

ORGANO UFFICIALE DELLA



Federazione Nazionale Collegi Ostetriche



LVCINA

**LA RIVISTA
DELL'OSTETRICA/O**

ANNO VI
4/2016

**L'Ostetrica di famiglia
e di comunità
per la promozione
della salute globale
e la cooperazione
sanitaria internazionale**

**34° CONGRESSO
NAZIONALE
DI CATEGORIA
Salerno
6-7 ottobre 2017**

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1 Riformare il sistema salute: forse difficile, ma non impossibile!!!
di **Maria Vicario**

FNCO

- 2 Rapporto Istat 2016. Nuovo record negativo: 2 mila nascite in meno mentre l'aspettativa di vita cresce di 6 mesi in più
- 3 XXXIV Congresso Nazionale della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche "L'Ostetrica di famiglia e di comunità per la promozione della salute globale e la cooperazione sanitaria internazionale"
- 4 Partorire in mare
di **Manuela Santangelo**
- 10 La Legge 24/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"
- 10 Il Codice Deontologico dell'Ostetrica/o 2010: modifiche in progress
- 11 Ordini professionali. Ricostituita la Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie (CCEPS)
- 12 Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale PNPV 2016-2018. Lettera Circolare Direttore Generale DGPRE del Ministero della Salute
- 12 La Federazione incontra i Collegi per la tematica Percorso Nascita: su e giù per lo Stivale
- 14 Trenta milioni di contribuenti possono consultare le informazioni e gli elementi preinseriti. Dichiarazione precompilata online
di **Vittorio Caliendo**
- 14 Ostetriche eroine della televisione. Al via su *LeiTV* la serie del Fatebenefratelli di Roma

PROFESSIONE

- 16 Aderenza allo "standard care" descritto nelle linee guida dell'emorragia post partum. Studio osservazionale prospettico
di **Giovanna Coccini**
Laura Merli
Cecilia Devoto
Francesca Perotti
Barbara Gardella
Luigia Scudeller
- 17 31° Congresso Triennale ICM Toronto, Canada • 18-22 giugno 2017
- 19 Tavolo tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'allattamento al seno. Rinnovato per il prossimo mandato biennale
- 22 Multiprofessional drills in obstetric emergencies. Il progetto nella realtà dell'Unità Operativa di Ostetricia del Nuovo Ospedale Civile di Sassuolo
di **Valentina Benati**
- 23 DPCM "Nuova definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"
- 27 Servizio di oncofertilità: il ruolo dell'ostetrica
di **Antonella Montuori**
Giusy D'Ambrosio
- 28 Progetto "Studio Nazionale Fertilità": avvio dell'indagine anche per l'Ostetrica/o

STUDI

- 29 La comunicazione interna come metodica di sicurezza per il paziente e l'operatore
di **Enrico Finale**
Gaetano Auletta
Andrea Guala
- 31 2ª Giornata Nazionale della Salute della Donna
- 33 5 maggio 2017: Giornata Internazionale dell'Ostetrica
- 35 Il fabbisogno formativo per l'Anno Accademico 2017-2018
- 36 Valutazione dell'efficacia dell'offerta del *pap-test* nei programmi di screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero
di **Ilenia Buccella**
Michele Grandolfo
Iolanda Rinaldi
- 38 Tumore al seno: sempre meno decessi e otto donne su dieci vincono la loro battaglia. Ma ci si ammala ancora troppo per scarsa prevenzione



LUCINA
LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

Organo ufficiale della



**Federazione
Nazionale
Collegi
Ostetriche**

Anno VI numero 4

Trimestrale

Poste Italiane SpA -

Spedizione in Abbonamento Postale -

70% Aut: ATSUD/CZ/212/2015

Direttore Responsabile

Maria Vicario

Comitato editoriale

Antonella Cinotti

Marialisa Coluzzi

Iolanda Rinaldi

Antonella Toninato

Silvia Vaccari

Segreteria di redazione

Antonella Cinotti

Iolanda Rinaldi

Silvia Vaccari

Redazione

Federazione Nazionale

Collegi Ostetriche

Piazza Tarquinia 5/d - 00183 Roma

e-mail presidenza@fnco.it

web www.fnco.it

telefono 06 7000943

fax 06 7008053

orario di apertura della linea telefonica

dal lunedì al venerdì

ore 10-13 e 14-15

Consulenza redazionale e stampa

Rubbettino print

Viale Rosario Rubbettino, 8

88049 Soveria Mannelli (CZ)

www.rubbettinoprint.it

Autorizzazione Tribunale di Roma

n. 224/2011 del 19/7/2011

Issn 1590-6353

Finito di stampare

nel maggio 2017

Riformare il sistema salute: forse difficile, ma non impossibile!!!

di Maria Vicario

La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche, nell'anno 2016, è stata politicamente impegnata nell'iter delle diverse iniziative legislative di cui alcune, nel 2017, pubblicate in Gazzetta Ufficiale come la Legge 8 marzo 2017, n. 24 *"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"* e il DCPM *"Definizione ed aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'art. 1, comma 7 del D.Lgs. 30.12.1992, n. 502"* (G.U. Supplemento Ordinario n. 15 del 18 marzo 2017).

L'impegno istituzionale della Federazione, che non può e non deve intendersi esaurito, prosegue nel proporsi in attività attuative e di aggiornamento e modifica, ove previsto, delle suddette norme (DCPM Nuovi Lea) e nel promuovere l'attuazione del DDL 3868 *"Delega del Governo in materia di sperimentazione clinica di medicina, nonché disposizioni per l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, per il riordino delle professioni sanitarie e la dirigenza sanitaria del Ministero della Salute"*.

La FNCO, al pari delle altre Federazioni e associazioni professionali, auspica che, nella politica i principi ispiratori del DDL 3868 riscontrino analogo interesse abbondando la Sanità dei "contabili" per guardare al Sistema salute non come un mero costo ma come fulcro di sviluppo di civiltà del Paese che, attualmente, non riesce a garantire uniformità nei livelli di cura su tutto il territorio.

Si tratta di principi ispiratori che la Federazione giudica innovativi, come quello della sperimentazione clinica dei medicinali con 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 e che comporterebbe l'adeguamento dell'Italia al Regolamento UE 536/2014 sulla sperimentazione.

Il DDL 3868, nel prospettare l'inasprimento delle misure per contrastare il preoccupante fenomeno dell'abusivismo professionale con l'aumento della pena prevista da un terzo alla metà, afferma che *"per l'esercizio di ciascuna delle professioni sanitarie, in qualunque forma giuridica svolto, è necessaria l'iscrizione al rispettivo albo"*.

Nell'attesa che gli interessi della Politica sanitaria, della Politica professionale ma soprattutto della salute dei cittadini possano coincidere in un comune obiettivo, la Federazione invita a riflettere attentamente sulla fotografia che offre al Paese il rapporto Istat 2016.

Una fotografia a dir poco preoccupante, con il nuovo record negativo (duemila nascite in meno) e il crescente aumento dell'aspettativa di vita (sei mesi in più) dalla quale scaturisce l'esigenza di promuovere la sostenibilità del Sistema salute fatta per uomini, donne, bambini, anziani italiani e stranieri. Un Sistema salute che la Politica può e deve analizzare nei suoi diversi aspetti coinvolgendo gli attori del sistema stesso per individuare, definire e attuare, anche con loro, le riforme necessarie.

Se questo è il futuro scenario, allora alla domanda se sia possibile riformare il Sistema salute, la FNCO risponde che forse sarà difficile, ma non impossibile!!!

RAPPORTO ISTAT 2016

Nuovo record negativo: 2 mila nascite in meno mentre l'aspettativa di vita cresce di 6 mesi in più

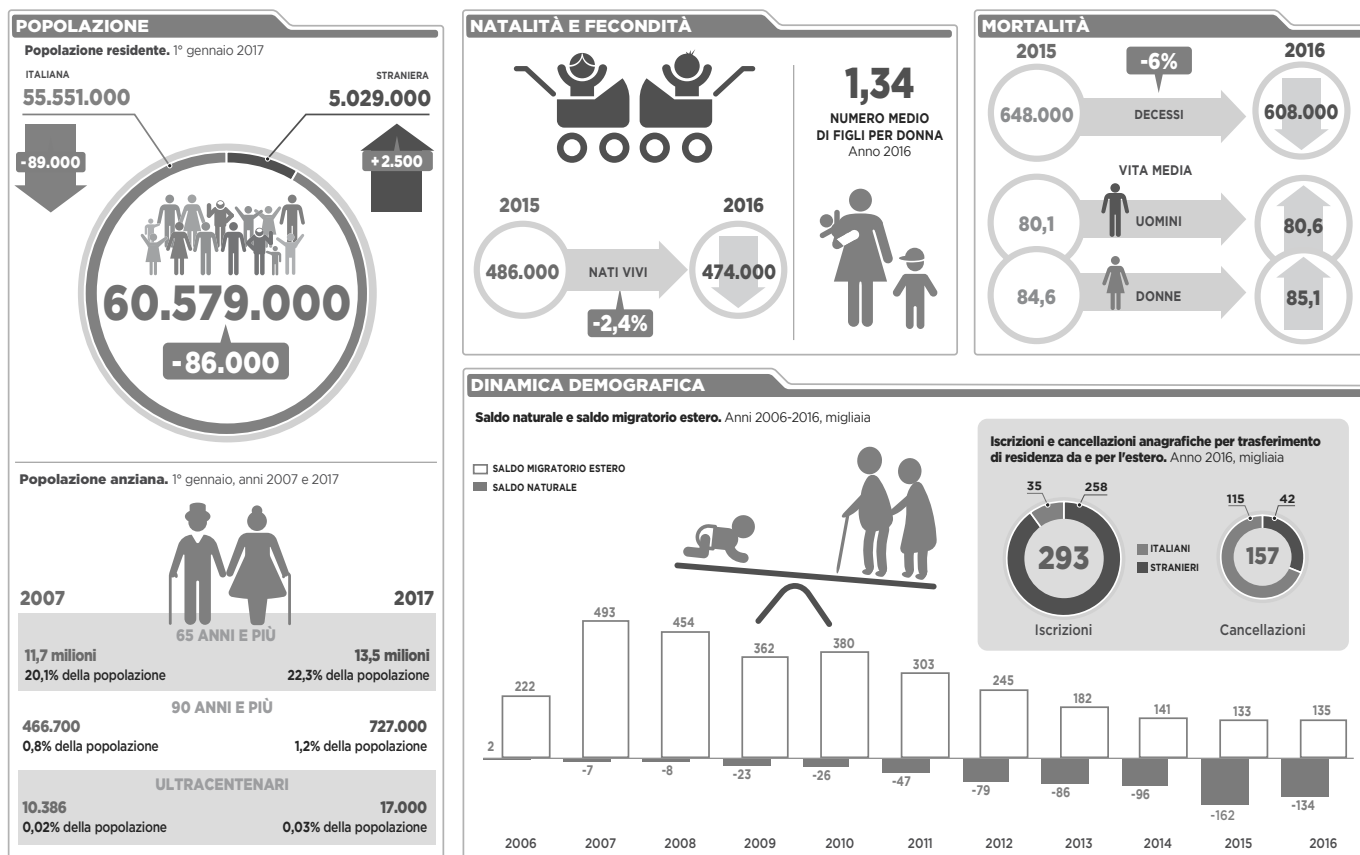
Il Rapporto Istat 2016 presenta al Paese il secondo maggior calo di sempre, inferiore soltanto a quello del 2015, -162 mila (www.fnco.it/news/rapporto-istat-2016.htm).

Al 1° gennaio 2017 si stima che la popolazione ammonti a 60 milioni e 579 mila residenti, 86 mila unità in meno sull'anno precedente, con un'età media di 44,9 anni, due

decimi in più rispetto alla stessa data del 2016. Gli individui di 65 anni e più superano i 13,5 milioni e rappresentano il 22,3% della popolazione totale; quelli di 80 anni e più sono 4,1 milioni, il 6,8% del totale, mentre gli ultranovantenni sono 727 mila, l'1,2% del totale. Gli ultracentenari ammontano a 17 mila.

La popolazione in Italia: nuove stime per l'anno 2016

Istat



XXXIV Congresso Nazionale della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche “L'Ostetrica di famiglia e di comunità per la promozione della salute globale e la cooperazione sanitaria internazionale”

La città di Salerno, dove storia, modernità, cultura, tradizione, arte e natura si incontrano per regalare qualcosa di unico e irripetibile, ospiterà il XXXIV Congresso Nazionale FNCO che si svolgerà, presso Grand Hotel Salerno il 6 e 7 ottobre 2017. Tema di questa edizione è “L'Ostetrica di famiglia e di comunità per la promozione della salute globale e la cooperazione sanitaria internazionale”.

L'inaugurazione del congresso si terrà nel Salone dei Marmi del Palazzo di Città di Salerno, in via Roma, sede dell'Amministrazione comunale.

La Federazione darà la massima diffusione alle informazioni inerenti l'organizzazione del Congresso di Categoria nelle forme di rito (sito istituzionale, Newsletter, rivista di Categoria).



Il nuovo minimo storico per le nascite conferma la tendenza alla diminuzione: il livello minimo delle nascite del 2015, pari a 486 mila, è superato da quello del 2016 con 474 mila. La riduzione osservata, che a livello nazionale è pari al 2,4%, interessa tutto il territorio, con l'eccezione della Provincia di Bolzano che registra invece un incremento del 3,2%. Il numero medio di figli per donna, in calo per il sesto anno consecutivo, si assesta a 1,34. Inoltre si conferma la propensione delle donne ad avere figli in età matura con un'età media al parto di 31,7 anni. Anche nel 2016 nelle regioni del Nord si riscontra la fecondità più elevata del Paese (1,4 figli per donna), davanti a quelle del Centro (1,31) e del Mezzogiorno (1,29). Con 1,78 figli per donna nel 2016 la Provincia di Bolzano si conferma la regione più prolifica del Paese, seguita piuttosto a distanza dalla Lombardia (1,43). All'opposto, la fecondità è più contenuta nel Mezzogiorno e segnata in Molise (1,16), Basilicata (1,14) e Sardegna (1,07). Si rileva che il campo di variazione tra le realtà più e meno prolifiche del territorio nazionale (pari a 0,71 figli) è tutt'altro che irrilevante, al contrario di come potrebbe sembrare. Potendo estendere la fecondità osservata nella Provincia di Bolzano al resto del Paese, oggi l'Italia figurerebbe tra i *top-fertility Countries* dell'Unione europea, insieme a Francia, Regno Unito e Svezia. Viceversa, con una fecondità pericolosamente prossima al figlio per donna, l'Italia sarebbe all'ultimo posto in Europa e, verosimilmente, nel mondo.

Il numero di decessi in un dato anno è funzione del livello e della struttura per età della popolazione. Dal momento che le persone tendono a vivere più a lungo, ingrossando nel tempo le fila della popolazione in età anziana, è lecito attendersi un andamento crescente dei decessi a meno di oscillazioni di natura congiunturale. Nel 2013-2014, ad esempio, furono riscontrate importanti riduzioni di mortalità rispetto all'anno precedente. Il forte aumento di mortalità registrato nel 2015 è stato in parte giustificato dal “recupero” delle diminuzioni del biennio 2013-2014 (effetto “rimbalzo”). La nuova contrazione di mortalità del 2016 è a sua volta, almeno in parte, dovuta all'aumento avuto nel 2015 (“controrimbalzo”). Come si può osservare dall'andamento dei residui (la distanza tra i dati osservati e la curva di tendenza), questi mettono in luce l'eccesso di mortalità registrato nel 2015 e i rimbalzi che ne spiegano il carattere “eccezionale”. Nell'ambito dei vari processi demografici, quello della mortalità è probabilmente quello in grado di conservare migliore memoria del proprio passaggio storico. Ciò può dipendere anche dal fatto che alcuni fattori di natura congiunturale, come quelli collegati al contesto ambientale o climatico, oppure in presenza di variazioni del livello di esercizio della prevenzione, possono far deviare l'andamento della mortalità dalla sua naturale tendenza di fondo. Il saldo naturale (nascite meno decessi) registra nel 2016 un valore negativo (-134 mila) che rappresenta il secondo maggior calo di sempre, inferiore soltanto a quello del 2015 (-162 mila).



PARTORIRE IN MARE

Give birth in the middle of Mediterranean Sea

Autrice

Manuela Santangelo

Ostetrica Volontaria di Catania

RIASSUNTO

Il tema dell'immigrazione non è né una questione superata, né una "invasione", ma un fenomeno sociale importante di cui tenere conto. Rifugiati e migranti continuano a mettersi in viaggio scegliendo la rotta del Mar Mediterraneo a bordo di imbarcazioni e gommoni privi di sicurezza nel disperato tentativo di raggiungere l'Europa. La maggior parte di coloro che tentano questa pericolosa traversata sono in fuga dal loro Paese d'origine per guerre, violenze, persecuzioni, miseria, povertà e ogni tipo di privazione e per questo hanno bisogno di protezione internazionale. Ogni anno questi flussi incontrollati continuano a mietere moltissime vite umane. Il Mar Mediterraneo, però, non è solo sinonimo di morte, ma capita spesso di assistere al miracolo della vita che si perpetua incurante delle circostanze.

ABSTRACT

The immigration issue is not either an exceeded matter or an "invasion", but it is an important social phenomenon to be considered. Refugees and migrants continue to take their chances aboard unseaworthy boats and dinghies in a desperate bid to reach Europe, choosing the Mediterranean route. The majority of those attempting this dangerous crossing are in need of international protection, fleeing war, violence, persecution, misery, poverty and every kind of privation in their Country of origin. Every year these uncontrolled movements continue to exact a devastating toll on human life. The Mediterranean Sea, however, is not only synonymous of death, but also of life.

Introduzione

La situazione di crisi nell'area del Mediterraneo centrale ha, tra le molteplici conseguenze, la crescita esponenziale del flusso migratorio che attraverso la Libia raggiunge, via mare, l'Italia e gli altri paesi dell'Unione Europea. Un flusso migratorio facilitato e, soprattutto, sfruttato economicamente da trafficanti di esseri umani che hanno messo in piedi una rete volta a lucrare sulla disperazione dei migranti. In tale contesto, l'impiego di mezzi fatiscenti, inadatti alla navigazione in alto mare e sovraccarichi, ha portato al ripetersi di naufragi che causano un numero rilevante di morti in mare. La storia degli sbarchi sulle coste siciliane a partire dal 2013 insegna che per prevenire i naufragi l'unica opzione sono i **corridoi umanitari**. Per quanti mezzi di salvataggio ci siano nel **Canale di Sicilia**, quel tratto di mare resta sempre una condanna a morte. Attualmente al largo delle nostre coste ci sono diverse missioni pronte a intervenire in caso ci siano imbarcazioni in difficoltà. L'attività di sorveglianza marittima è una delle attività di base della Marina Militare e della Guardia Costiera. Particolare importanza è rivestita dal controllo dei flussi migratori, con l'impiego di tutti i mezzi navali e aerei della Forza Armata, che forniscono un indispensabile contributo alle attività marittime e alla salvaguardia della vita umana in mare. Originariamente le coste nazionali interessate al fenomeno dell'immigrazione clandestina sono state quelle pugliesi, successivamente gli sbar-

chi di clandestini hanno investito le coste calabro-ioniche e siciliane. Oggi il fenomeno non è circoscritto soltanto al Canale di Sicilia. Alcuni disperati, nel tentativo di aggirare il dispositivo aero-navale della Marina Militare attivato in concorso con forze di Polizia, stazioni radar costiere e aerei da pattugliamento marittimo (Atlantic), intraprendono viaggi più lunghi e più pericolosi. È per questo motivo che anche le acque antistanti la Sardegna vengono pattugliate dalla Marina Militare. Spesso gli interventi si sono trasformati in vere e proprie operazioni di salvataggio, sia a causa delle condizioni sanitarie in cui versano i cittadini extracomunitari che tentano di introdursi in Europa, sia a causa della precarietà dei mezzi utilizzati.



Da Mare Nostrum a Frontex

Che cos'è Mare Nostrum

In seguito alla tragedia di Lampedusa del 3 ottobre 2013, il Governo italiano, guidato dal Presidente del Consiglio di allora, Enrico Letta, decise di rafforzare il dispositivo nazionale per il pattugliamento del Canale di Sicilia autorizzando l'operazione *Mare Nostrum*, una missione militare e umanitaria la cui finalità era di prestare soccorso ai migranti prima che potessero ripetersi altri eventi rischiosi nel Mediterraneo. L'operazione, iniziata il **18 ottobre 2013** per fronteggiare lo stato di **emergenza umanitaria** in corso nello **Stretto di Sicilia**, dovuto all'eccezionale afflusso di **migranti**, aveva dunque una duplice missione:

- garantire la **salvaguardia della vita in mare**;
- **assicurare alla giustizia tutti coloro i quali lucrono sul traffico illegale di migranti**.

Il dispositivo vedeva impiegato il personale e i mezzi navali e aerei della Marina Militare, dell'Aeronautica Militare, dei Carabinieri, della Guardia di Finanza, della Capitaneria di Porto, del personale del Corpo Militare della Croce Rossa Italiana nonché del Ministero dell'Interno – della Polizia di Stato – imbarcati sulle unità della Marina Militare e di tutti i Corpi dello Stato che, a vario titolo, concorrono al controllo dei flussi migratori via mare. Il Comando del Dispositivo aeronavale era affidato a un Ufficiale Ammiraglio imbarcato su una nave con capacità di comando e controllo.

Su tale unità imbarcava anche personale del Dipartimento Pubblica Sicurezza – Direzione Centrale dell'Immigrazione e della Polizia delle Frontiere, che con le loro capacità rafforzavano i controlli per l'identificazione dei migranti direttamente da bordo. I controlli sanitari invece erano svolti su tutte le unità del dispositivo dallo staff medico di bordo, affiancato dai **medici dell'ISMAF (Istituto di Sanità Marittima Aeronautica delle Frontiere)**, dal personale del **Corpo Militare e delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana**, dal personale sanitario del **CISOM (Corpo Italiano di Soccorso dell'Ordine di Malta)** e della **Fondazione Francesca Rava**. *Mare Nostrum* non era comunque la sola iniziativa attiva nel Mar Mediterraneo: affiancava *Hermes*, attivata dall'agenzia UE che promuove la sicurezza e la gestione dei confini, Frontex, il cui scopo era di contrastare l'immigrazione irregolare da Tunisia, Libia e Algeria verso le coste italiane; e c'era, sempre promossa da Frontex, anche *Aeneas* nel Mar Jonio, per vigilare sulle coste pugliesi e calabresi.

Frontex è l'Agenzia per la gestione della cooperazione internazionale alle frontiere esterne degli Stati membri dell'Unione europea. È stata creata nel 2004 e funziona dal 3 ottobre del 2005, ha sede a Varsavia e ha come principale obiettivo «aiutare le autorità di frontiera dei diversi Paesi europei a lavorare insieme». Frontex coordina la cooperazione fra gli Stati membri in materia di gestione e controllo delle frontiere esterne, fornisce assistenza nella formazione professionale delle guardie in servizio, nei controlli, nei pattugliamenti e nella vigilanza. Appoggia, inoltre, gli Stati membri in operazioni comuni di rimpatrio dei clandestini e mette a disposizione gruppi di intervento rapido, in situazioni eccezionali e urgenti, che fanno parte del Rapid Border Intervention Team, un contingente sovranazionale. L'operazione *Mare Nostrum*, giudicata troppo costosa per un singolo Stato dell'UE, è terminata il **31 ottobre 2014** in concomitanza con la partenza di una nuova operazione denominata **Triton di Frontex**.

Che cos'è Triton

Alla fine di agosto del 2014, proprio a causa dell'aumento dei flussi, Frontex aveva promesso di sostenere l'operazione italiana *Mare Nostrum* con un'operazione definita all'inizio *Frontex Plus* e che avrebbe garantito anche la lotta alle mafie sulle coste africane e agli scafisti. *Mare Nostrum* e *Frontex Plus* hanno poi dato vita all'operazione europea *Triton*, partita il 1° novembre 2014. *Triton* ha sostituito le missioni attive nel Mediterraneo: sia quelle di Frontex sia quella nazionale di *Mare Nostrum*. A *Triton* partecipano 29 Paesi ed è stata finanziata dall'Unione europea. A differenza di *Mare Nostrum*, inoltre, *Triton* prevede il controllo delle acque internazionali solamente fino a 30 miglia dalle coste italiane in quanto il suo scopo principale è il controllo della frontiera e non il soccorso.



Che cosa è Mare Sicuro

L'operazione nazionale *Mare Sicuro* è stata avviata il 12 marzo 2015 a seguito dell'evolversi della crisi libica che ha reso necessario un potenziamento del Dispositivo Aeronavale della Marina Militare dispiegato nel Mediterraneo Centrale - Stretto di Sicilia, al fine di tutelare gli interessi nazionali nell'area – esposti a crescenti rischi determinati dalla presenza di entità estremiste – ed assicurare adeguati livelli di sicurezza marittima in applicazione della legislazione nazionale e degli accordi internazionali vigenti.

La missione si esplica attraverso i **seguenti compiti**:

- protezione dei mezzi nazionali impegnati in attività di soccorso;
- sorveglianza/protezione delle piattaforme petrolifere in concessione/operate da ENI;
- protezione dei pescherecci nazionali;
- deterrenza e contrasto a organizzazioni criminali dedite ai traffici illeciti;
- attuazione di misure che impediscano il reimpiego dei natanti utilizzati per attività illecite;
- raccolta informazioni.

Che cos'è EUNAVFOR Med - Operazione Sophia

La decisione di avviare un'operazione navale nel Mediterraneo centro-meridionale è stata presa dopo quello che UNHCR ha definito il più grave disastro nella storia recente, con il ribaltamento di un peschereccio con a bordo un numero imprecisato di migranti (si stima circa 800) nel mese di aprile del 2015. Così, solo due giorni dopo, su proposta dell'Alto rappresentante dell'Unione Europea per gli Affari Esteri e Politica di Sicurezza, il Consiglio Europeo ha affermato il forte impegno ad agire al fine di evitare tragedie derivanti dal traffico di esseri umani attraverso il Mediterraneo, definendo un *Action Plan* sulla migrazione fondato su 10 punti; il secondo, ovvero lo sforzo sistematico per individuare, fermare e mettere fuori uso imbarcazioni e mezzi usati o sospettati di essere usati dai contrabbandieri o dai trafficanti di esseri umani nel pieno rispetto del diritto internazionale si sarebbe concretizzato solo un mese dopo, il 18 maggio 2015, in *EUNAVFOR Med - Operazione Sophia*.

Il 22 giugno 2015, il Consiglio Affari Esteri dell'Unione Europea avviava ufficialmente l'operazione e solo quattro giorni dopo, l'allora Unità di bandiera della missione, la portaerei *Cavour*, dirigeva verso l'area di operazione. Da quel momento è iniziata una vera e propria maratona che ha visto la *task force* aeronavale raggiungere la piena capacità operativa il 27 luglio del 2015: dopo soli 34 giorni di integrazione, *EUNAVFOR Med* era già pronta per assolvere la missione affidata. Il 26 di agosto gli assetti navali ed aerei di *EUNAVFOR Med* avevano raggiunto tutti gli obiettivi prefissati, raccogliendo le informazioni necessarie a comprendere a pieno il *modus operandi* dei trafficanti di esseri umani. Il 7 ottobre 2015, così, *EUNAVFOR Med* è ufficialmente entrata nella sua seconda fase in acque internazionali. In aggiunta, sin dall'inizio dell'Operazione, le navi della *task force* europea hanno potuto contribuire allo sforzo che l'Italia, con



l'operazione *Mare Sicuro*, l'Europa con l'operazione *Triton* dell'Agenzia Frontex e molte altre organizzazioni nazionali e internazionali, con le quali *EUNAVFOR Med* è in stretto coordinamento, stanno portando avanti nel Mediterraneo Centrale per la salvaguardia della vita umana in mare. Un'attività, questa, che pur non rientrando nel mandato assegnato alla missione, è un obbligo ineludibile per il diritto internazionale, in adempimento al quale gli assetti di operazione *Sophia* si sono prestati attivamente, prevedendo il soccorso anche nelle procedure operative. Il 26 ottobre 2015 l'Operazione ha ufficialmente assunto il nome di *EUNAVFOR Med - Operazione Sophia*, dal nome dato alla bambina nata su una fregata tedesca dopo il salvataggio in mare della madre con un gruppo di migranti in difficoltà, avvenuto al largo delle coste libiche nel mese di agosto dello stesso anno. Il 20 giugno del 2016 la Commissione Europea ha esteso il mandato dell'operazione *Sophia* per un'ulteriore anno, fino quindi al 27 luglio 2017, aggiungendo, altresì, due compiti integrativi al mandato della missione:

- l'addestramento della Guardia Costiera e della Marina libica;
- il contributo alle operazioni di embargo alle armi in accordo alla Risoluzione delle Nazioni Unite n. 2292 del 14 giugno 2016.

All'operazione partecipano 25 Nazioni europee, oltre all'Italia: Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Repubblica Ceca, Regno Unito, Romania, Slovenia, Spagna, Svezia, Ungheria e Slovacchia.

Come e da chi sono stata introdotta all'esperienza

Purtroppo quello della disoccupazione è un tema che riguarda da vicino molti di noi giovani italiani e così, prima di lasciare la mia terra in cerca di opportunità all'estero, volevo dare un po' di sale alla mia vita, volevo essere d'aiuto a chi ha realmente bisogno e non potevo rimanere indifferente a quanto stava accadendo a poche miglia dalle coste siciliane e, nel mio piccolo, dunque, dovevo fare la mia parte. Così, un comunissimo giorno di maggio del 2016, parlando con un amico della Marina Militare chiesi informazioni su come poter partire sulle loro Unità Navali in soccorso ai migranti nel Mar Mediterraneo; egli mi fece il nome della Fondazione Francesca Rava N.P.H. Onlus di Milano, con cui mi misi subito in contatto. Ho sempre sognato di andare in Africa e adesso che sta venendo da noi, mi son detta, le vado incontro.

Quando è iniziata e da quanto tempo dura

Sono ormai reduce da sei missioni in mare, di cui cinque sulle navi della Marina Militare come ostetrica volontaria della Fondazione F. Rava e una su un'unità della Guardia Costiera col C.I.S.O.M. Tutto ebbe inizio a giugno 2016.

Pattugliatore Comandante Bettica

6.844 miglia e 929 ore di moto fatte con questa unità.

- Salvataggio di 2.597 naufraghi.
- Assistenza a bordo di tre parti spontanei il 27 giugno, il 5 e il 30 luglio 2016.
- Pronta reperibilità in 6 ore:
 - dal 23 giugno al 7 luglio 2016;
 - dal 18 luglio al 1° agosto 2016;
 - dal 15 al 28 settembre 2016;
 - dal 31 ottobre al 9 novembre 2016.

Nave Comandante Cigala Fulgosi

1.934 miglia e 237 ore e 58 minuti di moto effettuate con questa unità dal 23 agosto al 3 settembre 2016.

- Salvataggio di 1.977 naufraghi.

Nave "Ubaldo Diciotti" – CP 941

Dal 5 al 7 novembre 2016.

Imbarcata in temporaneo imbarco come ostetrica per assistenza a donne migranti in stato gravidico, in particolare a una terzigravida, secondipara al nono mese di gravidanza, con prodromi di parto che partorirà nell'ospedale di Reggio Calabria poche ore dopo lo sbarco.

Nave "A. Peluso" – CP 905

Dal 29 novembre al 31 dicembre 2016.

Formazione ricevuta

Realmente prima di partire non si riceve alcuna formazione particolare, se non le dovute informazioni su come sfruttare al meglio le restrizioni di risorse e mezzi con cui ci si troverà a lavorare. È l'esperienza pratica di soccorso sanitario ai migranti maturata sul campo grazie a una consolidata attività a bordo delle Unità Navali la vera maestra.

Protocollo P.A.S.S.I.M

In piena attività il "Progetto P.A.S.S.I.M." (Primissima Assistenza Sanitaria In Mare) ha come obiettivo generale quello di rafforzare la risposta istituzionale nella fase di gestione dell'arrivo di migranti alle frontiere, in termini sia di salute individuale, pubblica e transfrontaliera sia di coordinamento di diversi attori coinvolti nelle fasi di soccorso in mare, *triage* sanitario, *vulnerability assessment*, sbarchi e trasferimento nei centri di accoglienza, mediante l'integrazione dei dispositivi di assistenza e di controllo già esistenti. Al progetto, finanziato con risorse del fondo asilo immigrazione e integrazione 2016-2021 di cui il Ministero della Salute sarà capofila e coordinatore degli interventi di soccorso sanitario in mare ed effettuati a bordo delle navi della Marina Militare, della Guardia Costiera e della Guardia di Finanza, partecipano la Marina Militare, il Corpo Militare Volontario e il Corpo delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana, il CISOM e la Fondazione Rava. Le attività previste nel progetto mirano a garantire l'assistenza sanitaria fin dal momento iniziale del soccorso in mare, con *team* sanitari supportati, a volte, da mediatori linguistici e culturali, al fine di ridurre, con particolare riguardo ai gruppi vulnerabili, le barriere di comunicazione e le criticità interpersonali legate all'approccio con gruppi di migranti in arrivo via mare. Nello specifico, le suddette attività sono preordinate al conseguimento dei seguenti obiettivi:

- garantire un modello sanitario di intervento uniforme nelle operazioni di soccorso in mare attraverso la predisposizione e diffusione di linee guida condivise con tutti gli attori coinvolti nel soccorso;
- assicurare il primo soccorso dei migranti in mare prima dello sbarco e la necessaria interazione con i soccorsi di terra;
- implementare una strategia di sorveglianza sindromica condivisa da tutti gli operatori, utilizzabile a scopo precauzionale prima dello sbarco dei migranti;
- assicurare la stretta collaborazione e il passaggio di informazioni in tempo reale fra tutti gli attori coinvolti nel soccorso, tramite la realizzazione di un *database* informatizzato condiviso;
- assicurare gli interventi di valutazione e *triage* sanitario sulle navi italiane in una quota pari ad almeno il 20% dei migranti soccorsi in mare prima dello sbarco, e raccogliere i dati sanitari scaturiti dal *triage* attraverso un sistema informatizzato, rendendoli disponibili agli operatori sanitari chiamati a intervenire nelle fasi successive allo sbarco dei migranti.

Misure vaccinali preventive specifiche

Prima della partenza non vengono prese misure precauzionali preventive e cautelative vaccinali specifiche, a meno che non si scelga di farlo personalmente. Associare l'arrivo dei migranti e dei rifugiati al ritorno di malattie sconosciute o debellate è una storia che fa sempre parecchia presa sulla popolazione. Del resto, nulla è più efficace della paura dell'altro per cementare il consenso. Alla luce dei dati e delle evidenze, però, è certamente un falso allarme: secondo l'Oms i problemi di salute di rifugiati e migranti "sono simili a quelli del resto della popolazione", mentre il rischio di importazione di agenti infettivi esotici e rari "è estremamente basso" e quando si verifica "riguarda viaggiatori regolari, turisti oppure operatori sanitari, più che rifugiati o migranti". Nonostante questo, quello dello "straniero untore" resta un mito ricorrente, che permette di giustificare paure e ritrosie nei confronti dell'accoglienza, e si dimentica che, più che terribili e antiche malattie, a costituire la prima causa di morte per i migranti sono ancora i viaggi in mare...

Esperienze di patologie cliniche

Una volta a bordo, si procede con uno *screening* sanitario per valutare le condizioni generali di salute dei migranti, attenzionando i casi più a rischio e provvedendo all'evacuazione con elicottero ove necessario e opportuno. Nel corso delle mie prime tre missioni, ho affiancato il medico e l'infermiere nel trattamento di casi clinici complessi: *distress* respiratorio acuto da inalazione di acqua e idrocarburi, ipotermie, scabbia, fratture, crisi convulsive e ustioni di diverso grado, quaranta minuti di rianimazione cardio-respiratoria in linea con il Protocol-

lo *Advanced Life Support* (ALS), cura e assistenza a donne gravide e non, assistenza neonatale, assistenza al travaglio, assistenza a parti spontanei, assistenza *post partum*, sostegno all'allattamento al seno. Nel caso specifico abbiamo evacuato con elicottero quattro donne con ustioni chimiche di quarto grado estese sul 60% del corpo e una ragazzina con crisi convulsive. Ho prestato assistenza a un ragazzo di 25 anni in arresto cardio-respiratorio che dopo 40 minuti consecutivi di massaggio cardiaco è deceduto a causa di un'emorragia interna. Altissimo il numero di donne e bambini, neonati e gravide, che hanno dato maggior valore alla mia presenza a bordo. Come confermato dall'Oms, i problemi di salute più frequenti di rifugiati e migranti sono individuabili in "ferite accidentali, ipotermie, bruciature, malattie gastrointestinali e cardiovascolari, legate alla gravidanza, al diabete e all'ipertensione". In molti al loro arrivo presentano quella che viene chiamata la "malattia dei gommoni", come lesioni e ustioni provocate dal trasporto delle persone insieme alle taniche di carburante; le donne inoltre devono affrontare problemi per quanto riguarda il parto, la salute neonatale, patologie riconducibili alla sfera sessuale o riproduttiva, oltre a essere spesso anche vittime di ogni violenza. Gli individui più vulnerabili, come i bambini, "sono inclini a infezioni respiratorie e malattie gastrointestinali a causa delle cattive condizioni di vita, dell'igiene non ottimale e delle privazioni cui sono sottoposti durante la migrazione". Quello, però, di cui certamente soffrono i migranti sono le "ferite invisibili", dovute alla loro provenienza, come da zone di guerra o dove si pratica la tortura, dove si vive la fame e ogni restrizione delle libertà personali, che spesso sono più devastanti delle guerre.



Partorire in mare

Lavorare in mare presenta diverse criticità, dovute alla carenza di mezzi e strumenti a disposizione per far fronte alle diverse patologie che potrebbero presentarsi; si lavora infatti con il minimo indispensabile: farmaci salvavita generici, sistemi infusionali, medicamenti vari, defibrillatore, bombole di ossigeno, cardiocografo ed ecografo in casi eccezionali. Tutto ciò, comunque, non sempre risulta negativo, in quanto si ha la possibilità di riscoprire la disciplina della semeiotica, studiando, osservando e toccando con mano tutti quei segni che orientano a una diagnosi, che ad oggi, purtroppo, con l'evoluzione tecnico-scientifica, viene spesso accantonata. Così, mentre fuori, sul ponte di volo, sostavano più di settecento persone tra donne, uomini e bambini, tra le quattro mura dell'infermeria cercavo di preservare scrupolosamente la sacralità del parto, restituendo e riscattando, in minima parte, quella dignità e umanità delle quali spesso viene privato. Il 27 giugno 2016 alle 19.50 veniva al mondo François Manuel, da madre camerunense, secondi-para, terzi-gravida, accompagnata dal marito, con una figlia di 5 anni rimasta in Africa con i parenti e l'altro perso dopo il parto. Una settimana dopo si ha un altro recupero, 980 migranti a bordo, di cui più di 30 donne in stato gravidico. Vengo chiamata in soccorso per una donna gravida da un'altra Unità navale della Marina Militare Italiana, la porto a bordo e, dopo poche ore dalla visita a cui l'avevo sottoposta, entra in travaglio. Anche lei di nazionalità camerunense, accompagnata dalla figlioletta Ange di 8 anni, dal carattere chiuso, introverso, dai cui occhi trape-lavano rabbia e sofferenza... Alla mia domanda su che cosa l'avesse spinta a fuggire, rispose: "La disperazione!". Era il 5 luglio e dopo un travaglio affannoso sotto molti aspetti, da quello psicologico a quello clinico (travaglio rallentato, ctg poco rassicurante, liquido tinto) alle 21.00 veniva al mondo la piccola Manuela, figlia di Dio. Donarla al mondo, per lei, aveva assunto il significato di rivivere l'orrore del passato, le violenze subite, di aprire ferite invisibili, dolorosissime e indelebili: fu così che istintivamente la respinse e addirittura voleva che le dessi il mio cognome. Fu invece l'amore e la tenerezza con cui l'altra figlia se ne prese cura che la fece tornare sui propri passi, facendole svanire ogni titubanza sul fatto che anche quella creatura fosse figlia sua e che l'amasse di un amore incondizionato come l'altra; così hanno avuto la possibilità di ricominciare da capo e costruire insieme un futuro migliore.

Il 30 luglio, nuovamente in mare, mentre stavamo per lasciare l'area d'operazione per rientrare in Italia con a bordo 842 migranti, da una Unità della Marina Militare Irlandese fui chiamata per dare assistenza a una donna in stato gravidico, con contrazioni ritmiche e regolari. La donna nulli-para, primi-gravida, di nazionalità con-



golese e accompagnata dal marito, riferiva di essere tra il settimo e l'ottavo mese di gravidanza. Le condizioni di salute generali e i parametri vitali erano nella norma, le venne effettuata la profilassi antibiotica e corticosteroidica per la maturità polmonare fetale, e, nonostante la somministrazione di farmaci antispastici, le contrazioni non cessavano e la maturazione uterina progrediva, così dopo una lunga nottata a supervisionare la situazione, alle 5.00 del mattino venne al mondo Joy Aurora, Joy come la gioia che porta una nuova vita e Aurora come luce, chiarore, serenità, l'alba di un nuovo giorno, di un futuro migliore... Per ogni nascituro che veniva al mondo leggevo la gioia che aleggiava nell'equipaggio della nave e scoprivo, così, che non esiste modo migliore di gestire la propria vita se non toccando la vita degli altri con amore e con un sorriso.

Conclusioni

Un'esperienza profonda, toccante, formativa sotto tanti aspetti, da quello umano *in primis* a quello professionale, che ti cambia e ti fa vedere la vita sotto un'altra prospettiva, apprezzandone, assaporandone e cogliendone le vere autenticità. A bordo vedi la vita, la sofferenza, la morte e ti rendi conto che se curi una malattia puoi vincere o perdere, ma se ti prendi cura di una persona vinci sempre qualunque sia l'esito della terapia. Così quello che ti porterai sempre dietro saranno i sorrisi, le strette di mano, gli abbracci e le lacrime di gioia di chi hai aiutato e ti dice che ti porterà per sempre nel cuore e capisci che è aiutando l'altro che in realtà stai aiutando te stesso.

Sitografia:

www.ilpost.it/2015/02/11/differenza-mare-nostrum-triton
www.marina.difesa.it/cosa-facciamo/operazioni-in-corso/Pagine/MareSicuro.aspx

www.unhcr.it/risorse/carta-di-roma/fact-checking/rifugiati-salute-dalla-tbc-alla-scabbia-dati-smentiscono-gli-allarmi-infondati?platform=hootsuite

www.cri.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/31022

LA LEGGE 24/2017

“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”

Si tratta di una svolta storica per la sanità italiana, in quanto il provvedimento, atteso da oltre un decennio da tutti gli operatori sanitari di ogni ordine e grado, intende dare risposta 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.

La Legge 24/2017 intende anche ricercare un nuovo

equilibrio nel rapporto tra il curante e la persona assistita e quindi permettere, da una parte, ai professionisti di svolgere il loro lavoro con maggiore serenità, grazie alle nuove norme in tema di responsabilità penale e civile, e, dall'altra, garantire alla persona assistita una maggiore trasparenza e la possibilità di essere risarciti in tempi brevi e certi per gli eventuali danni subiti.

La norma promuove maggiore prevenzione degli eventi avversi, maggiore aderenza a linee guida e buone pratiche, diverso riparto della responsabilità tra strutture e professionisti e assicurazione obbligatoria.

Il Codice Deontologico dell'Ostetrica/o 2010: modifiche in progress

La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche, nel rispetto della normativa vigente, ha avviato la procedura di modifiche al Codice Deontologico 2010 e s.m. e i. in adeguamento a due provvedimenti emessi nell'anno 2016.

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

Il Piano, nel ribadire l'applicabilità della Legge 190/2012 e del D.Lgs. 33/2013 anche a Collegi e Federazioni, forniva, anche, specifiche indicazioni per la nomina del *Responsabile della Prevenzione della Corruzione* (RPC) e le connesse responsabilità. Il PNA, al fine di prevedere forme di responsabilità collegate al ruolo di RPC, *auspica che i Consigli nazionali, gli Ordini e Collegi territoriali definiscano e declinino forme di responsabilità almeno disciplinari, ai fini delle conseguenze previste dalla normativa vigente in materia, prevedendo apposite integrazioni ai propri codici deontologici.*

Nel rinviare per un approfondimento del PNA, per le aree di attività di processo a rischio (pagg. 53, 54 e 55), in via esemplificativa si riportano le aree di rischio specifiche per gli Ordini e i Collegi professionali individuate nell'ambito di:

- Formazione professionale continua;
- Rilascio di pareri di congruità;
- Indicazione di professionisti per l'affidamento di incarichi specifici.

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 n. 1 del 24 gennaio 2012, convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 27 del 24 marzo 2012. Medici veterinari, farmacisti, psicologi, infermieri, ostetriche e tecnici sanitari di radiologia medica - Decreto n. 165 del 19 luglio 2016

Il Decreto non comporta modifiche alle competenze attribuite dalle normative vigenti alle suddette figure professionali e, nello specifico, alla figura dell'ostetrica/o il cui campo proprio di attività e di responsabilità è definito dall'art. 1, comma 2 della Legge 42/1999 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie” (Codice Deontologico FNCO 2010 e s.m.e i. - Ordinamento Didattico 509/199 e 270/2004 e Profilo Professionale - DM 740/1994, D.Lgs. 296/2007 e D.Lgs. 15/2016).

Con l'obiettivo di garantire adeguate informazioni agli Iscritti, si evidenzia che i compensi indicati all'Allegato 1, Tabella e), intitolato “Ostetriche: prestazioni e relativo valore medio di liquidazione” non possono e non debbono essere utilizzati dall'ostetrica/o nell'attività libero professionale come “tariffe”, peraltro abrogate da specifica norma.

Ordini professionali. Ricostituita la Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie (CCEPS)

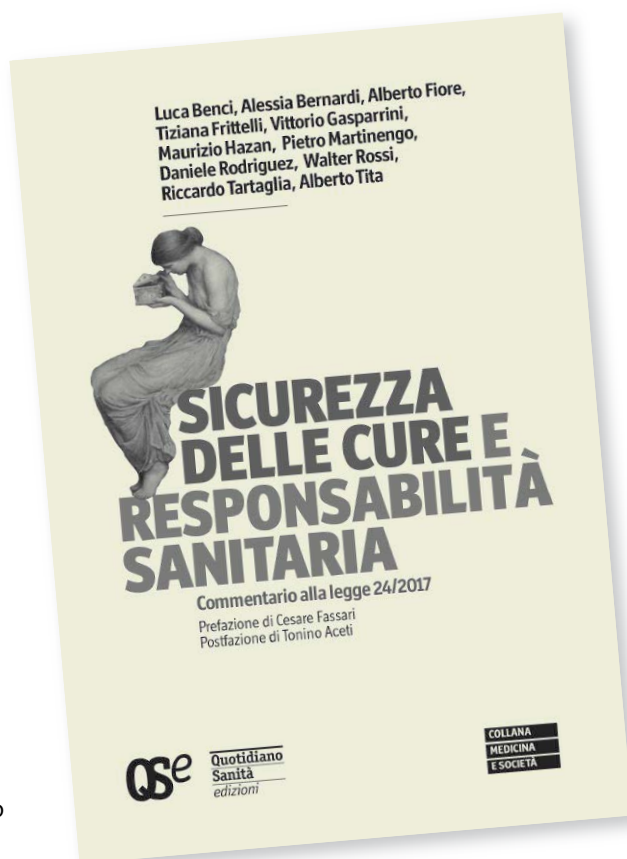
Con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 dicembre 2016 è stata ricostituita la **Commissione** che in data **13 marzo 2017** si è insediata presso la sede di Viale Ribotta del Ministero della Salute. La Commissione, presieduta da **Antonio Pasca**, Presidente del TAR di Lecce, è composta dai rappresentanti designati dalle Federazioni nazionali degli Ordini e dei Collegi delle professioni sanitarie di: medico chirurgo, odontoiatra, medico veterinario, farmacista, ostetrica, infermiere professionale, assistente sanitario, vigilatrice di infanzia, tecnico sanitario di radiologia medica.

La **CCEPS**, cui sono attribuite funzioni di giurisdizione speciale, secondo una specifica programmazione, procederà all'esame dei ricorsi presentati dai professionisti sanitari contro i provvedimenti dei rispettivi Ordini e Collegi professionali in materia di sanzioni disciplinari, di tenuta degli Albi professionali, nonché in materia di regolarità delle operazioni elettorali per il rinnovo degli Organi Direttivi. Avverso le decisioni della Commissione centrale è ammesso ricorso alle Sezioni unite della Corte di Cassazione.

La procedura per il rinnovo della CCEPS, che dura in carica quattro anni, è stata complessa e articolata a seguito della sentenza n. 215 del 7 ottobre 2016 della Corte Costituzionale che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale della normativa che regola la composizione della Commissione nelle parti in cui si fa riferimento alla nomina dei componenti di derivazione ministeriale.



Il Commentario alla Legge 24/2017 "Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria" (pagine 284) ha l'obiettivo di fornire una prima chiave di lettura ragionata sulle singole norme di questa legge complessa, le cui ricadute applicative daranno comunque "molto lavoro" a giudici e avvocati che si troveranno a dover operare sulla materia del contenzioso medico-legale in un quadro completamente innovato rispetto al presente. Nell'esigenza di documentarsi sui possibili scenari che possono delinearsi in applicazione della Legge 24/2017 e, anche, per dare una conti-



nuità alle attività del gruppo di lavoro della FNCO sul tema della responsabilità professionale (Cinotti, D'Agostino e Vicario), la FNCO si è confrontata con un importante broker europeo con posizione di leadership con le professioni ordinistiche. Il broker ha la funzione di supporto per le professioni e la loro rappresentanza che deve relazionarsi con il mercato assicurativo, oggi molto complesso. Il broker, che sarà scelto attraverso una gara pubblica, dovrebbe supportare la FNCO nella scelta della compagnia assicurativa, compreso capitolato per la polizza ritagliata sulle specifiche caratteristiche della professione ostetrica nelle sue diverse attività e relative responsabilità.

La FNCO ha già delineato dei percorsi da realizzarsi, tra i quali la stipula di una polizza collettiva con oneri per la FNCO con riduzione del premio del 50% circa prevedendo che l'iscritto con la quota annua paghi anche il premio assicurativo. Con possibilità di stipulare sia un'unica polizza collettiva centralizza-

ta sia con una convenzione/accordo quadro della FNCO a cui i 71 Collegi possono aderire, con relativa uniformità.

Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale PNPV 2016-2018

Lettera Circolare Direttore Generale DGPRE del Ministero della Salute

Il Piano d'azione Europeo per le vaccinazioni 2015-2020 (European Vaccine Action Plan 2015-2020, EVAP) rappresenta la contestualizzazione del Piano Globale (Global Vaccine Action Plan 2011-2020, GVAP) nella Regione Europea dell'OMS.

L'EVAP è stato sviluppato attraverso un processo consultivo che ha coinvolto gli Stati Membri e il Gruppo Tecnico-Consultivo Europeo sulle Vaccinazioni (European Technical Advisory Group of Experts on Immunization, ETAGE) e mira a fornire agli Stati Membri una guida per la realizzazione dell'obiettivo di una Regione libera dalle malattie prevenibili da vaccinazione.

L'EVAP si basa su 6 obiettivi (sostenere lo stato polio-free, eliminare morbillo e rosolia, controllare l'infezione da HBV, soddisfare gli obiettivi di copertura vaccinale europei a tutti i livelli amministrativi e gestionali, prendere decisioni basate sulle evidenze in merito all'introduzione di nuovi vaccini, realizzare la sostenibilità economica dei programmi nazionali di immunizzazione) e



Ministero della Salute

disegna un percorso per il loro raggiungimento che include, quali componenti tecniche e operative, obiettivi precisi e aree prioritarie d'intervento con relative azioni, supportate da un processo di valutazione e monitoraggio costante.

Il nuovo PNP 2014-2018, pur mantenendo la "buona pratica" della pianificazione, si caratterizza per l'adozione di percorsi metodologicamente condivisi, affinché la qualità nella programmazione sia alta, i prodotti e i risultati siano confrontabili, sia promossa la crescita della cultura e della competenza a tutti i livelli di

La Federazione incontra i Collegi per la tematica Percorso Nascita: su e giù per lo Stivale



La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche ha inserito nell'Agenda dei lavori dell'anno 2017 il progetto **"La Federazione incontra i Collegi per la tematica Percorso Nascita: su e giù per lo Stivale"**, per il quale è stata predisposta specifica scheda raccolta dati che i presidenti di Collegio compilano coordinandosi a livello regionale.

Il progetto, attraverso il confronto tra i Presidenti dei Collegi provinciali e interprovinciali e la Federazione, vuole "scattare" una "fotografia" reale del percorso nascita delle 21 Regioni italiane e verificare il livello di attuazione delle azioni previste dall'Accordo del 16 dicembre 2010 *"Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo"*.

Il report finale del percorso sarà illustrato in seno al Congresso SIGO 2017 **"Obiettivo Donna: la buona pratica medica"** (Roma 8-11 ottobre 2017)

nel Simposio dal titolo **"I percorsi nascita regionali: luci e ombre"**.

Il tour, che nell'arco di sette mesi toccherà tutte le Regioni, ha avuto la prima tappa in Lombardia (20 febbraio 2017), la seconda tappa in Veneto (16 marzo 2017), la terza nelle Marche (1° aprile 2017), cui seguiranno una quarta tappa in Calabria e Basilicata (4 maggio 2017) e una quinta tappa in Emilia Romagna (9 maggio 2017).

La FNCO fornirà puntuali aggiornamenti sull'evoluzione del progetto **"La Federazione incontra i Collegi per la tematica Percorso Nascita: su e giù per lo Stivale"** attraverso le forme di rito (rivista di categoria, sito istituzionale, pagina FB).



responsabilità coinvolti nella predisposizione e nell'attuazione dei Piani.

Ritenute debellate o sotto controllo, le malattie infettive, di origine batterica o virale, sono sempre più presenti e costituiscono un rischio per la sanità pubblica. Il nuovo Piano fissa pochi ma precisi obiettivi, condivisi e comuni al livello centrale e a quello periferico e adotta una visione moderna delle azioni di contrasto, annunciando che al Piano nazionale vaccini, prossimamente, si affiancherà un Piano contro l'antibiotico-resistenza, fenomeno che richiede uno sforzo congiunto di più discipline professionali (medicina umana e veterinaria, settore agroalimentare, ambiente, ricerca e comunicazione, economia e altre) che operano, a livello locale, nazionale e globale, con uno scopo comune.

Numerose le novità del nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccini (PNPV) 2017-2019 sia per i più piccoli, che per gli adolescenti, che per gli over 65 come da Tabella 1.

Con la Circolare "Aspetti operativi per la piena e uniforme implementazione del nuovo PNPV 2017-2019 e del relativo Calendario Vaccinale" del 9 marzo 2017, il Ministero della Salute intende agevolare le Regioni nel lavoro di adeguamento al nuovo Piano. La Circolare ministeriale riporta obblighi per medici, scuole, Asl e genitori, ai quali si raccomanda di attenersi al Calendario Vaccinale nazionale approvato dal Ministero della Salute, rispettando le leggi vigenti in materia di vaccinazioni obbligatorie (www.fnco.it/news/piano-nazionale-di-prevenzione-vaccinale-2017-2019---circol.htm).

Tabella 1

Fascia di età	Vaccinazioni	Obiettivo di copertura vaccinale		
		2017	2018	2019
Primo anno di vita	Meningococco B	> 60%	>75%	> 95%
	Rotavirus	> 60%	> 75%	> 95%
Secondo anno di vita	Varicella (1 ^a dose)	> 60%	> 75%	> 95%
5-6 anni di età	Varicella (2 ^a dose)	> 60%	> 75%	> 95%
Adolescenti	HPV nei maschi undicenni	> 60%	> 75%	> 95%
	IPV	> 60%	> 75%	> 90%
	Meningococco tetravalente ACWY135	> 60%	> 75%	> 95%
Anziani	Pneumococco (PCV13+PPV23)	40%	55%	75%
	Zoster	20%	35%	50%

TRENTA MILIONI DI CONTRIBUENTI POSSONO CONSULTARE LE INFORMAZIONI E GLI ELEMENTI PREINSERITI

Dichiarazione precompilata online

Autore

Vittorio Caliendo

*Dottore Commercialista
e Revisore dei Conti*

Contatti

Vittorio Caliendo

*vcaliendo@tin.it
tel. 081 2481241 – 081 2457446*

Dal 18 aprile 2017 è possibile consultare su una sezione apposita del sito internet dell'Agenzia delle Entrate, direttamente o tramite intermediario o sostituto d'imposta, il Modello precompilato del 730 relativo all'anno di imposta 2016. La nuova dichiarazione precompilata per i redditi è più ricca e più versatile dello scorso anno. Dal prossimo 2 maggio, poi, sarà possibile integrarla, modificarla e inviarla: fino al 24 luglio il 730, fino al 2 ottobre il Modello Redditi.

Novità e conferme

Quest'anno le informazioni presenti sono decisamente più dettagliate e numerose, in particolar modo per quanto riguarda le spese sanitarie. Debbutano, infatti, quelle per l'acquisto di farmaci presso farmacie e parafarmacie e per le prestazioni ricevute da ottici, psicologi,

infermieri, ostetriche, radiologi e strutture autorizzate non accreditate. Prima volta anche per le spese veterinarie (comunicate da farmacie, parafarmacie e medici veterinari) e quelle per gli interventi di recupero del patrimonio edilizio e di riqualificazione energetica effettuati sulle parti comuni degli immobili condominiali, comunicate dagli amministratori di condominio.

Le nuove spese si aggiungono agli oneri deducibili o detraibili già disponibili negli anni passati, quali:

- gli interessi passivi sui mutui;
- i premi assicurativi;
- i contributi previdenziali e assistenziali;
- i contributi per i lavoratori domestici;
- le spese universitarie e i relativi rimborsi;
- le spese funebri;
- i contributi versati alla previdenza complementare;
- i bonifici relativi alle ristrutturazioni edilizie e agli interventi per il risparmio energetico.

Ostetriche eroine della televisione. Al via su *LeiTV* la serie del Fatebenefratelli di Roma

È partita la serie tv "Giovani ostetriche" girata negli ultimi mesi all'Ospedale Fatebenefratelli - Isola Tiberina (Roma), dove ogni anno scelgono di partorire circa 4.000 donne. In maniera del tutto realistica, gli episodi fotografano il percorso formativo e di crescita di giovani tirocinanti, tra le corsie e nelle sale parto, alle prese con la professione tanto emozionante quanto faticosa, che aiuta le mamme a mettere al mondo i loro bambini.

La prima puntata è stata proiettata in anteprima assoluta nell'Ospedale all'Isola (in sala Assunta) venerdì 21 aprile. La serie va in onda in 12 episodi a partire da domenica 23 aprile alle 22.50 su *LeiTV* (canale 129 di Sky). In platea, per l'anteprima, sono stati presenti i vertici del canale *LeiTV* e dell'Ospedale e della GA&A Productions, la società che ha prodotto la serie, insieme alle mamme (con i loro figli) che compaiono nella prima puntata.

Ma le vere protagoniste della mattinata sono state le sei giovani studentesse del corso di Laurea, le cui storie nel reparto di Ostetricia - di recente ampliato e potenziato con otto nuove sale parto - e tra i banchi dell'Università, hanno ispirato questo progetto televisivo. "Il nostro è un percorso formativo che vuole preparare i giovani a una professione che richiede non solo competenza, ma capacità di ascolto ed empatia. Se da una parte la vita lavorativa non risparmierà fatiche, rinunce e difficili prove, dall'altra le gioie che si raccoglieranno resteranno indelebili nel cuore di ciascuno", spiega Maria Grazia Pellegrini, Ostetrica Capo del Fatebenefratelli-Isola, che con le Ostetriche Tutor ha accompagnato le ragazze nel corso del loro tirocinio accademico e le ha aiutate a muovere i loro primi passi da ostetriche.



Come si accede alla precompilata

Per poter visualizzare le informazioni inserite e, dal 2 maggio, anche integrarle o modificarle prima della trasmissione telematica della dichiarazione, occorre accedere all'area riservata del sito delle Entrate utilizzando le specifiche credenziali per i servizi telematici. Chi non ne è in possesso, può richiederle direttamente *online*, seguendo la procedura di registrazione a Fisconline.

Il sistema fornisce subito le prime quattro cifre del codice *pin*, mentre le altre sei e la *password* per il primo accesso arrivano per posta, al domicilio conosciuto dall'Agenzia, in alternativa il contribuente può presentarsi presso l'ufficio competente per la richiesta dei dati di accesso, e quindi le ultime sei cifre possono essere recuperate in un *click* al seguente link: <https://telematici.agenziaentrate.gov.it/Abilitazione/RichiestaPinUff/IRichiesta-PinUffPF.jsp>.

L'accesso all'area riservata della precompilata è consentito anche tramite:

- Carta nazionale dei servizi (Cns);
- Spid, il Sistema pubblico di identità digitale;
- il *pin* dispositivo dell'Inps;
- le credenziali per il portale NoiPa (personale della pubblica amministrazione).

Applicazione più semplice

Da quest'anno, dallo stesso sito della precompilata, è anche possibile consultare e, se necessario, correggere la dichiarazione 2016, purché questa sia stata inviata tramite l'applicazione *web*. Accesso consentito anche ai contribuenti "sprovvisti" di precompilata, i quali potranno redigere e presentare la propria dichiarazione dei redditi tramite un Modello senza alcun dato inserito, a eccezione di quelli anagrafici. Allo stesso modo, anche l'erede, dopo aver effettuato l'accesso con le proprie credenziali e indicato il codice fiscale della persona deceduta per la quale intende presentare la dichiarazione, avrà a disposizione un Modello Redditi con inseriti i soli dati anagrafici (suoi e della persona deceduta), che potrà compilare e trasmettere tramite l'applicazione *web*.

Assistenza alla trasmissione

Per accompagnare i contribuenti nel percorso che conduce alla trasmissione della precompilata, l'Agenzia delle Entrate mette a disposizione dei cittadini diversi canali di assistenza, tra cui un sito dedicato, dove sono presenti anche le *Faq* con le risposte alle domande più frequenti, suddivise per argomenti.

Sono, inoltre, disponibili i numeri dell'assistenza telefonica:

- 848 800 444 da rete fissa;
 - 06 966 689 07 da cellulare;
 - +39 06 966 689 33 per chi chiama dall'estero,
- operativi dal lunedì al venerdì, dalle 9 alle 17, e il sabato, dalle 9 alle 13.

Per le informazioni sintetiche che non prevedono risposte articolate, si può inviare un messaggio al numero 320 430 84 44. Infine, è possibile prenotare un appuntamento in ufficio, anche tramite il sito dell'Agenzia.

Scadenze

Le date da ricordare sono le seguenti:

- **16 giugno 2017** Scadenza delle imposte sulla casa IMU e TASI;
- **30 giugno 2017** Versamenti imposte da dichiarazione, Modello Redditi Persone Fisiche, Modello Redditi Società di Capitali, Modello Redditi Società di Persone, Modello Redditi Enti non Commerciali, Modello Irap;
- **7 luglio 2017** Primo invio Modelli 730 (Caf e Intermediari devono entro tale data inviare almeno l'80% di tutti i Modelli 730 da dichiarare al fisco per i propri clienti);
- **24 luglio 2017** Secondo invio Modelli 730 (i Caf e gli intermediari che hanno inviato i Modelli 730 alla scadenza del 7 luglio 2017 possono inviare il 20% di tutti i Modelli 730 da dichiarare al fisco per i propri clienti);
- **31 luglio 2017** Invio Modello 770/2017 relativo alle ritenute operate dai sostituti d'imposta nell'anno 2016;
- **2 ottobre 2017** Invio telematico della dichiarazione dei redditi per l'anno d'imposta 2016.

ADERENZA ALLO “STANDARD CARE” DESCRITTO NELLE LINEE GUIDA DELL’EMORRAGIA POST PARTUM

Studio osservazionale prospettico

Adherence to the standard care described in the Hemorrhage
Post Partum guidelines: prospective observational study

Autori

**Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo
di Pavia**

**Giovanna Coccini
Laura Merli
Cecilia Devoto**
Ostetriche

Francesca Perotti
*Ginecologo
Responsabile Sala Parto*

Barbara Gardella
*Ginecologo
Ricercatrice Università
degli Studi di Pavia*

Luigia Scudeller
*Servizio
di Epidemiologia
Clinica
e Biometria
in Direzione
Scientifica*

Contatti

Giovanna Coccini
g.coccini@smatteo.pv.it

Laura Merli
lara.merli80@gmail.com

Cecilia Devoto
cecilia.devoto@libero.it

Francesca Perotti
f.perotti@smatteo.pv.it

Barbara Gardella
b.gardella@smatteo.pv.it

Luigia Scudeller
l.scudeller@smatteo.pv.it

Introduzione

L'emorragia post partum (EPP) rappresenta la principale causa di emorragia ostetrica responsabile di circa un quarto delle morti materne (4). I dati del report CMACE 2015 dimostrano che il 66% delle morti dovute a EPP sono riconducibili a *sub standard care*. Il WHO (4) definisce EPP una perdita ematica genitale uguale o superiore a 500 ml in un parto vaginale nelle 24 h (grave se supera 1.000 ml) e nel taglio cesareo pari o superiore a 1.000 ml.



Obiettivo

Il progetto si propone lo scopo di migliorare la sicurezza della donna nel *post partum*, attraverso la definizione e la realizzazione di un percorso di gestione dell'EPP, che includa l'individuazione dei fattori di rischio, il rapido

riconoscimento del problema e l'efficace trattamento dello stesso, al fine di evitare le temibili complicanze di questo evento.

31° Congresso Triennale ICM • Toronto, Canada • 18-22 giugno 2017



In Canada a Toronto dal 18 al 22 giugno 2017 si terrà il 31° Congresso Triennale ICM dal titolo “Midwives making a difference in the world” (www.fnco.it/news/31--icm-triennial-congress---toronto--canada--18-22-june-201.htm).

RIASSUNTO

Obiettivo

Il presente studio ha lo scopo di migliorare la sicurezza della donna nel *post partum*, attraverso la definizione e la realizzazione di un percorso di gestione dell'EPP che includa l'individuazione dei fattori di rischio, il rapido riconoscimento del problema e l'efficace trattamento dello stesso, al fine di evitare le temibili complicanze di questo evento.

Disegno dello studio

L'indagine, di tipo trasversale osservazionale prospettica, è stata condotta presso la struttura complessa di ostetricia della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia.

Popolazione

La popolazione studiata è stata rappresentata da tutti i parti avvenuti dalla ventiseiesima settimana di gravidanza presso la Struttura Complessa di Ostetricia e Ginecologia della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia.

Metodo e strumento

Revisione ed editaggio del PDTA “Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione dell'emorragia *post partum*” in base alle Linee Guida (1; 2; 3) già in essere dal 2008. Raccolta dei dati inerenti l'applicazione del protocollo attraverso una scheda preconfezionata condivisa (Allegato 1).

Risultati

Nel periodo osservato, dal 1° giugno 2016 al 31 dicembre 2016, i casi EPP sono stati 134 su 995 parti, pari al 13,46%. Di questi l'incidenza di EPP lieve è stata pari al 7,93% mantenendosi al di sotto del 15% come dichiarato dall'OMS (7); l'incidenza di EPP grave è stata pari al 5,53%. La somministrazione di trasfusione ematica in caso di EPP grave si è verificata in 9 casi su 995 parti, pari all'0,90%. Sono stati registrati 2 tagli cesarei demolitivi, 1 embolizzazione dei vasi pelvici, nessuna morte materna.

Conclusioni

Il progetto quindi ha aumentato la consapevolezza nei professionisti di questa problematica suggerendo loro una modalità di uniformare le buone pratiche cliniche di assistenza alla madre e al neonato, al momento del parto, in caso di EPP. La presente indagine ha evidenziato però la necessità di mettere in atto interventi di miglioramento dell'applicazione del PDTA.

ABSTRACT

Object

The following study has the purpose of improving women's safety during the *post partum*, using the definition and the realization of PPH management path which includes the identification of risk's factors, the fast recognition and the effective treatment of the problem, in order to avoid the fear-some complication of this event.

Study layout

The survey was conducted in a cross-sectional observational prospective way at the complex structure of obstetrics of “Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia”.

Population

The population studied was represented by all childbirths occurred from the 26th week of pregnancy at the complex structure of obstetrics of “Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia”.

Methods and tools

Review of the diagnostic and therapeutic process already in place since 2008 based on Guidelines (1; 2; 3), ensuring the preparation and the edition of the “Diagnostic path therapeutic relief for the management of *post partum*”. Collection of data related to the application of the protocol through a shared tab (Attachment 1).

Results

During the observed period, from June the 1st 2016 to December the 31st 2016, the PPH cases were 134 out of 995 births, about the 13.46%. In this percentage the incidence of mild EPP was 7.93%, remaining under 15% as declared from OMS (7); cases of serious PPH was 5.53%. The subministrations of blood transfusion in case of serious PPH occurred in 9 cases out of 995 childbirths, which is the 0.90%. There have been recorded 2 caesarian demolitions and 1 embolization of pelvic velles; we need to highlight the absence of maternal death.

Conclusions

The project has increased the consciousness in professionals in this problem, suggesting them a way to uniform the good clinical practices of assistance to mothers and to newborns during births in case of EPP. On the other side, this study highlights the need to implement improvements measures in applying PDTA.

Materiali e metodi

Questo progetto, sostenuto peraltro dal Piano Annuale di Risk Management e di Miglioramento dell'Organizzazione, è stato realizzato all'interno dell'Azienda Sanitaria Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia e ha visto l'applicazione delle seguenti fasi:

- revisione ed editaggio del PDTA "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione dell'emorragia post partum" in base alle Linee Guida (1; 2; 3), già in essere dal 2008;
- presentazione del protocollo e condivisione tra il personale ostetrico e medico/ginecologico della sala parto e dell'ostetricia degenza;
- raccolta dei dati inerenti l'applicazione del protocollo dal 1° giugno al 31 dicembre 2016 attraverso una scheda preconfezionata e condivisa (Allegato 1);
- relazione finale che riporta i risultati delle analisi statistiche effettuate su tutte le schede raccolte.

Popolazione

La popolazione studiata è formata da tutti i parti avvenuti dalla ventiseiesima settimana di gravidanza presso la Struttura Complessa di Ostetricia e Ginecologia della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia. L'ambito di applicazione del PDTA è stato la sala parto e la struttura di ostetricia degenza.

Strumento

È stata utilizzata una scheda di raccolta dati preconfezionata che, rispettosa di tutti gli step previsti dalla flow chart del PDTA, è stata compilata dalle ostetriche della sala parto e dell'ostetricia degenza.

Risultati

Nel periodo osservato, dal 1° giugno 2016 al 31 dicembre 2016, i casi di EPP sono stati 134 su 995 parti, pari al 13,46%. Di questi:

- 115 su 995 parti, pari all'11,15%, esitati in parto spontaneo di cui:
 - 79 sono stati considerati "lievi", pari al 7,93%;
 - 36 sono stati considerati "gravi", pari 3,61%;
- 19 su 995 parti, pari all'1,90%, esitati in taglio cesareo con EPP grave di cui:
 - 11 casi esitati in taglio cesareo elettivo, pari all'1,10%;
 - 8 casi esitati in taglio cesareo urgente, pari allo 0,80%.

L'incidenza di EPP lieve è stata pari al 7,93% mantenendosi al di sotto del 15% come dichiarato dall'OMS (7).

I fattori di rischio *ante partum* e *intra partum* associati all'EPP lieve conseguenti al parto spontaneo, secondo l'ordine di frequenza espressa in percentuale, sono stati:

- parto operativo vaginale (45,23%);

- etnia asiatica (30%);
- episiotomia medio-laterale (27,12%);
- MEF (20%);
- anemia Hb < 9g/dl (20%);
- macrosomia (16,66%);
- precedente EPP (14,28%);
- iperpiressia (12,50%);
- induzione (12,35%);
- parto precipitoso (5,55%);
- età > 40 anni (5,55%);
- BMI > 25 (5,26%);
- gravidanza gemellare (3,70%);
- posizione posteriore-anomala (3,12%);
- TC pregresso (2,40%);
- preeclampsia (0,90%).

I fattori di rischio *ante partum* e *intra partum* associati all'EPP grave conseguente a parto spontaneo, secondo l'ordine di frequenza espressa in percentuale, sono stati:

- macrosomia (33,33%);
- precedente EPP (28,57%);
- travaglio prolungato (20%);
- parto precipitoso (16,66%);
- posizione posteriore-anomala (15,62%);
- coagulopatie (14,28%);
- iperpiressia (12,50%);
- anemia Hb < 9 g/dl (10%);
- episiotomia medio-laterale (9,46%);
- induzione (5,61%);
- BMI > 25 (5,26%);
- TC pregresso (4%);
- età > 40 anni (2,77%);
- POV (2,38%).

I fattori di rischio *ante partum* e *intra partum* associati all'EPP grave conseguente a taglio cesareo elettivo, secondo l'ordine di frequenza espressa in percentuale, sono stati:

- placenta previa (14,28%);
- gravidanza gemellare (11,11%);
- anemia Hb < 9 g/dl;
- taglio cesareo elettivo (6,34%);
- TC pregresso (3,20%).

I fattori di rischio *ante partum* e *intra partum* associati all'EPP grave conseguente a taglio cesareo urgente, secondo l'ordine di frequenza espressa in percentuale, sono stati:

- distacco di placenta (16,66%);
- placenta previa (14,28%);
- iperpiressia (12,50%);
- taglio cesareo urgente (4%);
- età > 40 anni (2,77%);
- TC pregresso (1,60%);
- induzione (0,56%).

I dati dello studio confermano quanto emerso dalla revisione sistematica della Cochrane Library (6) ovvero che la condotta attiva del terzo stadio del travaglio riduce l'incidenza di EPP.

L'analisi dei dati ha evidenziato che l'incidenza di EPP lieve esitata successivamente a parto spontaneo conseguente a una condotta attiva è stata del 7,82% a fronte dell'8,91% di emorragie *post partum* conseguenti a condotta d'attesa.

L'incidenza di EPP grave esitata successivamente a parto spontaneo conseguente a condotta attiva è stata del 3,13% a fronte del 7,92% di emorragie *post partum* conseguenti a una condotta d'attesa.

I risultati prodotti dallo studio sottolineano come il secondamento manuale esitato dopo parto spontaneo rappresenti un fattore di rischio assoluto per lo sviluppo dell'EPP grave, a conferma di ciò che è stato riportato dall'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (8).

La somministrazione di trasfusione ematica in caso di EPP grave si è verificata in 9 casi su 995 parti, pari allo 0,90%.

In modo particolare sono stati registrati 2 tagli cesarei demolitivi con trasferimento della paziente in terapia intensiva, 1 embolizzazione dei vasi pelvici e nessuna morte materna.

Uno dei 2 tagli cesarei demolitivi, con ricovero successivo della paziente in terapia intensiva, è stato l'esito di un ritardato trasferimento dall'ASST di Pavia, per distacco di placenta massivo in 2 tc pregressi a 26 settimane di gestazione, con valori di Hb di 7 gr/dl.

Infine, il progetto analizza la frequenza percentuale delle attività assistenziali ritenute necessarie al fine di risolvere l'EPP.

Tavolo tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'allattamento al seno Rinnovato per il prossimo mandato biennale



Ministero della Salute



La fattiva partecipazione e la continuità nell'impegno manifestate dal TAS per rispondere al meglio al suo mandato ha permesso la realizzazione di una politica di collaborazione con referenti della promozione dell'allattamento al seno attivi sul territorio nazionale e locale, nonché con società scientifiche e istituti aventi finalità scientifica. Il Direttore Generale DGISAN, in data 17 febbraio 2017, ha comunicato alla Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche che, considerata l'utilità del Tavolo, al fine di consentire la prosecuzione delle predette attività il Ministero ha ritenuto opportuno il suo rinnovo per un prossimo mandato biennale nel quale dovrebbero realizzarsi una serie di attività.

1. Definire le modalità di svolgimento della Campagna Allattamento 2017. Il TAS è attualmente orientato a proporre alla DG COREI una campagna di promozione televisiva sui canali RAI.
2. Proporre una strategia adeguata al MIUR del documento (già preparato nel 2012 e da revisionare e aggiornare) sui fabbisogni formativi nel campo dell'allattamento al seno del personale sanitario e procedure connesse. Le professioni sanitarie infatti hanno necessità di conoscere meglio la fisiologia della lattazione e la gestione delle problematiche riferibili all'allattamento al seno al fine di promuovere l'allattamento. Attualmente invece si profondono eccessive risorse economiche sulla formazione *in-service*, piuttosto che investire su quella di base (*pre-service*). Il ruolo dell'Università e delle Commissioni nazionali dei corsi di Laurea (CLI/CLIP/CLO) a tale proposito, è fondamentale, ma è richiesta una sensibilizzazione a includere contenuti e moduli formativi adeguati.
3. Contribuire al monitoraggio nazionale sui tassi di allattamento al seno attraverso la partecipazione del TAS alle attività del Tavolo tecnico.
4. Promuovere un confronto fra TAS, industria, *onlus*, società scientifiche e/o Ordini professionali sui temi dell'etica professionale e della promozione dell'allattamento al seno, al fine di pervenire alla condivisione del documento di autoregolamentazione sui conflitti di interesse già prodotto e archiviato dal TAS.
5. Collaborare con la Società Italiana di Neurologia, la Società Italiana di Psichiatria, la Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile e le principali Società Italiane degli Psicologi per la predisposizione di un *Consensus Statement* sui rapporti fra disagio psichico materno e allattamento al seno.
6. Predisporre raccomandazioni per la gestione dell'allattamento nelle emergenze (calamità naturali, emergenze climatiche, immigrazione di massa, etc.).

Il Tavolo tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'allattamento al seno (TAS) riconfermato per 2 anni con Decreto Ministeriale il 19 gennaio 2015 è scaduto il 19 gennaio 2017 e nel biennio appena passato si è riunito:

- nel 2015, 6 volte: 4 marzo, 28 aprile, 4 giugno, 7 luglio, 15 settembre e 17 novembre;
- nel 2016, 6 volte: 12 gennaio, 2 febbraio, 8 aprile, 18 luglio, 4 ottobre e 22 novembre.



Nella Tabella 1 sono evidenziate le reali procedure assistenziali applicate nei 63 casi di emorragia post partum lieve su 852 parti totali pari al 7,39%.

Nella Tabella 2 sono evidenziate le reali procedure assistenziali applicate nei 27 casi di emorragia post partum grave, esitati successivamente a parto spontaneo, su 852 parti totali pari al 3,16%.

Nella Tabella 3 sono evidenziate le reali procedure assistenziali applicate nei 16 casi di EPP grave su 852 parti totali pari al 1,87%.

Conclusioni

Il progetto ha evidenziato una disomogeneità nell'applicazione delle *standard care* indicate dal PDTA. In particolare nelle EPP lievi il personale sanitario ha dato preferenza ad alcuni specifici trattamenti ritenuti essenziali in base all'esperienza maturata più che ha una indicazione specifica del PDTA. Tanto è vero che alcune tecniche assistenziali non sono state mai erogate.

Nelle EPP gravi l'aderenza al PDTA è risultata maggiore ma comunque non sufficientemente erogata in modo uniforme ai livelli minimi di assistenza richiesti in tale situazione clinica.

Pertanto dalla presente indagine si raccomanda di:

- condividere i risultati delle indagini tra i professionisti coinvolti nel *management* dell'EPP proponendo interventi correttivi a fronte delle difformità assistenziali emerse, allineandolo anche alle recenti linee guida del Ministero della Salute dell'ottobre 2016 (6);
- continuare il monitoraggio nella pratica assistenziale dei fattori di rischio in ogni donna assistita durante la gravidanza e al momento del ricovero per il parto, al fine di identificare precocemente le pazienti a rischio;
- fare diagnosi precoce dell'emorragia in tutti i setting assistenziali, in modo particolare il post partum, perché molti casi di EPP non presentano fattori di rischio identificabili.

Bibliografia

1. Evaluation and management of post partum hemorrhage: consensus from an international expert panel. *Transfusion* 2014; 54(7):1756-68
2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Prevention and management of postpartum haemorrhage. Green-top Guideline N. 52, 2009-2011
3. Linee guida AOGOI. Emorragia post-partum: linee guida per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento. I libri dell'AOGOI, 2009
4. European health for all databases (HFA-DB). WHO; 2012
5. The Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. Report of a Technical Working Group. WHO; 1990
6. Mousa HA, Alfirevic Z. Treatment for primary post-partum haemorrhage. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2003; (1): CD003249. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2007 Jan 24; (1): CD003249. Livello ISS I (ACOG II-1)

Tabella 1 - Emorragie post partum lieve esitate in parto spontaneo e standard care

Standard care	N. casi	%
Utilizzo Syntocinon 10UI in 500 cc di fisiologica	29	82,23
Posizionamento 2° ago cannula 14G/16G	5	14,28
Ripetuti prelievi ematochimici	11	31,42
Reintegro volume circolatorio con cristalloidi	9	25,71
Posizionamento catetere vescicale	0	0
Riparazione lacerazioni vagino-perineali	26	74,28

Tabella 2 - Emorragie post partum grave esitate in parto spontaneo e standard care

Standard care	N. casi	%
Utilizzo Syntocinon 10UI in 500 cc fisiologica	18	100
Posizionamento 2° ago cannula 14G/16G	13	72,22
Ripetuti prelievi ematochimici	15	83,33
Reintegro volume circolatorio con cristalloidi	16	88,88
Posizionamento catetere vescicale	9	50
Richiesta 4 unità di GRC e Plasma	11	61,11
Somministrazione utero tonico di 2ª Linea	13	72,22
Somministrazione acido tranexamico 30 mg/dl	6	33,33
Riparazione lacerazioni vagino-perineali	16	88,88
Dispositivo di riscaldamento	1	5,55
Reintegro volume circolatorio con colloidi	1	5,55

Tabella 3 - Emorragie post partum grave esitate in Taglio Cesareo Elettivo o Urgente e standard care

Standard care	N. casi	%
Utilizzo Syntocinon 10UI in 500 cc fisiologica	10	100
Posizionamento 2° ago cannula 14G/16G	6	60
Ripetuti prelievi ematochimici	6	60
Reintegro volume circolatorio con cristalloidi	10	100
Richiesta 4 unità di GRC e Plasma	4	40
Somministrazione utero tonico di 2ª Linea	9	90
Somministrazione acido tranexamico 30 mg/dl	2	20
Dispositivo di riscaldamento	0	0
Reintegro volume circolatorio con colloidi	1	10

7. Eurostat. Total fertility rate-number of children per woman. 2012
8. Registri Nascita della Regione Emilia Romagna. Mortalità materna. 81° Congresso della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia. Bologna 24/9/2005
9. Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla. Linea Guida 26. Ministero della Salute. Ottobre 2016

Allegato 1

Nome e Cognome G PARA

PVN ☐ TC ☐ DATA ORA

TERZO STADIO CONDOTTA: ATTESA ☐ ATTIVA ☐

PERDITA EMATICA: totale CC

Fattore Rischio ANTE PARTUM		Fattore Rischio INTRAPARTUM	
Pluriparità > 3	A	TC emergenza	Q
Età > 40 aa	B	TC elezione	R
MEF	C	Induzione	S
Polidramnios	D	POV	T
Gravidanza gemellare	E	Posiz. poster. o anomale	U
TC pregresso	F	Episio medio-laterale dx	V
Coagulopatie	G	Travaglio prolungato ¹	Z
Anemia < 9 g/dl	H	Parto precipitoso ²	X
Distacco di placenta	I	Macrosomia	Y
Placenta previa	L	Iperpiressia	W
Preeclampsia	M		
Precedente PPH	N	Non fattori di rischio	
Etnia asiatica	O	Nulliparità	AB
Obesità BMI > 25	P	Pluriparità < 3	AC

PROTOCOLLO A: perdita ematica da 500 ml a 1.000 ml

- ☐ Syntocinon 20UI in 500 fisiologica in 2 ore
- ☐ Posizionato 2° ago cannula venoso 14G/16G
- ☐ Ripetuti prelievi ematici: emocromo, fibrinogeno, PT, PTT
- ☐ Reintegro volume circolatorio con cristalloidi
- ☐ Richiesti 4 unità di GRC e plasma a disposizione
- ☐ Posizionato catetere vescicale
- ☐ Somministrato uterotonico di II linea (cytotec / nalador)
- ☐ Somministrazione acido Tranexamico 30 mg/kg dopo minuti dall'Ossitocina
- ☐ Compressione bimanuale dell'utero
- ☐ Tamponamento uterino endocavitario
- ☐ Revisione cavitaria
- ☐ Riparazioni lacerazioni
- ☐ Altra terapia correttiva della coagulazione
- ☐ Effettuata trasfusione ematica
- ☐ Messo dispositivo per il riscaldamento

PROTOCOLLO B: perdita ematica > 1.000 ml

- ☐ Tutto quanto previsto nel protocollo A + (flaggare quanto effettivamente eseguito nel protocollo A)
- ☐ Reintegro volume circolatorio con colloidi
- ☐ Proseguimento della terapia trasfusionale mirata
- ☐ Tampone con pallone di Bakrii
- ☐ Attivazione radiologia interventistica per embolizzazione vasi pelvici
- ☐ Attivazione sala operatoria per manovre/interventi chirurgici mirati
- ☐ Paziente trasferita in Rianimazione

PS: allegare scheda rilevazione parametri vitali (PA, FC, TC; diuresi etc. saturazione qualora eseguita)

1 Il travaglio prolungato quando la prima e la seconda fase insieme durano più di 20 ore per una prima gravidanza e più di 14 ore per una donna che ha avuto altri parti

2 Durata travaglio parto < 3 ore nella 1° G; entro 1 ora nelle 2° G

MULTIPROFESSIONAL DRILLS IN OBSTETRIC EMERGENCIES

Il progetto nella realtà dell'Unità Operativa di Ostetricia del Nuovo Ospedale Civile di Sassuolo



Autrice
Valentina Benati
Ostetrica

RIASSUNTO

Si definisce emergenza ostetrica una condizione legata alla gravidanza che può minacciare il benessere della madre e del bambino durante la gravidanza o al momento della nascita in modo spesso imprevedibile. La risposta a tale emergenza è caratterizzata da una significativa importanza del tempo, da decisioni immediate e quesiti tecnici ed etici legati alla necessità di salvaguardare due pazienti in contemporanea: madre e bambino. In qualsiasi ambito, che sia esso ospedaliero o addirittura militare, la conoscenza teorica e pratica dei piani da attuare in situazioni di emergenza sono fondamentali, ma l'intervallo decisionale, la comunicazione nel *team* e la cooperazione possono davvero fare la differenza. Nella realtà dell'Unità Operativa di Ostetricia del Nuovo Ospedale Civile di Sassuolo, il personale partecipa a corsi di formazione riguardanti la rianimazione nell'adulto e nel neonato, ma non esiste ancora alcun corso di formazione che riguardi nello specifico le emergenze/urgenze in sala parto, motivo per cui si è pensato insieme alla dottoressa Vaccari e alla dottoressa Bozzarelli di sviluppare un progetto sulle emergenze/urgenze in sala parto ponendo come obiettivo quello di migliorare la conoscenza clinica del personale attraverso lezioni frontali e simulazioni (*multi-professional drills*) con prove pratiche su manichini in centri attrezzati, ma anche "*in hospital*", ovvero all'interno dell'Unità Operativa, per migliorare il *teamwork* e la comunicazione dell'*équipe*, ottenendo così un *empowerment* dell'intera unità. L'obiettivo è quello di sviluppare un progetto sulle simulazioni per le emergenze/urgenze in sala parto che possa essere utilizzato per la formazione del personale. Si ritiene, in tal modo, di poter ridurre al minimo il rischio di errore, integrando la formazione delle competenze tecniche con quelle non tecniche.

Il corso tratterà un'emergenza ostetrica per ogni sessione; attraverso le lezioni frontali, i diversi esercizi di comunicazione e le simulazioni si cercherà di fornire ai partecipanti tutte le conoscenze e strumenti per poter affrontare al meglio l'emergenza trattata e per riuscire a collaborare ottenendo così un *empowerment* del *teamwork* e un miglioramento degli *outcome* materno-fetali post emergenza.

Parole chiave

Multi-professional drills, emergenze ostetriche, progetto.

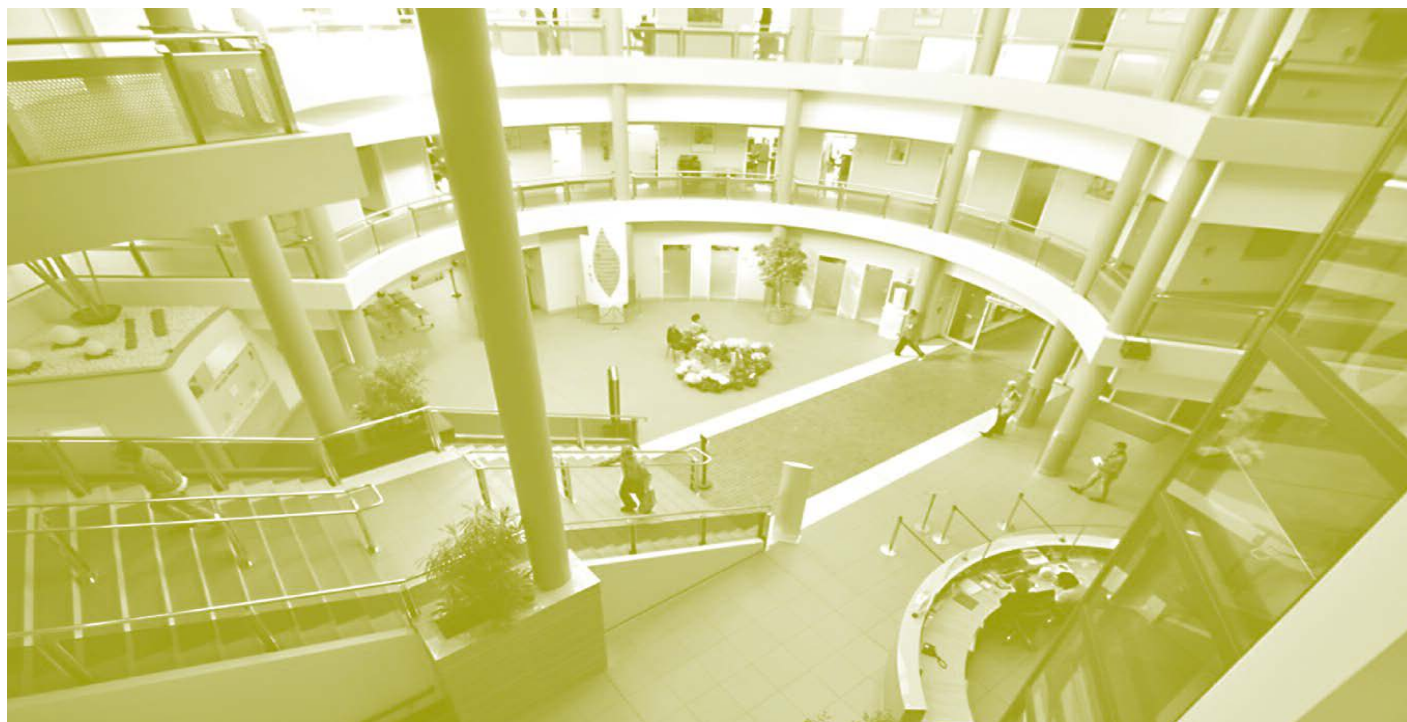
ABSTRACT

Obstetric emergency is a condition related to the pregnancy which may affect mother and baby health during pregnancy or at birth. That condition is often unpredictable. The response to this emergency is characterized by significant importance of time, from immediate decisions and technical and ethical questions related to the need to safeguard two patients simultaneously: mother and child. In both hospital and other settings, an effective management of Obstetric Emergencies that includes promptness in making decisions, effective communication and teamworking can really make the difference. At "Nuovo Ospedale Civile di Sassuolo" staff members attend training courses regarding resuscitation in adults and newborns but there is still no training courses dealing specifically obstetric emergencies; that is the reason why we have decided to develop a project about obstetric emergencies in collaboration with Silvia Vaccari (Manager of Maternity Department) and Morena Bozzarelli (Senior Midwife). The goal is improving clinical knowledge through lectures and scenarios (*multi-professional drills*) with practical tests on mannequins focusing on the importance of working as a team.

The course will deal an obstetric emergency per session; through lectures, individual communication exercises and scenarios we help participants to improve skills in dealing with emergencies and, indirectly, to improve maternal and fetal outcomes.

Keywords

Multi-professional drills, obstetric emergencies, project.



Introduzione

Si definisce emergenza ostetrica una condizione legata alla gravidanza che può minacciare il benessere della madre e del bambino durante la gravidanza stessa o al momento della nascita, in modo spesso imprevedibile. La risposta a tale situazione è caratterizzata da una significativa importanza del tempo, da decisioni immediate e da quesiti tecnici ed etici legati alla necessità di salvaguardare due pazienti in contemporanea: madre e bambino.

Le ostetriche costituiscono uno dei gruppi di professionisti sanitari più numerosi nelle strutture di diversi Paesi e si occupano della cura, del *management* e della comunicazione con la donna. Esse rivestono un ruolo fondamentale nella prevenzione, e quindi nel contenere il rischio di emergenza, nella formazione e nella risposta alla crisi. Nell'esercizio della propria attività professionale, come definito dalla legislazione vigente (vedi art. 1 del profilo professionale), l'ostetrica deve essere in grado di individuare nella madre e/o nel bambino i segnali di anomalia che richiedono l'intervento di un

medico e, in tal caso, assistere quest'ultimo, prendere i provvedimenti d'urgenza che si impongono in sua assenza e, in particolare, esaminare il neonato e averne cura, prendere ogni iniziativa che s'imponga in caso di assoluta necessità ed, eventualmente, praticare la rianimazione immediata.

Nell'art. 1 del profilo professionale, inoltre, l'ostetrica è individuata come l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'Albo professionale, contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.

Nel contesto di una sala parto, nel momento in cui insorge e viene identificata una condizione di emergenza, è di fondamentale importanza che la prima ostetrica responsabile informi, allerti e contatti tutti gli altri professionisti coinvolti nella cura della donna/coppia riunendo così l'*équipe* (ad esempio, seconda ostetrica, medico di guardia, anestesista e pediatra, etc.). Per fronteggiare una

DPCM "Nuova definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"

La FNCO, mai consultata sul testo del DPCM sui nuovi LEA approvato dalla Conferenza Stato-Regioni, ha condiviso con i Presidenti dei Collegi un documento di osservazioni e proposte che ha inviato al Direttore Generale Comitato LEA. Cassa di risonanza sono stati tre comunicati stampa di cui l'ultimo il 5 febbraio 2017 ([www.fnco.it/custom/fnco/writable/news/Allegato%201\(1\).pdf](http://www.fnco.it/custom/fnco/writable/news/Allegato%201(1).pdf)).

Nella Gazzetta Ufficiale n. 65, Supplemento Ordinario n. 15 del 18 marzo 2017 è stato pubblicato il DPCM "Definizione ed aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'art. 1, comma 7 del D.Lgs. 30.12.1992, n. 502". La Federazione in data 8 aprile 2017 ha analizzato il testo e alla luce del parere espresso dal Consulente legale, come preannunciato all'Assemblea del Consiglio Nazionale del 25 febbraio 2017, sta valutando di impugnare il provvedimento.

La FNCO, quale Ente esponenziale degli interessi della Categoria, è legittimata a procedere all'impugnativa del DPCM, entro il 16 maggio 2017, solo ed esclusivamente per i profili di lesione degli interessi degli iscritti rappresentati.

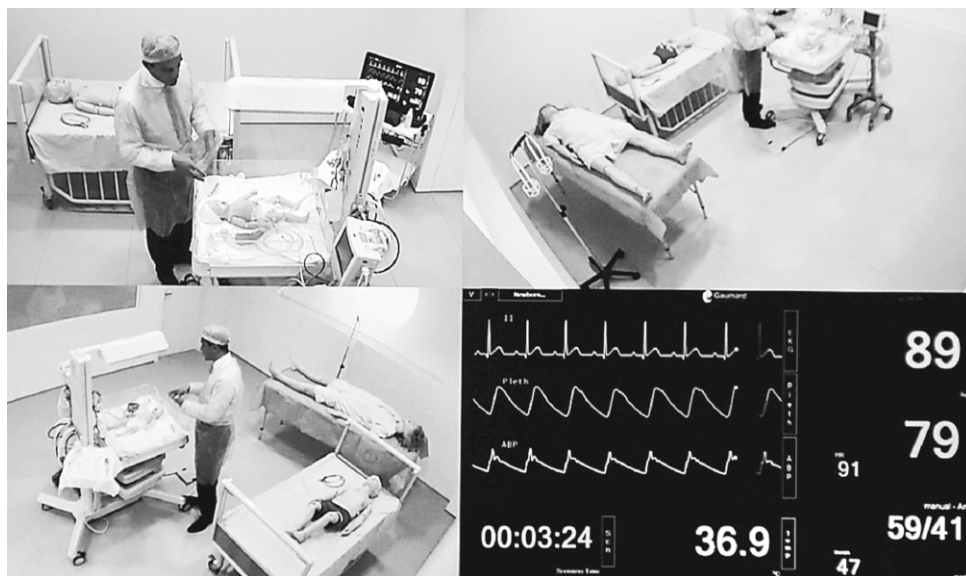
situazione di crisi e ottenere outcome materno-fetali positivi è necessario, infatti, un approccio multidisciplinare che preveda una comunicazione rapida ed efficiente tra i professionisti di diverse specialità. L'*équipe*, se precedentemente istruita e formata, saprà immediatamente individuare il leader che, a sua volta, supervisionerà l'operato e dirigerà gli interventi per risolvere la crisi. Il team dovrà già avere ben chiari i diversi ruoli e le mansioni che ne derivano e, di conseguenza, opererà con grande collaborazione e intesa risolvendo così in breve tempo e in modo efficace la situazione di emergenza.

L'ostetrica, inoltre, prendendo in carico in prima persona la donna e stabilendo così un rapporto di fiducia e intesa, ha il compito, in tali circostanze, di mantenere un livello sufficiente di comunicazione, spiegando, qualora sia possibile, le procedure messe in atto e richiedendo il consenso per qualsiasi tipo di intervento. Sarà così possibile ottenere una giusta e fondamentale collaborazione da parte della donna assistita e del partner o familiare presente in quel momento.

Ancora oggi la sala parto non è compresa né menzionata nell'organizzazione delle strutture sanitarie per quanto riguarda le emergenze. Nei moderni sistemi sanitari la possibilità di un danno involontario al paziente varia tra il 3 e il 16%; i fattori implicati sono correlati alla complessità organizzativa, all'interfaccia con attrezzature altamente tecnologiche e sofisticate ma soprattutto alla mancanza di comunicazione nell'*équipe* e di addestramento al lavoro in team. Indagini sugli scarsi outcome perinatali hanno identificato come fattore comune le carenze nel *team working* e hanno sottolineato l'importanza della preparazione e simulazione in *équipe* per il management delle emergenze ostetriche. In un contesto così critico e ricco di imprevisti come quello della paziente in sala parto non è possibile affidarsi soltanto all'esperienza e/o all'abilità del singolo, che comunque rappresentano una ricchezza imprescindibile da cui attingere, ma è indispensabile creare un lavoro di squadra con team attivi e reattivi.

Istituire corsi di formazione multi-professionali degli operatori sanitari che integrino le *technical skills* (TS) con le *non technical skills* (NTS) risulta essere l'opzione più efficace.

I training ostetrici specifici effettuati in *équipe* sono stati associati a netti miglioramenti clinici. I fattori comuni identificati sono stati: incentivi istituzionali per la formazione, training multiprofessionali per tutto lo staff dell'unità operativa, *teamwork training* integrati con lezioni cliniche e uso di manichini ad alta fedeltà di simulazione.



Il progetto

In collaborazione con la dottoressa Vaccari e la dottoressa Bozzarelli si è quindi deciso di sviluppare un progetto nell'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia del Nuovo Ospedale Civile di Sassuolo che consiste nella realizzazione e nell'attuazione di corsi multi-professionali rivolti al personale. I corsi tratteranno diverse emergenze ostetriche tra cui emorragia del post partum, distocia di spalle, applicazione di ventosa ostetrica, prollasso di funicolo, assistenza al parto podalico per via vaginale, attivazione della sala operatoria, attacco eclampico.

Il corso di formazione alla base del progetto ha come scopo quello di formare i team che operano in sala parto e nelle sale operatorie ostetrico-ginecologiche sulla gestione organizzata delle risorse disponibili in caso di emergenza, basandosi sul modello del CRM (Crisis Resource Management); la finalità è quella di ridurre al minimo il rischio di errore, integrando la formazione delle competenze tecniche con quelle non tecniche.

Verranno fornite ai partecipanti tutte le conoscenze e gli strumenti per poter affrontare al meglio l'emergenza trattata e per riuscire a collaborare ottenendo così un *empowerment* del teamwork.

La massima attenzione verrà rivolta al coinvolgimento della donna/coppia, in modo che non venga più involontariamente considerata parte passiva dell'evento; attraverso una corretta comunicazione in tempo reale di quanto sta accadendo e delle decisioni del personale sanitario, si mirerà a ottenere il maggior grado di fiducia e collaborazione possibili, seppur in una condizione di criticità.

Metodologia e strumenti

Il programma alternerà fasi di formazione frontale, in cui gli istruttori esporranno la natura dell'emergenza, l'incidenza e le criticità, a vere e proprie simulazioni.

Verranno forniti strumenti per rendere sicura ed efficace la reazione alla situazione di criticità; ciò permetterà di affrontare correttamente l'emergenza rifacendosi a tutte le tecniche del CRM. A questo proposito le fasi di sviluppo delle competenze tecniche verranno integrate con la fase di addestramento delle competenze non tecniche, privilegiando in particolare il *team training* multi-professionale, con spiccata attenzione alla comunicazione codificata in situazioni di crisi.

Durante le lezioni frontali gli istruttori alterneranno momenti di pura didattica a momenti di riflessione e *teamworking*. Il medico responsabile illustrerà definizione, cause, incidenza, eziologia, fattori di rischio, diagnosi e trattamento dell'emergenza in questione e successivamente si concentrerà sul metodo di gestione più efficace per affrontare la crisi in *team* collaborando e comunicando attivamente per ottenere risultati positivi.

Successivamente verrà illustrata una *flowchart* appositamente predisposta per ogni argomento discusso, per poi passare la parola all'ostetrica istruttrice che mostrerà il Kit per l'emergenza (una sorta di *box* contenente tutto il materiale necessario da utilizzare secondo le procedure definite dall'Unità Operativa e facilmente reperibile dal personale sanitario coinvolto). La stessa tratterà la suddivisione dei ruoli e delle mansioni che ne derivano ed esporrà le basi del CRM e della comunicazione criptata in caso di emergenza tra il personale ma soprattutto con la paziente/coppia. Inoltre approfondirà l'argomento con esercizi di gruppo.

Terminata la didattica "classica", verrà introdotta la psicologia che fornirà un parere sulla gestione dello stress in emergenza e sulle ripercussioni che può avere sia sul personale sanitario che sulla donna. In ultimo la parola sarà ceduta allo specialista in anestesia e rianimazione. Al fine di ridurre i costi e i tempi previsti, si è valutata, in alternativa, la possibilità di sviluppare la parte teorica relativa alle singole emergenze (definizione, cause, incidenza, eziologia, fattori di rischio, diagnosi e trattamento) mediante corsi FAD che il personale dell'Unità Operativa dovrà ultimare propedeuticamente. In tal modo le lezioni frontali vere e proprie si concentreranno prettamente sulla suddivisione dei ruoli, sulla comunicazione e sulla presentazione delle *flowchart* dei processi gestionali.

Maggior spazio possibile verrà quindi dedicato alle simulazioni, vero fulcro di questi corsi di formazione avanzata, che verranno svolte in centri attrezzati per tali scopi didattici e prevederanno l'utilizzo di materiale reale e di manichini ad alta fedeltà. Per rendere le simulazioni più vicine possibile alla realtà, infatti, è auspicabile l'utilizzo di un manichino di ultima generazione; a tal scopo, inoltre, l'Ospedale fornirà materiale scaduto per quanto riguarda farmaci, flebo, teleria e kit da cesareo. È di fondamentale importanza che vengano effettuate tutte le azioni che si svolgerebbero realmente all'interno della sala parto per fronteggiare la crisi.

Al fine di garantire una formazione completa sotto tutti i punti di vista, sarà necessaria la presenza di un istruttore ostetrico/a, un istruttore ginecologo/a, un istruttore anestesista e infine di uno/a psicologo/a.

Verranno formati dei *team* comprendenti le varie figure professionali coinvolte; all'inizio di ogni simulazione il *team* stabilirà il ruolo di ogni componente e si posizionerà nel corridoio tra le stanze del centro di simulazione dove riceverà una chiamata attraverso la quale l'istruttore responsabile presenterà brevemente il caso. A questo punto il *team* si recherà nella *simulation room*, dove sarà già stato predisposto lo scenario per l'emergenza, e il responsabile darà i comandi all'ingegnere clinico presente nella stanza accanto che gestirà il simulatore.

La gestione di ciascun caso con la relativa simulazione verrà filmata, registrata e successivamente visionata e commentata dal *team* partecipante durante il *debriefing* sotto la guida dei responsabili. Durante il *debriefing* verranno evidenziati, discussi e commentati i comportamenti e le loro motivazioni per far emergere i possibili ambiti di miglioramento dei singoli e del *team*. La presenza anche di osservatori esterni che non hanno partecipato alla simulazione in esame sarà sicuramente utile per sottolineare eventuali ulteriori criticità.

Una volta formato tutto il personale sanitario dell'Unità Operativa di Ostetricia, i responsabili del corso si dedicheranno all'organizzazione delle simulazioni "in house" a sorpresa. Queste simulazioni verranno svolte senza alcun preavviso; l'*équipe* in turno in quel momento nell'Unità Operativa di Ostetricia riceverà una chiamata attraverso cui il responsabile descriverà brevemente il caso e il personale dovrà affrontare la crisi svolgendo tutte le azioni come nella realtà (somministrazione farmaci, attivazione medico/ostetrica reperibile, attivazione s.o., utilizzo carrello urgenze, etc.).

Conclusioni

Si ritiene utile, al fine di comprendere la reale efficacia di questo progetto, effettuare una raccolta dati a distanza di un anno dalla conclusione dei corsi. In tal modo sarà possibile verificare l'eventuale miglioramento degli *outcomes* materno-fetali, l'*empowerment* del *team*, la riduzione del rischio di errore, il miglioramento della comunicazione codificata in situazione di crisi, il miglioramento della comunicazione del personale con la donna/coppia e il miglioramento nella logistica e nell'organizzazione dell'Unità Operativa.

Bibliografia

1. Nielsen PE., Goldman MB, Mann S, Shapiro DE, Marcus RG, Pratt SD, et al. Effects of teamworking training on adverse outcomes and process of care in labor and delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2007; 109:48-55.
CrossRef, PubMed, Web of Science Times Cited:35
2. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Preventing infant death and injury during delivery (Sentinel Event Alert Issue #30); 21 July 2004. [<http://www.jointcommission.org/Sentinel>]

- Events/SentinelEventAlert/sea_30.htm]. Accessed 28 October 2008
3. Lewis G, editor. The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). Saving Mothers' Lives: Reviewing Maternal Deaths to Make Motherhood Safer-2003-2005. The Seventh Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom, London: CEMACH, 2007
4. Ellis D, Crofts JF, Hunt LP, Read M, Fox R, James M. Hospital, simulations center, and teamwork training for eclampsia management: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2008; 111; 723-31
CrossRef, PubMed, Web of Science Times Cited; 8
5. Salas E, Wilson KA, Burke CS, Wightman DC. Does crew resource management training work? An update, an extension, and some critical needs, *Hum Factors* 2006;48;392-412.
CrossRef, PubMed, Web of Science Times Cited; 18
6. Pratt S, Mann S, Salisbury M, Greenberg P, Marcus R, Stabile B, et al. Impact of CRM-based team training on obstetric outcomes and clinicians' patient safety attitudes. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2007;33:720-5
PubMed
7. Scholefield H. Embedding quality improvement and patient safety at Liverpool Women's NHS Foundation Trust. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2007;21:593-607.
CrossRef, PubMed, Web of Science Times Cited; 4
8. Strachan BC, Crofts J, James M, Akande V, Hunt L, Ellis D, et al. Proof of Principle Study of the Effect of Individual and Team Drill on the Ability of Labour Ward Staff to Manage Acute Obstetric Emergencies, Birmingham, UK: PSRP, Department of Health, Public Health, Epidemiology & Biostatistics, University of Birmingham, 2008
9. Draycott T, Sibanda T, Owen L, Akande V, Winter C, Reading S, et al. Does training in obstetric emergencies improve neonatal outcome? *BJOG* 2006;113:177-82
10. Crofts JF, Bartlett C, Ellis D, Winter C, Donald F, Hunt LP, et al. Patient-actor perception of care: a comparison of obstetric emergency training using manikins and patient-actors. *Qual Health Care* 2008;17:20-4
11. Draycott T, Crofts JF, Ash JP, Wilson LV, Yard E, Sibanda T, et al. Improving neonatal outcome through practical shoulder dystocia training. *Obstet Gynecol* 2008; 112:14-20
12. Siassakos D, Hasafa Z, Sibanda T, Fox R, Donald F, Winter C, et al. Retrospective cohort study of diagnosis-delivery interval with umbilical cord prolapse; the effect of team training. *BJOG* 2009; DOI: 10.1111/j.1471-0528.2009.02179.x (E-pub ahead of print)
13. MacKenzie IZ, Shah M, Lean K, Dutton S, Newdick H, Tucker DE. Management of shoulder dystocia: trends in incidence and maternal and neonatal morbidity. *Obstet Gynecol* 2007;110:1059-68
14. Rouse W, Cannon-Bowers J, Salas E. The role of mental models in team performance in complex systems. *IEEE Trans Syst Man Cybern* 1992;22:1296-1308
15. Birch L, Jones N, Doyle PM, Green P, McLaughlin A, Champney C, et al. Obstetric skills drills: evaluation of teaching methods. *Nurse Educ Today* 2007;27:915-22
16. Crofts JF, Ellis D, Draycott TJ, Winter C, Hunt LP, Akande VA. Change in knowledge of midwives and obstetricians following obstetric emergency training: a randomised controlled trial of local hospital, simulation centre and teamwork training. *BJOG* 2007; 114:1534-41
17. Crofts JF, Bartlett C, Ellis D, Hunt LP, Fox R, Draycott TJ. Training for shoulder dystocia: a trial of simulation using low-fidelity and high-fidelity mannequins. *Obstet Gynecol* 2006;108:1477-85
18. Anderson ER, Black R, Brocklehurst P. Acute obstetric emergency drill in England and Wales: a survey of practice. *BJOG* 2005;112:372-5
19. King's Fund. Safe Births: Everybody's Business. An Independent Enquiry into the Safety of Maternity Services in England. London: King's Fund, 2008
20. Cherouny P, Federico FA, Haraden C, Leavitt Gullo S, Resar R. Idealized Design of Perinatal Care. IHI Innovation Series White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2005
21. Siassakos D, Crofts J, Winter C, Weiner C, Draycott T. The active components of effective training in obstetric emergencies. *BJOG* 2009;116:1028-1032 (racchiudeva tutti quelli prima citati)
22. Singh, A. & Nandi, L. *J Obstet Gynecol India* (2012) 62: 291. doi:10.1007/s13224-012-0218-9
23. The Contribution of Nursing and Midwifery in Emergencies Report of a WHO Consultation WHO Headquarters, Geneva, 22-24 November 2006 Health Action in Crises
24. Training for obstetric emergencies: PROMPT and shoulder dystocia March 2015 © 2015 The Health Foundation Katie Cornthwaite Joanna Crofts Tim Draycott Dimitrios Siassakos Cathy Winter Southmead Hospital, Bristol UK University of Bristol, UK
25. Annemarie Fransen, Franyke Banga, Joost van de Ven, Ben Willem Mol, S Guid Oei. Multi-professional simulation-based team training in obstetric emergencies for improving patient outcomes and trainees' performance [Cochrane Protocol]. PROSPERO 2015:CRD42015024069 Available from http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42015024069
26. Ragusa, Crescini "Urgenze ed Emergenze in sala parto" 2015, by Piccin Nuova Librai S.p.A. Padova
27. Codice deontologico dell'ostetrica/o, approvato dal Consiglio Nazionale nella seduta del 19 giugno 2010 con integrazioni/revisioni approvate dal Consiglio Nazionale nella seduta del 5 luglio 2014
28. Decreto 14 settembre 1994, n. 740. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o (GU Serie Generale n. 6 del 9 gennaio 1995)

Servizio di oncofertilità: il ruolo dell'ostetrica

Autori

Antonella Montuori

*Ostetrica,
Fisiopatologia
della Riproduzione,
Ospedale "S. G. Moscati",
Avellino*

Giusy D'Ambrosio

*Ostetrica,
Fisiopatologia
della Riproduzione,
Ospedale "S. G. Moscati",
Avellino*

Contatti

Antonella Montuori

a.montuori83@gmail.com

*Progetto: "Istituzione biobanca
del tessuto ovarico e cellule
germinali per giovani donne
affette da neoplasia o malattie
croniche degenerative
a rischio di insufficienza
ovarica iatrogena"*

Come citato nel Decreto ministeriale n. 740 del 1994, "l'Ostetrica è l'operatore sanitario che assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, conduce e porta a termine parti eutocici con proprie responsabilità e presta assistenza al neonato".

Per noi ostetriche che operiamo in un servizio ultraspecialistico forse questo non è proprio il nostro campo di attività, ma non per questo ci sentiamo meno ostetriche! Sì, perché la nostra attività di ostetriche non è svolta in sala parto, in una Unità Operativa di ostetricia e ginecologia o in consultorio, bensì presso un centro di oncofertilità e sterilità di coppia.

Il nostro pane quotidiano non è dunque costituito esclusivamente da cardiocografia, travaglio, parto, ma da tutto ciò che ruota intorno al problema della fertilità e della conservazione della fertilità in pazienti oncologici e che necessita della nostra presenza e della nostra professionalità.

Oggi però non siamo qui a parlarvi solo di trattamenti di IUI – Fivet – Icsi, ma vogliamo descrivere la nostra attività un po' speciale svolta nella preservazione della fer-

tilità in pazienti con problemi oncologici. Come membri dell'équipe dell'U.O. di Fisiopatologia della riproduzione dell'A.O. "S.G. Moscati" di Avellino, lavoriamo a un progetto di oncofertilità in base al quale si intende preservare la capacità riproduttiva dei giovani ammalati di tumore.

Nel corso degli ultimi trent'anni i programmi di diagnosi precoce e l'evoluzione delle terapie antitumorali hanno contribuito a rendere guaribili molte forme di cancro che in passato erano ritenute fatali. Il progressivo aumento della sopravvivenza media di bambini e giovani pazienti affetti da neoplasie ha posto l'attenzione sugli effetti a lungo termine delle terapie antitumorali e sulla qualità di vita dei pazienti dopo il trattamento, in particolare sul rischio di infertilità iatrogena cui questi pazienti vanno incontro.

La chemioterapia e la radioterapia, seppur necessarie per il trattamento della malattia neoplastica, possono danneggiare le gonadi maschili e femminili e successivamente portare a una perdita di fertilità parziale o totale sia nell'uomo che nella donna.



Oggi sono disponibili diverse opzioni per preservare la fertilità nei pazienti affetti da forme tumorali ai quali si dà la possibilità di concepire una volta terminato il percorso diagnostico-terapeutico con esito positivo.

Purtroppo le richieste di aiuto e di informazione sulla possibilità di preservare la fertilità e quindi di diventare genitori dopo il cancro sono sempre più numerose e spesso ancora molto tardive.

I pazienti che si rivolgono alla nostra struttura riescono a ottenere già entro 24/48 ore un primo incontro mirato, prevalentemente, all'informazione e alla pianificazione necessaria di un programma terapeutico continuo con i reparti di oncologia invianti.

Il counseling richiede un approccio multidisciplinare (ostetriche, psicologi, biologi, infermieri, medici) nel quale ogni operatore gioca un ruolo fondamentale, mirato soprattutto all'accoglienza, ad aiutare i pazienti a esprimere il proprio bisogno di ricevere informazioni, a comprendere ed elaborare le informazioni ricevute.

Nel corso dei vari incontri, soprattutto nel caso di pazienti di sesso femminile, che di prassi frequentano il servizio di oncofertilità per più tempo, si instaura un rapporto di fiducia che ha lo scopo di favorire una relazione di cura che tenga conto di vari aspetti della persona.

Crioconservazione maschile

Quando il paziente deve crioconservare il liquido seminale, il percorso da effettuare è semplice e veloce: infatti con pochissime raccolte riesce a crioconservare provette contenenti milioni di spermatozoi da immergere in azoto liquido fino ad arrivare a una temperatura di -196° . Gli unici esami preliminari richiesti sono quelli finalizzati a escludere eventuali patologie virali.

Crioconservazione femminile

Quando deve crioconservare ovociti il percorso è più lungo e impegnativo di quello maschile in quanto, subito dopo la pianificazione della terapia di stimolazione, la paziente deve eseguire, a giorni alterni, ecografie ovariche e prelievi per la determinazione di estradiolo e progesterone fino all'atteso "pick up" o prelievo ovocitario che avviene per via transvaginale e con paziente in anestesia. Attraverso una guida posta sulla sonda transvaginale scorre un ago di piccolo calibro che, connesso a un sistema sterile di aspirazione, consente il recupero del liquido follicolare all'interno di un set di provette sterili monouso che vengono consegnate, contestualmente al prelievo, al laboratorio di embriologia per la ricerca degli ovociti. A questo punto gli ovociti maturi vengono sottoposti a procedura di congelamento in azoto liquido. Nella stessa giornata, dopo circa 4 ore dal prelievo la paziente viene dimessa e rinviata all'oncologo per la pianificazione della terapia antitumorale.

Conclusioni

L'Ostetrica ha quindi anzitutto il ruolo di filtro, che le consente di comprendere come e con quali informazioni i pazienti oncologici giungono al centro di oncofertilità; inoltre acquisisce i dati preliminari dell'anamnesi nelle diverse neoplasie. In questo modo è un aiuto prezioso nel supportare questi giovani pazienti durante un percorso così difficile.

Dal primo sorriso di accoglienza al commiato della donna che sta per intraprendere un complesso percorso di terapie, l'Ostetrica è costantemente presente realizzando così il suo ruolo di accompagnamento della donna in tutte le fasi riproduttive.

Progetto "Studio Nazionale Fertilità": avvio dell'indagine anche per l'Ostetrica/o



In data 3 aprile 2017, presso l'Istituto Superiore di Sanità, si è svolto il secondo incontro del Comitato Scientifico del progetto CCM "Studio Nazionale Fertilità" che ha la durata di due anni. La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche ha partecipato con un proprio rappresentante all'incontro che ha avuto la finalità di fare il punto sullo stato dell'arte del progetto e soprattutto valutare e approvare i questionari predisposti per le diverse figure professionali dell'area multidisciplinare.

Per esplorare il livello di conoscenza dell'ostetrica/o nell'ambito della promozione tutela della fertilità la FNCO ha elaborato un questionario con il supporto di due ostetriche campane che da anni operano nell'ambito PMA e che sono nello specifico Mariangela Cardinale (NA) e Antonella Montuori (AV).

Il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) che coordina lo "Studio Nazionale Fertilità" ha individuato e definito le modalità per l'implementazione delle indagini che prevede l'inserimento su una specifica piattaforma che ospita tutti i questionari elaborati per i diversi professionisti.

LA COMUNICAZIONE INTERNA COME METODICA DI SICUREZZA PER IL PAZIENTE E L'OPERATORE

Internal Costumer Analysis di un nuovo strumento dipartimentale

Autori

Enrico Finale

*Ostetrico,
SOC Ostetricia e Ginecologia
Ospedale Castelli Verbania*

Gaetano Auletta

*Infermiere,
Università Piemonte Orientale
Novara*

Andrea Guala

*Pediatra, Direttore
Dipartimento Materno-Infantile
Ospedale Castelli Verbania*

Contatti

Enrico Finale

enrico.finale@gmail.com



Background

Il legame che esiste tra qualità delle cure e sicurezza del paziente è un assioma indiscutibile. Qualsiasi organizzazione sanitaria, a qualsiasi livello organizzativo, deve tendere i propri sforzi a garantire la *patient safety*, definita come il grado in cui il rischio di un intervento e il

rischio legato all'ambiente sono ridotti per i pazienti, gli operatori e altre persone (1).

Diverse definizioni vengono date alla parola sicurezza in ambito sanitario. In Italia il Ministero della Salute la definisce come la dimensione della qualità dell'assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per

RIASSUNTO

Background

Molti sforzi sono stati fatti e si fanno tutt'ora per garantire la *patient safety*. La sicurezza del paziente nell'essere curato e dell'operatore sanitario nel curare è uno dei principali obiettivi delle organizzazioni che erogano servizi sanitari. La lenta trasformazione dei sistemi di organizzazione reattivi, che tendono a gestire l'errore, a sistemi proattivi, che tendono a gestire i rischi, ha permesso di sviluppare nuovi modelli assistenziali e di gestione.

Stando alle raccomandazioni ministeriali, che suggeriscono il rafforzamento della comunicazione interna a una organizzazione sanitaria, all'interno del Dipartimento materno-infantile dell'Ospedale Castelli di Verbania, nasce l'idea di sviluppare una scheda trasmissione ricovero con lo scopo di rafforzare e migliorare la comunicazione tra le due strutture di Ostetrica e Pediatria.

Obiettivi

Valutare il parere degli utilizzatori circa l'affidabilità e l'utilità della scheda.

Metodi

È stata effettuata una *internal customer analysis* che ha previsto due distinti momenti di valutazione. Nel primo periodo è stato distribuito a tutti gli operatori del dipartimento un questionario strutturato e anonimo, creato *ex novo*, per indagare la sicurezza della comunicazione interna nel periodo precedente l'introduzione della scheda. Nel secondo periodo, a un anno dall'entrata in vigore della scheda, è stato distribuito un secondo questionario strutturato e anonimo, con lo scopo di valutare se è avvenuto un cambiamento nella comunicazione interna grazie all'utilizzo della scheda.

Risultati

È stato possibile determinare un notevole cambiamento rispetto ad alcuni aspetti della comunicazione. Ad esempio, il campione ha dichiarato che una situazione assistenziale come la programmazione congiunta dell'assistenza da garantire a mamma e nascituro, prima dell'introduzione della scheda veniva fatta solo nel 9% dei casi, mentre dopo l'introduzione della scheda nell'83% dei casi. Altro aspetto indagato e di notevole rilevanza è stato notare come il campione dichiarasse che l'avvenuto ricovero di una gravida, anche se portatrice di fattori di rischio, veniva comunicato nel 18% dei casi contro il 92% del post introduzione scheda.

Limiti

La numerosità campionaria e la mancanza di valutazione dell'efficacia di introduzione della scheda.

Conclusioni

Nella nostra esperienza il miglioramento della comunicazione interna ha permesso di migliorare, secondo il punto di vista degli attori chiamati alla gestione dell'evento travaglio-parto, la sicurezza dell'assistenza, andando a migliorare di riflesso la comunicazione e l'interazione dello staff.

ABSTRACT

Background

Many efforts have been taken and are still to ensure patient safety. Patient safety care of and the workers health care is one of the main objectives of the health services organizations. The slow transformation of the reactive organization, which tend to handle the error, to proactive systems, which tend to manage the risks has allowed to develop new care and management models.

According to the ministerial recommendations, suggesting the strengthening of internal communication to a health care organization, in the Maternal and Child Department of a Northern Italy Hospital, is born the idea of to develop a transmission admission card with the aim of improving and strengthen communication between the Obstetrics and Children wards.

Aims

Evaluate the opinion of the users about the reliability and usefulness of the card.

Methods

It was carried out an internal customer analysis which involved two separate evaluation moments. In the first period it had been distributed to all department workers, a structured and anonymous questionnaire, newly created to investigate the security of internal communication before the introduction of the card. In the second period, one year after card adoption, a second structured and anonymous questionnaire was distributed, for to assess whether a change in internal communication took place through the use of the card.

Results

It was possible to determine a remarkable change compared to some aspects of communication. Before the introduction of the card, the sample said that some care situations, such as joint programming of assistance to ensure mom and newborn, was made only in 9% of cases, whereas after the introduction of the card into 83% of cases. Another important investigated aspect has been noted as the sample declared that the hospitalization of a pregnant, although the bearer of risk factors was informed in 18% of cases against 92% of the post card introduction.

Limits

The sample size and the lack of efficacy of introduction of card.

Conclusions

In our experience, the internal communication has improved, from the workers point of view, called to the management of the event labor-delivery, the safety of care and staff interaction and communication.

i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti. Ne consegue che gestire la sicurezza equivale ad analizzare, ridurre o eliminare le condizioni che compromettono il corretto funzionamento del sistema.

Sembra fondamentale quindi che le organizzazioni supportino sistemi proattivi e preventivi con lo scopo di gestire i rischi, e non sistemi reattivi che gestiscano gli errori. Resta in dubbio però che i sistemi preventivi devono essere dotati di resilienza, cioè l'equilibrio di un'organizzazione tra il potenziale di rischio e la sua capacità di anticiparlo. In altre parole bisogna operare sulla diffusione delle conoscenze dei livelli di rischio attraverso la disponibilità di informazioni corrette e adeguate, e l'identificazione, il riconoscimento e la valutazione dei rischi al fine di incrementare la consapevolezza dei pericoli anche grazie alla comunicazione interna (2).

All'interno del Dipartimento materno-infantile dell'Ospedale Castelli di Verbania è stata prodotta una Scheda Trasmissione Ricovero (STR). Tale strumento nasce dalla necessità di aderire alle Raccomandazioni numero 6 (3) e 16 (4) del Ministero della Salute e alle linee guida per la gestione e la comunicazione degli eventi avversi in sanità (5).

Questo nuovo strumento di comunicazione interna ha permesso di trasmettere e condividere a tutta l'équipe titolare della gestione del travaglio-parto (ostetriche, infermieri, ginecologi e pediatri) le informazioni inerenti alla storia clinica della donna, gli eventuali fattori di rischio conosciuti e le richieste materne, in modo da poter modulare e personalizzare l'assistenza alla mamma ed eventualmente al nascituro.

Obiettivo

L'obiettivo dell'analisi interna è stato quello di valutare il parere degli utilizzatori circa l'affidabilità e l'utilità della *check list* introdotta come documentazione all'interno del Dipartimento materno-infantile.

Metodi

Per lo studio, dal disegno osservazionale descrittivo, sono stati utilizzati due questionari strutturati anonimi, entrambi creati *ex novo*. I questionari sono stati distribuiti all'interno del Dipartimento materno-infantile dell'Ospedale Castelli di Verbania a tutti gli operatori in due momenti diversi: il primo questionario prevedeva 4 distinte parti con domande alle quali era possibile rispondere grazie a 4 item graduali prestabiliti: insufficiente, mediocre, sufficiente e buona; oppure mai, raramente, a volte e sempre; e, infine, per nulla, poco, abbastanza e molto. Nella prima parte sono state poste domande su generalità anagrafiche e professionali, nella seconda parte è stata indagata la valutazione della comunicazione interna all'organizzazione. Nella terza e quarta parte sono state poste domande circa la sicurezza e la frequenza di alcuni aspetti comunicativi che erano consuetudinari all'interno del Dipartimento.

Il secondo questionario, composto anch'esso da quattro distinte sezioni, rianalizzava gli stessi aspetti comunicativi dopo l'istituzione della STR, e inoltre il parere circa la funzionalità e l'utilità della stessa. Infine nell'ultima parte del secondo questionario si è indagato sulle

2ª Giornata Nazionale della Salute della Donna



2ª Giornata Nazionale della Salute della Donna 22 aprile 2017

le azioni di prevenzione e le risposte che il Servizio Sanitario Nazionale offre per alcune condizioni femminili, sia fisiologiche (ad esempio, gravidanza) che patologiche, anche alla luce dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) recentemente aggiornati e pubblicati in G.U. il 18 marzo 2017. La FNCO ha partecipato ai lavori della Seconda Sessione Età Adulta (21-50 anni): la prevenzione nella fase delle scelte di vita, trattando il tema "LEA percorso nascita (art. 24 nuovi LEA, corsi accompagnamento nascita, esami gravidanza, depressione post partum) – PMA".

A latere, fino alle ore 17.00 in un'area adiacente alla sala del convegno è stata organizzata un'area di servizi e prestazioni di screening gratuiti attraverso l'allestimento di gazebo gestiti da professionisti delle società scientifiche e associazioni.

Il 22 aprile 2017 a Roma, presso l'Auditorium "Biagio D'Alba" il Ministero della Salute ha celebrato la 2ª Giornata Nazionale della Salute della Donna (giornata-salutedonna@sanita.it).

Il tema della Giornata Nazionale della Salute della donna è di rilevanza strategica per il miglioramento dello stato di salute del Paese in quanto tutelare la salute femminile significa, attraverso le donne, favorire la salute di un'intera famiglia e di tutta la collettività. La tutela e la promozione della salute della donna costituiscono, anche, una misura della qualità, dell'efficacia e dell'equità del sistema sanitario nazionale.

La 2ª Giornata ha affrontato in una serie di tavole rotonde i temi relativi alla salute femminile lungo tutto l'arco della vita: dall'infanzia e adolescenza, all'età giovanile e adulta, fino alla senescenza, mettendo a fuoco



modalità di aggiornamento del campione e il parere rispetto al cambiamento.

Il primo questionario è stato distribuito dal 1° marzo 2014 al 31 marzo 2014. Nel mese di maggio 2014, durante una riunione dipartimentale è stata presentata la *check list* e la sua istituzionalizzazione a partire dal mese di giugno. A distanza di un anno dall'utilizzo della STR è stato proposto agli operatori il secondo questionario.

Risultati

Il campione raggruppava tutti gli operatori (44) afferenti al Dipartimento materno-infantile costituito da due distinte strutture organizzative complesse: ostetricia e ginecologia, e pediatria e neonatologia. Il 10% del campione era costituito da medici (ginecologi e pediatri), mentre il 77,2% da personale non medico (ostetriche, infermieri e oss). Il 93% del campione era costituito da donne e solo il 7% da uomini. Il 63% del campione aveva

oltre 20 anni di anzianità di servizio professionale, mentre il 31,8% non aveva nessuna esperienza lavorativa pregressa. Nella Tabella 1 sono riportati i dati anamnestici e professionali del campione.

Le domande del primo questionario hanno indagato la valutazione degli operatori circa la comunicazione tra le due strutture formanti il Dipartimento materno-infantile. Il 47,7% del campione ha ritenuto sufficiente la chiarezza della comunicazione tra le due strutture, mentre il 36,6 l'ha definita mediocre e il 15,7 insufficiente. Il 52,2% del campione definisce funzionale la documentazione utilizzata presso la propria struttura, mentre il 29% ha espresso un parere insufficiente. Stessa domanda è stata posta per la funzionalità della documentazione utilizzata per comunicazioni all'interno del Dipartimento, il 50% del campione ha espresso un valore sufficiente, mentre il 40% mediocre o insufficiente. Il campione è stato interrogato sull'aggiornamento periodico della documentazione in uso presso la propria struttura e il 70% del campione lo giudica sufficiente, mentre il 30% mediocre o insufficiente.

Tabella 1 - Dati anamnestici del campione

Numero schede	Totali		44	41 Femmine		(93%)		3 Maschi		(7%)		
Fasce di età	Fino a 45		17	45 – 55		18		Oltre i 55		9		
Anzianità di servizio (in anni)	0 – 10		10	11 – 20		6		> 20		28		
Profilo professionale (numero)	Ostetrica	8	Ginecologo	4	Pediatra	6	Inf Ost-Gin	7	OSS	4	Inf Ped	15
Precedenti esperienze lavorative	Nessuna		14	Pubblica		24		Privata		6		

L'indagine ha poi posto domande circa la comunicazione tra le due strutture prendendo in esame alcune situazioni assistenziali: nella fattispecie è stato chiesto se avveniva comunicazione tra le due strutture in occasione di un nuovo ricovero. Oltre il 50% del campione ha risposto che la comunicazione avveniva raramente oppure mai; se veniva richiesto intervento dello staff pediatrico in sala parto senza una precedente descrizione delle caratteristiche delle pazienti, il 45% del campione ha risposto sempre, mentre solo il 36% ha risposto raramente.

È stato chiesto al campione se si facesse una programmazione congiunta del travaglio-parto in caso di una paziente con fattori di rischio, il 57% ha risposto a volte, il 34% raramente e solo il 9% sempre. Dati abbastanza in contrasto con i dati emersi dall'item in cui si chiedeva se l'assenza di comunicazione preventiva costituisse un pericolo, infatti oltre il 70% del campione ha risposto molto. Inoltre il 90% del campione ha risposto molto quando gli è stato chiesto quanto fosse più sicura l'assistenza conoscendo preventivamente i fattori di rischio. In fine il 97% del campione, rispondendo alla domanda: "Quali sono gli aspetti più urgenti da migliorare all'interno della tua organizzazione?", ha risposto: "La chiarezza delle informazioni".

Il secondo questionario ha preso in considerazione il periodo postumo all'introduzione della scheda ponendo al campione le stesse domande ovvero se avveniva la comunicazione tra le due strutture in occasione di un nuovo ricovero: il 92% ha risposto sempre mentre l'8% raramente o a volte. Inoltre è stato chiesto al campione se dopo l'introduzione della scheda venisse effettuata una programmazione congiunta dell'assistenza: l'83% del campione ha risposto sempre, il 15% a volte e solo il 2% mai o raramente. L'indagine ha chiesto al campione di dare una valutazione

sul miglioramento della comunicazione tra le due strutture formanti il Dipartimento materno-infantile: l'86% del campione ha risposto abbastanza/molto e solo il 13% per nulla/poco. Alla domanda se la scheda abbia migliorato la programmazione dell'assistenza, l'88% del campione ha risposto abbastanza/molto. Il dato migliore è stato ottenuto alla domanda: "Quanto ha migliorato la sicurezza dell'assistita l'introduzione della scheda?", cui il 95% del campione ha risposto abbastanza/molto. Infine l'88% del campione ha dichiarato che l'introduzione della scheda ha migliorato la qualità dell'assistenza offerta dall'équipe.

Gli ultimi aspetti analizzati dall'indagine sono stati l'aggiornamento e il cambiamento. L'86% del campione dichiara di aggiornarsi regolarmente contro il 13% che dichiara mai o per nulla. Il 65% del campione dichiara che gli operatori generalmente ostacolano il cambiamento senza specificare il perché, a differenza del 34% che dichiara di non opporsi al cambiamento purché sia migliorativo.

Discussione

L'analisi ha permesso di fotografare il parere che gli operatori avevano circa alcuni aspetti inerenti alla comunicazione tra le due strutture complesse e in generale all'interno del Dipartimento materno-infantile. I dati emersi hanno permesso di comprendere che circa il 50% dell'organico costituente lo staff non reputava la comunicazione e la documentazione funzionale e/o chiara. Il campione ha espresso parere negativo anche rispetto alla programmazione congiunta dell'assistenza, ma ha comunque definito pericolosa tale mancanza. L'analisi successiva all'introduzione della STR ha permesso di evi-

5 maggio 2017: Giornata Internazionale dell'Ostetrica

La Giornata Internazionale delle Ostetriche venne celebrata per la prima volta il 5 maggio 1991 e da allora è stata osservata in più di 50 Nazioni in tutto il mondo.

La Giornata è stata ideata dalla Confederazione Internazionale delle Ostetriche durante la conferenza olandese del 1987.

Il tema del 2017 "Le donne nel cambiamento del mondo del lavoro: Planet 50-50 entro il 2030", ci fa riflettere sui progressi compiuti e sul miglioramento delle politiche in campo ostetrico in molti Paesi. Il recente rapporto "Midwives' Voices, Midwives' Realities" di ICM, l'OMS e WRA rivela che troppo spesso gli sforzi delle ostetriche sono vincolati da relazioni di potere diseguali all'interno dei sistemi sanitari. Molte ostetriche devono affrontare anche l'isolamento socio-culturale, alloggi poco sicuri e bassi salari. Questa ingiustizia non può continuare ed è tempo che i governi investano nelle ostetriche, riconoscano il loro valore, forniscano una migliore formazione ostetrica e contesti normativi e assicurino loro migliori condizioni di lavoro.

Il mondo ha bisogno di più ostetriche che vengano educate e disciplinate agli standard internazionali, che siano pagate in modo equo, anche rispetto agli altri operatori sanitari e abbiano condizioni di lavoro sicure.

La Giornata Internazionale dell'Ostetrica viene celebrata in tutto il mondo e in Italia diverse sono le attività organizzate dai Collegi provinciali e interprovinciali delle ostetriche.

International Day of the Midwife 5 May 2017

Midwives, Mothers & Families: Partners for Life!

denziare che alcuni aspetti della comunicazione interna sono migliorati come la programmazione congiunta (Grafico 1) e la comunicazione di un nuovo ricovero (Grafico 2). Inoltre la STR, secondo il campione, ha migliorato la sicurezza globale per l'assistita e gli operatori.

Limiti

I limiti della presente analisi sono la numerosità campionaria e la mancanza di un confronto con altre realtà assistenziali. Inoltre lo studio non ha permesso di valutare l'efficacia dell'intervento di introduzione della STR.

Conclusione

Nella nostra esperienza il miglioramento della comunicazione interna ha permesso di migliorare, secondo il punto di vista degli attori chiamati alla gestione dell'evento travaglio-parto, la sicurezza dell'assistenza. L'introduzione della STR ha reso il sistema affidabile grazie a una interazione collettiva fra individui e professionalità, con diverse conoscenze ed esperienze, che hanno permesso così di ridurre le aree di non conoscenza, analizzando il rischio da più prospettive. L'STR inoltre ha trasformato il sistema da reattivo in proattivo e ne è testimonianza l'apprezzamento dello staff e l'alto gradimento di utilizzo della stessa.

Contributo degli autori

Ideazione e disegno dello studio:

Enrico Finale e Gaetano Auletta

Acquisizione, analisi e interpretazione dei dati:

Enrico Finale e Gaetano Auletta

Stesura dell'articolo:

Enrico Finale

Revisione critica di importanti contenuti intellettuali:

Andrea Guala

Approvazione finale della versione da pubblicare:
Enrico Finale, Gaetano Auletta e Andrea Guala

Bibliografia

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS: To err is human: building a safer health system. Washington DC: National Academies Press 2000
2. Sicurezza del paziente e gestione del rischio. Manuale per la formazione degli operatori sanitari. Dipartimento della qualità, direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio III. Ministero della Salute anno 2007
3. Raccomandazione ministeriale numero 16. Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del servizio sanitario nazionale, Direzione generale della programmazione sanitaria, Ufficio III. Ministero della Salute anno 2014
4. Raccomandazione ministeriale numero 6. Dipartimento della qualità, Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio III. Ministero della Salute anno 2008
5. Linee guida gestione eventi avversi in sanità. Dipartimento della qualità, Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio III. Ministero della Salute anno 2011

Disclosure dei conflitti di interesse

Nessuno dichiarato.

Fonti di finanziamento

Nessuna.

Approvazione Comitato Etico

Lo studio non ha richiesto l'approvazione del Comitato Etico in quanto non trattavasi di disegno sperimentale; inoltre le azioni effettuate non modificavano la normale routine assistenziale.

Grafico 1. Programmazione congiunta prima e dopo l'introduzione della STR

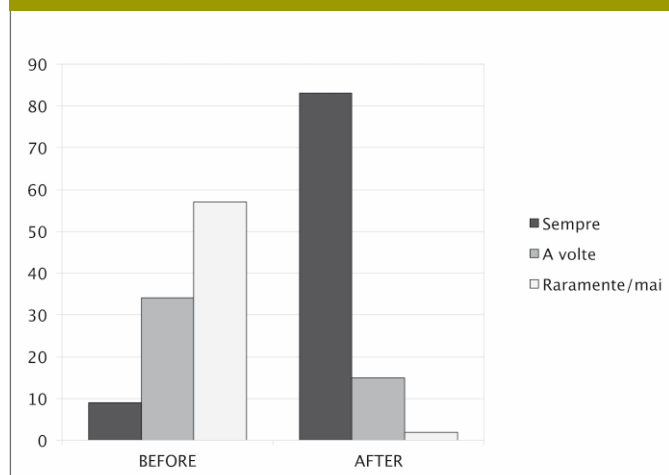
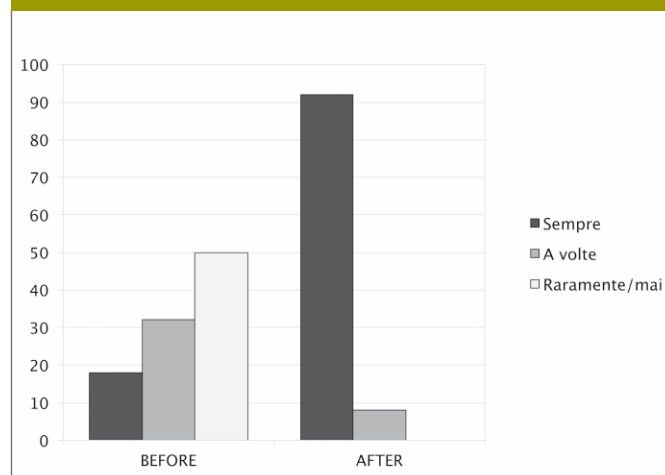


Grafico 2. Comunicazione ricovero prima e dopo l'introduzione della STR



Il fabbisogno formativo per l'Anno Accademico 2017-2018

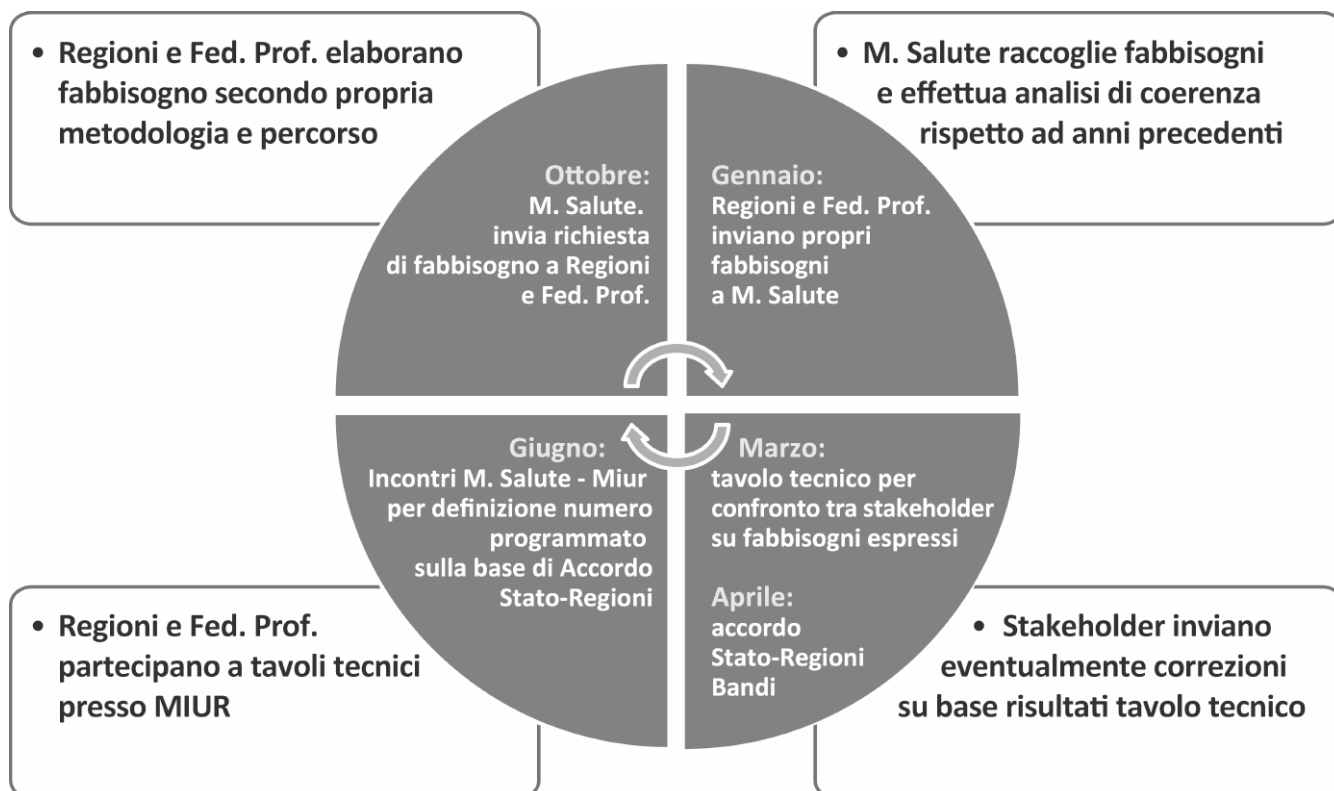
Con Circolare n. 2 del 13 gennaio 2017 dal titolo "Rilevazione del fabbisogno delle professioni sanitarie e fabbisogno di laureati magistrali delle professioni sanitarie. Anno 2018" la Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche ha chiesto ai Presidenti dei Collegi di fornire il dato del fabbisogno formativo per l'anno 2017-2018. In seno all'evento organizzato dalla FNCO e diretto ai Dirigenti di Categoria, la dottoressa Annalisa Malgieri della Direzione delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del SSN del Ministero della Salute ha illustrato il processo istituzionale che porta alla pubblicazione dei Bandi di concorso per l'ammissione, a numero programmato, degli studenti al percorso formativo universitario ai sensi del DM 19.02.2019 in applicazione del DM 270/2004 (Figura 1).

La FNCO, politicamente, nelle sedi istituzionali promuove un modello di fabbisogno formativo che non si limiti a valutare il *turn over* della popolazione professionale, ma tenga conto, invece, di un modello ostetrico capace di garantire un adeguato rapporto tra donna e ostetrica (ad esempio, rapporto *one to one* nell'assistenza al travaglio-parto), una reale continuità assistenziale valorizzando il ruolo dell'Ostetrica di Comunità e Ostetrica di Prossimità.

Con questa finalità la FNCO, nel confermare il dato fornito per l'anno 2016, ha richiesto al Ministero di adottare il criterio della "popolazione pesata" che porterebbe alla definizione di specifiche classi rispetto alle diverse fasi del ciclo biologico sessuale-riproduttivo della donna con conseguente maggiore e più intenso impegno professionale, in specifiche fasce di età e che si tradurrebbe in un maggiore fabbisogno formativo.

Le ostetriche iscritte al 31 dicembre 2016 risultano essere 20.039 e rappresentano il 3,5% del totale dei circa 650.000 operatori delle 22 professioni sanitarie con la specificità per l'area materno-infantile nella quale l'adozione del modello assistenziale a conduzione ostetrica rappresenta un valore aggiunto (solo ostetriche e personale di supporto adeguatamente formato dalle ostetriche).

Figura 1. Il processo istituzionale



Fonte: Dott.ssa Annalisa Malgieri, Direzione delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del SSN, Ministero della Salute

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELL'OFFERTA DEL PAP-TEST NEI PROGRAMMI DI SCREENING PER LA PREVENZIONE DEL TUMORE DEL COLLO DELL'UTERO

Rating of the screening program effectiveness to prevention of cervical cancer



Autori

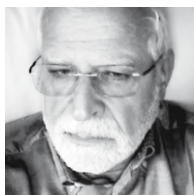
Ilenia Buccella
Ostetrica ASL RM 1 (EX A)



Contatti

Ilenia Buccella
ilenia.buccella91@gmail.com

Iolanda Rinaldi
iolanda.rinaldi@aslroma1.it



Michele Grandolfo
Epidemiologo, in pensione

Iolanda Rinaldi
*Servizio di assistenza Ostetrica
P.O. Aziendale EX ASL RM A*

Michele Grandolfo
maicol1945@libero.it

RIASSUNTO

Il disegno di ricerca è partito dal bisogno di comprendere quali siano le motivazioni per cui una percentuale alta di donne non accetta l'invito triennale dalla ASL per effettuare il *pap-test* in screening.

Somministrando *face to face* un questionario, si è proceduto a intervistare le donne che erano state invitate nel mese di giugno 2014 a effettuare il *pap-test* in due consultori del IV Distretto della ASL RMA. Coloro che hanno accettato l'invito e hanno eseguito il *pap-test* sono state intervistate in loco, mentre coloro che non hanno accettato sono state intervistate telefonicamente. Tra le donne che non hanno accettato vi erano due categorie: coloro che provvedono a eseguire il *pap-test* autonomamente e coloro che non lo eseguono.

Dai dati raccolti è emerso che solo il 14,7% del campione effettua il *pap-test* in screening, mentre il 77,2% preferisce eseguirlo privatamente. Inoltre problemi emergenti sono la comunicazione e l'informazione tra cui la non ricezione delle lettere d'invito.

Obiettivo

A fronte dei dati ottenuti, è opportuno pensare che migliorando l'informazione e la comunicazione, con gli utenti e con gli specialisti, o modificando l'arruolamento tramite lettera d'invito, si possa ottenere un più alto tasso di adesioni? I prossimi obiettivi allora dovranno essere l'estensione dell'offerta attiva del *pap-test* a tutta la popolazione bersaglio.

Parole chiave

Prevenzione, tumore cervice, screening, efficacia.

ABSTRACT

The survey starts with the need to understand the reasons why many women don't accept the invitation from the ASL to do paptest in screening.

Women who had been invited on June 2014 to do paptest in two community services of ASL RMA were interviewed with a questionnaire face to face. Women who didn't accept, instead, were interviewed by the phone. Among women who didn't accept the invitation, there is who does paptest independently and who doesn't.

The data collected prove that only the 14.7% of the sample does paptest in screening, contrary to the 77.2% that does paptest independently. Other issues are also communication and information: infact, sometimes, it can happen that many women don't get the invitation's letter.

Objective

Improving information and communication, with women and doctors, to obtain an highest rate of adherence.

Keywords

Prevention, cervical cancer, screening, effectiveness.



Introduzione

Il disegno di ricerca è partito dal bisogno di comprendere quali siano le motivazioni per cui una percentuale alta di donne non accetta l'invito triennale che la ASL invia tramite una lettera per effettuare il *pap-test* in screening e dalla necessità di portare alla luce gli eventuali punti deboli del programma.

Materiali e metodi utilizzati

Partendo dall'elenco delle donne invitate nel mese di giugno 2014 presso i Consultori della ASL Roma A di Via Dina Galli e di Largo Rovani, si è proceduto alla somministrazione di un questionario *face to face* alle donne che hanno accettato l'invito e telefonicamente a coloro che non lo hanno accettato. In particolare, questo secondo gruppo di donne è composto sia da chi preferisce eseguire il *pap-test* usufruendo di altri servizi, sia da chi non lo esegue o non lo ha mai eseguito.

Quindi, le donne che hanno accettato l'invito della ASL e si sono presentate all'appuntamento sono state intervistate *in loco*, in un ambiente di riguardo e opportuno al rispetto della *privacy*, mentre le donne che non hanno accettato l'invito sono state campionate con un intervallo fisso di 2:5 e, nei limiti della possibilità, sono state chiamate al domicilio e intervistate. Le telefonate sono state effettuate dal Coordinamento Screening della ASL Roma A, con sede in Via Boncompagni.

Le interviste sono state effettuate tutte dallo stesso operatore per evitare errori o differenze nella somministrazione.

I questionari raccolti sono poi stati sottoposti ad analisi statistiche tramite il programma STATA presso il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità, in sede a Via Gianlorenzo da Vico a Roma.

Risultati

Complessivamente nel mese di giugno, nei due consultori di riferimento, sono state invitate dalla ASL 1.210 donne. Di queste 140 sono state intervistate in consultorio nel momento in cui ci si sono recate, mentre, coloro che non hanno accettato l'invito (1.070), sono state campionate in due tempi con intervallo 1:5 (campione totale 2:5), formando un campione di 218 e

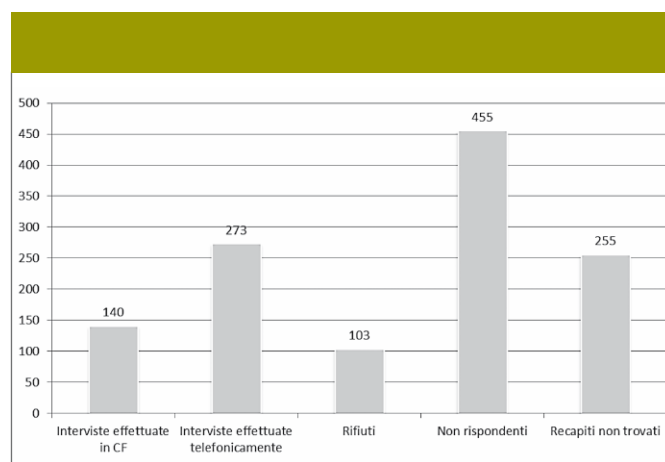
un campione di 216 (totale 434) donne, che sono state intervistate telefonicamente.

La rispondenza alle interviste proposte nei Consultori Familiari è del 100%, mentre riguardo alle interviste telefoniche è emerso che:

- la rispondenza è pari al 25,1%;
- i rifiuti sono pari al 9,4%;
- le donne non trovate sono pari al 41,9%;
- i recapiti non trovati sono pari al 23,5%.

Le donne contattabili, quindi, corrispondono al 76,5% del campione totale, di cui hanno risposto alla telefonata il 45,2%.

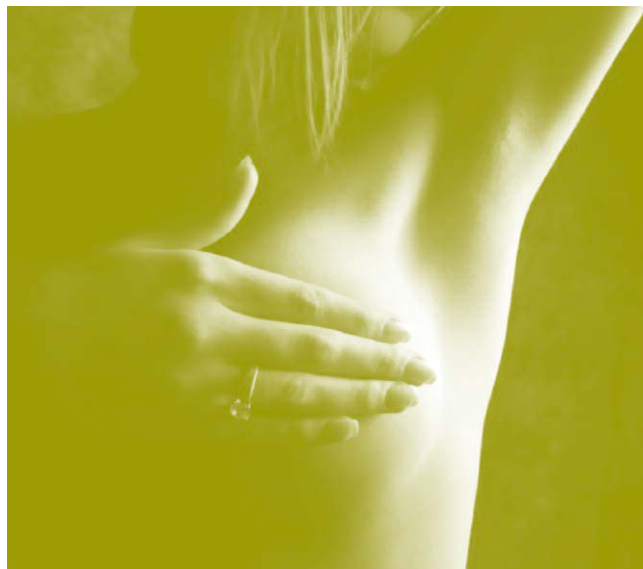
Le interviste effettuate totali sono 249, di cui 140 proposte in Consultorio Familiare e 109 telefonicamente.



Tumore al seno: sempre meno decessi e otto donne su dieci vincono la loro battaglia. Ma ci si ammala ancora troppo per scarsa prevenzione

Le donne che in Italia si ammalano di tumore al seno guariscono più che in ogni altro Paese europeo: la media del Belpaese è dell'85,5% contro l'81,8% del resto d'Europa. In un solo anno, però, sono stati diagnosticati 2 mila casi in più rispetto ai 12 mesi precedenti quale risultato, appunto della scarsa e inadeguata prevenzione. I percorsi diagnostico-terapeutici, inoltre, non sono omogenei in tutta la Penisola e i risultati del processo di cura sono differenti a seconda dell'offerta assistenziale erogata dalle Regioni, alcune delle quali rivolgono le campagne di screening mammografico gratuito, anche, alle donne over 45. L'adesione alle campagne di prevenzione secondaria del cancro al seno è molto differente sul territorio nazionale. In Campania, ad esempio, si registra una delle percentuali più basse di adesione e ben il 63% delle donne non esegue la mammografia quale test salvavita.

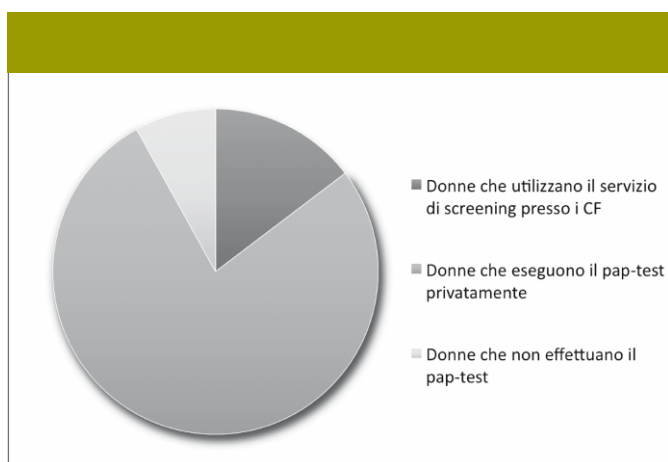
Il fatto che otto donne su dieci vincano la loro battaglia contro il tumore al seno non deve far allentare l'attenzione verso la prevenzione che rimane elemento vincente. Alla diagnosi precoce, che fa la vera differenza, sfugge il 45% delle donne che in Italia non si sottopone, però, a esami in grado di diagnosticare precocemente la malattia il cui tasso di sopravvivenza, a cinque anni dalla diagnosi, nel 2016 ha raggiunto l'85,5% che rappresenta primato dell'Italia in Europa. Alle donne che in età riproduttiva si ammalano di tumore al seno, sin dalle primissime fasi del percorso diagnostico-terapeutico l'ostetrica deve fornire ogni dato utile per l'accesso al servizio di "oncofertilità" della Regione per procedere alla crioconservazione dei gameti 15 giorni circa, prima di iniziare il trattamento farmacologico e/o fisico.



Supponendo che la percentuale di donne non intervistate, perché non facenti parte del campionamento 2:5 o perché non trovate, non rispondenti o rifiuti, si ripartisca come il campione intervistato, avremmo:

- 180 donne che utilizzano il servizio di screening del cervico-carcinoma (14,7%);
- 947 donne che eseguono il pap-test privatamente (77,2%);
- 99 donne che non effettuano il pap-test (8,1%).

Del campione intervistabile la fascia d'età che più ha risposto è quella tra i 35 e i 54 anni (70,3%).



I rifiuti si sono distribuiti più o meno uniformemente tra le donne intervistate, con un leggero rialzo nella fascia dei 35-44 anni.

Le donne non rispondenti alla chiamata sono maggiormente donne che appartengono alle fasce <34 e tra 35 e 44 anni.

I recapiti non trovati sono maggiori sempre nelle fasce di età <34 e tra 35 e 44.

Inoltre è emerso che:

- le donne che effettuano il pap-test in Consultorio Familiare hanno maggiormente età compresa tra 35 e 54 anni, sono generalmente coniugate o conviventi, hanno un livello d'istruzione medio-alto e in maggioranza hanno un'occupazione, per lo più da dipendente, con una piccola percentuale di libere professioniste o lavoratrici autonome;
- le donne che effettuano il pap-test privatamente hanno per la maggior parte età compresa tra 35 e 54 anni, sono generalmente coniugate o conviventi, hanno un livello d'istruzione medio-alto, in maggioranza hanno un'occupazione, per lo più da dipendente, con una piccola percentuale di libere professioniste o lavoratrici autonome;
- le donne che non effettuano il pap-test hanno età distribuite nelle varie fasce; sono per lo più coniugate/conviventi o nubili, hanno un livello d'istruzione medio-alto, hanno il più alto tasso di disoccupazione

Tabella 1

Lettera	Pap-test in Cf	Pap-test privato	No pap-test
Mai ricevuta	2,8%	15,8%	45,5%
Ricevuta sporadicamente	60,8%	48,4%	45,5%
Ricevuta regolarmente	36,4%	35,8%	9%
Ricevuta almeno una volta	97,2%	84,2%	54,5%

Tabella 2

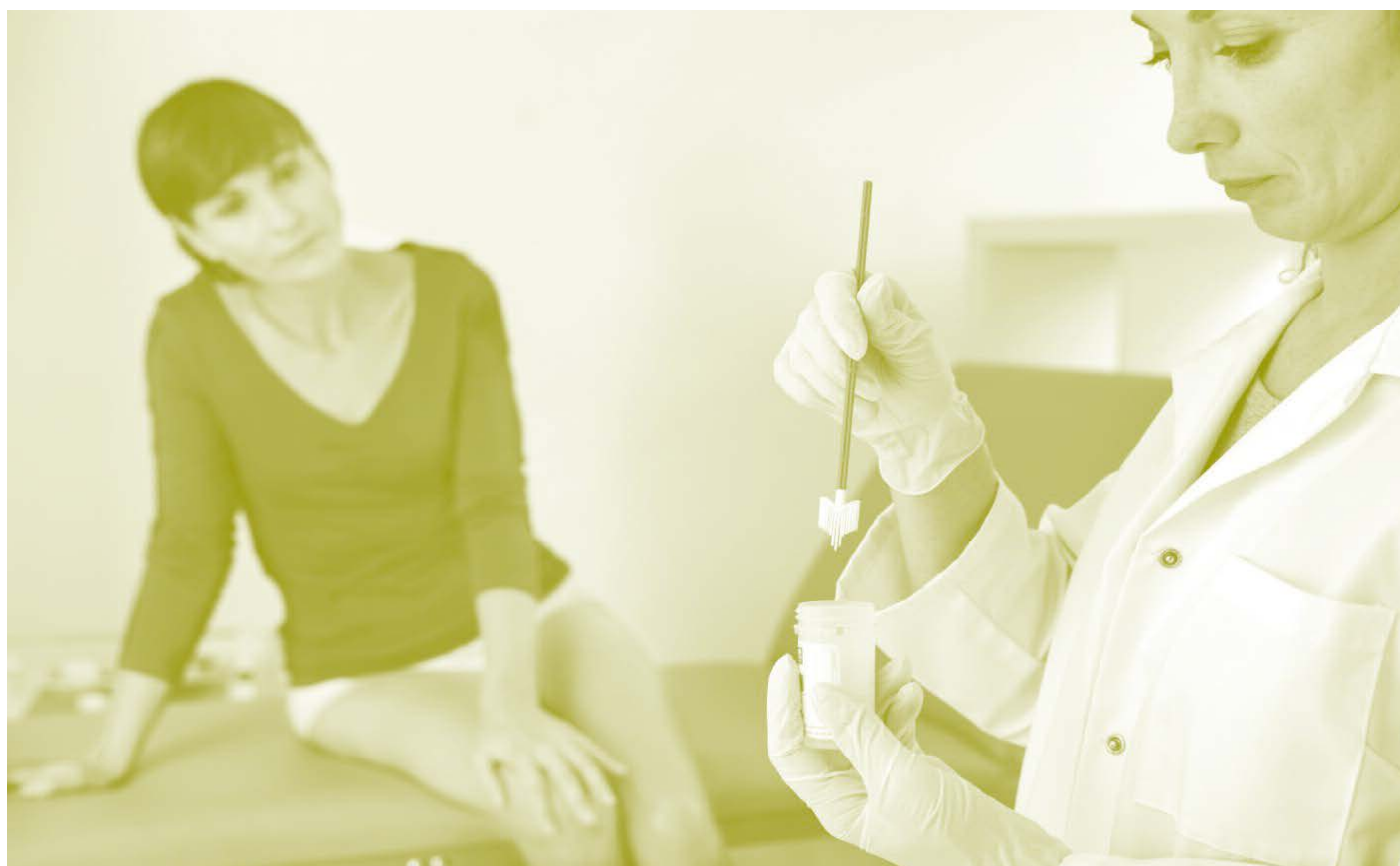
Informazioni da	Pap-test in Cf	Pap-test privato	No pap-test
MMG	2,9%	0%	0%
Ostetrica	2,9%	1,4%	0%
Ginecologo	1,9%	1,3%	0%
Lettera	88,6%	96%	83,3%
Amici/parenti	0%	1,3%	0%
Media	3,7%	0%	16,7%

rispetto alle altre categorie (45,5%) e le donne che lavorano lo fanno in regime di dipendenza.

Tutte le categorie sono rappresentate da donne in maggioranza italiane, tuttavia, il numero di donne straniere che esegue il *pap-test* privatamente è inferiore rispetto al numero che lo esegue in Consultorio (6,3% - 13,3%).

Riguardo l'offerta attiva è emerso che le donne che

hanno effettuato il *pap-test* in Consultorio hanno ricevuto la lettera in maggior misura e con maggior regolarità rispetto alle donne che hanno eseguito il *pap-test* privatamente; le donne che non hanno eseguito il *pap-test*, invece, sono anche quelle che hanno ricevuto la lettera almeno una volta per il 54,5% e in una percentuale alta di popolazione non l'hanno mai ricevuta (45,5%).





Conclusioni

Inoltre un 19,1% delle lettere ricevute sono primi inviti, anche in fasce di età superiori alla prima e in prevalenza le lettere sono arrivate in modo irregolare.

Il giudizio sulla qualità della lettera d'invito è per lo più positivo, ma è emerso anche che circa un quarto della popolazione non era a conoscenza della possibilità di utilizzare il numero verde per spostare l'appuntamento, ma, tra le donne che conoscevano il servizio e lo hanno utilizzato, il 18,5% ha dato giudizi negativi.

A proposito della conoscenza della campagna di prevenzione sono emersi i seguenti dati: la maggior parte della popolazione sa cosa sia il *pap-test*, ma il 59,8% crede che sia opportuno eseguirlo ogni anno, il 9,6% ogni due anni e solo il 13,6% ha risposto correttamente.

Questo *trend* si riscontra anche nella realtà dei fatti, in quanto più del 72,6% della popolazione esegue il *pap-test* a intervalli inferiori a quelli raccomandati (55,6% ogni anno, 10,7% ogni due anni e il 57,1% delle donne che hanno risposto "Altro" esegue il *pap-test* ogni 6 mesi).

Riguardo alla conoscenza dell'età bersaglio per lo *screening* circa la metà del campione ha risposto correttamente, il 20,9% ha risposto che la fascia interessata è quella formata da donne che hanno più di 45 anni e un altro 19,7% ha affermato di non conoscere la risposta corretta.

È emerso che le informazioni circa la campagna di prevenzione hanno raggiunto le donne soprattutto grazie alla lettera d'invito, coinvolgendo solo in percentuali molto basse i MMG e i ginecologi, mentre le indicazioni principali all'esecuzione del *pap-test*, fuori dallo *screening*, derivano in maggioranza dal ginecologo privato e da scelte autonome.

Di sicuro un dato importante che è venuto fuori dallo studio e che influenza negativamente la riuscita della campagna di prevenzione è il mancato utilizzo dei servizi offerti dai CF per il 79,9% della popolazione, di cui il 60,2% addirittura non ne conosce l'esistenza.

Nonostante non siano emerse grandi differenze nella percezione della qualità, tranne i casi in cui è la donna stessa che per comodità personale preferisce andare dal ginecologo privato, il problema principale è rappresentato da organizzazione e comunicazione della campagna; e lo stesso punto critico è stato riscontrato anche nelle mancate adesioni da parte di chi poi il *pap-test* non lo ha fatto neanche autonomamente.

È quindi opportuno pensare che a una miglior organizzazione a livello locale del programma e a una più accurata campagna di informazione possano corrispondere numeri di accettazione maggiori?

Si potrebbe considerare di aggiornare la modalità di arruolamento delle donne magari sostituendo la lettera, là dove il rifiuto dell'invito è maggiore a una volta, con una telefonata o una ricerca per aggiornare l'anagrafe e, quindi i recapiti telefonici e domiciliari delle donne? È appropriato dedicare maggiori risorse all'aggiornamento delle anagrafi e alle campagne di informazione comprendendo iniziative scolastiche, corsi di accompagnamento alla nascita, e soprattutto, maggior impegno da parte dei MMG e dei ginecologi?

I programmi di *screening* sono un'importantissima occasione per le donne che vi partecipano, non solo per la materia investigata nello specifico, ma come opportunità di incontro e confronto con personale preparato e dedicato; sono lo strumento migliore per far emergere i bisogni che riguardano olisticamente il vissuto della donna. Da qui, il bisogno di investire in professionisti sanitari formati che hanno peculiari qualità per svolgere con perizia e passione questo lavoro: le ostetriche.

Il prossimo obiettivo auspicabile da raggiungere, quindi, potrebbe essere l'estensione dell'offerta davvero attiva del *pap-test* a tutta la popolazione bersaglio.



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