



LVCINA

**LA RIVISTA
DELL'OSTETRICA/O**

ANNO VI
3/2016

DDL 3868 "Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali, nonché disposizioni per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della Salute"

DDL 2224 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"

DCPM Nuovi LEA

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1 I pareri della FNCO per la definizione dei DDL che interessano la Categoria di **Maria Vicario**

FNCO

- 2 Cresce la voce della FNCO presso le istituzioni. La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche ha chiesto di essere inserita in nuovi organismi di pianificazione e controllo
- 4 Siti e presidi di rappresentatività istituzionale FNCO: stato dell'arte
- 7 Tavolo tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'Allattamento al Seno (TAS): un futuro Piano d'azione è già pronto a scattare di **Maria Vicario**
- 8 Normativa in progress. Una sintesi sull'avanzamento di tre importanti provvedimenti che riguardano il nostro settore a cura del **Comitato Centrale FNCO**
- 10 Codice Deontologico dell'Ostetrica/o: le modifiche introdotte nel 2016 a cura del **Comitato Centrale FNCO**
- 12 Quali futuri scenari della professione ostetrica. L'intervento della FNCO al SIGO 2016 di **Silvia Vaccari**
- 14 Per tutti gli iscritti all'Albo Nazionale una Newsletter specifica sugli eventi formativi

FORMAZIONE

- 12 La formazione a distanza per la gestione delle emergenze ostetriche di **Serena Donati**, **Ilaria Lega**, **Alice Maraschini**, **Paola D'Aloja**, **Silvia Andreozzi**
- 17 ECM: Accordo Stato-Regioni che rinnova la Formazione continua in medicina di **Marialisa Coluzzi**

PROFESSIONE

- 18 Medici Senza Frontiere. Un'esperienza che richiede tanto, ma regala molto di più di **Natalie Giorgi Alberti**
- 19 Protocollo d'Intesa tra la Federazione Nazionale Collegi Ostetriche (FNCO) e il Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio
- 20 L'esperienza del parto a domicilio in Italia. Bilancio e prospettive future di **Franca Fronte**
- 22 Il Ministro della Salute al Parlamento: in calo gli aborti nel 2015
- 26 L'Agenas ha pubblicato l'edizione 2016 del Programma Nazionale Esiti (PNE). Uno strumento comparativo per valutare le cure
- 28 All'Ospedale San Camillo de Lellis di Rieti due delle sale parto dedicate ad Accumoli e Amatrice di **Bernardina Campanelli**
- 29 FNCO a portata di App

STUDI

- 30 La rilevanza della formazione in counselling per la gestione dei conflitti di **Mara Mattioli**
- 33 Apnee del sonno in gravidanza legate a diabete e ipertensione
- 35 Maggiori rischi per i reni dei bambini di mamme che fumano in gravidanza
- 36 L'ostetrica di famiglia: un nuovo modello assistenziale di **Mariangela Clemente**
- 36 La FNCO organizza a Roma il percorso formativo per Dirigenti di categoria accreditato ECM "Le professioni sanitarie e il sistema ECM: presente e futuro"



LUCINA
LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

Organo ufficiale della



Anno VI numero 3

Trimestrale

Poste Italiane SpA -

Spedizione in Abbonamento Postale -

70% Aut: ATSUD/CZ/212/2015

Direttore Responsabile

Maria Vicario

Comitato editoriale

Antonella Cinotti

Marialisa Coluzzi

Iolanda Rinaldi

Antonella Toninotto

Silvia Vaccari

Segreteria di redazione

Antonella Cinotti

Iolanda Rinaldi

Silvia Vaccari

Redazione

Federazione Nazionale

Collegi Ostetriche

Piazza Tarquinia 5/d - 00183 Roma

e-mail presidenza@fnco.it

web www.fnco.it

telefono 06 7000943

fax 06 7008053

orario di apertura della linea telefonica

dal lunedì al venerdì

ore 10-13 e 14-15

Consulenza redazionale e stampa

Rubbettino print

Viale Rosario Rubbettino, 8

88049 Soveria Mannelli (CZ)

www.rubbettinoprint.it

Autorizzazione Tribunale di Roma

n. 224/2011 del 19/7/2011

Issn 1590-6353

Finito di stampare

nel febbraio 2017

I pareri della FNCO per la definizione dei DDL che interessano la Categoria

di Maria Vicario

Nel corso dell'anno 2016 la Federazione è stata chiamata in seno alle Commissioni Parlamentari a rappresentare la propria posizione nell'ambito delle consultazioni sui diversi disegni di legge che direttamente interessano la Categoria e di cui è stata fornita, nelle forme di rito, una puntuale informazione a tutte le iscritte e ai Presidenti dei Collegi provinciali e interprovinciali.

Nella fattispecie la FNCO è stata audita:

- il 10 marzo 2016 sul DDL 2224 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";
- il 4 ottobre 2016 sul DDL 3868 "Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali, nonché disposizioni per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della Salute" (www.fnco.it/news/osservazioni-su-ddl-3868.htm).

La Federazione, sin dall'agosto 2016, ha prodotto e trasmesso alle competenti istituzioni (Comitato Nazionale LEA, Presidenti delle Commissioni Parlamentari, componenti del Governo, Ministro della Salute, Comitato Nazionale Percorso Nascita), senza mai essere audita, un proprio documento di osservazioni e proposte elaborato con la condivisione di tutte le Presidenti di Collegio.

La *roadmap*, quale tabella di marcia di approvazione definitiva dei suddetti provvedimenti, vede in *pole position* proprio il DCPM Nuovi LEA che, dopo il vaglio del Mef, la firma del Premier Paolo Gentiloni e l'avvenuta registrazione da parte della Corte dei Conti, è di prossima pubblicazione in Gazzetta Ufficiale.

Il Testo del DCPM diffuso in rete il 3 febbraio 2017 non presenta le modifiche proposte dalla FNCO che in un primo comunicato stampa (*Quotidiano Sanità* del 19 settembre 2016) dal titolo "*Nuovi LEA e cure ostetriche. Per la FNCO "un'occasione mancata"*", evidenziava che la modifica dell'articolo 59 del DPCM sui nuovi LEA, con l'integrazione della prescrizione degli esami necessari al controllo della gravidanza normale da parte dell'ostetrica, fosse un atto importante per assicurare a tutte le gestanti la qualità dell'assistenza in termini di appropriatezza delle cure nei rispettivi livelli di necessità, di soddisfazione dei bisogni di salute, di presa in carico e di continuità dell'assistenza". La FNCO riportava analogo appello in un successivo comunicato stampa (*Quotidiano Sanità* del 5 dicembre 2016) dal titolo "*Nuovi LEA. Le ostetriche pronte ad impugnare il Decreto: Si escludono prestazioni per salute della donna*".

La Federazione Nazionale delle Ostetriche, con maggiore incisività e forte del deliberato del Consiglio Nazionale del 25 e 26 novembre 2016, affermava che l'accoglimento dei rilievi posti dalla FNCO non avrebbe comportato alcun onere a carico della finanza pubblica, ma soprattutto di essere pronta a impugnare il DPCM su nuovi LEA per i suoi profili di illegittimità anche costituzionale, per i quali ha già dato mandato ai propri consulenti legali, di cui ha dato comunicazione attraverso un ulteriore comunicato stampa.

Al Ministro della Salute, nella sua qualità di presidente della Commissione Nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza del Servizio Sanitario Nazionale, la FNCO ha sottoposto la richiesta di far parte della Commissione stessa ai sensi dell'articolo 1, comma 3, del DM del 16 giugno 2016. Il 24 gennaio 2017 il Ministero della Salute, nella persona del Capo di Gabinetto, ricordando che la composizione della predetta Commissione è definita *ex lege*, riscontrava quanto segue: "Tuttavia, ai sensi dell'articolo 1, comma 556, ultimo periodo, della Legge 28 dicembre 2015, n. 2018, Legge di stabilità 2016, alle riunioni della Commissione possono partecipare, per fornire il proprio contributo tecnico-scientifico, esperti esterni competenti nelle specifiche materie trattate. Di conseguenza, ove venissero affrontate dalla predetta Commissione questioni attinenti le materie di specifica competenza di codesta Federazione, sarà cura di questo Dicastero invitarne un rappresentante a partecipare ai lavori".

La Federazione nel comunicato stampa dal titolo "*Nuovi Lea. Le ostetriche pronte a fare ricorso: illegittima esclusione attività con prescrizione ostetrica*" (*Quotidiano Sanità* il 5 febbraio 2017) ribadisce con forza la disfunzione legislativa conseguente all'emanazione del DPCM sui LEA, per la violazione ripetuta di normative già vigenti e di grado superiore rispetto a un DPCM, nonché della stessa Carta costituzionale (artt. 3, 32 e 97), con grave riverbero sull'applicabilità nei contesti organizzativi sanitari che poi devono in concreto produrre prestazioni al servizio della donna e delle famiglie, nonché sulla professionalità delle 20 mila ostetriche/i italiani. La FNCO, sulla base di quanto riscontrato dal Ministero, auspica di essere convocata dalla Commissione il 28 febbraio 2017, data prevista per un nuovo aggiornamento del testo del DPCM Nuovi LEA.

CRESCCE LA VOCE DELLA FNCO PRESSO LE ISTITUZIONI

La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche ha chiesto di essere inserita in nuovi organismi di pianificazione e controllo

Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza del Servizio Sanitario (Commissione)

La FNCO nel gennaio 2017 ha chiesto al Ministro della Salute Beatrice Lorenzin di poter fornire il proprio contributo alla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza del Servizio sanitario ai sensi dell'articolo 1, comma 3, del DM del 16 giugno 2016 "Composizione della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA", che così recita: "omissis... Su richiesta del Presidente, alle riunioni della Commissione possono partecipare, per fornire il proprio contributo tecnico-scientifico, rappresentanti del Consiglio Superiore di Sanità, delle società scientifiche, delle Federazioni dei medici ed esperti esterni competenti nelle specifiche materie trattate".

Il 24 gennaio 2017 il Ministero, nella persona del Capo di Gabinetto, ricordando che la composizione della predetta Commissione è definita ex lege, riscontrava quanto segue: "Tuttavia, ai sensi dell'articolo 1, comma 556, ultimo periodo, della Legge 28 dicembre 2015, n. 2018, Legge di stabilità 2016, alle riunioni della Commissione possono partecipare, per fornire il proprio contributo tecnico-scientifico, esperti esterni competenti nelle specifiche materie trattate. Di conseguenza, ove venissero affrontate dalla predetta Commissione questioni attinenti le materie di specifica competenza di codesta Federa-



zione sarà cura di questo Dicastero invitarne un rappresentante a partecipare ai lavori".



Attivazione di un Tavolo Tecnico per la definizione delle competenze professionali dell'ostetrica/o presso il Ministero della Salute

La FNCO nel gennaio 2017 ha formulato i propri auguri per il nuovo incarico al Sottosegretario di Stato al Ministero della Salute dottor Davide Faraone rinnovando la richiesta più volte sottoposta al suo predecessore, il dottor Vito De Filippo, per l'attivazione del Tavolo Tecnico del Ministero della Salute sulle competenze avanzate dell'ostetrica/o.

Nell'ambito del Tavolo Tecnico la Federazione potrà contribuire alla definizione delle competenze professionali, anche attraverso l'individuazione delle diverse responsabilità tanto del singolo professionista che del professionista che opera congiuntamente con altri, nonché degli specifici apporti al processo di cura e di assistenza della donna/coppia e comunità.

La richiesta della FNCO appare necessaria e urgente alla luce dell'emergenza in atto nel settore materno-infantile, ove si registrano un eccessivo ricorso ai tagli cesarei (espressione di *malpractice* nel percorso nascita) e a cure non sempre appropriate nel percorso fisiologico.

Nell'argomentare la richiesta la FNCO ha evidenziato come per altre professioni del settore sanitario, come per l'IPASVI e la FTRM, il Ministero della Salute sin dal 2012 abbia già iniziato il suddetto percorso, che per l'IPASVI si è anche concluso.

Il Sottosegretario di Stato al Ministero della Salute dottor Davide Faraone non ha ancora risposto alla richiesta della FNCO, per cui è stato inoltrato un sollecito.

Piano Nazionale Esiti (PNE)

Il Piano Nazionale Esiti (PNE) sviluppato dall'Agenas per conto del Ministero della Salute viene predisposto annualmente da apposita Commissione sulla base dei dati forniti dalle istituzioni, regionali e aziendali.

La FNCO, nel dicembre 2016, ha chiesto al Presidente della Commissione PNE di poter entrare far parte della Commissione che non produce classifiche, graduatorie o pagelle ma fornisce, a livello nazionale, valutazioni comparative di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure prodotte nell'ambito del Servizio sanitario.

Il Presidente della Commissione PNE non ha ancora dato riscontro alla richiesta della FNCO per cui è stato inviato un sollecito.



SITI E PRESIDI DI RAPPRESENTATIVITÀ ISTITUZIONALE FNCO: STATO DELL'ARTE

La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche, quale ente pubblico non economico e ausiliario dello Stato, è chiamato in consultazione presso i diversi organismi ministeriali e non, tra i quali il Ministero della Salute (Tavolo Tecnico Agenas per la "Rete clinico-assistenziale: neonatologia e punti nascita", Tavolo Tecnico Agenas "Complicanze in gravidanza" e Tavolo Tecnico "I primi 1000 giorni di vita: dal concepimento ai due anni di età") e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) nell'Osservatorio Nazionale per le Professioni sanitarie (ONP)

Ministero della Salute

Tavolo Tecnico Agenas per la "Rete clinico assistenziale: neonatologia e punti nascita"

Si è insediato nell'aprile 2016 con l'obiettivo di fornire un contributo tecnico, per lo specifico ambito di competenza, alla revisione delle Reti cliniche previste dal DM 70/2015 (punto 8 "Reti ospedaliere").

La FNCO ha contribuito con la compilazione della tabella dei diversi ambiti di competenza (*Modello base di governance regionale della rete, Aspetti essenziali principalmente organizzativi legati all'emergenza-urgenza, Elementi clinico-assistenziali fondamentali per il cambio di setting* - Es.: MMG > 118, degenza ospedaliera > riabilitazione, etc., *Timing del cambio di setting, Informazioni indispensabili da fornire al cambio di setting* (Es.: da ospedale a riabilitazione).

Rispetto all'attuale modello di Rete neonatologica e Punti Nascita, la Federazione è stata chiamata a fornire un proprio contributo in merito ai quesiti indicati nella tabella.

La FNCO, inoltre, ha dato la propria disponibilità per elaborare di un set di domande standard per l'accesso alla rete di emergenza (STAM/STEM) al fine di adottare un linguaggio omogeneo nella comunicazione all'atto della suddetta procedura. Ha ritenuto importante ricordare, in quella sede, che in Italia esiste, nella Provincia di Trento, il modello STAM in eliambulanza con la presenza dell'ostetrica a bordo dell'elisoccorso.



Tabella dei diversi ambiti di competenza

Numero	Quesito	Note
1	Modello base di <i>governance</i> regionale della rete:	
2	Aspetti essenziali principalmente organizzativi legati all'emergenza/urgenza:	
3	Elementi clinico-assistenziali fondamentali per il cambio di <i>setting</i> (Es.: MMG > 118, degenza ospedaliera > riabilitazione, etc.):	
4	Timing del cambio di <i>setting</i> :	
5	Informazioni indispensabili da fornire al cambio di <i>setting</i> (Es.: da ospedale a riabilitazione):	



Tavolo Tecnico Agenas "Complicanze in gravidanza"

Insediato nell'aprile 2016 con l'obiettivo di aumentare il livello di sicurezza del tratto di interesse del percorso gravidanza, parto e nascita relativamente ai principali fattori di rischio (emorragia post partum, tromboembolia, sepsi, ipertensione, diabete, obesità e influenza), il Tavolo Tecnico "Complicanze in gravidanza" ha valutato, in plenaria, i diversi contributi pervenuti e individuato dei sottogruppi per l'assemblamento degli stessi per area tematica.

Per ciascun ambito i sottogruppi stanno elaborando documenti di lavoro che siano per i professionisti strumenti guida di facile e rapida consultazione targati "Agenas".

Tavolo Tecnico "I primi 1000 giorni di vita: dal concepimento ai due anni di età"

In considerazione della molteplicità dei fattori di rischio che incidono sulla salute fetale-neonatale-pediatrica, in particolare fattori genetici, epigenetici, ambientali, legati

agli stili parentali, è emersa nell'ambito del Tavolo Tecnico la necessità di precisarli in maniera puntuale, sulla base delle evidenze scientifiche più recenti, soprattutto con l'obiettivo di individuare azioni efficaci, utili, trasferibili e destinate a *policy maker*, operatori sanitari, educatori e genitori/*caregiver*, per promuovere i determinanti positivi, contribuire alla riduzione di quelli sfavorevoli sostenendo/proteggendo così la salute delle nuove generazioni.

Conferenza dei Servizi per il riconoscimento dei titoli professionali conseguiti nei Paesi comunitari ed extracomunitari

I lavori della Conferenza vedono impegnata con assidua continuità di azione la FNCO sin dalla sua istituzione con Decreto n. 268 del 29 luglio 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 35 del 12 febbraio 2011 "Regolamento ai sensi dell'articolo 24 del decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206, recante disciplina delle misure compensative per il riconoscimento dei titoli professionali conseguiti nei Paesi comunitari ed extracomunitari ai fini dell'esercizio delle attività professionali di medico chirurgo, medico specialista, medico veterinario, farmacista, odontoiatra, psicologo, ostetrica, tecnico sanitario di radiologia medica, infermiere".

La competenza nel settore, acquisita negli anni, garantisce che pervengano al riconoscimento dell'equipollenza del titolo professionale solo percorsi formativi garantiti anche attraverso misure compensative (tirocinio), realizzate presso corsi di Laurea in Ostetricia come richiesto dalla FNCO.

Comitato Percorso Nascita Nazionale

Istituito con il DM del 19 dicembre 2014 e integrato con la componente di Categoria con il DM dell'11 novembre 2015. La FNCO nel giugno 2016 ha partecipato per la prima volta ai lavori del Comitato, che in questa fase sta valutando le richieste di deroga presentate dalle Regioni per la chiusura dei Punti Nascita ai sensi del DM 70/2015.

Nel 2015, ancora prima di partecipare al CPNn, la FNCO ha sottoposto al Comitato la richiesta di esprimersi sull'esigenza di omogeneizzare su tutto il territorio nazionale la procedura prescrittiva della diagnostica di laboratorio e strumentale in gravidanza da parte dell'ostetrica/o, quale misura per promuovere la fisiologia del percorso nascita e prevenirne la medicalizzazione.

In seno al CPNn la FNCO ha rappresentato l'esigenza di modificare l'articolo 59 del DPCM sui nuovi LEA e ha inviato successivamente al Comitato la documentazione prodotta e trasmessa precedentemente alle istituzioni (Comitato Nazionale LEA, Ministro della Salute e Governo). Nella seduta del 21 novembre 2016 la FNCO e l'ISS hanno introdotto il tema *Organizzazione dei Punti Nascita per la gestione della gravidanza fisiologica e a basso rischio*.

In preparazione dell'incontro del CPNn la FNCO si è confrontata con i Presidenti dei Collegi di quelle Regioni per le quali sono state definite delle sperimentazioni organizzative in deroga a quanto indicato dal CPNn sulla base del DM 70/2015.

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR)

Osservatorio Nazionale per le Professioni sanitarie (ONP)

Previsto dal Decreto Interministeriale 24 luglio 1996, che all'articolo 1.10 istituisce l'ONP, rinnovato per tre volte, l'ultima il 10 marzo 2016 (nomina del Comitato di Presidenza e dei rappresentanti delle Professioni), l'Osservatorio è un organismo interministeriale e multiprofessionale.

Le attività dell'ONP comprendono l'individuazione dei criteri per la definizione del fabbisogno formativo, la revisione dei profili formativi e la formulazione di proposte di Master; nello specifico, individuazione dei criteri oggettivi per la definizione dei Master "caratterizzanti" le Professioni Sanitarie. La FNCO nel 2014 ha predi-

sposto una proposta di elenco Master di I livello condivisa anche con il Consiglio Nazionale: Ostetricia di Comunità, Rieducazione del pavimento pelvico, Sorveglianza del benessere materno-fetale, Area Neonatale, Assistenza ginecologica e Ostetricia legale e forense (Figura 1).

La FNCO, individuando l'ONP quale sede privilegiata e istituzionalmente preposta alla revisione di profili formativi, ha evidenziato un deliberato del GdL 2 "Revisioni Profili Formativi" del 2013 nel quale si legge: "omissis... L'Osservatorio ritiene che da una attenta analisi dei profili, in alcuni casi si possa ritenere opportuna e necessaria la proposta di una diversa articolazione della formazione di base e, di conseguenza, dei percorsi di specializzazione. Questa evenienza

va ricondotta ad alcuni profili per la loro specificità e nel confronto con le analoghe realtà internazionali nel rispetto di quanto avviene nelle rispettive comunità epistemiche... omissis".

Nel novembre 2016 la FNCO ha rappresentato alla Presidenza dell'ONP la necessità di portare la formazione di base per alcuni profili a un livello più elevato (Laurea Magistrale), al fine di svolgere in modo adeguato le rispettive professioni.

È stato, quindi, precisato che per la Professione di Ostetrica la Federazione, sin dal 2004, ha approvato in Assemblea Nazionale il progetto di revisione dell'attuale percorso formativo universitario triennale per ostetrica/o (DM 270/2004). Il Progetto, rivisitato nel 2016 dalla CNCLO con il contributo della FNCO, aveva ricevuto nel dicembre 2015 approvazione unanime della Conferenza Permanente dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie (CPCLPS). Per le procedure connesse e consequenziali, come concordato in seno al Gruppo di esperti, la FNCO ha attivato procedure di confronto anche con la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO).

Figura 1 - Elenco del Master di I livello per SSD MED/47



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

OSSERVATORIO NAZIONALE PER LE PROFESSIONI SANITARIE

Professione	Master specialistici	Finalità (contenuto max 30 parole)
Ostetrica/o	Ostetrica/o di comunità	Acquisire le competenze specialistiche per la gestione delle cure di bassa complessità del percorso nascita per l'integrazione delle attività ospedaliere e territoriali ed il supporto ai bisogni sanitari e sociali della mamma, del bambino, della famiglia per la promozione e la tutela della salute riproduttiva e di genere.
Ostetrica/o	Rieducazione del pavimento pelvico	Acquisire le competenze specialistiche per la gestione dei processi assistenziali relativi alla cura del perineo ed alla prevenzione, all'inquadramento ed al trattamento delle disfunzioni del pelvico nelle diverse fasi del ciclo riproduttivo della donna.
Ostetrica/o	Sorveglianza del benessere materno-fetale	Acquisire le competenze specialistiche in area clinica per la sorveglianza della salute materno/fetale nell'ambito della gravidanza, il parto ed il puerperio, l'individuazione tempestiva ed accurata del rischio ostetrico e delle situazioni di deviazione dalla normalità e di emergenza/urgenza.
Ostetrica/o	Chirurgia ostetrico-ginecologica	Acquisire le competenze specialistiche necessarie nei percorsi chirurgici connessi alle emergenze, a tecniche innovative, mini invasive ed invasive, in regime di <i>day surgery</i> o ricovero ordinario.
Ostetrica/o	Area neonatale	Acquisire le competenze specialistiche necessarie alla prevenzione, alla cura ed alla presa in carico del neonato sano o con patologie o fragilità a livello ospedaliero e territoriale.
Ostetrica/o	Assistenza ginecologica	Acquisire le competenze specialistiche nell'ambito della gestione dei percorsi assistenziali a bassa, media e alta complessità, relativi ai problemi riproduttivi della donna, in ospedale e nel territorio.
Ostetrica/o	Ostetricia legale e forense	Acquisire le competenze specialistiche nell'ambito dell'ostetricia legale e forense, del diritto associato alla salute riproduttiva della donna, alle tematiche della violenza sessuale, del <i>clinical risk management</i> , della medicina sociale, dell'etica, della bioetica e del biodiritto.

Tavolo tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'Allattamento al Seno (TAS): un futuro Piano d'azione è già pronto a scattare

IL MINISTERO DELLA SALUTE NELLA PROTEZIONE, PROMOZIONE E SOSTEGNO DELL'ALLATTAMENTO AL SENO, IN ADEGUAMENTO ALL'ACCORDO STATO-REGIONI DEL 20 DICEMBRE 2007

"LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULLA PROTEZIONE, PROMOZIONE E SOSTEGNO DELL'ALLATTAMENTO AL SENO"

Il Comitato nazionale multisettoriale per l'allattamento materno, istituito con DM del 15 aprile 2008, integrato con DM del 25 febbraio 2009 e presieduto dalla professoressa Assunta Morresi, è rimasto in attività fino ad aprile 2012. La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche ha partecipato con un proprio rappresentante al CNMAM, che è costituito da rappresentanti di vari dicasteri (Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Dipartimento Politiche per la Famiglia), dall'UNICEF, dal Centro Collaboratore dell'OMS per la Salute Materno Infantile, dall'Istituto Superiore di Sanità, dall'Ibfan, rappresentanti delle società scientifiche di pediatria, neonatologia e ginecologia, da Federazioni Nazionali IPASVI e FNCO e da associazioni di rappresentanti delle ONG. L'attività del Comitato è stata finalizzata a facilitare il buon funzionamento di una rete nazionale di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno come da Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2007 "Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno".

Nel 2013 il Ministero della Salute ha istituito il Tavolo tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'Allattamento al Seno (TAS) presieduto dal Dott. Riccardo D'Avanzo per diffondere presso la popolazione la consapevolezza dell'importanza dell'allattamento materno come norma naturale, di valore culturale e sociale. Sin dalla sua istituzione il TAS, rinnovato nel 2015, ha predisposto e pubblicato una serie di documenti di facile consultazione diretti al pubblico e agli operatori e presenti sul sito del Ministero della Salute (www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3894&area=nutrizione&menu=allattamento) e di seguito riportati in elenco:

- Allattare al seno - Un investimento per la vita, maggio 2016;
- Promozione dell'uso di latte materno nelle Unità di Terapia Neonatale e accesso dei genitori ai reparti, Raccomandazione congiunta di Tavolo Tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'Allattamento al Seno (TAS), Società Italiana di Neonatologia (SIN) e Vivere Onlus, 12 maggio 2016;
- Commercializzazione degli alimenti per lattanti: violazioni del DM 82/2009, 15 settembre 2015;
- Allattamento al seno e uso del latte materno/umano, Position Statement 2015 di Società Italiana di Pediatria (SIP), Società Italiana di Neonatologia (SIN), Società Italiana di Cure Primarie Pediatriche (SICuPP), Società Italiana di Gastroenterologia Epatologia e Nutrizione Pediatrica (SIGENP), in collaborazione con il Tavolo tecnico operativo interdisciplinare sulla promozione dell'Allattamento al Seno (TAS) del Ministero della Salute;
- Farmaci nella donna che allatta al seno: un approccio senza pregiudizi, 2014;
- Allattamento al seno nelle strutture sanitarie in Italia, Report sulla survey nazionale 2014;
- Allattamento al seno oltre il primo anno di vita e benefici per lo sviluppo cognitivo, affettivo e relazionale del bambino, 2014;
- Eparine a basso peso molecolare ed allattamento materno, 2014;
- L'uso dei mezzi di contrasto nella donna che allatta, Raccomandazioni della Società Italiana di Radiologia Medica (SIRM), Società Italiana di Pediatria (SIP), Società Italiana di Neonatologia (SIN) e del Tavolo tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'Allattamento al Seno del Ministero della Salute, 2014;
- Allattamento al seno durante la gravidanza, Raccomandazioni della Società Italiana di Medicina Perinatale (SIMP) e del Tavolo tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'Allattamento al Seno (TAS) del Ministero della Salute, 2014;
- Latte materno nell'ambito dell'Expo 2015 di Milano, 2014;
- La contraccezione per la donna che allatta, 2014.

La promozione dell'allattamento al seno è, tra l'altro, un'indicazione presente nel nuovo Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 per acquisire a livello regionale informazioni utili per pianificare eventuali programmi di sensibilizzazione e relative strategie.

Il TAS ha terminato la sua attività il 19 gennaio 2017, ma, qualora fosse confermato nuovamente dal Ministro Beatrice Lorenzin, ha già individuato e definito un futuro Piano d'azione.

Maria Vicario

Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche

La Società Italiana di Medicina Perinatale (SIMP) ha chiesto alla FNCO un proprio rappresentante in seno al Tavolo Tecnico per la predisposizione di Linee Guida SIMP dal titolo "La corretta gestione del clampaggio del cordone nei neonati a termine e prematuri - Edizione 2016".

I lavori del Tavolo Tecnico si sono conclusi a novembre 2016 e le Linee Guida sono state presentate in anteprima in seno al corso SIN dal titolo "La gestione del clampaggio del

cordone nel neonato a termine e prematuro" che si è svolto a Milano il 16 dicembre 2016 presso la Fondazione Ca' Granda IRCCS Policlinico di Milano. Le raccomandazioni delle Linee Guida SIMP 2016 discusse e votate a Milano sono state presentate in seno all'ultimo Congresso SIMP di Napoli e saranno poste in revisione esterna di cui la FNCO, nelle forme di rito, darà ampia e puntuale informazione.

Comitato Centrale FNCO

NORMATIVE IN PROGRESS

Una sintesi sull'avanzamento di tre importanti provvedimenti che riguardano il nostro settore

A cura del
Comitato Centrale FNCO

La gestione del Rischio clinico e i nuovi profili di responsabilità

A gennaio 2017 l'Aula del Senato della Repubblica ha dato il via libera al DDL "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" con 168 voti favorevoli, 8 contrari e 35 astenuti. Il provvedimento approvato presenta molte modifiche rispetto al testo approvato dalla Camera nel gennaio 2016: dal nuovo procedimento di elaborazione delle linee guida alla cartella clinica entro 7 giorni, e ancora dalla nuova responsabilità penale fino all'obbligo di assicurazione e all'istituzione di un Fondo rischi per il risarcimento sinistri. Il testo è composto da 18 articoli da cui scaturirà una serie di Decreti, alcuni dei quali da emanare entro 90 giorni, tra i quali quello relativo all'elenco delle Società Scientifiche sanitarie (articolo 5).

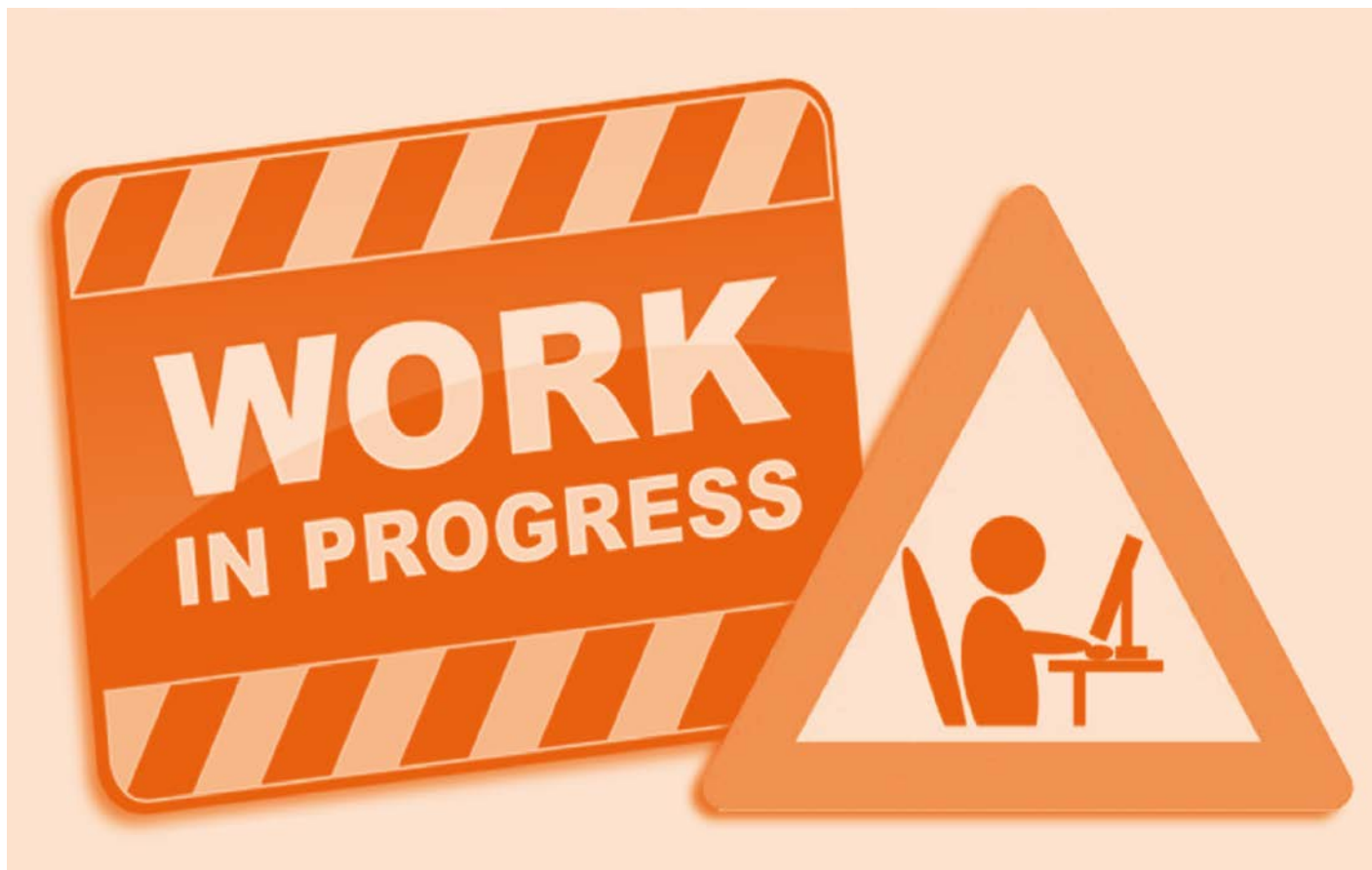
Di seguito si riporta l'elenco degli articoli del DDL Gelli (dal nome del suo relatore):

- Art. 1. Sicurezza delle cure in sanità;
- Art. 2. Attribuzione della funzione di garante per il diritto alla salute al Difensore civico regionale o provinciale e istituzione dei Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente;
- Art. 3. Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità;
- Art. 4. Trasparenza dei dati;
- Art. 5. Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida;
- Art. 6. Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria;
- Art. 7. Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria;
- Art. 8. Tentativo obbligatorio di conciliazione;
- Art. 9. Azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa;
- Art. 10. Obbligo di assicurazione;

- Art. 11. Estensione della garanzia assicurativa;
- Art. 12. Azione diretta del soggetto danneggiato;
- Art. 13. Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità;
- Art. 14. Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria;
- Art. 15. Nomina dei consulenti tecnici d'ufficio e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria;
- Art. 16. Modifiche alla legge 28 dicembre 2015, n. 208, in materia di responsabilità professionale del personale sanitario;
- Art. 17. Clausola di salvaguardia;
- Art. 18. Clausola di invarianza finanziaria.

Il provvedimento, che dopo l'approvazione della Camera potrebbe diventare Legge dello Stato entro marzo 2017, presenta numerosi aspetti di interesse per la Categoria Ostetrica e risponde principalmente a due problematiche: la mole del contenzioso medico-legale, che ha causato un aumento sostanziale del costo delle assicurazioni per professionisti e strutture sanitarie, e il fenomeno della medicina difensiva che ha prodotto un uso inappropriato delle risorse destinate alla sanità pubblica (www.senato.it/leg/17/BGT/Schede/Ddliter/testi/46445_testi.htm).





DCPM sui nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

All'inizio del 2017 il Presidente del Consiglio dei Ministri Paolo Gentiloni e la Corte dei Conti hanno dato il via libera al DCPM sui nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che, insieme al nuovo nomenclatore, rappresentano misure che possono cambiare il SSN. Il provvedimento ha superato anche l'esame della Commissione Nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza del Servizio Sanitario Nazionale.

Le trentanove pagine di testo generale del DCPM (63 articoli) mandano in soffitta il DCPM del 29 novembre 2001 e anche, con la collaborazione delle Regioni, mirano a uniformare la sanità italiana, che oggi conta 21 sistemi sanitari regionali.

Il provvedimento si articola nei 3 rami classici – prevenzione collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera – e presenta le caratteristiche di seguito riportate:

- definisce le attività, i servizi e le prestazioni garantite ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione dal Servizio sanitario nazionale;
- descrive con maggiore dettaglio e precisione prestazioni e attività oggi già incluse nei LEA;
- definisce e aggiorna gli elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione;

- innova i nomenclatori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, introducendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed escludendo prestazioni obsolete ormai datate 2001.

La Federazione, che non è stata mai stata audita, ha trasmesso al Presidente della Comitato LEA, ai Presidenti delle Commissioni parlamentari, a tutti i componenti del Governo e quindi al Ministro della Salute Beatrice Lorenzin un documento di osservazioni e proposte elaborato con la condivisione dei Presidenti dei Collegi provinciali e interprovinciali (www.fnco.it/news/osservazioni-su-ddl-3868.htm).

Visto che l'approvando DPCM sui nuovi LEA è un atto normativo amministrativo, norma di rango inferiore, che contiene una chiara discrasia con quanto previsto dall'art. 37 del D.Lgs. 15/2016, norma di rango superiore, che modifica l'art. 48 del D.Lgs. 206/2007, la FNCO sta predisponendo procedura per impugnare il DPCM sui nuovi LEA anche invocando l'articolo 32 della Costituzione.

La FNCO nel gennaio 2017 ha chiesto al Ministro della Salute di entrare a far parte della Commissione Nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza del Servizio Sanitario Nazionale ai sensi dell'articolo 1, comma 3, del Decreto del Ministero della Salute del 16 giugno 2016.

Codice Deontologico dell'Ostetrica/o: le modifiche introdotte nel 2016

Il Codice Deontologico dell'ostetrica/o, una delle tre componenti del campo proprio di attività e di responsabilità professionale (articolo 1, comma 2, della Legge 42/1999), rivisitato e aggiornato nella sua globalità e pubblicato nel 2010 dalla Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche (FNCO), successivamente ha subito due modifiche e integrazioni, di cui l'ultima nel 2014.

Per una ulteriore modifica la FNCO ha sottoposto, per valutazione e condivisione, ai Presidenti e Consigli Direttivi dei Collegi proposte di modifiche e integrazioni al Codice Deontologico (C.D.) in adeguamento a disposizioni normative richiamate nelle Circolari 17/2016 - Decreto 165/2016 (www.fnco.it/news/circolare-17-2016.htm) e 18/2016 - Piano Nazionale anticorruzione 2016 (www.fnco.it/news/circolare-18-2016.htm). Nell'anno 2016 sono stati pubblicati due provvedimenti che hanno indotto la FNCO ad aggiornare e integrare il Codice Deontologico.



Decreto n. 165 del 19 luglio 2016, pubblicato sulla G.U. n. 38 del 29 agosto 2016 - Regolamento recante la determinazione dei parametri per la liquidazione da parte di un organo giurisdizionale dei compensi per le professioni regolamentate, ai sensi dell'articolo 9 del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27. Medici veterinari, farmacisti, psicologi, infermieri, ostetriche e tecnici sanitari di radiologia medica

Il Decreto 165/2016 all'art. 1 detta le disposizioni per la determinazione, nel caso di liquidazione da parte dell'organo giurisdizionale, dei compensi da corrispondere alle categorie professionali dei medici veterinari, farmacisti, psicologi, infermieri, ostetriche e tecnici sanitari di radiologia medica.

Il Decreto non modifica il profilo di competenze delle suddette figure professionali né deve essere considerato un "tariffario" ormai abolito nel 2016 dal Decreto Legge sulle liberalizzazioni (DL 223/2006, www.fnco.it/news/circolare-17-2016.htm). La FNCO, su richiesta del Ministero della Salute, ha contribuito alla predisposizione dell'Allegato 1, Tabella E) ex articolo 2, comma 1, del Decreto 165/2016, intitolato "Ostetriche: prestazioni e relativo valore medio di liquidazione".

Nel caso di liquidazione da parte dell'Organo Giurisdizionale di compensi da corrispondere all'ostetrica/o il Giudice potrebbe richiedere il parere dell'Organismo Professionale che sarà chiamata a chiedere l'adozione della suddetta tabella quale strumento di regolamentazione vigente in materia di prestazioni e relativo valore medio di liquidazione.

G.U. n. 35 del 24 agosto 2016 - Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)

Il PNA, nella III Parte Speciale - Approfondimenti "Ordini e Collegi Professionali", nel ribadire per gli stessi l'applicabilità in via diretta della Legge 190/2012 e del D.Lgs. 33/2013, fornisce specifiche indicazioni per la nomina e connesse responsabilità del responsabile della prevenzione della corruzione e adozione del PTPC.

Il PNA, con riguardo alle esemplificazioni di aree di rischio specifiche negli Ordini e Collegi professionali dispone che le stesse siano così individuate:

- Formazione professionale continua;
- Rilascio di pareri di congruità (nell'eventualità dello svolgimento di attività da parte di Ordini e Collegi Territoriali a seguito dell'abrogazione delle tariffe professionali);
- Indicazione di professionisti per l'affidamento di incarichi specifici.

A modifica della precedente comunicazione della FNCO di indicare il Segretario del Collegio quale Responsabile Anticorruzione, alla luce di indicazioni ANAC del 2016, "il RPCT potrà coincidere con un consigliere eletto dell'Ente, purché privo di deleghe gestionali", il cui nominativo il nominativo deve essere comunicato da ciascun Collegio all'ANAC e per conoscenza alla FNCO.

COMITATO CENTRALE FNCO

DDL 3868 “Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali, nonché disposizioni per l’aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della Salute”

Il 4 ottobre 2016, nel corso dell’audizione presso la XII Commissione (Affari sociali) della Camera, la FNCO ha espresso parere favorevole sull’impianto del DDL 3868 e ne ha evidenziato gli aspetti positivi quali l’adeguamento della normativa italiana al Regolamento UE 536/2014 sulla sperimentazione clinica dei medicinali per il riferimento alla medicina di genere, che dovrebbe consentire la definizione di cure sempre più personalizzate alle esigenze specifiche della popolazione femminile nelle diverse fasi del ciclo biologico-sessuale riproduttivo.

In questa ottica la FNCO ha proposto che la figura professionale dell’ostetrica partecipi attivamente nelle diverse fasi della ricerca e della sperimentazione clinica dei medicinali sulla popolazione femminile e ha auspicato, anche, la rivisitazione della composizione dei Comitati etici aziendali e interaziendali nei quali attualmente le professioni sanitarie sono rappresentate esclusivamente dalla componente infermieristica.

Il provvedimento dovrebbe dare attuazione alla incompiuta Legge 43/2016 “Disposizioni in materia di professioni

sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l’istituzione dei relativi ordini professionali” e nello specifico, per quanto previsto dall’art. 4 “Istituzione degli Ordini delle Professioni Sanitarie”, “[...] il Governo è delegato ad adottare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi al fine di istituire, per le professioni sanitarie di cui all’articolo 1, comma 1, i relativi ordini professionali, [...] trasformare i collegi professionali esistenti in ordini professionali”.

In ordine di tempo il DDL 3868 risulterebbe differito rispetto ai primi due provvedimenti, non risulta calendarizzato e non sembrerebbe una priorità di questo Governo, per cui la Legge 43/2006 continuerebbe a rimanere una “eterna incompiuta”.

Tutta la documentazione già prodotta e consegnata alla XII Commissione Affari Sociali della Camera è stata pubblicata sul sito e consegnata ai partecipanti al CNS del 24 ottobre 2016 www.fnco.it/news/osservazioni-su-ddl-3868.htm.



QUALI FUTURI SCENARI DELLA PROFESSIONE OSTETRICA

L'intervento della FNCO al SIGO 2016



Autrice
Silvia Vaccari
Vicepresidente FNCO

RIASSUNTO

Partendo dalla storia della professione ostetrica, dall'evoluzione dell'ospedalizzazione alla proposta attuale di chiusura dei reparti di maternità in cui vengono effettuati meno di 500 parti all'anno, nonché all'abbattimento dei tagli cesarei, quali soluzioni proporre sia dal punto di vista formativo che professionale, ed evolutivo, in funzione di una crisi economica e della denatalità incombente, in uno scenario che richiede sempre maggiori competenze professionali spendibili nel mondo del lavoro, in uno scenario futuro con limiti quantitativi e qualitativi delle risorse e delle skill.

Parole chiave

Ostetrica, prospettive, futuro, occupazione, evoluzione.

ABSTRACT

Starting from the history of midwifery, evolution of hospitalization, the current proposal to close the maternity wards in which they are carried out less than 500 pieces a year, as well as the killing of cesarean operations, which propose solutions both in terms of training views, and vocational education, and evolutionary, according to an economic crisis and the impending birth control, in a scenario that requires more and more spendable professional skills in the workplace, in a future scenario with quantitative and qualitative limits of resources and skills.

Keywords

Midwife, outlook, future, employment, evolution.

Introduzione

A partire dai primi del Novecento il percorso di professionalizzazione può essere suddiviso in tre fasi, e in ogni fase vi è un'autonomia professionale e sociale diversa.

Nella prima fase, nei primi quarant'anni del '900, benché la professione ostetrica sia priva di formale riconoscimento giuridico, la Categoria può contare su una forte legittimazione sociale esercitando la propria attività con un discreto grado di autonomia.

Dagli anni '50 alla fine degli anni '80 del Novecento, l'ospedalizzazione e la crescente medicalizzazione dei parti limita l'autonomia delle ostetriche italiane che a seguito dell'istituzione del SSN vengono trasferite e prestano la loro opera all'interno dei nosocomi.

La terza fase è la fase dell'aziendalizzazione, e inizia un percorso di neo-professionalizzazione finalizzato a una maggiore qualificazione delle professioni sanitarie non mediche, cui però non segue sul piano sostanziale una reale autonomia.

Il processo di cambiamento

La storia della professionalizzazione risente di un processo calato dall'alto, delle azioni dello Stato che stenta a rideterminare un posizionamento socio-professionale dell'ostetrica. Il processo di cambiamento potrebbe passare attraverso la riorganizzazione dei punti nascita predisposta dal Ministero della Salute, finalizzato alla promozione e al miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali del percorso nascita. La proposta di chiusura definitiva dei reparti di maternità in cui vengono effettuati meno di 500 parti all'anno e l'eventuale razionalizzazione/riduzione di quelli in cui vengono effettuati meno di 1.000 parti, nonché l'abbattimento del numero dei tagli cesarei, sembrerebbero aprire nuovi scenari professionali.

Tuttavia, preme ricordare che questi processi evolutivi portano a prendere in considerazione i limiti dell'intero percorso proposto, anche in funzione di una crisi economica e professionale e della denatalità incombente.



I limiti

Limiti di tipo quantitativo sono legati al ricollocamento del personale occupato, che deve necessariamente cambiare sede di lavoro, al blocco delle assunzioni, in quanto una riconversione delle U.O. permette di accentrare le risorse disponibili creando una inevitabile impossibilità di espansione della professione, e infine, non ultima in ordine di importanza, alla limitazione dell'ingresso nei corsi CLO onde evitare esuberi nel mondo del lavoro.

I limiti qualitativi, invece, fanno prevalere i reali spazi di autonomia professionale, inserendo a pieno titolo le ostetriche in grandi dimensioni lavorative, in cui la consistente concentrazione dei parti garantirebbe il mantenimento delle competenze a sfavore di una routinizzazione e meccanizzazione delle funzioni, ma nel contempo fa perdere quelle che sono le competenze specifiche professionali, andando ad appiattire l'individualizzazione assistenziale e tipica della professione.

Come riorganizzarsi

La professione ostetrica deve predisporre azioni di riorganizzazione endogena all'interno della professione, andando a rivedere e revisionare i percorsi formativi, con ricerca di una reale autonomia scientifica della professione, per divenire più appetibile sul mercato del lavoro e stringere alleanze di tipo scientifico con le società e di tipo politico locale, regionale e nazionale, promuovendo percorsi per la pratica professionale privata, favorendo la coesione all'interno della Categoria in grado di mostrare all'esterno intenti e obiettivi condivisi e aumentare la propria voce.

Sarebbe opportuno, attivare e sostenere l'abilità dei Collegi Professionali provinciali e interprovinciali di muoversi con maggiore fermezza e decisione, con azioni strategiche chiare ed esplicite, stringere alleanze con società scientifiche, università, istituzioni, *stakeholder*, *policy maker* e con associazioni di volontariato e di donne.

Revisione dei percorsi

La revisione dei percorsi formativi ha come obiettivo di conquistare spazi maggiori all'interno delle istituzioni universitarie e accademiche, andando a proporre e modificare i contenuti dei corsi di Laurea in Ostetricia, in modo da essere più aderenti alle richieste delle donne, delle coppie, delle famiglie, riservando maggiori spazi di studio della *midwifery*, proponendo e promuovendo l'approfondimento dell'imprenditorialità necessaria allo sviluppo della professione privata ed esplodendo le skill su competenze tecniche ed emotivo-relazionali.

È necessario sostenere la modifica della formazione e la motivazione intrinseca ed estrinseca della professione ostetrica, che favorisce la crescita culturale e professionale, migliorando la qualità assistenziale e la soddisfazione del futuro professionista, nonché del cittadino.

Importante sarebbe creare basi metodologiche per future iniziative che abbiano per oggetto l'approfondimento della tematica dell'EBM.

Bisogna inoltre offrire ai discenti l'opportunità di acquisire conoscenze, competenze e strumenti per contribuire attivamente all'implementazione di un'assistenza basata sulle evidenze.

Quali prospettive professionali?

Prospettive per le ostetriche nell'ambito universitario

- Tutor e/o Guida di tirocinio.
- Coordinatore/Direttore Didattico CLO.
- Professore a contratto.
- Ricercatore con Dottorato di ricerca.
- Professore associato.
- Professore ordinario.

Prospettive per le ostetriche nell'ambito ospedaliero

- Ambulatorio gravidanza fisiologica, attività ambulatoriale e gestione professionale ostetrica basata su interventi appropriati ma a basso livello di complessità assistenziale (ABO).
- Percorso demedicalizzato della nascita: centri nascita alternativi.
- Triage ostetrico e ginecologico e neonatale (ABO, AGI, ABOM, AGIM).
- Accettazione ricovero e dimissione gravidanza, parto e puerperio a basso rischio.



- Preparazione, strumentazione e assistenza a donne ginecologiche e oncologiche.
- Ostetriche inserite nei team assistenziali negli istituti di pena.
- Telemedicina in ambito ostetrico, ginecologico e neonatale.
- Cure primarie, Casa della Salute.

Per tutti gli iscritti all'Albo Nazionale una Newsletter specifica sugli eventi formativi

La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche per l'anno 2017 ha inserito nella propria Agenda dei lavori la trasmissione a tutti gli iscritti all'Albo Nazionale di una Newsletter periodica dedicata a eventi formativi per ostetriche che coinvolgono la Federazione sia direttamente (Richiesta di partecipazione diretta all'evento) che indirettamente (Richiesta patrocinio gratuito e uso del logo).

La Newsletter n. 1/2017 è pubblicata anche sul sito FNCO.

Prospettive per le ostetriche in ambito privato

- Centri di procreazione medicalmente assistita.
- Strutture accreditate convenzionate: salute della donna durante tutte le fasi della vita.
- Menopausa e/o terza età con particolare riferimento a corsi di accompagnamento alla menopausa e collaborazione stretta con altri professionisti nella diagnosi precoce dei tumori della sfera genitale femminile e della mammella.
- Medicine non convenzionali e metodi di contenimento e di elaborazione del dolore.
- Case di maternità, associazioni di ostetriche, cooperative.

Prospettive in ambito gestionale/organizzativo

- Coordinatore U.O. Ostetricia, Ginecologia, Sala Parto, Sala Operatoria e Nido.
- Posizione Organizzativa Dipartimentale.
- Dirigente Professioni Sanitarie UOS, UOC.
- Direttore di Distretto Sanitario.
- Responsabile/Referente Qualità Rischio Clinico e Accreditamento.
- Responsabile/Referente Ricerca Clinica e Formazione.
- Responsabile Anticorruzione e trasparenza.

Nuove prospettive di lavoro all'estero

- Ostetrica *midwife* in progetti di formazione.
- Cooperazione internazionale.
- Ostetrica inserita in progetti di emergenza e aiuto, terremoti, calamità naturali, guerre.
- Ostetriche esperte in multietnicità.
- Ricercatori scientifici inseriti in studi internazionali e di ricerca.

Conclusioni

In definitiva, credo che per la professione ostetrica si stia aprendo un nuovo scenario professionale in cui mettersi in gioco sia una esperienza sfidante ed emozionante: avere voglia di studiare e apprendere, lavorare e confrontarsi, avere predisposizione alle professioni di aiuto, aprirsi a nuove esperienze e creare un gruppo professionale omogeneo, forte e unito è la carta vincente.

Auspico che la categoria professionale politica sappia recepire in modo positivo e proattivo questa fase di cambiamento, che sicuramente lascerà alle spalle le nostre sicurezze, ma l'impegno che noi metteremo nel cambiamento sarà sicuramente di aiuto per una migliore qualità assistenziale che metta veramente e finalmente al centro la donna e le sue scelte, mediante una comunicazione e una informazione efficace atta a creare consapevolezza, fiducia nel mondo sanitario, valorizzando ulteriormente il profilo dell'ostetrica nelle cure della donna, del nascituro, delle famiglie.

Bibliografia

- *Cambio*, Anno IV, numero 7, giugno 2014
- Vitiello A (2016), *Il tempo delle ostetriche condotte: formazione ed autonomia professionale*
- Spina E. (2009), *Ostetriche e Midwives spazi di autonomia e identità corporativa*
- Spina E. (2013), *An Evaluation of the Professional Status of Italian Midwives*, in "Evidence Based Midwifery"
- Tousijn W. (2003), *Le professioni sanitarie; per un rinnovamento della logica professionale*, "In economia e lavoro"



La formazione a distanza per la gestione delle emergenze ostetriche

Autori

Serena Donati

Ilaria Lega

Alice Maraschini

Paola D'Aloja

Silvia Andreozzi

Reparto Salute della Donna
e dell'Età Evolutiva –

CNESP, Istituto Superiore di Sanità



Nell'ambito delle attività di sorveglianza ostetrica coordinate dall'Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) (www.iss.it/itoss) e finanziate dal Ministero della Salute, l'aggiornamento continuo dei professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza al percorso nascita è, insieme alle attività di monitoraggio e ricerca, uno degli obiettivi prioritari.

I corsi di formazione a distanza (FAD) realizzati dall'Italian Obstetric Surveillance System riguardano le emergenze ostetriche rilevate più frequentemente nelle regioni partecipanti alla sorveglianza che oggi coprono il 73% dei nati nel Paese.

La prevenzione e il trattamento della emorragia del post partum sono il tema del primo corso FAD offerto in 2 edizioni dal 2014 al 2016. I disordini ipertensivi della gravidanza sono l'argomento del secondo corso FAD offerto solo nel 2016.

I corsi sono aperti, gratuitamente, alle ostetriche e a tutti i medici e rivolti in particolare ai ginecologi e agli anestesisti. Queste tre figure professionali sono infatti chiamate ad assistere le donne in gravidanza e al parto anche in caso di condizioni di emergenza ostetrica che, seppur rare, richiedono una buona preparazione in termini di conoscenze e competenze, ma anche un grande affiatamento del team assistenziale. L'auspicio è che una formazione multidisciplinare possa promuovere e sostenere anche la pratica dell'*audit* multi-professionale che dovrebbe essere organizzato in ogni caso di evento sentinella da parte del team assistenziale che ha assistito la donna.

Il metodo didattico è basato sulla simulazione di casi clinici che permette al partecipante di cimentarsi con la gestione di problemi abituali e di valutare la propria

capacità di applicazione nella pratica quotidiana delle nozioni acquisite. I materiali didattici *evidence based* sono riassunti in dossier informativi scaricabili che possono essere utilizzati come dispense. Una volta studiati i contenuti del dossier i partecipanti possono cimentarsi con i casi clinici. Ogni corso è corredato da casi reali o verosimili, che si sviluppano con domande di tipo decisionale finalizzate a valutare la capacità di applicare nella pratica quotidiana le nozioni acquisite. Ciascun corso richiede circa 8 ore per essere completato. La verifica di apprendimento consiste nelle domande a risposta multipla e l'esito della prova viene visualizzato alla fine del corso. Il livello minimo di risposte esatte richiesto è pari al 75%, come previsto dal regolamento ECM. Ogni partecipante riceve un messaggio di *feed-back* rela-

ECM: Accordo Stato-Regioni che rinnova la Formazione continua in medicina

L'Accordo Stato-Regioni che rinnova il Sistema Nazionale della Formazione continua in medicina produce meno burocrazia, definizione chiara su chi deve fare cosa, uniformità su tutto il territorio nazionale dell'offerta formativa e della qualità dell'assistenza nell'interesse dei pazienti e della collettività.

L'Educazione continua in medicina nel 2017 si rifà il look in 97 articoli che ne ridefiniscono i "connotati" a 12 anni dalla sua istituzione.

L'Accordo sul documento *"La formazione continua nel settore salute"* ha ricevuto il via libera definitivo nella prima seduta utile della Conferenza Stato-Regioni.

Un provvedimento che, sottolinea nella premessa il Ministero della Salute, nasce da un lato dall'esigenza di "dare organicità alla disciplina del settore" e dall'altro dalla necessità di una "chiara ripartizione delle competenze amministrative tra Stato e Regioni per creare un sistema coerente di regolamentazione amministrativa che assicuri un uniforme miglioramento qualitativo dell'assistenza e della formazione continua su tutto il territorio nazionale".

Le novità

Con l'Accordo, e con i *"Manuali"* ad hoc che completeranno l'operazione di restyling, si snelliscono procedure e si eleva la qualità della formazione, rispondendo così alle istanze di provider e professionisti. Saranno alleggeriti alcuni degli obblighi dei provider nelle procedure di presentazione di documenti e ci saranno nuovi criteri per l'attribuzione dei crediti agli eventi.

I professionisti potranno invece fare affidamento sul *"Dossier formativo"* che andrà a regime con l'Accordo, grazie al quale all'inizio di ogni triennio di formazione il professionista potrà costruire il proprio *Dossier formativo* indicando quali sono le specifiche necessità formative. Il *Dossier* sarà utile anche ai provider per poter capire quali sono le esigenze formative dei professionisti.

Alla Commissione nazionale ECM (presieduta dal Ministro della Salute coadiuvato dal coordinatore della Commissione Salute e dal Presidente Fnomceo) spetta il compito di determinare standard minimi di qualità e molto altro ancora (*Governance* del sistema).

A supporto del *Manuale* nazionale ci saranno poi i *Manuali regionali di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM*, il *Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario* e quello per le verifiche dei provider di prossima approvazione da parte della Commissione.

Le Regioni potranno prevedere requisiti di accreditamento ulteriori rispetto agli standard minimi stabiliti nel *Manuale nazionale* purché "oggettivamente idonei a elevare la qualità dell'offerta formativa".

L'Osservatorio nazionale ECM e un Comitato di garanzia avranno il compito di verificare il rispetto delle regole anche con visite effettuate direttamente nel luogo di svolgimento dell'evento formativo.

Prevista infine una Consulta nazionale che darà alla Commissione nazionale pareri non vincolanti su questioni di carattere generale.

Le violazioni sono classificate e disciplinate in "molto gravi", "gravi" e "lievi". Al provider che incapperà in violazioni molto gravi verrà revocato l'accreditamento e dovrà rimanere in *stand by* per due anni prima di ripresentare istanza di accreditamento provvisorio. La violazione grave comporterà la temporanea sospensione dell'accreditamento (da un minimo di 15 giorni a un massimo di un anno in caso di più violazioni). La "pena" per la violazione lieve si limiterà a un ammonimento.

I criteri per determinare il numero dei crediti da attribuire ai singoli eventi formativi saranno stabiliti nel *Manuale*, mentre, il numero dei crediti che i professionisti dovranno conseguire nel triennio formativo saranno stabiliti dalla Commissione nazionale e quelli continueranno a essere registrati in un'unica anagrafe nazionale gestita dal Cogeaps.

Marialisa Coluzzi
Segretaria FNCO

tivo al proprio livello di apprendimento e, una volta completato l'intero iter formativo, può scaricare il proprio attestato ECM che assegna 12 crediti per ciascuno dei due corsi.

Per partecipare occorre registrarsi sulla piattaforma GOAL (<http://fad.snlg.it>) cliccando la scritta "Registrati" posta in alto a destra della testata. Una volta effettuata la registrazione l'utente riceve per e-mail un codice pin che gli permette di accedere alla pagina di presentazione del corso e alle attività previste.

Durante 21 mesi di disponibilità del corso FAD sulla prevenzione e trattamento della emorragia del post partum si sono iscritti oltre 10.000 partecipanti, in maggioranza ostetriche. Il corso sui disordini ipertensivi della gravidanza è stato invece disponibile on-line solo per 9 mesi

durante i quali ha registrato 3.597 partecipanti. L'85% degli iscritti a entrambi i corsi ha acquisito i crediti formativi e oltre il 99% li ha giudicati rilevanti, efficaci e di elevata qualità attraverso il modulo di *customer satisfaction* previsto dal percorso ECM. Molti professionisti hanno lasciato giudizi in aperto nei quali hanno espresso il loro forte gradimento per il metodo didattico adottato e hanno richiesto la ripetizione periodica dei corsi già predisposti e la realizzazione di nuove FAD su altri argomenti che riguardano le emergenze ostetriche. Per il 2017 la Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche ha stipulato una convenzione a carattere scientifico con l'ISS e si è offerta di finanziare la ripetizione dei corsi FAD su emorragia del post partum e sui disordini ipertensivi della gravidanza.

MEDICI SENZA FRONTIERE

Un'esperienza che richiede tanto, ma regala molto di più

Autrice

Natalie Giorgi Alberti

Ostetrica Medici Senza Frontiere



Premio Nobel per la Pace 1999

Non ricordo quando iniziò a crescere dentro di me il sogno di partire con Medici Senza Frontiere (MSF). Lavorare per MSF iniziò a diventare una realtà durante il corso di Laurea in Ostetricia a Roma, sentendo i racconti di un ostetrico che era già stato in missione con MSF. MSF mi attirava perché è slegata da qualsiasi potere economico, militare o religioso e ciò per me era fondamentale. Sapevo che MSF cura tutti i suoi pazienti indistintamente: razza, credo religioso o affiliazione politica non sono un ostacolo all'assistenza medica. Sentivo un forte desiderio di lavorare in un ambiente internazionale svolgendo un ruolo utile, assistendo

popolazioni vulnerabili e facendo la mia piccolissima parte per diminuire la mortalità materno-infantile. Avevo anche le mie ragioni personali: volevo vedere realtà che altrimenti non avrei mai avuto la possibilità di conoscere.

Qualche mese dopo aver superato il colloquio nella sede di Roma mi sono ritrovata sull'aereo con destinazione finale Mweso, nel Nord Kivu, una provincia tormentata dell'immensa Repubblica Democratica del Congo.

Le emozioni erano fortissime mentre l'aereo sorvolava il grande continente africano. Mi lasciavo tutto alle spalle e non sapendo chi o cosa avrei trovato nel luogo in cui



Protocollo d'Intesa tra la Federazione Nazionale Collegi Ostetriche (FNCO) e il Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio

LA SINDROME FETO ALCOLICA

Dalla diagnosi al trattamento: quali azioni per la prevenzione

10 NOVEMBRE 2016

Sala Odeon, Museo dell'Arte Classica Gipsoteca, Università Sapienza - Roma, P.le Aldo Moro, 5

L'evento risponde alla necessità di aumentare il livello di conoscenze e competenze sulla Sindrome Feto Alcolica, per individuare le situazioni/gravidanze a rischio, diagnosticare precocemente la patologia ed intervenire in senso preventivo secondo approcci testati scientificamente.



IL SUO FUTURO NELLE TUE MANI

Campagna di informazione e sensibilizzazione sui rischi connessi al consumo di alcol in gravidanza

Promossa da:



Si realizza:



Con il Patrocinio di:



Progetto realizzato con la collaborazione scientifica di:
Commissione Nazionale Corsi di Laurea in Ostetricia, Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche, Collegio Provinciale delle Ostetriche di Roma, Associazione Generale Università Italiana, Società Italiana Pace-Professione Ostetrica.

La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche ha accolto la richiesta formulata dal Centro di Riferimento Alcolologico Regione Lazio (CRARL) di stipulare un Protocollo di Intesa FNCO e CRARL.

Il CRARL, con il patrocinio dell'Università Sapienza di Roma, dell'AOU Umberto I, con SITAC - Società Italiana per il Trattamento dell'Alcolismo e le sue Complicanze e la Fondazione Fabbrica della Pace, ha organizzato l'evento *La Sindrome Feto Alcolica* questa sconosciuta. Al termine dell'incontro, al quale hanno partecipato la FNCO, il Collegio delle Ostetriche di Roma e rappresentanti del Consiglio Direttivo della CNCLO, è stato sottoscritto il Protocollo di Intesa tra FNCO e CRARL quale base per una serie di attività formative sul tema della Sindrome Feto Alcolica.



ero destinata. Un po' mi spaventava anche l'idea di non avere a disposizione tutta la tecnologia alla quale siamo abituati. Sarei inoltre stata responsabile per la clinica che prendeva in carico le vittime di violenza sessuale e non avevo mai avuto a che fare con questo tipo di attività. Tante paure ma allo stesso tempo tanta, tantissima voglia di cominciare e anche di imparare.

La sala parto era sempre attiva con una media di dieci parti al giorno. Insieme alle ostetriche congolesi assistevamo parti spontanei eutocici, parti distocici, cesarei, ventose, parti gemellari. Avevamo casi di ritenzione di placenta, di pre-eclampsia, di infezioni post-parto solo per elencarne qualcuno. In sala parto a Mweso c'era sempre da fare!

Dopo Mweso ho lavorato come ostetrica in Pakistan, Haiti, Sud Sudan, Iraq, Ciad e Sierra Leone.

La mia missione più recente è stata nella Repubblica Centrafricana a implementare i programmi per le vittime di violenza sessuale. Grazie alla mia esperienza in Congo ho scoperto un interesse per la violenza basata sul genere e, lavorando in MSF, ho avuto la possibilità di espandere le mie conoscenze lavorando con le vittime di violenza sessuale e partecipando a formazioni su questa tematica.

Ogni esperienza è diversa, ogni Paese è diverso, ogni team è composto da persone diverse, ogni realtà è diversa.

Assistere un parto per strada sotto la pioggia, acchiap-

pare al volo il terzo gemello inaspettato (non si fanno ecografie di routine) o fermarsi con la macchina per soccorrere una donna con emorragia *post partum* sono solo alcune delle esperienze vissute come ostetrica in missione con MSF. Nonostante qualche ostacolo per strada e qualche problemino in cui sono inciampata, le mie missioni con Medici Senza Frontiere sono state bellissime, interessanti, emozionanti, intense, formative, felici e ricchissime per le esperienze vissute, le persone conosciute e i posti visti. Augurerei a tutte le ostetriche di poter un giorno fare una missione, è un'esperienza in cui si dà moltissimo ma si riceve in cambio molto di più!

Medici Senza Frontiere cerca ostetriche da impiegare nei suoi numerosi progetti per la salute sessuale e riproduttiva. In questi progetti ci si occupa di assistenza alla gravidanza, al parto e al post-parto e delle rispettive complicazioni, sia in ambiente ospedaliero sia attraverso cliniche mobili. Per verificare i requisiti richiesti e inviare la candidatura online, consultate il sito www.medicisenzafrontiere.it nella sezione Parti con noi.

L'ESPERIENZA DEL PARTO A DOMICILIO IN ITALIA

Bilancio e prospettive future

Home birth experience in Italy. Analysis and future perspectives



Autrice

Franca Fronte

Ostetrica libera professionista

Contatti

Franca Fronte

f.fronte@gmail.com

RIASSUNTO

L'articolo propone un bilancio dell'evoluzione dell'assistenza al parto a domicilio in Italia, fin dal suo inizio negli anni '80. Riflettere sulle esperienze è non soltanto utile, ma indispensabile per analizzarne gli esiti, l'impulso ricevuto nel tempo e la prospettiva di sviluppo in cui collocarle.

Trascorsi quattro decenni dal recupero della nascita tra le mura domestiche, è importante comprendere come questo ambito della professione si è evoluto e quale potenzialità possiamo ancora riconoscergli, in vista di cambiamenti strutturali importanti del sistema sanitario.

ABSTRACT

This article offers an evaluation of the evolution of the home birth field in Italy starting from its inception in the 1980s. Taking time to reflect on our experiences is not only useful, but also crucial for analyzing their effects and outcomes, the way they have been received over time, and the context of development in which we should locate them. After four decades have passed since the re-discovery of home birth, it is important to understand how this area of the profession has evolved and what potential it still has within the current structural changes of the Italian health care system.

A partire dagli anni Ottanta, in Italia si è sviluppata tra le ostetriche un'attenzione nuova verso la possibilità di assistere il parto in casa, mossa anche da un'esplicita richiesta da parte delle donne: i due percorsi di fatto sono partiti in parallelo, sostenendosi vicendevolmente. Molte parole e molte energie si sono spese nel tentativo di promuovere, attualizzandola, questa modalità di nascita, che a un certo punto aveva generato non pochi entusiasmi: la partecipazione al convegno di Torino del 1996 sul parto a domicilio, organizzato dal Collegio delle Ostetriche, fu davvero superiore alle attese, al punto da imporre lo spostamento della sede per accogliere i numerosissimi partecipanti.

La proposta pareva destinata a sicuro incremento, quantomeno contando sulla possibilità che donne, operatori sanitari e istituzioni la considerassero tra le opzioni di scelta.

Nel 1990, come membro del Collegio delle Ostetriche di Torino, mi attivai per promuovere e far approvare una

delibera di rimborso delle spese sostenute dalla donna per l'assistenza prestata da libere professioniste, richiedendo anche la strutturazione di collaborazioni tra ospedali e ostetriche impegnate in questo settore, una sorta di rapporto di consulenza tra le parti che non si è finora mai concretizzato.

Negli anni seguenti venne prodotto il protocollo regionale [1], ispirato all'esperienza olandese e tuttora in vigore, che delinea la strutturazione di tutto il percorso assistenziale ed è di fondamentale supporto alla sicurezza, all'organicità e al coordinamento delle cure erogate dall'ostetrica, comprendendo tutti i passaggi necessari per offrire continuità e completezza all'assistenza. Il rimborso delle spese previsto dalla Regione è subordinato alla presentazione all'ASL di una dichiarazione in cui l'ostetrica afferma, tra il resto, di attenersi alle indicazioni del protocollo.

Un consistente numero di Regioni aveva mostrato interesse per questa innovazione, chiedendo materiale



informativo, ma ben poche in seguito l'hanno poi integrata nella pratica e attualmente la maggior parte di esse continua a non deliberare in tal senso. Al momento soltanto alcune mantengono in vigore provvedimenti che riconoscono questa opportunità e recentemente la Regione Lazio ha approvato un documento che struttura l'assistenza extraospedaliera (domiciliare, in centro nascita e in casa di maternità) secondo criteri elaborati e condivisi da un gruppo di lavoro multidisciplinare, di cui faceva parte una rappresentanza del Collegio romano [°].

Nel corso degli anni, numerosi studi condotti con gli opportuni criteri di scientificità hanno potuto dimostrare come un parto assistito in casa presenta gli stessi elementi di sicurezza di uno gestito in ospedale, a patto di impiegare **rigorosi principi quali la programmazione, la selezione delle donne, l'organizzazione accurata dei passaggi assistenziali secondo protocolli condivisi** anche a livello di istituzioni sanitarie, unitamente a **professionalità ostetrica esperta e competente**.

All'origine del nostro interesse verso questo ambito assistenziale, molta enfasi è stata data all'esperienza nordeuropea, olandese in testa [2], ultradecennale e consolidata, che ha visto in passato fino al 40% delle donne optare per la nascita fra le mura domestiche, percentuale che tuttavia per vari motivi negli anni ha subito un graduale decremento, scendendo fino al 16% in alcune aree.

Poca o nulla visibilità invece hanno sempre avuto la formazione rigorosa richiesta alle ostetriche e il sistema giuridico entro il quale le colleghe olandesi e non solo si muovono nell'esercizio della professione: uno scosta-

mento dai protocolli di assistenza in questi Paesi può significare il ritiro immediato della licenza.

A un certo punto, partendo dai dati forniti dall'enorme lavoro statistico *The European Perinatal Health Report* [3] pubblicato nel 2004, mirante a focalizzare lo stato della salute perinatale in Europa e costantemente aggiornato, è emerso che i dati di mortalità neonatale olandesi non godevano di ottima salute.

Sulla base di questi elementi, si sono analizzati due corposi studi, uno pubblicato nel 2009 [4], volto proprio ad analizzarne le cause, per verificare se la nascita in casa comportasse un aumentato rischio, e un altro pubblicato nel settembre 2014 [5].

La conclusione è stata confortante: "il parto in casa per le donne a basso rischio è certamente sicuro come quello in ospedale, a patto di disporre di **ostetriche molto ben addestrate e di un efficiente sistema di trasporto presso il più vicino centro di cura, a sua volta ben attrezzato per le emergenze**".

Per spiegare risultati complessivamente non brillanti si è puntata quindi l'attenzione su formazione e competenza del personale medico e ostetrico olandesi, e sul coordinamento tra tutti gli operatori coinvolti, intervenendo su di essi e migliorando notevolmente gli esiti.

L'analisi pone poi l'accento sulla **selezione delle gravidanze**, esplicitando i **criteri-base** con cui effettuarla: "tutte le donne individuate come a basso rischio, con feto singolo, a termine di gestazione (tra 37 e 42 settimane), e che non presentino alcun fattore di rischio medico od ostetrico individuato prima del travaglio, inclusi la presentazione podalica e il pregresso taglio cesareo [*]. Inoltre, vengono escluse le donne che resta-

Il Ministro della Salute al Parlamento: in calo gli aborti nel 2015

NEL 2015 ABORTI IN CALO DEL 9,3% E PER LA PRIMA VOLTA SOTTO I 90MILA.

ANCHE MERITO DELLA PILLOLA DEI 5 GIORNI DOPO. RELAZIONE AL PARLAMENTO SULLA LEGGE 194

Rispetto al 1983 le interruzioni di gravidanza in Italia sono più che dimezzate. Tra le possibili ultime determinanti l'eliminazione, per le maggiorenni, dell'obbligo di prescrizione medica per la pillola ellaOne.

Rimane elevato il ricorso all'IVG da parte delle donne straniere. Ma diminuiscono i tempi d'attesa.

Stabile ma sempre alta l'obiezione di coscienza tra gli operatori (il 70,7% tra i ginecologi).



Per approfondimento: *“Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza”.*

no in carico alle cure ostetriche ma che presentano fattori di rischio che includono pregressa emorragia post-parto, rottura prolungata delle membrane o feto con anomalie congenite accertate in gravidanza”. Nello studio del 2014 si conclude che: “Non è emerso un aumento del rischio di esiti avversi perinatali per parto in casa programmato tra le donne a basso rischio. I risultati possono però applicarsi solo alle aree in cui l'assistenza al parto domiciliare è ben integrata nel sistema di assistenza alla maternità”.

A livello internazionale questo lavoro è stato accolto quanto meno con interesse, al punto che il Ministero della Salute britannico ha ritenuto di potersi spingere a incoraggiare la scelta del parto in casa da parte delle donne, ferme restando le premesse rigorose esposte, e in molti altri Paesi si sta riflettendo seriamente sulla questione, supportati anche da considerazioni economiche dal momento che certamente un parto a domicilio grava sulle casse pubbliche assai meno di uno in ospedale.

Il NICE (National Institute for Health and Care Excellence), dopo aver analizzato questa mole importante di dati statistici, ha poi diffuso nel dicembre 2014 un documento [6], in cui riconosce la sicurezza del parto in casa in questi termini: “Per le donne al loro secondo o successivo figlio, la nascita in casa o in un centro di maternità (*“midwifery unit”*), unità ostetrica indipendente, che segue un percorso di fisiologia, rappresentano opzioni egualmente sicure. Le *midwifery unit* sono adiacenti a reparti di ostetricia ospedalieri, o indipendenti ma situate a breve distanza dal punto nascita. Tuttavia, per le primipare a basso rischio la seconda può essere la scelta migliore, ma nessuna donna a basso rischio può essere forzata a partorire in un luogo o nell'altro: la sua scelta va supportata”. Questa considerazione scaturisce dal fatto che, come riportato nel

documento, nelle primigravide si sono registrati “più bambini nati con gravi problemi di salute: nove per 1.000 da parto pianificato in casa, cinque per ogni 1.000 neonati nelle altre opzioni”.

La Presidente della Confederazione delle Ostetriche del Nord America si pronuncia sul parto domiciliare in questi termini: “Alcune condizioni di salute presentano rischi più elevati. A volte non c'è un'unica “bandiera rossa” che li evidenzia, ma una serie di piccole “bandiere rosa”, il che può suggerire che una donna non è una candidata per il parto in casa. Valutare questi rischi potenziali e consultare altri professionisti della salute è necessario e fondamentale per la sicurezza in tutte le opzioni di scelta. La valutazione del rischio è una competenza di base che deve essere insegnata alle ostetriche”.

Già l'OMS, nelle raccomandazioni note come *Tecnologia appropriata per la nascita* (1985) aveva chiaramente delineato alcune questioni: “Il parto, a condizione che sia a basso rischio, ha solo bisogno di stretta osservazione da parte di un'ostetrica dotata di formazione e specializzazione, capace di rilevare i primi segni di complicanze. Non ha bisogno di intervento, ma di incoraggiamento, sostegno e un po' di “tenera cura amorevole”. Linee guida generali possono essere date su ciò che deve essere messo in atto per proteggere e sostenere la nascita normale. Tuttavia, ogni Paese disposto a investire in questi servizi deve adattare queste linee guida alla propria situazione specifica e alle esigenze delle donne, al fine di garantire adeguatamente le donne a basso, medio e alto rischio e coloro che sviluppano complicanze. Uno dei compiti principali del *caregiver* è il rinvio a un livello più alto di attenzione se si manifestano fattori di rischio o in caso di insorgenza di complicanze, ammesso che tale rinvio a un più alto livello di cura possa essere facilmente realizzato” [7].

In Italia qual è la situazione, più di tre decenni dopo l'inizio dell'esperienza assistenziale domiciliare? Analizzando il dato statistico numerico, **dagli anni Ottanta non è sostanzialmente cresciuta** come ci si sarebbe potuto attendere, riguardando ancora attualmente circa un po' meno dello 0,1% di tutte le nascite, secondo il rapporto Cedap pubblicato a febbraio 2015 [8].

Pur tenendo conto della possibilità di anomalie nella registrazione dei dati, e rilevando un maggior ricorso al parto a domicilio in alcune regioni piuttosto che in altre, resta un ambito fortemente limitato, "di nicchia". Se, come si dice, "il tempo è il miglior giudice", appare evidente che in questo caso l'esperienza non ha attecchito più di tanto, dunque varrebbe la pena di chiedersi quali sono gli elementi che ne hanno verosimilmente inibito l'affermazione e la crescita.

Questa analisi si rivela tanto più necessaria nel contesto attuale, in cui è forte la spinta verso la riduzione drastica dei punti nascita, processo ormai irreversibile, che potrebbe potenzialmente produrre un incremento di richieste di assistenza a domicilio.

Innanzitutto il primo aspetto della questione, che è anche quello fondamentale per dare impulso all'evoluzione della richiesta da parte delle donne, è il **consenso sociale**, che necessita di un forte impianto metodologico-organizzativo per poter generare attenzione, considerazione e, in definitiva, accettazione in termini di possibilità.

Sul sito *SaperiDoc* si analizza la situazione in questi termini: "Il parto a domicilio rappresenta attualmente una realtà marginale nel nostro Paese. Le motivazioni per le quali questa opzione viene poco utilizzata dalle donne sono varie e diverse e comprendono, tra altre, la non completa integrazione fra professioniste e professionisti territoriali e ospedalieri/i, la difficoltà a ottenere un'assistenza a domicilio, il costo dell'assistenza. **Un ulteriore elemento è rappresentato, senza dubbio, dalla percezione di una minore sicurezza del parto domiciliare rispetto a quello istituzionale**" [9].

Questa percezione, diffusissima tra le donne e gli stessi professionisti della nascita (molte ostetriche incluse), dovrebbe essere elemento su cui riflettere con molto realismo.

Per risultare convincente l'idea di far nascere un figlio in casa, occorre analizzare dati statistici sulla sua sicurezza, e questi li abbiamo, ma è altrettanto **fondamentale dimostrare come categoria professionale di saper applicare quei criteri di rigore e prevenzione che si sono rivelati efficaci per garantire il massimo della sicurezza all'evento**.

La riflessione fondamentale che dobbiamo fare, nell'interesse primario delle donne e dei neonati *in primis*, ma anche in quello di noi ostetriche, coinvolte nella gestione del parto a domicilio, è se siamo consapevoli dell'importanza di assumere un'identità precisa nel momento in cui ci occupiamo di questo settore dell'assistenza, caratterizzata da esperienza reale e consistente di gestione del parto maturata dopo la formazione di base: qualche anno in una sala parto è di vitale importanza

per acquisire prontezza diagnostica, competenza clinica su numeri che a domicilio sono impensabili e su situazioni differenti tra loro, automatismi assistenziali determinanti nelle situazioni di emergenza.

Il rigore nella selezione delle donne, l'aderenza a criteri definiti di programmazione dei passaggi assistenziali, la correttezza nella relazione con i centri ospedalieri e gli operatori (ostetriche, medici, servizio di emergenza) che eventualmente potrebbero essere coinvolti in caso di necessità, rappresentano poi elementi irrinunciabili per riconoscerli credibili e affidabili.

Nell'assistenza al parto in casa, in questi anni, **accanto a lodevoli, responsabili e accorti atteggiamenti assistenziali si è dovuto prendere atto di altri del tutto estranei a questi principi**: presentazioni fetali non diagnosticate, valutazioni errate del peso fetale stimato, gestione di pregressi cesarei, non previsti a domicilio dalle linee guida nazionali e internazionali [10] e in condizioni di sicurezza precarie (lontananza dal centro ospedaliero attrezzato per l'emergenza), mancata predisposizione di materiale sanitario indispensabile per un corretto trattamento delle urgenze, mancato collegamento preparto con le strutture ospedaliere e i servizi di emergenza, trasferimenti tardivi in ospedale, a distanza anche considerevole di ore dall'arresto della progressione della dilatazione, dal raggiungimento della dilatazione completa e dal secondamento, e altre situazioni.

Di questo dobbiamo serenamente prendere atto, con molta umiltà, facendo un esame di coscienza collettivo non solo utile, ma ormai indispensabile, perché notoriamente "fa più rumore l'albero che cade della foresta che cresce".

Diversamente, il rischio che corriamo è quello di distorcere la prospettiva da cui osserviamo l'esperienza assistenziale domiciliare, e di vedere ostacoli al suo progredire al di fuori di queste riflessioni (istituzioni che non supportano, medici e ostetriche ostili, etc.), mentre è altamente probabile che, se analizziamo con lucidità cosa non ha funzionato in questi decenni, si possa darle un impulso rinnovato e crescente.

C'è un aspetto della faccenda che solleva interrogativi e riguarda **linee guida, protocolli internazionali e locali, EBM, principi tanto richiamati quanto trascurati nella pratica**. In questo ambito, è impensabile non tenere conto dei limiti operativi dell'ostetrica, a cui compete solo la fisiologia, e delle norme giuridiche, che servono a delimitare l'"area di sicurezza" in cui l'evento si dovrebbe svolgere.

Non è peregrino riconoscere il potenziale fortemente penalizzante sulla crescita dell'esperienza globale di assistenza a domicilio di chi opera decidendo secondo il proprio sentire quali elementi integrare nella pratica e quali no, ma senza criteri di aderenza al bisogno di esercitare secondo scienza, coscienza e norme, e senza tenere conto che le informazioni su modi di operare ed esiti circolano, diventano oggetto di analisi e critica, approdando anche nelle istituzioni che dovrebbero sostenere questa modalità assistenziale, e se qualcosa va storto anche nei tribunali.

Le linee guida sono per definizione “raccomandazioni sviluppate sistematicamente per assistere professionisti e pazienti nella scelta delle modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche”, e non si capisce perché molte di noi faticino a utilizzarle nella pratica, tenendo conto inoltre che rappresentano strumenti di tutela importanti a fronte di contenziosi medico-legali, in cui il professionista deve dimostrare di averle applicate e giustificarsi plausibilmente in caso contrario.

Acquisire già a livello di formazione di base il messaggio che **esulare dalle proprie competenze significa creare le condizioni per il verificarsi di possibili effetti avversi** sui due soggetti dell'assistenza, offre all'ostetrica una prospettiva corretta nel suo approccio con questo peculiare e impegnativo ambito professionale.

Il **punto debole** della questione va dunque focalizzato: stante la connotazione professionale dell'assistenza erogata, **la mancata adozione di comportamenti uniformi, coerenti con le esigenze di sicurezza, corretti sul piano della rispondenza alle evidenze scientifiche e alle raccomandazioni di appropriatezza**, non solo può danneggiare donne e neonati, ma **allontana drasticamente il consenso rendendo attaccabile sia il professionista che l'esperienza del parto in casa**, esponendo entrambi a spietate analisi critiche, oltre a compromettere per molto tempo la possibilità di far cambiare opinione a chi osserva con occhio obiettivo o meno i fatti.

Dunque, a fronte di una pratica che potrebbe essere la prova del fuoco della nostra competenza, serietà e capacità di gestirci in autonomia, a distanza di molti anni da quei lontani momenti di euforia si insinua la **sensazione di aver perso almeno in parte un treno**, magari non sempre come singoli, ma come categoria sì: quello dell'appropriazione totale di uno spazio possibile di espressione della professionalità, apprezzato a un certo punto del percorso anche da chi manifestava scetticismo, e quello della conferma delle premesse (di metodo diligente, correttezza e rigore) che parevano essere patrimonio condiviso all'interno della categoria, e inizialmente capaci di scalfire timori, perplessità, prese di distanza, ma che soprattutto, ancora oggi e per sempre, sono riferimenti irrinunciabili per un'assistenza rispettosa dell'integrità e del diritto a un'esperienza sicura per la madre e il bambino.

Se non guardiamo avanti nell'ottica di un progetto condiviso, potremmo addirittura doverci misurare anche con sgradevoli interventi della sfera giuridica nella vita privata.

Nel frattempo, è sopraggiunto nel 2014 il comunicato espresso pubblicamente e con risonanza mediatica dalla SIGO, per voce del suo Presidente, in cui il parto in casa viene osteggiato con decisione, dispiegando persino informazioni non veritiere (come la presenza, in certi Paesi, di un'ambulanza sotto casa durante il travaglio, chimera planetaria) a supporto del messaggio, ma portando oggettivi dati statistici che impongono un'analisi non riduttiva [11].

Recentemente anche la SIN ha emesso un comunicato critico sulla nascita in casa, discussa nel corso del suo

ultimo convegno nazionale, pur se accompagnato da indicazioni per garantirne la sicurezza nel caso venga scelta, a cui ha fatto seguito una dettagliata argomentazione della FNCO [12].

In questi anni si è anche riflettuto sul diritto della donna di decidere qualunque cosa per sé e sulla necessità come ostetriche di andare incontro a ogni richiesta assistenziale, circostanze che non trovano appigli giuridici in Italia (mentre nel Regno Unito, ad esempio, le maglie legislative sono più ampie). La questione è che anche in questi frangenti dobbiamo misurarci con le norme giuridiche, le quali prevedono che la persona sia correttamente informata su quanto il professionista può e deve fare, ma non il contrario, ossia che lo stesso compia atti non conformi al suo profilo di competenza, anche se la persona lo richiede, potendosi trovare essa stessa pesantemente coinvolta sul piano giudiziario in caso di evento avverso. Sostenere una donna significa cercare insieme a lei la strada migliore per andare incontro ai suoi bisogni, ma non a qualunque condizione. Detto questo, sulle scelte condivise non ci sarebbe da obiettare, ma certo se si opera secondo criteri diversi da quelli finora analizzati è probabile che aumenti la diffidenza istituzionale verso l'attivazione di iniziative a sostegno dell'esperienza domiciliare, specie se non tutto fila liscio.

La sentenza Ternovsky del 2012, riguardante il ricorso di una donna ungherese alla Corte Europea dei Diritti Umani per veder riconosciuta la sua facoltà di scegliere il luogo del parto, poiché in Ungheria è proibito per legge alle ostetriche di assistere a domicilio, ritenendo che in patria vi fosse violazione dell'art. 8 della Convenzione dei diritti dell'uomo, ha prodotto in Italia un'interpretazione distorta del suo contenuto.

È opportuna una precisazione delle affermazioni pronunciate da più parti, che hanno accompagnato anche una serie di giuste e necessarie iniziative di rivendicazione circa la necessità di garantire rispetto alle donne durante il loro percorso di maternità, soprattutto al momento del parto, ma che sono partite da una premessa errata riguardo al pronunciamento. La Corte Europea si è infatti espressa nei confronti dell'Ungheria semplicemente invitandola a coordinare le sue norme giuridiche in materia di scelta assistenziale, poiché ha rilevato un conflitto tra due articoli di legge: una che consente alla persona di rifiutare un trattamento sanitario, l'altra che vieta alle ostetriche di assistere parti in casa, e un conseguente vuoto normativo che stride con l'art. 8. Nessun riferimento al fatto che una donna possa decidere qualunque cosa, anche potenzialmente nociva per sé e per il nascituro, né tantomeno sull'obbligo del sanitario di accettare qualsiasi richiesta della donna.

La Corte infatti non interviene sulle norme in vigore nei singoli Stati, né mai interverrà a favore o contro l'assistenza al parto a domicilio, poiché le sue competenze si fermano sia dove il singolo Stato ha legiferato in materia, sia dove non c'è consenso tra gli Stati su un determinato argomento, pur richiamando al rispetto di determinati principi giuridici.

Non va tralasciata una riflessione sul dibattito incombente, sospeso ma molto attuale e conflittuale, riguardante l'“atto medico”, che potrebbe modificare in senso cruciale e fortemente restrittivo l'autonomia ostetrica, evento avviabile soltanto dimostrando collegialmente di saper applicare una pratica seria, competente e rispettosa dei limiti intrinseci a ciascuna professione.

Sarebbe importante aprire un dibattito allargato sulla questione, alla luce delle drastiche revisioni della spesa sanitaria e delle timide ma ancora molto frenate aperture istituzionali verso questa forma di assistenza: recuperare il tempo e l'esperienza lasciati indietro potrebbe rappresentare davvero la sfida della categoria per il futuro, nemmeno tanto lontano, aprendo reali spazi operativi nuovi, ad esempio all'interno delle Aziende sanitarie tramite rapporti di consulenza strutturati sul modello nordeuropeo. Provare a produrre un documento nazionale, da una parte propositivo e concreto per le istituzioni, dall'altra che orienti le ostetriche impegnate in questo ambito, rispettoso di tutte le variabili sopra esposte ma che sia anche adottato in maniera scrupolosa nella pratica assistenziale, può rappresentare il primo e cruciale passo per acquisire potere contrattuale e non vanificare decenni di tentativi di affermazione di principi di rigore, e davvero potrebbe convincere i tanti scettici (opinione pubblica, medici, ostetriche, istituzioni) sulla praticabilità e sicurezza della nascita fra le mura domestiche, su cui siamo in tanti a credere.

Note

[*] I pregressi TC non sono inclusi tra le situazioni gestibili a domicilio dalle linee guida olandesi, NICE, ACOG, dai protocolli regionali attualmente in uso in Italia, né dalle linee guida italiane sul taglio cesareo dell'ISS: “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”.

L'OMS, al punto 7 delle raccomandazioni contenute nel documento *Tecnologia appropriata per la nascita* – 1985, raccomanda testualmente: “Parti vaginali, dopo un cesareo, dovrebbero essere di norma incoraggiati dove è possibile disporre di un servizio di emergenza per eventuale intervento chirurgico”. Murray Enkin, nel famoso testo *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth* – Oxford University Press – 2000, già sottolineava come “qualunque reparto di ostetricia capace di intervenire su complicanze più frequenti come la placenta previa, il distacco di placenta, il prolasso di funicolo e la sofferenza fetale acuta dovrebbe saper gestire con sicurezza la prova di travaglio dopo taglio cesareo pregresso sul SUI”.



- [°] Protocollo assistenziale per il parto a domicilio, in centro nascita e in casa maternità – <http://urly.it/21rsh>
- [1] www.ostetrichetorinoasti.it/documentazione/parto_domicilio
- [2] Midwifery in the Netherlands – Report 2015 – <http://bit.ly/2hWR5wQ>
- [3] The European Perinatal Health Report – 2004 – <http://bit.ly/2gJv5nR>
- [4] Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births – De Jonge A, et al. BJOG 2009 – <http://bit.ly/2hPiAfz>
- [5] Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743,070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases – De Jonge A, et al. – BJOG 2014 – <http://bit.ly/1lXlJg>
- [6] NICE recommends home births for some mums – <http://bit.ly/1rUJrqH>
- [7] Appropriate technology for birth – The Lancet – 1985 – <http://bit.ly/2h9d8Am>
- [8] Cedap – Analisi dell'evento nascita – Pubbl. 2015 – <http://bit.ly/2hRVmW6>
- [9] Assistenza alla nascita in casa – SaPeRiDoc – <http://bit.ly/2gX8RnA>
- [10] Linee guida per l'assistenza a partorienti sane e neonati e per la scelta del setting del parto – trad. Lg NICE a cura di N.Cartabellotta et al. – GIMBE – 2015 – <http://bit.ly/2i0YjQj>
- [11] “Sigo bocca incentivi a parto in casa, sbagliati e pericolosi” – <http://bit.ly/2hGNsc>
- [12] “Parto in casa, nati 500 bambini. Sin: «Ma in Italia è un rischio»” <http://bit.ly/2hd2YyK> – Risposta FNCO: www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=46210

L'Agenas ha pubblicato l'edizione 2016 del Programma Nazionale Esiti (PNE)

Uno strumento comparativo per valutare le cure

Il Programma Nazionale Esiti (PNE), che è sviluppato da Agenas per conto del Ministero della Salute, non produce classifiche, graduatorie o pagelle ma fornisce, a livello nazionale, valutazioni comparative di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure prodotte nell'ambito del Servizio sanitario.

La Tabella nella pagina accanto riporta in sintesi cosa è PNE, le potenzialità e limiti della valutazione

L'edizione PNE 2016, sui dati aggiornati al 2015, analizza 165 indicatori: 66 di esito/processo, 70 volumi di attività e 29 indicatori di ospedalizzazione. Le novità più rilevanti rispetto all'edizione 2015 del Programma Nazionale Esiti riguardano:

- l'introduzione di nuovi indicatori nell'area ortopedica, pediatrica e di angiologia;
- la pubblicazione di analisi sintetiche delle strutture ospedaliere;
- il potenziamento degli strumenti di *audit* per l'identificazione di problematiche relative alla qualità dei dati utilizzati per il calcolo degli indicatori del PNE;
- l'aggiornamento del corso di formazione a distanza, accreditato ECM, in grado di supportare gli operatori nella comprensione e nel corretto utilizzo dei risultati del PNE;

- la possibilità di scaricare l'App del Programma;
- l'inserimento di strumenti di infografica.

La nuova edizione fornisce dati relativi alle valutazioni sintetiche per struttura, specifiche per area clinica (*tree-map*). Gli ambiti assistenziali ospedalieri considerati nella valutazione sintetica riguardano 7 aree cliniche: cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto e osteomuscolare.

IL PNE rende, inoltre, disponibili le schede sintetiche per la valutazione della variabilità regionale attraverso i *Median Odds Ratio* (MOR) per i seguenti indicatori:

1. Proporzioni di parti con taglio cesareo primario;
2. Intervento chirurgico per TM mammella: proporzione di interventi effettuati in reparti con volume di attività superiore ai 135 casi;
3. Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni;
4. Ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete.

Per l'area di interesse ostetrico è sufficiente cliccare su "Taglio cesareo - Cosa sapere" nel menu "PNE Informa".

Il PNE 2016 è pubblicato sulla home page del sito della FNCO (www.fnco.it/news/programma-nazionale-esiti--pne--edizione-2016.htm).

Programma Nazionale Esiti - PNE

PNE è uno strumento di valutazione a supporto di programmi di audit clinico e organizzativo

"PNE non produce classifiche, graduatorie, giudizi."

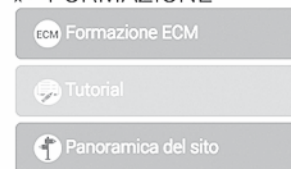
APP



PNE INFORMA



FORMAZIONE





Ministero della Salute



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

COSA È PNE? POTENZIALITÀ E LIMITI DELLA VALUTAZIONE

- Il Programma Nazionale Esiti (PNE) è un'attività istituzionale del SSN: **uno strumento operativo** a disposizione delle regioni, delle aziende e degli operatori **per il miglioramento delle performance e per l'analisi dei profili critici, attraverso attività di audit.**
- **PNE si integra con i programmi regionali**, che possono utilizzare ulteriori sistemi informativi non ancora disponibili a livello nazionale. **PNE non valuta solo l'assistenza ospedaliera ma fornisce indicazioni utili, seppure indirette, sulla qualità dell'assistenza territoriale.**
- Ogni indicatore di esito misura caratteristiche diverse del processo assistenziale e ha peso diverso in termini di rilevanza del problema e impatto sulla salute. Nella edizione 2016 sono state inserite le valutazioni sintetiche di struttura specifiche per area clinica (**treemap**). Per tutti gli indicatori inclusi nella valutazione sintetica sono state individuate le strutture con valori estremi. Tali strutture sono selezionate per i programmi di audit sulla qualità dei dati sanitari e clinico/organizzativi.
- Gli indicatori di esito si concentrano su **interventi sanitari di provata efficacia** che dovrebbero essere offerti a tutta la popolazione in condizioni di equità. **PNE documenta una estrema eterogeneità nell'offerta e accesso della popolazione ai trattamenti di provata efficacia sia all'interno della stessa realtà regionale sia tra regioni.** Parte di questa eterogeneità potrebbe essere determinata dalla variabilità nella qualità dei sistemi informativi sanitari e parte dalla variabilità nella qualità delle cure offerte.
- **Le evidenze scientifiche e gli stessi dati di PNE dimostrano che la pubblicazione dei dati di esito e l'utilizzo di queste misure come strumento di governo del sistema (es. indicatori Direttori Generali) migliora la qualità delle cure.** Un uso, però, riduttivo e meccanicistico delle misure di esito per definire incentivi o sanzioni può determinare effetti indesiderati e opportunismi di codifica dei sistemi informativi, che rischiano di inficiare le valutazioni. Il miglioramento progressivo osservato in termini di valori medi nazionali mostra però una sempre maggiore distanza tra le aree del nord e quelle del sud del Paese.
- **L'utilizzo delle misure di esito per la scelta dei luoghi di cura può riguardare una parte limitata delle misure di esito, in particolare interventi di elezione e non di emergenza.** Nell'edizione 2016 sono state introdotte delle infografiche per la rappresentazione della associazione tra volumi di attività ed esito e per la valutazione della qualità di assistenza al parto.
- Le attività di audit condotte negli ultimi anni hanno dimostrato l'importanza di condurre valutazioni sulla qualità dei dati dei sistemi informativi sanitari e di attivare processi di audit clinico ed organizzativo. La collaborazione con le **società scientifiche** si è dimostrata essenziale per allargare gli ambiti di valutazione, per garantire processi di audit indipendenti e per proporre linee guida per la codifica di diagnosi e procedure nei sistemi informativi sanitari.
- Il Programma Nazionale Esiti non è solo valutazione comparativa di esito tra strutture e per gruppi di popolazione, ma anche valutazione comparativa tra interventi (tra diversi modelli organizzativi, tra tipologie di intervento chirurgico, ecc.) e individuazione dei fattori dei processi assistenziali che determinano esiti, tra cui i **volumi di attività.**
- Il Decreto Ministeriale del 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", previsto dalla Spending review del 2012, identifica, le soglie minime di esito e di volume di attività di alcune attività cliniche. Il Decreto stabilisce che tali soglie si applicano a tutti i soggetti pubblici e privati accreditati e che "le misure e le stime di riferimento e di verifica per i volumi di attività e gli esiti sono quelle prodotte dal Programma nazionale esiti (PNE) di Agenas". E' prevista inoltre una revisione di tali soglie sulla base delle evidenze disponibili.
- Il DM 21 giugno 2016, adottato in applicazione dell'articolo 1, commi 524-530 della Legge di Stabilità, disciplina i **"Piani di efficientamento e riqualificazione"** e prevede che il Programma Nazionale Esiti (PNE) renda disponibile, in un'area riservata del sito web dedicato, la valutazione di ciascuna struttura ospedaliera e la metodologia applicata.

All'Ospedale San Camillo de Lellis di Rieti due delle sale parto dedicate ad Accumoli e Amatrice

Autrici

Bernardina Campanelli

*Coordinatrice Ostetrica,
UOC di Ostetricia e Ginecologia
Ospedale San Camillo de Lellis di Rieti*

Annagrazia Ridolfi

**Ivana Dina De Gasperis
Alessandra Rinaldi
Fabiola Ciferri
Sara De Sisto
Maria Lucia Lalle
Alessia Ciammetti
Flavia Mastrodonato**

Silvia Barone

**Daria Cesaretti
Valentina Strinati
Rosa Cesaretti
Chiara Di Virgilio**
*Ostetriche,
UOC di Ostetricia e Ginecologia
Ospedale San Camillo de Lellis di Rieti*

Il terremoto colpisce il cuore della nostra Italia. Amatrice e Accumoli sono i comuni della provincia di Rieti distrutti dalla furia di un evento della natura che ha portato con sé paura, disperazione e morte.

Duecentottantaquattro sono le vite spezzate, trecentotantasette i feriti in Ospedale. Una provincia intera inghiottita da un dolore lancinante, noi operatori sanitari tutti disponibili e desiderosi di essere utili e "poter fare". Centinaia di volontari e tanti i soccorsi.

Nel nostro Ospedale San Camillo de Lellis di Rieti si vivevano giorni di solo dolore, ma mai nessuno di noi ha perduto la speranza, trovando la forza di agire negli occhi di chi arrivava pieno di dolore.

In sala parto la prima donna che arrivò fu una ragazza accompagnata da suo padre.

I loro corpi erano ricoperti dal grigio della polvere delle loro case distrutte, un colore che per tutti noi è simbolo di distruzione materiale e psicologica.

Non dimenticheremo mai quell'istante in cui la sonda dell'ecografo ci permise di tornare a respirare e di credere ancora nella forza della vita.

Un battito che in tutti noi, spaventati e terrorizzati, restituì la forza che credevamo aver perso.

Arrivarono poi altre mamme, i posti in Ospedale erano oramai esauriti. Passavano i giorni e le scosse non smettevano, ancora ci accompagnano nelle nostre giornate, ma la forza di reagire è più forte della paura.

Tanti sono i bambini nati dopo quella notte, bimbi arrivati a ricordarci che la vita vince sempre sulla morte.

Bimbi nati nella nostra bella e moderna sala parto: le tre sale, chiamate *Puket*, *Grand Canyon* e *Armonia* e decorate con raffigurazioni di lontane e esotiche località, ci trasmettevano una strana sensazione.

Sì, perché, dopo quella tragica notte, ogni volta che una nuova

vita nasceva di fronte a quelle immagini "irreali" faceva nascere il desiderio di sostituirle con immagini "reali" che ognuno di noi portava dentro di sé.

Grazie al nuovo Responsabile della UOC



Sala Amatrice





di Ostetricia e Ginecologia, il professor Felice Patacchio-
la, che aveva vissuto la propria infanzia e adolescenza
proprio in quei luoghi, il 30 dicembre 2016 due di quelle
stupende sale hanno cambiato nome e oggi sono intito-
late ad *Amatrice* e ad *Accumuli*.

Ha conservato il proprio nome la sala *Armonia*, dove una
ampia e bella vasca per il parto in acqua continua ad
accogliere e offrire con il massimo della nostra profes-
sionalità un modo naturale e fisiologico per venire al
mondo. Per *Ri-Nascere in Armonia* con la natura.

FNCO a portata di App

A breve sarà disponibile l'**Application per smartphone della FNCO**, un servizio che la Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche ha previsto per meglio rispondere alle esigenze delle iscritte. Anche attraverso questo strumento le ostetriche potranno avere un accesso diretto alle informazioni sulle attività e sui servizi offerti dall'Ente. **La FNCO sarà quindi a portata di app.**

L'APP È FREE

Sarà gratuita per tutte le ostetriche iscritte ai Collegi. Ogni ostetrica potrà scegliere se usarla o meno, perché non è vincolante. È disponibile per *smartphone* che usano sistema Android e sistema Apple.



È FACILE DA USARE

Inserendo il proprio indirizzo *mail* ogni ostetrica potrà avere accesso all'*App*, che avrà un'interfaccia immediata e di facile lettura. Sarà così possibile accedere a tutte le informazioni relative alle attività e ai servizi offerti dall'Ente, consultare le circolari, i comunicati stampa e accedere a tutti i documenti pubblicati sul sito istituzionale. **L'ostetrica/o potrà inoltre chiamare la FNCO, semplicemente cliccando un tasto dell'*App*, scrivere una e-mail e usare altre utili funzioni.**

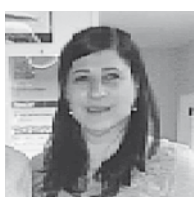
ADOTTA SISTEMA NOTIFICHE PUSH

L'*App* userà un sistema di notifiche *push*, che è un modo snello e veloce per facilitare e rendere sempre più diretto il rapporto tra le ostetriche e la FNCO. **Sul proprio smartphone un segnale di notifica** indicherà l'arrivo di circolari, la segnalazione di eventi, la *newsletter* trimestrale e tutte le attività di interesse per la Categoria.



La rilevanza della formazione in counselling per la gestione dei conflitti

The importance of relational competencies for management of conflicts



Autrice

Mara Mattioli

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

Contatti

Mara Mattioli

mara.mattioli@unibo.it

RIASSUNTO

Educare, nel counselling, prende l'etimologia originaria, far emergere, portare alla luce, in questo caso il meglio dalle persone. Il mondo sanitario è una micro società con regole formali e informali a volte complesse che differiscono dal mondo di tutti i giorni. Il grande male che affligge la sanità è la depersonalizzazione. Per fortuna se ne sta accorgendo anche la sanità stessa che da un po' di anni insegna ai suoi operatori a dire le cose seguendo delle indicazioni e a gestire le relazioni in un modo appropriato ed efficace. Gli operatori sanitari sono a tutt'oggi la categoria più colpita dalla sindrome da burn-out, vera e propria patologia professionale legata ai livelli di stress emotivo-relazionali. Le aree più interessate dal counselling in sanità sono: area della prevenzione, area della comunicazione, area della mediazione, area della procreazione assistita. I conflitti nel mondo sanitario sono all'ordine del giorno e nascono quasi tutti da "difetti" di comunicazione. Esistono metodologie per arginare questo problema. La formazione è il punto fondamentale per raggiungere degli obiettivi. Le competenze comunicative possano essere insegnate, apprese, trasferite e migliorate attraverso l'elaborazione e la pratica.

Parole chiave

Counselling, sanità, conflitto, formazione.

ABSTRACT

Teaching (training), in the counselling field, means to bring out, to spotlight the best of people.

The healthcare system is like a small society, with its formal and informal rules, that sometimes differ from those ones of everyday life. The big problem of the healthcare system is the depersonalization.

Luckily, the same healthcare worker is taking consciousness of it and that is why, since few years, learning courses of how to tell things following different steps, of how to manage relationships in an appropriate and valid way, have been teaching to workers. The healthcare workers are the very victims of burn out syndrome, real and proper professional disease related to emotional-relational stress levels.

Counselling fields in the healthcare are: prevention, communication, mediation and assisted procreation area. In sanitary world conflicts are a very common problem; they derive mostly from communication defects. It is important to stress that methods to stop this problem do exist. Training is the strongest keypoint to reach these goals.

Communicative skills can be taught, learnt, transferred and improved throughout elaboration and practice.

Keywords

Counselling, healthcare system, conflicts, training.

Introduzione

Ogni relazione andrebbe costruita tenendo presente la specificità della persona, la sua età, i suoi valori, la sua percezione, il problema emergente e il vissuto che lo accompagna, le priorità, nonché il contesto socio-culturale di riferimento che è sullo sfondo. Nel processo assumono particolare importanza qualità personali e abilità dell'operatore che possono favorire atteggiamenti

funzionali alla relazione e al suo mantenimento. È importante acquisire la consapevolezza che comunicare non è solo "informare", ma deve essere inteso come la possibilità di ascoltare l'altro; ma ascoltare vuole dire anche permettere agli altri di prendere la parola, creare un ponte virtuale in cui la notizia passi dall'erogatore al fruitore senza subire distorsioni.



Per una comunicazione efficace in ambito professionale esiste il valore aggiunto delle competenze di *counselling*. Il *counselling* in ambito socio-sanitario in Italia è un mondo articolato, diffuso sul territorio con molte e differenti strutture ed esperienze per cui di difficile descrizione generale. Un primo dato significativo: il mondo socio-sanitario italiano è stato il primo a introdurre il *counseling*, addirittura prima che la parola inglese fosse introdotta nel nostro Paese e prima ancora che si strutturassero scuole e associazioni di categoria. Ovviamente perché, pur con sfumature diverse, tutti gli ambiti sanitari presentano da sempre un filo che li lega saldamente al *counselling*: quelle socio-sanitarie sono professioni di aiuto alla persona. Questa spinta si è via via andata strutturando e le varie aree sanitarie, dagli ospedali alle case di cura per anziani, dai servizi di consultorio agli ambulatori medici, dal pubblico al privato, in questi ultimi dieci anni hanno attivato progetti di *counselling*. E qui possiamo rilevare un secondo dato. Quasi tutti questi progetti sono a termine, in altre parole non sono strutturati per diventare permanenti, anche se pare che in tal senso negli ultimi due anni si stia avviando un'inversione di tendenza.

Nonostante l'eterogeneità del mondo socio-sanitario possiamo individuare alcune aree più interessate dal *counselling*.

La prima macroarea è quella denominata di prevenzione. In tal senso si sono sviluppati vari progetti, a scadenza ma ripetuti negli anni, in particolar modo orientati alla prevenzione delle malattie infettive e dei disturbi alimentari. Quindi l'aspetto educativo proprio del *counselling* trova uno spazio fertile nel mondo sanitario. Parte della salute dipende dal comportamento e il comportamento non può essere modificato né con degli ordini perentori né con la pura informazione. Il *counseling* offre una possibilità di ascolto privo di giudizio e

una modalità educativa che permette di lavorare sulle risorse delle persone e sulla loro reale capacità di prendersi cura di se stesse. Educare, nel *counselling*, prende l'etimologia originaria, far emergere, portare alla luce, in questo caso il meglio delle persone.

Una seconda area in cui il *counselling* interviene è quella comunicativa. Molti sono i progetti e i corsi per aggiungere alla formazione dei diversi professionisti del settore i cosiddetti "*counselling skills*", ovvero le competenze di *counselling* necessarie per migliorare le abilità di comunicazione e relazione, che permettono per esempio ai medici di fare aderire meglio i pazienti al progetto terapeutico. Il grande male che affligge la sanità è la depersonalizzazione. Per fortuna se ne sta accorgendo anche la sanità stessa che da un po' di anni insegna ai suoi operatori a dire le cose seguendo delle indicazioni e a gestire le relazioni in un modo appropriato ed efficace. Qualche corso di Laurea ha attivato Master di *Counseling* per operatori sanitari e molti corsi vengono fatti in tal senso.

Un aspetto meno noto del *counselling* è invece evidenziato in ambito sanitario: questo ambito è quello della mediazione. Il *counselor* è una figura preparata a fare da mediatore tra l'individuo e se stesso, ovvero ciò che prova e pensa, tra l'individuo e gli altri individui, e tra l'individuo e la società. Il mondo sanitario – in particolar modo le strutture ospedaliere – è una micro società con regole formali e informali a volte complesse che differiscono dal mondo di tutti i giorni. Questo causa davvero molti problemi e a volte inficia anche l'andamento terapeutico. In tal senso ci sono alcune esperienze interessanti specialmente in reparti di neonatologia e terapia intensiva, dove l'intervento di *counselling* ha permesso di migliorare la qualità d'intervento per tutti i soggetti coinvolti, dagli operatori ai pazienti e, in modo particolare, ai parenti.

Una quarta area in cui il *counselling* trova un impiego ampio e sempre più consolidato è la procreazione assistita. Molti centri privati e pubblici affiancano a percorsi diagnostici e terapeutici in questo settore anche interventi di carattere sia psicologico che di *counselling*, volti ad affrontare aspetti di fallimento, dolore fisico, stress generale che accompagnano chi ha problemi di procreazione. Quest'area evidenzia bene le differenze di applicazione tra gli interventi di tipo psicologico e gli interventi di *counselling* perché spesso si vedono entrambi al lavoro. Infine vale la pena citare la presenza rara, ma ad altissimo gradimento, di sportelli di *counselling* rivolti al sostegno degli operatori sanitari. Gli operatori sociosanitari sono a tutt'oggi la categoria più colpita dalla sindrome da *burn-out*, vera e propria patologia professionale legata ai livelli di stress emotivo-relazionale, che affligge gli operatori delle professioni di aiuto.

Il conflitto

Prima di tutto dobbiamo differenziare il contrasto dal conflitto:

- definiamo *contrast* i "difetti" di comunicazione riconducibili alla dimensione di contenuto, ovvero divergenze di opinioni;
- definiamo *conflitti* i "difetti" di comunicazione afferenti alla dimensione della relazione. In queste situazioni, il contenuto della comunicazione passa in secondo piano poiché la relazione si sposta prevalentemente sulla relazione, dunque sul "come" si sta comunicando e non tanto sul "cosa".

Il conflitto non è necessariamente negativo, ne è antitetico alla pace: può ad esempio aiutarci a identificare casi in cui i bisogni fondamentali di qualcuno sono non soddisfatti, oppure casi di carenze di giustizia e di forti disuguaglianze nella società in cui viviamo. L'aspetto principale della trasformazione dei conflitti è il conflitto stesso. Per poter affrontare quest'esperienza bisogna comprendere a fondo cosa sia il "conflitto" e saperlo distinguere dagli altri elementi correlati.

La soluzione di un conflitto è un particolare processo decisionale che ha lo scopo di affrontare il conflitto, gestendolo e/o risolvendolo, in modo che siano salvaguardati valori fondamentali quali il rispetto per la dignità umana e per la legittimità di ogni persona coinvolta, la partecipazione e il

coinvolgimento di tutti, l'accettazione dell'altro e la realizzazione di relazioni non violente.

Il problema comunicativo investe sia l'interazione tra professionisti di diversa formazione, sia la relazione tra pari. Riunire dei lavoratori in una squadra e organizzarli, non sempre significa ottenere immediatamente dei risultati positivi. Tutti i gruppi, indipendentemente dai ruoli che svolgono, sviluppano regole o norme vere e proprie che governano una grande varietà della vita quotidiana. I processi interni del gruppo, aiutano a mantenere le norme dando stabilità al gruppo. Il conflitto interno tra i membri del gruppo può causare divisione o dissoluzione del gruppo se non viene adeguatamente affrontato.

La comunicazione

Comunicazione significa letteralmente "mettere in comune". Ciò che viene messo in comune nella comunicazione non sono beni materiali ma "messaggi" che esprimono intenzioni, sensazioni, pensieri, sentimenti, informazioni. Il termine "comunicazione", nella quotidianità, è usato in differenti accezioni, sia per intendere l'invio di un messaggio a qualcuno, a voce o con altro mezzo, sia per riferirsi a uno scambio informativo bidirezionale, secondo l'accezione più propria.

È importante acquisire la consapevolezza che comunicare deve essere inteso non solo come "informare", ma anche come la possibilità di ascoltare l'altro; ascoltare vuole dire permettere agli altri di prendere la parola, creare un ponte virtuale in cui la notizia passi dall'erogatore al fruitore senza subire distorsioni.

È fondamentale premettere che in un ambito delicato come quello sanitario e di aiuto non esistono "ricette" o frasi standard attraverso le quali rendere una relazione accogliente. Le risposte fornite dall'operatore nella rela-



Apnee del sonno in gravidanza legate a diabete e ipertensione

Diversi studi hanno dimostrato che le donne possono avere più di un motivo valido per iniziare la gravidanza a un peso sano e a un'età più giovane possibile, due condizioni che possono anche ridurre le probabilità di soffrire di apnea del sonno.

Francesca Facco dell'University of Pittsburgh's Magee-Women's Hospital ha condotto uno studio osservazionale su più di 3.000 donne nullipare che erano state sottoposte a test di valutazione per i disturbi respiratori nel sonno a domicilio, prima e durante la gravidanza.

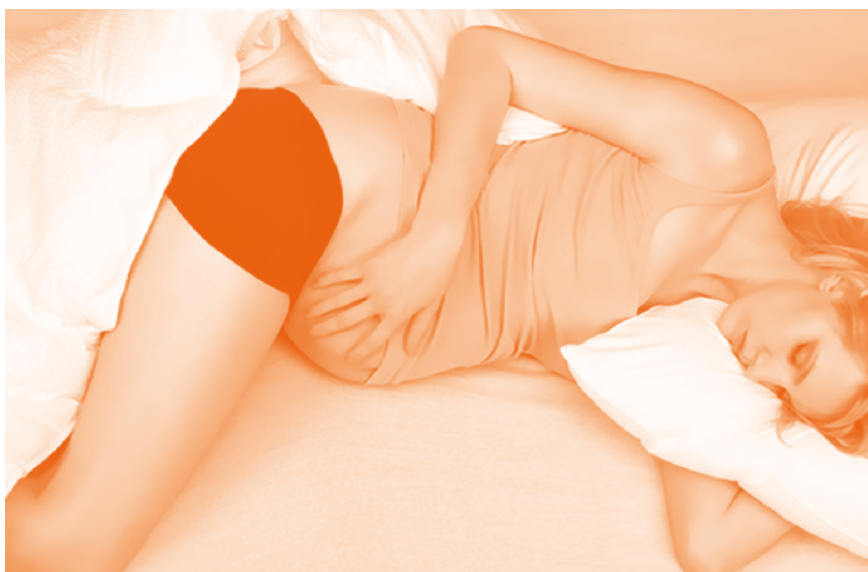
Complessivamente, il 6% delle donne osservate ha avuto una preeclampsia, il 13% ha avuto disturbi ipertensivi legati alla gravidanza e il 4% ha sviluppato diabete gestazionale.

All'inizio della gravidanza, le donne con apnea mostravano il 94% in più di probabilità di sviluppare preeclampsia, il 46% in più di probabilità di avere disturbi ipertensivi e oltre il triplo in più di probabilità di sviluppare il diabete rispetto alle donne senza disturbi respiratori del sonno.

Lo studio ha così evidenziato che le donne che avevano avuto un'apnea del sonno mostravano anche il doppio di probabilità di sviluppare preeclampsia e fino a 3,5 volte in più di probabilità di sviluppare diabete mellito gestazionale.

Un limite dello studio è la possibilità, per i test di sonno a domicilio, di lasciare inosservati alcuni casi di apnea, potenzialmente sottovalutando la prevalenza di disturbi respiratori nel sonno. Altri ricercatori hanno osservato che anche se questo studio non ha trovato un legame diretto tra l'apnea ostruttiva del sonno (OSA) e l'ipertensione o il diabete, sarebbe opportuno consigliare a tutte le donne che iniziano una gravidanza di raggiungere e mantenere un peso adeguato e di cercare d'iniziare la gravidanza in giovane età.

Fonte: *Obstet Gynecol*, 2016



zione con l'utente e con gli operatori, sono sempre l'esito di un processo basato sulla comunicazione verbale e non verbale, nel "qui e ora". La capacità dell'operatore sanitario di realizzare una relazione accogliente si basa su elementi sia soggettivi, sia tecnici:

- la consapevolezza di sé;
- la percezione del proprio ruolo e degli obiettivi della propria professione;
- l'apprendimento di tecniche e atteggiamenti comunicativi.

Le cause della difficoltà di comunicazione fra sanitari sono:

- la complessità e la dinamicità del sistema sanitario;
- i bisogni degli assistiti, che spesso si manifestano inaspettatamente e richiedono quindi scambi informativi non programmati tra sanitari già oberati di impegni;
- la numerosità dei sanitari, di differenti discipline, che intervengono nelle cure di un paziente, anche nell'arco di una giornata, talvolta in luoghi diversi, con conseguenti limiti nella possibilità di interazioni *face-to-face*;

- la tensione storica e il rapporto gerarchico tra le diverse categorie professionali;
- i diversi stili di comunicazione appresi e la diversa terminologia impiegata;
- i processi comunicativi poco efficaci;
- i contenuti e la modalità del comunicare.

La comunicazione chiara e precisa aiuta a decidere mentre l'ambiguità crea confusione.

La probabilità di creare malintesi diventa maggiore quando permettiamo che i nostri progetti personali, come la dimostrazione di qualche capacità o il desiderio di sottrarsi alla ripulsa o al ridicolo, intorbidino ciò che stiamo cercando di comunicare.

Per avere una buona comunicazione non basta rendere comprensibili le proprie idee, ma occorre anche capire ciò che sta dicendo l'interlocutore.

Certi problemi di comunicazione nascono dalle differenze dei modi di parlare, come la scelta del momento, le pause, il ritmo, il tono la gestualità del discorso e così via.

Può accadere che non si registri mentalmente ciò che l'altro sta effettivamente comunicando. Ciò può verificarsi per insensibilità nei confronti di determinati argomenti, ma spesso anche per ipersensibilità e difesa. Le domande possono essere cause di malintesi e sofferenze.

Formazione

La formazione ha un ruolo molto importante nel campo della trasformazione dei conflitti: essa, infatti, può sensibilizzare circa le cause e le dinamiche dei conflitti presenti nell'ambiente in cui si lavora e rafforzare le competenze per affrontare il conflitto, nonché creare la necessaria sensibilità verso le conseguenze, previste e imprevedute, di specifiche attività.

Formare gli attivisti, formare i formatori e le terze parti può, inoltre, contribuire a sostenere e rafforzare le persone che lavorano per un cambiamento della società attraverso la trasformazione costruttiva dei conflitti, può costruire reti di supporto e di *empowerment* di queste persone che altrimenti lavorerebbero isolate, e può

altresì diffondere sensibilità e competenze tra persone che ricoprono ruoli strategici, contribuendo così a creare quella che metaforicamente potremmo chiamare la "massa critica".

L'aspetto principale della trasformazione dei conflitti è il conflitto stesso. Per poter affrontare quest'esperienza bisogna comprendere a fondo cosa sia il "conflitto" e saperlo distinguere dagli altri elementi correlati.

I principi base per comprendere l'idea di "conflitto" sono:

- Capire il conflitto;
- Definizioni di conflitto;
- Cause del conflitto;
- Conflitto e cultura;
- *Escalation* del conflitto.

La trasformazione dei conflitti ha un obiettivo centrale: Costruire il cambiamento costruttivo grazie all'energia prodotta dal conflitto. La trasformazione dei conflitti deve poter rispondere alle sfide della vita, ai bisogni, alla realtà, vede la pace come obiettivo centrale per la qualità delle relazioni. In questo senso, "pace" va intesa come un processo, una dimensione dinamica, adattabile ed elastica; essa è determinata dallo sforzo di affrontare il sorgere di conflitti attraverso un approccio che si occupa dei problemi e accresce la comprensione, l'equità e il rispetto reciproco.

Spostare il processo di conflitto verso un dialogo costruttivo è lo scopo ultimo per raggiungere un reciproco assestamento. La comunicazione interpersonale è un fondamento essenziale della società.

L'idea di "trasformazione" implica che i facilitatori costruiscano un piano di azioni per il conflitto, supportando le persone coinvolte nel conflitto per permettere loro di realizzare più pienamente il proprio potenziale come esseri umani, promuovendo "relazioni corrette", relazioni caratterizzate da riconoscimento dell'altro, uguaglianza, rispetto, empatia, responsabilità e incoraggiando le parti a porre attenzione ai bisogni gli uni degli altri.

MODALITÀ DI COMUNICAZIONE

COMUNICAZIONE VERBALE IL COSA (10-30%)

COMUNICAZIONE NON VERBALE IL COME (50-70%)

COMUNICAZIONE PARAVERBALE IL COME (30-50%)

COMUNICAZIONE NON VERBALE

Sguardo, espressioni viso, mani e braccia, gambe, postura, distanza, abbigliamento, gestione del territorio, le labbra, lo sguardo.

COMUNICAZIONE PARAVERBALE

Tono, velocità, volume, cadenza, inflessioni dialettali, trascinamenti, pause.

ESEMPI DI ESERCIZI

TITOLO	OBIETTIVO
1 I CONFLITTI INTORNO A NOI 120 minuti	L'esercizio vuole rendere i partecipanti consapevoli dei conflitti che stanno vivendo e su come li stanno affrontando. Aiuterà ad esercitare l'osservazione e le competenze analitiche, specialmente per distinguere tra il conflitto il modo in cui esso è agito. Ne scaturirà molto materiale per ulteriori analisi.
2 IL PROPRIO MODO DI INTENDERE IL CONFLITTO 45-60 minuti	L'esercizio renderà i partecipanti consapevoli del loro concetto di "conflitto" e del loro atteggiamento verso il conflitto.
3 FORME DI VIOLENZA 30 minuti	L'esercizio ha l'obiettivo di rendere i partecipanti consapevoli delle diverse forme di violenza, allargare il loro orizzonte e realizzare che la violenza fisica/psicologica non è l'unico problema.
4 ESCALATION DEL CONFLITTO 40 minuti	L'esercizio ha l'obiettivo di rendere i partecipanti consapevoli delle dinamiche dell'escalation e serve come base per la discussione teorica seguente.

ESEMPI DI ESERCIZI

TITOLO	OBIETTIVO
5 ANALIZZARE L'ESCALATION 90 minuti	Con questo esercizio i partecipanti potranno applicare la teoria dell'escalation del conflitto a dei casi concreti. Si esprimeranno ad osservare i diversi livelli di conflitto e a inserirli al contesto.
6 INDICATORI DELL'ESCALATION 90 minuti	L'esercizio renderà i partecipanti consapevoli del loro concetto di "conflitto" e del loro atteggiamento verso il conflitto.
7 GLI ATTORI E LE LORO RELAZIONI 90 minuti	L'esercizio farà conoscere ai partecipanti uno strumento di analisi che li aiuterà a conoscere meglio un conflitto, in particolare modo gli attori e le loro relazioni.
8 MAPPARE POSIZIONI, INTERESSI E BISOGNI 90 minuti	L'esercizio farà familiarizzare i partecipanti con uno strumento di analisi che consentirà loro di capire meglio un conflitto, specialmente i suoi attori, le sue posizioni, interessi e bisogni.

Maggiori rischi per i reni dei bambini di mamme che fumano in gravidanza

Le donne che fumano durante la gravidanza hanno maggiori probabilità di dare alla luce bambini con danni renali rispetto alle gestanti non fumatrici. Questo dato emerge da uno studio condotto in Giappone e pubblicato dal *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*.

“Il fumo in gravidanza è stato legato per lungo tempo a nascite pretermine e bambini sottopeso, nonché a un’ampia gamma di difetti alla nascita. Lo studio, che ha analizzato i dati di 44.595 bambini, offre evidenze aggiornate circa il fatto che i reni sono tra gli organi a maggior rischio di danni”, ha commentato **Maki Shinzawa**, ricercatrice di salute pubblica all’Università di Kyoto in Giappone e autrice principale dello studio.

“Il fumo di sigaretta – ha proseguito – rilascia nicotina e altre sostanze dannose o potenzialmente tali, come ossido nitrico, policarbonato e monossido di carbonio, alcune delle quali attraversano la placenta e possono influire sulla programmazione fetale dei reni durante la gravidanza”.

I bimbi del campione che erano esposti a fumo passivo a casa sembrano presentare anche un maggior rischio di proteinuria rispetto a quelli che non vivevano con fumatori, ma la differenza non è abbastanza grande da escludere la possibilità che si tratti di una casualità.

Fonte: *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 2016



Conclusioni

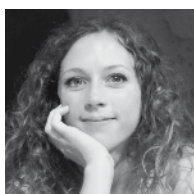
È una grande sfida soprattutto cercare di “catturare” tutta la ricchezza e la diversità degli approcci. La formazione è il punto fondamentale per raggiungere degli obiettivi. L’operatore lavora con i partecipanti e questi, a loro volta, lavorano all’interno del conflitto. Il problema è, piuttosto, come scegliere in maniera appropriata quel formatore per quel percorso formativo: persone che possano assicurare, insieme ai partecipanti, che gli stessi partecipanti trasferiranno le competenze acquisite in formazione, in modo da avere dei risultati, una sfida ambiziosa e impegnativa da molti punti di vista. Le *équipe* di formazione hanno un grande valore. Lavorare in *team* mostra indirettamente ai partecipanti che si ottengono migliori risultati quando i singoli lavorano insieme. La possibilità di incidere positivamente sul conflitto è alta se, durante il percorso formativo, i partecipanti riescono a fare un collegamento tra i contenuti della formazione e la loro situazione, individualmente e con il loro conflitto come gruppo. Creare questo collegamento fa parte del lavoro dell’operatore. Queste competenze possono essere insegnate, apprese, trasferite e migliorate attraverso l’elaborazione e la pratica; inoltre, se un numero abbastanza grande di persone usa queste competenze, ciò aiuterà a creare relazioni meno conflittuali nella società.

Riferimenti bibliografici

- Albano R. e Paccagnella L., La ricerca sociale sulla comunicazione, Roma, Carocci 2006
 Berater. Revised edition. Bern: Freies Geistleben, 2004
 Bozarth J. D., La Terapia centrata sulla persona. Sovera Roma, 2001
 Crespi F., Sociologia del linguaggio, Roma-Bari, Laterza 2005
 Daniele Novara, La grammatica dei conflitti. L’arte maieutica di trasformare le contrarietà in risorse, Sonda, 2011
 Dawn Freshwater, Le abilità di Counselling, percorsi di sviluppo delle competenze relazionali per infermieri e ostetriche, Edizione italiana a cura di Loredana Sasso e Maria Antonietta Bianco, Ed. Mc Graw-Hill
 Fisher J. E., La negoziazione vincente, Milano, McGraw-Hill
 Ginger S., Ginger A., La Gestalt. Terapia del contatto emotivo, Ed. Mediterranee, 2004
 Glasl F., Confronting Conflict. A First-Aid Kit for Handling Conflict. Hawthorne Press (UK), 1999
 Gordon T., Leader efficaci, Ed. La meridiana, 1997
 Rogers C., La Terapia centrata sul cliente. Psycho, Martinielli, Fi, 1998
 Rogers C., Un modo di essere, Ed. Giunti 2012

L'ostetrica di famiglia: un nuovo modello assistenziale

The family midwife: a new model of care



Autrice

Mariangela Clemente

Ostetrica volontaria presso l'Ospedale Miulli di Acquaviva delle Fonti (BA).

Conduce corsi di preparazione al parto

Ha ideato il "Progetto Aurora"

Contatti

Mariangela Clemente

mariangelaclemente@pec.it

RIASSUNTO

Questa ricerca parte dal contesto territoriale del Comune di Laterza e nasce dallo scarso utilizzo del Consultorio nel Percorso Nascita da parte dei cittadini, dall'usuale viaggio presso studi privati per la salvaguardia della gravidanza, dalla chiamata del territorio a prendere in carico la donna a seguito di una dimissione precoce nei pochi ospedali sopravvissuti nelle vicinanze territoriali. La ricerca mira ad apportare un progetto per migliorare l'assistenza dell'area materno-infantile.

Nella prima parte dello studio è stata effettuata un'indagine conoscitiva sul perché le donne laertine si rivolgono al Consultorio e sulla motivazione della scelta contraria. Nella seconda parte è stata valutata la possibilità di dedicare a ogni donna un'ostetrica che le raggiunga nella propria casa nel momento in cui nasce un bisogno e ne è stata rilevata la richiesta da parte delle donne.

Esaminando un arco temporale di un anno, solo il 2% delle donne divenute madri si è rivolta al Consultorio contro il 98%. È stato selezionato un campione casuale a cui sottoporre i questionari della ricerca. È emerso che il 74% delle donne intervistate desidera un'ostetrica che le raggiunga a domicilio per bisogni fondamentali.

In risposta è stato elaborato un nuovo modello assistenziale: l'ostetrica di famiglia. Questa figura è stata inserita in un Servizio di Assistenza a domicilio dedicato ai cittadini laertini, offerto a tutte le puerpere dimesse e a tutte le donne che ne facciano richiesta fuori dal puerperio.

Parole chiave

Comunità, percorso nascita, consultorio, ostetrica, famiglia.

ABSTRACT

This research starts from Laterza town local context and is born of a low utilization by citizens of the free clinic, in the steps leading to the birth, from the usual journey to private offices for the protection of pregnancy, from the appeal to the territory to take charge of the woman as a result of an early release by the few hospitals left nearby. The research aims to define a project to improve maternal and child care.

In the first part of the study, a survey has been conducted into the reason why the women of Laterza turn to free clinic and why they don't. In the second part, the possibility of trusting each woman to a midwife who meets her at home when the need comes was considered and the request from women for this was found.

By examining a period of one year, only 2% of the new mothers turned to free clinic, compared with 98%. The survey's questionnaires were presented to a selected random sample. It was found that 74% of women surveyed want a midwife to meet at their own home to satisfy the basic needs.

In response, a new welfare model was built: the "family midwife". This role was part of a home care service for the citizens of Laterza, offered to released women who have just given birth and all women who so request outside the puerperium.

Keywords

Community, birth path, clinic, midwife, family.

Introduzione

Lo studio nasce dalla necessità di effettuare una valutazione dell'utilizzo dei servizi consultoriali da parte delle donne abitanti del Comune di Laterza, focalizzando l'attenzione sul Percorso Nascita.

La prima parte dello studio è stata definita dall'analisi dei risultati dell'indagine conoscitiva sulla motivazione che spinge le donne che abitano nel Comune di Laterza a scegliere il consultorio per la sorveglianza della gravidanza e dall'analisi della motivazione contraria.

Sulla base della relazione di intimità e di affidamento che si viene a creare tra un'ostetrica e una donna, è stata valutata la possibilità di dedicare a ogni donna un'ostetrica che la raggiunga nella propria casa nel momento in cui nasce un bisogno, al fine di incrementare la qualità dell'assistenza fatta a misura dell'utente. Lo studio si è allargato quindi nel valutare la richiesta dell'ostetrica a domicilio sul territorio e i bisogni che l'avrebbero resa necessaria.

Analisi territoriale

Laterza è un comune italiano della Provincia di Taranto con 15.260 abitanti.

L'assistenza di tipo consultoriale è nelle mani del Consultorio familiare di Ginosa che ha dato la disponibilità, ai cittadini laertini, di beneficiare delle attività di un'ostetrica e di un medico ginecologo nel loro Comune un giorno alla settimana, il mercoledì, presso il Poliambulatorio.

L'unica ostetrica che ricopre la sua funzione nel Consultorio di Ginosa risponde alla domanda di salute fisica, psichica e sociale dei Comuni di Ginosa Marina e Laterza, come stabilito dall'Asl di Taranto, ed è chiamata anche alla gestione degli impegni dell'ambulatorio di ostetricia e ginecologia nei Comuni di Ginosa e di Laterza.

Progetto della ricerca

La ricerca mira ad apportare un progetto che ha come scopo quello di migliorare l'assistenza dell'area materno-infantile nel territorio di Laterza.

Lo studio sperimentale ha presentato principalmente due obiettivi. In primo luogo identificare il numero degli abitanti del Comune che ricorrono all'assistenza consultoriale, quanti non usufruiscono dei servizi del consultorio e la ragione delle rispettive azioni. In secondo luogo proporre la possibilità di chiamare un'ostetrica a domicilio, il che è funzionale nel garantire la continuità assistenziale sul territorio.

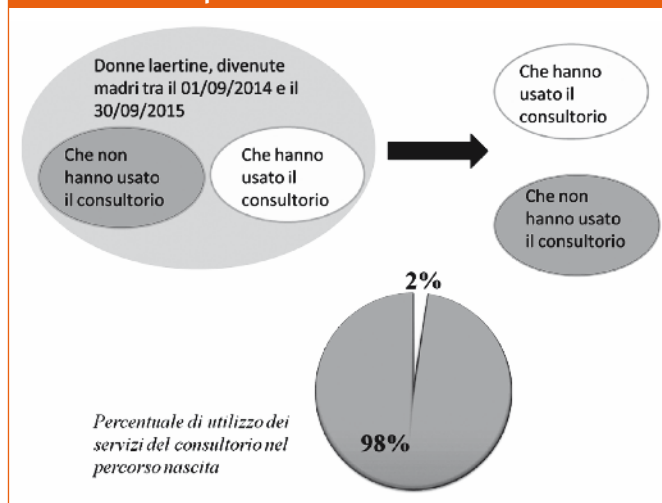
Materiali

Il progetto si è realizzato nel mese di ottobre 2015 mediante l'utilizzo dei seguenti materiali:

- un questionario anonimo da sottoporre alle donne che si sono rivolte al consultorio nel quale si chiede la motivazione della scelta fatta;
- un questionario anonimo diverso da sottoporre alle donne che non si sono rivolte al consultorio nel quale si chiede la motivazione della scelta fatta;
- un questionario anonimo da sottoporre a tutte le donne con cui si chiede se avrebbero usufruito di un'ostetrica a domicilio e la ragione della necessità;
- una griglia per l'analisi dei risultati dell'indagine conoscitiva sulle donne afferenti al consultorio;
- una griglia per l'analisi dei risultati dell'indagine conoscitiva sulle donne non afferenti al consultorio.

Il foglio utilizzato si compone di due parti: nella prima parte è stato inserito il questionario che indaga sulla motivazione della scelta o non scelta del consultorio. Nella seconda parte, il questionario che affronta la tematica dell'assistenza ostetrica a domicilio. Quest'ultimo prevede la possibilità di esprimere la necessità di un'ostetrica a domicilio e di scegliere quali sarebbero stati i bisogni ripartiti nei quattro settori di competenza ostetrica: gravidanza, parto, puerperio e ambito ginecologico.

Figura 1. Stratificazione della popolazione laertina nell'utilizzo dei servizi del consultorio nel percorso nascita



Metodi

La popolazione viene stratificata in due gruppi: da una parte le donne che hanno seguito la gravidanza nel consultorio, dall'altra le donne che non hanno seguito la gravidanza nel consultorio.

L'estensione territoriale è limitata al Comune di Laterza. L'estensione temporale scelta è la data del parto nel periodo compreso tra il 1° settembre 2014 e il 30 settembre 2015.

Il numero e la composizione del gruppo della popolazione afferente al consultorio secondo i criteri predetti, è stata ottenuta dal registro delle prestazioni effettuate dal consultorio.

Il numero e la composizione del gruppo della popolazione che ha scartato l'ipotesi di recarsi al consultorio è stato definito analizzando il registro delle nascite nel periodo di riferimento presso l'Ufficio Igiene di Laterza ed eliminando dal gruppo i nomi dei nati le cui madri erano state seguite al consultorio.

Si estrae un campione casuale da ogni strato. Tutto questo garantisce la rappresentatività di ciascun gruppo. Alle donne rientrate nei due gruppi di studio, sono stati sottoposti i questionari personalmente nella loro abitazione o intervistandole presso l'Ufficio Igiene di Laterza dopo averne avuto l'autorizzazione.

Risultati

Riassumendo il quadro dei risultati ottenuti dalla ricerca (Figura 1), si afferma che il 98% delle donne non ha scelto il consultorio come strumento per il controllo della gravidanza. In questa porzione della popolazione l'87% delle donne intervistate non è andata al consultorio perché ha preferito seguire la gravidanza nello studio privato di uno specialista che lavora in ospedale, confortate dalla possibilità di ritrovarlo in sala parto.

Solo il 2% delle donne ha scelto il consultorio per il monitoraggio della gravidanza. In questa percentuale, il 50% delle donne intervistate ha preferito questa struttura per la qualità dei servizi, il restante 50% lo ha fatto per la vicinanza con la propria abitazione.

L'affluenza del 2% determina un'incapacità dell'ostetrica del consultorio di conoscere le donne che si trovano in gravidanza, accompagnarle nel percorso nascita e seguirle a domicilio nel puerperio.

Poiché le osservazioni che appartengono a un gruppo di donne della popolazione di Laterza ci portano a considerare che esse possano appartenere all'intero insieme della popolazione, possiamo affermare che le donne laertine non si affidano al consultorio per la salvaguardia della gravidanza, ma hanno l'abitudine di scegliere un ginecologo che lavora in ospedale e raggiungerlo nel suo studio per il controllo della gravidanza.

Considerando che nell'arco temporale esaminato, delle 4 donne che hanno utilizzato i servizi del consultorio per la gravidanza, la metà erano straniere, possiamo aggiungere che il 50% delle donne che ricorrono al consultorio è straniera. La motivazione con molta probabilità sta nella gratuità delle prestazioni derivate dalla tutela sociale della gravidanza e della maternità.

Dalla seconda parte del progetto rappresentata dallo sperimentare un nuovo modello assistenziale individuato nella figura dell'ostetrica a domicilio, si evidenzia il desiderio del 74% delle donne intervistate di poter contare su un'ostetrica sul territorio di Laterza che le raggiunga nel loro domicilio.

Figura 2. Distribuzione della frequenza percentuale delle motivazioni che hanno portato a utilizzare il consultorio

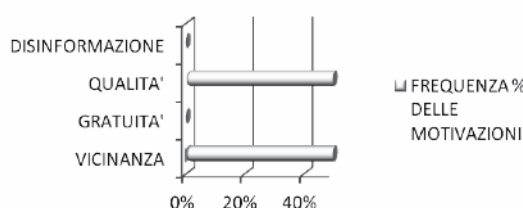
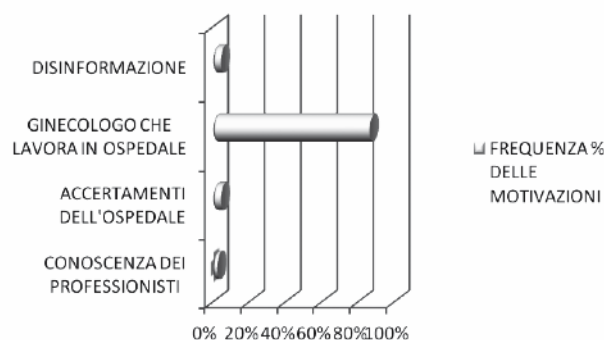


Figura 3. Distribuzione della frequenza percentuale delle motivazioni che hanno portato a non utilizzare il consultorio



Accanto a questo, dalle stesse donne è stata rilevata una richiesta di salute per bisogni fondamentali, tra i quali spicca una più grande domanda per:

- assistenza al travaglio, parto, post-partum fisiologici (80%);
- sostegno assistenza e cura della mamma e del bambino (58%);
- conduzione corsi di preparazione al parto (58%);
- sorveglianza dello stato di salute materno-fetale (45,2%);
- prevenzione, educazione, rieducazione (38,7%);
- controllo e assistenza alla gravidanza e individuazione precoce del rischio (35,4%);
- prevenzione primaria e secondaria dei tumori della sfera genitale (35,4%) (Figure 2, 3, 4 e 5).

Discussione: un nuovo modello assistenziale

Alla luce di questo panorama territoriale, di un appropriato utilizzo di servizi al fine di evitare il rischio di vuoti assistenziali e della chiamata del territorio a prendere in carico la donna a seguito della dimissione precoce, occorre costruire un nuovo modello assistenziale.

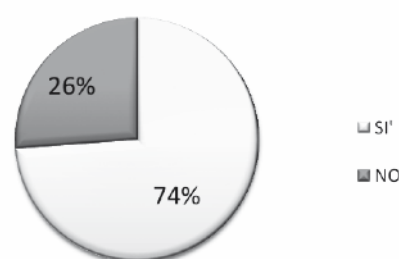
La mia proposta è di inserire la figura dell'ostetrica nel contesto dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

L'ADI è un servizio sanitario e sociale erogato dall'Azienda USL nell'ambito dell'Area Territoriale, in collaborazione con i Comuni, che permette ai cittadini che ne hanno bisogno di essere assistiti a casa propria con programmi personalizzati.

Tutti i Centri Nascita saranno incaricati di fornire alla sede del servizio ADI di Laterza, il nominativo di ogni puerpera laertina dimessa. L'ADI invierà l'ostetrica a effettuare tre visite domiciliari alla donna. In caso di necessità, l'assistenza ostetrica potrà trasformarsi conseguentemente in interventi domiciliari più lunghi. Per tutti i casi che si discostano dalla fisiologia puerperale e neonatale, l'ostetrica sarà tenuta a informare il medico responsabile del servizio ADI e da qui definire un piano di assistenza collegiale.

Figura 4. Valutazione della richiesta di un'ostetrica che operi a domicilio sul territorio

Sulla base dell'esperienza vissuta, avresti chiamato un'ostetrica a domicilio?



La domanda di Assistenza Domiciliare Integrata gestita dall'ostetrica al di fuori del periodo puerperale dovrà essere posta al centro ADI territoriale direttamente dalla donna, da parenti di primo grado oppure dal medico di famiglia, dal ginecologo, dal pediatra. L'ADI invierà l'ostetrica per una prima consulenza e da qui procederà alla definizione di un piano di assistenza.

Conclusione

Un modello assistenziale così organizzato potrà garantire una risposta immediata e diretta alla donna in tutto il suo ciclo vitale: pubertà, gravidanza e menopausa. Oggi si lavora per attuare un sistema che copra il vuoto assistenziale che esiste subito dopo la nascita, ma la situazione non è ottimale nelle restanti fasi sessuali-riproduttive della donna. Famiglie che non sanno come fornire un'educazione sessuale ai figli adolescenti, coppie che devono scegliere un metodo contraccettivo, ragazze che hanno paura di affrontare una gravidanza, i cambiamenti, le prime contrazioni, donne che non accettano la chiusura della loro fertilità, rimangono con le loro domande chiuse in casa per timidezza o perché semplicemente non sanno chi è il professionista competente a cui rivolgersi. Per un'ostetrica entrare in queste case non significa solo raggiungere ogni donna, ma diventare un'ostetrica di famiglia.

È necessario che si crei una fitta rete di collegamenti tra il medico di base, il consultorio, l'ostetrica e l'ospedale, perché nessuna donna rimanga fuori. Il medico di famiglia è il primo a ricevere la notizia della gravidanza, è lui che deve informare la donna dell'offerta attiva del consultorio a tutela della maternità e dall'altra parte deve dare la notizia al consultorio, che si appresterà a inviare al domicilio della donna l'invito a presentarsi in consultorio. Il controllo della fisiologia della gravidanza sarà offerto interamente dal consultorio, a pochi chilometri dall'abitazione della gestante. Solo le visite specialistiche saranno rimandate alla struttura ospedaliera.

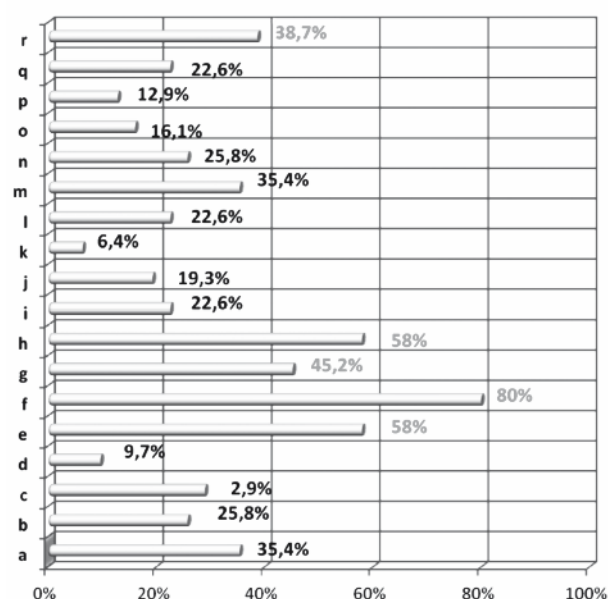
L'ostetrica incaricata dell'assistenza domiciliare integrata diventa quindi la costante a cui rivolgersi prima, durante e dopo la nascita del bambino. È lei che potrà inviare la donna alla struttura ospedaliera a seguito della diagnosi di travaglio attivo ed è lei che sarà lì ad attenderla al rientro a casa dopo la dimissione precoce.

In futuro probabilmente le donne saranno più consapevoli delle capacità di partorire, in grado di gestire il proprio corpo e di scegliere il parto in casa a una analgesia epidurale. Questo diventerà possibile solo quando l'ostetrica starà in uno stretto contatto con la donna, solo quando l'ostetrica sarà diventata una ostetrica di famiglia.

Fonti bibliografiche

1. Guana M, Cappadona R, Di Paolo AM, Pellegrini MG, Piga MD, Vicario M. La disciplina ostetrica. 2ª edizione: Giugno 2011. Editrice McGrawHill

Figura 5. Distribuzione di frequenza dei bisogni che rendono necessaria l'assistenza ostetrica a domicilio



FREQUENZA % DI :

- a) ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA;
- b) VALUTAZIONE DEL RISCHIO DEL PARTO;
- c) PROCESSO GENITORIALE;
- d) EDUCAZIONE ALLA SALUTE;
- e) CORSI DI PREPARAZIONE AL PARTO;
- f) ASSISTENZA AL TRAVAGLIO, PARTO, POST-PARTUM;
- g) SORVEGLIANZA DELLA SALUTE MATERNO-FETALE;
- h) ASSISTENZA E CURA DELLA MAMMA E DEL BAMBINO;
- i) ALLATTAMENTO AL SENO;
- j) EDUCAZIONE ALLA SALUTE SANITARIA E SESSUALE;
- k) SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA;
- l) CORSI POST-PARTUM;
- m) PREVENZIONE DAI TUMORI;
- n) EDUCAZIONE ALLA SALUTE E ALLA SESSUALITA';
- o) PREVENZIONE MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE;
- p) ASSISTENZA E SOSTEGNO GINECOLOGICO;
- q) CONSULENZA CONTRACCEZIONE, INFERTILITA' E STERILITA'
- r) PREVENZIONE, EDUCAZIONE, RIEDUCAZIONE.

2. Divisione distrettuale Azienda Sanitaria Locale Taranto
3. Analisi della popolazione residente per sesso, anno di nascita e stato civile in Laterza al 31.12.2014. Fonte: Comune di Laterza (TA)
4. Quadro dei nuovi nati richiamati alla vaccinazione. Fonte: Ufficio Igiene di Laterza (TA)

La FNCO organizza a Roma il percorso formativo per Dirigenti di categoria accreditato ECM "Le professioni sanitarie e il sistema ECM: presente e futuro"

Nel pieno rispetto del Codice Deontologico, nonché di quanto previsto dal Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992, come integrato dal Decreto Legislativo n. 229 del 19 giugno 1999, la/il professionista ostetrica/o aderisce individualmente e per il tramite degli organi istituzionali che lo rappresentano al programma nazionale di ECM, il sistema organizzato e istituzionalizzato volto a mantenere elevata e al passo con i tempi la professionalità degli operatori della sanità, a tutela del professionista e del cittadino.

La partecipazione attiva della Federazione Nazionale Collegi Ostetriche e dei Collegi provinciali e interprovinciali delle Ostetriche nell'ambito del Programma Nazionale ECM, quali enti certificatori e garanti della professionalità dei propri iscritti, colloca tali istituzioni in un terreno senz'altro più vicino al professionista, al cittadino e al Sistema Salute e anche al Sistema di vigilanza da parte dell'Anac.

Con queste premesse la FNCO ha organizzato per i Dirigenti di Categoria un percorso formativo accreditato ECM dal titolo "Le professioni sanitarie e il sistema ECM: presente e futuro", che si terrà a Roma il 24 febbraio 2017 presso l'Hotel Massimo D'Azeglio.

"Le professioni sanitarie e il sistema ECM: presente e futuro"

Roma, Hotel Massimo D'Azeglio - 24 febbraio 2017

Moderatori

Dott.ssa Silvia Vaccari
Vice Presidente FNCO

Dott.ssa Marilisa Coluzzi
Segretario FNCO

Dott.ssa Antonella Cinotti
Consigliere FNCO

- 10.45 **Presentazione**
Dott.ssa Maria Vicario (Presidente FNCO)
- 11.00 **Il secondo triennio certificato ECM 2014-2016. Cenni di dossier formativo**
Dott. Sergio Bovenga (Presidente Cogeaps)
- 11.45 **L'offerta formativa e le regole del III° Triennio certificato 2017-2019**
Ing. Matteo Cestari (Responsabile tecnico Cogeaps)
- 12.15 **L'evoluzione e le differenze di Sistemi ECM 2014-2016**
Dott.ssa Silvia Falsini (Componente Commissione Nazionale ECM)
- 12.45 **Una metodologia per la previsione del fabbisogno futuro di professionisti sanitari**
Annalisa Malgeri
(Ministero della Salute, Direzione Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse umane del SSN)
- 13.00 **Discussione dibattito**
- 13.30 **PAUSA PRANZO**

Moderatori

Dott.ssa Iolanda Rinaldi
Consigliere FNCO

Dott.ssa Antonella Toninato
Tesoriera FNCO

- 15.30 **Tracciato unico record e le trasmissioni di dati**
Dott. Matteo Cestari (responsabile tecnico Cogeaps)
- 16.00 **La certificazione e l'attuazione**
Dott.ssa Mariangela D'Ercole (staff Cogeaps)
- 16.30 **Esoneri ed esenzioni**
Dott.ssa Alice Sottoponte (staff Cogeaps)
- 17.00 **Tavola Rotonda. Le professioni sanitarie e la formazione ECM**
Moderatori
Dott.ssa Maria Vicario (Presidente FNCO)
Dott. Matteo Cestari (Responsabile Tecnico Cogeaps)
Dott.ssa Silvia Falsini (Componente Commissione Nazionale ECM)
Dott.ssa Mariangela D'Ercole (staff Cogeaps)
Dott.ssa Alice Sottoponte (staff Cogeaps)



LVCINA

LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

LUCINA - LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

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

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

Periodicità: trimestrale

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

Sono trattate anche problematiche legali di interesse professionale.

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

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

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

COME RICEVERE LA RIVISTA

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

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

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

NORME EDITORIALI

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

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

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

Gli autori dovranno firmare l'articolo e fornire:

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

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



Federazione Nazionale Collegi Ostetriche

LUCINA

La rivista dell'ostetrica/o

ORGANO UFFICIALE
DELLA FNCO

FNCO

**Federazione
Nazionale
Collegi
Ostetriche**

WWW.FNCO.IT