

ORGANO UFFICIALE DELLA



Federazione Nazionale Collegi Ostetriche



# LVCINA

ANNO V

LA RIVISTA

3/2015

DELL'OSTETRICA/O

**F N C O**

Nuovi beni e servizi  
per le attività istituzionali

**F O R M A Z I O N E**

Il Corso per dirigenti affronta  
l'emergenza corruzione

**P R O F E S S I O N E**

L'ecografia office a supporto  
della diagnosi della posizione  
del feto nel travaglio

**S T U D I**

Analisi dei bisogni formativi  
delle ostetriche

Anno V numero 3 - Trimestrale - Poste Italiane SpA - Spedizione in Abbonamento Postale - 70% Aut. A.T.S.U.D./CZ/212/2015

**La nostra professione  
verso il cambiamento**

**Publicato il Decreto legislativo 15/2016**



# SOMMARIO

## EDITORIALE

- 1 Cosa è cambiato e cosa può cambiare nella professione ostetrica di **Maria Vicario**

## FNCO

- 2 Acquisizione di beni e servizi a supporto delle attività istituzionali della FNCO e dei Collegi Provinciali e Interprovinciali per il 2016
- 3 ANAC aggiorna il Piano anticorruzione. Per la sanità individuate le aree più a rischio: dalle nomine alla gestione dei defunti in ospedale

## FORMAZIONE

- 4 Progetto *Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting*: up to date di **Antonella Toninato**
- 6 Il Corso per dirigenti FNCO. Formarsi e confrontarsi sulle nuove emergenze della professione
- 8 Il TAR del Lazio conferma l'applicabilità delle norme anticorruzione agli Ordini professionali
- 9 L'Istituto Superiore di Sanità propone corsi FAD accreditati e gratuiti per ostetriche
- 10 Sensibilità ostetrica verso la tecnica ecografica nelle province di Udine e Pordenone di **Maria Luisa Del Frari**
- 12 Pubblicato l'aggiornamento delle linee guida dell'American Heart Association (AHA) sulla rianimazione cardiopolmonare
- 14 Avviato il progetto di revisione del percorso formativo dell'ostetrica/o e definizione di un percorso quinquennale (magistrale a ciclo unico)

## PROFESSIONE

- 17 Adolescenti a rischio. OMS e UNAIDS in campo: "Servono nuove politiche". Ecco i nuovi standard, dall'Aids agli incidenti stradali

- 18 Servizi più accessibili e in ambiente protetto: il rispetto alla base della salute dei più giovani

- 19 La nostra professione verso il cambiamento. Il recepimento (finalmente) della Direttiva europea 2013

- 20 Sette azioni per migliorare il parto secondo il NICE

- 22 Legge di Stabilità 2015 e assunzioni straordinarie di "personale tecnico-professionale"

- 23 L'utilizzo dell'ecografia office come supporto alla semeiotica ostetrica tradizionale per la diagnosi di posizione fetale in travaglio di parto e manovre correttive di **Francesca Marella, S. Zurlo B. Contino, P. Serafini**

- 24 Campania: oncofertilità, al via la rete regionale. Da gennaio 2016 le prime procedure di crioservazione di tessuto ovarico

- 27 L'ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) aggiorna le linee guida per nausea e vomito in gravidanza

- 28 La via naturale al parto anche dopo un cesareo

- 29 Nuove linee guida OMS per la prevenzione e il trattamento delle infezioni nel periodo del periparto

- 30 Le raccomandazioni formulate nelle linee guida 2012 "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole"

- 31 L'introduzione del Jobs Act non modifica le prestazioni di lavoro autonomo occasionale

- 32 Indagine FNCO per la rilevazione delle ostetriche iscritte all'Albo dei CTU presso i Tribunali

## STUDI

- 34 Analisi dei bisogni formativi delle ostetriche: due popolazioni a confronto di **Roberta Fratini, Gilda Pelusi, Susi Girotti, Dania Comparcini**



LUCINA  
LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

Organo ufficiale della



Anno V numero 2

Trimestrale

Poste Italiane SpA -

Spedizione in Abbonamento Postale -

70% Aut: ATSUD/CZ/212/2015

### Direttore Responsabile

Maria Vicario

### Comitato editoriale

Antonella Cinotti

Marialisa Coluzzi

Iolanda Rinaldi

Maria Pompea Schiavelli Achiroppita

Antonella Toninato

Silvia Vaccari

### Segreteria di redazione

Antonella Cinotti

Iolanda Rinaldi

### Redazione

Federazione Nazionale

Collegi Ostetriche

Piazza Tarquinia 5/d - 00183 Roma

e-mail [presidenza@fnco.it](mailto:presidenza@fnco.it)

web [www.fnco.it](http://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](http://www.rubbettinoprint.it)

Autorizzazione Tribunale di Roma

n. 224/2011 del 19/7/2011

Issn 1590-6353

Finito di stampare

nel febbraio 2016

# *Cosa è cambiato e cosa può cambiare nella professione ostetrica*

**di Maria Vicario**

Molti sono gli eventi che hanno cambiato la storia dell'umanità, ma pochi quelli che hanno veramente determinato la rivoluzione del mondo tra i quali si ricordano la scoperta del fuoco, della ruota, degli antibiotici e dei vaccini. Gli eventi, invece, che hanno cambiato o meglio condizionato la professione ostetrica non sono molti, ma alcuni molto determinanti come il Regio Decreto n. 6678/1890 che istituiva le condotte ostetriche e assicurava a tutte le donne, povere o abbienti, l'assistenza ostetrica.

Il XX secolo conta eventi importanti quali il R.D.L. n. 184/1935 che istituiva l'albo delle levatrici alle quali si attribuivano specifici compiti nei consultori ostetrici e pediatrici. La sostituzione del termine levatrice con quello di ostetrica, avvenuta nel 1937, non incise sul modello assistenziale ostetrico in quanto il parto avveniva e continuò a realizzarsi, fino agli anni '80, in maniera spontanea e fisiologica,

Il XXI secolo ha segnato profondamente la professione ostetrica soprattutto quando, a seguito dell'abolizione delle condotte ostetriche, avvenuta nel 1978, il luogo del "nascere" divenne l'ospedale con l'innescarsi del processo di medicalizzazione della "nascita" e il ricorso al taglio cesareo anche quando le condizioni della madre e/o del feto non lo richiedevano. Il processo potrebbe essere stato favorito proprio dal progressivo diffondersi di una cultura della nascita che ha posto sullo stesso piano il taglio cesareo e il parto spontaneo, privando l'evento nascita della dimensione naturale e intima che sarebbe auspicabile tornasse a prevalere.

La Federazione Nazionale per promuovere e sostenere il processo di demedicalizzazione ha assunto un preciso e decisivo impegno politico muovendosi su tre direttive inderogabili:

1. **la riorganizzazione endogena della professione ostetrica**, privilegiando le istanze che provengono dai diversi settori, dal lavoro dipendente a quello libero-professionale, per individuare e definire strategie organizzative e sostenere istituzionalmente i professionisti, ma soprattutto socializzando un ruolo più autonomo della professione ostetrica sulla base di quanto previsto dall'articolo 37 della Direttiva 55/2013 UE recepita dal Decreto legislativo n. 15 del 28 gennaio 2016, "Attuazione della direttiva 2013/55/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, recante modifica della direttiva 2005/36/CE, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali e del regolamento (UE) n. 1024/2012, relativo alla cooperazione amministrativa attraverso il sistema di informazione del mercato interno («Regolamento IMI»);
2. **la costruzione di alleanze** che possano orientare le donne verso una nuova cultura della nascita sostenendole, con competenza, nello sviluppo dell'*empowerment*, unico strumento idoneo per "purificare" i suoi recettori dall'azione della medicalizzazione della nascita e dalla convinzione che fare di più significhi sempre fare meglio;
3. **la revisione dei percorsi formativi di base e l'implementazione della formazione post-base** per la ricerca di una reale autonomia scientifico-disciplinare, anche, per conquistare spazi maggiori all'interno dell'istituzione accademica. Il processo inevitabilmente passa, anche, attraverso la modifica dei contenuti didattici dei corsi di Laurea in ostetricia, privilegiando lo studio della *midwifery*, sia nel lavoro dipendente che autonomo, e un recupero delle abilità tecniche e delle competenze emotivo-relazionali che possono prefigurare un nuovo ruolo per i futuri professionisti, nonché nuovi spazi lavorativi.

Per raggiungere gli obiettivi la FNCO reputa necessaria la stipula di un nuovo patto sociale tra le ostetriche italiane e la popolazione, le donne in particolare, e la ricerca di un confronto con le istituzioni politiche e con le altre professioni in un'ottica di confronto e crescita reciproca.

# Acquisizione di beni e servizi a supporto delle attività istituzionali della FNCO e dei Collegi Provinciali e Interprovinciali per il 2016

**Nuovi strumenti operativi a disposizione di tutti gli iscritti per un orientamento agevole ed efficace su questioni legali, amministrativo-contabili, finanziarie e fiscali**

**N**el mese di novembre scorso si sono concluse le gare relative ai servizi a supporto dei Collegi e della FNCO. Tutte le procedure, grazie alla competenza del personale amministrativo dell'Ente, si sono svolte nel rispetto dei tempi previsti e nell'osservanza della normativa vigente in materia.

Nella fattispecie i servizi riguardano la consulenza e l'assistenza legale e la gestione, l'assistenza e la consulenza in materia amministrativo-contabile, finanziaria e fiscale.

Il servizio di consulenza e assistenza legale per la FNCO e i Collegi, operativo dal 1° gennaio 2016, si caratterizza per tutta una serie di attività:

- **sportello telefonico e telematico** per i Collegi territoriali da realizzarsi sulla base di un arco temporale di almeno 4 ore settimanali in cui il consulente risponde telefonicamente o per e-mail ai quesiti di lieve complessità posti direttamente dai Collegi territoriali attraverso la persona del Presidente del Collegio e/o anticipati da una richiesta scritta adottando uno specifico *format*. Qualora il quesito posto dal Collegio non sia ritenuto di lieve complessità il legale dovrà obbligatoriamente comunicarlo e motivarlo sia al Collegio

richiedente il parere sia alla FNCO che si riserverà, a propria discrezione, di farlo rientrare tra i quesiti di rilevante complessità da rendere alla FNCO;

- **rubrica mensile "Il legale risponde"**, che dovrà essere predisposta entro il 5 di ogni mese e ove saranno riassunte le questioni e i pareri posti dalla FNCO e dai Collegi nell'arco del mese. La rubrica sarà diffusa dalla FNCO attraverso i propri organi d'informazione così da consentire a tutti i Collegi e a tutte gli iscritti di conoscere i diversi pareri espressi;
- **database aggiornato e fruibile da tutte le ostetriche** relativo alla giurisprudenza e alla dottrina riguardante le professioni sanitarie con specificazione degli esiti.

Il disciplinare del servizio di consulenza e assistenza, per la cui lettura integrale si rimanda a quanto pubblicato sul sito della FNCO nella sezione Amministrazione trasparente/Bandi di gara e contratti, descrive in maniera analitica l'articolazione del servizio.

Sulla scorta di tale documento il Comitato centrale ha deliberato l'adozione di un sistema di monitoraggio mensile delle attività svolte dal consulente sulla base di un'apposita agenda dei contatti mensili e di un cronoprogramma che consentano nel tempo di valutare quali siano i bisogni e le criticità della FNCO e dei Collegi, nonché, le strategie migliori per il loro soddisfacimento e/o la loro risoluzione.

Il servizio di gestione, assistenza e consulenza in materia amministrativo-contabile, finanziaria e fiscale, anch'esso operativo dal 1° gennaio 2016, è articolato in maniera analoga a quanto previsto per il servizio legale (**sportello telefonico e telematico** per i Collegi territoriali della durata di 4 ore settimanali, nonché, la creazione di una rubrica mensile, "**Il fiscalista risponde**"). Anche per il servizio di gestione, assistenza e consulenza in materia amministrativo-contabile, finanziaria e fiscale, il disciplinare di gara prevede il monitoraggio mensile delle attività del consulente sulla base di un apposito cronoprogramma.

Per la fruizione dei servizi legale e fiscale da parte dei Collegi è stato predisposto un apposito *vademecum*, ad







uso del Collegio richiedente il parere, per la corretta adozione delle procedure.

I due servizi hanno la durata di un anno e potranno essere rinnovati per altre due annualità, compatibilmente con la predisposizione annuale del preventivo finanziario FNCO.

L'acquisizione di beni e servizi a supporto delle attività istituzionali della FNCO e dei Collegi, con un unico ope-

ratore per i due servizi, avviene attraverso l'impegno dei rispettivi e diversi capitoli di spesa (servizi di consulenza legale e fiscale per i Collegi + servizi legali + servizi amministrativi e fiscali).

Per approfondimenti si raccomanda la lettura integrale di quanto pubblicato sul sito della FNCO nella sezione Amministrazione trasparente/Bandi di gara e contratti.

### ANAC aggiorna il Piano anticorruzione. Per la sanità individuate le aree più a rischio: dalle nomine alla gestione dei defunti in ospedale



Il 6 novembre 2015 a Roma il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin e il presidente dell'Autorità Nazionale Anticorruzione Raffaele Cantone hanno presentato il capitolo dedicato alla sanità del nuovo Piano anticorruzione dell'Autorità pubblicato il 2 novembre 2015.

ANAC, in collaborazione con il Ministero della Salute e Agenas, ha aggiornato il Piano anticorruzione (2013) e per la sanità sono state individuate le aree più a rischio: gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio, vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni, attività libero professionale e liste di attesa, rapporti contrattuali con privati accreditati, farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie, ricerca, sperimentazio-

ni, sponsorizzazioni, nonché, attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

Sono evidenti le motivazioni della particolare sensibilità del settore in quanto in sanità passano 111 miliardi di euro ripartiti fra le Regioni – la seconda voce di spesa pubblica dopo le pensioni – ed è importante che ogni euro venga utilizzato a beneficio dei cittadini, evitando sprechi o cattiva gestione.

L'aggiornamento al piano riconosce alla formazione un ruolo strategico, principio peraltro già affermato nell'art. 1 della L. 190/2012. È stato evidenziato che l'approccio generalista al tema della corruzione finora tenuto non ha giovato al perseguimento dell'obiettivo di una migliore qualità delle misure di prevenzione. Si avverte, pertanto, la necessità di una formazione più mirata, in primo luogo, relativamente all'individuazione delle categorie di destinatari, che non può prescindere da una responsabilizzazione delle amministrazioni e degli enti sulla scelta dei soggetti da formare e su cui investire prioritariamente; in secondo luogo, in relazione ai contenuti (*Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione, Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 consultabile sul sito ANAC al seguente link [www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/Digital%20Assets/anacdocs/Attività/Atti/determinazioni/2015/PNA%20-%20Aggiornamento%202015\\_sito.pdf](http://www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/Digital%20Assets/anacdocs/Attività/Atti/determinazioni/2015/PNA%20-%20Aggiornamento%202015_sito.pdf)*). Il Ministro ha sottolineato che nella Legge di Stabilità 2016 c'è una norma che prevede la pubblicazione obbligatoria dei bilanci delle aziende ospedaliere e una che vieta la proroga degli appalti e che si va verso la centralizzazione degli acquisti e prezzi *benchmark*.

# Progetto Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting: up to date

**Antonella Toninato**

*Tesoriere e rappresentante della FNCO all'interno dei Gruppi di lavoro istituiti nell'ambito del Progetto Pilota europeo denominato Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting*

**N**ella seconda metà del 2014 la FNCO, assieme alle Federazioni Nazionali di Medici, Odontoiatri, Farmacisti e Infermieri, ha aderito a un progetto europeo di cui l'Italia è capofila e coordinatore anche per il Portogallo. L'obiettivo è quello di creare una piattaforma che consenta, sfruttando il valore aggiunto della cooperazione, di:

- affrontare al meglio la carenza di professionisti sanitari in Europa, stimata di circa un milione per il 2020;
- migliorare la metodologia e la capacità di pianificazione in termini di efficacia e sostenibilità dell'azione nei Paesi europei.

Il progetto, denominato *Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting*, della durata di 16 mesi da gennaio 2015 ad aprile 2016, è gestito dal Ministero della Salute e si propone, seguendo un percorso ben definito, di costruire un modello matematico previsionale che consenta di stimare e prevedere di quanti professionisti sanitari delle cinque professioni interessate vi sarà necessità tra 5, 10, 15 e 25 anni, sia a livello nazionale che regionale. Il modello matematico previsionale mira alla definizione del fabbisogno formativo e il relativo ingresso negli Atenei di un corretto numero di aspiranti alla professione prevenendo la creazione di "sacche di disoccupazione/sottooccupazione". I partecipanti al progetto hanno lavorato in tre gruppi operativi distinti.

**Gruppo Domanda con il compito di:**

- misurare l'attuale domanda;
- fare le proiezioni dell'attuale domanda al 2021, 2026 (2028 per medici) e 2031 (2033 per i medici) con l'obiettivo di misurare la domanda ad oggi, costruire il modello e fare le previsioni e, dal confronto con il Gruppo Offerta, misurare il *gap*.

**Gruppo Offerta con il compito di:**

- individuare le fonti ufficiali a cui attingere per mappare i professionisti che lavorano, ossia quelli definiti "professionalmente attivi";
- porre la base per il confronto con i dati del Gruppo Domanda e misurare il *gap*.



Joint Action Health Workforce  
Planning and Forecasting

**Gruppo Organizzazione e Comunicazione con il compito di:**

- informare gli *stakeholder* nazionali e regionali del lavoro svolto dai due Gruppi Offerta e Domanda attraverso incontri, *newsletter*, etc.;
- coinvolgere gli *stakeholder* nel progetto e nelle fasi di lavoro;
- definire linee guida con le singole Regioni per il coinvolgimento degli *stakeholder* nella seconda fase di discussione e condivisione.

Il progetto è operativamente gestito dal dottor Paolo Michelutti dell'Agenas, il quale ha presentato all'inizio dei lavori il *timing* e i diversi *step* del progetto:

- a gennaio 2015 si è svolto il primo Comitato Pilota nel quale si è deciso come strutturare il lavoro e quale metodologia utilizzare; in seguito sono stati formati i Gruppi già descritti che si sono riuniti, per la maggior parte in teleconferenza con cadenza quindicinale, iniziando da subito a ideare un modello che poi è stato via via affinato;
- a marzo 2015 si è svolto il secondo Comitato Pilota nel quale si è fatto il punto sui lavori e si è stabilito quando coinvolgere gli *stakeholder*. In questo caso il Gruppo Organizzazione e Comunicazione ha lavorato per stabilire quali attori nazionali e locali coinvolgere;
- il 4 giugno 2015, presso il Ministero della Salute, si è svolta la riunione sia in forma residenziale che in teleconferenza. Tra gli *stakeholder* le Regioni si posizionano al primo posto: infatti, a termine del progetto il modello previsionale dovrà essere sperimentalmente recepito dalle Regioni e contestualizzato alla propria realtà;



- a luglio 2015 si è svolto il terzo Comitato Pilota nel quale è stata presentata una prima bozza di modello;
- a ottobre 2015 si è svolta la riunione tra il *Consultative Board* italiano (Ministero della Salute e rappresentanti delle 5 professioni) e il *Consultative Board* straniero (rappresentanti degli Stati europei coinvolti nel progetto) per analizzare e valutare il modello da presentare nella riunione plenaria che si è svolta nello stesso giorno.

Da gennaio ad aprile 2016 le Regioni devono inserire i propri dati coinvolgendo gli *stakeholder* locali, inviare i nuovi dati a livello nazionale (Ministero della Salute) dove verranno armonizzati e diventeranno la base per la definizione di uno specifico Accordo Stato-Regioni del 2016. Per la professione ostetrica le banche dati che il Gruppo Offerta ha individuato come valide e che hanno fornito la fotografia dell'attuale situazione sono:

- FNCO con l'Albo aggiornato in tempo reale;
- CoGEAPS, che ha definito i "professionalmente attivi" partendo dall'assunto che viene definito attivo un professionista che ha frequentato almeno un corso ECM nell'ultimo triennio e che si è rivelata una fonte abbastanza attendibile;
- ISTAT relativamente ai dati del mondo del lavoro.

Per la costruzione del modello, ai dati ricavati dalle suddette fonti è stato aggiunto il dato dei professionisti pensionati diversificati per età e sesso.

Altra variabile presa in esame è quella dei professionisti "attivabili" che si sommano alla variabile dei non occupati. Nel progetto si prevede di considerare attivabili i professionisti fino a 40 anni di età che ancora non lavorano ma che rappresentano una potenziale fonte cui attingere nel caso la domanda superi l'offerta.

Per sviluppare il modello matematico previsionale si sono disegnati 2 scenari:

- gruppo chiuso, in cui le uniche variabili considerate sono i flussi in uscita per morti e pensionamenti;
- gruppo aperto, in cui sono state prese in considerazione, oltre alle precedenti, anche la variabile dei neolaureati e l'assorbimento dei non occupati, lavorando sul tasso di successo dei laureati.

Ipotizzata l'offerta, secondo i criteri descritti, è stato inserito il parametro della domanda.

Nel modello la variabile presa in considerazione è stata il numero dei professionisti per 1.000 abitanti.

Il modello così descritto prevede che si possano modificare i dati relativi al pensionamento, la variazione annua di immatricolati, i valori dei *Full Time Equivalent* (FTE), i valori del *target* della domanda e il numero dei contratti post Laurea dei medici.

Il modello di previsione per le ostetriche deve essere rivisto ritardando i parametri di distribuzione dei professionisti. La FNCO ha chiesto e affermato che nella definizione della domanda per le ostetriche la variabile presa in considerazione debba essere analoga a quella di tutti gli altri professionisti e non la fascia di età della donna compresa tra 19 e 50 anni come proposto dal Ministero. Il modello attualmente non è ancora definito e non può quindi essere sperimentato in quanto il para-



metro "debole" al momento è la previsione della domanda. Prossimamente il *team* del Ministero incontrerà un gruppo di esperti per individuare parametri il più possibile aderenti alla realtà.

Altra variabile che deve essere ridefinita prima di rendere il modello sperimentalmente fruibile, è il parametro dei *Full Time Equivalent* (FTE). Al momento prevede che un professionista equivalga a un FTE, ma devono ancora essere presi in considerazione sia la femminilizzazione del lavoro, sia i *part time* quali variabili importanti e non trascurabili per la definizione dei professionisti attivi.

Come conclusione del lavoro svolto dal Gruppo Organizzazione e Comunicazione, il Ministero a breve dovrebbe pubblicare sul sito una sintesi e una descrizione del progetto, per renderlo noto a chiunque si voglia informare.

Lo sviluppo del progetto *Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting* prevede di:

- perfezionare a livello generale o nazionale il modello particolarmente per i FTE, per sviluppare il modello della domanda e creare il sito *web*;
- sperimentare a livello regionale o locale il modello, sviluppare gli scenari e discutere con i propri *stakeholder* gli schemi da adottare;
- raccogliere le risultanze regionali e armonizzare i dati a livello nazionale;
- valutare l'esperienza e la diffusione delle informazioni.

La chiusura del progetto europeo, sia per il Portogallo che per l'Italia, capofila del progetto *Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting*, è prevista per aprile 2016.

# IL CORSO PER DIRIGENTI FNCO

## Formarsi e confrontarsi sulle nuove emergenze della professione

**A**lla presenza di 120 ostetriche, componenti dei Consigli Direttivi dei Collegi delle Ostetriche Provinciali e Interprovinciali, il 21 novembre 2015 si è tenuto a Roma il Corso per dirigenti della Federazione Nazionale Collegi Ostetriche, dal titolo *Normativa sulla trasparenza e anticorruzione: ricadute nell'amministrazione centrale e locale. Governance e responsabilità del management*. Tema caldo e di grande attualità che ha visto confrontarsi, da diversi punti di vista, vari operatori del settore sanitario, legale ed economico al fine di fornire ai partecipanti un quadro d'insieme, oltre che nozioni specifiche per l'utilizzo di strumenti all'interno della gestione del Collegio.

Partendo dall'introduzione della dottoressa Maria Vicario, presidente della FNCO, si evince la necessità di formarsi e confrontarsi sulla Legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" (entrata in vigore il 28 novembre 2012). La norma pone nuovi obblighi e adempimenti per le amministrazioni pubbliche, modifiche espresse a leggi vigenti, deleghe legislative e rinvii ad atti secondari da emanare.

L'obiettivo della norma è la pianificazione della prevenzione del fenomeno della corruzione attraverso un approccio

multidisciplinare, nel quale gli strumenti sanzionatori si configurano solamente come alcuni dei fattori per la lotta alla corruzione e all'illegalità nell'azione amministrativa. Nello specifico si pongono a sostegno del provvedimento legislativo motivazioni di trasparenza e controllo provenienti dai cittadini e di adeguamento dell'ordinamento giuridico italiano agli standard internazionali.

Su tale premessa e in applicazione della Delibera dell'ANAC 144/2014, la FNCO recentemente ha chiesto ai Presidenti di Collegio, in qualità di Componenti del Consiglio (organo d'indirizzo politico-amministrativo della FNCO) di comunicare il link al sito dell'amministrazione dove risultano già pubblicati i dati di cui all'art. 14 del D.lgs. 33/2013 e le dichiarazioni di cui dell'art. 20 del D.lgs. 39/2013, ricevendo nei tempi indicati un tiepido riscontro. La FNCO continuerà a sollecitare i Collegi ad adeguarsi.

Il 6 novembre 2015 a Roma il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin e il presidente dell'Autorità Nazionale Anticorruzione Raffaele Cantone hanno presentato il capitolo dedicato alla sanità dell'aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione pubblicato lo scorso 2 novembre, individuando le aree più a rischio: dalle nomine alla gestione dei defunti in ospedale.

L'avvocato Marco Croce (consulente del Collegio di Roma per l'adeguamento anticorruzione) ha esplicitato i caratteri e le implicazioni della normativa anticorruzione di cui alla Legge n. 190 del 6 novembre 2012:

- il contrasto alla corruzione quale politica e prassi basata su soluzioni uniformi;
- le disposizioni in materia di adeguamento degli enti pubblici alla legislazione anticorruzione;
- l'obbligo di adozione di un Piano di prevenzione della corruzione;
- la figura e i compiti del Responsabile della prevenzione della corruzione;
- i Codici di comportamento dei funzionari pubblici;
- le disposizioni sulla non conferibilità di incarichi e sulle incompatibilità;
- la trasparenza, concreti principi applicativi.

La dottoressa Olinda Moro (responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza FNCO) ha affrontato la tematica della





nozione di corruzione, introducendo una definizione del fenomeno più ampia dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione: in particolare è stato illustrato il significato dei termini anglosassoni di *corruption* e *maladministration*.

Dopo un breve *excursus* sul quadro legislativo italiano e sull'ambito soggettivo di applicazione, la dottoressa Moro ha ripercorso l'iter di adeguamento da parte della FNCO, avvenuto nel novembre 2014 a seguito della Delibera ANAC n. 145 del 21 ottobre 2014, Delibera rivolta proprio agli Ordini e ai Collegi professionali. Un focus specifico ha riguardato la sentenza del TAR Lazio del 6 maggio 2015 in esito al ricorso avanzato dagli Ordini forensi avverso la citata Delibera dell'ANAC. Il giudice amministrativo si è in particolare soffermato sulla natura pubblica degli Ordini professionali da cui discende, senza alcun dubbio, il dovere di adeguamento sia alla trasparenza sia alla prevenzione della corruzione e ha tra l'altro evidenziato che, qualora la redazione del piano non sia possibile a causa dell'assenza di idonee professionalità all'interno dell'ente, è possibile fare ricorso al generale istituto dell'accordo tra pubbliche amministrazioni, disciplinato dall'art. 15 della Legge n. 241 del 1990: norma, quest'ultima, che soccorre in via generale qualora sia necessario o opportuno che determinate pubbliche amministrazioni svolgano in comune determinate attività o funzioni.

Dopo avere richiamato la Delibera ANAC 144/2015 sono state illustrate le motivazioni che hanno condotto la FNCO a ritenere che anche il Consiglio Nazionale della FNCO debba essere considerato organo d'indirizzo politico della FNCO, i cui componenti sono quindi tenuti alla pubblicazione dei dati di cui all'art. 14 del D.lgs. 33/2013 e all'adempimento di cui all'art. 20 del D.lgs. 39/2013; in tale senso l'ANAC ha chiarito che l'obbligo di pubblicazione può ritenersi assolto indicando, accanto a ciascun nominativo, il link dell'amministrazione dove i dati risultano già pubblicati.

È stata illustrata la determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 con la quale è stato definito l'aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione e ai sensi del quale tutte le amministrazioni devono provvedere agli aggiornamenti dei propri piani triennali di prevenzione della corruzione entro il 31 gennaio 2016. Riguardo all'aggiornamento del Piano si è ricordato il sistema sanzionatorio sotteso alla omessa adozione e pubblicazione del PTPC, del PTTI e del Codice etico e di comportamento, descrivendo cosa s'intende per omessa adozione.

Alla luce del primo anno di attuazione da parte della FNCO sono state rilevate le principali criticità emerse nell'attuazione della prevenzione della corruzione: analisi del contesto, mappatura dei processi, valutazione del rischio, trattamento del rischio. L'intervento della



dottoressa Moro si è concluso evidenziando come la prevenzione della corruzione non sia un mero adempimento formale, quanto piuttosto un ripensamento del modello organizzativo di un'amministrazione pubblica anche in termini di efficacia ed efficienza.

La dottoressa Stefania Nichinonni (responsabile prevenzione corruzione e trasparenza del Collegio delle Ostetriche di Roma) ha trattato gli aspetti di maggiore problematicità connessi all'entrata in vigore della Legge 190/2012.

Sono stati esaminati i caratteri e le implicazioni della normativa anticorruzione, le disposizioni in materia di adeguamento degli enti pubblici alla legislazione anticorruzione e l'obbligo di adozione di un Piano di prevenzione della corruzione.

Si è posto l'accento sulla prevenzione della corruzione non solo come adempimento formale, ma anche come elemento organizzativo da implementare e valorizzare. Particolare attenzione è stata data ai contratti pubblici, considerati area di rischio elevato.

Al termine della prima sessione mattutina i partecipanti si sono confrontati sulle criticità degli adempimenti dei Collegi a seguito della Circolare 6/2014 del 23 ottobre 2014 sulle norme anticorruzione a Ordini e Collegi Professionali. I Collegi, infatti, devono:

- predisporre il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, il Piano Triennale della Trasparenza e il Codice di comportamento del dipendente pubblico;
- nominare il Responsabile della prevenzione della corruzione;
- adempiere agli obblighi in materia di trasparenza di cui al D.lgs. 33/2013;
- attenersi ai divieti in tema di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di cui al D.lgs. 39/2013.

Il confronto sul tema è stato ampiamente stimolato per una migliore e puntuale risoluzione degli adempimenti di legge.

## Il TAR del Lazio conferma l'applicabilità delle norme anticorruzione agli Ordini professionali

Il TAR del Lazio con la Sentenza 11391/2015 ha respinto il ricorso presentato da alcuni Consigli dell'Ordine degli Avvocati contro l'applicazione della Legge anticorruzione e dei Decreti Delegati anche agli Ordini e ai Collegi professionali.

Nel 2014 l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) aveva infatti ritenuto applicabili le disposizioni di prevenzione della corruzione di cui alla Legge 190/2012 e Decreti Delegati anche agli Ordini e ai Collegi professionali.

Il Consiglio Nazionale Forense e numerosi Consigli dell'Ordine degli Avvocati circondariali, nel dicembre 2014, hanno impugnato, chiedendone l'annullamento previa sospensione cautelare, la Delibera 145/2014 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione e la Delibera 144/2014 della medesima Autorità che ha individuato tutti gli enti menzionati dall'art. 1, comma II, del D.lgs. 165/2001 fra quelli destinatari della normativa anticorruzione, affermando espressamente che è chiaro indice di pubblicità (e, dunque, di sottoposizione diretta alla normativa cosiddetta anticorruzione) la condizione di soggetti "di diritto pubblico non territoriali, nazionali, regionali o locali, comunque denominati, istituiti, finanziati o vigilati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, ovvero i cui amministratori siano da questa nominati".

La sentenza del TAR, analizzando le motivazioni addotte dai ricorrenti per ribadire la natura "speciale" di Ordini e Collegi (e quindi la non sottoposizione diretta alla normativa anticorruzione) ha rigettato il ricorso con ampie e articolate motivazioni, confermando in via definitiva che gli Ordini e i Collegi, quali enti pubblici non economici, sono destinatari delle disposizioni e, conseguentemente, sono obbligati ad adeguarsi alla normativa in oggetto. Pertanto i Collegi professionali che ancora non lo avessero fatto (o che lo avessero fatto in maniera incompleta o inappropriata) sono tenuti ad adeguarsi con immediatezza alla normativa di cui alla L. 190/2012, al D.lgs. 33/2013, al DPR 62/2013 e al D.lgs. 39/2013, ponendo in essere le



attività come di seguito sinteticamente indicate:

- nomina del Responsabile anticorruzione e del Responsabile trasparenza che, come noto, possono anche coincidere in capo allo stesso professionista;
- predisposizione di un Programma Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) che contenga almeno l'indicazione dei soggetti coinvolti, l'individuazione delle aree di rischio corruzione e la predisposizione di misure di contrasto alla corruzione (sia obbligatorie sia eventuali), avuto riguardo alle indicazioni fornite dal Piano Nazionale Anticorruzione e dai relativi allegati;
- predisposizione del Programma Triennale di Trasparenza che indichi le iniziative, le tempistiche, i soggetti per consentire all'ente un adeguato livello di trasparenza, nonché lo sviluppo della cultura dell'integrità e della legalità. Il PTTI, come noto, può costituire una sezione del PTPC;
- predisposizione di un Codice di comportamento specifico dei dipendenti degli Ordini e dei Collegi, avuto riguardo al Codice generale di cui al DPR 62/2013 e alle indicazioni fornite da ANAC in tema di segnalazioni del dipendente;

- rispetto della normativa in tema di incandidabilità e inconfiribilità degli incarichi di cui al D.lgs. 39/2013;
- adempimento agli obblighi in materia di trasparenza di cui al D.lgs. 33/2013, artt. 13 (Dati concernenti l'organizzazione delle pubbliche amministrazioni) e 14 (Dati concernenti i componenti degli organi di indirizzo politico quali atti di nomina, curriculum, compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica; gli importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici; i dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, ed i relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti; gli altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e l'indicazione dei compensi spettanti).

La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche già dalla fine dell'anno 2014 si è adeguata alla normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e nella sezione "Amministrazione trasparente" ha pubblicato le informazioni dettate dalla legge e su tale tema la FNCO ha realizzato un evento formativo diretto ai dirigenti di categoria che si è svolto a Roma il 21 novembre 2015.





### L'Istituto Superiore di Sanità propone 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 il 2016 il corso FAD sulla emorragia del post partum. Il corso, accreditato ECM e gratuito, nel 2014 ha avuto una grande adesione da parte della professione ostetrica e ha ricevuto il patrocinio di FNCO, SIGO, AOGOI, AGUI e SIAARTI.

Entro la fine del mese di marzo l'Istituto Superiore di Sanità attiverà, anche, un corso FAD sui disordini ipertensivi della gravidanza e di cui la FNCO fornirà puntuali e specifiche informazioni attraverso il sito istituzionale e la rivista di categoria.

Nella seconda sessione sono stati argomentati temi quali la responsabilità connessa all'organizzazione e gestione del Collegio professionale.

La Vicepresidente FNCO Silvia Vaccari ha illustrato le organizzazioni professionali regolamentate quali enti pubblici non economici organi ausiliari dello Stato e pubbliche amministrazioni e come tali perseguono l'interesse pubblico coordinandolo con l'interesse specifico della categoria professionale rappresentata per il ruolo, le funzioni e i compiti loro assegnati tra i quali:

- l'obbligo di tenere un Albo unico nazionale ai sensi del DPR n. 137 del 7 agosto 2012<sup>1</sup>;
- l'obbligo di procedere all'accertamento dei requisiti per l'iscrizione all'Albo professionale così come previsto dalla normativa vigente in materia (DM 740/1994, L. 42/199 e L. 43/2006).

Per il raggiungimento di tale finalità le organizzazioni professionali sono chiamate a fornire il proprio contributo, all'interno di specifici contesti istituzionali, dopo averne condiviso il significato sociale con una adeguata rappresentanza della Categoria professionale.

La signora Irene Ledda, impiegata FNCO, ha trattato la tenuta dell'Albo descrivendone il razionale giuridico e i principali adempimenti.

Particolare attenzione è stata posta sulle procedure di iscrizione non solo dei cittadini italiani, ma anche e soprattutto dei cittadini stranieri comunitari ed extracomunitari, sui trasferimenti, le cancellazioni, etc. L'occasione si è rivelata utile anche per chiarire il razionale giuridico dell'Albo unico nazionale e illustrare le proce-

ture connesse alla gestione dell'Albo attraverso l'utilizzo pratico dell'applicativo *web* "Albo unico centralizzato" fornito dalla FNCO a tutti i Collegi.

Sono state altresì illustrate le attuali implementazioni dell'applicativo (flusso dati automatizzato verso INI PEC per l'aggiornamento costante delle PEC dei professionisti iscritti) e le possibili future implementazioni, anche ai fini della gestione dei flussi informativi dalla FNCO verso specifici data base (ISTAT/CoGEAPS/Ministero Salute, etc.).

Il dottor Adalberto Camisasca (consulente fiscale della FNCO) ha trattato la fatturazione elettronica e la gestione amministrativa e contabile del Collegio.

Il Corso per dirigenti 2015 ha avuto l'obiettivo di fornire strumenti di conoscenza e buone pratiche a tutti i Presidenti (diciotto dei quali insediati per la prima volta nel 2014) da adottare all'interno delle singole realtà organizzative nelle procedure di adeguamento alla Legge 190/2012.

L'auspicio con il quale si conclude il Corso è che i Presidenti, consci delle difficoltà connesse all'applicazione di quanto previsto dalla normativa vigente in materia, si raccordino a livello regionale per meglio gestirle individuando priorità e strategie concordate e condivise pur nel rispetto della propria autonomia.

1. DPR n. 137 del 7 agosto 2012 "Regolamento recante riforma degli ordinamenti professionali, a norma dell'articolo 3, comma 5, del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148".

Art. 3 - Albo unico nazionale

2. Gli Albi territoriali relativi alle singole professioni regolamentate, tenuti dai rispettivi Consigli dell'Ordine o del Collegio territoriale, sono pubblici e recano l'anagrafe di tutti gli iscritti, con l'annotazione dei provvedimenti disciplinari adottati nei loro confronti.

3. L'insieme degli Albi territoriali di ogni professione forma l'Albo unico nazionale degli iscritti, tenuto dal Consiglio nazionale competente. I Consigli territoriali forniscono senza indugio per via telematica ai Consigli nazionali tutte le informazioni rilevanti ai fini dell'aggiornamento dell'Albo unico nazionale.

# Sensibilità ostetrica verso la tecnica ecografica nelle provincie di Udine e Pordenone

## Sensitivity midwife to the ultrasound technique in the provinces of Udine and Pordenone

Autore

**Maria Luisa Del Frari**

*Tutor Didattico e Docente MED/47*

*Università degli Studi di Udine*

*Corso di Laurea in Ostetricia*

**Contatti**

**Maria Luisa Del Frari**

*luisa.delfrari@uniud.it*

### RIASSUNTO

È stata realizzata un'indagine sull'utilizzo dell'ecografia tra le ostetriche/ci delle provincie di Udine e Pordenone e le studentesse del 2° e 3° anno del corso di Laurea in ostetricia dell'Università degli Studi di Udine.

L'obiettivo dello studio è quello di conoscere quante ostetriche e studentesse hanno effettuato corsi di ecografia per analizzare se le conoscenze apprese sono state applicate in ambito clinico, in quale periodo della gravidanza e per quali indicazioni cliniche. Sono state reclutate 117 ostetriche e 21 studentesse tra giugno e luglio 2015, tramite la distribuzione di un questionario. Dai dati raccolti il 49% del campione ha frequentato un corso di ecografia di base.

Le motivazioni individuate sono state di approfondire e perfezionare le conoscenze (52%), acquisire una ulteriore competenza (34%).

Il 75% del campione ha utilizzato l'ecografo nella propria unità operativa, esso è stato impiegato: 3° trimestre di gravidanza (23%), 1° stadio del travaglio e 1° trimestre di gravidanza (15%), 2° stadio del travaglio e *post partum* (13%), puerperio (11%) e 2° trimestre di gravidanza (10%).

Le indicazioni cliniche individuate sono state: difficoltà a rilevare BCF, dubbi di posizione e presentazione fetale, MAF diminuiti o assenti e valutazione AFI.

L'indagine ha rilevato che il 97% del campione avrebbe piacere di perfezionare le conoscenze per essere più autonome, promuovere l'integrazione con altri professionisti e favorire continuità assistenziale.

#### Parole chiave

Sensibilità ostetrica, ecografia office, formazione, abilità pratiche, responsabilità

### ABSTRACT

It has been made a research on the use of ultrasound between the midwives in the provinces of Udine and Pordenone and the students of the 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> year of the Degree course in obstetrics at the University of Udine.

The target of the study is to know how many midwives and students have made courses of ultrasound to analyze whether the knowledge learned have been applied in the clinical setting, in what period of pregnancy and for which clinical indications.

The study enrolled 117 midwives and 21 female students between June and July 2015, through the distribution of a questionnaire.

From the data collected in the research, 49% of the sample have attended a course in basic ultrasound.

The reasons identified were to deepen and improve their knowledge (52%), to acquire an additional competence (34%).

75% of the sample has used the ultrasound in their unit, it has been employed: 3<sup>rd</sup> trimester of pregnancy (23%), 1<sup>st</sup> stage of labor and 1<sup>st</sup> trimester of pregnancy (15%), 2<sup>nd</sup> stage of labor and *postpartum* (13%), *puerperium* (11%) and 2<sup>nd</sup> trimester of pregnancy (10%).

Clinical indications have been identified: difficulty detecting BCF, doubts of position and fetal presentation, MAF diminished or absent and evaluation AFI.

The survey found that 97% of respondents would like to update the knowledge to be more autonomous, promote integration with other professionals and enhancing continuity of care.

#### Keywords

Sensitivity midwife, limited scan, training, practical skills, responsibility

## Introduzione

In campo perinatale esistono da sempre due attitudini distinte: da un lato c'è l'accostamento alla tecnologia, che viene sempre più usata nel percorso nascita, dall'altro emerge la sensibilità di valorizzare tale evento e di rispondere ai bisogni di salute della madre e del bambino. Le evidenze scientifiche e le organizzazioni internazio-

nali (OMS) credono fermamente nel bisogno di unire queste due modalità, integrandole nel miglior modo possibile (1).

La letteratura scientifica più accreditata, evidenzia che l'impiego della diagnostica a ultrasuoni nella sorveglianza del benessere materno/fetale, anche a opera





delle ostetriche, è ormai un'attività consolidata nella *midwifery* internazionale (2-3-5).

È stato introdotto il termine "ecografia office" per definire l'esame ecografico a supporto della visita ostetrico-ginecologica, finalizzato alla ricerca di elementi diagnostici che possono essere utilizzati a completamento del controllo clinico.

Le procedure diagnostiche richiedono conoscenza, competenza e abilità costantemente aggiornate da parte degli operatori attraverso la formazione teorico-pratica, continua e permanente, durante il percorso di studi e post Laurea.

Dall'anno accademico 2006-2007 il programma formativo del corso di Laurea in Ostetricia, Università degli Studi di Udine, al 2° anno di corso, 2° semestre, nell'insegnamento di Medicina preventiva, educazione sanitaria, puericultura nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva, prevede un modulo di MED 47 di 12 ore (1 CFU).

I contenuti didattici hanno l'obiettivo di fornire alle studentesse le basi fondamentali dell'esame ultrasonografico quali:

- fisica degli ultrasuoni;
- nozioni sulle apparecchiature ecografiche 2D, 3D e 4D. Tecnica ecografica TA, TV, TP;
- esame ecografico nel 1°, 2° e 3° trimestre in una gravidanza fisiologica;
- valutazione ecografica degli annessi fetali e determinazione AFI e tasca massima verticale;
- lettura e interpretazione delle immagini ecografiche per valutare l'evoluzione della gravidanza;
- rappresentazione dati antropometrici fetali su curve di crescita;
- semeiotica ecografica in travaglio di parto;
- ruolo dell'ostetrica in gravidanza e in travaglio di parto: ecografia office secondo linee guida SIEOG 2010.

Esiste una sensibilizzazione da parte dei ginecologi della Clinica Ostetrico-Ginecologica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine nei riguardi delle studentesse in tirocinio, che vengono coinvolte durante gli esami ecografici e permettono loro di utilizzare l'ecografo in sala travaglio-parto.

Anche le ostetriche della Clinica hanno sentito l'esigenza di una formazione in ecografia office e, per questo, il professor Diego Marchesoni mi ha proposto di organizzare un corso teorico-pratico, svolto in due edizioni nel 2010, con il supporto dei suoi collaboratori.

La partecipazione al XIX Congresso Nazionale SIEOG, tenutosi a Roma a maggio 2015 e aperto per la prima volta alle ostetriche, ha permesso un confronto sullo stato dell'arte dell'ecografia ostetrico ginecologica. In quella sede sono state discusse ed elaborate le nuove linee guida, che prevedono un ulteriore ampliamento del campo di attività dell'ostetrica con l'utilizzo dell'ecografia. Dagli interventi e dalle comunicazioni avute è nata l'idea di un progetto di ricerca rivolto alle studentesse e alle colleghe delle province di Udine e Pordenone con lo scopo di:

- conoscere quante colleghe hanno effettuato uno o più corsi di ecografia e quali sono state le loro motivazioni;
- analizzare se le conoscenze di semeiotica ecografica apprese dalle studentesse e dalle ostetriche sono state applicate in campo clinico, in quale periodo del percorso nascita e quali erano le indicazioni cliniche;
- conoscere le motivazioni e il punto di vista ostetrico.

L'indagine ha coinvolto le studentesse del 2° e 3° anno del corso di Laurea in Ostetrica di Udine e le ostetriche/ci iscritti al Collegio delle province di Udine e Pordenone a eccezione delle colleghe in quiescenza.

## Materiali e metodi

È stato realizzato uno studio osservazionale descrittivo prospettico, nel quale si sono assunte come variabili da indagare caratterizzanti l'identità professionale, la cultura, la conoscenza/competenza in campo ecografico, le motivazioni, le indicazioni cliniche, l'efficacia, le criticità nell'utilizzo di questa metodica.

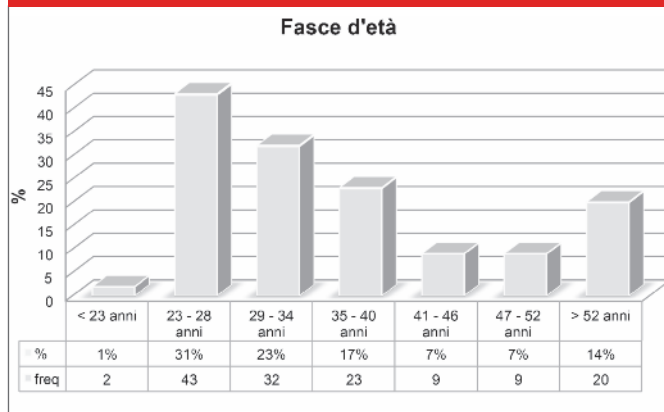
L'indagine, sviluppatasi tra giugno e luglio 2015, ha comportato la distribuzione di un questionario creato *ad hoc*, costituito da 24 domande, prevalentemente a scelta multipla, alcune chiuse e altre aperte, al fine di conoscere opinioni, suggerimenti e proposte per ottimizzare l'esercizio professionale dell'ostetrica.

Si è ricorsi a un campionamento, che ha portato a includere tutte le ostetriche/ci in servizio effettivo nei Punti Nascita, nelle Case di Cura, nei Consultori familiari e le libere professioniste, accessibili al ricercatore nelle province di Udine e Pordenone.

## Risultati

L'adesione all'indagine è stata del 48%, corrispondente a 138 questionari restituiti compilati in modo valido. Il 15% della popolazione indagata risulta costituita dalle studentesse del CdL in ostetricia (n=21) e 85% dalle ostetriche operanti nelle province di Udine e Pordenone (n=117). La popolazione in esame ha sede lavorativa per il 95% in Friuli, il 4% in Trentino, l'1% in Veneto.

Grafico 1 - Distribuzione della variabile età



Per quanto riguarda la formazione il 66% dei soggetti ha la Laurea in ostetricia, il 19% un diploma universitario, il 15% sta frequentando il corso di studi.

Tra le ostetriche, il 17% ha conseguito un master, il 4% la Laurea specialistica e il 2% un'altra Laurea (Scienze motorie, Psicologia), una studentessa è laureata in psicologia.

L'attività di tirocinio svolta dalle studentesse è stata effettuata presso la Clinica Ostetrica di Udine, nei Consultori familiari e nei Punti nascita, come da protocollo d'intesa tra Università di Udine e Regione Friuli Venezia Giulia.

## Publicato l'aggiornamento delle linee guida dell'American Heart Association (AHA) sulla rianimazione cardiopolmonare



L'American Heart Association (AHA) ha aggiornato le sue linee guida sulla rianimazione cardiopolmonare, dedicate sia agli operatori sanitari sia a colui che si trova per caso ad assistere la vittima di un arresto cardiaco. Le linee guida, pubblicate su *Circulation*, rivista ufficiale dell'associazione statunitense, affermano che anche le persone mai addestrate in precedenza possono salvare una vita agendo tempestivamente con ritmiche compressioni toraciche e usando il cellulare per chiedere aiuto. "Anche se le indicazioni dell'AHA vengono aggiornate ogni cinque anni sulla base delle più recenti ricerche svolte nel campo della rianimazione, molte delle indicazioni utili ai testimoni occasionali di un arresto cardiaco non sono cambiate dal 2010, a parte alcune piccole modifiche", esordisce Mary Fran Hazinski della Vanderbilt University, coordinatrice del gruppo di esperti che ha redatto il documento, spiegando che le persone non addestrate dovrebbero fare solo il massaggio cardiaco manuale, spingendo in modo deciso e veloce al centro del petto con un ritmo fino a 120 compressioni al minuto. "E questa è appunto una piccola modifica rispetto alle precedenti linee guida che nel 2010 consigliavano ai soccorritori 100 compressioni al minuto" riprende la ricercatrice, sottolineando che l'aggiornamento mette in guardia contro una compressione eccessiva del torace, che secondo quando riportano studi recenti potrebbe procurare al paziente più danni che benefici.

Viceversa, gli operatori sanitari già addestrati dovrebbero usare la tecnica di rianimazione cardiopolmonare, alterando compressioni cardiache e insufflazioni polmonari con un rapporto di 30 ogni 2. L'aggiornamento AHA evidenzia anche il ruolo chiave svolto dai cellulari in caso di emergenza, incoraggiando i testimoni non addestrati a chiamare il 911 (che in Italia corrisponde al 118) mentre iniziano la rianimazione fino all'arrivo dei soccorsi o della possibilità di adottare un defibrillatore automatico. "Più di 326.000 persone hanno un arresto cardiaco extra-ospedaliero ogni anno e circa il 90% di loro muore anche perché gli astanti non sanno come rianimarli o temono di fare qualcosa di sbagliato" conclude Mary Fran Hazinski.



Grafico 2 - Ambiti lavorativi del campione indagato

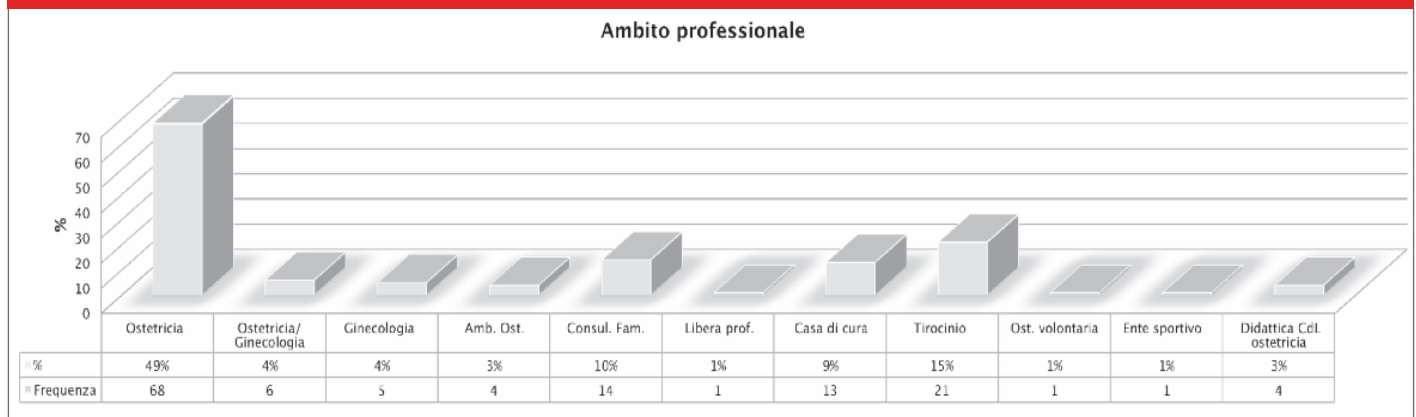


Grafico 3 - Esperienza lavorativa in ambito materno-infantile

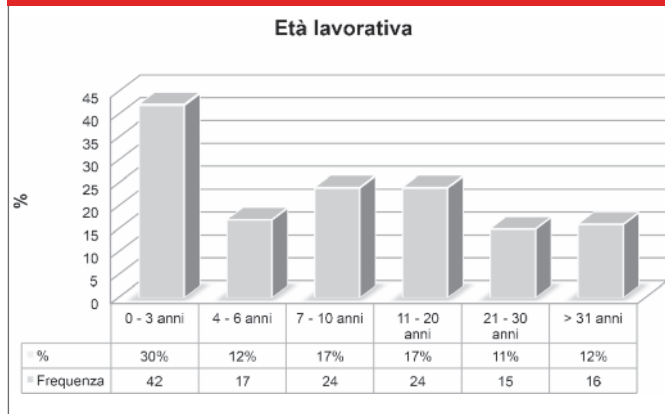
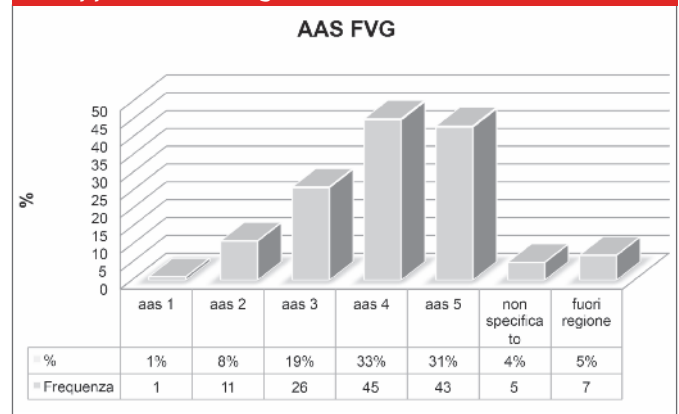


Grafico 4 - Azienda per l'assistenza sanitaria di appartenenza Regione Friuli Venezia Giulia



Nel Grafico 4, la classe “fuori regione” comprende due ostetriche che operano presso la USL 10 Veneto e cinque studentesse che effettuano il tirocinio nella provincia di Trento, come da convenzione tra Università di Udine e la Provincia autonoma di Trento.

Riguardo al quesito sulle conoscenze specifiche in ecografia di base acquisite durante il percorso di studi, il 64% del campione dichiara che non ha avuto una formazione specifica, il 36% ha seguito un corso.

Relativamente a chi ha seguito un corso, la formazione è stata svolta per il 70% da un'ostetrica, per il 14% dal ginecologo e per il 16% da entrambi i professionisti.

La durata del corso è stata di:

- 12 ore nel 64% dei casi;
- 16 e 20 ore nel 14% dei casi;
- 3 giorni nel 6% dei casi;
- 100 ore nel 2% dei casi.

Il 37% ha affermato che il corso è stato teorico-pratico, il 63% ha risposto no.

Alla domanda: “Il progetto formativo ha permesso di acquisire le conoscenze di base in questo ambito?” il 76% di coloro che hanno seguito un corso hanno risposto affermativamente, il 24% ha espresso parere negativo.

Tabella 1 - Motivazioni che hanno indotto a partecipare a un corso di ecografia

Motivazioni	Frequenza
Approfondimento/perfezionamento	15
Acquisire ulteriore competenza	10
Esigenze professionali	3
Esperienza precedente	1
Esperienza narrata	0

Il 18% degli intervistati (n=25) ha frequentato corsi di ecografia ostetrica nel post Laurea/Diploma; in particolare 19 hanno seguito un corso teorico-pratico ECM, 4 un Master in Diagnostica clinica (Firenze) e 2 un seminario della Clinica Ostetrica di Udine.

Dal sondaggio sul desiderio di approfondire le conoscenze di questa metodica è emerso che il 97% delle intervistate è interessato a un perfezionamento in campo ecografico. Solo il 3% non è incline a un approfondimento.

Il 75% del campione ha l'opportunità di utilizzare l'ecografo nella propria unità operativa.

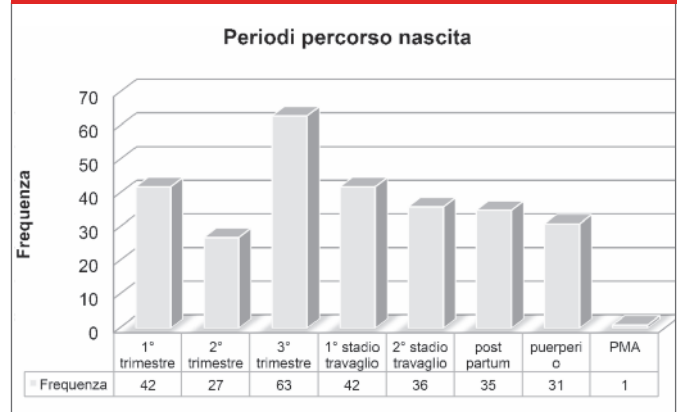
I periodi della gravidanza, travaglio, puerperio e PMA in cui è stato richiesto il suo impiego sono rappresentati nel Grafico 5.

Attraverso il questionario sono state ricercate le indicazioni cliniche che hanno richiesto l'impiego dell'ecografia.

La difficoltà a rilevare il BCF (59) è l'indicazione più frequente all'utilizzo dell'ecografia da parte delle intervistate, segue per dubbio di posizione (52) e presentazione (51) della parte presentata in travaglio/parto.

Il Grafico 6 illustra altre indicazioni cliniche, anche se con frequenze minori, che riguardano tutto il percorso nascita non solamente le fasi del travaglio.

**Grafico 5 - Periodi del percorso nascita in cui è stato impiegato l'ecografo**



**Avviato il progetto di revisione del percorso formativo dell'ostetrica/o e definizione di un percorso quinquennale (magistrale a ciclo unico)**



Il Comitato Centrale della FNCO, nell'adunanza del 16 e 17 ottobre 2015, ha espresso parere favorevole alla proposta della Commissione Nazionale GLO per la revisione dell'attuale percorso formativo dell'ostetrica/o.

In data 20 novembre 2015 l'Assemblea del Consiglio Nazionale (Organo Politico) ha preso atto e approvato il progetto per la definizione di un percorso quinquennale (magistrale a ciclo unico) sul quale si era espressa già positivamente, nell'anno 2004, su una precedente proposta della CNCLO (Organo Tecnico). Al termine di tre indagini condotte dalla CNCLO e coordinate dal professor Walter Costantini, Presidente GLO

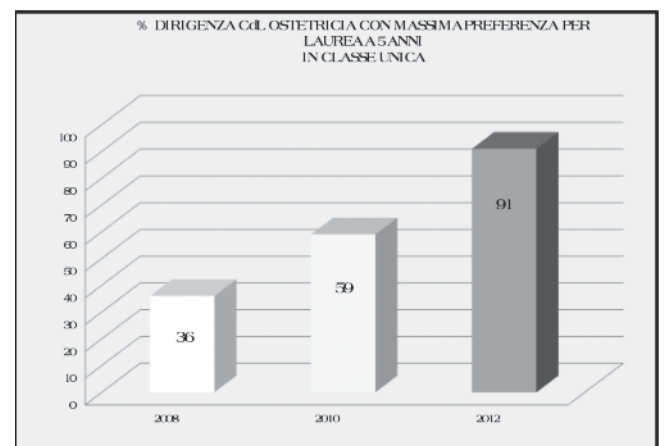
Milano Statale, è emerso che, dal 2007 al 2012, la dirigenza dei corsi di Laurea in Ostetricia (Presidenti e Coordinatori) ha espresso una sempre maggiore preferenza per un percorso formativo della durata quinquennale (Figura 1). La Commissione di esperti per la revisione del percorso formativo, istituita in seno alla CNCLO e insediata a Roma il 15 gennaio 2015, risulta costituita da:

- Coordinatori CLO: P. Messina, D. Zavarise, M. G. Minisgallo (in rappresentanza del prof. Carta), P. A. Mauri, A. Cinotti, M. Guana, E. Del Bo, M. D. Piga, R. Cappadona, A. Nespoli e R. Taverna;
- Presidenti CLO: A. Lanzone, W. Costantino e F. Facchinetti;
- rappresentanti dei docenti: M. Guana, M. D. Piga e A. Nespoli;
- Presidente AGUI: N. Colacurci;
- rappresentanti della FNCO: A. Cinotti, S. Vaccari e M. Vicario.

La Commissione di esperti, che si riunirà in plenaria a Roma il 13 aprile 2016, ha pianificato di procedere prioritariamente per:

- definizione del Profilo di competenza e, quindi, motivazioni del nuovo modello professionale;
- individuazione e definizione degli obiettivi formativi del percorso quinquennale;
- definizione della tabulazione per la distribuzione del SSD pertinente al profilo professionale.

La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche, nelle forme di rito istituzionali, fornirà alla categoria tutta puntuali e tempestive comunicazioni in merito alla evoluzione del progetto di revisione del percorso formativo di ostetrica/o e alla definizione di un percorso quinquennale.



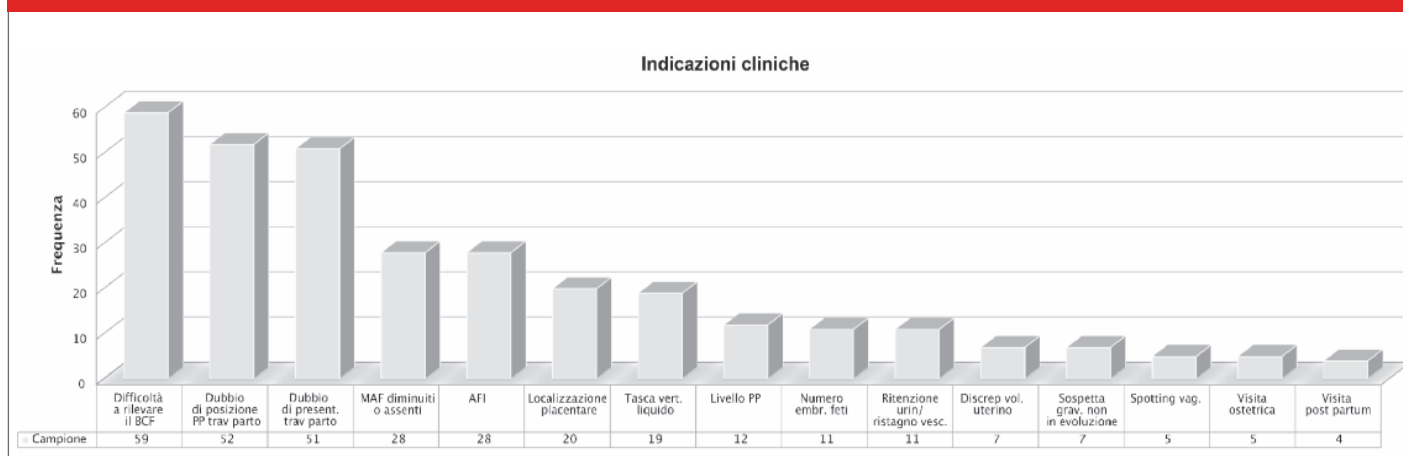
**Figura 1. Prof. Walter Costantini, Il percorso formativo universitario dell'ostetrica: ancora attuale?, Bologna 14 novembre 2015**



## Tabella 2 - Motivazioni a favore e contro l'approfondimento dell'utilizzo dell'ecografia

Pro	Frequenza	Contro	Frequenza
Maggiore autonomia	99	Riduzione/perdita arte/manualità	3
Promuovere una professionalità integrata	79	Alimenta false sicurezze	3
Favorire la continuità assistenziale	76	Conflitto ostetrica-ginecologo	2
Capacità di collaborare	73	Problematiche medico-legali	1
Gestione percorso nascita	2		
Ampliare conoscenze	2		
Professionalità completa e dinamica	2		

Gráfico 6 - Indicazioni cliniche all'utilizzo dell'ecografia espressa dal campione



## Tabella 3 - Il punto di vista delle intervistate riguardo l'efficacia e le criticità dell'uso dell'ecografia

Efficacia	Frequenza	Criticità	Frequenza
Valutazione completa situazione clinica	40	Mancanza/non disponibile ecografo uso in varie sedi	20
Maggiore continuità assistenziale	39	Abilità modesta per scarso utilizzo	19
Maggiore autonomia	29	Formazione teorico-pratica adeguata	17
Conferma diagnosi fasi travaglio	16	Maggiori conflitti medico-ostetrica	11
Dubbi di presentazione e posizione PP	13	Responsabilità ostetrica	9
Valutazione ristagno vescicale/residui uterini	6	Può ridurre semeiotica ostetrica	9
Rileva anomalie fetali e annessiali	5	Problemi medico-legali	6
Risparmio risorse/tempo	4	Uso eccessivo ecografia	5
Utilizzo eco emergenza/urgenza	4	Mancanza ambul. grav. fisiologica	4
Datazione gravidanza indagini prenatali/IVG	4		
Maggiore autorevolezza ruolo dell'ostetrica	3		

## Discussione e conclusioni

Dai dati raccolti il 49% del campione indagato ha frequentato un corso di ecografia di base, alcune durante il percorso di studi, altre post Laurea.

Si evince che la partecipazione ai corsi ha stimolato curiosità, interesse e disponibilità verso questo metodo di diagnosi.

Le partecipanti ai corsi post Laurea/Diploma hanno motivato la scelta di formazione per un approfondimento/perfezionamento (52%) e per acquisire ulteriore competenza (34%).

Il 97% del campione avrebbe piacere di approfondire ulteriormente le conoscenze di questa metodica, giustificando questa scelta per essere più autonome, per promuovere l'integrazione con altri professionisti e favorire continuità assistenziale e professionale.

Solo il 3% non è incline a un approfondimento, motivando la scelta perché alimenta false sicurezze, comporta una riduzione dell'arte ostetrica e potrebbe generare conflitti tra professionisti.

Le fasce d'età più rappresentate del campione sono 23-28, 29-34 e >52 anni, probabilmente le classi più interessate e attente ai cambiamenti che avvengono in campo tecnologico e scientifico, desiderose di confrontarsi in clinica con le conoscenze teorico-pratiche acquisite.

Il 75% del campione ha l'opportunità di utilizzare l'ecografo nella propria unità operativa, maggiormente è stato impiegato nel 3° trimestre (23%), nel 1° stadio del travaglio e nel 1° trimestre (15%), nel 2° stadio del travaglio e *post partum* (13%).

L'impiego dell'ecografia nelle fasi del travaglio è correlato al numero maggiore di professioniste e studentesse impiegate in ambito ostetrico che l'ha utilizzata per diagnosi di presentazione, posizione, stazione o livello della parte presentata (Grafici 2 e 6).

I dati raccolti confermano quanto riportato in letteratura, che l'ecografia *intrapartum* è il metodo più accurato per determinare la posizione fetale, rispetto alla sola esplorazione vaginale.

In uno studio del 2003 di Akmal *et al.* è stato mostrato come la diagnosi di posizione della testa fetale mediante esame obiettivo ostetrico, nel secondo stadio del travaglio, fosse soggetta a errori nel 27% dei casi, invece la concordanza tra esplorazione vaginale ed ecografia era dell'83% nelle presentazioni anteriori e del 54% nelle presentazioni trasverse o posteriori (8).

Dal sondaggio emerge anche un impiego dell'ecografia nel 1°, 2°, 3° trimestre e in puerperio da imputarsi all'accompagnamento della donna in gravidanza ad opera delle professioniste negli ambulatori ostetrici e nei consultori familiari.

Nelle risposte al quesito: "Elementi determinanti efficacia e criticità nell'utilizzo dell'ecografo", si evidenzia la richiesta di poterlo impiegare per maggiore continuità assistenziale in autonomia e per la valutazione completa della situazione clinica.

Le criticità che emergono sono la non disponibilità dell'apparecchiatura per utilizzo in varie sedi e le abilità modeste per scarso uso.

Dalle percentuali del campione formato e di chi ha l'opportunità di utilizzare l'ecografo, nella propria unità operativa, si evidenzia che il 27% potrebbe essere coinvolto a una formazione futura. Al quesito: "Sarebbe interessato a un corso intensivo teorico-pratico di ecografia", il 97% ha risposto affermativamente.

Per acquisire una competenza in campo ecografico sono necessari percorsi formativi didattici più complessi, durante gli studi e *in continuum*, che prevedano un numero maggiore di ore teoriche e valutazioni sulle abilità pratiche.

Il corso di formazione teorico-pratico in ecografia, attualmente in fase di accreditamento, che si terrà a Udine nel 2016, in previsione delle nuove linee guida SIEOG, accanto a un'ottica tecnologica, prevede un'attenzione alla comunicazione e alla gestione dei conflitti, per una collaborazione e rispetto reciproco tra professionisti in una condivisione di responsabilità.

## Bibliografia

1. E. Padovani, V. Basevi, A. Valentini, Umanizzazione della nascita e raccomandazioni O.M.S. CIC Edizioni Internazionali 1988; 529-539
2. American College of Nurse Midwives, Midwives Performance of Ultrasound in Clinical Practice 2010
3. AIUM Practice Guideline for the Performance of Obstetric Ultrasound Examinations 2007
4. G. Rizzo, F. Taddei, Manuale di ecografia per ostetriche Editeam 2015; 11-17 109-116
5. C. A. Menihan, Limited sonography in collaborative midwifery practice. J. of Midwifery & Women's Health. Vol. 45, n° 6 November/December 2000
6. Linee Guida SIEOG 2010. Editore Editeam Gruppo Editoriale Cento (FE)
7. Linee Guida SIEOG 2015. Ecografia Office. In press
8. Akmal S, Kametas N, Tsoi E, Hargreaves C, Nicolaidis KH. Comparison of transvaginal digital examination with intrapartum sonography to determine fetal head position before instrumental delivery. Ultrasound Obstet Gynecol 2003 May; 21 (5): 437-40
9. Dupuis O, Ruimark S, Corinne D, Simone T, André D, René-Charles R. Fetal head position during the second stage of labor: comparison of digital vaginal examination and transabdominal ultrasonographic examination. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2005 Dec 1;123(2):193-7. Epub 2005 May 31

## Sitografia

1. [www.aium.org/resources/guidelines/obstetric.pdf](http://www.aium.org/resources/guidelines/obstetric.pdf)
2. [www.midwife.org/Ultrasound-education](http://www.midwife.org/Ultrasound-education)
3. [www.fnco.it/news/possibilita-per-l-ostetrica-o-di-effettuare-l-ecografia-of.htm](http://www.fnco.it/news/possibilita-per-l-ostetrica-o-di-effettuare-l-ecografia-of.htm)



# ADOLESCENTI A RISCHIO. OMS E UNAIDS IN CAMPO: “SERVONO NUOVE POLITICHE”

## Ecco i nuovi standard, dall'Aids agli incidenti stradali

**A**nthony Costello, responsabile del settore per l'Organizzazione Mondiale della Salute, afferma che se si vuole mantenere gli adolescenti sani, bisogna trattarli con rispetto. Gli adolescenti sono particolarmente vulnerabili a certi problemi di salute per cui OMS e UNAIDS suggeriscono di fornire servizi più “a misura di adolescente”, erogando prestazioni gratuite oppure a basso costo e rendendo le informazioni fruibili in base alla fascia di età di appartenenza. Viene inoltre affermata la necessità che i giovani possano accedere alle prestazioni senza obbligatoriamente prendere un appuntamento o ricevere il consenso dei genitori. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/184035/1/WHO\\_FWC\\_MCA\\_15.06\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/184035/1/WHO_FWC_MCA_15.06_eng.pdf)

I nuovi standard individuati sono otto e forniscono agli adolescenti indicazioni semplici ma efficaci.

- **Alfabetizzazione sanitaria:** le strutture devono implementare percorsi che consentano agli adolescenti di essere costantemente informati sul proprio stato di salute e di sapere dove e come accedere a determinati servizi.
- **Supporto da parte tutti gli attori del sistema:** le strutture sanitarie devono mettere a punto sistemi affinché tutti i membri e le organizzazioni della società diventino consapevoli dell'importanza di fornire specifici e adeguati servizi agli adolescenti.
- **Appropriata rete di servizi:** le strutture devono assicurare informazioni, consulenze, diagnosi, cure e trattamenti in grado di soddisfare tutte le specifiche esigenze dei giovani.
- **Garantire adeguate competenze agli operatori:** è un requisito fondamentale per erogare prestazioni efficaci. In questo senso è fondamentale anche rispettare il diritto alla *privacy*, evitare discriminazioni, mostrare atteggiamenti rispettosi e mai giudicanti.
- **Facilitare l'erogazione degli appositi servizi:** le strutture devono garantire orari accessibili, un ambiente comodo e pulito, mettendo a disposizione le apparecchiature dotate di tutta la tecnologia necessaria.



- **Inclusione e lotta alle discriminazioni:** le strutture devono erogare servizi e prestazioni a tutti gli adolescenti, a prescindere dalla loro possibilità di pagare, dall'età, dal sesso, dallo stato civile, dal livello di istruzione, dall'orientamento sessuale e dall'origine etnica.
- **Miglioramento dell'analisi dei dati:** tutte le strutture sanitarie devono essere in grado di raccogliere, utilizzare e analizzare i dati disaggregati per sesso e per età

## Servizi più accessibili e in ambiente protetto: il rispetto alla base della salute dei più giovani



I più giovani sono la fascia della popolazione meno seguita dai servizi sanitari. Questo il monito dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che per questo motivo ha sviluppato insieme con l'UNAIDS, i nuovi standard per offrire servizi di sanitari di qualità ai ragazzi tra gli 11 e 19 anni che spesso soffrono di problemi mentali, abuso di sostanze, malnutrizione e malattie croniche.

”Ci sono Paesi dove un quinto dei cittadini sono adolescenti – rileva Valentina Baltag, esperta OMS – ma la maggior parte degli studenti in medicina e scienze infermieristiche si laurea senza sapere nulla sui loro bisogni specifici nell'accedere ai servizi sanitari, e questo è inaccettabile”. Si tratta di “provvedimenti che i Paesi, sia ricchi che poveri, possono adottare da subito per migliorare la salute e il benessere dei loro adolescenti”, aggiunge Anthony Costello, direttore della salute materna, infantile e adolescenziale dell'OMS. L'Orga-

nizzazione Mondiale della Sanità e l'UNAIDS raccomandano dei servizi più *adolescent friendly*, con la possibilità di consulti gratuiti o poco costosi, e informazioni di salute disponibili e appropriate per questa fascia d'età.

Inoltre, è importante offrire la possibilità di accedere ai servizi senza il bisogno di appuntamenti o il consenso dei genitori, garantendo massima riservatezza e protezione da discriminazioni. “Se vogliamo mantenere in salute gli adolescenti – continua Costello – dobbiamo trattarli con rispetto. Sono particolarmente vulnerabili su certi temi di salute. Le prime tre cause di morte negli adolescenti sono le ferite da incidenti stradali, le malattie legate all'Aids e i suicidi”. L'adolescenza è inoltre una fase della vita in cui si possono adottare comportamenti che possono influire sulla salute futura, come l'uso di tabacco o alcol, fare diete e attività fisica. Gli standard globali esigono dunque un “pacchetto” comprensivo di informazioni, *counselling*, diagnosi, terapia e servizi di cura che vadano oltre quelli tradizionali sulla salute riproduttiva e sessuale.

e il personale deve essere costantemente coinvolto nel miglioramento di questi processi.

- **Inclusione dei giovani nei processi di pianificazione e monitoraggio:** gli adolescenti devono essere pienamente coinvolti in tutti i processi relativi alle cure che li riguardano, nonché in tutti gli aspetti decisionali.

All'interno del Dipartimento delle Cure Primarie si realizzano le attività del Consultorio familiare (Legge 405/1975 [www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1975-07-29;405!vig=2015-10-15](http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1975-07-29;405!vig=2015-10-15)) e quelle di Spazio Giovani che garantiscono le cure primarie nell'area della salute sessuale, riproduttiva e psico-relazionale per la donna, per la coppia e per i giovani, con *équipe* costituite da ostetriche, medici, psicologi che offrono percorsi preventivi e diagnostico terapeutici integrati con le strutture presenti nel territorio di riferimento.

Il Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) assegna un ruolo strategico centrale ai Consultori Familiari (CF) nella promozione e tutela della salute della donna e dell'età evolutiva e indica in dettaglio modalità e campi operativi prioritari, con un esauriente corredo di indicatori di processo, di risultato e di esito ([www.salute.gov.it/imgs/c\\_17\\_normativa\\_1548\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_normativa_1548_allegato.pdf)).

Nel POMI (2000) al punto 9 “Salute degli adolescenti” si legge: “La promozione della salute e l'assistenza nell'età adolescenziale deve essere potenziata al fine di garantire uno stato di maggiore benessere a questa fascia di cittadini, che ponga anche le basi di una migliore qualità della vita adulta futura. Questa esigenza non trova oggi adeguata risposta a

causa di carenze istituzionali e della frammentarietà degli interventi di salute per gli adolescenti”.

A distanza di 15 anni il “sistema salute per gli adolescenti” in alcune realtà organizzative territoriali risulta ancora inadeguato per cui bisogna prioritariamente sviluppare strategie di intenti appropriate, favorire l'integrazione tra i servizi coinvolti, predisporre strumenti di monitoraggio, operando in modo integrato a differenti livelli, sia per la prevenzione, sia per i trattamenti per i quali deve essere prevista una “corsia preferenziale” per gli adolescenti. Il Consultorio Familiare e lo Spazio Giovani, strutture a “bassa soglia di accesso” con orari flessibili, ambiente caldo e comodo, rappresentano il *setting* assistenziale auspicabile sempre e dovunque.

I nuovi standard globali richiedono ai vari Stati di sviluppare pacchetti che includano una solida informazione, consulenza, diagnosi, trattamento e cura che vadano oltre ai tradizionali percorsi legati all'educazione sessuale. Gli adolescenti devono essere, inoltre, pienamente coinvolti nella fasi di pianificazione e di monitoraggio, fornendo costantemente *feedback* sui servizi sanitari che li riguardano.

La nuova politica di OMS e UNAIDS è finalizzata alla prevenzione delle principali cause di morte tra gli adolescenti e delle principali cause di malattie e disabilità tra le quali depressione, incidenti stradali, anemia e Aids.

# LA NOSTRA PROFESSIONE VERSO IL CAMBIAMENTO

## Il recepimento (finalmente) della Direttiva europea 2013

**L'articolo 37 del D.lgs. 15/2016 in particolare rende l'ordinamento italiano conforme a quello comunitario, individuando strategie organizzative di sostegno e in favore di una maggiore autonomia**

**I**l Decreto Legislativo n. 206 del 6 novembre 2007, "Attuazione della Direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, nonché della Direttiva 2006/100/CE che adegua determinate direttive sulla libera circolazione delle persone a seguito dell'adesione di Bulgaria e Romania", evoca una profonda sofferenza professionale nelle ostetriche italiane. L'articolo 48 "Esercizio delle attività professionali di ostetrica" al comma 2, lettera b), così recita: "b) accertare la gravidanza e in seguito sorvegliare la gravidanza diagnosticata come normale da un soggetto abilitato alla professione medica, effettuare gli esami necessari al controllo dell'evoluzione della gravidanza normale".

A distanza di circa nove anni lo Stato italiano ha proceduto a un ammodernamento della Direttiva 2005/36/CE predisponendo l'approvazione dello schema di Decreto Legislativo per il recepimento della Direttiva 2013/55/CE e l'introduzione, all'articolo 37, di riferimenti determinati per l'autonomia professionale ostetrica.

L'attuale versione della disposizione dell'art. 37 della Direttiva è di primario interesse per la Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche e per la categoria delle ostetriche tutta in quanto, legislativamente, rafforza l'autonomia professionale nell'assistere e consigliare la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e





## Sette azioni per migliorare il parto secondo il NICE



National Institute for  
Health and Clinical Excellence

Il NICE (National Institute for Health and Care Excellence) il 10 dicembre 2015 ha pubblicato un documento sugli standard di qualità per le cure *intrapartum* (NICE, *Intrapartum care-quality standard*) contenente un elenco di sette punti (*statements*), e per ognuno di essi stabilisce i compiti dei professionisti sanitari coinvolti (ginecologi e ostetriche) e identifica le Commissioni che devono controllare l'applicazione dei sette punti e raccogliere dati per analizzare l'assistenza.

### 1. Possibilità di scegliere tra quattro luoghi dove partorire: uno solo è l'ospedale

Alle donne a basso rischio di complicazioni in travaglio va data la possibilità di scegliere tra quattro diversi luoghi per il parto: la propria casa, una Casa del parto, una struttura gestita da ostetriche situata accanto o all'interno dell'ospedale o un reparto di maternità dell'ospedale. La Commissione vigila per assicurare che tutti i quattro luoghi del parto siano effettivamente disponibili per le donne a basso rischio di complicazioni, raccoglie i dati sugli esiti per le donne e i neonati (nascite con forcipe e ventosa, taglio cesareo, episiotomia, seri problemi neonatali) e i tassi di trasferimento nei reparti di Ostetricia.

I dati devono essere usati dalle ostetriche e dai ginecologi per informare le donne in modo che esse possano fare delle scelte informate sul luogo in cui avere i propri figli.

### 2. Garantire l'assistenza personale alla donna in travaglio

Le donne in travaglio attivo devono avere assistenza *one-to-one* (una ostetrica per ogni partorientente) e supporto da parte di un'ostetrica assegnata per questo. In questo modo si aumenta la possibilità per le donne di avere un "normale" parto vaginale senza interventi e si contribuirà a ridurre la durata del travaglio e il numero dei parti operativi. A un'assistenza *one-to-one* in travaglio conseguono minori problemi di salute del neonato e della madre (morbilità neonatale e materna) e maggiore soddisfazione delle madri per l'esperienza. Chi organizza i servizi sanitari nei quattro luoghi per il parto e la Commissione vigilano perché vi sia uno staff adeguato a garantire l'assistenza *one-to-one* e valutano anche i costi relativi a questa assistenza.



### 3. No al monitoraggio continuo in travaglio

La cardiografia (il monitoraggio delle contrazioni con l'apposito macchinario durante il travaglio, detto CTG) non fa parte dei normali controlli nella valutazione del travaglio attivo in donne a basso rischio di complicazioni. Occorre dunque utilizzare l'auscultazione occasionale del battito. Il monitoraggio elettronico continuo può condurre a interventi non necessari e non è di alcuna utilità per il neonato. Il CTG non deve essere utilizzato per la valutazione del travaglio.

### 4. Se il tracciato si normalizza niente CTG

Nei casi in cui all'auscultazione intermittente del battito cardiaco fetale venga rilevata un'anomalia e sia stato applicato il CTG (il monitoraggio continuo delle contrazioni), questo deve essere rimosso se il tracciato è normale per 20 minuti. Il CTG riduce la mobilità della donna, dunque può rallentare il travaglio e portare a una cascata di altri interventi altrimenti non necessari.

### 5. Niente ossitocina e rottura del sacco

Alle donne a basso rischio di complicazioni non si devono offrire in travaglio né l'amniotomia (rottura delle membrane del sacco amniotico) né la somministrazione di ossitocina (utilizzata solitamente per il suo effetto sulle contrazioni), perché queste pratiche non riducono i tagli cesarei, non aumentano i parti spontanei vaginali, e non migliorano gli *outcome* neonatali.

### 6. Non tagliare il cordone prima di un minuto

Il cordone non deve essere clampato prima di un minuto dopo la nascita, a meno che non ci siano preoccupazioni sull'integrità del cordone o sul battito cardiaco neonatale. In questo modo si riduce il rischio di anemia nel neonato. Deve essere data la possibilità alle madri di aspettare di più prima di tagliare il cordone.

### 7. Contatto pelle-pelle alla nascita

Il contatto pelle a pelle immediato va promosso per aiutare l'avvio dell'allattamento e proteggere dagli effetti negativi della separazione madre-bebè.

nel puerperio, nonché, nel condurre e portare a termine parti eutocici con propria responsabilità e prestare assistenza al neonato.

Con l'art. 37 del D.lgs. 15/2016, infatti, l'ordinamento italiano viene reso conforme a quello comunitario, che attribuisce all'ostetrica/o il compito di "accertare la gravidanza e in seguito sorvegliare la gravidanza normale" (art. 42 della Direttiva 2005/36/CE "relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali"), cassando il famigerato inciso.

L'esigenza di conformare l'ordinamento italiano a quello comunitario è stata sostenuta dal Governo e condivisa dalle competenti Commissioni del Senato della Repubblica. Esclusivamente nel parere della Commissione Igiene e Sanità del Senato si legge che "sul piano tecnico-giuridico, fermo restando quanto rilevato nel merito, occorre valutare se la disposizione succitata possa eventualmente formare oggetto di questioni di legittimità costituzionale per eccesso di delega, dal momento che essa non risulta avere corrispondenza con alcuna delle disposizioni della Direttiva da recepire. Si osserva, peraltro, che la disposizione in questione, più che volta ad attuare la Direttiva 2013/55/UE, appare diretta a rivedere l'applicazione dell'art. 42, par. 2, lett. b) della Direttiva 2005/36/CE, rendendo la normativa interna più aderente alla formulazione letterale di quest'ultima Direttiva".

Nel comma 2 del suddetto parere si inserisce, quindi, il principio che sia stato operato un eccessivo uso della delega governativa, mentre l'introduzione della disposizione dell'art. 37 trova piena e oggettiva giustificazione ai sensi dei principi e criteri direttivi posti della Legge Delega n. 114 del 9 luglio 2015 (Legge di delegazione europea) mediante il rinvio, operato dall'art. 1, agli artt. 31 e 32 della Legge n. 234 del 24 dicembre 2012 ("Norme generali sulla partecipazione dell'Italia alla formazione e all'attuazione della normativa e delle politiche dell'Unione Europea").

Segnatamente, l'art. 32, comma 1, della Legge 234/2012, tra i principi e criteri direttivi generali ai quali devono essere informati i decreti legislativi di recepimento delle Direttive comunitarie, indica:

"b) ai fini del migliore coordinamento con le discipline vigenti per i singoli settori interessati dalla normativa da attuare,



sono introdotte le occorrenti modificazioni delle discipline stesse, anche attraverso il riassetto e la semplificazione normativi con l'indicazione esplicita delle norme abrogate (...);

"i) è assicurata la parità di trattamento dei cittadini italiani rispetto ai cittadini degli altri Stati membri dell'Unione europea e non può essere previsto in ogni caso un trattamento sfavorevole dei cittadini italiani".

Così come previsto dall'art. 32, comma 1, della Legge 234/2012, appare a tutta evidenza che la previsione dell'art. 37:

- **interviene** su una disposizione (l'art. 48 del D.lgs. 206/2007) afferente alla "disciplina vigente" nel "settor[e] interessat[o] dalla Direttiva da attuare";
- **dispone** la esplicita abrogazione di quelle parole dell'art. 48 del D.lgs. 206/2007 che non corrispondono al dettato testuale dell'art. 42 della Direttiva 2005/36/CE;
- **assicura** la parità di trattamento dei cittadini italiani rispetto a quelli degli altri Stati membri sopprimendo una previsione che non trova rispondenza nella Direttiva di riferimento, con conseguente pregiudizio delle ostetriche italiane che vengono a essere indebitamente limitate nell'esercizio delle competenze riconosciute dall'ordinamento comunitario ai professionisti della categoria di tutti gli Stati membri.

In questi termini si comprende come l'introduzione e il mantenimento dell'art. 37 (che recita: "le parole «diagnosticata come» e le parole «da un soggetto abilitato alla professione medica» sono soppresse"), non solo non pone alcuna

questione di legittimità costituzionale per eccesso di delega (in quanto risponde, compiutamente, a criteri e principi direttivi della Legge delega), ma risolve finalmente il problema della disparità di trattamento a carico dei cittadini italiani.

La FNCO ha affermato, in ogni sede, in ogni momento e con ogni mezzo, la piena legittimità di quanto disposto dall'articolo 37 della Direttiva 55/2013/CE anche quando, il 23 dicembre 2013, la Presidente FNOMGeO sul tema "Direttiva europea riconoscimento titoli professionali" scriveva a Renzi affermando: "Diagnosi e prescrizione spettano solo al medico".

A tale affermazione seguiva, nello stesso giorno, un comunicato stampa della Federazione dal titolo **FNCO: l'articolo 37 è costituzionalmente legittimo**, nel quale si affermava che, sul piano tecnico-giuridico, l'introduzione e il mantenimento dell'art. 37 della Direttiva 55/2013/UE, non solo non pone alcuna questione di legittimità costituzionale per eccesso di delega, ma risolve finalmente il problema della disparità di trattamento a carico delle ostetriche italiane che, diversamente, dovrà essere soggetto di sindacato costituzionale.

L'Assemblea del Consiglio Nazionale Straordinario, svoltosi il 14 gennaio 2016 approvava due mozioni con le quali dava:

- mandato al Comitato Centrale della FNCO di rappresentare a tutte le istituzioni interessate all'emanazione del Decreto legislativo di attuazione della Direttiva 2013/55/CE la legittimità, anche costituzionale, del-

l'art. 37 inserito nello stesso schema di Decreto che prevede: "all'art. 48 co. 2 lett. b) del D.Lgs. n. 206/2007, le parole: «diagnosticata come» e le parole: «da un soggetto abilitato alla professione medica» sono soppresse";

- mandato al Comitato Centrale della FNCO di adottare ogni misura di rivalsa nell'ipotesi in cui il Decreto legislativo di recepimento della Direttiva 2013/55/UE del 20 novembre 2013 venisse licenziato cassando l'art. 37 inserito nello schema di Decreto legislativo e il conseguente permanere nell'ordinamento interno della disposizione di cui all'art. 48 del D.lgs. 206/2007, secondo cui la gravidanza deve essere diagnosticata come normale da soggetto abilitato alla professione medica.

Il D.lgs. 15/2016 ripristina la norma e attribuisce alle ostetriche la diagnosi normale della gravidanza, fermo comunque l'obbligo, come previsto dal DM 740/1994 art. 1, per le stesse di segnalare tempestivamente la necessità dell'intervento del medico in presenza di fattori di rischio per la madre e per il nascituro in quanto le viene riconosciuta la competenza di "individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono l'intervento medico".

L'art. 37 del D.lgs. 15/2016 apre vecchi e nuovi scenari per la professione ostetrica, anche per la conduzione, in autonomia, di un ambulatorio di gravidanza a basso rischio e non solo in quanto già "assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato".

## Legge di Stabilità 2015 e assunzioni straordinarie di "personale tecnico-professionale"

Nella Legge di Stabilità 2016, approvata definitivamente dal Senato il 22 dicembre 2015 e divenuta Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, è stato inserito all'art. 1 il comma 543 relativo alle nuove assunzioni straordinarie in sanità estese anche al "personale tecnico-professionale", termine adottato dal MEF per includere tutto gli operatori afferenti alle professioni sanitarie.

La FNCO, in un comunicato stampa del 16 dicembre 2015, evidenziava che nel SSN le ostetriche, con un'età media fra i 50 e 60 anni, sono relegate alla sola assistenza di emergenza in sala parto, soppiantate da infermieri nelle attività di prevenzione, assistenza e gestione nell'area ostetrico-neonatale, ginecologica e per la medicina di genere, anche laddove di precisa competenza ostetrica. Il blocco del *turn over*, soprattutto nelle Regioni con operazioni di rientro in atto, e l'attuazione dei nuovi orari di lavoro, acuiscono una situazione sempre più difficile e complessa da gestire da parte dei Coordinatori delle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia per carenza di personale ostetrico, nello specifico, nel garantire il rapporto *one-to-one* in area travaglio parto.

Il notevole disagio vissuto dalla categoria è stato ulteriormente accentuato dalle disposizioni contenute nel D.lgs. n. 66 dell'8 aprile 2003, "Attuazione delle Direttive 93/104/CE e 2000/34/CE concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro", dirette a regolamentare in modo uniforme su tutto il territorio nazionale e nel pieno rispetto del ruolo della autonomia negoziale collettiva, i profili di disciplina del rapporto di lavoro connessi alla organizzazione dell'orario di lavoro.

Per quanto attiene all'emendamento inserito nella Legge di Stabilità 2016 (Piano di assunzioni straordinario derivante da attuazione delle previsioni del D.lgs. 66/2003), la FNCO il 21 dicembre 2015 ha emanato un ulteriore comunicato stampa, ripreso poi da *Quotidiano sanità*, dal titolo "La legge di stabilità approvata alla Camera amplia le nuove assunzioni straordinarie in sanità a tutto il personale sanitario!". Nel secondo comunicato è stato chiesto al Ministro della Salute Beatrice Lorenzin di effettuare una interpretazione autentica del termine "personale tecnico-professionale" affinché lo stesso sia inclusivo espressamente della figura professionale dell'ostetrica.

La FNCO seguirà a livello centrale e i Collegi a livello locale l'applicazione del Piano di assunzioni straordinario in applicazione dell'emendamento approvato nella Legge di Stabilità 2016.



# L'utilizzo dell'ecografia office come supporto alla semeiotica ostetrica tradizionale per la diagnosi di posizione fetale in travaglio di parto e manovre correttive

L'esperienza del reparto di ostetricia dell'ospedale Maria Vittoria

**The use of ultrasound office as a support to the semeiotics traditional obstetric for the diagnosis of fetal position during labor and correctives measures**  
**The experience of the obstetric department of Maria Vittoria**

## **Autori**

**Francesca Marella**

*Ostetrica ASL T02,*

*Presidio Ospedaliero Maria Vittoria,*

*Torino, diploma di Master in metodiche*

*ecoguidate per le professioni*

*infermieristiche e ostetriche*

**S. Zurlo**

**B. Contino**

**P. Serafini**

## **Contatti**

**Francesca Marella**

*marellona@libero.it*

*www.gineceo.org*

## **RIASSUNTO**

L'office ecografia può essere un valido supporto alla semeiotica tradizionale nella diagnosi di posizione fetale in travaglio, migliorandone l'accuratezza. La precoce individuazione delle posizioni occipito-posteriori consente di mettere in atto strategie e manovre di correzione favorendo il parto spontaneo.

È stata svolta una revisione della letteratura e progettato un corso di formazione per ostetriche, mirato all'acquisizione di competenze nell'eco office, con l'analisi di un campione di donne ricoverate presso l'U.O. di Ostetricia e Ginecologia del Maria Vittoria sottoposte all'ecografia office a supporto delle manovre di semeiotica.

### **Obiettivo**

Rendere le ostetriche autonome nell'eseguire l'ecografia office di supporto agli strumenti standard per la diagnosi di posizioni fetali occipito posteriori in travaglio, precedentemente effettuata attraverso la semeiotica ostetrica.

### **Parole chiave**

Ultrasuoni, ecografia nel travaglio, posizione fetale in travaglio, posizione occipito posteriore della testa fetale, posizione della testa.

## **ABSTRACT**

The office ultrasound can be of great importance in clinical practice as a technical support to traditional semiotics. The eco office is indicated to improve the accuracy of diagnosis of fetal position and presentation.

The early identification of positions occipital rear allows you to put in place strategies and maneuvers designed to correct favoring spontaneous delivery.

It was conducted a literature review and design a training course for midwives, targeted acquisition of skills in eco office, with the analysis of a sample of women admitted at the OU of Obstetrics and Gynecology of Maria Vittoria undergo ultrasound office at admission, after execution of the maneuvers of semeiotics traditional midwife, to confirm the diagnosis of a fetal position.

### **Objective**

To make autonomous midwives performing ultrasound office support to standard tools for the diagnosis of fetal occiput posterior position in labor, previously done through semeiotics midwife.

### **Keywords**

Ultrasound, ultrasound in labour, fetal position in labour, fetal occiput position, head position, occiput posterior.

L'office ecografia può essere un valido supporto alla semeiotica tradizionale nella diagnosi di posizione fetale in travaglio, migliorandone l'accuratezza. La precoce individuazione delle posizioni occipito posteriori consente di mettere in atto strategie e manovre di correzio-

ne favorendo il parto spontaneo. L'obiettivo generale di questo studio è analizzare le indicazioni contenute nell'EBO<sup>1</sup> e i vantaggi che la pratica ostetrica potrebbe trarre dall'integrazione della semeiotica ostetrica tradizionale con l'ecografia office nella diagnosi di posizione fetale.

1. EBO evidence based medicine.

## Campania: oncofertilità, al via la rete regionale. Da gennaio 2016 le prime procedure di crioconservazione di tessuto ovarico



dinamento scientifico mentre il secondo centro Hub (UU.OO. Antisterilità attiva all'ospedale Moscati di Avellino guidato dal primario Cristofaro De Stefano) svolge funzioni operative.

Il progetto coinvolge almeno una dozzina di strutture oncologiche ospedaliere periferiche e anche la Seconda Università (professor Nicola Colacurci). Per tutte l'approccio multidisciplinare e multidimensionale e la formazione risultano elementi centrali per calibrare l'assetto di una macchina che non ammette sbavature e tentennamenti a fronte dei tempi stringenti dettati dalla malattia e dalla fisiologia riproduttiva della donna.

Gli standard parlano di una struttura di medicina e chirurgia della riproduzione ogni 2-4 milioni di abitanti, pertanto in Campania ci sarebbe spazio da 4 a 6 strutture

Tra gli Hub e gli Spokes territoriali viene disegnato un percorso dedicato tramite l'apertura di una cartella elettronica personale e adottato un sistema unico certificato anche per il trasporto dei campioni in vista della connessione interregionale della rete campana tra centro e periferia del sistema.

Gli ovociti sono raccolti anche a livello periferico con stoccaggio presso Biobanche nei due centri Hub la disponibilità dei quali deve essere totale, 365 giorni l'anno e 24 ore al giorno (Natale, Ferragosto e Capodanno compresi).

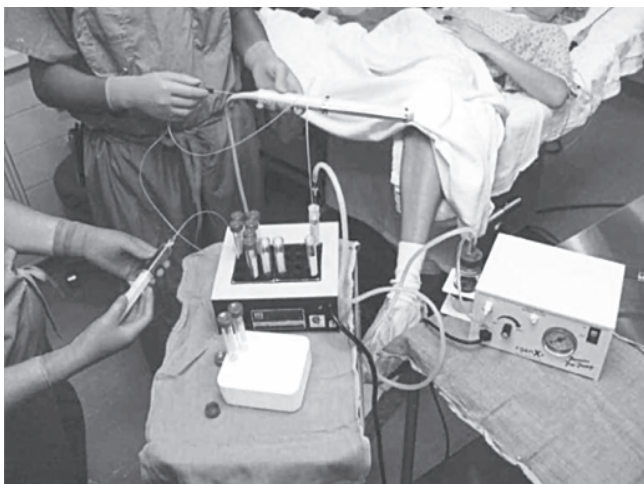
Il progetto è accompagnato da piani di informazione e comunicazione all'utenza perché i giovani ammalati devono sapere che alla fine della chemio o radioterapia avranno la possibilità di avere comunque un bambino e dunque una qualità di vita che non è solo legata alla sopravvivenza alla malattia, ma anche alla piena realizzazione

delle proprie aspirazioni di vita riproduttiva.

Il progetto campano s'inserisce nel Piano nazionale per la fertilità definito dal Ministero della Salute nel 2015 nel quale è stato previsto il Fertility Day, la Giornata nazionale di informazione e formazione sulla fertilità.

In prossimità del primo Fertility Day - 7 maggio 2016 - la Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche ha in programma una serie di iniziative nazionali e locali dirette alla promozione di stili di vita sani per la tutela della salute riproduttiva, ma anche all'accoglienza e alla guida delle coppie investite dalla malattia verso l'opportunità di un prelievo e congelamento dei gameti o del tessuto ovarico.

Il Piano nazionale per la fertilità del Ministero della Salute è disponibile al link [www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2083](http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2083).





Per l'ostetrica, l'ecografia office può rappresentare uno strumento di supporto da utilizzare in gravidanza e in travaglio di parto, al fine di interpretare e valutare con tempestività e maggiore accuratezza alcuni parametri che vanno a integrarsi con la semeiotica tradizionale. La determinazione di posizione fetale permette di migliorare la stima dei tempi di un travaglio e parto, al fine di pianificare la corretta assistenza.

Durante il travaglio, le posizioni occipito anteriori sono individuate tra le più favorevoli per l'impegno del feto<sup>2</sup>. La corretta diagnosi di posizione consente di individuare precocemente le posizioni posteriori che interessano il 15-30% dei travagli<sup>3</sup>, al fine di pianificare la corretta assistenza. La corretta diagnosi di presentazione, posizione, livello della parte presentata fetale sono capisaldi della semeiotica ostetrica per un accurato monitoraggio e *management* clinico, e per un corretto giudizio prognostico del travaglio di parto<sup>4</sup>. Di norma queste valutazioni vengono effettuate con la palpazione e l'osservazione dell'addome materno, le manovre di Leopold e l'esplorazione vaginale<sup>5</sup>. L'intro-

duzione dell'office ecografia può migliorare l'accuratezza della semeiotica ostetrica tradizionale e documentare in sala parto la presenza di una malposizione fetale.

Lo scopo di individuare precocemente una posizione posteriore dell'occipite è quello di impostare correttamente il piano assistenziale e ridurre il numero di travagli prolungati e parti operativi, attraverso una serie di azioni correttive attuate dall'ostetrica.

Le percentuali di errore nella diagnosi di posizione fetale effettuata con la sola esplorazione vaginale sono descritte pari al 20-30%, l'accuratezza migliora se si esegue successivamente un'ecografia office<sup>6</sup>.

Al fine di correggere le malposizioni, è possibile utilizzare una serie di tecniche assistenziali come proporre l'assunzione di posizioni verticali, che sembrano favorire la rotazione dell'occipite favorendo il parto spontaneo<sup>7</sup>; utilizzare i massaggi che sono uno strumento per contenere il dolore; proporre la pressa pelvica<sup>8</sup> e il rebozo<sup>9</sup> per correggere le malposizioni e facilitare l'impegno e la discesa del feto<sup>10-11</sup>;

2. Verena Schmid. *Salute e nascita. La salutogenesi in gravidanza*. Milano; 2007 Ed. Urra.

3. A. Ragusa, C. Crescentini. *Urgenze ed emergenze in sala parto*. 2015 Ed. Piccin.

4. *Manuale di sala ecografia in travaglio di parto*. Società Italiana di Ecografia Ostetrico Ginecologica; 2014 Editeam.

5. Miriam Guana, Rosaria Capadonna, Anna Maria di Paolo, *La disciplina ostetrica. Teoria, pratica e organizzazione della professione*, Ed. Mc Grav Hill

6. Penny Simkin. PT, *Birth issues in perinatal care*. 2010 Marzo.

7. A. Regalia, S. Fumagalli, E. Nelli, A. Nespoli, *Pro-muovere il parto*, 2004 Ed. Iris, Immagini tratte dal medesimo testo.

8. Manovra meccanica usata a dilatazione avanzata, eseguita durante la contrazione per 2 o 3 volte con l'intenzione di ampliare lo spazio posteriore del bacino. In questo modo il feto può impegnarsi correttamente.

9. Tela di origini messicane, usata per sostenere l'addome materno.

10. Verena Schmid. *Salute e nascita. La salutogenesi in gravidanza*. 2007 Ed. Urra.

11. J. Sutton. *Il posizionamento ottimale del feto*. 1997 Ed. Pecorari.



Grafico 1 - Posizioni fetali al ricovero

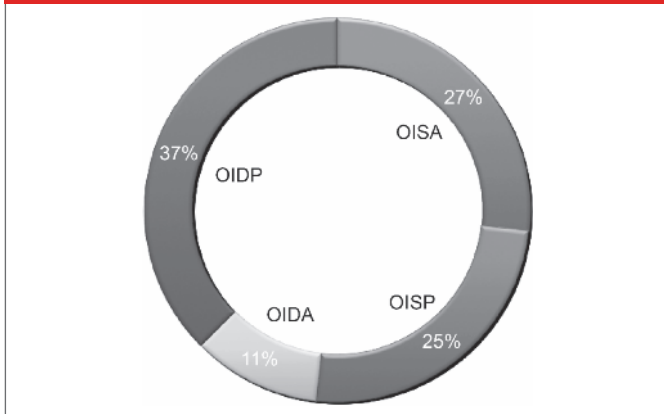


Grafico 2 - Esito del parto

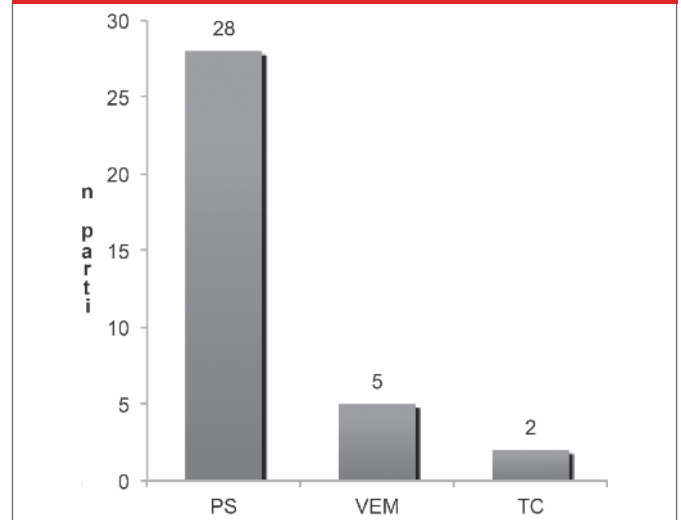
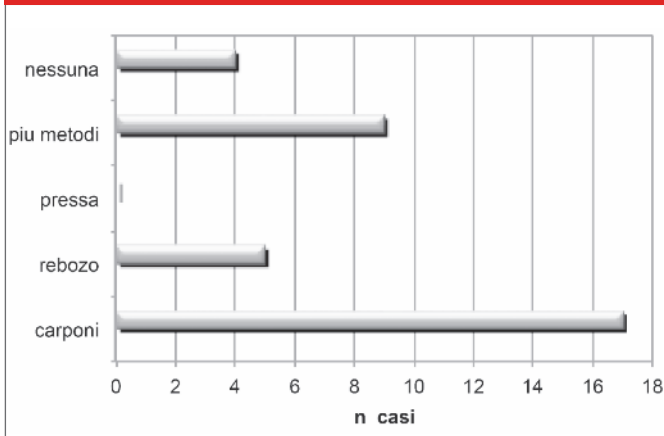


Grafico 3 - Tecniche applicate



Presso il P.N. del Maria Vittoria, al fine di rendere autonome le ostetriche nell'uso dell'office ecografia in travaglio, è stato effettuato un *training* formativo sulla diagnosi di posizione fetale. Tale diagnosi veniva eseguita al momento del ricovero della donna in ospedale, per travaglio di parto, dapprima, tramite la semeiotica ostetrica e quindi confermata con US<sup>12</sup>, sotto la supervisione di un ginecologo ecografista esperto. Nel periodo compreso fra settembre e dicembre 2014, si è preso in esame un campione di 56 gravide<sup>13</sup>, nullipare, in travaglio attivo, per la diagnosi di posizione fetale verificando la stessa alla nascita.

La diagnosi di posizione è stata effettuata al ricovero mediante palpazione e ispezione vaginale, confermata dalla diagnosi ecografica. Sono risultati 35 casi su 56 di posizioni posteriori, di cui 14 OISP e 21 OIDP, ovvero il 62% dei casi. Alle 35 donne sono state proposte manovre

correttive quali l'assunzione di libere posizioni e libero movimento, massaggi, pressa pelvica<sup>14</sup>, il rebozo o l'associazione di alcune di esse<sup>15</sup>.

Al momento del parto dei 35 casi di posizioni posteriori persistevano solo 1 OISP e 3 OIDP.

Analizzando l'esito del parto nelle donne con diagnosi di posizioni posteriori, si è evidenziato che 28 casi sono esitati in parto spontaneo, 5 in parto operativo con VEM e 2 in taglio cesareo, di cui uno per RCTG<sup>16</sup> patologico e l'altro per rotazione sacrale dell'occipite e arresto del travaglio.

L'ecografia office ha permesso la corretta individuazione delle posizioni posteriori, e ha migliorato la qualità dell'assistenza al travaglio e al parto, introducendo in modo mirato le manovre correttive, ricorrendo prevalentemente al cambio delle posizioni materne (verticali e carponi) e attraverso tecniche quali la pressa, il rebozo, o l'associazione di esse.

Nonostante il numero esiguo di casi presi in esame, è risultato che la maggior parte delle posizioni posteriori fetali in travaglio, che non effettuano spontaneamente la rotazione interna fetale, traggono beneficio dalle manovre correttive applicate in travaglio di parto dalle ostetriche.

Le manovre correttive si sono rivelate efficaci nel 93% dei casi, per cui si conferma che l'introduzione dell'ecografia office mirata alla correzione delle malposizioni migliora gli esiti del parto.

12. UltraSound, ultrasuoni (ecografia).

13. Campione di donne reclutato fra gli accessi al reparto Ostetricia e Ginecologia. OMV Torino. Periodo settembre-dicembre 2014.

14. È una manovra meccanica usata a dilatazione avanzata ed eseguita durante la contrazione per due o tre volte, ampliando il diametro del bacino.

15. In 17 casi è stata proposta la posizione carponi o posizioni verticali che sembrano favorire la rotazione dell'occipite; in 5 casi è stato effettuato solo il rebozo, in 9 casi sono state effettuate manovre associate, in 4 casi non è stata effettuata nessuna manovra.

16. RCTG: tracciato cardiocografico.

## Conclusioni

L'analisi delle normative vigenti relative all'esercizio della professione ostetrica indica la possibilità del ricorso all'eco office nell'ottica di una concreta integrazione tra le due metodiche per migliorare i risultati nella pratica clinica<sup>17</sup>.

A tal fine è necessario un *training* formativo ed esperienziale del personale da parte di esperti ecografisti, che insegnino un corretto, appropriato ed efficace utilizzo dell'ecografia office in ostetricia. Per raggiungere una sufficiente autonomia, il personale necessita, secondo la nostra esperienza, di 150 ore di formazione. L'office ecografia è una pratica acquisibile facilmente dalle ostetriche ed è integrabile con la semeiotica ostetrica permettendo di migliorare la pratica assistenziale.



### L'ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) aggiorna le linee guida per nausea e vomito in gravidanza



La nausea mattutina colpisce una percentuale variabile tra il 50 e il 90% delle gestanti ed è il disturbo più comune durante la gravidanza. In molti casi sparisce dopo il terzo mese, ma circa il 20% delle gestanti continua ad avvertire i sintomi per tutta la gravidanza. Per contrastare il fenomeno esistono molte opzioni non farmacologiche, come mangiare rapidi spuntini a base di carboidrati come *cracker* o evitare gli odori che scatenano la nausea o anche la agopressione realizzata con l'uso di braccialetti la cui efficacia non è dimostrata, anche se alcune donne li trovano utili.

L'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ha rivisto recentemente le proprie linee guida per la gestione di nausea e vomito in gravidanza, la cui precedente edizione risaliva al 2004, e ha deciso che nelle gestanti con nausea e vomito intensi e persistenti il bilancio pende a favore dell'impiego combinato di vitamina B6 e dell'antistaminico *doxilamina*, che negli Stati Uniti sono venduti singo-

laramente in formulazione da banco e in combinazione in formulazione soggetta a prescrizione.

Contestualmente, i recenti sospetti di malformazioni congenite legate all'impiego come antinausea dell'*ondansetron* hanno spinto gli esperti dell'ACOG a ritirare precauzionalmente la raccomandazione a favore del suo uso contro le nausee mattutine. Circa una donna su due sperimenta insieme nausea e vomito in gravidanza, mentre una su quattro prova solo nausea. In gran parte dei casi i sintomi non sono tali da mettere in pericolo la donna o il feto, ma in tre casi su cento la perdita di liquidi è tale da imporre il ricovero per una terapia reidratante che viene effettuato sulla base di alterazione di alcuni parametri quali la ridotta produzione di urina, l'incapacità a trattene- re liquidi, etc.

“Penso che tocchi a ciascuna paziente parlare con il proprio medico e decidere i passi da compiere per contrastare nausea e vomito e se avviare una terapia o meno”, ha spiegato Aaron Caughey, membro della commissione dell'Acog che ha aggiornato le linee guida.

Le nuove linee guida sono state pubblicate nel numero di settembre della rivista *Obstetrics & Gynecology*.

*Obstet Gynecol.* 2015 Sep;126(3):e12-24. doi: 10.1097/AOG.0000000000001048

[www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26287788](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26287788)

17. Corso di Master in metodiche ecoguidate per le professioni infermieristiche e ostetriche, *Impiego degli ultrasuoni nell'assistenza infermieristica e ostetrica: ecografia di supporto e controlli di qualità*, D.ssa Ostetrica Paola Serafini. Novembre 2014.

# LA VIA NATURALE AL PARTO ANCHE DOPO UN CESAREO

Linee guida, pubblicazioni e progetti per orientarsi sul modo migliore e più appropriato per dare la vita

**L**a promozione del VBAC, acronimo inglese per Parto Vaginale dopo Cesareo (*Vaginal Birth After Caesarean*), cioè partorire “naturalmente” dopo cesareo, prevede che alla donna sia offerta, in modo attivo, la possibilità di scegliere il parto vaginale dopo taglio cesareo illustrando i rischi e i benefici di entrambe le pratiche e garantendo la possibilità di poter sperimentare il travaglio prima di scegliere per un nuovo cesareo (*Trial of labor, TOL*). L'offerta attiva di specifiche informazione per consentire una libera scelta della donna rappresenta il punto nodale di tutto quanto

discusso e prodotto sulla tematica negli ultimi 10 anni:

- Linee guida del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) del Regno Unito, del 2007;
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), linea guida del 2010 [www.acog.org/Resources-And-Publications/Practice-Bulletins/Committee-on-Practice-Bulletins-Obstetrics/Vaginal-Birth-After-Previous-Caesarean-Delivery](http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Practice-Bulletins/Committee-on-Practice-Bulletins-Obstetrics/Vaginal-Birth-After-Previous-Caesarean-Delivery);
- Linea guida “Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole” - Seconda parte pubblicata dall'Istituto Superiore di Sanità Italiano il 30 gennaio 2012 [www.snlg-iss.it/cms/files/LG\\_Cesareo\\_finaleL.pdf](http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Cesareo_finaleL.pdf);





## Nuove linee guida OMS per la prevenzione e il trattamento delle infezioni nel periodo del periparto



Il 10% delle morti materne a livello globale sono imputabili a infezioni batteriche che si verificano nel periparto. Questo tipo di infezioni sono inoltre correlate a gravi disabilità a lungo termine (dolore pelvico cronico, blocco delle tube di Falloppio e infertilità secondaria), oltre a costituire una minaccia per la vita dei neonati.

Per questo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha pubblicato un documento che aiuta decisori politici e operatori sanitari a curare meglio le infezioni materne e le loro complicanze nel periodo del parto, riassumendo ricerche ed evidenze sugli interventi efficaci e fornendo una guida approfondita

sulle procedure di valutazione del travaglio e di eventuali lacerazioni perineali, l'uso di antisettici per il parto cesareo e vaginale, nonché l'impiego di antibiotici in situazioni a rischio di infezione.

Le linee guida OMS – consultabili in inglese al seguente link [www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/peripartum-infections-guidelines/en](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/peripartum-infections-guidelines/en) – illustrano anche le tecniche ostetriche più appropriate nella rimozione manuale della placenta, nel parto vaginale operativo con impiego di forcipe o ventosa, nell'epiotomia e nel taglio cesareo.

Il documento contiene anche un focus sull'uso di antibiotici per la prevenzione e il trattamento delle infezioni materne, che sottolinea l'importanza degli sforzi per ridurre le resistenze batteriche. Attente alla qualità delle cure nel *peri-partum*, le indicazioni OMS si allineano ai recenti obiettivi globali per lo sviluppo sostenibile e alle nuove strategie a tutela della salute di donne, bambini e adolescenti.

Le linee guida dell'OMS sono utili a un gran numero di operatori sanitari in tutto il mondo, compresi i responsabili dello sviluppo locale e nazionale di protocolli e politiche sanitarie, così come coloro che forniscono assistenza diretta o indiretta alle gestanti come ostetriche, ginecologi, infermieri e medici di famiglia.

- **Progetto OptiBIRTH**, nato in Irlanda frutto del lavoro della TCD School of Nursing and Midwifery Maternity Research Group, della COST Action ISO907 (Childbirth Cultures, Consequences: Creating a Dynamic EU Framework for Optimal Maternity Care), e della European Science Foundation workshop. Il progetto si basa sulla condivisione delle conoscenze tra donne e operatori per un processo decisionale congiunto che si concluderà nel 2016 [www.optibirth.eu/optibirth](http://www.optibirth.eu/optibirth);
- **Birth after Previous Caesarean Birth (Green-top Guideline No. 45)** del 1° ottobre 2015, che aggiornano le LG RCOG del 2007 [www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg45](http://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg45). Il documento conferma che la via naturale dopo un cesareo ha un tasso di successo di circa il 75%, lo stesso delle primipare, che scende al 71% dopo due o più cesarei. Viceversa, il tasso sale all'85-90% se la donna ha avuto, oltre al cesareo, altri figli nati da parto vaginale. La LG si propone di aiutare gli operatori dedicati (ginecologi e ostetriche) a informare in modo esauriente e preciso la donna sulle opzioni a dispo-

sizione per le successive gravidanze e nascite. Anche questo ultimo documento sul tema VBAC sottolinea la necessità di garantire una qualità delle cure ottimale (consulenza prenatale, processi decisionali condivisi, tenuta della documentazione, etc.). Janesh Gupta, professore di ginecologia al Birmingham Women's Hospital e autore principale della linea guida, afferma che "Rispetto a un nuovo cesareo la via naturale è meno complicata, e il rarissimo rischio di decesso da parto è il medesimo delle primipare". Alan Cameron, vice presidente del gruppo qualità clinica del RCOG, aggiunge: "È importante per una gestante sapere che dopo un cesareo precedente sia un nuovo cesareo sia la via naturale sono sicure, in modo che possa decidere serenamente quale opzione scegliere" [www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg\\_45.pdf](http://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_45.pdf).

Dalla disamina dei diversi documenti disponibili in letteratura appare chiaro che a ginecologo e ostetrica viene riconosciuto un ruolo determinante nelle scelte finali delle donne per la richiesta del *Trial of labor* (TOL).



Essi devono fornire adeguate informazioni sulla rete dei servizi materno-infantile, ma soprattutto devono conoscere e saper indicare i punti nascita che promuovono e quindi accettano la richiesta della donna.

È una precisa responsabilità degli amministratori del Sistema salute rendere disponibili queste informazioni per le donne, le quali devono sentirsi “accolte” per il loro bisogno di donne e di madri da servizi con caratteristiche organizzative e strutturali VBAC oriented.

## Bibliografia

1. *Indicazioni al taglio cesareo: tra falsi miti e nuove evidenze scientifiche* Ciro Guarino EDITEAM 2008
2. *Linea Guida n. 22 “Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole: Seconda parte”* Istituto Superiore di Sanità, gennaio 2012
3. *IX Rapporto CeDAP* Ministero della salute; anno 2014
4. *LG RCOG Birth after Previous Caesarean Birth (Green-top Guideline No. 45)* 1 ottobre 2015

### Le raccomandazioni formulate nella seconda parte delle linee guida 2012 “Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole”

**1.A** L'ammissione al travaglio, in assenza di controindicazioni specifiche, deve essere offerta a tutte le donne che hanno già partorito mediante taglio cesareo.

**BPC** In relazione all'aumentato rischio assoluto di rottura d'utero, la possibilità di un parto vaginale dopo taglio cesareo è controindicata in caso di pregressa rottura d'utero, pregressa incisione uterina longitudinale e in caso di tre o più tagli cesarei precedenti.

**BPC** Alle donne che hanno già partorito mediante taglio cesareo deve essere garantita un'adeguata sorveglianza clinica e un monitoraggio elettronico fetale continuo nella fase attiva del travaglio. La struttura sanitaria deve assicurare l'accesso immediato alla sala operatoria e alla rianimazione e la pronta disponibilità di emotrasfusioni, nell'eventualità di un taglio cesareo d'urgenza.

**BPC** È necessario che i professionisti sanitari forniscano alla donna con pregresso taglio cesareo informazioni rispetto alla probabilità di partorire per via vaginale in base alla sua storia clinica e in base alla casistica della struttura ospedaliera.

**BPC** In aggiunta alle informazioni cliniche sulle modalità di parto, è necessario fornire alle donne con pregresso taglio cesareo indicazioni relative alle caratteristiche e all'organizzazione della struttura e informazioni specifiche sulle modalità assistenziali in uso (induzione del travaglio, utilizzo di ossitocina, uso di parto-analgesia, uso del parto operativo vaginale profilattico), in quanto tali aspetti possono condizionare gli esiti relativi alla salute materna e feto-neonatale.

# L'INTRODUZIONE DEL JOBS ACT NON MODIFICA LE PRESTAZIONI DI LAVORO AUTONOMO OCCASIONALE

**Dott. Vittorio Caliendo**

*Consulente FNCO in materia amministrativo-contabile, finanziaria e fiscale*

**C**on l'entrata in vigore del D.lgs. 81/2015 la normativa del lavoro autonomo occasionale è rimasta invariata, la disciplina del lavoro accessorio è stata ampliata e le collaborazioni occasionali (mini Co.co.co) sono state abrogate.

Il lavoro autonomo occasionale è disciplinato dall'art. 2222 del codice civile che recita: "Quando una persona si obbliga a compiere verso un corrispettivo un'opera o un servizio, con lavoro prevalentemente proprio e senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente, si applicano le

norme di questo capo, salvo che il rapporto abbia una disciplina particolare nel libro IV". Pertanto si parla di prestazione occasionale riferendosi a rapporti di durata complessiva non superiore, nell'anno solare, a trenta giorni con lo stesso committente; il compenso complessivo annuo che il prestatore percepisce dallo stesso committente non deve superare i 5.000 euro.

Il lavoro autonomo occasionale è caratterizzato da:

- mancanza di continuità/abitualità;
- mancanza di coordinamento (affinché vi sia coordinamento occorre che l'attività sia svolta all'interno dell'azienda o nell'ambito del ciclo produttivo del committente).

L'assenza di coordinamento e di continuità nelle prestazioni:

- distingue la prestazione di lavoro autonomo occasionale da quella di tipo accessorio, resa da particolari categorie di soggetti, e dall'attività di lavoro autonomo vero e proprio;





- esula dall'obbligo contributivo presso la gestione separata INPS, Legge 335/1995, a meno che non vengano superati tali limiti.

La normativa vigente esclude da questo tipo di rapporto di lavoro i seguenti soggetti:

- i professionisti intellettuali, con iscrizione ad apposito Albo;
- coloro che hanno rapporti di collaborazione con associazioni o società sportive associate a Federazioni nazionali o a enti di promozione sportiva riconosciute dal CONI;
- i dipendenti di pubbliche amministrazioni;
- i componenti degli organi di amministrazione e controllo delle società;
- i partecipanti a Collegi e Commissioni.

L'unica deroga a tale esclusione è relativa ai compensi erogati da una pubblica amministrazione a dipendenti pubblici che rendono consulenze tecniche d'ufficio (CTU) in quanto mancando l'abitudine e qualora l'attività di consulenza sia prestata in maniera occasionale, i relativi onorari saranno qualificati come redditi diversi (articolo 67, comma 1, lettera l, del TUIR) come ha chiarito l'Agenzia delle Entrate con la risoluzione n. 88/E del 19 ottobre 2015.

Ai fini fiscali, il reddito di lavoro autonomo occasionale rientra fra i cosiddetti "redditi diversi" di cui all'articolo 67, comma 1, lettera l, del TUIR. I redditi da lavoro autonomo (anche quelli derivanti da attività occasionale), si

determinano, secondo quanto disciplinato dall'articolo 71, comma 2, del TUIR, dalla differenza tra l'ammontare dei compensi percepiti nel periodo d'imposta e le spese specificamente inerenti alla loro produzione.

I redditi di lavoro autonomo occasionale devono essere indicati nel Quadro D del Modello 730 o nel Quadro RL del Modello Unico P.F., l'importo da dichiarare è il reddito lordo percepito e la ritenuta d'acconto subita. I soggetti che hanno percepito soltanto redditi di lavoro autonomo occasionale sotto i 4.800 euro lordi non sono obbligati alla presentazione della dichiarazione dei redditi anche se è l'unico modo per richiedere a rimborso o utilizzare in compensazione i crediti derivanti dalla ritenute operate in eccesso.

Ai fini previdenziali, i soggetti che esercitano attività di lavoro autonomo occasionale, per un reddito annuo superiore a 5.000 euro (intesi come compenso lordo considerando la somma dei compensi corrisposti da tutti i committenti occasionali), sono obbligati all'iscrizione alla Gestione Separata INPS e al versamento di contributi previdenziali dovuti. I contributi devono essere versati solamente sulla quota di reddito eccedente la soglia dei 5.000 euro e l'imponibile previdenziale è costituito dal compenso lordo erogato al lavoratore, dedotte eventuali spese poste a carico del committente e risultanti dalla ricevuta. I lavoratori interessati devono comunicare tempestivamente ai propri committenti il superamento della soglia di esenzione e, solo per la prima volta, iscri-

### Indagine FNCO per la rilevazione delle ostetriche iscritte all'Albo dei CTU presso i Tribunali

La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche, a seguito della nota circolare 15/2015 "Indagine nazionale per la rilevazione del dato inerente il numero delle ostetriche iscritte nell'Albo dei Consulenti/Periti detenuto dai Tribunali", ha costituito un data base relativo alle ostetriche iscritte all'Albo dei Consulenti Tecnici d'Ufficio presso i Tribunali grazie ai dati forniti dai Collegi Provinciali e Interprovinciali. Risulta agli atti che attualmente sono iscritte all'Albo dei CTU dei Tribunali 12 ostetriche. Nella grafica sono evidenziate le Regioni di residenza.



Regione	Numero di ostetriche iscritte all'Albo dei CTU nei Tribunali esistenti in Regione
Abruzzo	3
Basilicata	
Calabria	
Campania	2
Emilia-Romagna	2
Friuli-Venezia Giulia	
Lazio	
Liguria	
Lombardia	
Marche	
Molise	
Piemonte	1
Puglia	2
Sardegna	
Sicilia	1
Toscana	
Trentino-Alto Adige	
Umbria	
Valle d'Aosta	
Veneto	1



versi alla Gestione, a meno che non si tratti di collaboratori o soggetti assimilati già iscritti. Nella ricevuta il lavoratore si vedrà applicare la ritenuta previdenziale pari ad 1/3 del contributo dovuto, in quanto i restanti 2/3 di contributo sono direttamente a carico del committente.

Il professionista, lavoratore autonomo, deve rilasciare al committente la ricevuta di prestazione occasionale con ritenuta d'acconto. Ai fini fiscali, essa per essere valida deve riportare i seguenti dati.

- Dati del prestatore occasionale: ovvero, i dati del professionista che ha svolto la prestazione occasionale: Nome e cognome, indirizzo, codice fiscale.
- Dati del committente prestazione occasionale: ossia, i dati della persona fisica con Partita IVA o soggetto giuridico come aziende e imprese, che ha commissionato la collaborazione.
- Numero Nota e data.
- Specifica dicitura prestazione occasionale: somma non soggetta a IVA ai sensi dell'art. 5 del DPR 633/1972 trattandosi di prestazione occasionale.
- Compenso: indicare il compenso lordo, ovvero, la somma ricevuta per la prestazione occasionale, 20% di ritenuta d'acconto da calcolare sulla base imponibile e compenso netto, e se il prestatore occasionale è iscritto alla gestione separata, va indicato anche il contributo INPS a carico del prestatore.
- Marca da bollo da 2 euro: obbligatoria su tutte le ricevute di pagamento che superano i 77,47 euro.
- Data e firma di chi emette la ricevuta di prestazione occasionale.

Il professionista che riceve il compenso per la prestazione occasionale con ritenuta d'acconto, ai fini di calcolo della somma nella dichiarazione dei redditi, riceverà entro il 28 febbraio di ciascun anno, il nuovo modello Cu, Certificazione Unica.

# Analisi dei bisogni formativi delle ostetriche: due popolazioni a confronto

## **Autori**

### **Roberta Fratini**

Ostetrica, USL Umbria 1 P.O.  
Gubbio-Gualdo Tadino. Laurea Magistrale  
in Scienze Infermieristiche ed Ostetrica

### **Gilda Pelusi**

Posizione Organizzativa Formazione Profili  
Sanitari e Sviluppo Professionale, Azienda  
Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di  
Ancona, Coordinatore Corso di Laurea  
Magistrale in Scienze Infermieristiche ed  
Ostetriche Università Politecnica delle Marche

### **Susi Girotti**

Collaboratore Professionale Sanitario  
Infermiere, Azienda Ospedaliero Universi-  
taria Ospedali Riuniti di Ancona

### **Dania Comparcini**

PhD, Infermiera Azienda Ospedaliero  
Universitaria Ospedali Riuniti  
di Ancona, Docente a contratto  
Università Politecnica delle Marche,  
Corso di Laurea in Infermieristica,  
Sede di Ancona.

## **Contatti**

### **Roberta Fratini**

roberta.fratini1977@gmail.com

## **RIASSUNTO**

### **Introduzione**

Lo sviluppo delle competenze delle risorse umane è essenziale per l'attuazione dei processi di miglioramento nelle organizzazioni sanitarie. Tuttavia, i piani formativi aziendali non sempre soddisfano le esigenze formative dei professionisti.

### **Obiettivo**

Rilevare i bisogni formativi percepiti dalle ostetriche e individuare eventuali criticità rispetto alla formazione offerta per fornire aggiornamenti adeguati alle specifiche competenze professionali.

### **Materiali e metodi**

È stato condotto uno studio osservazionale multicentrico quanti-qualitativo attraverso la somministrazione di un questionario semi-strutturato a due gruppi di ostetriche dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona (n = 41) e della USL Umbria 1 (n = 39).

### **Risultati**

Tra i principali bisogni formativi delle ostetriche, con valori medi di interesse superiori a 4 (scala Likert 1-5) sono stati evidenziati: gestione delle emergenze-urgenze ostetriche, aspetti relativi alla responsabilità professionale, aspetti tecnico-professionali specifici, utilizzo e implementazione di protocolli basati su linee guida.

### **Conclusioni**

L'indagine ha permesso di creare uno strumento di rilevazione dei bisogni formativi delle ostetriche e di pianificare attività formative in relazione ai bisogni espressi.

### **Parole chiave**

Educazione continua in medicina; bisogno formativo; Piano Formativo Aziendale; aggiornamento professionale.

## **Introduzione**

La formazione e l'aggiornamento professionale si configurano come strumenti fondamentali, a garanzia degli assistiti, per perseguire gli obiettivi di ogni Azienda Sanitaria, per promuovere l'innovazione e il cambiamento e per valorizzare le risorse professionali.

Nella rilevazione dei bisogni formativi degli operatori sanitari è necessario considerare sia le esigenze di sviluppo dell'Azienda (1) sia i bisogni espressi dagli individui in termini di conoscenze, competenze e motivazioni. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel raccomandare l'attivazione di percorsi formativi continui per il personale sanitario (2), ribadisce il ruolo strategico della formazione continua e dell'aggiornamento sul lavoro come strumenti fondamentali per mantenere competenze e conoscenze in linea con il progresso tecnologico e i bisogni assistenziali degli assistiti.

Ogni organizzazione che intenda crescere e svilupparsi deve necessariamente creare dei setting di apprendimento in grado di sostenere, potenziare e valorizzare le competenze, ovvero le conoscenze teoriche e pratiche, le abilità e le capacità che consentono a un individuo un adeguato orientamento in uno specifico campo d'azione delle proprie risorse umane (3).

Anche il Codice deontologico (4) e il Profilo Professionale (5) dell'ostetrica raccomandano lo sviluppo di conoscenze e competenze professionali per garantire risposte assistenziali appropriate e qualità in termini di salute.





L'indagine nasce dall'esigenza di indagare le necessità formative percepite dalle ostetriche, per poter creare dei setting di apprendimento e formazione continua, sulla base delle reali esigenze dei professionisti.

## Obiettivo

L'obiettivo dello studio è quello di rilevare i bisogni formativi percepiti da due diverse popolazioni di ostetriche che operano in ambiti territoriali e di intensità assistenziale differenti al fine di confrontare le necessità di apprendimento e individuare le criticità rispetto alla formazione offerta.

## Materiali e metodi

### Disegno di studio

È stato condotto uno studio osservazionale multicentrico quanti-qualitativo nel periodo giugno-settembre 2014.

### Campione

L'indagine, condotta su campione totale, ha coinvolto 41 ostetriche dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona (Gruppo A) e 39 ostetriche della USL Umbria 1 (Gruppo B).

### Setting

Nell'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona sono state coinvolte le seguenti SOD (Struttura Operativa Dipartimentale): Clinica Ostetrica, Divisione di Ostetricia, Ambulatorio Ostetrico.

Nella USL Umbria 1 sono stati coinvolti i Presidi Ospedalieri di Gubbio-Gualdo Tadino, Città di Castello, Media Valle del Tevere (Pantalla) e Castiglione del Lago.

### Criteri di inclusione

L'indagine è stata condotta su campione totale delle ostetriche dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona e della USL Umbria 1.

### Criteri di esclusione

È stato escluso dall'indagine il personale assente dal servizio per l'intero periodo di raccolta dati, a causa di malattia, maternità, aspettativa.

È stato escluso dall'indagine anche il personale ostetrico che riveste ruoli organizzativi come coordinatori e posizioni organizzative in quanto le necessità formative potrebbero essere difformi a causa delle diverse competenze richieste alle stesse.

### Strumento di indagine

Non essendo reperibili in letteratura questionari validati per la rilevazione dei bisogni formativi percepiti in

ambito ostetrico, è stato realizzato uno strumento di rilevazione secondo le indicazioni metodologiche fornite da vari manuali di ricerca (6) in campo sanitario e sociale e tramite un *focus group* con professionisti esperti.

Per la costruzione degli *item* specifici della professione sono stati presi in considerazione i risultati emersi da una revisione della letteratura sulle *core-competences* dell'ostetrica. È stata creata una prima versione, che è stata sottoposta all'attenzione di professionisti con rilevante esperienza lavorativa appartenenti alla professione ostetrica e all'ambito della formazione, al fine di valutarne la pertinenza dei contenuti, l'eshaustività, la comprensibilità, apportando le correzioni necessarie. La seconda versione dello strumento è stata condivisa sulla base delle proposte suggerite e sull'accordo del gruppo.

Lo strumento di rilevazione dei bisogni formativi percepiti è rappresentato da un questionario anonimo semi-strutturato, formato dalle seguenti sezioni:

- Area relativa ai dati socio demografici del compilatore, che indaga aspetti relativi a: sede lavorativa, esperienza lavorativa, genere, età, livello di formazione base e post base.
- Area strutturata per l'analisi dei bisogni formativi, composta da 20 *item* con risposta chiusa a scelta multipla, su scala Likert da 1 a 5, in base *grado di interesse/bisogno formativo* per l'*item* in oggetto, dove 1 rappresenta "per niente" e 5 rappresenta "moltissimo". Gli *item* sono raggruppati in 6 aree di indagine precostituite:
  - Valori professionali e di ruolo (composta da 3 *item*);
  - Area tecnico-professionale specifica (composta da 4 *item*);
  - Relazione, comunicazione e dinamiche di gruppo (composta da 4 *item*);
  - Area informatica e lingua inglese (composta da 2 *item*);
  - Ricerca scientifica (composta da 4 *item*);
  - Area valutazione (composta da 3 *item*).
- Area che indaga i seguenti aspetti:
  - soddisfazione rispetto alla formazione ricevuta nel biennio precedente, con una domanda a risposta dicotomica e una domanda a risposta su scala Likert da 1 a 4, dove 1 rappresenta "poco soddisfatto" e 4 rappresenta "molto soddisfatto";
  - eventuali criticità della pratica quotidiana su cui è possibile intervenire con eventi formativi, con domanda aperta a risposta breve;
  - ulteriori aree da approfondire, non contemplate dal questionario, con domanda aperta a risposta breve.

## Procedure di studio

L'indagine è stata effettuata previa autorizzazione dei Dirigenti responsabili dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti e della USL Umbria 1.

Tutto il percorso di ricerca ha interessato il periodo gennaio-ottobre: nello specifico la realizzazione dello strumento di ricerca è avvenuta nel periodo gennaio-maggio 2014, mentre la somministrazione del questionario nel periodo giugno-settembre 2014; l'analisi dei dati e l'elaborazione dei risultati sono state effettuate nel periodo settembre-ottobre 2014.

I questionari sono stati consegnati a ogni ostetrica da parte dello sperimentatore con il supporto dei dirigenti e coordinatori di reparto e ritirati dopo alcuni giorni.

## Risultati

Il tasso di risposta complessivo è stato dell'87.5%, hanno compilato il questionario 70 ostetriche su 80 incluse nello studio. Nello specifico, per il Gruppo A il tasso di adesione è stato dell'87.8 % (36/41), mentre per il Gruppo B dell'87.2% (34/39).

La Tabella 1 descrive le caratteristiche socio-demografiche del campione. L'età media è di 34.9 anni nel Gruppo A e 40.1 anni nel Gruppo B, e la media degli anni di servizio è 9.9 anni nel Gruppo A e 16.7 anni nel Gruppo B. Per quanto riguarda il livello di formazione, nel Gruppo A la maggior parte dei professionisti ha conseguito la Laurea triennale (52.8%), mentre nel Gruppo B il Diploma universitario (44.1%).

In entrambi i gruppi sono presenti 9 ostetriche che hanno un Master di I livello: si può notare che 6 ostetriche su 9 (sia nel Gruppo A che nel Gruppo B) hanno conseguito quello in "Coordinamento delle professioni sanitarie", segue il Master in "Autonomia dell'ostetrica nella gestione di gravidanza parto e puerperio a basso rischio" (1 nel Gruppo A e 3 nel Gruppo B).

La Tabella 2 rappresenta l'interesse delle professioniste per gli *item* proposti nelle diverse aree di indagine, espresso in termini di media e deviazione standard (DS). Il Gruppo A risulta più interessato alle seguenti tematiche: *Trattamento delle emergenze in sala parto: autonomia dell'ostetrica* (media= 4.3, DS= 1.0), *Episiorrafia e sutura lacerazioni di I e II grado* (media= 4.2, DS= 1.1), *Ecografia office* (media= 4.18, DS= 1.0), *Responsabilità medico/legali dell'ostetrica* (media 4.0, DS= 0.9), *Utilizzo e implementazione linee guida* (media= 4.0, DS= 0.9).

Il Gruppo B esprime maggior interesse per: *Trattamento delle emergenze in sala parto: autonomia dell'ostetrica* (media= 4.8, DS= 0.5), *Responsabilità medico/legali dell'ostetrica* (media= 4.4, DS= 0.7), *La figura dell'ostetrica: promozione e sviluppo dell'immagine* (media= 4.3, DS= 0.8), *Utilizzo e implementazione linee guida* (media= 4.3, DS= 0.7), *Recenti evidenze scientifiche in ambito ostetrico* (media= 4.2, DS= 0.8), *Episiorrafia e sutura lacerazioni di I e II grado*

**Tabella 1 – Descrizione del campione per caratteristiche socio-demografiche**

Struttura		AOU Ospedali Riuniti Ancona												USL Umbria 1	
Unità Operativa		Clinica di Ostetricia		Sala Parto Clinica		Ostetricia Divisione		Sala Parto Divisione		Ambulatorio Ostetrico		Complessivo Ancona		Ostetricia	
Totale (N.)		7		10		7		7		5		36		34	
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Tipologia contratto	Tempo determinato	3	42.9	0	0	4	57.1	0	0	0	0	7	19.4	3	8.8
	Tempo indeterminato	4	57.1	10	100	2	28.6	7	100	5	100	28	77.8	31	91.2
	Non dichiarato	0	0	0	0	1	14.3	0	0	0	0	1	2.8	0	0
Genere	Maschi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Femmine	7	100	10	100	7	100	7	100	5	100	36	100	34	100
	Non dichiarato	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		media	DS	media	DS	media	DS	media	DS	media	DS	media	DS	media	DS
Età	Anni	27	1.4	37.6	7.6	31.0	9.8	37.0	9.6	43.2	8.6	34.9	9.3	40.1	9.0
Servizio	Anni	2.6	2.3	12	6.7	7.8	9.7	11.3	7.9	16.2	7.2	9.9	8.1	16.7	10.9
Servizio nella SOD	Anni	1	1.2	10.2	7.4	5.5	10.7	8.0	5.7	10.2	7.3	7.1	7.6	11.9	11.4
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Livello di formazione	Corso biennale regionale	0	0	1	10	1	14.3	0	0	1	20	3	8.3	1	2.9
	Corso triennale regionale	0	0	0	0	0	0	0	0	2	40	2	5.6	2	5.9
	Diploma universitario	0	0	5	50	0	0	3	42.9	1	20	9	25	15	44.1
	Laurea triennale	5	71.4	4	40	5	71.4	4	57.1	1	20	19	52.8	14	41.2
	Laurea magistrale	2	28.6	0	0	1	14.3	0	0	0	0	3	8.3	2	5.9
	Dottorato di Ricerca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Altri titoli	No	3	42.9	8	80	5	71.4	7	100	4	80	25	75	24	70.6
	Si	4	57.1	2	20	2	28.6	0	0	1	20	9	25	10	29.4

(media= 4.1, DS= 1.3), *Counselling ostetrico* (media= 4.1, DS= 0.8).

In entrambi i gruppi le aree di indagine che hanno ottenuto punteggi medi inferiori sono: l'Area informatica e lingua inglese e l'Area valutazione.

Dall'analisi dei dati è possibile anche indagare i sottogruppi di ostetriche che compongono il Gruppo A (Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona): la popolazione risulta complessivamente molto interessata alle seguenti tematiche: *Responsabilità medico/legali dell'ostetrica* (valori medi da 3.3 a 4.4), tutti gli *item* proposti nell'area delle competenze tecnico-professionali specifiche, soprattutto *Trattamento delle emergenze in sala parto: autonomia dell'ostetrica* (valori medi da 4.0 a 4.6) e *Utilizzo e implementazione di linee guida* (valori medi da 3.4 a 4.4).

Le ostetriche di reparto e sala parto sono più interessate agli argomenti tecnico-professionali specifici, mentre quelle dell'ambulatorio sono più interessate all'area della valutazione e all'area della relazione-comunicazio-

ne, in particolare agli *item Transculturalità e approcci comunicativi efficaci con la popolazione immigrata* (media= 4.0, DS= 1.2), *Comunicazione efficace in équipe* (media= 4.4, DS= 0.5), e *Counseling ostetrico* (media= 4.4, DS= 0.5).

Solo le ostetriche della Divisione sono interessate alla formazione sul *Sostegno dell'allattamento dalla nascita al post-dimissione* (media 4.3, DS= 0.8).

La Tabella 2 mostra inoltre la valutazione espressa rispetto alla formazione ricevuta negli anni 2012-2013: nel Gruppo A una percentuale superiore di professioniste, rispetto al Gruppo B (80% vs 71%), ritiene che le iniziative formative frequentate siano state in linea con lo sviluppo delle proprie competenze professionali; si nota in entrambi i gruppi un valore medio-alto (2.8) di soddisfazione per le tematiche affrontate dai corsi di formazione frequentati.

L'analisi qualitativa tramite cui sono state analizzate le risposte date dalle ostetriche alle domande aperte permette di individuare le criticità affrontate nella pratica clinica quotidiana, sulle quali si può intervenire con



**Tabella 2 – Descrizione dei bisogni formativi (domande strutturate) e valutazione della formazione anni 2012-2013 nei due gruppi di ostetriche**

Struttura		AOU Ospedali Riuniti Ancona												USL Umbria 1	
Unità Operativa		Clinica di Ostetricia		Sala Parto Clinica		Ostetricia Divisione		Sala Parto Divisione		Ambulatorio Ostetrico		Complessivo Ancona		Ostetricia	
Area d'indagine	ITEM (Punteggio da 1 a 5)	media	DS	media	DS	media	DS	media	DS	media	DS	media	DS	media	DS
Valori professionali e di ruolo	Responsabilità medico/legali dell'ostetrica	4	0.6	4.4	0.7	3.3	1	3.8	1	4.4	0.9	4	0.9	4.4	0.7
	Etica e deontologia professionale	2.71	0.76	3.78	0.97	3.29	0.76	3	0.89	3.2	1.48	3.24	1	3.74	1.0
	La figura dell'ostetrica: promozione e sviluppo dell'immagine	3.1	1.2	4	1	3.3	0.8	3	1.1	3.4	1.5	3.4	1.1	4.3	0.8
Competenze, attività e interventi professionali	Ecografia office	4.57	0.53	4.22	0.83	3.71	1.7	4.8	0.4	3.6	0.89	4.18	1.0	3.65	1.4
	Episiorrafia e sutura lacerazioni di I e II grado	4.6	0.5	4.4	0.7	4.1	1.5	4.4	0.8	3.2	1.5	4.2	1.1	4.1	1.3
	Trattamento delle emergenze in sala parto: autonomia dell'ostetrica	4.4	0.8	4.6	0.5	4	1.2	4.6	0.8	4	1.7	4.3	1	4.8	0.5
	Sostegno dell'allattamento dalla nascita al post-dimissione	2.9	1.2	3.7	1.2	4.3	0.8	2.4	1.4	3.6	1.5	3.4	1.3	3.9	1.1
Relazione, comunicazione e dinamiche di gruppo	Gestione dei conflitti	2.9	0.7	3.3	1.1	3.4	0.8	3.6	1.2	3.8	1.3	3.4	1	3.4	1.1
	Transculturalità e approcci comunicativi efficaci con la popolazione immigrata	3.9	0.9	3.2	1.2	3	0.6	2.4	1.2	4	1.2	3.3	1	3.5	1.2
	Comunicazione efficace in équipe	3.6	0.8	3.8	0.8	3.1	0.7	3.8	1.2	4.4	0.5	3.7	0.9	3.9	1.1
	Counselling ostetrico	4	1.2	3.3	1.7	3.6	0.9	3	0.8	4.4	0.5	3.7	1.1	4.1	0.8
Area informatica e lingua inglese	Web 2.0	2.7	0.8	3.9	0.8	3	0.6	2.4	1.4	3.2	1.3	3.1	1.1	3.7	1
	Lettura articoli scientifici in lingua inglese	3.3	0.8	3.4	1.1	3.1	0.7	2.2	1.2	3.4	1.3	3.2	1.1	3.6	1.1
Ricerca scientifica	Recenti evidenze scientifiche in ambito ostetrico	3.9	1.1	4.1	0.8	3.4	1.1	4	1.1	4.4	0.5	3.9	1	4.2	0.8
	Fondamenti di metodologia della ricerca (approcci alla ricerca ostetrica/ricerca evidenze su banche dati)	3.9	0.9	3.7	0.9	3	1	3.2	1.2	3.8	0.8	3.5	1	3.6	1
	Valutazione critica di articoli scientifici	3.9	0.7	3.6	1.3	2.7	0.8	3.6	1.2	3.2	1.3	3.4	1.1	3.6	1
	Utilizzo e implementazione linee guida	4.1	0.7	4	1	3.4	1	4.2	1.2	4.4	0.5	4	0.9	4.3	0.7
Area Valutazione	Valutazione qualità documentale (raccolta dati attività)	3.4	0.5	3.6	1	3.1	1.1	3.2	1.3	4	1.2	3.5	1	3.5	0.9
	Valutazione competenze (valutazione proprio operato)	3.9	0.7	3.1	0.8	2.9	1.1	2.8	1.3	4.4	0.5	3.4	1.1	3.8	0.9
	Valutazione studenti	3.1	1.1	3	1	2.7	0.5	3.4	1	3.8	0.8	3.2	0.9	3.6	1.2

## segue Tabella 2 – Descrizione dei bisogni formativi (domande strutturate) e valutazione della formazione anni 2012-2013 nei due gruppi di ostetriche

Struttura		AOU Ospedali Riuniti Ancona												USL Umbria 1	
Unità Operativa		Clinica di Ostetricia	Sala Parto Clinica	Ostetricia Divisione	Sala Parto Divisione	Ambulatorio Ostetrico	Complessivo Ancona		Ostetricia						
Valutazione formazione anni 2012-2013															
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Le iniziative formative da Lei frequentate negli anni 2012-2013 sono state in linea con lo sviluppo delle Sue competenze professionali?	sì	6	85.7	6	60	7	100	6	85.7	4	80	29	80	24	71
	no	1	14.3	4	40	0	0	1	14.3	0	0	6	17	10	29
	non dichiarato	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	20	1	3	0
		media	DS	media	DS	media	DS	media	DS	media	DS	media	DS	media	DS
Esprima il suo grado di soddisfazione in merito alle tematiche affrontate dai Corsi di formazione da lei frequentati negli anni 2012-2013 (da 1 a 4)		2.7	0.5	2.6	0.52	3.14	0.38	2.86	0.35	3	0	2.83	0.5	2.77	0.7

interventi formativi: al primo posto in entrambi i gruppi, con una frequenza assoluta 4 volte maggiore nel secondo gruppo, ci sono le *Emergenze ostetriche/emergenze in sala parto* (Gruppo A:N=5, Gruppo B:N=19).

Tra le altre criticità, con frequenze assolute minori o uguali a 5, ci sono: autonomia e responsabilità dell'ostetrica, aspetti legati alle evidenze scientifiche (nello specifico rispetto all'utilizzo di protocolli), aspetti relativi alla comunicazione *inter-intra* professionale e con le pazienti sia italiane che di altra nazionalità, aspetti puramente organizzativi; nel Gruppo A emergono esigenze formative legate all'acquisizione di competenze specifiche professionali.

Tra le tematiche di interesse non contemplate nel questionario emergono diversi argomenti proposti dai due gruppi, la maggior parte dei quali riconducibile all'ambito di autonomia professionale.

## Discussione

I dati ottenuti dalle analisi quantitative e qualitative hanno permesso di mettere in luce differenze e analogie, in termini di bisogni formativi, di due contesti assistenziali eterogenei per complessità delle patologie trattate, livello della struttura e caratteristiche socio-demografiche dei professionisti.

Le popolazioni indagate, infatti, si trovano a operare in ambiti organizzativi differenti, in quanto l'Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona è una struttura di terzo livello che si occupa di elevata complessità assistenziale e alto grado di specializzazione, mentre la USL Umbria 1 è una struttura di primo

livello, in cui si tratta prevalentemente casistica fisiologica o patologia a bassa complessità.

Per entrambi i gruppi è di prioritario interesse formativo la gestione delle emergenze in sala parto, che rappresenta una criticità nella pratica professionale quotidiana: questa criticità è percepita maggiormente dal Gruppo B, probabilmente perché meno coinvolto, per la casistica affrontata dal centro umbro, a gestire le emergenze, che si presentano con frequenza molto ridotta rispetto al centro marchigiano. Tuttavia, anche chi lavora quotidianamente con l'urgenza (ostetriche del Gruppo A) sente la necessità di ulteriori approfondimenti.

Entrambi i gruppi sono interessati ad approfondire gli aspetti tecnico-pratici specifici della professione (*Episiorafia e sutura lacerazioni di I e II grado*), riconducibili all'ambito di autonomia professionale, e attenzione all'aspetto della responsabilità. L'interesse alla responsabilità medico/legale dell'ostetrica in entrambe le popolazioni indagate è probabilmente elevato per le ripercussioni nella pratica clinica quotidiana, per le frequenti richieste di risarcimento per responsabilità professionale.

Entrambi i gruppi chiedono formazione su *Utilizzo e implementazione di linee guida*.

In linea con i due differenti setting operativi, si può notare che il Gruppo A chiede formazione su aspetti più tecnico operativi come *l'Ecografia office*, mentre il Gruppo B su aspetti più trasversali come *Promozione e sviluppo dell'immagine, Recenti evidenze scientifiche in ambito ostetrico, Counselling ostetrico*: il *counselling* ostetrico, che si fonda su comunicazione, educazione sanitaria e promozione della salute, è infatti prevalente nei contesti assistenziali con minore complessità.

L'interesse alla formazione sull'ecografia office è maggiore nel Gruppo A, verosimilmente per via della differente gestione della gravidanza e dei servizi presenti all'interno dell'organizzazione, che permettono la gestione in autonomia delle gravidanze a basso rischio. Principalmente nel Gruppo A, probabilmente per la complessità organizzativa, per le grandi dimensioni della struttura e per l'eterogeneità della casistica trattata, si nota la necessità di supporto su aspetti relativi alla comunicazione, sia *inter-intra* professionale, che con le persone assistite, italiane e di altra nazionalità.

In relazione alle caratteristiche generali delle ostetriche (età e formazione di base) è possibile giustificare la presenza nel Gruppo B di un maggior bisogno formativo nell'area informatica e lingua inglese.

Alla luce dei risultati emersi è possibile ipotizzare attività formative che prevedano una metodologia atta a garantire un approfondimento delle conoscenze già acquisite e uno sviluppo di competenze pratiche e tecnico-operative, su diverse tematiche di interesse, come ad esempio nell'ambito delle emergenze.

Gli studi dimostrano che tra le metodologie didattiche quelle con più elevata efficacia sono proprio simulazioni (7).

Considerando l'interesse rispetto alle tematiche di metodologia della ricerca e l'implementazione della stessa nella pratica clinica, espresso sia dai dati quantitativi che dai dati qualitativi, in relazione alle competenze avanzate acquisite da una discreta percentuale di ostetriche in entrambi i gruppi, si può suggerire l'inizio di un percorso volto all'aggiornamento delle conoscenze e all'acquisizione di competenze del gruppo professionale.

In relazione ai percorsi formativi *post base* di alcune ostetriche in entrambi i gruppi (Laurea magistrale e Master professionalizzanti) si può pensare a un piano formativo che coinvolga le stesse, valorizzandone le competenze, come docenti/*tutor*, così da poter coniugare gli aspetti specifici del corso con il contesto di riferimento.



## Conclusioni

L'indagine condotta, benché limitata a due contesti, ha favorito la riflessione sulle necessità formative di professioniste ostetriche che operano in *setting* eterogenei.

L'indagine ha permesso di pianificare attività formative in relazione ai reali bisogni espressi dalle professioniste, adottando metodologie didattiche in linea all'obiettivo formativo da raggiungere: rispetto alla necessità di acquisire competenze legate alle gestione delle emergenze-urgenze, è stato tenuto il primo di una serie di corsi basato su simulazioni e *re-training*.

Le tematiche del Piano Formativo Aziendale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona sono state stabilite a seguito di *focus group* in cui i responsabili delle unità operative e dipartimentali si sono confrontati con i responsabili aziendali della formazione in merito ai risultati emersi dall'indagine.

È utile, sia ai fini della formazione professionale, sia ai fini di riflessione sulla professione stessa, precisare che si assiste, soprattutto nei centri di grandi dimensioni ed elevata complessità clinico/assistenziale, a una frammentazione e iperspecializzazione delle competenze delle ostetriche, a cui conseguono necessità formative specifiche.

Infine è importante sottolineare che l'indagine ha permesso di sperimentare l'utilizzo di uno strumento specifico per la rilevazione dei bisogni formativi percepiti dalle ostetriche, considerando la difficoltà di reperire in letteratura un questionario adatto allo scopo. Tuttavia, sono necessarie ulteriori ricerche che permettano di ampliare il campione considerato nello studio e perfezionare lo strumento utilizzato sia dal punto di vista metodologico che dei contenuti.

## Bibliografia

1. Quaglini G, Carrozzini P. Il processo di formazione. Dall'analisi dei bisogni alla valutazione dei risultati. Milano: Franco Angeli, 2004
2. World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance, 2000
3. Antonielli F, Della Scala S. L'analisi dei bisogni formativi nelle professioni sanitarie della Asl Rmh, Regione Lazio, 2011; 4-8
4. Codice Deontologico dell'Ostetrica/o del 19 giugno 2010 con successive modifiche del 5 luglio 2014
5. Decreto Ministeriale n. 740 del 14 settembre 1994 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o"
6. Corbetta P. Metodologia e tecniche della ricerca sociale. Bologna: Il Mulino, 1999
7. Castagna M. Progettare la formazione: guida metodologica per la progettazione del lavoro in aula. (Edizione 10) Milano: Franco Angeli, 2002





# LUCINA

## LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

### LUCINA - LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

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

È consultabile on-line sul sito web [www.fnco.it](http://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](mailto:presidenza@fnco.it)

**LUCINA**

**La rivista dell'ostetrica/o**

ORGANO UFFICIALE  
DELLA FNCO

**FNCO**

**Federazione**

**Nazionale**

**Collegi**

**Ostetriche**

**WWW.FNCO.IT**