitarie
- 18 5th European Midwives Association Education Conference. 2-3 dicembre 2016
di **Silvia Vaccari**
Antonella Toninato
Iolanda Rinaldi

- 18 Notizie utili dall'Istituto Superiore di Sanità

- 19 Convention Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche (FNCO) e Federazione Nazionale Medici Pediatri (FIMP)

PROFESSIONE

- 21 La FNCO pronta a impugnare il DPCM su nuovi LEA per i suoi profili di illegittimità, anche costituzionale
a cura del **Comitato Centrale FNCO**
- 24 Monitoraggio fetale intraparto. Analisi delle linee guida FIGO anno 2015
di **Rossella Coppola**
Ciro Luise
- 28 Piano Nazionale della Cronicità: reti integrate sul territorio per presa in carico, "tecnoassistenza" e Piani di cura personalizzati
- 31 UE. Troppi abusi nella libera circolazione dei professionisti sanitari. Segnalate 3.750 notifiche di cure inadeguate
- 32 Welfare e multiethnicità: l'Ostetrica
di **Vanessa Marastoni**

STUDI

- 35 Procreazione Medicalmente Assistita (PMA): aumentano i bambini nati con tecniche assistite. Nel 2014 sono stati 12.658, il 2,5% del totale delle nascite
- 36 Il ruolo della misurazione sinfisi-fondo nella valutazione delle alterazioni della crescita fetale: studio prospettico multicentrico
di **Mara Mattioli**
- 40 Ricerca sudafricana: il vaccino antinfluenzale in gravidanza protegge il bambino per 8 settimane dalla nascita



LUCINA
LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

Organo ufficiale della



Anno VI numero 2

Trimestrale

Poste Italiane SpA -

Spedizione in Abbonamento Postale -

70% Aut: ATSUD/CZ/212/2015

Direttore Responsabile

Maria Vicario

Comitato editoriale

Antonella Cinotti

Marialisa Coluzzi

Iolanda Rinaldi

Antonella Toninato

Silvia Vaccari

Segreteria di redazione

Antonella Cinotti

Iolanda Rinaldi

Silvia Vaccari

Redazione

Federazione Nazionale

Collegi Ostetriche

Piazza Tarquinia 5/d - 00183 Roma

e-mail presidenza@fnco.it

web www.fnco.it

telefono 06 7000943

fax 06 7008053

orario di apertura della linea telefonica

dal lunedì al venerdì

ore 10-13 e 14-15

Consulenza redazionale e stampa

Rubbettino print

Viale Rosario Rubbettino, 8

88049 Soveria Mannelli (CZ)

www.rubbettinoprint.it

Autorizzazione Tribunale di Roma

n. 224/2011 del 19/7/2011

Issn 1590-6353

Finito di stampare

nel dicembre 2016

Anno 2016: record negativo di nascite nei primi sei mesi

di **Maria Vicario**

In Italia nascono sempre meno bambini.

Nel 2015 sono stati iscritti all'anagrafe 485.780 bambini, quasi 17mila in meno rispetto al 2014 e lo scenario è reso ancora più triste dai dati Istat relativi alle nascite dei primi sei mesi dell'anno 2016 con 14mila bambini in meno. Il *trend* negativo, che ha allertato i demografi sin dal 2008, registra un calo delle nascite triplo nel solo primo semestre rispetto a un anno fa. Un dato che accomuna tutte le province d'Italia e che manifesta la profonda modifica non solo demografica, ma anche culturale, sociale ed economica che sta attraversando tutto il Paese e che coinvolge tutti italiani e stranieri.

Gli stranieri, che fino a qualche anno fa hanno contenuto la denatalità contribuendo progressivamente alle nascite (20% circa del totale delle nascite) al pari se non di più degli italiani risentono della crisi economica e stanno lentamente cambiando abitudini in termini di maternità e parto.

Il salvagente demografico rappresentato dalle nascite degli stranieri, pur mantenendo un peso importante nei *trend* demografici, si sta progressivamente sgonfiando. Il sistema sanitario nazionale dal canto suo non sembra orientarsi verso un reale sostegno e promozione della natalità attraverso l'implementazione di servizi a basso livello di soglia che troverebbero nella Ostetricia di Comunità e Ostetricia di Prossimità una sede privilegiata.

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), la cui ultima modifica risale al 2001, si auspicava potessero essere aggiornati con il DPCM sui Nuovi LEA, il cui testo a fine novembre 2016 era arrivato all'esame delle Commissioni parlamentari.

La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche, a nome delle 20.000 ostetriche italiane, in ogni occasione e a tutte le autorità tecniche e politiche competenti, ha chiesto di essere audita per rappresentare le proprie istanze in merito al testo.

Il risultato referendario sulla riforma costituzionale e la conseguente profonda crisi politica ha comportato la caduta del Governo cui dovrebbe seguire un nuovo esecutivo che, per altre priorità, potrebbe non inserire nell'agenda dei lavori la revisione dei LEA.

Il documento FNCO di osservazioni e proposte sul DPCM sui Nuovi LEA, elaborato con la collaborazione dei Presidenti di Collegio, è stato trasmesso al Comitato Nazionale LEA e successivamente a tutti membri del Governo e ai Presidenti delle Commissioni parlamentari (www.fnco.it/news/osservazioni-e-proposte-per-modifiche-ed-integrazioni-al-dp.htm). La FNCO ha sottolineato la disfunzione legislativa conseguente all'emanazione del DPCM sui LEA, per la violazione ripetuta di normative già vigenti e di grado superiore rispetto a un DCPM, nonché della stessa Carta Costituzionale (artt. 3, 32, 97), con grave riverbero sull'applicabilità, nei contesti organizzativi sanitari, che poi devono in concreto produrre prestazioni al servizio della donna e delle famiglie, nonché sulla professionalità delle 20mila ostetriche/i italiani. La FNCO ha documentato che nel testo risultano omesse tutte quelle attività a vantaggio delle salute della donna e della famiglia che con la prospettata revisione dei LEA sarebbero private del giusto diritto di accesso ai servizi, soprattutto in un grave momento di crisi economica che ha impoverito tutte le fasce sociali, diminuendo contestualmente e nella sostanza il diritto di accesso ai servizi di salute pubblica. Le integrazioni e modifiche richieste dalla Federazione rafforzerebbero i servizi a favore della salute riproduttiva e di genere concretizzandosi in una Ostetricia di Comunità e Ostetricia di Prossimità che potrebbe, in futuro, incidere positivamente sulla ripresa della natalità invertendo il *trend* registrato dall'Istat al termine del primo semestre 2016.

EMORRAGIA POST PARTUM

Presentata all'ISS la prima Linea Guida per la prevenzione e il trattamento

Autrice

Silvia Vaccari

Vice presidente FNCO e componente Panel Linea Guida

Lunedì 24 ottobre 2016 è stata presentata all'Istituto Superiore di Sanità la prima Linea Guida per la prevenzione e il trattamento dell'emorragia *post partum*.

Questa Linea Guida raccoglie le migliori evidenze cliniche a supporto di quella che è la prima causa di mortalità e grave morbosità materna a livello globale e nasce ed è frutto del progetto di sorveglianza ostetrica coordinato dall'Italian Obstetric Surveillance System (itOSS) del Centro Nazionale di Epidemiologia e Prevenzione della salute dell'ISS e finanziato dal Ministero della Salute.

Tra i punti principali presi in considerazione, i centrali sono quelli della miglior comunicazione tra professionisti, dell'appropriatezza all'indicazione del cesareo e del monitoraggio vigile e attento del *post partum*, oltre all'individuazione precoce del rischio.

La Linea Guida è finalizzata alla promozione delle buone pratiche cliniche nella gestione dell'emorragia del *post partum* e va a completare le attività di aggiornamento promosse dall'ISS su questa grave condizione clinica.

Questa Linea Guida diverrà un ottimo strumento sia per i Medici che per le Ostetriche ma anche per tutti i professionisti che per loro competenza specifica lavorano in sinergia nei *team* assistenziali.

Sarà un ottimo strumento di supporto anche per le donne, le coppie e le famiglie, per i MMG, in quanto il documento prodotto passa attraverso la rassegna delle procedure volte alla prevenzione dell'EPP grazie alla attenta valutazione e riconoscimento delle donne a maggior rischio, la terapia medica e chirurgica della condizione e la sua gestione multidisciplinare, l'assistenza nel *post partum* e gli aspetti relativi al rischio clinico, un'ulteriore versione divulgativa sarà diffusa nei servizi sanitari frequentati dalle donne in età riproduttiva per permettere loro di affrontare un eventuale emergenza con maggiore consapevolezza e competenza.

La Linea Guida nasce da un lavoro di gruppo multidisciplinare composto da anestesisti, ginecologi, ostetriche, ematologi, trasfuzionisti, radiologi, anatomopatologi, infermieri, epidemiologi, indicati dalle società scientifiche, da esperti incaricati e da metodologi di Linee Guida,



documentalisti e rappresentanti dei cittadini e del Ministero della Salute, che hanno utilizzato la metodologia di revisione sistematica delle prove disponibili nella letteratura scientifica, la loro valutazione e selezione, avvalendosi della interpretazione dei risultati alla luce dell'esperienza dei diversi professionisti coinvolti nel gruppo di sviluppo del documento (Sistema Nazionale Linee Guida-ISS).

Il gruppo multidisciplinare ha lavorato come una vera squadra con grande professionalità e abnegazione, mettendo a disposizione il proprio sapere scientifico e la propria esperienza, con il supporto di un *team* di coordinamento, di valutatori della letteratura, di documentaristi e di una segreteria tecnica, che ha permesso al gruppo/squadra di lavorare serenamente e di avere a disposizione tutta la letteratura scientifica attuale.

Si tenga conto dell'enorme contributo offerto dai *Referee* esterni che hanno partecipato alla valutazione del documento.



Emorragia post partum

COME PREVENIRLA
COME CURARLA

Sistema nazionale per
le linee guida
Istituto superiore di sanità

Che cos'è l'emorragia del post partum?

Dopo il parto un sanguinamento dai genitali è del tutto normale. Le perdite di sangue, inizialmente di colore rosso vivo, tendono a ridursi dopo le prime ore e nei giorni successivi fino a cessare completamente entro circa 6 settimane. L'emorragia del post partum (EPP), che si verifica quasi sempre entro le prime 24 ore dalla nascita del bambino, è molto diversa dal sanguinamento fisiologico che vivono tutte le donne, perché in questi casi la perdita di sangue è molto più abbondante e supera i 500 ml. In Europa questa complicazione riguarda circa 13 donne ogni 100 che partoriscono. Più raramente quando la perdita di sangue supera i 1000 ml, si parla di EPP grave, che si presenta in circa 3 donne ogni 100 parti. L'EPP grave può causare complicazioni materne importanti e, quando il sanguinamento è massivo e si ha difficoltà nell'arrestarlo, può anche mettere a rischio la vita della donna.

Il sistema di sorveglianza ISS-Regioni
Il sistema di sorveglianza ostetrica coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), al quale partecipano 8 regioni, raccoglie informazioni sul 73% dei nati. Grazie all'attività di questa sorveglianza (<http://www.iss.it/iss>), sappiamo che anche in Italia l'EPP è una condizione che si può in parte prevenire e curare. Per questo l'ISS ha deciso di produrre una linea guida che, assieme ad altre iniziative di ricerca e formazione, ha l'obiettivo di sostenere i professionisti sanitari e le donne nel promuovere la prevenzione, la tempestività della diagnosi e l'appropriatezza del trattamento dell'EPP.



Chi è a rischio?

Alcuni fattori di rischio per l'EPP possono essere identificati già durante la gravidanza, altri invece si presentano e possono riconoscersi solo durante la fase del travaglio-parto.

Fattori di rischio identificabili durante la gravidanza:

- EPP in una precedente gravidanza
- precedente taglio cesareo
- gravidanza gemellare
- bambino di peso superiore ai 4 kg
- problemi della placenta evidenziabili con l'ecografia
- pre-eclampsia, conosciuta anche come "gestosi".

Fattori di rischio identificabili durante il travaglio-parto:

- prolungamento eccessivo del travaglio
- lacerazioni dei genitali durante il parto
- episiotomia, ovvero il taglio che si effettua durante il parto per agevolare la nascita del bambino
- problemi con il normale distacco della placenta.

Quali sono le cause principali dell'EPP?

La grande maggioranza delle EPP insorge a seguito di un'inadeguata contrazione della muscolatura dell'utero, chiamata *atonìa uterina*, che causa la perdita eccessiva di sangue dopo il parto.

- Fra le altre cause ricordiamo, in ordine di frequenza:
- traumi dei genitali che possono verificarsi durante il parto come le lacerazioni o gli ematomi
 - ritenzione in utero di materiale placentare
 - anomalie nell'adesione della placenta all'utero
 - problemi di coagulazione del sangue per cause congenite, o a seguito di emorragia molto grave.

Come si può prevenire l'EPP?

Molti fattori di rischio non sono modificabili. Tuttavia, alcuni comportamenti possono contribuire alla prevenzione dell'EPP.

Durante la gravidanza:

- fare i controlli previsti per l'assistenza in gravidanza incluso lo screening dell'emania
- accertarsi che in occasione della ecografia del III trimestre, raccomandata in gravidanza, sia accuratamente controllata la localizzazione della placenta.

Dopo il parto:

- somministrare subito dopo la nascita del bambino farmaci uterotonici, come l'ossitocina,

che fanno contrarre la muscolatura dell'utero riducendo il rischio di EPP. Questo trattamento è consigliato e offerto di routine a tutte le donne che partoriscono.

- controllare periodicamente nel dopo parto che l'utero sia contratto, che le perdite di sangue non siano eccessive, che la pressione del sangue, la temperatura e altri parametri vitali siano nella norma. Queste valutazioni sono eseguite di routine dall'ostetrica che si preoccupa di controllare anche il dolore riferito dalla donna ed eventuali traumi dei genitali.

Qual è il trattamento più efficace?

Esiste una terapia medica con farmaci chiamati uterotonici (ossitocina, prostaglandine), che aiutano la muscolatura dell'utero a contrarsi e che è risolutiva nella maggior parte dei casi. Se questa terapia non fosse invece sufficiente, è necessario ricorrere a procedure/interventi chirurgici fino, per le emorragie più gravi e non controllabili, all'asportazione dell'utero.

Il trattamento dell'emorragia può indurre traumi di sangue; se questa possibilità vi preoccupa, parlatene con il medico o l'ostetrica durante la gravidanza.

Le raccomandazioni degli esperti*

• In tutte le donne con precedente taglio cesareo la localizzazione della placenta deve essere accuratamente controllata in occasione della ecografia del III trimestre raccomandata in gravidanza.

- Tutte le donne con precedente EPP, pre-eclampsia grave o problemi della placenta evidenti con l'ecografia, devono scegliere insieme al professionista che le assiste in gravidanza una struttura sanitaria appropriata a cui rivolgersi per il parto.
- L'episiotomia non deve essere eseguita di routine, neppure in caso di precedente lacerazione dei genitali.

*Raccomandazioni di buona pratica clinica basate sull'esperienza degli esperti che hanno collaborato in linea guida sulla EPP.

L'importanza della comunicazione*

Come in tutte le emergenze, anche nel caso di EPP, la comunicazione fra i professionisti, la donna e i suoi familiari è molto importante per acquisire consapevolezza dei principali aspetti di questa complicazione del parto.

- La comunicazione con la donna e i suoi familiari fa parte dell'assistenza medica e deve essere garantita dall'equipe del quarto clinico.
- Si raccomanda che un membro dell'equipe sanitaria spieghi con termini chiari e comprensibili cosa sta accadendo, risponda alle domande e offra sostegno.
- Prima della dimissione ospedaliera va offerta alla donna, e possibilmente al suo partner, un colloquio sugli eventi che hanno caratterizzato l'EPP. In particolare, vanno esaminati gli aspetti principali dell'emergenza ostetrica, le possibili conseguenze sulla futura gravidanza, l'importanza di segnalare l'accaduto al clinico che assisterà la donna in futuro e i riferimenti dei servizi sanitari a cui rivolgersi una volta rientrati a casa. In inoltre consegnata alla donna una lettera di dimissione che contenga informazioni dettagliate su procedure/interventi chirurgici eseguiti e terapie somministrate.

A chi rivolgersi per ottenere le informazioni dopo la dimissione ospedaliera?

Dopo la dimissione dall'ospedale la donna può rivolgersi al proprio medico di fiducia o al consultorio familiare di zona che è la struttura deputata a prendersi in carico per accompagnarla e sostenerla durante i primi mesi di vita del bambino. A seguito di un'EPP, le donne possono avere

difficoltà nell'avviare e sostenere l'allattamento al seno anche per il ritardo nel contatto iniziale con il piccolo a seguito dell'emergenza emorragica. L'equipe del consultorio offre consulenze individuali e la possibilità di partecipare a gruppi di incontro insieme ad altre mamme che hanno partorito. Ogni quartiere ha il suo consultorio di zona dove si può andare e ottenere assistenza senza impaghi del medico.

Questo documento contiene informazioni che derivano da un'analisi rigorosa di studi scientifici di recente pubblicazione compilata da esperti del settore: medici specialisti in ginecologia e ostetrica, anestesologia, ematologia, radiologia interventistica, medicina tradizionale e anatomia patologica, infermieri, ostetriche, rappresentante del Ministero della Salute, rappresentante di associazione di cittadini, epidemiologo e metodologo di linee guida. La versione per i professionisti sanitari è la linea guida "Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla" pubblicata a ottobre 2016.



Ministero della Salute

Si comincia a preparare il XXXIV Congresso Nazionale: i Collegi provinciali e interprovinciali delle Ostetriche possono inviare le proprie candidature

L'Assemblea del Consiglio Nazionale della Federazione, nell'adunanza del 25 e 26 novembre 2016 approvando il verbale n. 139/2016 relativo al CN del 26 febbraio 2016, ha acceso i motori sul XXXIV Congresso Nazionale di Categoria che dal 2016 avrà cadenza annuale.

I Collegi provinciali e interprovinciali interessati potranno inviare le proposte di candidatura per la sede che dovrebbe ospitare il Congresso Nazionale di Categoria sia per la durata di un giorno che per la durata di due giorni.

Il Consiglio Nazionale nell'adunanza di febbraio 2017 sarà chiamato ad esprimersi sulle proposte di candidature che perverranno alla Federazione entro il 20 febbraio 2017.

Il XXXIV Congresso Nazionale di Categoria, primo a cadenza annuale, dopo quello di Roma del 2014, è previsto per l'autunno 2017.

AMPLIAMENTO DEI SOGGETTI TENUTI ALL'INVIO DEI DATI AL SISTEMA TESSERA SANITARIA

Tutto quello che serve sapere per la trasmissione dei dati

Autore

Vittorio Caliendo

*Dottore Commercialista
e Revisore dei Conti*

L'articolo 3, comma 3, del D.Lgs. n. 175 del 21 novembre 2014 dispone che, ai fini dell'elaborazione della dichiarazione dei redditi (Modello 730 e Modello Unico precompilato), le Aziende sanitarie locali, le Aziende ospedaliere, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, i policlinici universitari, le farmacie pubbliche e private, i presidi di specialistica ambulatoriale, le strutture per l'erogazione delle prestazioni di assistenza protesica e di assistenza integrativa, gli altri presidi e strutture accreditati per l'erogazione dei servizi sanitari e gli iscritti all'Albo dei medici chirurghi e odontoiatri, devono inviare al Sistema Tessera Sanitaria, secondo le modalità previste dal Decreto del 26 marzo 2008, i dati relativi alle prestazioni erogate nel 2015 a esclusione di quelle già previste al comma 2 (reddito da lavoro dipendente, eventuali ritenute operate, interessi sui mutui ipotecari corrisposti, assicurazioni sulla vita) al fine della loro messa a disposizione dell'Agenzia delle Entrate.

Il D.M. del 1° settembre 2016 ha ampliato la Categoria di soggetti tenuti all'invio dei dati delle spese sanitarie al Sistema Tessera Sanitaria, per l'anno d'imposta 2016, da presentarsi obbligatoriamente entro il 31 gennaio 2017.

In particolare il documento di riferimento descrive le caratteristiche del servizio di trasmissione telematica dei dati delle spese sanitarie al Sistema Tessera Sanitaria da parte dei nuovi soggetti quali:

- gli iscritti agli Albi Professionali dei Veterinari;
- gli iscritti agli Albi Professionali degli Psicologi;
- gli iscritti agli Albi Professionali degli Infermieri;
- gli iscritti agli Albi Professionali delle Ostetriche e Ostetrici;
- gli iscritti agli Albi Professionali di Radiologia Medica;
- esercizi commerciali (parafarmacie);
- esercenti l'arte sanitaria ausiliaria di ottico.



Informazioni degli iscritti da trasmettere al Sistema Tessera Sanitaria

Le Federazioni o i Consigli Nazionali degli Ordini e dei Collegi Professionali, sono tenuti alla trasmissione dei dati relativi agli elenchi dei soggetti obbligati all'invio dei dati di spesa sanitaria.

Le informazioni che le Federazioni sono tenute a trasmettere sono le seguenti:

- partita Iva;
- codice fiscale;
- cognome;
- nome;
- sesso;
- comune di nascita;
- provincia di nascita;
- data di nascita;
- codice Regione Albo:
 - 010 - Piemonte;
 - 020 - Valle d'Aosta;
 - 030 - Lombardia;
 - 041 - P.A. di Bolzano;
 - 042 - P.A. di Trento;
 - 050 - Veneto;

Ecco l'accesso riservato agli iscritti agli Albi Professionali delle Ostetriche ed Ostetrici

Gli iscritti agli Albi Professionali delle Ostetriche ed Ostetrici, di cui al Decreto Ministeriale n. 740 del 14 settembre 1994, sono obbligati all'accreditamento al Sistema Tessera Sanitaria al sito:
<https://sistemats5.sanita.finanze.it/P730CensimentoRegistrazioneWeb/pages/includes/ostetrici.jsf>

Le informazioni richieste sono le seguenti:

REGISTRAZIONE PER LA RICHIESTA DELLE CREDENZIALI DEL SISTEMA TS

Si ricorda che la presente pagina è ad uso esclusivo degli iscritti agli albi professionali delle ostetriche ed ostetrici, di cui al decreto ministeriale 14 settembre 1994, n. 740;

Messaggi

- I campi segnati con un asterisco (*) sono obbligatori

Dati del richiedente

* Partita IVA

* Codice Fiscale richiedente (Titolare o Legale Rappresentante)

* Numero Tessera Sanitaria richiedente

* Data scadenza Tessera Sanitaria richiedente

* Indirizzo di Posta elettronica certificata (PEC)

* Conferma indirizzo di Posta elettronica certificata (PEC)

Dati iscrizione all'Albo Professionale

* Regione Albo

* Numero Iscrizione

* Data inizio (data iscrizione)

Data fine (solo se successiva al 01/01/2016)

Inserisci nel campo "codice captcha" i caratteri che vedi o che senti.



A seguito della richiesta dell'accreditamento il Sistema TS invia una mail alla PEC indicata (Obbligatoria) con l'indicazione delle credenziali di accesso al sistema, da utilizzare per la comunicazione delle spese mediche rientranti nel modello 730 precompilato.

- 060 - Friuli Venezia Giulia;
- 070 - Liguria;
- 080 - Emilia Romagna;
- 090 - Toscana;
- 100 - Umbria;
- 110 - Marche;
- 120 - Lazio;
- 130 - Abruzzo;
- 140 - Molise;
- 150 - Campania;
- 160 - Puglia;
- 170 - Basilicata;
- 180 - Calabria;
- 190 - Sicilia;
- 200 - Sardegna
- tipologia dell'Albo:
 - V - Veterinari;
 - P - Psicologi;
 - I - Infermieri;
 - O - Ostetriche/Ostetrici;
 - R - Tecnici Sanitari di Radiologia Medica;
- provincia dell'Albo;
- data di iscrizione;



- data di cancellazione (da fornire solo se il soggetto è stato attivo nell'anno di fornitura);
- matricola;
- codice attività (ATECO);
- indirizzo di PEC (posta elettronica certificata).

Un contratto per ridare la giusta motivazione al personale del Servizio Sanitario Nazionale

In Italia con il superamento del Sistema delle mutue nel 1978 e l'introduzione del Servizio Sanitario Nazionale, nel 1992 è stato introdotto il processo di aziendalizzazione prevedendo che il Servizio Sanitario sia articolato sul territorio con Aziende con propria personalità giuridica e "gestite" da un organo monocratico.

Il Servizio Sanitario Nazionale va ritenuto, quindi, un'unica Azienda, pur articolata nell'intero territorio del Paese ed è un'Azienda non solo fondamentale per il mantenimento della salute per l'intera popolazione, ma anche per il suo apporto alla coesione sociale che non può esistere se il diritto fondamentale "alla salute" non viene soddisfatto nel migliore dei modi. È un'Azienda che presenta un organico composto per oltre metà dei suoi professionisti con un percorso universitario e di specializzazione universitaria (di cui circa 40 professioni sanitarie, tecniche e professionali, ognuna con uno specifico campo di intervento).

Lo Stato, che investe su questo "percorso" ha l'interesse primario di garantirlo, di fidelizzare i professionisti, di non disperderne conoscenze ed esperienze valorizzando, quindi, il fattore principe, "il personale sanitario" che non può ridursi a essere considerato solo un "costo", seppure il costo principale del settore. Investire va inteso in senso lato ovvero non solo nell'ambito economico (le cui risorse sono per definizione ridotte e definite), ma soprattutto nel quadro delle certezze (contrattuali), delle tutele (professionali) e di riconoscimento del merito e della professionalità.

Ecco perché la parola chiave di una ripresa del sistema e il superamento dell'attuale quadro di difficoltà appare quella della "motivazione" del personale ed essa rappresenta una esigenza primaria e irrinunciabile prima di tutto della parte pubblica cioè della parte datoriale che siede al tavolo negoziale con le organizzazioni sindacali per la nuova stagione contrattuale del settore.

La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche, all'interno di un progetto di condivisione più ampio, anche con le altre professioni sanitarie intende presidiare quei luoghi istituzionali dove promuovere la "motivazione" contro la "mortificazione", lo "sviluppo" contro la "desertificazione delle idee", la riaffermazione "di un ruolo sociale" dei professionisti produttori di salute contro la logica "dell'appiattimento e della non considerazione".

La stagione contrattuale ormai avviata deve fondarsi e svilupparsi su questi intendimenti!

Chi ha la competenza di delineare il Servizio Sanitario nel Paese, di programmarlo nelle singole Regioni e di gestirlo nel territorio, ha il dovere di affrontare il tema del personale "fattore principe" e il compito di investire su di esso in quanto rappresenta il fattore produttivo più rilevante.

Accreditamento e abilitazione al Sistema TS dei nuovi soggetti tenuti all'invio dei dati di spesa sanitaria

L'abilitazione all'invio telematico dei dati di spesa sanitaria presuppone il censimento dei nuovi soggetti, che entro il 31 ottobre devono richiedere le credenziali per l'invio dei dati di spesa sanitaria attraverso un processo di auto-accreditamento al Sistema TS.

Il soggetto (titolare della partita Iva dell'esercizio commerciale o il rappresentante legale della stessa o il professionista sanitario iscritto all'Albo) si collega sull'area di registrazione del portale Progetto Tessera Sanitaria (www.sistemats.it) e inserisce i suoi dati identificativi, e precisamente:

- codice fiscale del soggetto da abilitare all'invio telematico;
- codice fiscale del rappresentante della struttura;
- numero di tessera sanitaria;
- data di scadenza della tessera sanitaria;
- partita Iva del soggetto giuridico;
- codice attività (ATECO) della struttura/soggetto;
- indirizzo di PEC;
- numero identificativo che assume i seguenti valori:
 - numero di iscrizione all'Albo (per gli iscritti agli Albi professionali);
 - codice univoco a livello nazionale per gli esercizi commerciali (ad esempio, le parafarmacie);
 - numero di iscrizione (ITCA) per i fabbricanti di dispositivi su misura.

Il Sistema TS effettua la verifica delle suddette richieste, accedendo agli elenchi resi disponibili dal Ministero della Salute e dalle Federazioni o dai Consigli Nazionali degli Ordini e dei Collegi Professionali, ai sensi dell'articolo 3, comma 3 del Decreto del 1° settembre 2016 del Ministro dell'Economia e delle Finanze.

In caso di esito positivo, attribuisce le credenziali di accesso al sistema inviandole via PEC al soggetto richiedente. Se l'esito è negativo, ovvero è mancata la comunicazione delle informazioni da parte degli "Enti di competenza", comunica al soggetto richiedente l'impossibilità al rilascio delle credenziali.

L'abilitazione è revocata a seguito della cessazione dell'attività dei soggetti censiti o per mancato rispetto o grave violazione degli obblighi di riservatezza e sicurezza stabiliti dal D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003. Il provvedimento di revoca ha decorrenza immediata, fermo restando che la struttura è tenuta a regolarizzare la propria posizione, ai sensi del suddetto decreto, in tempo utile ai fini del rispetto degli obblighi previsti dalla normativa.



Modalità e tipologia di prestazione da comunicare al Sistema Tessera Sanitaria

I soggetti tenuti all'invio al Sistema TS, completata la fase dell'accreditamento, devono fornire i seguenti dati:

- ciascuna ricevuta di pagamento e fattura relativa alle spese sostenute dal contribuente nell'anno d'imposta e i rimborsi erogati;
- codice fiscale del contribuente a cui si riferisce la spesa o il rimborso;
- codice fiscale o partita Iva e cognome e nome o denominazione del soggetto di cui all'art. 2 del Decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze del 1° settembre 2016;
- data del documento fiscale che attesta la spesa;
- tipologia della spesa;
- importo della spesa o rimborso;
- data del rimborso.

IL 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.

Dopo l'esperienza dello scorso anno, la Federazione FNCO è chiamata nuovamente ad affrontare la tematica anche per il fabbisogno formativo del prossimo anno accademico 2017-2018. Come base saranno di estrema utilità i dati rilevati sullo scorso anno accademico 2016-2017 (Tabella 1) e quelli storici dall'anno 1997 (Tabella 2), primo anno di attivazione dei Diplomi Universitari, fino al 2016.

Il quadro aggiornato in sintesi

QUANTI SONO

Gli iscritti all'Albo delle Ostetriche sono 19.333 e costituiscono il 3% del totale dei circa 650.000 operatori delle 22 professioni sanitarie, al 6° posto, essendo precedute da Infermieri (406.368), Fisioterapisti (55.000), Educatori (31.500), Tecnici di Laboratorio (28.000) e Tecnici di Radiologia (27.097).

Operano come dipendenti del SSN in strutture sanitarie sia pubbliche che private e operano in regime libera professione.

OCCUPAZIONE

Basso tasso occupazionale, in media del 47% negli ultimi 8 anni, con trend in calo dal 60% del 2007 al 39% del 2013, con ripresa nel 2014 al 47% e aumento di 8 punti percentuali. Ciò comporta il 17° posto nella classifica generale dei 22 profili, che vede ai primi 3 posti con l'86% Fisioterapista, Logopedista e Igienista Dentale, mentre la media generale è al 63%.

DOMANDE DI AMMISSIONE

In controtendenza alla bassa occupazione si rileva l'alto interesse degli studenti per l'ammissione ai corsi di Laurea con oltre 6.000 domande sui 763 posti a bando, per un rapporto di 7,9 che comporta il 4°

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.

SEDI UNIVERSITARIE

La ripartizione dell'offerta formativa copre tutto il territorio nazionale, con 48 sedi attivate in 34 Università e con una media di 16 studenti per sede.

FABBISOGNO FORMATIVO

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 743, che della Categoria con 784, e quasi analoga offerta dell'Università con 763. La stima del fabbisogno è pari a un tasso del 4% di turnover, che sarebbe ancora eccessivo.

PROSPETTIVE PER L'ANNO ACCADEMICO 2017-2018

In ragione delle difficoltà occupazionali che, come rilevato nell'ambito Ministeriale del "Joint Action" vedono il 7,8% di disoccupate, sarebbe da prevedere un calo del fabbisogno sia da parte delle Regioni, da 743 a 700 (-6%), che della Federazione da 784 a 700 (-11%). Di conseguenza calo anche dell'Università da 763 a 700 (-8%).

Tabella 1

CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA A.A. 2016-17																															
Programmazione posti secondo le Regioni e le Categorie e Università																															
Elab. A. Mastrillo	POPOLAZIONE ABITANTI		FEDERAZIONE FNCO Iscritti		Occupati a 1 anno di Laurea nel 2014	Calcolo su Pop. e turnover		Richiesta REGIONI			Richiesta CATEGORIA			a bando UNIVERSITA'			Domande	D/P	Differenze												
	al 4%	*PMP																													
PIEMONTE	4.404.246	7,3%	1.295	6,7%	66%	56	13	45	6,1%	10	50	6,4%	11	50	6,6%	11	468	9,4	-5	-10%	-11	-20%	5	11%	0	0%					
V. D'AOSTA	127.329	0,2%	56	0,3%		2	13	0	0,0%	0	1	0,1%	8	0	0,0%	0			-1	-100%	-2	-100%	0	0%	-1	-100%					
LOMBARDIA	10.008.349	16,5%	2.944	15,2%	63%	128	13	135	18,2%	13	165	21,0%	16	145	19,0%	14	870	6,0	-30	-18%	7	6%	10	7%	-20	-12%					
P. BOLZANO	520.891	0,9%	203	1,0%		7	13	20	2,7%	38	20	2,6%	38	0	0,0%	0			0	0%	13	201%	-20	0%	-20	-100%					
P. TRENTO	538.223	0,9%	227	1,2%		7	13	3	0,4%	6	25	3,2%	46	0	0,0%	0			-22	-88%	-4	-56%	-3	0%	-25	-100%					
VENETO	4.915.123	8,1%	1.227	6,4%	54%	63	13	60	8,1%	12	71	9,1%	14	60	7,9%	12	478	8,0	-11	-15%	-3	-4%	0	0%	-11	-15%					
FRIULI V.G.	1.221.218	2,0%	461	2,4%	94%	16	13	16	2,2%	13	16	2,0%	13	16	2,1%	13	89	5,6	0	0%	0	3%	0	0%	0	0%					
LIGURIA	1.571.053	2,6%	391	2,0%	50%	20	13	15	2,0%	10	20	2,6%	13	20	2,6%	13	99	5,0	-5	-25%	-5	-25%	5	33%	0	0%					
EMILIA R.	4.448.146	7,3%	1.580	8,2%	44%	57	13	90	12,1%	20	90	11,5%	20	102	13,4%	23	558	5,5	0	0%	33	59%	12	13%	12	13%					
TOSCANA	891.181	1,5%	1.416	7,3%	35%	11	13	15	6,1%	50	50	6,4%	56	49	6,4%	55	516	10,5	-5	-10%	34	296%	4	9%	-1	-2%					
UMBRIA	1.543.752	2,5%	397	2,1%	46%	20	13	15	2,0%	10	20	2,6%	13	20	2,6%	13	122	6,1	-5	-25%	-5	-24%	5	33%	0	0%					
MARCHE	3.744.398	6,2%	548	2,8%	33%	48	13	15	2,0%	4	0	0,0%	0	15	2,0%	4	116	7,7	15	>100%	-33	-69%	0	0%	15	>100%					
LAZIO	5.888.472	9,7%	1.922	9,9%	47%	75	13	68	9,2%	12	68	8,7%	12	91	11,9%	15	814	8,9	0	0%	-7	-9%	23	34%	23	34%					
ABRUZZO	1.326.513	2,2%	421	2,2%	50%	17	13	10	1,3%	8	0	0,0%	0	20	2,6%	15	163	8,2	10	>100%	-7	-41%	10	100%	20	>100%					
MOLISE	312.027	0,5%	147	0,8%		4	13	15	2,0%	48	15	1,9%	48	0	0,0%	0			0	0%	11	277%	-15	0%	-15	0%					
CAMPANIA	5.850.850	9,6%	1.875	9,7%	23%	75	13	125	16,8%	21	95	12,1%	16	95	12,5%	16	505	5,3	30	32%	50	68%	-30	-24%	0	0%					
PUGLIA	4.077.166	6,7%	1.461	7,6%	34%	52	13	10	1,3%	2	10	1,3%	2	15	2,0%	4	304	20,3	0	0%	-42	-81%	5	50%	5	>100%					
BASILICATA	573.694	0,9%	177	0,9%		7	13	6	0,8%	10	0	0,0%	0	10	1,3%	17	38	3,8	6	>100%	-1	-18%	4	67%	10	>100%					
CALABRIA	1.970.521	3,2%	567	2,9%	18%	25	13	20	2,7%	10	5	0,6%	3	0	0,0%	0			15	300%	-5	-20%	-20	-100%	-5	-100%					
SICILIA	5.074.261	8,4%	1.411	7,3%	27%	65	13	30	4,0%	6	38	4,8%	7	30	3,9%	6	643	21,4	-8	-21%	-35	-54%	0	0%	-8	-21%					
SARDEGNA	1.658.138	2,7%	607	3,1%	38%	21	13	0	0,0%	0	25	3,2%	15	25	3,3%	15	263	10,5	-25	-100%	-21	-100%	25	>100%	0	0%					
TOTALE	60.665.551		19.330	47%		773	13	743	12	12	784	13	13	763	13	13	6.046	7,9	-41	-5%	-30	-4%	20	3%	-21	-3%					
NORD	27.754.578	46%	8.383	43%	61%	354	13	384	52%	14	458	58%	17	393	52%	14	2.562	6,5	-74	-16%	30	9%	-65	-14%	9	2%					
CENTRO	12.067.803	20%	4.282	22%	41%	154	13	143	19%	12	138	18%	11	175	23%	15	1.568	9,0	5	4%	-11	-7%	37	27%	32	22%					
SUD	20.843.170	34%	6.665	34%	31%	266	13	216	29%	10	188	24%	9	195	26%	9	1.916	9,8	28	15%	-50	-19%	7	4%	-21	-10%					
*PMP = Per 1 Milione di Popolazione								A.A. 2015-16		839		826		839		6.039															
Differenza 2016 vs 2015								-96		-11,4%		-42		-5,1%		-76		-9,1%		7		0,1%									

Tabella 2 Programmazione posti e occupati dal 1997 al 2016

Anno	Richiesta Categoria	Richiesta Regioni	Posti Università	Domande	D/P	Occupati a 1 anno di Laurea
1997	435	415	500	1.848	3,7	
1998	450	500	527	2.234	4,2	
1999	450	587	583	2.626	4,5	
2000	500	500	653	2.527	3,9	
2001	500	800	802	2.687	3,4	
2002	900	900	908	2.646	2,9	
2003	1.075	1.094	1.008	2.958	2,9	
2004	1.171	1.000	1.064	3.438	3,2	
2005	1.219	1.084	1.033	3.853	3,7	
2006	1.098	947	1.000	3.983	4,0	
2007	1.088	899	983	4.784	4,9	60%
2008	1.028	973	973	5.263	5,4	54%
2009	1.197	1.126	1.100	6.542	5,9	56%
2010	869	1.060	1.047	6.747	6,4	47%
2011	915	948	968	6.854	7,1	39%
2012	816	1.091	1.003	7.512	7,5	38%
2013	974	1.083	1.003	7.164	7,1	39%
2014	916	922	916	6.039	6,6	47%
2015	826	839	839	6.084	7,3	
2016	784	737	763	6.045	7,9	
Media	862	875	884	4.592	5,1	47%
Totale	17.247	17.505	17.673	91.834		

Situazione al 31 dicembre 2014
(fonte dati Joint Action)

- Iscritte ai Collegi 18.794
- Attive 15.352 (81,7%)
- Disoccupate 1.463 (7,8%)
- Non attive 1.979 (10,5%)

Quale futuro nella formazione delle ostetriche

Which is the future of the education of midwives

Autrice

Elsa Del Bo

Università degli Studi di Pavia

RIASSUNTO

La formazione delle ostetriche, da sempre, universitaria, ha acquisito una ulteriore qualificazione con il passaggio da Diploma Universitario a Laurea triennale e con l'attivazione della Laurea magistrale. Qualche mese fa è partito un progetto per definire un percorso formativo quinquennale a cui partecipano i membri della Commissione Nazionale Corsi di Laurea in Ostetricia e alcuni membri del Comitato Centrale della FNCO.

ABSTRACT

The education of Italian midwives, since ever at the University, has acquired a further qualification by its change into the First level Degree in Midwifery and Master's Degree too. Some months ago a new project started up to define a new five years University course including the Master's Degree. This project is by the members of the National Committee of the Degree courses in Midwifery and some members of the National Regulator of Midwives.

Introduzione

Il percorso formativo dell'ostetrica/o, se da un lato ha subito "storiche" modificazioni durante il secolo scorso, dall'altro è andato incontro a una svolta epocale nel corso dell'ultimo ventennio, in quanto la trasformazione del Diploma Universitario in corso di Laurea triennale e la conseguente attivazione della Laurea di II livello o Magistrale e dei Master hanno favorito e promosso la riqualificazione della professione ostetrica. Del resto, il panorama legislativo della Sanità in Italia dalla fine del '900 ai giorni nostri, che fa da cornice alle riforme sostanziali della formazione, propende verso la definizione del profilo di una professionista altamente qualificata e competente, non solo attraverso il percorso di base, ma anche per mezzo di possibili "specializzazioni".

Cenni storici

La formazione dell'ostetrica/o è sempre avvenuta in ambito universitario, a partire dal 1728, anno in cui a Torino - Regno Sabauda fu istituita la prima Scuola per Levatrici. È del 1876 la formulazione del primo "Regolamento delle Scuole di Ostetricia per Levatrici" e del 1888 le disposizioni della Legge Sanitaria Crispi secondo le quali dovevano essere richiesti la maggiore età e il Diploma o Laurea presso Università o Scuole del Regno a medici-chirurghi, veterinari, farmacisti, dentisti, fle-

botomi e levatrici. Durante il periodo fascista (1927) il requisito minimo per l'accesso alla Scuola di Ostetricia (triennale) era la scuola media inferiore, mentre trenta anni dopo la Scuola passò da tre a due anni dopo il conseguimento del Diploma biennale di Infermiere o l'iscrizione al terzo anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia. Nel 1971 il requisito d'accesso alla Scuola di Infermiere divenne il biennio di scuola superiore e nel 1975 la Scuola di Infermiere passò da due a tre anni. Negli anni '90 nacque tra le ostetriche/i l'interesse per la ricerca di una nuova identità professionale fondata sull'integrazione tra competenze tecniche e relazionali, sul recupero della propria autonomia anche intellettuale nell'ambito della fisiologia degli eventi riproduttivi e sullo studio di nuovi modelli assistenziali garanti di cure basate sulle evidenze scientifiche. Con questi presupposti cominciò a diffondersi l'attività libero professionale per offrire alle donne la continuità assistenziale. Inoltre, con l'istituzione del Diploma Universitario (1996) prima e del corso di Laurea (2001) poi, le ostetriche/i hanno avuto l'opportunità di insegnare le discipline afferenti al settore scientifico-disciplinare di propria pertinenza in quanto la formazione dell'ostetrica/o ha perso la matrice infermieristica presente dagli anni '50. I contatti in Europa e internazionali cominciarono a intensificarsi così come la partecipazione al dibattito scientifico e alla ricerca.

Il presente

Attualmente la formazione dell'ostetrica/o è disciplinata dal DM 270/2004, reso istitutivo dal Decreto Interministeriale del 2009 che ha fissato come obiettivi formativi qualificanti i contenuti del DM 740/1994 (profilo professionale). La più recente normativa riguardo alla professione ostetrica è rappresentata dal D.Lgs. 206/2007 che recepi la Direttiva Europea 36/2005 nella quale all'art. 48 sono declinate le attività professionali dell'ostetrica/o. Il D.Lgs. 15/2016, poi, con l'art. 37 apporta una modifica importante all'art. 48, al fine di perfezionare la sintonia con quanto è previsto per l'esercizio delle attività professionali delle ostetriche europee. L'ostetrica/o italiana, dunque, sarà sempre più inserita nel contesto europeo e se è vero che la formazione è l'ambito progettuale del profilo della futura professionista, così come la rappresentazione dell'ambiente in cui essa erogherà le sue prestazioni, sarebbe opportuno pianificare un programma che tenga conto di una ipotesi di sviluppo delle richieste sociali e di salute a breve e a medio termine.

Il futuro

Partendo dall'analisi di alcune criticità che emergono dalle riflessioni sullo stato dell'arte della formazione di base accademica, sia dal punto di vista organizzativo che contenutistico, si rileva che innumerevoli attività didattiche, formative e professionalizzanti vengono compattate nei tre anni di corso; sul versante "studenti" si può affermare che sul territorio nazionale circa il 24% di essi va fuori corso e solo circa il 61% si laurea nella prima sessione; sul versante "docenti" emerge l'esigenza di approfondire le conoscenze trasmesse durante le lezioni frontali, anche attraverso l'introduzione di contenuti mai affrontati.

Concludendo posso affermare che in questo panorama è in atto un progetto per la definizione di un percorso formativo quinquennale a cui partecipano i componenti della Commissione Nazionale dei Corsi di Laurea in Ostetricia, in qualità di organo tecnico, e alcuni membri del Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi Ostetriche in qualità di organo politico. Il requisito inderogabile sarà senza dubbio quello di prevedere una classe di Laurea riservata e la Laurea Magistrale inglobata.



Bibliografia

- Coppola E. *La professione di ostetrica* - a cura della FNCO - Roma 1997
- Di Paolo A. M. *La formazione professionale* - da "Guida all'esercizio della professione di ostetrica/o" - C.G. Edizioni Medico-Scientifiche - Torino 2008
- Di Paolo A. M. *La professione ostetrica: dalla formazione specifica alle prospettive interdisciplinari* - Opuscolo Università degli Studi di Perugia 2006
- Vicario M. *La stagione delle riforme delle professioni sanitarie: dalla formazione alla professione* Riv. Lucina n. 3/2002

PROGETTO ERASMUS+

Un'opportunità per aprirsi la vita

Autori

Alba Ricchi

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

Isabella Neri

Corso di Laurea in Ostetricia
Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Materno-Infantili e dell'Adulto
Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia
Ricercatore presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia Unimore
Responsabile del Centro Nascita dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Modena
isabella.neri@unimore.it

Maria Teresa Molinazzi

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

Elisabetta Palmieri

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

RIASSUNTO

Il programma Erasmus è nato nel 1987 a opera della professoressa Sofia Corradi, che nel 1958, terminato il corso di Laurea in giurisprudenza a Roma, vinse una borsa di studio per frequentare alla Columbia University di New York un master in Diritto comparato. Al suo ritorno l'Università La Sapienza di Roma non le convalidò gli studi: da qui l'impegno per la creazione del progetto Erasmus. Il nuovo Erasmus Plus è un'evoluzione del programma di mobilità dell'Unione Europea, organizzato dall'Agenzia Nazionale Erasmus+ Indire, valido dal 2014 al 2020 e dedicato all'istruzione, alla formazione, alla gioventù e allo sport aperto a tutti i cittadini europei, che consente agli studenti universitari di realizzare un periodo di studio all'estero presso un Ateneo di uno dei Paesi partecipanti al Programma che abbia firmato un accordo bilaterale con l'Università di appartenenza.

Cos'è il nuovo Erasmus+? Cosa ci si aspetta dall'Erasmus+? Perché dire Sì/No a questa esperienza?

Per rispondere a queste domande sono stati consultati i documenti dall'**Agenzia Nazionale Erasmus+ Indire**, l'Ufficio Relazioni Internazionali e Mobilità Studentesca di Ateneo Unimore e i siti *on line*.

L'**Erasmus+ per Studio** offre la possibilità di svolgere un'esperienza di studio all'estero sostenendo esami in lingua e ottenendo il riconoscimento delle attività formative svolte.

L'**Erasmus+ Traineeship Erasmus Placement** fornisce invece l'opportunità di svolgere un tirocinio formativo all'estero misurandosi con la realtà professionalizzante del Paese visitato.

Per queste tipologie di Erasmus occorre un accordo bilaterale tra Università con una durata minima di 90 giorni.

La **Mobilità Erasmus+ per Traineeship (Student Mobility for Traineeship)** permette di svolgere un tirocinio della durata minima di 60 giorni, presso imprese, centri di formazione e

di ricerca, istituti scolastici, presenti in uno dei Paesi europei. Si può svolgere tale tirocinio anche presso Università che non hanno un accordo bilaterale Erasmus.

Lo **Staff Mobility for Teaching Mobility Agreement** riguarda i docenti che possono usufruire di brevi esperienze di insegnamento o formazione (minimo 8 ore) per aggiornarsi, acquisire conoscenze pratiche e rinnovare le abilità professionali.

L'esperienza Erasmus significa cambiare vita, aprire la mente, imparare una lingua, acquisire nuove tradizioni, modelli organizzativi e procedure ostetriche.

Aspetti positivi: maggior apertura mentale, visione più oggettiva dell'Italia, conoscenza di persone e culture diverse, indipendenza, diventare cittadini del mondo. Gli studenti al rientro dall'Erasmus riportano ai compagni le nuove competenze e abilità acquisite, le pratiche innovative e lo scambio di esperienze, diventando un valore aggiunto del corso di Laurea in Ostetricia.

Aspetti negativi: distrazioni, eccessiva burocrazia, borsa di studio esigua.

Gli studenti Erasmus sono i più occupati a lungo periodo, hanno maggiori capacità di *problem solving*, sono più curiosi, hanno sviluppato maggiori capacità di adattamento rispetto a giovani che non hanno mai fatto un'esperienza di formazione all'estero.

L'Erasmus riduce il rischio di disoccupazione poiché aiuta a trovare un lavoro in un ambiente internazionale, rafforza la fiducia in se stessi e fa apprezzare l'appartenenza alla Comunità europea.

Parole chiave

Accordo bilaterale Erasmus tra Università, Mobilità Erasmus+ per tirocinio, accordo di apprendimento, trascrizione di documenti, internazionalizzazione.



Introduzione

Il programma Erasmus è nato nel 1987 a opera della professoressa Sofia Corradi, fino al 2004 docente di Educazione Permanente all'Università Roma Tre: è lei la persona a cui quattro milioni di studenti devono dire grazie (1).

Nel 1958 Sofia Corradi, terminato il corso di Laurea in

Giurisprudenza all'Università la Sapienza di Roma, vinse una borsa di studio per frequentare alla Columbia University di New York un Master in Diritto comparato. Al suo ritorno l'Università la Sapienza di Roma non le convalidò gli studi: da qui l'impegno per la creazione del progetto Erasmus.

ABSTRACT

Project Erasmus was born in 1987 thanks to professor Sofia Corradi who graduated in law at Rome University in 1958. She won a scholarship to attend a Master at the Columbia University in New York. On her return in Italy, La Sapienza University didn't validate her Master in the USA. By then she started thinking about project Erasmus.

Erasmus plus in an evolution of the old program created by the UE dedicated to instruction, youth, training and sport for all european citizens. That program permitted to all university's students to attend a period of time in another University abroad (which had previously signed the agreement).

What's the new Erasmus+? What is expected by Erasmus+? Why should you say Yes/No to this experience?

To answer to all this questions we examined the documents of Agenzia Nazionale Erasmus+ Indire, International Relationship Office and websites.

Erasmus+ Study gives you the opportunity to live an experience abroad, with language exams and with the validation of Masters and courses attended.

Erasmus+ Traineeship Erasmus Placement gives you the opportunity to have an intership abroad, to face the working reality of the host country. This kind of Erasmus needs an agreement between the two Universities and the permanence lasts at least 90 days.

Student Mobility for Traineeship allows you to attend an intership of 60 days at least in enterprises, training centre and research centres in european Country, also at Universities that doesn't have any agreement for Erasmus.

Mobility Staff for Teaching Mobility Agreement: it concerns teachers who want to live a brief formative experience (8 hours at least) to acquire new skills or to keep themselves up to date.

Erasmus experience means: new life, learn a new language, open the mind and acquire new skills.

Positive aspects: better mind, objective vision of Italy, knowing new culture and new people, independence and cosmopolitan. At the end of the Erasmus project, students talk with their colleagues about the new techniques they have learnt and this interchange is another value of Erasmus project.

Negative aspects: long bureaucracy, distractions and small scholarship.

Erasmus students are all employed in the long time, have more ability in problem solving, they are more curious, they are more able to face new situations and to overcome new problems.

Erasmus reduces unemployment because gives the opportunity to look for a job all over the world and makes you feel more self confident.

Keywords

Erasmus bilateral agreement between universities, learning agreement, transcript of records, internationalization.



È a lei, infatti, alla sua tenacia, alla sua lungimiranza, che si deve la nascita del programma di mobilità tra atenei universitari denominato con l'acronimo di Erasmus – European Region Action Scheme for the Mobility of University Students – perché altri studenti non ricevessero il suo stesso trattamento.

In tutta Europa (e non solo) è conosciuta come “Mamma Erasmus”, il 16 maggio 2016 (2) giorno della Festa dell'Europa, ha ricevuto il prestigioso Premio «Carlo V» (2) consegnato dal Re di Spagna Filippo IV e dal Presidente del Parlamento Ue Martin Schulz. Presente alla cerimonia anche il Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca Stefania Giannini (2).

Il nuovo Erasmus Plus, che nasce come evoluzione del programma precedente, è un programma di mobilità dell'Unione europea, organizzato dall'Agenzia Nazionale Erasmus+ Indire (3), valido dal 2014 al 2020, dedicato all'istruzione, alla formazione, alla gioventù e allo sport e aperto a tutti i cittadini europei.

È rivolto a studenti (con un'età compresa tra i 13 e i 30 anni), formatori (che lavorano nella formazione di adulti e giovani) e insegnanti (scuole, università, organizzazioni *no profit*).

È il programma di scambio universitario più famoso al mondo, che consente agli studenti universitari di realizzare un periodo di studio all'estero presso un Ateneo di uno dei Paesi partecipanti al Programma, che abbia firmato un accordo bilaterale con l'Università di appartenenza.

Membri Ue

Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Croazia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia e Ungheria.

Extra Ue

Islanda, Liechtenstein, Norvegia, Turchia e Fyrom (Repubblica di Macedonia).



Sofia Corradi

Scopo

Cos'è il nuovo Erasmus+? Cosa ci si aspetta dall'Erasmus+? Perché dire Sì/No a questa esperienza?



Indicazioni operative circa la prova finale dei corsi afferenti alle classi di Laurea per le professioni sanitarie

Al fine di assicurare il corretto svolgimento delle prove finali dei corsi afferenti alle classi di Laurea delle professioni sanitarie presso le sedi universitarie, tenuto conto delle Linee di indirizzo in materia, approvate dalla Conferenza Permanente delle classi di Laurea delle professioni sanitarie il 12 settembre 2013, il Ministero della Salute e il MIUR hanno predisposto la Circolare operativa che è stata trasmessa a tutti Presidenti dei Collegi e Direttori/Coordinatori dei corsi di Laurea in Ostetricia in allegato alla Circolare n. 25 del 10 ottobre 2016 (www.fnco.it).

La Circolare, approvata dall'Osservatorio Nazionale delle Professioni Sanitarie in data 28 settembre 2016, è diretta a tutti gli addetti ai lavori istituzionalmente preposti e quindi i rappresentanti di Categoria, del Ministero della Salute e del MIUR che sono componenti la Commissione esaminatrice prevista per gli esami finali abilitanti all'esercizio della professione ostetrica.

La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche è componente dell'Osservatorio Nazionale per le Professioni Sanitarie, ricostituito presso il MIUR con decreto interministeriale del 10 marzo 2016.



Materiali e metodi

Per rispondere a queste domande sono stati consultati i documenti dell'Agenzia Nazionale Erasmus+ Indire (3) l'Ufficio Relazioni Internazionali e Mobilità Studentesca di Ateneo Unimore (4) e i siti *on line*.

Vi sono diversi modi di fare esperienza Erasmus.



L'**Erasmus+ per Studio** offre la possibilità di svolgere un'esperienza di studio all'estero (frequenza di corsi, sostenimento di esami, preparazione della tesi, attività di ricerca, di laboratorio e clinica), ottenendo il riconoscimento delle attività formative svolte.



L'**Erasmus+ Traineeship Erasmus Placement** fornisce invece l'opportunità di svolgere un tirocinio formativo all'estero presso istituzioni, imprese, centri di formazione e

ricerca operanti in un altro Paese dell'Unione o aderente al programma.

Occorre un accordo bilaterale Erasmus tra Università con una durata minima di 90 giorni.

Mobilità Erasmus+ per Traineeship (*Student Mobility for Traineeship*) consente agli studenti iscritti ai corsi di Laurea, di Laurea magistrale e di Laurea magistrale a ciclo unico, nonché agli iscritti ai corsi di Specializzazione e di Dottorato di ricerca, di svolgere un tirocinio della durata minima di 60 giorni, presso imprese, centri di formazione e di ricerca, istituti scolastici, presenti in uno dei Paesi europei.

Può svolgere tale tirocinio anche presso Università che non hanno un accordo bilaterale Erasmus.

Staff Mobility for Teaching Mobility Agreement: si tratta di brevi esperienze d'insegnamento o formazione da parte dei docenti, con un minimo di 8 ore. È prevista anche una visita preparatoria per effettuare successivamente un accordo Erasmus+ oppure una visita per monitoraggio e valutazione delle attività.

Esistono altre possibilità per l'internazionalizzazione utilizzando i fondi europei.

Overseas (4) Borse per la mobilità studentesca con isti-

tuti universitari stranieri: il bando prevede l'assegnazione di borse della durata di un semestre verso istituzioni in Paesi extra europei o europei non rientranti nel programma Erasmus+ con cui l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia abbia stipulato delle convenzioni.

Il **Programma Atlante** (5) è stato istituito presso l'Università di Ferrara che ha stipulato accordi con l'Università peruviana di Uladech (referente: professoressa Rosaria Cappadona). Tale programma offre agli studenti la possibilità di eseguire alla fine dei tre anni di corso un periodo di mobilità di un anno per acquisire la Laurea triennale in Ostetricia a doppio titolo con accordo internazionale.

Gli studenti del terzo anno del corso di Laurea in Ostetricia Unimore, per arricchire la loro esperienza formativa, hanno l'opportunità di trascorrere un periodo di tre mesi all'estero partecipando al progetto Erasmus Plus. (4) della durata di 400 ore, che vale il riconoscimento di 15 crediti ECTS.

La gestione degli scambi internazionali avviene in collaborazione con l'Ufficio Relazioni Internazionali e Mobilità Studentesca di Ateneo nel rispetto dei criteri previsti dall'Agenzia Nazionale Italiana Indire (3).

Per la mobilità Erasmus+ per Studio il contributo varia tra i 230 e i 280 euro mensili, più il contributo integrativo di Ateneo.

Per la mobilità Erasmus+ per Traineeship il contributo varia tra i 430 e i 480 euro mensili.

Le Università ospitanti non richiedono agli studenti di pagare tasse e mettono a disposizione (dove esistano) i propri servizi di alloggio e di ristorazione.

Il riconoscimento dell'attività svolta in Erasmus+ sarà effettuato dopo aver ricevuto dall'Università ospitante un documento (*Transcript of Records*), che attesti il positivo espletamento delle attività formative previste e il conseguimento dei relativi crediti che saranno inseriti nel *Diploma Supplement*, indispensabile per garantire l'adeguata spendibilità e il riconoscimento dei titoli di studio a livello europeo.



Risultati

Esperienza Erasmus significa cambiare vita, aprire la mente, cultura, lingua, tradizioni, modelli organizzativi, procedure ostetriche.

Aspetti positivi: maggior apertura mentale, visione più oggettiva dell'Italia, conoscenza di persone e culture diverse, indipendenza, diventare cittadini del mondo.

Aspetti negativi: distrazioni, eccessiva burocrazia, borsa di studio esigua.

La Conferenza internazionale per l'educazione e la ricerca in ostetricia *Erasmus student exchange: Enhancing international learning and working in an undergraduate midwifery education programme*, che si è svolta a Nottingham nel 2012 (6), con la presentazione di un Poster ha evidenziato che lo scambio di studenti Erasmus può essere un veicolo per condividere buone pratiche all'interno di un contesto internazionale che potrebbe fare la differenza per la qualità della cura delle donne in età fertile, i loro bambini e le famiglie che vivono in tutto il mondo.

Lo studio di impatto su Erasmus (Bruxelles, 22 settembre 2014) (7) conferma che il programma di scambio degli studenti dell'UE migliora le prospettive professionali e la mobilità lavorativa. I giovani che studiano o si formano all'estero non acquisiscono soltanto conoscenze in discipline specifiche, ma consolidano anche le competenze trasversali fondamentali, molto apprezzate dai datori di lavoro. Il programma di scambio per stu-

denti dell'Unione europea mostra che i laureati con esperienza internazionale si inseriscono meglio degli altri nel mercato del lavoro: l'incidenza ha dimostrato che gli studenti Erasmus hanno il 50% di probabilità in meno di essere disoccupati a lungo termine rispetto a coloro che non sono andati all'estero.

Umberto Eco scriveva: "L'Erasmus ha creato la prima generazione di giovani europei. Io lo definirei una rivoluzione sessuale. Grazie a questa iniziativa giovani provenienti da diversi Paesi dell'Ue si conoscono, s'innamorano, si sposano e diventano europei, come i loro figli. L'idea Erasmus dovrebbe essere obbligatoria non solo per gli studenti, ma anche per i tassisti, gli idraulici e gli altri lavoratori" (8).

Nella conferenza CARE4 – *International Scientific Nursing and Midwifery Congress*, che si è svolta nel febbraio del 2015 ad Anversa in Belgio (9), erano presenti come relatori i docenti dei corsi di Laurea che hanno rapporti Erasmus con l'Artesis Plantijn University College of Antwerp; per l'Italia sono i corsi di Laurea in Ostetricia dell'Unimore e dell'Università Bicocca di Monza. È stata puntualizzata l'importanza degli scambi Erasmus per studenti e docenti dell'Ue.

Giulia Gallotti (10) descrive l'Erasmus in Europa come una vera e propria palestra per i futuri e preparati cittadini europei, ciò che arricchisce il nostro bagaglio culturale sono gli incontri con altre persone, imparare

qualcosa di più e di diverso di quello che troviamo nei libri. Il confronto con gli altri è sempre motivo d'ispirazione. Vivere un periodo all'estero rende ancora più italiani.

Il giornalista Beppe Severgnini in un articolo del 29 gennaio 2016 afferma che la metà degli studenti Erasmus riceve un'offerta di lavoro all'estero dopo gli stage (11). Per quello che attiene alla realtà modenese le sedi partner del corso di Laurea in Ostetricia sono: Artesis Hogeschool Antwerpen (Belgio), University of Oulu - Oulun Yliopisto (Finlandia), Marmara Üniversitesi Istanbul (Turchia) e University of Valencia (Spagna) (12). Gli studenti partecipano con entusiasmo a questa esperienza e sono ricoperti tutti i posti disponibili nel bando annuale. Al rientro dall'Erasmus riportano ai compagni le nuove competenze e le abilità acquisite, le pratiche innovative e lo scambio di esperienze, diventando un valore aggiunto del corso di Laurea in Ostetricia.

Conclusione

“In Erasmus si parte per apprendere le lingue, imparare ad adattarsi, maturare un'esperienza di vita. Gli studenti Erasmus sono i più occupati a lungo periodo, hanno maggiori capacità di *problem solving*, sono più curiosi, hanno sviluppato maggiori capacità di adattamento rispetto a giovani che non hanno mai fatto un'esperienza di formazione all'estero”. Queste alcune delle considerazioni di uno studio della Commissione europea sull'impatto dell'Erasmus ai fini lavorativi (13).

Chi parte per l'Erasmus vede la propria esistenza cambiare a livello professionale, sociale, culturale, affettivo e nel segno della costruzione di un'Europa più unita. A dimostrarlo è uno studio della Commissione europea che ha preso in esame 78mila persone e ha misurato l'impatto dell'Erasmus nella vita di chi decide di partire. L'Erasmus riduce il rischio di disoccupazione, aiuta a trovare lavoro in un ambiente internazionale, rafforza la fiducia in se stessi e fa apprezzare di più l'appartenenza all'Unione europea (14).

La dottoressa Sara Pagliai dell'Agenzia Indire afferma: “I dati di Erasmus Plus raccontano il successo di un forte strumento di inclusione, l'unico che riesca effettivamente a creare una cittadinanza europea” (15).

Il Ministro Stefania Giannini, incontrando al MIUR il suo omologo giapponese Hiroshi Hase in vista del G7 che si è tenuto in Giappone a maggio 2016, afferma che serve un “Erasmus degli insegnanti”, una sorta di “Schengen dei docenti per mettere a confronto le esperienze nei diversi Paesi” (16).

Tuttavia per migliorare il processo d'internazionalizzazione dei risultati dell'Erasmus+ emerge la necessità di istaurare nuovi accordi Erasmus+ e migliorare le possibilità di accesso anche dal punto di vista economico affinché un numero sempre maggiore di studenti possa intraprendere questa fondamentale esperienza formativa.

Bibliografia

1. *La Stampa*, 10 maggio 2016, Sofia Corradi
Così fa nascere l'Erasmus
2. *Il Mattino*, 10 maggio 2016, Premiata una prof italiana.
Fu lei a inventare l'Erasmus
L'Unità, 9 maggio 2016, Oggi la festa dell'Erasmus
Il Mattino, 9 maggio 2016, Erasmus, il mio capolavoro
Il Messaggero, 9 maggio 2016, Erasmus, il mio capolavoro
ANSA - ROMA, 10 maggio 2016, In tutta Europa è conosciuta come “mamma Erasmus”
3. www.indire.it/erasmus
4. www.unimore.it/international/erasmus.html
5. www.unife.it/studenti/internazionale/atlanter/bando-di-selezione-requisiti-e-modalita-
6. Nottingham International Conference for Education and Research in www.nottingham.ac.uk/.../nicer-2012-conference-proceedings...
8 set 2012 - Abstracts of Non-Peer Reviewed Student Posters. ... Erasmus student exchange: Enhancing international learning and working in an undergraduate midwifery education programme, Dr Jayne Marshall, Cathy Ashwin
7. Relazione finale: Erasmus impact study (Studio di impatto su Erasmus) Bruxelles, 22 settembre 2014 - Sito web di Androulla Vassiliou 10 maggio 2016 - scuola24.ilsole24ore.com «Studiare all'estero conviene i ragazzi trovano lavoro in metà tempo»
8. www.theitalystyle.com › Viaggio › Vita da Erasmus- 26 febbraio 2016 – Umberto Eco
9. International Scientific Nursing and Midwifery Congress ... www.uantwerpen.be/care4
10. Europa: nuove frontiere o fortezza?, di Giulia Gallotti, Decennale ... www.decennale.it/europa-nuove-frontiere-o-fortezza-di-giulia-gallotti
30 aprile 2016, E per un cittadino europeo di oggi, senza troppa esperienza alle spalle, ...
Il senso dell'Erasmus in Europa (in Svizzera), di Giulia Gallotti
11. *Corriere della Sera*, 29 gennaio 2016, I ragazzi Erasmus, italiani da premio, di Beppe Severgnini
12. www.laureainostetricia.unimore.it
13. Fai l'Erasmus, trovi lavoro: disoccupazione dimezzata per chi ha studiato all'estero, di Irene Giuntella, Cronologia articolo 23 settembre 2014, Commenti
14. I Cinque grafici dicono che l'Erasmus è la cosa giusta ... - Internazionale, www.internazionale.it/opinione/jacopo-ottaviani/.../erasmus-studenti-lavoro-grafici, Jacopo Ottaviani, giornalista, 13 ottobre 2015 12
15. Un anno di Erasmus Plus, Sara Pagliai dell'Agenzia Indire, Italiani all'estero tra i migliori d'Europa, 1 febbraio 2016
16. Il ministro Giannini: “Serve un Erasmus degli insegnanti” - *La Stampa*, occorre lavorare per realizzare un programma Erasmus degli insegnanti». Serve «una Schengen dei docenti per mettere a confronto l'esperienze, www.lastampa.it/2015/12/.../scuola/il...giannini-serve...erasmus...insegnanti

5TH EUROPEAN MIDWIVES ASSOCIATION EDUCATION CONFERENCE

2-3 dicembre 2016

Autori

Silvia Vaccari

Antonella Toninato

Iolanda Rinaldi

Componenti

Comitato Centrale FNCO



EUROPEAN MIDWIVES ASSOCIATION

I giorni 2 e 3 dicembre 2016 si è tenuto a Londra il congresso dell'EMA, European Midwives Association.

In rappresentanza della Federazione Nazionale Collegi Ostetriche (FNCO) vi erano la Vicepresidente Silvia Vaccari, la Tesoriera Antonella Toninato e la Consigliera Jolanda Rinaldi.

Il congresso è stato aperto da Mervi Jokinen, Presidente dell'European Midwives Association e successivamente dalla professoressa Lesley Page, CBE e Presidente del Royal College of Midwives, che ha introdotto, a sua volta, l'arrivo della Principessa Anna d'Inghilterra in qualità di Testimonial del Royal College of Midwives.

Il comitato scientifico annovera, oltre a numerose professoresse inglesi di Midwifery, anche la nostra collega dottoressa Antonella Nespoli, Ricercatore SSD/MED 47 dell'Università Bicocca di Milano.

Notizie utili dall'Istituto Superiore di Sanità

CORSI FAD ACCREDITATI E GRATUITI PER OSTETRICHE

L'Istituto Superiore di Sanità, alla luce del considerevole successo riscontrato nella prima edizione tra gli operatori sanitari, ripropone anche per l'anno 2016 il corso FAD sulla **emorragia del post partum**.

Il corso, accreditato ECM e gratuito, ha visto l'adesione da parte della professione ostetrica e ha ricevuto il patrocinio di FNCO, SIGO, AOGOI, AGUI e SIAARTI.

L'Istituto Superiore di Sanità ha attivato per la prima volta nel 2016 una formazione FAD sui **disordini ipertensivi della gravidanza**.

Numerosi sono stati i temi affrontati nelle due giornate di studio e confronto: dalla formazione all'educazione, innovazione, pratica e legislazione.

Le sessioni sono state organizzate dal Royal College in associazione con EMA.

Il tema principale e filo conduttore delle due giornate è stata la formazione ostetrica ritenuta fondamentale, in particolare per quanto riguarda la pratica ostetrica, per rispondere ai bisogni delle donne affinché queste ricevano la migliore assistenza.

La conferenza, che ha avuto come obiettivo l'incontro fra le ostetriche e gli studenti dei corsi di Laurea, ha focalizzato l'attenzione sui bisogni di formatori e discenti, cercando di mettere in evidenza le migliori strategie e le proposte più innovative per favorire la formazione e l'apprendimento e creare professionisti completi da immettere nel mondo del lavoro.

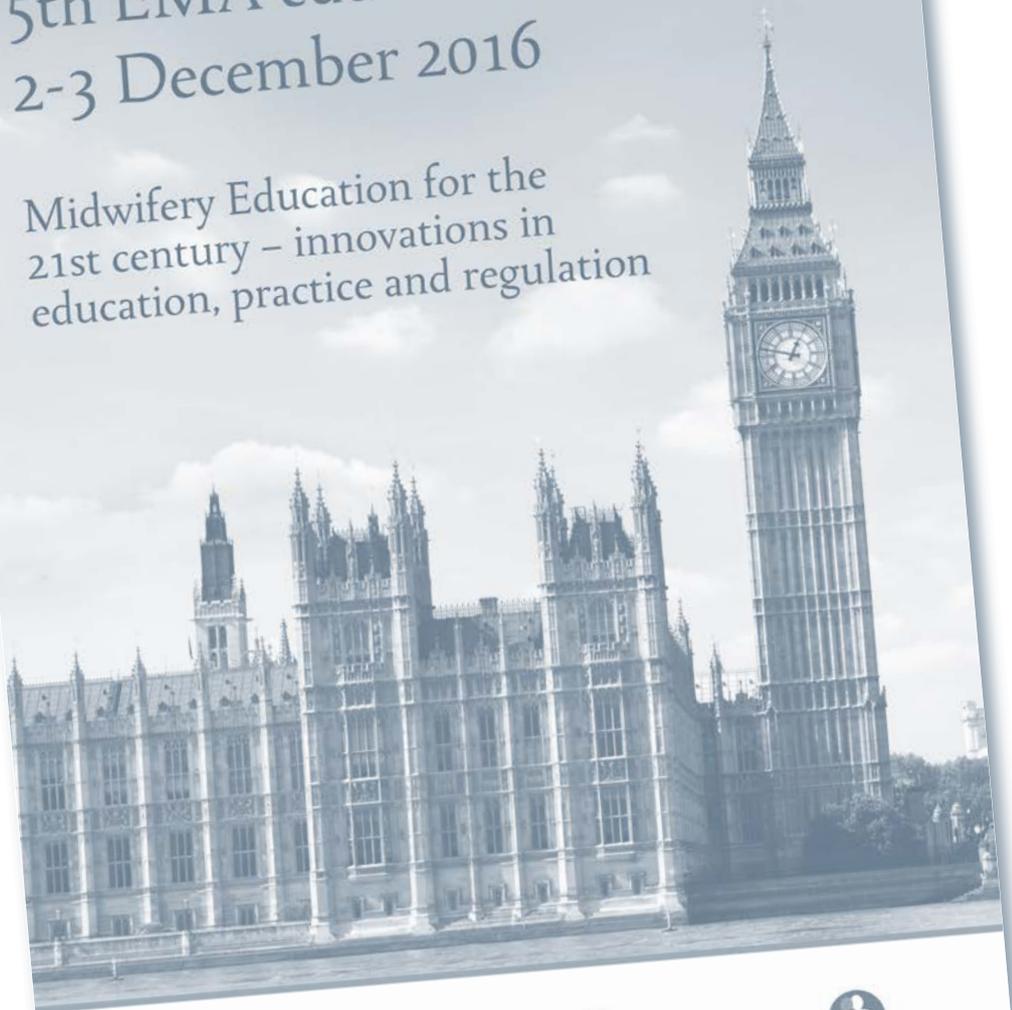
Nei due giorni di lavori scientifici i relatori che si sono succeduti erano esperti di formazione, ricerca e legislazione specifica della professione ostetrica.

Di particolare interesse, lo studio "Develayed Cord Clamping Benefits", "Challenges in midwifery practice: incremento dei tassi del VBAC attraverso il progetto Opti-birth".

Toccante, poi, il progetto affrontato da Laura Abbott: "The pregnant women in prison": obiettivo dello studio degli studenti era quello di interpretare e capire le dure condizioni delle donne in stato di gravidanza che si trovano a scontare la loro pena in carceri spesso gestite con regimi maschilisti, dove la pena da scontare non tiene conto né del genere femminile né dello stato di gravidanza. Lo studio si è posto l'obiettivo di costituire percorsi di assistenza alla gravidanza in strutture pro-

5th EMA education conference 2-3 December 2016

Midwifery Education for the
21st century – innovations in
education, practice and regulation



The Royal College of
Midwives

HOSTED BY THE ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES.
QUEEN ELIZABETH II CONFERENCE CENTRE, LONDON.
www.rcm.org.uk/ema



EUROPEAN MIDWIVES
ASSOCIATION



The Royal College of
Midwives

Convention Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche (FNCO) e Federazione Nazionale Medici Pediatri (FIMP)

Da tre anni la FIMP propone un evento formativo per infermieri pediatrici, replicato in tre città italiane, sui temi dell'appropriatezza vaccinale in generale. Il progetto formativo, che prevede un corso nell'edizione 2017, sarà esteso e accreditato ECM gratuitamente anche al personale ostetrico.

Il corso FNCO/FIMP prevede la specifica trattazione del tema "gravidanza" per il pomeriggio del venerdì antecedente al convegno del sabato sempre nelle tre sedi indicate.

Il corso teorico-pratico dal titolo "Pre genitori", più antecedente ai tre eventi del "Vaccinando su e giù per lo stivale 2017", si terrà in tre capoluoghi di Regione:

- a Torino il 17 febbraio 2017;
- a Roma il 3 marzo 2017;
- a Catania il 31 marzo 2017.

Indicazioni sulle modalità di iscrizione per la partecipazione al corso teorico-pratico accreditato ECM e gratuito per Ostetriche saranno trasmesse nelle forme di rito (sito FNCO, Newsletter, circolare ai Collegi, app iscritti).



tette fuori dal contesto carcerario, oltre a quello della rilevazione del disagio delle detenute.

Altro studio preso in considerazione è quello sulle nuove tecniche di insegnamento nell'ambito del tirocinio formativo dell'Università di Presov, Slovacchia.

Numerosi i *workshop* presenti nella seconda giornata: "Hypnobirth nel SSN inglese", "Consolidamento della formazione ostetrica: un approccio pragmatico University of Manchester", "La sfida della formazione ostetrica: come raggiungere risultati eccellenti nel passaggio di informazioni tra il professionista e lo studente".

Innumerevoli gli *Abstract* prodotti dagli studenti e numerosi sono stati i *poster* presentati dalle Università; tra questi spicca per particolare interesse quello riguardante l'utilizzo di alcuni dispositivi vaginali per migliorare la tonicità del pavimento pelvico nel *post partum* (City University of London).

Nella sezione *Poster* colpisce uno studio sull'importanza del supporto del professionista durante la gravidanza per il controllo del peso e del BMI e delle informazioni sul travaglio e parto tramite l'uso di un'applicazione informatica (www.labourpains.com).

I rappresentanti della FNCO in seno al congresso sono riusciti anche a confrontarsi con molti studenti sui per-

corsi formativi dei corsi di Laurea europei. In particolare modo con una studentessa italo-francese residente in Normandia si è discusso delle sue aspettative a conclusione dello studio in rapporto all'effettiva richiesta del mondo del lavoro.

Importante l'incontro con la professoressa Lesley Page, Presidente del Royal College, un'ostetrica con oltre 40 anni di esperienza clinica in Canada e in Gran Bretagna, che si è occupata di formazione e che attualmente è una ricercatrice accademica, scrittrice e Manager Ostetrica. Nella sua carriera è stata la prima professoressa di ostetrica nel Regno Unito alla Thames Valley University e al Queen Charlott Hospital ed è un'attivista sia per le ostetriche che per le mamme e bambini.

La professoressa Lesley Page, che è stata ostetrica di comunità e ha assistito molti parti in casa, ci ha illustrato l'allegoria dell'onorificenza che indossa al collo nelle occasioni importanti quale presidente del Royal College of Midwives e la storia del RCM.

Per approfondimenti sui temi trattati nell'European Midwives Association 5th Education Conference 2016 si comunica che sul sito FNCO sono pubblicati *Abstracts and biographies* (www.fnco.it/news/european-midwives-association--5-th-education-conference-20.htm).

La FNCO pronta a impugnare il DPCM su nuovi LEA per i suoi profili di illegittimità, anche costituzionale

Di seguito pubblichiamo il documento di osservazioni e proposte che è stato inviato al Direttore Generale Comitato LEA (www.fnco.it/news/circolare-31-2016.htm) e ripreso il 19 settembre 2016 su *Quotidiano Sanità* (www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=43065). Il documento FNCO è stato trasmesso, inoltre, a tutti membri del Governo, al Ministro della Salute e ai Presidenti delle Commissioni di Camera e Senato, al Dipartimento di Programmazione e al CPNn.

La FNCO ha “gridato” alle istituzioni tutte (politiche e tecniche) di voler essere audita per esprimere la propria posizione in quanto nel testo risultano omesse tutte quelle attività a vantaggio delle salute della donna e della famiglia. Invece, con le integrazioni richieste dalla Federazione Nazione delle Ostetriche, a costo zero, si potranno rafforzare i servizi a favore della salute riproduttiva e di genere, non ci sarebbero violazioni e discrasie normative, si rafforzerebbe il principio di “appropriatezza” il cui mancato rispetto è alla base dell’attuale eccessivo ricorso al taglio cesareo, della medicina difensiva con *overtreatment* e costi esorbitanti di spesa pubblica.

A cura del Comitato Centrale FNCO

La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche (FNCO) è decisa a impugnare il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri recante *Nuova definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza* dopo aver esaminato la bozza approvata dalla Conferenza Stato-Regioni.

La domanda che le Ostetriche italiane pongono, dopo aver chiesto inutilmente audizioni al Ministero della Salute e inviato note al riguardo, è perché nel DPCM, che disciplina gli ambiti di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, ossia:

- a. prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- b. assistenza distrettuale;
- c. assistenza ospedaliera;

risultano omesse le attività relative alle prestazioni ostetriche?

Inoltre, la FNCO sottolinea la disfunzione legislativa conseguente all’emanazione del DPCM sui LEA, per la violazione ripetuta di normative già vigenti e di grado superiore rispetto a un DPCM, nonché della stessa Carta costituzionale (artt. 3, 32 e 97), con grave riverbero sull’applicabilità nei contesti organizzativi sanitari che poi devono in concreto produrre prestazioni al servizio della donna e delle famiglie, nonché sulla professionalità delle 20mila ostetriche/i italiani.

Nello specifico risultano omesse tutte quelle attività a vantaggio della salute della donna e della famiglia e se questa nuova programmazione dei LEA resisterà per altri decenni – l’ultima modifica risale al 2001 – per molto tempo si priveranno le donne del giusto diritto di



accesso ai servizi, soprattutto in un grave momento di crisi economica che ha impoverito tutte le fasce sociali, diminuendo contestualmente e nella sostanza il diritto di accesso ai servizi di salute pubblica.

Invece, con le integrazioni richieste dalla Federazione Nazione delle Ostetriche, a costo zero, si potranno rafforzare i servizi a favore della salute riproduttiva e di genere, non ci sarebbero violazioni e discrasie normative, si rafforzerebbe il principio di “appropriatezza” il cui mancato rispetto è alla base dell’attuale eccessivo ricorso al taglio cesareo, della medicina difensiva con *overtreatment* e costi esorbitanti di spesa pubblica.

Precisamente e nel merito del DPCM osserviamo quanto segue.

Nell'ambito dell'art. 2, ove sono individuate le *Aree di attività della prevenzione collettiva e sanità pubblica*, non risulta inserita l'attività inerente la salute riproduttiva e la tutela della fertilità.

Nell'ambito dell'*Assistenza sanitaria di base*, di cui all'art. 4 della bozza, tra i professionisti abilitati alla gestione ambulatoriale e domiciliare delle patologie acute e croniche, inclusi gli interventi e le azioni di promozione e di tutela globale della salute, non è contemplata la Categoria professionale delle ostetriche/i.

Nel medesimo articolo, laddove al comma 2 si elencano le attività e prestazioni garantite dal SSN, risulta omessa l'attivazione di percorsi assistenziali ostetrici a favore della donna per la promozione della salute sessuale-riproduttiva e la tutela della fertilità.

E ancora, all'art. 17, recante *Assistenza protesica*, al comma 4 si fa riferimento all'apporto di professionisti abilitati all'esercizio della professione sanitaria e *Arte sanitaria ausiliaria*, così di fatto reintroducendo nell'ordinamento la denominazione *professione sanitaria ausiliaria*, ormai abolita dal 1999 dall'art. 1 della Legge 42/1999. Anche nel settore delle cure domiciliari, di cui all'art. 22 della bozza, non è dato riscontrare alcun riferimento ai trattamenti ostetrici e, quindi, risulta del tutto omessa l'assistenza ostetrica domiciliare.

Finanche nell'ambito di quanto previsto dall'art. 24 in relazione all'*Assistenza socio-sanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie*, non risulta contemplato l'intervento, di per sé insurrogabile e indefettibile dell'ostetrica/o e nell'elenco delle attività connesse non risultano previsti, ad esempio:

- corsi di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno;
- consulenza e assistenza ostetrica e anche supporto psicologico per problemi di oncofertilità secondo il modello HUB e SPOKE, come indicato nel Piano Nazionale Fertilità anno 2015;
- consulenza breve motivazionale antitabagica, come previsto dal Progetto ministeriale *Mamme libere dal fumo*;
- consulenza in gravidanza per la prevenzione dei difetti alla nascita alcol correlati (FAS), come previsto dalla Campagna ministeriale per la prevenzione dell'abuso di alcol in gravidanza.

Nell'ambito delle *Aree di attività dell'assistenza ospedaliera* (art. 36) non è contemplata l'attività di *Day service*, che costituisce realtà organizzativa da anni attivata in diverse Regioni e al successivo art. 37, concernente le attività di pronto soccorso, risulta nuovamente omessa l'attività ostetrica laddove, di contro, si sarebbe dovuto – e si deve – prevedere che nel punto nascita sia assicurata la funzione di osservazione breve ostetrica (OBO), al fine di contenere il fenomeno dei ricoveri impropri, garantire adeguate cure ostetriche e prevenire i tagli cesarei inappropriati. Nell'ambito dell'art. 38, che disciplina le ipotesi di *Ricovero ordinario per acuti*, risulta ancora pretermessa l'assistenza e l'osservazione ostetrica e neonatale. Nel medesimo articolo risulta, inoltre, non sussistere alcun riferi-

mento ai Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN) e all'Osservazione Breve Ostetrica (OBO). Parimenti può evidenziarsi come anche nell'ambito del *Day Surgery* (art. 40) e del *Day Hospital* (art. 42) tra le prestazioni non risultino comprese quelle ostetriche e neonatali.

Non risulta infine contemplata la fattispecie del *Prelievo e conservazione di cellule riproduttive* che integrerebbe quanto previsto dagli articoli 48 (*Attività di trapianto di organi e tessuti*) e 49 (*Donazione di cellule riproduttive*) per disciplinare un servizio di oncofertilità secondo il citato modello HUB e SPOKE da attivare in ogni Regione.

Dai rilievi formulati emerge come la bozza di DPCM risulti viziata da eccesso di potere per sviamento dall'interesse pubblico; per contenere precetti illogici e parziali e quindi per illogicità e/o irragionevolezza; per disparità di trattamento con conseguente violazione del principio di eguaglianza avendo pretermesso ingiustificatamente e irragionevolmente tutta una serie di attività di natura e pertinenza ostetrica e neonatale comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Fermo quanto sopra rilevato, l'illegittimità più grave e palese che emerge dall'esame della bozza di DPCM è contenuta nell'art. 59, laddove le ostetriche/i non sono comprese tra i soggetti abilitati a effettuare la prescrizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali escluse dalla partecipazione al costo dei pazienti, finanche nel caso di rischio materno o fetale. Peraltro, nell'ambito di tale articolo, neppure si prevede che siano escluse dalla partecipazione al costo anche le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie nel caso di parto prematuro.

La previsione contenuta nell'art. 59 del DPCM si pone, dunque, in palese violazione di norme di legge sulle competenze professionali delle ostetriche (D.Lgs. 206/2007 modificato dal D.Lgs. 15/2016). In particolare l'art. 48 del D.Lgs. 206/2007 e s.m.i. dispone che tra le attività professionali dell'ostetrica/o sia compresa quella di "omissis ... accertare la gravidanza e in seguito sorvegliare la gravidanza normale, effettuare gli esami necessari al controllo dell'evoluzione della gravidanza normale; prescrivere gli esami necessari per la diagnosi quanto più precoce di gravidanza a rischio". Ne consegue la sussistenza per legge in capo alla Categoria di competenza a effettuare prescrizioni di prestazioni specialistiche necessarie per accertare la gravidanza, controllarne l'evoluzione e l'eventuale rischio della stessa.

Inoltre il DPCM si pone in contrasto anche con provvedimento di pari grado e, precipuamente, con l'art. 1 del D.M. n. 740 del 14 settembre 1994 che prevede, tra l'altro, come l'attività dell'ostetrica sia volta "alla preparazione e all'assistenza ginecologica", nonché "alla prevenzione e all'accertamento dei tumori della sfera genitale femminile", attività tutte che comprendono la prescrizione di prestazioni specialistiche necessarie tanto per l'assistenza ginecologica quanto per la prevenzione e l'accertamento di patologie oncologiche della sfera genitale femminile.

In applicazione del principio della gerarchia delle fonti – secondo cui nell'ordinamento giuridico esistono norme di grado e forza superiori rispetto ad altre norme di



grado e forza inferiore, talché la norma superiore ha maggiore forza giuridica della inferiore e quest'ultima non può porsi in contrasto con la norma sopra ordinata – il DPCM in corso di emanazione non può interferire sulle competenze professionali delle ostetriche stabilite da norme di rango primario quali il D.Lgs. 206/2007 modificato dal D.Lgs. 15/2016. Sussiste, dunque, nella bozza di testo di DPCM approvata dalla Conferenza Stato-Regioni, una palese violazione delle norme di legge che statuiscano le competenze professionali delle ostetriche.

I profili di illegittimità del testo esaminato dalla Federazione, così come licenziato dalla Conferenza Stato-Regioni, si pongono anche in contrasto con i principi posti da norme di livello costituzionale e, precisamente, con gli artt. 3, 32 e 97 della Costituzione.

Il DPCM si pone in contrasto con l'art. 3 della Costituzione in quanto viola il principio di eguaglianza ivi statuito sia con riferimento alla posizione delle ostetriche/i rispetto agli altri soggetti abilitati per legge a effettuare la prescrizione di prestazioni specialistiche che con riferimento a quelle donne che intendono affidarsi per la gravidanza alle prestazioni delle ostetriche/i le quali si troveranno a doversi necessariamente rivolgere, per le prescrizioni specialistiche, ad altro professionista, con conseguente ulteriori oneri non solo economici, ma anche emotivi e concreti.

Il DPCM si pone in contrasto con l'art. 32 della Costituzione laddove non contempla la possibilità di effettuare prescrizioni di prestazioni specialistiche esenti per legge dalla partecipazione al costo da parte del cittadino/paziente in capo a soggetti, quali le ostetriche/i, abilitati dalla legge a effettuare tali prescrizioni. Infatti, uno dei principi dettati dal citato art. 32 della Costituzione, è quello di garantire il diritto alla salute agli indigenti. Nell'ipotesi in cui il DPCM venisse approvato nel testo licenziato dalla Conferenza Stato-Regioni tale principio risulterebbe palesemente violato dall'art. 59 per non consentire a coloro i quali intendono avvalersi dell'assistenza di un'ostetrica/o di poter accedere alle prestazioni specialistiche esenti per legge dalla partecipazione al costo, giacché l'ostetrica/o in applicazione del DPCM si troverà nella condizione di non poter effettuare le relative prescrizioni nonostante la sussistenza di competenza in materia ex art. 48 del D.Lgs. 206/2007 modificato dall'art. 37 del D.Lgs. 15/2016.

Il DPCM si pone in contrasto con l'art. 97 della Costituzione

per aver posto in essere un comportamento lesivo dei principi di buon andamento e imparzialità della Pubblica Amministrazione, giacché le ostetriche/i si troveranno a non poter effettuare le prescrizioni delle prestazioni specialistiche ambulatoriali esenti dalla partecipazione al costo del paziente in violazione di norma di legge che tale attività contempla tra quelle di competenza della Categoria e difformemente da altri soggetti abilitati i quali di contro potranno, nell'ambito dell'assistenza alla donna, procedere a tali prescrizioni, con pregiudizio dello stesso SSN.

Né, a contrastare le plurime illegittimità del DPCM, e in specie dell'art. 59 di quest'ultimo, possono valere le disposizioni di cui all'art. 50 della Legge n. 326 del 24 novembre 2003, attinente *Disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie* e dell'art. 15-*decies* del D.Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992, recante *Obbligo di appropriatezza*, giacché tali disposizioni, di carattere pubblicistico ed economico, ineriscono esclusivamente alla definizione degli oneri della finanza pubblica nel settore sanitario nulla disponendo circa le competenze a effettuare le prescrizioni. Sussiste dunque violazione di legge anche per contraddittorietà tra il DPCM e le citate norme e, più precisamente, per falsa applicazione dell'art. 50 della Legge 326/2003 e dell'art. 15-*decies* del D.Lgs. 502/1992. Né le norme in questione possono in alcun modo porsi in antinomia con la normativa sulle competenze professionali delle ostetriche/i, giacché tale eventuale contrasto comporterebbe il prevalere, comunque, nella fattispecie di quanto disposto dall'art. 48 del D.Lgs. 206/2007 modificato dal D.Lgs. 15/2016, da considerarsi norma speciale rispetto agli articoli 50 della Legge 326/2003 e 15-*decies* del D.Lgs. 502/1992, statuizioni aventi carattere generale.

Da ultimo, ma non per importanza, deve rilevarsi come l'accoglimento dei rilievi sopra esposti non comporterebbe alcun onere a carico della finanza pubblica.

Premesso quanto sopra esposto, la FNCO confida in una modificazione del DPCM con riguardo a tutte le ipotesi in cui risulta pretermessa l'attività dell'ostetrica/o e in particolare con riguardo all'inserimento di tale figura professionale tra quelle abilitate alle prescrizioni delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Nella certezza che l'attuale Governo vorrà emanare un provvedimento non lesivo degli interessi legittimi di una Categoria professionale, né lesivo del diritto delle donne di poter scegliere liberamente il soggetto cui affidare l'assistenza sanitaria in materia ostetrica-neonatale e ginecologica, nei limiti delle competenze di legge, senza vedere affievolito tale diritto laddove venga scelta l'ostetrica/o, a causa dell'impossibilità di tale professionista sanitario di prescrivere prestazioni specialistiche.

La FNCO a tutela della Categoria evidenzia come, laddove il testo venisse emanato conformemente a quello contenuto nella bozza licenziata dalla Conferenza Stato-Regioni, sarà costretta a rivolgersi alla giurisdizione amministrativa per chiedere l'annullamento *in parte qua* del DPCM, attesi i plurimi vizi di legittimità consistenti in violazione di leggi ed eccesso di potere sotto diversi profili.

MONITORAGGIO FETALE INTRAPARTO

Analisi delle linee guida FIGO anno 2015

Autori

Rossella Coppola

Ostetrica Mediterranea

Struttura Ospedaliera

ad alta specialità - Napoli

Ciro Luise

Ginecologo Mediterranea

Struttura Ospedaliera

ad alta specialità - Napoli

RIASSUNTO

La cardiocografia è un'indagine strumentale di supporto alla clinica e, pertanto, ogni valutazione deve essere effettuata alla luce delle condizioni cliniche generali della madre e del feto e della progressione del travaglio.

Al fine di ridurre i comportamenti interventisti inopportuni, le linee guida Figo si propongono di supportare gli specialisti nell'uso e nell'interpretazione del monitoraggio cardiocografico in travaglio di parto.

Complicanze non preventivate possono insorgere anche in pazienti a basso rischio, per cui ciascun Punto Nascita deve garantire sempre la presenza di una équipe competente così come una organizzazione pianificata per procedere rapidamente all'espletamento del parto (in particolare, al taglio cesareo di emergenza).

ABSTRACT

The CTG is an instrumental support to the clinical investigation and, therefore, any assessment must be conducted in the light of the overall clinical condition of the mother and fetus and the progress of labor.

In order to reduce the inappropriate behavior interventionists, the Figo guidelines are aimed at supporting specialists in the use and in interpretation of CTG monitoring in labor.

Unexpected complications may occur during labor, even in patients without prior evidence of risk; so maternity hospitals need to ensure the presence of trained staff, as well as appropriate facilities and equipment for an expedite delivery (in particular emergency cesarean delivery).

Introduzione

Lo scopo delle linee guida FIGO è quello di facilitare l'uso e l'interpretazione della cardiocografia in travaglio di parto, nonché il *management* clinico di specifici *pattern*.

Una cattiva interpretazione dei tracciati cardiocografici e un giudizio clinico inadeguato determinano interventi ostetrici inappropriati che possono comportare rischi addizionali per la madre e il neonato. Il monitoraggio cardiocografico continuo è associato, da un lato, a una riduzione del 50% delle convulsioni neonatali, invariata è l'incidenza della mortalità perinatale e della paresi spastica [1], dall'altro è associata a un incremento del 63% del tasso di tagli cesarei e del 15% di parti operativi [2]. Al fine di ottimizzare le potenzialità di tale metodica e ridurre gli effetti negativi di un suo uso improprio, l'obiettivo delle linee guida è quello di definire le indicazioni a tale metodica e di fornire agli specialisti degli strumenti omogenei di interpretazione dei dati.

Indicazioni

Il monitoraggio cardiocografico continuo dovrebbe essere considerato in tutte quelle situazioni ad alto rischio di ipossia/acidosi fetale, dovuta a condizioni materne (emorragia o iperpiressia), ritardo di crescita fetale, analgesia epidurale, presenza di meconio o ipercontrattilità uterina conseguente ad esempio a induzione o incremento del travaglio di parto. Il tracciato continuo è inoltre indicato in caso di anomalie nell'auscultazione intermittente.

Dibattuta è l'utilità di tale approccio nelle gravidanze classificate a basso rischio, per le quali l'auscultazione intermittente o la registrazione cardiocografica intermittente risultano, a parità di sensibilità per la rilevazione di segnali di sofferenza fetale, correlate a un minore rischio di interventi ostetrici [4].

Tuttavia, è importante sottolineare che attualmente nella pratica clinica il monitoraggio intermittente, nonostante le evidenze scientifiche di sicurezza, stenta a



essere adottato, in relazione, purtroppo, ai sempre più numerosi contenziosi medico-legali.

Analogamente l'esecuzione di routine di CTG all'ammissione in donne a basso rischio è stata associata a un incremento di tagli cesarei e nessun miglioramento degli outcome neonatali. Nonostante ciò, tale procedura è divenuta *standard* in diverse nazioni (*admission test*).



Analisi del tracciato cardiocografico

Nella valutazione "esperta" di un tracciato cardiocografico è indispensabile una "lettura analitica": non si deve dare l'interpretazione prima di aver preso in considerazione tutti e quattro i parametri di valutazione della frequenza cardiaca fetale: frequenza della linea di base, variabilità, accelerazioni e decelerazioni, all'interno della più ampia valutazione clinica materno-fetale.

Dall'analisi dei parametri su indicati scaturisce la classificazione del tracciato cardiocografico che può essere definito "normale" o "rassicurante", "atipico" o "non rassicurante" e "anormale" o "infausto" (Tabella 1).

Il razionale dell'utilizzazione del monitoraggio elettronico fetale in travaglio di parto è quello di identificare l'ipossia fetale prima che essa sia così grave da portare ad acidosi, ad asfissia e quindi a sequele neurologiche.

Il feto è normalmente capace di adattarsi all'ipossiemia utilizzando un meccanismo di compenso cardiovascolare che aumenta il flusso sanguigno verso gli organi più importanti: cervello, cuore e surreni. La seconda linea di difesa coinvolge un meccanismo compensatorio metabolico. L'asfissia si determina, con possibilità di danno neurologico, quando questi meccanismi compensatori

sono insufficienti. Le condizioni del feto prima del travaglio (IUGR, prematurità, malformazioni congenite, presentazione podalica, preeclampsia, gravidanza multipla) e gli eventi che avvengono durante il travaglio (perdite ematiche in travaglio, infezioni intrauterine, liquido tinto di meconio, rottura delle membrane >24 h, gravidanze post-termine, pregresso taglio cesareo e uso di ossitocina per indurre o potenziare il travaglio) possono influenzare la capacità del feto di attivare questi meccanismi di difesa.

Tabella 1 Linee guida RCOG 2007

	Linea base (bpm)	Variabilità' (bpm)	Decelerazioni	Accelerazioni
Rassicurante	110-160	≥5	Nessuna	Presenti
Non Rassicurante	100-109 161-180	< 5 per ≥40 min e < 90 min	Decelerazioni precoci Decelerazioni variabili Decelerazione singola prolungata	<i>L'assenza di accelerazioni con un tracciato</i>
Anormale	<100 >180 Sinusoidale ≥ 10 min	< 5 per ≥ 90 min	Decelerazioni variabili atipiche Decelerazioni tardive Decelerazioni prolungate ripetute	<i>comunque normale ha un significato incerto</i>

Figura 1. Ridotta variabilità della FCF

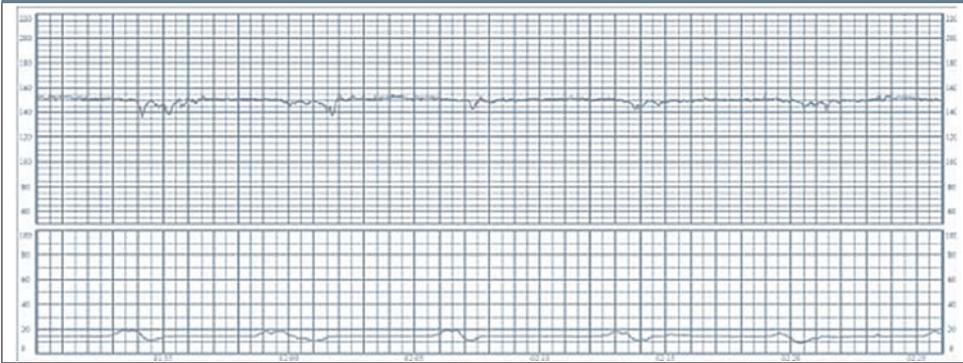


Figura 2. Ridotta variabilità. La linea di base è influenzata dalle contrazioni che provocano una diminuzione della FCF, con decelerazioni



Figura 3. Aumento della variabilità della FCF. Pattern saltatorio

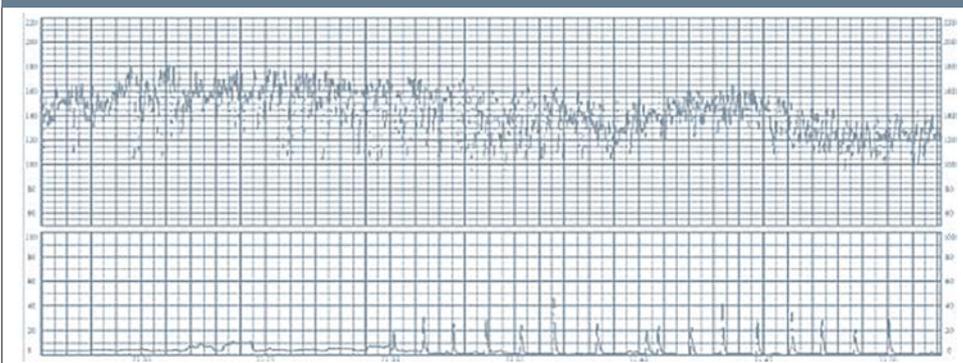
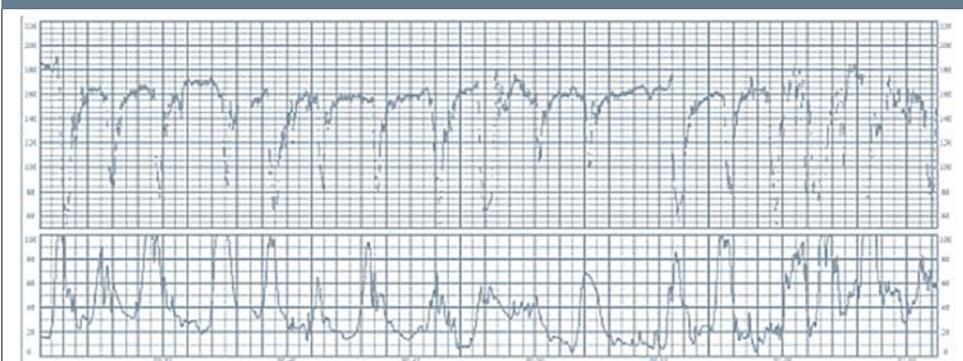


Figura 4. Decelerazioni variabili



La ridotta variabilità della frequenza cardiaca fetale (FCF) alla CTG (Figura 1) può verificarsi a causa di uno stato di ipossia/acidosi fetale e la conseguente diminuzione dell'attività del simpatico e parasimpatico, ma può anche essere dovuta a un precedente danno cerebrale, infezioni, alla somministrazione di sedativi del sistema nervoso centrale o bloccanti del parasimpatico [6]. Durante il sonno profondo la variabilità è di solito nella fascia più bassa della normalità, ma l'ampiezza di banda è raramente sotto i 5 bpm.

Vi è un elevato grado di soggettività nella valutazione di questo parametro e quindi un'attenta rivalutazione è raccomandata in situazioni limite. A seguito di un CTG inizialmente normale, la ridotta variabilità dovuta all'ipossia è molto improbabile che si verifichi durante il travaglio senza l'associazione di decelerazioni variabili severe o tardive (Figura 2). Analogamente, un aumento della variabilità della FCF superiore ai 25 bpm (tracciato "saltatorio") è priva di significato patologico se isolata, mentre assume particolare rilevanza quando si presenta in combinazione con decelerazioni variabili (Figura 3) [7].

Per quanto concerne le decelerazioni va precisato quanto segue.

- Le decelerazioni cosiddette "variabili" (Figura 4) sono generalmente associate a un outcome favorevole quando hanno una profondità uguale o superiore agli 80 bpm e una durata inferiore ai 30 secondi, costitui-



scono la maggioranza delle decelerazioni durante il travaglio e traducono una risposta barorecettoriale mediata da un aumento della pressione arteriosa, come avviene con la compressione del cordone ombelicale [8]. Mentre indicano un aumento significativo di rischio di ipossia/acidosi fetale, in caso di profondità inferiore ai 70 bpm e durata superiore ai 30 secondi, e/o se associate a riduzione della variabilità della FCF e/o presenza di tachicardia o bradicardia fetale.

- Tutte le decelerazioni “tardive” (Figura 5) sono da considerare potenzialmente associate a un grado di ipossia [9]. In presenza di un tracciato con assenza di accelerazioni, ridotta variabilità e persistenza di decelerazioni tardive (>3), vi è una correlazione significativa con un aumentato rischio di paralisi cerebrale e acidosi dell'arteria ombelicale, pertanto è necessario intervenire nell'immediato.
- Le decelerazioni “prolungate”, ossia con una durata superiore a 3 minuti, sono indicative di ipossiemia.

Decelerazioni superiori a 5 minuti, con FCF mantenuta a meno di 80 bpm e ridotta variabilità all'interno della decelerazione (Figura 6), sono frequentemente associate a uno stato di ipossia/acidosi fetale acuta, che richiede un intervento immediato [10].

Figura 5. Decelerazioni tardive



Figura 6. Decelerazione prolungata



Figura 7. Pattern sinusoidale



Figura 8. Pattern pseudo-sinusoidale



Altro pattern caratteristico è quello “sinusoidale” (Figura 7), la cui base fisiopatologica ancora non è del tutto chiarita. Si verifica in associazione con grave anemia fetale, emorragia materno-fetale, sindrome da trasfusione fetto-fetale e rottura dei vasi previ. È stato anche descritto nei casi di ipossia fetale acuta, infezioni, malformazioni cardiache, idrocefalo e gastroschisi [11].

Viene definito “pseudo-sinusoidale” (Figura 8) un tracciato simile a quello sinusoidale, ma con un aspetto più frastagliato, detto “a dente di sega”. La sua durata supera raramente i 30 minuti ed è caratterizzata da un pattern normale prima e dopo. Questo modello è stato descritto dopo somministrazione analgesica alla madre, e durante i periodi di suzione fetale e altri movimenti della bocca [12].

Piano Nazionale della Cronicità: reti integrate sul territorio per presa in carico, “tecnoassistenza” e Piani di cura personalizzati

Il Piano prevede una forte integrazione tra l'assistenza primaria, centrata sul medico di medicina generale e le cure specialistiche, una continuità assistenziale, modulata sulla base dello stadio evolutivo e sul grado di complessità della patologia e l'ingresso quanto più precoce della persona con malattia cronica nel percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare. E ancora, il potenziamento delle cure domiciliari e la riduzione dei ricoveri ospedalieri, anche attraverso l'uso di tecnologie innovative di “tecnoassistenza”, senza dimenticare lo sviluppo di modelli assistenziali centrati sui bisogni “globali” del paziente e non solo clinici. Questi alcuni dei capisaldi del “Piano Nazionale della Cronicità”, documento che, in attuazione del Patto per la salute 2014-2016, disciplina le modalità di assistenza e tutela del crescente numero di pazienti affetti da malattie croniche.

Il fenomeno della cronicità ha una significativa portata nel Sistema sanitario ed è in progressiva crescita: si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie nei Paesi avanzati sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche e che nel 2020 le stesse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo.

Il Piano, che richiama autorevoli modelli internazionali, prende le mosse dall'attuale contesto di riferimento, caratterizzato dal progressivo invecchiamento della popolazione e ribadisce come “l'ospedale va concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la cronicità che interagisca con la specialistica ambulatoriale e con l'assistenza primaria, attraverso nuove formule organizzative che prevedano la creazione di reti multispecialistiche dedicate e “dimissioni assistite” nel territorio finalizzate a ridurre il *drop-out* della rete assistenziale, causa frequente di riospedalizzazione a breve termine e di *outcome* negativi nei pazienti con cronicità.

Tali obiettivi sono perseguibili e raggiungibili attraverso la prevenzione primaria, la diagnosi precoce, l'educazione e l'*empowerment* del paziente, nonché mediante la prevenzione delle complicanze, che spesso sono responsabili dello scadimento della qualità di vita della persona e che rappresentano le principali cause degli elevati costi economici e sociali delle malattie stesse.

Per approfondimenti:

PIANO CRONICITÀ [www.fnco.it/custom/fnco/writable/news/PIANO%20CRONICITA\(2\).pdf](http://www.fnco.it/custom/fnco/writable/news/PIANO%20CRONICITA(2).pdf)

ACCORDO STATO-REGIONI [www.fnco.it/custom/fnco/writable/news/SCHEMA%20ACCORDO%20STATO%20REGIONI\(2\).pdf](http://www.fnco.it/custom/fnco/writable/news/SCHEMA%20ACCORDO%20STATO%20REGIONI(2).pdf)



Decisione clinica

Un tracciato cardiocografico va sempre “contestualizzato”. Prima di interpretare il CTG, si deve conoscere la storia clinica della gravida, perché l’epoca gestazionale, eventuali patologie materne, alcuni farmaci, patologie fetali concomitanti, la fase del travaglio, modificano i

criteri di lettura e di interpretazione del tracciato. Come regola generale, se il feto continua a mantenere una frequenza stabile e una variabilità rassicurante, il rischio di ipossia agli organi centrali è altamente improbabile (Tabella 2).

Tabella 2 Criteri di classificazione, interpretazione e management del CTG (Linee guida FIGO 2015)

	Normale	Sospetto	Patologico
Frequenza	110-160 bpm	Mancante di almeno una delle caratteristiche di normalità senza caratteristiche patologiche	< 100bpm
Variabilità	5-25 bpm	Mancante di almeno una delle caratteristiche di normalità senza caratteristiche patologiche	Ridotta variabilità, aumentata variabilità, <i>pattern</i> sinusoidale
Decelerazioni	Non ripetitive	Mancante di almeno una delle caratteristiche di normalità senza caratteristiche patologiche	Ripetitive, tardive o prolungate > 30 min o di 20 min se variabilità ridotta, oppure una decelerazione > 5 min
Interpretazione	Feto senza ipossia o acidosi	Feto a bassa probabilità di sviluppare ipossia o acidosi	Feto ad alta probabilità di sviluppare ipossia o acidosi
Management	Nessun intervento	Azioni rivolte a rimuovere eventuali cause. Monitoraggio intensivo	Azione immediata rivolta a correggere eventuali cause. Metodi alternativi di monitoraggio della ossigenazione fetale (FBS). Se ciò non è possibile, procedere al parto quanto prima. In situazioni di emergenza acuta (prolasso del cordone ombelicale, rottura d’utero, distacco di placenta), parto immediato

Azioni da intraprendere in situazioni di sospetta ipossia/acidosi

Le linee guida FIGO 2015 forniscono ai professionisti strumenti di riflessione per la condotta clinica. Quando una situazione di ipossia/acidosi è ipotizzata in presenza di un tracciato sospetto spesso sono richieste dapprima delle manovre conservative, per evitare un *outcome* neonatale avverso, che non equivale necessariamente all'esecuzione immediata di un taglio cesareo. Le cause alla base delle caratteristiche di un tracciato possono frequentemente essere individuate e la situazione recuperata con ripristino di un'adeguata ossigenazione fetale e ritorno a un tracciato normale.

L'eccessiva attività uterina è la causa più frequente di ipossia/acidosi [13] e può essere evidenziata dalla documentazione di tachisistole nel tracciato cardiocografico e palpando il fondo uterino. Questa può essere di solito contrastata dalla riduzione o dalla sospensione dell'infusione di ossitocina o rimuovendo eventuali prostaglandine oppure attraverso farmaci tocolitici come agonisti beta adrenergici (salbutamolo, terbutalina, ritodrina), atosiban o nitroglicerina. Durante il secondo stadio del travaglio, le spinte materne possono altresì contribuire all'insorgenza di ipossia/acidosi fetale; in tal caso la paziente deve essere invitata ad astenersi dal praticare tali spinte fino a quando il tracciato ritorni normale.

La compressione aorto-cavale può manifestarsi in posizione supina e generare riduzione della perfusione placentare. L'eccessiva contrattilità uterina può anch'essa essere associata alla posizione supina [14] probabilmente per stimolazione del plesso sacrale dal peso dell'utero. In questi casi, posizionando la paziente sul fianco sinistro si osserva di solito un ritorno alla normalizzazione del tracciato CTG.

La compressione occasionale del cordone ombelicale è un'altra causa comune di cambiamenti nel tracciato cardiocografico (decelerazioni variabili) e queste possono essere corrette dal cambiamento della posizione materna o da un'infusione di liquido amniotico.

L'ipotensione materna improvvisa può, inoltre, manifestarsi durante il travaglio, solitamente seguita ad analgesia epidurale o spinale [15] ed è di solito corretta da una infusione rapida di fluidi per via endovenosa e/o da un bolo di efedrina per via endovenosa. Non c'è nessuna evidenza che dimostri l'efficacia dell'infusione endovenosa di liquidi in donne normotese.

La somministrazione di ossigeno alla madre è una tecnica molto usata con l'obiettivo di migliorare l'ossigenazione fetale e normalizzare conseguentemente il tracciato CTG, ma non c'è nessuna evidenza da studi randomizzati che quest'intervento sia efficace quando l'ossigenazione materna è adeguata [16].

Giudizio clinico è richiesto per la diagnosi della causa all'origine di un tracciato sospetto o patologico per valutare possibili manovre atte al ritorno dello stesso alla normalità e/o decidere il *timing* del parto evitando una prolungata ipossia/acidosi fetale e manovre ostetriche inutili. Pertanto, se la situazione non ritorna alla norma-

lità rimuovendo la causa scatenante un tracciato sospetto e lo stesso continua a deteriorare, deve essere considerata la possibilità di procedere a un parto rapido qualora si verifichi una caratteristica patologica.

Conclusioni

L'analisi di un tracciato cardiocografico è soggetta a considerevoli discordanze tra i vari operatori.

L'aspetto principale della controversia tra i vari osservatori riguarda l'identificazione e la classificazione delle decelerazioni, la valutazione della variabilità della FCF e la classificazione dei tracciati tra sospetti e patologici [17].

La soggettività dell'analisi dei vari osservatori è stata dimostrata in *audit* retrospettivi dei tracciati che sono più frequentemente indicati come patologici quando l'*outcome* neonatale avverso era già noto.

Tracciati cardiocografici sospetti o patologici hanno una capacità limitata nel predire acidosi metabolica e basso punteggio di Apgar nonostante la forte associazione di determinati *pattern* cardiocografici e una situazione di ipossia/acidosi fetale. Cosicché i *pattern* cardiocografici sospetti o patologici rappresentano indicatori sensibili ma a bassa specificità e con basso valore predittivo positivo.

Un ampio numero di studi randomizzati controllati è stato condotto comparando il monitoraggio CTG continuo con auscultazione intermittente come metodologia di *screening* per l'ipossia/acidosi fetale in travaglio in donne a basso e alto rischio. Tali studi furono condotti tra gli anni '70 e l'inizio degli anni '90, quando i criteri di interpretazione dei tracciati cardiocografici erano differenti rispetto a quelli odierni, indicati nelle linee guida FIGO, cosicché è difficile stabilire come i risultati si relazionerebbero alla pratica clinica corrente. Pur con queste limitazioni, i risultati dei vari studi indicano un limitato beneficio del CTG continuo in tutte le donne in travaglio essendosi verificata una riduzione delle convulsioni neonatali del 50% senza sostanziali differenze nell'incidenza della mortalità perinatale e della paresi spastica [2].

C'è da sottolineare a questo proposito che solo una piccola proporzione di mortalità perinatale e di paresi è causata da fenomeni di ipossia in travaglio. Dall'altro lato, un monitoraggio continuo è associato a un incremento del 63% del tasso di tagli cesarei e a un incremento del 15% di parti operativi [1].

Conoscenze limitate della fisiopatologia dell'ossigenazione fetale e un giudizio clinico inadeguato possono indurre all'esecuzione di interventi ostetrici impropri, comportando rischi addizionali per la madre e il neonato.

Al fine di ridurre dei comportamenti interventisti inopportuni, le linee guida FIGO forniscono strumenti di analisi semplici e obiettivi per permettere di prendere decisioni rapide ed efficaci in situazioni cliniche complesse.

UE. Troppi abusi nella libera circolazione dei professionisti sanitari. Segnalate 3.750 notifiche di cure inadeguate

Nella Comunità europea è in vigore la libera circolazione dei professionisti della salute che deve ovviamente rispettare le regole comunitarie la cui osservanza è sottoposta al sistema di vigilanza per la protezione della salute dei cittadini europei. La Carta Professionale Europea (CPE), introdotta con la Direttiva 55/2013, rappresenta un nuovo metodo per riconoscere le qualifiche professionali ed è attualmente applicata in via sperimentale solo per alcune categorie professionali. Per valutare la potenzialità del sistema della TPE, da gennaio 2016 la sperimentazione ha interessato tra l'altro gli infermieri (Collegi con grandi numeri), fisioterapisti (associazioni con grandi numeri), etc. Le competenti istituzioni, relative alle politiche comunitarie, hanno anche definito i meccanismi di allerta per notificare documentate pratiche professionali non ottimali agli altri Stati membri.

Tra le manifestazioni politiche organizzate nel corso del semestre della Presidenza del Consiglio Europeo affidato all'Olanda (gennaio-giugno 2016), la Ministra olandese della Salute, Welfare e Sport, Edith Schippers, ha organizzato ad Amsterdam un *meeting* tra esperti e politici, per fare il punto sul tema libera circolazione dei professionisti della salute. La Presidenza olandese ha evidenziato come alcune nazioni della Comunità europea non hanno ancora messo in atto il sistema di notifica attraverso la Carta Professionale Europea (CPE). La Ministra Schippers ha riferito che dall'inizio del sistema di allerta, nello scorso gennaio, sono state registrate nell'Unione Europea 3.750 notifiche di cura inadeguata, provenienti da 12 Stati membri tra cui l'Italia. Le notifiche riguardano casi di professionisti estromessi dai rispettivi Albi professionali o di restrizioni imposte alla pratica professionale dai rispettivi Ordini, Collegi e Associazioni.

La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche, in previsione dell'attivazione dal prossimo 2017 della Carta Professionale Europea (CPE) anche per la professione ostetrica, ha chiesto alla Direzione del Servizio Libera Circolazione delle persone, dei Servizi, delle Merci e dei Capitali delle Politiche Comunitarie di illustrare ai Presidenti, in seno al Consiglio Nazionale del 25 e 26 novembre 2016, le procedure connesse alla CPE.

I Collegi, per il meccanismo di Allerta dovranno trasmettere alla FNCO ogni comunicazione adottando lo specifico modulo relativo al settore Qualifiche Professionali disponibili in IMI alla voce "Allerte concernenti altre professioni sanitarie".

Bibliografia

- [1] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The use of electronic fetal monitoring. Evidence-based clinical guideline, number 8. London: RCOG Press; 2001.
- [2] Alfirevic Z, Devane D, Gyte GM. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database Syst Rev 2013;5:CD006066.
- [4] Herbst A, Ingemarsson I. Intermittent versus continuous electronic fetal monitoring in labour: a randomized study. Br J Obstet Gynaecol 1994;101(8):663-8.
- [5] Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Smith V. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. Cochrane Database Syst Rev 2012;2:CD005122.
- [6] Nelson KB, Dambrosia JM, Ting TY, Grether JK. Uncertain value of electronic fetal monitoring in predicting cerebral palsy. N Engl J Med 1996;334(10):613-8.
- [7] Nunes I, Ayres-de-Campos D, Kwee A, Rosen KG. Prolonged saltatory fetal heart rate pattern leading to newborn metabolic acidosis. Clin Exp Obstet Gynecol 2014;41(5):507-11.
- [8] Ball RH, Parer JT. The physiologic mechanisms of variable decelerations. Am J Obstet Gynecol 1992;166(6 Pt 1):1683-9.
- [9] Holzmann M, Wretler S, Cnattingius S, Nordstrom L. Cardiotocography patterns and risk of intrapartum fetal acidemia. J Perinat Med 2015;43(4):473-9.
- [10] Westgate JA, Wibbens B, Bennet L, Wassink G, Parer JT, Gunn AJ. The intrapartum deceleration in center stage: a physiologic approach to the interpretation of fetal heart rate changes in labor. Am J Obstet Gynecol 2007;197(3):236.e1-236.e11.
- [11] Modanlou HD, Murata Y. Sinusoidal fetal heart rate pattern: reappraisal of its definition and clinical significance. J Obstet Gynaecol Res 2004;30(3):169-80.
- [12] Graça LM, Cardoso CG, Calhaz-Jorge C. An approach to interpretation and classification of sinusoidal fetal heart rate patterns. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1988; 27(3):203-12.
- [13] Ayres-de-Campos D, Arulkumar S, FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Physiology of fetal oxygenation and the main goals of intrapartum fetal monitoring. Int J Gynecol Obstet 2015;131:5-8 [in this issue].
- [14] Caldeyro-Barcia R, Noriega-Guerra L, Cibils LA, Alvarez H, Poseiro JJ, Pose ST. Effect of position changes on the intensity and frequency of uterine contractions during labor. Am J Obstet Gynecol 1960;80:284-90.
- [15] Simmons SW, Taghizadeh N, Dennis AT, Hughes D, Cyna AM. Combined spinalepidural versus epidural analgesia in labour. Cochrane Database Syst Rev 2012;10: CD003401.
- [16] Fawole G, Hofmeyr GJ. Maternal oxygen administration for fetal distress. Cochrane Database Syst Rev 2012;12:CD000136.
- [17] Ayres-de-Campos D, Bernardes J, Costa-Pereira A, Pereira-Leite L. Inconsistencies in classification by experts of cardiotocograms and subsequent clinical decision. BJOG 1999;106(12):1307-10.

Welfare e multi-etnia: l'Ostetrica

Autrice

Vanessa Marastoni

*Collaboratore Professionale Sanitario Ostetrica,
Ospedale Civile di Sassuolo SpA, Modena*

*“Non sono le differenze fra di noi
a separarci,
ma il nostro rifiuto
a conoscerle come tali”*

Lorde, 1994



In una società, quale quella italiana, sempre più caratterizzata da una pluralità etnica e culturale, è molto importante considerare quanti sono gli immigrati sul territorio nazionale e il dato principale che si esamina per calcolarli è quello della popolazione straniera residente, che include tutti coloro che risiedono in un Paese, ma hanno cittadinanza in un altro. Tuttavia il fenomeno della immigrazione non si presenterà mai con dati troppo certi: infatti troppi e incontrollabili sono i flussi migratori per avere un quadro definitivo in un preciso momento. Il dato della popolazione straniera residente ci consente, tuttavia, di ottenere una immagine credibile e relativamente stabile, sebbene ci sia tutto un mondo sommerso che non rientra in queste statistiche. In Italia, e più in generale in Europa, i mutamenti nella composizione sociale ed etnica ci sono e sono davvero molto veloci.

Dati Istat: al 1° gennaio 2016 la popolazione in Italia era di 60 milioni 656 mila residenti (-139 mila unità rispetto al 2015). Gli stranieri erano 5 milioni e 54 mila e rappresentavano l'8,3% della popolazione totale. L'aumento rispetto all'anno precedente è di circa 40 mila unità, cioè un +0,8%. Questo incremento è dovuto interamente alle nascite di bambini stranieri sul suolo italiano (circa 63 mila nel 2015, il 12,9% sul totale). Nel 2015 le nascite sono state 488 mila (-15 mila). Il 2015 è stato il quinto anno consecutivo di riduzione della fecondità, giunta a 1,35 figli per donna.

La popolazione di cittadinanza italiana scende a 55,6 milioni, conseguendo una perdita di 179 mila residenti.

Le comunità straniere in crescita nel nostro Paese sono principalmente quelle di alcuni Paesi asiatici (Cina, India, Filippine, Pakistan, Sri Lanka) e di Paesi dell'Africa occidentale, come Senegal, Nigeria, Gambia, Mali, che, pur restando ancora fuori dalle prime dieci posizioni di comunità maggiormente presenti nel nostro Paese, meritano una attenzione particolare in vista di una diversità culturale in continuo sviluppo.

Contrariamente all'immagine maschilizzata, che viene

attribuita allo straniero e all'immigrato, le donne costituiscono il 52,7% degli stranieri residenti in Italia.

I motivi per cui le donne immigrano in Italia sono innumerevoli, di seguito cercherò di elencare i principali.

- **Ricongiungimenti familiari.** Sono dati dall'arrivo della donna in Italia a volte con anni di distanza rispetto al marito e spesso non per una sua decisione autonoma. La donna subisce la scelta di migrare. La problematica maggiore è quella di auto-esclusione dalla società di arrivo e di creazione di rapporti di totale dipendenza dall'uomo. La prima difficoltà è normalmente quella linguistica, che può portare col tempo, in alcuni casi, alla mancanza assoluta di rapporti sociali al di fuori della coppia. Inoltre nel caso in cui l'uomo sia emigrato molto tempo prima, il rapporto tra marito e moglie può essere quasi inesistente e andrà consolidandosi in condizioni di forte squilibrio: la donna si trova in un momento di temporanea perdita o di rimessa in discussione della propria identità, mentre l'uomo ha già superato questo processo.
- **Aspettative e speranze per un futuro migliore.**
- **Fuga dal loro Paese di origine, dove hanno vissuto storie traumatiche, per cercare condizioni di maggiore libertà.**

Ci sono aspetti della nascita che sono uguali per tutte le donne del mondo: sono le leggi della fisiologia e i bisogni basilari come intimità, protezione, sicurezza per sé e per il proprio bambino, sostegno, incoraggiamento, condivisione, approvazione, non violazione del proprio corpo, ma la donna immigrata è difficile da comprendere nei suoi aspetti culturali. Lo "sforzo" che ci costringe a fare per capirla apre la nostra mente alla diversità culturale e ci aiuta a comprendere meglio anche la diversità di ogni donna. Gli stereotipi del materno nella nostra società possono creare delle barriere nella comunicazione. La donna immigrata ci aiuta a uscire dei nostri schemi mentali, dalla nostra routine che dà per scontate tante cose e presuppone di sapere in anticipo cosa debba volere, sentire o fare una donna gravida o partoriente.



Ogni essere umano è un essere culturale. Un sistema culturale esiste perché esistono dei luoghi, una lingua comune, un sistema parentale e un insieme di abilità e condotte che si tramandano nel tempo. In particolare esistono due culture:

- **una cultura esterna**, costituita dalla lingua, dalla struttura della famiglia, dalle regole del gruppo, dalle leggi, dalla religione, dalla organizzazione sociale di una comunità umana;
- **una cultura interna**, costituita dalla elaborazione individuale della cultura esterna, attraverso un processo di interiorizzazione graduale degli elementi esterni. La cultura interna è quindi diversa per ogni individuo, perché ognuno elabora personalmente la cultura esterna.

Il bambino interiorizza pian piano il modo della mamma di percepire il mondo e forma un suo **involucro culturale** e cresce con una solida identità.

Se viene a mancare la corrispondenza tra cultura interna e quella esterna, l'individuo si trova in una condizione traumatica (**trauma migratorio**), il suo involucro culturale diventa fragile e frammentario. La migrazione è un'esperienza particolarmente difficile per le donne nel frangente della maternità, perché come ogni persona la donna paga un prezzo alto in termini di sofferenza per la scelta di migrare e inoltre si trova in una fase particolare della sua vita, la gravidanza, caratterizzata dall'emergere di emozioni contrastanti e dal riattivarsi di traumi passati, di sofferenze antiche e di paure ataviche. La donna si trova a vivere la gravidanza senza l'accompagnamento delle donne della sua famiglia, si trova a partorire in un contesto che non corrisponde a quello che conosceva del suo Paese. Le conferme di cui la mamma ha bisogno non esistono, anzi spesso riceve dagli operatori messaggi indecifrabili, che aumentano i suoi dubbi e la fanno sentire inadeguata. La sua cultura interna non corrisponde più alla cultura esterna e questo rende fragile l'involucro culturale della mamma.

Molto spesso queste donne somatizzano il dolore della lontananza che non riescono a esprimere a parole: soffrono nel corpo ed effettuano frequenti accessi in pronto soccorso (mal di testa, algie pelviche, dolori muscolari...).

Ogni donna, a seguito della migrazione, adotta col tempo strategie difensive diverse, cioè un suo **stile acculturativo**. L'acculturazione è quel processo attraverso il quale le persone cambiano in seguito al contatto tra culture e non è sempre sinonimo di adeguamento culturale. Esistono diversi stili di acculturazione: stile assimilativo, stile marginale, stile dissociativo e stile acculturativo. Quest'ultimo permette una positiva integrazione, infatti la persona tende a utilizzare valori e comportamenti sia del gruppo di origine che di quello di accoglienza.

Un professionista sanitario, e quindi anche l'ostetrica, deve tener conto di ciò che cambia nel tessuto sociale nel quale lavora. Diventa necessario, da parte di tutti quelli che lavorano in ogni settore della società, in contatto con una diversità culturale in continuo sviluppo, rendersi coscienti del valore aggiunto che tali nuovi cittadini possono offrire nella società di accoglienza. Quindi è necessario iniziare a leggere la realtà con un paio di occhiali differenti e considerare che oltre alla visione occidentale della medicina *evidence-based* esistono altre prospettive. Inoltre è fondamentale non dare per scontato alcune pratiche che nella nostra cultura sono ben radicate, ma magari per altre etnie risultano ingiustificate e insignificanti. È importante valorizzare queste diversità culturali e considerarle come una ricchezza, infatti tanti sono i suggerimenti che abbiamo ricavato da culture diverse dalla nostra.

Nell'assistenza alla donna gravida e alla puerpera è importante individuare le caratteristiche culturali e religiose delle varie etnie, in quanto la gravidanza e il parto sono eventi che hanno forti legami con le concezioni della vita, del dolore, della morte.

Per aiutare questa fascia di popolazione immigrata a superare il trauma del distacco e la difficoltà di accesso ai servizi per ragioni sociali, culturali e linguistiche sarebbe utile l'apertura di una fascia oraria/ambulatorio dedicato, la preparazione di materiale informativo-educazionale tradotto in lingua e la presenza di un facilitatore linguistico-culturale. Il facilitatore non è semplicemente un interprete, ma ha anche il difficile compito di favorire la comprensione delle reciproche culture tra operatore del servizio e la donna proveniente da un altro contesto socio-culturale.

La comunicazione rappresenta un'area prioritaria d'intervento per superare le barriere linguistiche, ma non è sufficiente solo la presenza di un facilitatore linguistico-culturale. Per una ostetrica, infatti, al fine di entrare in contatto empatico con la donna in un rapporto esclusivo *one-to-one*, è importante non solo la comunicazione verbale, ma anche paraverbale e non verbale (tono della voce, mimica facciale, gesti...).

La comprensione culturale è un passo importante per andare incontro ai bisogni di questa popolazione. Inoltre l'*empowerment* della donna immigrata consente di fare un ulteriore passo avanti, nella direzione del miglioramento della *"health literacy"* della donna straniera. Lo scopo è di rendere le donne immigrate più autonome e di metterle in grado di utilizzare in modo appropriato i servizi, di partecipare attivamente alle decisioni terapeutiche e ai processi di cura, di gestire in modo adeguato la propria gravidanza, di condurre stili di vita sani e questo dovrebbe essere l'obiettivo condiviso a cui le ostetriche dovrebbero aspirare.



Sitografia e bibliografia

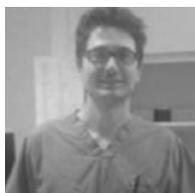
- www.istat.it
- www.salute.gov.it
- D&D - "L'assistenza alla donna immigrata", n. 72, marzo 2011

Errata corrige

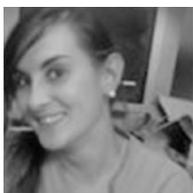
Nel numero 1-2016 di *Lucina*, alle pagine 36-38 dell'articolo "Il fenomeno migratorio professionale dall'Italia verso la Gran Bretagna", sono stati erroneamente abbinate le foto degli autori dei diversi interventi. Pubblichiamo la corretta attribuzione, scusandoci per l'errore con gli interessati e con i lettori.



Laura Batinelli



Ivan Bettinsoli



Jessica Brancato



Lia Brigante



Fabiola Corvino



Giulia Eleuteri



Manuela Pagliaro



Elena Paparello



Lucia Rocca-Ihenacho

Procreazione Medicalmente Assistita (PMA): Aumentano i bambini nati con tecniche assistite. Nel 2014 sono stati 12.658, il 2,5% del totale delle nascite

Nella "Relazione annuale sullo stato di attuazione della Legge 40" si legge che aumentano i nati vivi con le tecniche di PMA, diminuiscono i centri e le coppie trattate. Resta sostanzialmente invariata l'età delle donne che accedono alle tecniche di PMA (da 36,6 anni nel 2013 a 36,7 nel 2014) per le tecniche di II e III Livello a fresco.

Il quadro che emerge nel 2014 conferma la tendenza secondo cui la gran parte dei trattamenti viene effettuata nei centri pubblici e privati convenzionati. Spicca un andamento differente fra tecniche di inseminazione semplice – per le quali diminuiscono coppie, cicli di trattamento, gravidanze e nati – e tecniche di fecondazione di II e III Livello, per le quali invece aumentano.

I PRINCIPALI NUMERI IN SINTESI

Migliora l'offerta

Dai dati di sintesi della attività di PMA per l'anno 2014, emerge che l'indicatore di attività della PMA, che misura l'offerta di cicli totali di trattamenti di PMA per tutte le tecniche per milione di abitanti, nel 2014 ha mostrato un lieve aumento rispetto al 2013, ma tuttavia minore rispetto alla media europea.

Scende il numero dei centri

I centri PMA autorizzati nel 2014 sono 362, cioè 7 in meno rispetto a quelli del 2013. Nei centri pubblici e privati convenzionati, che sono il 37,6% del totale, si effettua il 64,4% dei trattamenti a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Anche nel 2014, come nel 2013, quasi due terzi dei centri italiani attivi sono concentrati in cinque regioni: Lombardia (62 centri, il 17,1% del totale), Lazio (50 centri, il 13,8% del totale), Campania (44 centri, il 12,2% del totale), Sicilia (40 centri, l'11,0% del totale) e Veneto (35 centri, il 9,7% del totale).

Diminuiscono le coppie trattate

Considerando le procedure, le gravidanze e i nati, per tutte le tecniche PMA nel 2014 si conferma l'andamento del 2013: globalmente diminuiscono sia le coppie trattate che i cicli di trattamento, ma aumentano gravidanze e nati e questi ultimi rappresentano il 2,5% dei nati totali in Italia nel 2014. Continua infatti ad aumentare la quota dei cicli in cui si effettua la crioconservazione di embrioni, mentre continua a diminuire quella del congelamento degli ovociti.

Aumentano le gravidanze

Il lieve aumento delle gravidanze ottenute complessivamente (15.550 nel 2013, 15.947 nel 2014) il risultato della diminuzione di quelle ottenute con inseminazione semplice (2.775 nel 2013, 2.392 nel 2014) e dell'aumento di quelle ottenute dall'applicazione di tutte le tecniche di II e III Livello (sia con tecniche a fresco che con tecniche di scongelamento). A tale incremento, sia in valore assoluto sia in percentuale, ha contribuito il numero maggiore di gravidanze ottenute con tecniche di scongelamento.

Le percentuali di successo

Considerando come indicatore la percentuale di gravidanze ottenute su cicli iniziati, le percentuali di successo delle tecniche sono sostanzialmente invariate negli anni: per le tecniche di inseminazione semplice si ha un valore del 10,0%, mentre per quelle di II e III Livello si ha un 19,4% per tecniche a fresco (19,5% nel 2013). Nelle tecniche da scongelamento la percentuale di gravidanze su cicli scongelamenti del 25,8% per gli embrioni e 16,7% per gli ovociti.

Aumentano i nati vivi

Complessivamente aumenta il numero assoluto di nati vivi, 12.658 nel 2014, a fronte di 12.187 nel 2013.

Diminuiscono le trigemine

L'1,6% nel 2013, sono l'1,4 nel 2014. Per un riferimento alla media europea, vanno considerati i parti trigemini, che sono l'1,2%, il doppio della media europea, pari allo 0,6%, con una variabilità fra i centri fra lo 0 e il 14,6%.

Per quanto riguarda gli embrioni

Aumenta del 2,3% il numero di quelli formati e trasferibili: tale aumento consegue all'applicazione della Sentenza 151/2009 della Corte Costituzionale, che ha eliminato il numero massimo di tre embrioni da formare e trasferire in un unico impianto.

Resta sostanzialmente invariata l'età delle donne che accedono alle tecniche di PMA (da 36,6 anni nel 2013 a 36,7 nel 2014, per le tecniche di II e III Livello a fresco) anche se si può osservare un trend in aumento. Si conferma l'aumento progressivo delle pazienti con più di 40 anni che iniziano un ciclo con le tecniche a fresco, dato fra i più elevati tra i Paesi europei. Riguardo al partner maschile, il 44,7% di coloro che hanno iniziato un ciclo di tecniche a fresco ha più di 40 anni, mentre l'età media dei pazienti maschi è di 39,4 anni.

Le iniziative del Ministero della Salute

Il Ministero della Salute ha promosso dal 2015 il "Piano nazionale per la fertilità" che ha come slogan "Difendi la tua fertilità, prepara una culla nel tuo futuro". Il Piano prevede il coinvolgimento dei professionisti sanitari per interventi di prevenzione e diagnosi precoce delle malattie dell'apparato riproduttivo, di ripristino della fertilità naturale e d'indirizzo precoce alle tecniche di PMA per aumentare le possibilità di successo.

Per approfondimenti: Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (Legge n. 40 del 19 febbraio 2004, articolo 15).

Il ruolo della misurazione sinfisi-fondo nella valutazione delle alterazioni della crescita fetale: studio prospettico multicentrico

The role of Symphysis-Fundus Height Measurement in the evaluation of alterations of pattern of fetal growth: a prospective multicenter study



Autrice

Mara Mattioli

Ostetrica Universitaria (sala Parto),
Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna
Policlinico Sant'Orsola-Malpighi
Docente CdL Ostetricia, Bologna

Contatti

Mara Mattioli

mara.mattioli@unibo.it

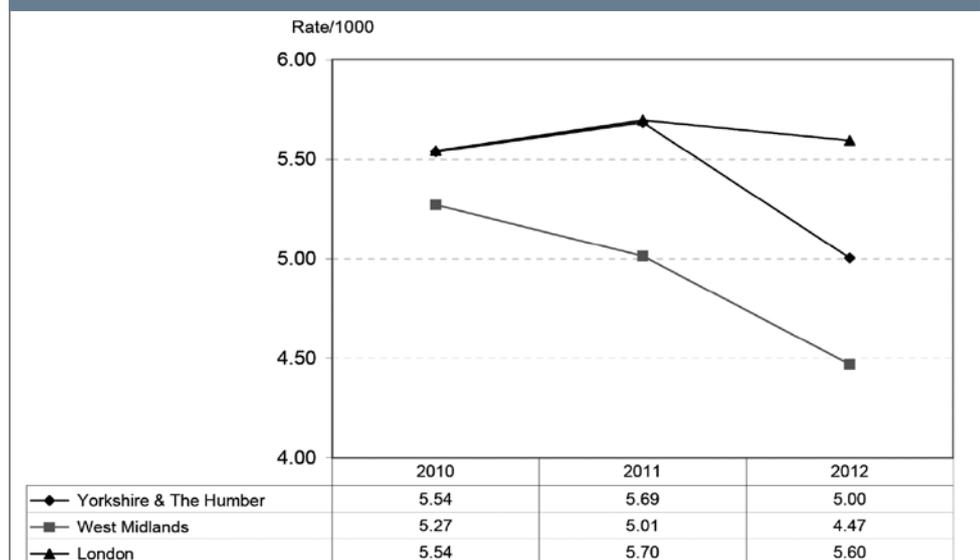
Nel Regno Unito è stato avviato dal 2009 un vasto programma di formazione per le ostetriche con l'obiettivo di riconoscere precocemente le FGR mediante la misurazione SF, l'utilizzo di Curve personalizzate e l'invio a controllo US in caso di deviazione dalla norma. Grazie a questo programma il tasso di mortalità perinatali si è ridotto significativamente nell'ultimo triennio nelle regioni in cui il training è stato completato.

GAP (Growth Assessment Protocol) Programme

Il Direttore del si ha avviato un programma di formazione per le ostetriche dove ha dato la possibilità di formarsi e accreditarsi per questa metodica.

Il Direttore del Perinatal Institute professor Jason Gardosi

Stillbirth rates 2010-2012: regional variation



Stillbirth rates 2010-12 in the West Midlands (prevention programme implemented in 2009), Yorkshire and The Humber (implemented in 2011) and London (not implemented).



mi ha dato accesso a una piattaforma *on-line* dove ho la possibilità di formare e certificare l'avvenuta formazione del personale su questa metodica, oltre al programma di elaborazione delle tabelle personalizzate di crescita. Per questo motivo ho deciso di costruire uno studio che potrebbe rappresentare un valido punto di partenza per ricerche cliniche al fine di migliorare le prestazioni sia in termini di efficacia che di efficienza, fornendo un modello di crescita fetale basato sulle caratteristiche specifiche della popolazione presa in esame e aumentando la *detection rate* soprattutto degli IUGR tardivi.

Background

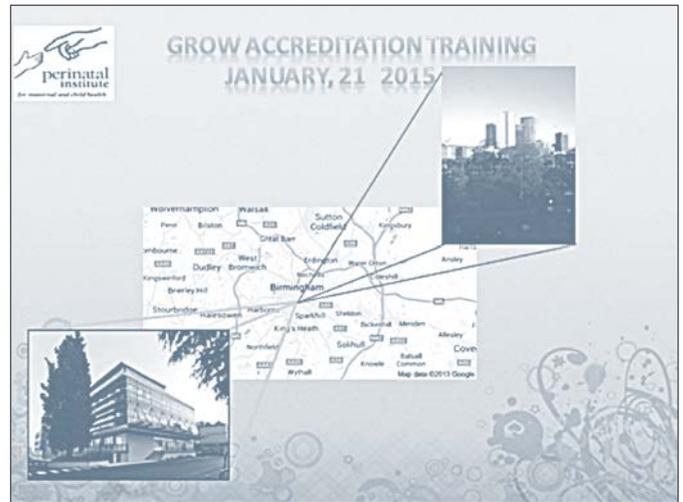
Le alterazioni della crescita fetale rappresentano una delle più comuni complicanze della gravidanza. Il ritardo di crescita intrauterino (IUGR) interessa circa il 5% delle gravidanze. Questa patologia si associa a un rischio aumentato di mortalità e morbilità perinatale e a patologie ipertensive della gravidanza. La macrosomia fetale viceversa colpisce il 10% delle gravidanze ed è associata a maggior incidenza di lesioni traumatiche da

parto e asfissia *intra-partum*. Ne consegue che il riconoscimento di entrambe queste patologie è di fondamentale importanza per una corretta gestione della gravidanza e del parto.

Attualmente il protocollo di gestione della gravidanza in alcune Regioni italiane prevede l'esecuzione di 3 ecografie (I, II e III trimestre) e controlli seriati della misurazione sinfisi-fondo, con valutazione sulla base di curve di crescita *standard*. In queste Regioni la *detection rate* delle alterazioni della crescita fetale si attesta attorno al 50%. Tale trattamento è però dispendioso e a volte poco efficace in quanto una percentuale consistente di IUGR sopravviene a 35 settimane, quando di norma nella popolazione a basso rischio non si esegue più una ecografia di *routine*.

Al fine di selezionare più correttamente la popolazione da sottoporre a ecografia e di ridurre i costi ad essa associati risulta, pertanto, necessario utilizzare strumenti ostetrici semplici, rapidi e di basso costo come appunto la misurazione della lunghezza sinfisi-fondo (SF) e altri fattori antropometrici.

Recenti evidenze hanno mostrato che il peso fetale può essere stimato riferendosi a uno *standard* che viene perso-



DEVIAZIONI

Inviare al controllo ecografico biometrico nel caso in cui una misurazione si attesti sotto il 10° centile oppure qualora più misurazioni rappresentino una curva di crescita rallentata, accelerata o statica.

RCOG Green-Top Guideline No. 31 2013

MODALITA' OPERATIVE PER LA MISURAZIONE DELLA LUNGHEZZA SINFISI-FONDO

1. Donna semisdraiata, vescica vuota

- > Illustrare la procedura alla donna per il consenso verbale.
- > Lavare le mani
- > Invitare la donna ad assumere una posizione semisdraiata, assicurarsi che sia comoda.
- > Scoprire l'addome materno per consentire l'esplorazione

Perinatal Institute for maternal and child health

MODALITA' OPERATIVE PER LA MISURAZIONE DELLA LUNGHEZZA SINFISI-FONDO

3. Fissare il centimetro all'apice del fondo uterino

- > Prendere un centimetro non elastico tra le mani
- > Utilizzare il centimetro sul lato non illustrato per ridurre i bias di rilevazione
- > Con una mano fissare il centimetro all'apice del fondo uterino

Perinatal Institute for maternal and child health

MODALITA' OPERATIVE PER LA MISURAZIONE DELLA LUNGHEZZA SINFISI-FONDO

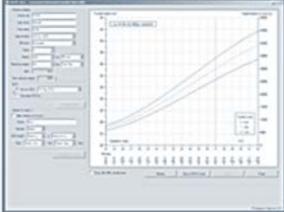
4. Misurare fino al margine superiore della sinfisi pubica

- > Misurare dal fondo uterino fino al margine superiore della sinfisi pubica
- > Il centimetro deve rimanere a contatto della pelle su tutta la lunghezza del tratto misurato

Perinatal Institute for maternal and child health

CURVE DI ACCRESCIMENTO S-F PERSONALIZZATE

- altezza
- peso
- età
- parità
- DPP
- EPP con US



Evidenze hanno mostrato che la valutazione della crescita tramite curve sinfisi-fondo e pesi stimati "personalizzati", ovvero costruiti sulla base delle caratteristiche materne, migliora la detection rate delle alterazioni della crescita fetale fino al 48% per la sinfisi-fondo misurata da operatori certificati con metodiche standardizzate.

Controlled trial of fundal height measurement plotted on customised antenatal growth charts. Gardosi J, Pringle A Jr J, 1999 Obstet Gynaecol
ACOG - Green-Top Guideline No. 31 2013

nalizzato in relazione alle variabili fisiologiche individuali materne; lo *standard* viene ottimizzato per ottenere il potenziale di crescita. Questo migliora la *detection rate* delle alterazioni della crescita fetale fino al 48% per la sinfisi-fondo misurata da operatori certificati con metodiche standardizzate e fino all'80% per la valutazione ecografica.

Scopo

- Implementazione della valutazione della crescita fetale tramite curve personalizzate sia ecografiche che sinfisi-fondo, al fine di migliorare la *detection rate* delle alterazioni della crescita fetale.
- Puntualizzazione dello *standard* di riferimento relativo alla popolazione italiana.
- Riduzione dei costi.

Campione

- 7.000/10.000 donne gravide maggiorenni (18-42 anni) di nazionalità italiana.
- Gravidanza singola con datazione certa dell'epoca gestazionale da 24 di gestazione al momento di ingresso nello studio che accedono al punto nascita o in consultorio.

Criteri di inclusione

- Donne con gravidanza singola tra 24 e 42 settimane.
- Etnia italiana.
- Acquisizione del consenso informato.

Criteri di esclusione

- Etnia non Italiana.
- Età <18 o >42 anni.
- Epoca gestazionale < a 24 o > a 42 settimane.
- Gravidanze con feti affetti da malattie congenite (genetiche o malformative).
- Donne portatrici di fibromi uterini, tali da modificare sensibilmente il volume dell'utero.
- Epoca gestazionale non certa.
- Non acquisizione del consenso informato.
- Gemellarità/Polidramnios.
- Obesità (BMI > 35).

Materiale e metodi

- Al primo accesso: raccolta dati e reclutamento.
- Informativa e consenso informato alla donna.
- Consenso al trattamento dei dati personali.
- Misurazione SF e/o stima ecografica del peso fetale.
- Registrazione del dato su scheda predisposta personalizzata inserendo nel programma BMI della donna, etnia, età, parità e dati di precedenti parti. Durante le visite successive, la gravida sarà sottoposta a misurazioni seriate della SF (ogni 3 settimane) e/o stima del peso fetale, i dati verranno registrati nel *database*. Dopo il parto saranno aggiunti sulla scheda della puerpera gli *outcome* del parto e del neonato.
- Sono da inviare a controllo ecografico le pazienti con: primo rilievo di SF <10° centile, rilievo di flessione/ arresto/incremento della crescita alla misurazione sinfisi-fondo. Viceversa le pazienti eseguiranno controlli ecografici come previsto dal centro o dalle normative regionali.

MODALITA' OPERATIVE PER LA MISURAZIONE DELLA LUNGHEZZA SINFISI-FONDO

MARCO RILEVATIVE PER LA MISURAZIONE DELLA LUNGHEZZA SINFISI-FONDO

2. Individuare l'altezza del fondo uterino



- Assicurarsi che l'addome sia rilassato (utero non contratto)
- Effettuare la palpazione addominale per individuare con accuratezza il fondo dell'utero

Perinatal Institute for maternal and child health

MODALITA' OPERATIVE PER LA MISURAZIONE DELLA LUNGHEZZA SINFISI-FONDO

MARCO RILEVATIVE PER LA MISURAZIONE DELLA LUNGHEZZA SINFISI-FONDO

5. Misurare lungo l'asse longitudinale dell'utero e prendere nota della misurazione



- Durante la misurazione, seguire l'asse longitudinale dell'utero (feto) e non la linea mediana dell'addome
- Misurare una sola volta

Perinatal Institute for maternal and child health

Ricerca sudafricana: il vaccino antinfluenzale in gravidanza protegge il bambino per 8 settimane dalla nascita

Il vaccino antinfluenzale in gravidanza protegge il neonato per 8 settimane dalla nascita. Sono i risultati di uno studio (condotto da Marta Nunes dell'University of the Witwatersrand a Johannesburg, in Sudafrica e altri ricercatori della stessa Università e dell'Università del Colorado, pubblicato su *Jama Pediatrics*) che, per la prima volta, ha valutato la durata dell'immunizzazione nei figli di donne vaccinate in gravidanza contro l'influenza.

La questione è importante: come sottolineano i ricercatori, i vaccini attuali sono scarsamente immunogenici nei neonati e non sono autorizzati per l'uso sotto i sei mesi di età. È dunque urgente programmare strategie vaccinali (attualmente la più utilizzata è il *cocooning*, con la vaccinazione dei familiari e dei *caregiver*) che proteggano questa fascia di età, in cui la sindrome influenzale è associata con alti tassi di ospedalizzazione e persino di decessi.

Lo studio ha preso in esame, per i primi sei mesi dopo la nascita, i figli di donne che avevano in precedenza partecipato a un trial clinico randomizzato in doppio cieco contro placebo sulla sicurezza, l'immunogenicità e l'efficacia in gravidanza del vaccino inattivato trivalente (IIV3) per l'influenza: 1.026 erano i nati dalle vaccinate, 1.023 dalle mamme che avevano ricevuto il placebo. L'efficacia contro la sindrome influenzale, accertata con metodo RPC (reazione a catena della polimerasi) è stata massima (85,6%) nei bambini sino a 8 settimane di età, scendendo a 25,5% nella coorte tra 8 e 16 settimane e al 30,3% in quella di età compresa tra 16 e le 24 settimane. Un sottogruppo di 331 bambini (dal quale 9 sono poi stati esclusi) è stato testato per gli anticorpi anti-emoagglutinina dei tre ceppi virali presenti nel vaccino. Il titolo anticorpale è risultato, alla nascita, sufficiente a garantire una copertura vaccinale (considerando come limite minimo il titolo di 1:40) nel 78,3% dei neonati, per il primo ceppo (A/H1n1PDM09), nel 56,6% per A/H3N2, nell'81,1% per il B/Victoria, percentuali significativamente più alte di quelle rilevate nel gruppo dei "placebo".

Il titolo anticorpale decresceva però all'aumentare dell'età, riducendosi ad appena il 10% alla 24esima settimana. La protezione risultava, comunque, più prolungata se le donne erano state vaccinate nel secondo trimestre di gravidanza rispetto al terzo e ciò potrebbe portare con sé l'indicazione di non procrastinare troppo la vaccinazione. Lo studio sembra suggerire, a detta degli autori, che il meccanismo attraverso il quale il vaccino protegge la prole sia il passaggio transplacentare di anticorpi dalla madre al feto.

“Al fine di aumentare la concentrazione di anticorpi trasferiti per via transplacentare e accorciare il periodo di vulnerabilità dei bambini alla malattia – concludono i ricercatori – è necessario mettere a punto vaccini per le donne incinte a più elevata immunogenicità o, in alternativa, vaccini che possano generare una risposta immunitaria maggiore nei bambini, sin dall'ottava settimana di vita”.

- Si potrà calcolare la sensibilità e la specificità delle curve per la predizione degli IUGR e le macrosomie.
- I dati raccolti, attraverso una indagine multicentrica all'interno di punti nascita e strutture consultoriali, saranno inviati anche al Perinatal Institute (Birmingham, UK), dove verranno elaborati per eventualmente perfezionare le curve personalizzate della popolazione italiana.

Personale coinvolto

Ostetriche/ medici certificati. Solo il personale formato può raccogliere e inserire i dati nel programma.

Conclusione

Lo studio è diretto a implementare la valutazione della crescita fetale tramite curve personalizzate, sia ecografiche che sinfisi-fondo, al fine di migliorare la *detection rate* delle alterazioni della crescita fetale e di perfezionare la definizione degli *standard* di riferimento nella popolazione italiana.

Riferimenti bibliografici

1. *Effects of antenatal recognition and follow-up on perinatal outcomes in small-for-gestational age infants delivered after 36 weeks*, Frusca T, 2013, AOGS.
2. *Controlled trial of fundal height measurement plotted on customised antenatal growth charts*. Gardosi J, Francis A Br J, 1999 *Obstet Gynaecol*.
3. *Offspring birth weight in second-generation 'small for gestational age' infants*. Farina A, Dini B, Mattioli M, Rosa S, Rizzo N.; *Prenat Diagn*. 2010 Jun;30(6):551-4.
4. RCOG – Green-Top Guideline No. 31 2013.



**Il Comitato Centrale
della FNCO
augura
a tutte le Ostetriche
e a tutti gli Ostetrici
italiani
un felice
e proficuo 2017**



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