Anno VI numero 1 - Trimestrale - Poste Italiane SpA - Spedizione in Abbonamento Postale - 70% Aut: ATSUD/CZ/212/2015

LVCINA

LA RIVISTA 1/2016
DELL'OSTETRICA/O



Il progetto "Sudio Nazionale Fertilità" dell'Istituto Superiore di Sanità

FORMAZIONE

A che punto è la revisione del percorso formativo di Ostetrica/o

PROFESSIONE

Il fenomeno migratorio professionale dall'Italia verso la Gran Bretagna



SOMMARIO

EDITORIALE

1 La stagione delle riforme di Maria Vicario

FNCO

- 2 Progetto "Studio Nazionale Fertilità". Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) a cura del Comitato Centrale FNCO
- 3 La salute è la sfida del futuro: normativa in progress
- 4 "Linee Guida per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza"
 Si è insediato il Gruppo di Lavoro Agenas
- 5 La FNCO nel Comitato Percorso Nascita nazionale (CPNn)

STUDI

- 6 Quante ostetriche serviranno in Italia nel 2036?
 - di Annalisa Malgieri Paolo Michelutti
- 8 Anno 2015: Bilancio demografico nazionale
- 13 L'utilizzo del criterio popolazione "pesata" per la definizione del fabbisogno formativo della professione ostetrica

FORMAZIONE

- 14 Revisione del percorso formativo di Ostetrica/o in seno alla Commissione Nazionale corsi di Laurea in Ostetricia: stato dell'arte
- 14 Notizie utili dall'Istituto Superiore di Sanità
- 15 Osservatorio Professioni Sanitarie -Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

PROFESSIONE

- 16 La professione ostetrica di Michele Grandolfo
- 19 Campagna per la promozione dell'allattamento al seno
- 20 I luoghi del parto tra formazione e compassione: costruire una rete che guardi all'Europa di Sandra Morano
- 22 Valutazione ultrasonografica della posizione fetale in avanzato travaglio e sua correlazione con la modalità di espletamento del parto di Federica Ruzziconi
- 23 La solidarietà della FNCO verso le famiglie delle zone colpite dal grave sisma del 24 agosto
- 26 Vaccinare le donne in gravidanza contro l'influenza stagionale riduce la natimortalità
- 28 Raccolta delle cellule staminali da sangue cordonale nel Presidio Ospedaliero di Fano -Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord Studio delle criticità emerse
 - di Gabriella Tambascia Sonia Tonucci Serena Frassini Donatella Giovannini
- 33 Le banche di sangue cordonale pubbliche in Italia
- 34 Il fenomeno migratorio professionale dall'Italia verso la Gran Bretagna
 - di Manuela Pagliaro
 Lia Brigante
 Lucia Rocca-Ihenacho
 Giulia Eleuteri
 Ivan Bettinsoli
 Fabiola Corvino
 Jessica Brancato
 Laura Batinelli
 Elena Paparello
- 39 Con l'allattamento al seno e i nuovi vaccini, otiti in calo del 14%



LUCINA LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

Organo ufficiale della



Anno VI numero 1 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 settembre 2016

La stagione delle riforme

di Maria Vicario

Il primo semestre dell'anno 2016 passerà alla storia come l'alba della stagione delle riforme con la messa in campo di una serie di disegni di legge che direttamente o indirettamente coinvolgono le 22 professioni sanitarie.

La Legge 161/2014, recante "Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea – Legge europea 2013-bis", all'art. 13 contiene anche alcune modifiche al D.Lgs. n. 81 del 9 aprile 2008 in materia di salute e sicurezza dei lavoratori durante il lavoro (art. 28, comma 3-bis e art. 29, comma 3). La norma di recepimento del disposto UE ha condizionato il legislatore nella definizione della Legge n. 208 del 28 dicembre 2015 – Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di Stabilità 2016) – che ha preventivato un programma di assunzioni di personale nel SSN per adeguare l'Italia alle disposizioni UE sull'orario di lavoro.

Per dare applicazione alla Legge 208/2016 sono state predisposte "indicazioni operative" contenute nella Circolare 3/2016 che il Ministero della Salute ha trasmesso alle Direzioni Generali degli Assessorati regionali, destinatari del vademecum per l'attuazione del piano straordinario di assunzione di personale medico, tecnico-professionale e infermieristico.

La Circolare ministeriale contiene "istruzioni" per la rilevazione del fabbisogno di personale, con particolare riferimento alle aree dell'emergenza-urgenza e della terapia intensiva e il fabbisogno di personale correlato alla riorganizzazione della rete ospedaliera e di emergenza-urgenza effettuata ai sensi del DM 70/2015. Il Piano, corredato della relativa metodologia di calcolo, deve tenere conto della normativa di riferimento generale e specifica. Attualmente solo poche Regioni hanno trasmesso il loro Piano (Assistenza ospedaliera, Assistenza distrettuale e Prevenzione) al Comitato Ministeriale attraverso il Sistema documentale Silveras LEA. La FNCO ha denunciato alle competenti istituzioni che alcune Regioni, tra cui la Campania, nel provvedimento di definizione del Piano, hanno fatto riferimento a normative ormai obsolete e abrogare (DM 29.8.1988, il cosiddetto Donat Cattin) omettendo di richiamare, invece, specifiche norme generali e specifiche dell'area materno-infantile (D.Lqs. 29/1993, DPR 37/1997, POMI/2000, ASR/2010) nonché la normativa inerente le 3 Aziende Universitarie Policlinici della Regione Campania. L'omesso riferimento alle suddette norme escluderebbe dalla definizione del fabbisogno il personale ostetrico rubricato nella Circolare 3/2016 all'Allegato A Tipologia di personale per Unità Operativa, nella classifica del personale infermieristico: Operatore professionale sanitario, Collaboratore professionale sanitario, Operatore professionale di categoria Infermiere, Infermiere generico, Infermiere pediatrico, Infermiere psichiatrico, Puericultrice, Ostetrica. L'azione congiunta FNCO e Collegi della Regione Campania – Avellino, Benevento, Caserta, Napoli e Salerno – mira a sollecitare che il piano straordinario di assunzione coinvolga anche il personale ostetrico.

Il Comma 566 collegato alla Legge di Stabilità 2015, per la forte resistenza della classe medica, nel 2016 non ha avuto l'auspicata applicazione e conseguente riconoscimento contrattuale delle competenze avanzate e specialistiche delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, delle professioni tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, mentre una forte accelerazione è stata data a due Disegni di Legge di grande impatto sulla riorganizzazione del Sistema delle professioni sanitarie in Italia:

- DDL S 1324 XVII Leg. Titolo Breve "Norme varie in materia Professioni sanitarie" che, se approvato nel 2016 e a distanza di 10 anni dalla Legge 43/2006, dovrebbe trasformare i Collegi in Ordini e aprire un nuovo scenario nella regolamentazione delle Professioni;
- DDL Gelli "Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario" che dovrebbe dare applicazione alla Legge Balduzzi e ricreare un nuovo equilibrio nel rapporto tra chi eroga cure e chi le riceve ma, soprattutto, garantire contemporaneamente la sicurezza dei cittadini in caso di eventi avversi in campo sanitario e la dignità dei professionisti sanitari che devono poter disporre di adeguate forme di tutela. I tragici episodi delle morti materne verificatesi a cavallo tra i 2015 e 2016 hanno riacceso l'interesse della politica sulla nascita. Dopo la levata di scudi di FNCO, SIGO, AOGOI e AGUI contro il DDL 2818 "Norme per l'incremento del livello di sicurezza del parto naturale" (P. Binetti) sono riprese nel 2016 le audizioni in XII Commissione Affari Sociali sui diversi DDL in esame (Binetti, Fucci, Colonnese, D'Incecco, Carnevali e Zaccagnini).

PROGETTO "STUDIO NAZIONALE FERTILITÀ" Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS)

A cura del **Comitato Centrale FNCO**

Il problema della denatalità comporta una bassa soglia di sostituzione nella popolazione e non consente di fornire un ricambio generazionale. Il valore di 1,39 figli per donna ha collocato, nel 2013, il nostro Paese tra gli Stati europei con i più bassi livelli di fecondità determinando anche un progressivo invecchiamento della popolazione. Inoltre la fecondità tardiva riguarda sempre più frequentemente la nascita del primogenito. Nel 2011, oltre il 60% delle donne al parto aveva tra i 30-39 anni e l'età media al primo figlio era superiore ai 31 anni con variazioni sensibili tra le regioni del Nord e quelle del Sud. Questo ritardo alla nascita del primo figlio implica un minor spazio di tempo, ancora disponibile, per avere altri figli. La combinazione tra la persistente denatalità e l'aumento della longevità determinano, inoltre, un aumento dell'indice di vecchiaia (rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e quella con meno di 15 anni), 154% nel 2014; si stima che nel 2050 la popolazione inattiva sarà pari all'84% di quella attiva.

Va tuttavia evidenziato che l'Italia si pone all'interno di una tendenza presente in tutta Europa, dovuta non solo a fattori sanitari ed economici, ma anche culturali e sociali, che richiedono politiche di intervento su vari fronti. Per favorire la natalità, se da un lato è imprescindibile lo sviluppo di politiche intersettoriali e interistituzionali a sostegno della genitorialità, dall'altro sono indispensabili politiche sanitarie ed educative per la tutela della fertilità che siano in grado di migliorare le conoscenze dei cittadini al fine di promuoverne la consapevolezza delle conseguenze di una maternità tardiva e favorire il cambiamento.

A tal fine il Ministro della Salute ha istituito, nel 2014, un "Tavolo consultivo in materia di tutela e conoscenza della fertilità e della prevenzione delle cause di infertilità" che ha elaborato un "Piano nazionale per la fertilità" per collocare questa tematica al centro delle politiche sanitarie ed educative del nostro Paese.

Il Piano vuole innanzitutto informare i cittadini sul

ruolo della fertilità nella loro vita, sulla sua durata e su come proteggerla evitando comportamenti che possono metterla a rischio. È necessario sviluppare nelle persone la conoscenza delle caratteristiche funzionali della loro fertilità per poterla usare scegliendo di avere un figlio consapevolmente ed autonomamente

Lo Studio Nazionale Fertilità, coordinato dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), ha la finalità di raccogliere informazioni sulla salute sessuale e riproduttiva in grado di orientare e sostenere la programmazione di interventi a sostegno della fertilità in Italia attraverso indagini rivolte sia alla popolazione potenzialmente fertile (adolescenti, studenti universitari e adulti), sia ai professionisti sanitari (pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, ginecologi, andrologi, endocrinologi, urologi, ostetriche). Data la complessità della tematica affrontata e i diversi portatori di interesse individuati, il CNESPS ha ritenuto necessario istituire un Comitato Scientifico (CS) composto da alcuni componenti del Tavolo Ministeriale consultivo fertilità, dai presidenti delle maggiori società scientifiche (SIGO/AOGOI/AGUI), della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche (FNCO), da un rappresentante del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e da ricercatori ISS esperti in indagini campionarie di popolazione e sistemi di sorveglianza.

Il CS si è riunito, per la prima volta a Roma, presso ISS, in data 23 giugno 2016 per:

- suggerire temi di studio e approfondimento;
- supportare e orientare le attività di progetto;
- promuovere le attività e i risultati del progetto attraverso le diverse reti di professionisti che sono rappresentate nello studio.

Il coordinamento dello studio, affidato all'ISS, prevede il coinvolgimento di tre unità operative esterne i cui responsabili scientifici sono la professoressa Eleonora Porcu, il professor Andrea Lenzi e il dottor Mauro Costa.



La salute è la sfida del futuro: normativa in progress

La Presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato fa il punto sui disegni di legge in via di approvazione tra i due rami del Parlamento che andranno a rivedere aspetti cruciali del SSN e delle sue professioni.

DDL S 1324 XVII LEG. TITOLO BREVE "NORME VARIE IN MATERIA PROFESSIONI SANITARIE"

Auspica che la Camera faccia molto in fretta e approvi un Disegno di Legge che, nei suoi contenuti, è atteso da 14 anni e che risulta importante per i professionisti della salute, dando, tra l'altro, attuazione all'art. 4 della Legge 43/2006 per la trasformazione dei Collegi in Ordini, rivedendo la normativa di riferimento (DLCPS 233/1946). Per le attuali tre Federazioni delle professioni sanitarie il Collegio Ipasvi cambia in Ordine delle professioni infermieristiche (Albo infermieri e infermieri pediatrici) il Collegio delle Ostetriche diventa Ordine della professione ostetrica, mentre i Tecnici di radiologia medica oltre a cambiare nome diventa un megacontenitore di figure professionali e assumerà la denominazione di Ordine dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione. Il provvedimento, composto di 6 capitoli e 28 articoli, prevede, anche pene più severe per chi esercita abusivamente una professione sanitaria.

DDL GELLI "DISPOSIZIONI IN MATERIA DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEL PERSONALE SANITARIO"

Afferma che la ratio del provvedimento, nelle intenzioni dell'esecutivo, è quella di ricreare un nuovo equilibrio nel rapporto tra chi eroga cure e chi le riceve e rappresenta un provvedimento fondamentale per la XVII legislatura. Il provvedimento fissa, infatti, norme certe in ambito di responsabilità professionale per garantire la sicurezza dei cittadini dell'iter in caso di eventi avversi in campo sanitario, nonché garantisce la dignità degli stessi profili sanitari che devono poter avere forme di tutela, possibilità di difendersi e una struttura alla spalle che li supporti.

PROPOSTE DI LEGGE "NORME PER LA PROMOZIONE DEL PARTO FISIOLOGICO" (C. 93 Binetti, C. 2818 Binetti, C. 3095 Fucci, C. 3121 Colonnese, C. 3573 D'Incecco, C. 3670 Zaccagnini, C. 3614 Carnevali e C. 3839 Nicchi - rel. Fucci) per le quali, nel maggio 2016, le prime Istituzioni a essere audite dalla XII Commissione (Affari Sociali), sono state la Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche e l'Istituto Superiore di Sanità. Per l'occasione la FNCO ha predisposto un documento di confronto, pubblicato sul sito FNCO, tra i diversi DDL evidenziandone criticità, peculiarità e valorizzandone alcuni aspetti rispettosi della naturalità della nascita e della sicurezza della donna e del suo bambino. Il DPCM "Nuova definizione dei Livelli essenziali di assistenza", che ha ricevuto il via libera dal MEF, presenta importanti novità rispetto al DPCM del 2001, individua chiaramente tutte le prestazioni di procreazione medicalmente assistita (PMA) erogate a carico del SSN, introduce prestazioni di elevatissimo contenuto tecnologico, definisce il nuovo Piano vaccinale 2014-2016, etc. Al testo del DPCM la FNCO, con il contributo dei Collegi delle Ostetriche, ha trasmesso al Dipartimento Programmazione LEA proprie osservazioni e proposte di modifica e integrazioni a tutela della sicurezza della donna e nel rispetto della normativa vigente per la professione ostetrica.

REVISIONE LEGGE 40/2004 "NORME IN MATERIA DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA"

Annuncia che sarà ripresa l'analisi del testo che riguarda la Legge 40/2004, già incardinato, per ottemperare alle sentenze della Corte Costituzionale, rivedendo le norme alla luce di queste sentenze. Tanto più che ci si allinea alle linee guida del Ministero e al fatto che la procreazione medicalmente assistita rientrerà nei LEA.

Lo Studio Nazionale Fertilità, con il coordinamento scientifico della dottoressa Angela Spinelli, prevede, tra l'altro, l'indagine sulla popolazione universitaria (prevalentemente di età 19-25 anni) che sarà realizzata attraverso l'elaborazione e la diffusione di un questionario compilabile, tramite il sistema di sorveglianza PASSI e le cui domande saranno concordate con il Comitato scientifico multidisciplinare. Al fine di supportare e orientare le attività di progetto la FNCO ha proposto di inserire nella popolazione universitaria anche gli studenti dell'ultimo anno dei corsi di Laurea in Ostetricia e

delle Scuole di Specializzazione della aree affini alle tematica fertilità. Esplorare la suddetta popolazione studentesca consente di raccogliere dati sui contenuti della formazione in ambito ostetrico, ginecologico, urologico, pediatrico e endocrinologico disponendo, in tal modo, di strumenti di valutazione e miglioramento della formazione in service.

Il Coordinatore dello studio ha comunicato la data del *Fertility day* (22 settembre 2016) e della produzione di un logo di progetto che sarà a breve presentato e condiviso con tutti i componenti il CS.

"Linee Guida per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza" Si è insediato il Gruppo di Lavoro Agenas



Il Ministro della Salute ha istituito, con Decreto del 2015, la prima "Unità di crisi permanente per il coordinamento degli interventi urgenti in caso di gravi eventi verificatisi nell'erogazione di prestazioni da parte del Servizio Sanitario Nazionale" con l'obiettivo di rendere più efficace e tempestiva l'azione degli organismi ministeriali e delle altre istituzioni coinvolte, nonché, l'attuazione di interventi correttivi e sostitutivi necessari.

L'Unità di crisi permanente, presieduta dal Ministro o suo delegato, che comprende, tra l'altro, rappresentanze delle Regioni, ISS, Nas, Agenas, Dipartimento di Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, è intervenuta sui casi che hanno interessato di recente l'area materno-infantile.

A seguito dei diversi episodi di morti materne il Ministro, nell'annunciare l'imminente predisposizione di nuove linee guida, affermava che le gestazioni in età sempre più avanzata comportano maggiori complicanze, per cui bisogna aumentare il monitoraggio sul territorio. È nata, quindi, l'esigenza di conoscere non solo quanto accade durante il ricovero ospedaliero e poi in sala parto, ma anche nella fase precedente l'arrivo delle donne nella struttura ospedaliera. La casistica di morti durante il parto in Italia è di 10 su 100mila, un dato in linea con gli altissimi standard internazionali, ma bisogna porre grande attenzione agli aumentati fattori di rischio dovuti all'età sempre più avanzata delle donne in gravidanza. Al fine di promuovere il monitoraggio sul territorio delle cosiddette "gravidanze a rischio" è stata disposta la stesura, in seno all'Agenas di nuove linee guida con il coinvolgimento delle Federazioni e società scientifiche di settore.

Il Gruppo di Lavoro multidisciplinare "Linee Guida per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza", che si è insediato a Roma il 5 aprile 2016 e di cui fa parte la FNCO, è presieduto dal Direttore dell'Agenzia, il quale nell'illustrare gli obiettivi del GdL ha precisato che non si potrà non tenere conto della notevole quantità dei documenti elaborati sul tema gravidanza da ISS/Società Scientifiche e la stessa Agenzia in modo più intenso dal 2011 al 2014. Il GdL/Tavolo Tecnico si relaziona con il Tavolo Istituzionale (Ministero/Agenas/Conferenza Stato-Regioni/ISS) per una intesa fondamentale affinché il prodotto elaborato sia istituzionalmente riconosciuto e implementato e che non vada a integrare quanto già prodotto in più momenti ma poco o mai adottato, anche per la eterogeneità dei diversi Sistemi Sanitari Regionali.

L'obiettivo che si è posto il GdL "Linee Guida per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza" è quello di mettere a sistema tutto ciò che ruota intorno alla gravidanza e tutti i professionisti che sono coinvolti nell'elaborazione dei suddetti documenti, nonché le ostetriche, figure professionali determinanti per la qualità degli esiti materno-fetali a breve, medio e lungo termine.

Nella seduta di insediamento dai diversi interventi è emersa fortemente l'esigenza di rivedere e adeguare la formazione degli operatori dedicati alla nascita in tema di prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza. Una carente competenza nel settore specifico che, quando si somma alle disfunzioni organizzative, può rappresentare il 70% delle cause degli eventi avversi nell'area ostetrico-neonatale.

Il coordinatore del GdL, medico cardiologo esperto nelle emergenze mediche con un profilo di triagista, ha precisato che il Gruppo lavorerà essenzialmente via e-mail e che entro dicembre 2016 dovrà definire il documento da sottoporre per valutazione e approvazione alla Conferenza Stato-Regioni.

In data 9 giugno 2016 si è riunita la componente istituzionale del Tavolo di Lavoro "Linee Guida per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza" (Ministero/ISS/Regione) per la preparazione delle attività del GdL Tecnico multidisciplinare di cui fa parte la FNCO e che si è riunito il 25 luglio 2016.

Nelle forme di rito la FNCO attiverà un confronto preliminare sul documento con i Dirigenti di Categoria.

La FNCO ha individuato nella prima riunione del CS dello Studio Nazionale Fertilità la sede per affermare, anche in presenza di Presidenti SIGO/AOGOI e AGUI, che in Italia l'ostetrica è la figura professionale dedicata per la salute biologico-sessuale riproduttiva della donna e quindi per la promozione e tutela della fertilità e prevenzione dell'infertilità.

È stata l'occasione privilegiata per evidenziare, pubblicamente e in una sede istituzionalmente autorevole, che è assolutamente da rigettare la proposta AOGOI di una nuova figura professionale: la Reproductive Nurse e che la FNCO, attraverso anche la CNCLO, promuove, nell'ambito della salute riproduttiva, la formazione pre service (Corsi Laurea in Ostetricia e Master di I livello) e in service (Educazione Continua in Medicina), La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche, che partecipa al Comitato Scientifico con un proprio rappresentante, coinvolgerà la Dirigenza della Categoria nelle sue diverse articolazioni per la massima condivisione del progetto che ha la durata di 24 mesi (dal 1° aprile 2016 al 31 marzo 2018).

La FNCO nel Comitato Percorso Nascita nazionale (CPNn)

La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche, nel luglio 2015, ha chiesto al Ministero della Salute di essere inserita nel Comitato Percorso Nascita nazionale (CPNn) e accolta la richiesta il Ministro Beatrice Lorenzin emanava il DM 11.11.2015 "Integrazione DM 19.12.2014".

La FNCO, nel marzo 2016, ha sottoposto al CPNn la richiesta di uniformare sul territorio nazionale la procedura, la prescrizione da parte dell'ostetrica/o della diagnostica prenatale per la "diagnosi quanto più precoce di gravidanze a rischio", anche a seguito dell'emanazione del D.Lgs. 15/2016 che modifica l'art. 48 del D.Lgs. 206/2007.



La FNCO ha sollecitato, quindi, l'espressione di

autorevole parere del CPNn sull'inserimento nei nomenclatori regionali di apposito codice che ha trovato applicazione in alcune realtà italiane (Piemonte, Lazio, Veneto, Trentino Alto Adige - Provincia di Trento).

La richiesta della FNCO mira a dare piena attuazione a quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 "Accordo ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "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". La promozione, quindi della omogeneizzazione della procedure per la concreta distinzione del percorso patologico da quello fisiologico, gestito da personale ostetrico, risponde all'esigenza di disporre di strumenti organizzativi quali la prescrizione su ricettario regionale come modalità prescrittiva per la donna gravida che potrebbe, in tal modo, accedere su tutto il territorio nazionale, direttamente alle strutture del SSN evitando procedure ridondanti. Con il D.Lgs. 15/2016 è stato eliminato il veto sulla possibilità, riconosciuta in tutto il mondo, economicamente avanzato o no, della completa assistenza da parte dell'ostetrica/o che non è una semplice opzione, ma un'opportunità per assicurare ai cittadini, e in particolare alle famiglie in attesa di un figlio, l'assistenza con interventi utili a migliorare gli esiti e la soddisfazione materna e neonatale.

L'inserimento nei nomenclatori regionali di apposito codice, per la prescrizione da parte dell'ostetrica della diagnostica prenatale, garantirebbe a tutte le donne gravide la presa in carico, in condizioni di prossimità, dall'inizio

PO 2016 ORZANIA UNIKARLELLA KEROMEA LAMOA SAW 9000-01- 12- 32- LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

DECRETO LEGISLATIVO 33 gentaio 2016 n. 15.

Armerieno delle fitterrica 2015/95/FF del Perlamento caroque e del Canaglio, ricente anolitica delle darillica 2005/96/FF, relativa di iconoscimiento delle qualifiche per lescionali e del regulamento [CII.] a. 104-7203, relativa alla congressione saminista attiva attravera all'attenta di informazione del menono interno pellogiciamento Diblich. Art 37

Modifiche all'activato 48 dei decreta legislatica 9 novembre 2007, v. 200

1 All'articolo 45, commo 2, lettera 59, del decreto lesasintirio 9 novembre 2007, n. 206, le proble infragiosticomi contelle le pubble, infra no soggetto abilitato afla professione mediciali sono soppresse. della gravidanza a tutto il puerperio, da parte dell'ostetrica che opera in costante collaborazione con il ginecologo e le altre professionalità coinvolte nel percorso nascita. Il 13 giugno 2016, per la prima volta, la FNCO è stata convocata dal CPNn con una fittissima agenda di lavori.

Quante ostetriche serviranno in Italia nel 2036?

Autori

Annalisa Malgieri

Funzionario Statistico, Coordinatore del progetto pilota, DG Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del SSN, Ministero della Salute, Roma

Paolo Michelutti

Project Manager Agenzia Nazionale dei Servizi Sanitari Regionali, Roma

Contatti

Annalisa Malgieri a.malgieri@sanita.it

Paolo Michelutti

michelutti@agenas.it

RIASSUNTO

Garantire che i cittadini possano sempre contare sul personale sanitario "giusto" in termini di quantità e di competenze. Assicurare che il personale sanitario possa contare su condizioni di lavoro adeguate ai servizi loro richiesti. È questa una doppia sfida che i sistemi sanitari debbono saper affrontare anche in condizioni critiche e di incertezza crescente come quelle attuali e come quelle sempre più incerte del futuro. La sfida è ancora più ardua perché il mercato del lavoro in sanità impone di prendere oggi le decisioni che determineranno le condizioni di lavoro nei prossimi 20-30 anni. Esistono metodologie che aiutano ad "anticipare" le dinamiche future e quindi a fornire un supporto informativo e di conoscenze a chi deve prendere decisioni oggi. Tali metodologie sono state oggetto di una Joint Action europea e di una applicazione pratica in Italia. L'articolo mette in evidenza i risultati ottenuti per la professione dell'ostetrica/o.

Parole chiave

Futuro, mercato del lavoro, fabbisogno di professionisti.

ABSTRACT

To guarantee citizens the right health workforce, with the right skills in the right time. To ensure health workers the right working conditions compared to the required health services. The health systems, at local and national level, have to be able to face those double challenge in the present critical condition and in the growing future uncertainty. The challenge is even more difficult because the health labuor market requires to take decisions today that will determine the working conditions over the next 20-30 years. There are methodologies that help to "anticipate" the future dynamics thus providing information and knowledge to the decision makers today. Those methodologies were the focus of a EU Joint Action and of an implementation project in Italy. This paper highlights the findings of the project for the midwives in Italy.

Keywords

Future, labour market, health workforce need.

Introduzione

La domanda posta nel titolo sembra fuori luogo o meglio "fuori tempo". In realtà è più che opportuna e, soprattutto, posta al momento giusto. Tant'è che è stata al centro di un progetto europeo di tre anni e di una attuazione in Italia di circa un anno e mezzo che si è chiusa a maggio 2016. Il progetto europeo, promosso e co-finanziato dalla Commissione Europea, si chiama "Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting" e, come si evince dal titolo, si è occupato della pianificazione e previsione del

personale sanitario. In particolare, ha analizzato e diffuso metodologie di pianificazione e previsione con l'obiettivo di migliorare la capacità degli Stati membri dell'UE di governare le dinamiche del mercato del lavoro sanitario garantendo "in ogni momento, le persone giuste nel posto giusto con le competenze giuste". Con questo scopo, il progetto europeo si è focalizzato su cinque professioni sanitarie: farmacisti, infermieri, medici, odontoiatri e ostetriche. Lo scopo del progetto europeo



ha visto in Italia un'applicazione pratica attraverso un progetto pilota che ha sviluppato, per le cinque professioni appena citate, una nuova metodologia di previsione e che ha visto coinvolte tutte le Regioni italiane, gli Ordini e Collegi professionali interessati, compresa quindi la Federazione Nazionale Collegi Ostetriche, insieme a una serie di enti e istituzioni interessate al tema del progetto. Il progetto è stato coordinato dal Ministero della Salute (Direzione Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del SSN) con il supporto di Agenas. Il Ministero della Salute e Agenas sono stati tra l'altro responsabili di una delle 7 linee di attività della Joint Action europea ed è stato proprio il ruolo esercitato in ambito europeo che ha permesso di sperimentare in Italia alcune delle migliori pratiche esistenti negli Stati membri per la pianificazione del personale sanitario e costruire così una nuova metodologia di "determinazione dei fabbisogni" (ex art. 6 ter D.Lgs. 502/92).

La nuova metodologia è stata poi utilizzata per determinare i fabbisogni formativi per farmacisti, infermieri, medici, odontoiatri e ostetriche relativi all'anno accademico 2016-2017, oggetto di accordo tra il Governo, le Regioni e le Provincie Autonome di Trento e Bolzano. I risultati del progetto pilota in Italia sono stati presentati e discussi durante un convegno che si è tenuto il 19

tati e discussi durante un convegno che si è tenuto il 19 maggio 2016 a Roma presso il Ministero della Salute dal titolo "Il fabbisogno di professionisti sanitari nei prossimi 20 anni. L'esperienza italiana nell'ambito del progetto europeo". In questo articolo si riportano i risultati del progetto per quanto attiene al fabbisogno nei prossimi 20 anni della professione di ostetrica/o.

La pianificazione del personale sanitario

Nel settore della sanità, più che in altri settori del lavoro, le risorse umane sono una risorsa importante sia perché si tratta di un settore ad alta intensità di manodopera sia perché la salute delle persone è, per definizione, un problema "non negoziabile" e sensibile. Considerando che in ogni organizzazione le persone sono una delle più importanti risorse strategiche, la definizione e la pianificazione delle loro esigenze è altrettanto importante e la pianificazione del personale sanitario ha le sue specificità.

Prima di tutto l'ingresso di nuove risorse nel mercato del lavoro del personale sanitario dipende strettamente dalla capacità di formazione del sistema educativo. La formazione di un professionista della salute può richiedere da 3 a 10 anni. Questo è un periodo medio-lungo che condiziona il lasso di tempo della pianificazione e il relativo processo decisionale: ecco perché è necessario decidere oggi quante ostetriche o quanti medici sono necessari tra 10 anni.

Inoltre, considerando che la quantità e la qualità dei servizi sanitari offerti dipende strettamente dalla qualità e quantità delle risorse umane impiegate, la pianificazione del personale sanitario è da considerarsi un'attività di "pubblico interesse". Ciò significa che la pianificazione della forza lavoro sanitaria è anche attività "politica" ed è quindi necessario il coinvolgimento dei "policy maker" nelle attività di pianificazione.

La pianificazione della forza lavoro in sanità nei Paesi dell'UE – rispetto ad altri contesti nazionali – ha poi la sua specificità, in particolare a causa della libertà di movimento dei lavoratori nella UE.

Anno 2015: Bilancio demografico nazionale





NEL BILANCIO DEMOGRAFICO 2015, PUBBLICATO IL 10 GIUGNO 2015, L'ISTITUTO DI STATISTICA EVIDENZIA COME SIA SCESO DI 130 MILA UNITÀ IL NUMERO DEI RESIDENTI. NASCITE A PICCO E SOTTO IL MEZZO MILIONE. CONFERMATO ANCHE L'AUMENTO DEI DECESSI.

Il decremento della popolazione iscritta in anagrafe è dovuto in larga misura alla dinamica naturale. Il saldo naturale, determinato dalla differenza tra il numero delle nascite e quello dei decessi nel 2015 ha fatto registrare valori fortemente negativi, come già l'anno precedente. Continua, in modo inarrestabile, la diminuzione delle nascite in atto dal 2008: infatti, nel 2015 le nascite sono state 16.816 in meno rispetto all'anno precedente (-3,3%) e più di 90 mila in meno negli ultimi sette anni. Il calo si registra in tutte le ripartizioni, ma è più accentuato nelle regioni del Centro (-4,7% rispetto all'anno precedente). La concomitanza tra la crisi economica e la diminuzione delle nascite, ravvisabile in quasi tutti i Paesi europei, suggerisce un legame tra i due fenomeni.

Lo stesso può dirsi per la diminuzione dei matrimoni, registrata proprio a partire dal 2008. Gli effetti della congiuntura economica sfavorevole sulla natalità vanno a sommarsi nel nostro Paese a quelli strutturali, dovuti alle importanti modificazioni della popolazione femminile in età feconda. Si registra una progressiva riduzione delle potenziali madri dovuta, da un lato, all'uscita dall'età riproduttiva delle generazioni molto numerose nate all'epoca del baby-boom, dal-

l'altro all'ingresso di contingenti di donne sempre meno numerosi, per effetto della prolungata diminuzione delle nascite a partire dalla metà degli anni '70. Anche il contributo positivo alla natalità delle donne straniere mostra i primi segnali di un'inversione di tendenza. Infatti, se l'incremento delle nascite registrato fino al 2008 era dovuto principalmente alle donne straniere, negli ultimi tre anni anche il numero di stranieri nati in Italia, pari a 72.096 nel 2015 (il 14,4% del totale dei nati), ha iniziato progressivamente a ridursi (-7.798 nati stranieri dal 2012).

La crescita dei nati stranieri era stata particolarmente rilevante a partire dall'inizio del nuovo millennio, da quasi 30 mila del 2000 a 80 mila del 2012 (il numero massimo di bambini stranieri nati nel nostro Paese), portando l'incidenza dei nati stranieri sul totale dei nati dal 4,8 al 14,9%. Le nascite di bambini stranieri si concentrano nelle regioni dove la presenza straniera è più radicata. Nel Nord-Est (21,4%) e nel Nord-Ovest (21,1%), ogni cinque nati uno è cittadino straniero. Nelle regioni del Centro la percentuale è pari al 17,0% mentre nel Sud e nelle Isole è intorno al 5%. La regione che presenta l'incidenza più elevata di nati stranieri sul totale dei nati è l'Emilia Romagna, dove è straniero un nato ogni quattro. Il tasso di natalità è pari all'8,0 per mille e varia da un minimo di 6,4 nati per mille abitanti in Liguria a un massimo di 10,3 nella Provincia Autonoma di Bolzano. Per gli stranieri il tasso di natalità, pari al 14,4 per mille, varia da 8,9 nati stranieri ogni mille stranieri residenti della Sardegna a 17,5 della Provincia Autonoma di Trento.

Al costante calo delle nascite, nel 2015 si è affiancato un significativo aumento dei decessi. Prosegue l'aumento dei decessi, registrato nel 2015, pari a 647.571, superiore di 49.207 unità a quello del 2014: è il valore più elevato dal 1945. Si tratta di un incremento sostenuto, da attribuire a fattori sia strutturali sia congiunturali. L'eccesso di mortalità ha riguardato i primi mesi dell'anno e soprattutto il mese di luglio, quando si sono registrate temperature particolarmente elevate per un periodo di tempo prolungato.

I dati ISTAT 2016 relativi all'anno 2015 devono indurre amministratori e politici e tecnici a un'attenta riflessione per mettere in atto specifiche misure con l'obiettivo di invertire il saldo naturale, determinato dalla differenza tra il numero delle nascite (485.780) e quello dei decessi (645.571).

Non si arresta il trend di invecchiamento della popolazione residente: l'età media è 44,7 anni.

Link utili sono presenti sul sito web http://demo.istat.it

Inoltre, i sistemi di assistenza sanitaria dei Paesi europei si basano sul principio della copertura universale, che influenza fortemente la domanda di servizi sanitari. Ma negli ultimi anni questo principio è stato compromesso dalla crisi economica che ha costretto i Paesi dell'UE ad attuare politiche di austerità. Dal punto di vista della progettazione della forza lavoro sanitaria, questo significa avere un focus sull'efficienza e l'ottimizzazione delle risorse umane.

Il progetto pilota in Italia per cinque professioni sanitarie

Il progetto pilota in Italia si inserisce nell'ambito del processo di determinazione dei fabbisogni formativi del personale sanitario, così come definito dall'art. 6 ter del D.Lgs. 502/92. Obiettivo specifico del progetto pilota in Italia è stato pervenire, per le cinque professioni oggetto del progetto europeo (medici, odontoiatri, farmacisti, infermieri e ostetriche), a una metodologia comune di determinazione dei fabbisogni formativi concordata e utilizzata da tutti gli stakeholder che partecipano al processo, tra cui un ruolo primario hanno le Regioni oltre che le Federazioni degli Ordini e Collegi professionali. Il progetto pilota, coordinato dal Ministero della Salute, è stato avviato a gennaio 2015 ed è terminato ad aprile 2016.

Per sviluppare tale metodologia, il progetto si è avvalso delle linee guida contenute nel "Handbook on Planning Methodologies Across EU Countries". Tale manuale, prodotto nell'ambito della Joint Action europea, contiene le buone pratiche provenienti da sette Paesi europei, raccomandazioni tratte dalla letteratura, approfondimenti da parte di esperti internazionali, suggerimenti derivanti dall'analisi dei sistemi di pianificazione esistenti nei Paesi dell'UE. Tutto questo materiale è organizzato vari capitoli, tra cui:

1. conoscere il personale sanitario attuale;

2. valutare la situazione attuale in base alla domanda;

3. fare previsioni future di personale sanitario (domanda e offerta).

Qui di seguito si riportano in sintesi i risultati raggiunti su questi tre fronti dal progetto pilota.

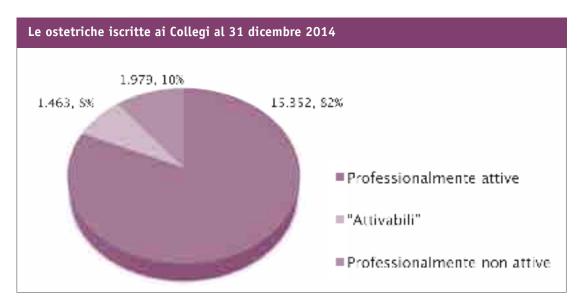
Le evidenze del progetto per le ostetriche

Conoscere la situazione attuale è il primo passo per una efficace pianificazione. Le domande chiave sono: quante ostetriche stanno lavorando ora in Italia? Qual è la loro età? Quante ostetriche lavorano ma sono "disponibili" per soddisfare la domanda attuale e futura?

Per rispondere a queste domande si è partiti dai dati disponibili forniti dai Collegi professionali. Sono state poi calcolate e stimate le ostetriche "professionalmente attive" al 31 dicembre 2014 attraverso l'uso di altre banche dati (banca dati Cogeaps²) e di informazioni disponibili da altre indagini (indagine Forza Lavoro ISTAT 2013). Il lavoro sullo stock attuale di ostetriche è stato poi completato dall'accordo su una serie di assunti e ipotesi:

- le ostetriche di età maggiore di 74 anni sono state considerate inattive (come da definizione ISTAT);
- le ostetriche di età inferiore ai 40 anni e non attive al 31 dicembre 2014 sono state considerate "attivabili" ossia "in cerca di occupazione";
- lo stock di ostetriche è misurato come numero di "teste" e il "tempo pieno equivalente" (o Full Time Equivalent FTE) per ogni professionista è stimato uguale a 1, sia per gli uomini che per le donne.

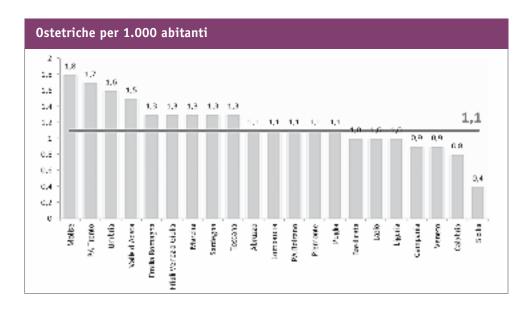
I dati sulla situazione delle ostetriche al 31 dicembre 2014 sono quindi i seguenti.



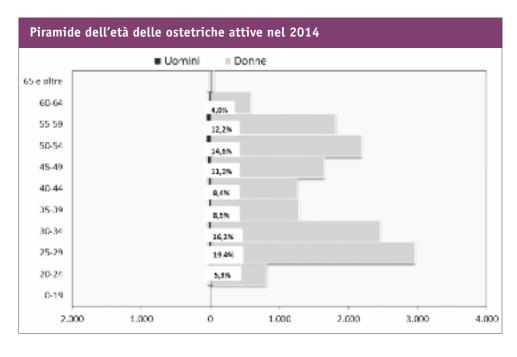
^{2.} Co.Ge.A.P.S. (Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie) è un organismo che riunisce le Federazioni Nazionali degli Ordini e dei Collegi e le Associazioni dei professionisti della salute che partecipano al programma di Educazione Continua in Medicina.

L'analisi dell'offerta di personale sanitario rispetto alla domanda è importante per evitare il perpetuarsi di squilibri e per riconoscere le criticità che potenzialmente potrebbero trasformarsi in un futuro disequilibrio. L'uso di indicatori specifici può aiutare a favorire un dialogo con le parti interessate sulla valutazione della situazione attuale.

Durante il progetto pilota i risultati raggiunti su questo fronte non sono stati del tutto soddisfacenti e ancora molto rimane da fare. Gli stakeholder coinvolti nel progetto hanno cercato di effettuare una valutazione che tenesse conto di specifici indicatori. Come risultato della discussione, tutte le parti interessate hanno dichiarato l'assenza di un equilibrio tra domanda e offerta ma non riuscendo a misurare il divario. In effetti, non è stato raggiunto un accordo sulla combinazione di indicatori da utilizzare. Per questi motivi, si è deciso di adottare l'indicatore di base "numero di ostetriche attive per abitante", articolata per aree geografiche, che ha mostrato grandi discrepanze tra Regioni.



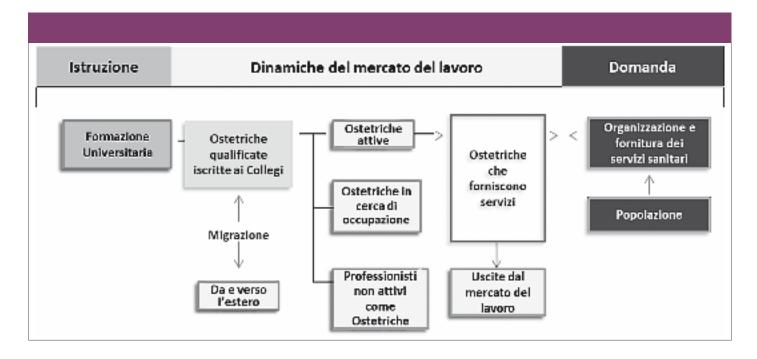
Anche l'analisi della piramide delle età dello stock attuale può portare a effettuare alcune riflessioni che possono già condurre il processo di pianificazione, anche in assenza di specifiche previsioni. Nel grafico seguente si può notare la distribuzione bimodale delle ostetriche attive caratterizzata da due concentrazioni: nella fascia di età dai 50 ai 59 anni, che costituiranno uscite dal mercato del lavoro nei prossimi dieci anni, e nella fascia di età dai 25 ai 35 anni, che caratterizzano l'età media relativamente giovane delle ostetriche attive.



Il passo successivo del progetto è stato quello di fare previsioni sull'andamento futuro dello stock attuale di ostetriche (offerta) confrontandolo con le stime di domanda futura di ostetriche.

Dal lato dell'offerta, le buone pratiche dei Paesi dell'UE rivelano l'importanza dei modelli di sviluppo in grado di formulare diversi scenari relativi alle diverse condizioni dei professionisti sanitari, come cambiamenti nei tassi di mortalità, nei criteri pensionistici, nei flussi migratori, negli ingressi ai corsi di Laurea, etc. Mentre prevedere la domanda è senza dubbio più complesso, soprattutto a causa di una maggiore incertezza sulla stima dei parametri sottostanti (epidemiologia, demografia, organizza-

zione dei servizi sanitari, tecnologia, etc.). Oltre agli aspetti legati ai bisogni della popolazione, è importante che i modelli tengano conto anche dei vincoli di bilancio. Nel progetto pilota è stato sviluppato un modello previsionale per la definizione futura dei fabbisogni formativi delle ostetriche. Il modello, sviluppato con un foglio elettronico, contiene i dati sull'offerta e sulla domanda di ostetriche e, attraverso una serie di formule e di calcoli riportati in diversi fogli di lavoro, permette di definire, sulla base alcune ipotesi e parametri inseriti, il fabbisogno futuro di ostetriche, espresso in numero di studenti da inserire al primo anno dei corsi di Laurea specifici per quella professione.



Il modello sviluppato è un modello cosiddetto "stock and flows": partendo dai dati sullo stock attuale di ostetriche attive, stima lo stock futuro (fino al 2040) in base a previsioni di flussi (flows) in uscita dal mercato del lavoro (per decesso, per pensionamento o per emigrazione) e in entrata nel mercato del lavoro (dalla formazione universitaria e dall'estero).

In base ai flussi in uscita (per decesso e pensionamento) stimati per le ostetriche, l'ammontare delle 15.352 ostetriche, attive al 31 dicembre 2014, sarà, nei prossimi 25 anni, il seguente.





Da tale situazione, la proiezione dello stock attuale è stato completato da tre passaggi:

- 1.la previsione del flusso in entrata relativi a ostetriche già formate ma ad **oggi disoccupate** (stimato in 1.463 unità al 31 dicembre 2014);
- 2. la previsione del flusso in entrata (dal 2015 al 2025) di nuove ostetriche attualmente in formazione (stimato in circa 3.637 unità, di cui 3.545 usciranno entro il 2020 sulla base del tasso medio di successo scolastico³);
- 3. le ipotesi del flusso di nuove ostetriche che entreranno in formazione dal 2016.

I risultati tali proiezioni sono confrontati con la domanda stimata negli anni dal 2015 al 2040: si evidenzia così la differenza negli anni tra la domanda presunta e lo stock stimato alla luce delle ipotesi di ingressi di nuovi professionisti.

La domanda è stata ipotizzata come funzione lineare della popolazione. Proprio i cambiamenti demografici previsti nei prossimi 25 anni nella popolazione italiana⁴ hanno portato alla discussione di due possibili scenari di domanda.

Nel **primo scenario** il riferimento è la popolazione femminile in età fertile che, secondo previsione ISTAT, passerà dagli attuali 14 milioni di unità circa a 12 milioni di unità nel 2040, con una conseguente diminuzione della domanda di ostetriche.

Nel **secondo scenario**, effettivamente poi adottato nella definizione dei fabbisogni formativi per l'anno accademico 2016-2017, si prende a riferimento tutta la popolazione femminile che, sempre secondo stime ISTAT, aumenterà di circa 1 milione fino al 2040.

Partendo da un assunto di equilibrio attuale tra domanda e offerta di ostetriche, il modello di proiezione ha permesso di mettere a confronto diversi scenari futuri, fornendo quindi informazioni utili per prendere decisioni in merito, per esempio, alla programmazione degli accessi ai corsi di Laurea in Ostetricia per l'anno accademico 2016-2017.

Di seguito si riporta un esempio di scenario di domanda e offerta futura per la professione di ostetrica/o. In tale scenario si ipotizza un aumento della domanda futura di ostetriche, sia per un aumento della popolazione femminile di riferimento sia per un maggiore utilizzo di ostetriche (aumento da 0,5 a 0,6 ostetriche per mille donne). I flussi in entrata di nuove ostetriche dai percorsi formativi universitari sono stimati ipotizzando un numero di studenti ogni anno, fino al 2040, pari a 840 unità (ossia pari ai posti autorizzati nell'anno accademico 2015-2016). Il grafico

mostra un gap esistente ad oggi tra domanda e offerta (disoccupazione) che, nell'ipotesi di scenario a ingressi costanti ai corsi universitari, pur in presenza di una domanda crescente di ostetriche (dalle 15.407 nel 2015 alle 18.539 stimate nel 2040), aumenterebbe costantemente fino al 2040 (26.607 ostetriche attive nel mercato nel 2040).



^{3.} Fonte dati: Ufficio statistica MIUR.

^{4.} Fonte dati: ISTAT.

L'utilizzo del criterio della popolazione "pesata" per la definizione del fabbisogno formativo della professione ostetrica

La Federazione Nazionale delle Ostetriche ha attivamente partecipato al progetto europeo, promosso e co-finanziato dalla Commissione Europea, "Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting" che si è occupato della pianificazione e previsione del personale sanitario.

All'adozione del modello proposto, per l'anno accademico 2016-2017, è stato indicato di contenere il dato del fabbisogno formativo che la FNCO fornisce al Ministero della Salute sulla base dei dati prodotti dai Collegi Provinciali e Interprovinciali delle Ostetriche.

Il dato prodotto scaturisce da una serie di indicatori tra i quali il **tasso occupazione** che seppure nell'anno 2015 è salito dal terzultimo posto al sestultimo posto, esprime, per l'ostetrica/o, un *gap* ancora troppo ampio tra domanda e offerta di lavoro.

Alcune Regioni Italiane, tra le quali il Piemonte, Lombardia e Toscana, nella formulazione del fabbisogno per la professione ostetrica, hanno indicato la fascia di età – 15-50 anni – con il rapporto standard di una ostetrica ogni 1.000 abitanti.



La FNCO, in data 24 marzo 2016, ha sottoposto alla Direzione del Dipartimento delle Professioni Sanitarie la proposta, per l'anno 2017-2018, l'utilizzo dell'indicatore della "popolazione pesata" per la definizione del fabbisogno formativo di ostetriche.

L'adozione del suddetto indicatore 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 che si tradurrebbe in un maggiore fabbisogno formativo.

La FNCO 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 (esempio: rapporto one to one nell'assistenza al travaglio-parto) una reale continuità assistenziale valorizzando il ruolo dell'Ostetricia di Comunità e Ostetricia di Prossimità.

Conclusioni

Il progetto pilota qui descritto ha avuto un notevole impatto sul sistema di pianificazione per le cinque professioni sanitarie oggetto dell'iniziativa. Nel caso delle ostetriche, è stata l'occasione per riflettere sul futuro ruolo della professione, non solo rispetto al proprio ambito di riferimento ma anche rispetto al rapporto con altre professioni sanitarie (infermieri e medici).

L'esito delle proiezioni della domanda e dell'offerta nei prossimi 20 anni è stata invece di stimolo per rivedere le ipotesi di ingresso ai corsi di Laurea in Ostetricia, già a cominciare dall'anno accademico 2016-2017.

Il progetto ha anche dato l'opportunità di mettere in evidenza consigli e aree di sviluppo futuro della metodologia adottata, che dovrà comprendere sicuramente un allargamento delle professioni (e relative specializzazioni) oggetto di previsione.

Bibliografia e sitografia

- Handbook on Health Workforce Planning Methodologies across EU Countries, A. Malgieri, P. Michelutti, M. Van Hoegaerden, Slovakia, Joint Action Health Workforce Programming & Forecasting, Funded by the Health Programme of the European Union, 2015
- EU-level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends – A Feasibility Study. European Commission, 2012.
- Projection Models from 18 Countries, OECD Health Working Papers, No. 62, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/5k44t787zcwb-en
- http://healthworkforce.eu
- http://hwf-handbook.eu/
- http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp? linqua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2570

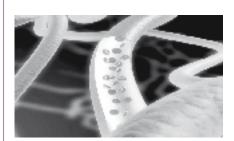
Revisione del percorso formativo di Ostetrica/o in seno alla Commissione Nazionale corsi di Laurea in Ostetricia: stato dell'arte

La Commissione di esperti (Componenti CNCLOP e Referenti FNCO) a Roma il 13 aprile 2016 si è riunita per un confronto su una prima bozza completa del progetto di revisione dell'attuale percorso formativo di Ostetrica/o.

Il documento composto di 3 parti (Didattica

Frontale/Tirocinio/Laboratorio) il 16 giugno 2016 è stato sottoposto all'attenzione della Commissione Nazionale dei corsi di Laurea in Ostetricia (CNCLO) e al Consiglio Direttivo dell'Associazione Nazionale Ginecologi Universitari (AGUI) che accoglie al proprio interno i Presidenti dei corsi di Laurea in Ostetricia.

Notizie utili dall'Istituto Superiore di Sanità



CORSI FAD ACCREDITATI E GRATUITI PER OSTETRICHE

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

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

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

REVISIONE ESTERNA LINEA GUIDA SNLG "PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLA EMORRAGIA DEL POST PARTUM" Al termine di un intenso anno di lavoro il panel ha concluso la linea guida e come consuetudine, prima della stampa della versione definitiva, il SNLG ha predisposto l'invio del documento in revisione esterna ad autorevoli professionisti di diverse discipline di interesse per migliorare ulteriormente il prodotto definitivo.

L'intera bozza della L.G. è stata disponibile online per 30 giorni sul sito del SNLG dell'ISS per un processo di revisione aperta che permette anche ai singoli professionisti di consultarla e inviare i loro commenti/proposte di modifica seguendo le istruzioni disponibili online all'indirizzo:

www.snlg-iss.it/lgn_emorragia_PP_rev_aperta

La FNCO, con un proprio contributo, ha partecipato al Convegno "Sorveglianza della mortalità e grave morbosità materna in Italia" che, in data 27 maggio 2016, si è svolto a Roma presso ISS. Si comunica che sul sito ISS sono disponibili tutti contributi scientifici presentati dai relatori (www.iss.it/itoss).

A Roma, presso l'Aula Aula Pocchiari (ISS), il 24 ottobre 2016 sarà presentata al pubblico la linea guida ISS-SNLG "Prevenzione e trattamento della emorragia del post partum" alla cui stesura ha partecipato, in rappresentanza della FNCO quale componente del Panel la Vicepresidente Dott.ssa Silvia Vaccari.



Il Presidente della CNCLO, Professor A. Lanzone ha introdotto i lavori della "Proposta di un percorso accademico di durata quinquennale per la formazione della/del professionista ostetrica/o" che è stata, poi, illustrata negli interventi di Walter Costantini "Motivazioni, valenze e caratterizzazioni della proposta", di Miriam Guana "Modello di Didattica frontale", di Antonella Nespoli "Modello di Laboratorio" e di Daniela Zavarise "Modello di Tirocinio". La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche, per la massima condivisione del progetto di revisione del percorso formativo, ha chiesto al Consiglio Direttivo della CNCLO di poter acquisire un documento sintetico e snello del progetto sul quale confrontarsi, nelle forme di rito, con i Presidenti dei Collegi Provinciali e Interprovinciali delle Ostetriche.



Osservatorio Professioni Sanitarie - Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Il 24 luglio 1996 il Decreto Ministeri Università-Sanità "Approvazione della Tabella XVIII ter recante gli ordinamenti didattici universitari dei corsi di Diploma universitario dell'area sanitaria, in adeguamento dell'art. 9 della Legge 19 novembre 1990, n. 341" all'art. 1.10 istituiva l'Osservatorio Nazionale Permanente (ONP) che dalla sua attivazione del 2001 ha avuto una attività non sempre costante.



L'ONP ha subito rinnovi di cui il primo nel 2002 con la nomina dei rappresentanti dei 22 profili professionali, la nomina del Comitato di Presidenza e la costituzione di tre Gruppi di lavoro. Il Decreto Interministeriale del 19 febbraio 2009, all'art. 10, confermava l'ONP che tra l'anno 2012-2013 si è riunito ben sette volte per trattare tematiche inerenti le professioni tra le quali: fabbisogno formativo, revisione profili formativi, proposte Master di primo livello, etc.

La FNCO nell'anno 2013 ha elaborato proposte di attivazione di 7 Master professionalizzanti (Ostetrica/o di Comunità, Rieducazione del pavimento pelvico, Sorveglianza del benessere materno-fetale, Chirurgia ostetrico-ginecologica, Area Neonatale, Assistenza Ginecologica e Ostetricia Legale e forense).

Dopo un terzo rinnovo, avvenuto nel 2014, con nota da Ministeri dell'Università e della Salute, l'ONP veniva ricostituito nel 2016, veniva nominato il Presidente, Professor G. Novelli, e con Decreto Interdirettoriale n. 745 venivano nominati i rappresentanti delle professioni.

In data 25 maggio 2016 a Roma, presso il Dipartimento per la Formazione Superiore e per la ricerca del MIUR Ufficio III, si è tenuta la riunione di insediamento dell'Osservatorio Nazionale per le Professioni Sanitarie in cui la Presidente rappresenta la FNCO per la quale è stato chiesto di essere presente su più gruppi di lavoro.

La FNCO, nelle forme di rito, promuoverà la massima condivisione delle decisioni che dovessero scaturire dai lavori dell'ONP. La scrivente Federazione recentemente ha segnalato, anche all'OPS, che la State Medical University of Sofia (Mus) ha attivato all'Aieu di Chiasso il corso di Laurea in Ostetricia in lingua italiana di durata quadriennale in totale contrasto con quanto previsto dalla normativa vigente in materia per la formazione dell'Ostetrica (DM 270/2004).

La professione ostetrica

Autore Michele Grandolfo

Epidemiologo, Dirigente di ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore del Reparto di Salute della Donna e dell'Età Evolutiva del CNESPS

Due sono le competenze professionali di una ostetrica del 21° secolo, per una sanità pubblica universale, di qualità e sostenibile.

La prima competenza fondamentale, necessaria nel senso matematico del termine (senza la quale l'altra competenza non è possibile a livelli adeguati), consiste nella capacità di far emergere, promuovere, valorizzare, sostenere e proteggere le competenze della donna e, quando questa decide di far nascere una nuova vita, della persona che nasce.

Perché ciò accada è necessario applicare l'arte socratica della maieutica, che consiste nella capacità di favorire lo sviluppo della competenza e della consapevolezza della persona essendo la persona stessa attrice primaria del processo e non semplice ricettrice di comandi, raccomandazioni, consigli, secondo il modello tradizionale del paternalismo direttivo, modello fallace e insultante perché di fronte al fallimento attribuisce la responsabilità alla vittima, peraltro biasimata, non alla propria incompetenza professionale.

È la qualità della relazione che fa la differenza: l'attivazione del processo di capacitazione (empowerment) richiede come conditio sine qua non rispetto, gentilezza, empatia, compassione (nel senso etimologico del termine che fa la compassione regina delle arti etiche e fondamento della democrazia) e umiltà, virtù fondamentale per il progresso della conoscenza.

L'attivazione del processo parte dalla sollecitazione al ripensamento e alla riflessione dei vissuti quotidiani e sulla memoria storica della comunità di appartenenza, base di partenza per la ricerca delle nuove conoscenze, dei loro margini di incertezza e dei propri valori in divenire.

Saper riconoscere con opportuni indicatori di processo (quante persone hanno accettato il coinvolgimento sul totale di quelle programmaticamente da coinvolgere), risultato (per quante persone coinvolte si ottiene il pattern di risultati attesi in conseguenza dell'azione) ed esito (quale tasso di prevalenza o di incidenza delle condizioni o degli eventi auspicati o evitati, grazie ai risultati ottenuti, nella popolazione bersaglio considerata nella strategia operativa messa in atto), è cruciale per riconoscere gli errori e da questi apprendere per il

miglioramento della qualità con l'aggiornamento professionale conseguente e per la riprogrammazione delle attività.

È la sintesi della Carta di Ottawa (1986) che definisce la promozione della salute come l'insieme delle attività in grado di aumentare la capacità di controllo autonomo del proprio stato di salute (empowerment) da parte delle persone e delle comunità. La valutazione della qualità si effettua con indicatori di popolazione perché a livello individuale non è possibile farlo, non disponendo della prova controfattuale (non si può tornare indietro e provare le varie alternative). Il che implica la necessità dell'universalità del servizio sanitario, perché l'eventuale fattore di selezione delle persone coinvolte può essere esso stesso il fattore del cambiamento piuttosto che l'azione professionale.

Peraltro la capacità di comunicazione viene "sfidata" dalle persone "difficili da raggiungere" per le barriere fisiche, psicologiche, culturali, etiche, antropologiche ed ideologiche (l'insieme degli stereotipi che rendono agli occhi di chi opera le persone difficili da raggiungere, "brutte, sporche e cattive", candidate eccellenti per il biasimo delle vittime).

Quindi, nella promozione della salute l'offerta attiva è la chiave di volta dell'agire professionale, assieme alla conoscenza epidemiologica dei fattori (sociali) differenziali della salute, con la consapevolezza che i fattori sociali sono le "cause dietro le cause" e che le persone più difficili da raggiungere sono anche quelle a maggiore deprivazione sociale e a maggiore rischio.

Un corollario centrale di tali considerazioni è che un servizio sanitario pubblico universale ha ragione di esistere se e soltanto se è in grado di ridurre gli effetti sulla salute delle disuguaglianze sociali.

La professione ostetrica appare in tutta la sua centralità se si riflette sul fatto che le donne, e l'età evolutiva, sono i settori di popolazione che vivono il cambiamento avendone piena percezione e la salute sessuale e riproduttiva rappresenta priorità di interesse. L'esperienza della nascita, si nasce perché donna lo vuole, è certamente l'occasione di cambiamento più radicale nel rimettere in discussione lo stato delle cose presente. Si tratta della scelta di affrontare un'avventura certamente



più impegnativa del varcare le "colonne d'Ercole" o della scalata dell'Everest. Impresa straordinaria che richiede l'impegno di tutte le proprie risorse (e anche quelle della comunità se è vero che "per fare un bambino ci vuole un villaggio").

In tali circostanze si parla di fragilità in modo assolutamente improprio in quanto si ritiene che si debba mettere sotto tutela la persona fragile, quando invece si deve intendere la fragilità come la circostanza eventuale che insorge per via dell'esplorazione dell'ignoto, rispetto a cui ci si addestra in modo adeguato per averne maggior controllo.

Altrimenti è come dire che Messner è più fragile quando scala l'Everest per le conseguenze del rischio di mettere un piede in fallo, rispetto al caso in cui la circostanza si verificasse passeggiando per Bolzano.

Come Messner si addestra accuratamente prima di affrontare l'impresa della scalata e gli scerpa lo possono aiutare fino a un certo punto, poi la vetta la vuole e la deve conquistare con i propri mezzi e senza autorespiratore, così la donna che decide di mettere al mondo una nuova vita si prepara, sulla base delle proprie conoscenze, per aumentare le possibilità di successo.

Così se fuma smette di farlo (oggi nel 70% dei casi) o ne riduce drasticamente l'abitudine, come annulla o riduce drasticamente il consumo di alcol. Se informata assume acido folico in previsione del concepimento, aumenta il consumo di frutta e verdura e l'attività fisica e partecipa agli incontri di accompagnamento alla nascita.

Sempre se informata, sceglie il luogo del parto che garantisca lo sviluppo indisturbato della dinamica ormonale e la possibilità di muoversi per ridurre la percezione del dolore e, contemporaneamente, favorire la progressione nel canale del parto della persona che nasce: esempio eccellente di autonomie in relazione.

L'esemplarità dell'esperienza della nascita esalta la funzione di *empowerment* della professione ostetrica, con effetti generali di tutto rilievo se si tiene conto che le riscoperte competenze e acquisite consapevolezze da parte delle donne, pilastri delle famiglie, si irradiano negli ambiti delle relazioni affettive e sociali e riguardano tutte le fasi della vita per tutte le persone: a tal proposito basterebbe far riferimento all'alimentazione.

Tale potenzialità è oggi essenziale in quanto ormai da alcuni decenni si è in presenza di speculazioni mercantili (mercato della salute) sempre più aggressive, soprattutto nel percorso nascita, in cui oggi prevalgono prescrizioni e prestazioni diagnostico-terapeutiche inutili, spesso inappropriate, molto spesso conseguenza "necessaria" di azioni precedenti inutili o inappropriate, nonostante le consolidate prove scientifiche da oltre trent'anni e le conseguenti linee guida nazionali e internazionali, affidabili per la metodologia rigorosa seguita per il loro allestimento e aggiornamento.

Questa degenerazione potrebbe essere sopportabile, rinunciando a servizi essenziali, se la sua conseguenza fosse soltanto l'enorme spreco di risorse (probabilmente siamo ben oltre il 30% di spreco medio di risorse nell'ambito del settore sanitario). È necessario riflettere sulla dannosità iatrogena degli interventi inutili e inappropriati, sul breve, medio e lungo periodo sia per la donna sia per la persona che nasce. Non solo, spesso si trascura di prendere in considerazione l'effetto deleterio di inibizione del senso di competenza (disempowerment) in una circostanza in cui, al contrario, la percezione della propria competenza da parte di entrambi gli elementi della diade è chiave di volta per la qualità della vita futura. Le recenti ricerche di tipo epigenetico evidenziano i possibili effetti a lungo termine di tutti i fattori stressori presenti alla nascita, ingiustificati nella generalità dei casi. A tale proposito basterebbe citare l'impedimento del contatto immediato e prolungato pelle pelle anche per favorire l'attacco al seno entro la mezz'ora (entrambe le condizioni favoriscono il secondamento spontaneo e sono fattori protettivi dell'emorragia post partum, prima causa di morte materna) e l'aggressivo clampaggio del cordone molto prima che cessi di pulsare, sottraendo sangue prezioso a chi nasce. L'effetto di disorientamento e, quindi, di disempowerment è assicurato.

Certo, si pongono urgenti necessità di sorveglianza epidemiologica degli esiti e conseguenti approfonditi aggiornamenti della formazione "pre-service" e "in service", ma la priorità assoluta riguarda il potenziamento della professione ostetrica:

- 1. nella formazione e nell'aggiornamento professionale;
- 2. nell'aggiornamento delle normative e riqualificazione dei servizi:
 - a.il ricettario ostetrico e il rimborso per il parto a domicilio;
 - b.il potenziamento e la riqualificazione secondo le direttive del POMI dei consultori familiari, all'interno dei quali la professione ostetrica trova la massima valorizzazione nel lavoro di equipe;
 - c. la costituzione di case del parto e reparti a conduzione autonoma da parte delle ostetriche.

L'autonomia dell'ostetrica rimanda all'altra essenziale

In riferimento all'articolo pubblicato sulla rivista Lucina n. 4/2015 dell'autrice Silvia Plizza, si specifica che l'articolo fa riferimento alla sua tesi di Laurea, discussa presso l'Università di Modena e Reggio Emilia, CDL Ostetricia; i dati originali sono stati raccolti durante il tirocinio svolto presso il Centro Nascita dell'U.O. Complessa di Ostetricia e Ginecologia, nell'anno accademico 2011-2012.

Gli autori erano i relatori della tesi stessa, mentre l'abstract rielaborato e proposto nell'articolo è stato a cura di Silvia Plizza.

competenza, quella di saper individuare l'esistenza o l'insorgenza di condizioni patologiche per le quali è necessario l'affiancamento dell'esperto di patologia per tutto quello che concerne la patologia stessa, rimanendo, a maggior ragione, essenziale il sostegno dell'ostetrica all'espressione di competenza in una circostanza in cui è comprensibile la tendenza alla delega e in cui insulti alla competenza sono inevitabili.

È opportuno sottolineare che proprio la profonda familiarità con la fisiologia (che è opportuno ricordare essere sempre espressione più o meno consapevole di competenza) permette il tempestivo riconoscimento della deviazione dalla normalità, senza perdere di vista il contesto dell'universo dei valori e delle esperienze che l'assistenza alla fisiologia permette di delineare nella consapevolezza dell'ostetrica e della stessa donna.

Anche in questo caso è la sorveglianza epidemiologica che permette di affinare la capacità di identificazione dell'esistenza e dell'insorgenza dello stato di patologia e di migliorare i processi di interazione e integrazione per assicurare i servizi appropriati di emergenza ostetrica. In tale prospettiva è insensato che sia l'esperto di patologia a selezionare tra gravidanza e parto normali e patologici. Questa è competenza essenziale dell'ostetrica ed è altrettanto essenziale che tale competenza si affini con il continuo esercizio, sotto il controllo della valutazione della qualità anche attraverso periodici o occasionali processi di audit.

La valorizzazione delle competenze ostetriche trova compimento nelle condizioni di integrazione e interazione valida tra servizi e professionisti. La verifica della qualità complessiva del percorso nascita aiuterà ogni singola componente del sistema a riconoscere i punti critici e a porvi rimedio alla luce delle evidenze scientifiche anche con soluzioni organizzative innovative. Il perseguimento della nascita "rispettata" si può valutare con diversi indicatori di processo, di risultato e di esito, ma certamente la persistenza dell'allattamento esclusivo fino a sei mesi e la persistenza dell'allattamento al seno oltre l'anno di vita sono gli indicatori di esito più potenti della qualità del percorso nascita.

L'empowerment della professione ostetrica si verifica con l'empowerment della donna e della persona che nasce.

Bibliografia e sitografia

- www.iss.it/binary/publ/cont/12_39_web.pdf
 ISSN 1123-3117. Rapporti ISTISAN. 12/39
 ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ. Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi
- www.iss.it/binary/publ/cont/11_12_web.pdf
 Rapporti ISTISAN. 11/12.
 ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ. Percorso nascita e
 immigrazione in Italia: le indagini del 2009. A cura di.
 Laura Lauria e Silvia Andreozzi

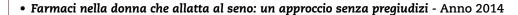
Campagna per la promozione dell'allattamento al seno

Le Ostetriche Italiane i Collegi delle Ostetriche e la Federazione Nazionale Collegi delle Ostetriche, sin dal 2010, hanno aderito alle iniziative promosse dal Ministero della salute per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno attraverso le campagne di promozione organizzate nelle piazze italiane. La Campagna 2016 (#uninvestimentoperlavita) è stata lanciata il 12 maggio 2016 a Roma in seno alla "Conferenza nazionale sull'allattamento al seno" dove, alla presenza del Ministro, è stato siglato il documento Promozione dell'uso del latte materno nelle Terapie Intensive Neonatali e accesso dei genitori ai reparti.

La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche, componente del Tavolo Tecnico sull'Allattamento al Seno (TAS) in quasi 2 anni ha fattivamente operato per diffondere l'allattamento al seno in Italia producendo una serie di documenti pubblicati sul sito del Ministero della Salute (www.sanita.it).

- Promozione dell'uso di latte materno nelle Unità di Terapia Neonatale e accesso dei genitori ai reparti. Raccomandazione congiunta di Tavolo Tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'allattamento al seno (TAS), Società Italiana di Neonatologia (SIN) e Vivere Onlus - 12 maggio 2016.
- Commercializzazione degli alimenti per lattanti: violazioni del DM 82/2009 - 15 settembre 2015
- Allattamento al seno e uso del latte materno/umano.
 Position Statement 2015 di Società Italiana di Pediatria (SIP), Società Italiana di Neonatologia (SIN),





- Allattamento al seno nelle strutture sanitarie in Italia Report sulla survey nazionale 2014
- Allattamento al seno oltre il primo anno di vita e benefici per lo sviluppo cognitivo, affettivo e relazionale del bambino
 Anno 2014
- Eparine a basso peso molecolare e allattamento materno Anno 2014
- L'uso dei mezzi di contrasto nella donna che allatta Raccomandazioni della Società Italiana di Radiologia Medica (SIRM), Società Italiana di Pediatria (SIP), Società Italiana di Neonatologia (SIN) e del Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare per la Promozione dell'Allattamento al Seno del Ministero della Salute Anno 2014
- Allattamento al seno durante la gravidanza Raccomandazioni della Società Italiana di Medicina Perinatale (SIMP) e del Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare per la Promozione dell'Allattamento al Seno del Ministero della Salute Anno 2014
- Latte materno nell'ambito dell'EXPO 2015 di Milano Anno 2014
- La contraccezione per la donna che allatta Anno 2014





I luoghi del parto tra formazione e compassione: costruire una rete che guardi all'Europa

Autore Sandra Morano

Ginecologa, Università degli Studi di Genova

Nella celebrazione della Giornata dell'Ostetrica del Collegio di Genova lo scorso anno si era posta l'attenzione con la Presidente Vicario al momento cruciale per la maternità nel Paese e in quella occasione si era sintetizzato che le sfide delle ostetriche da cui ripartire riguardavano: adeguamento dei luoghi del parto, pertinenza della formazione, educazione alla com-passione.

Questo richiamo appare tanto più attuale oggi quando tutti gli operatori sulla scena del parto sono sotto i riflettori: sembra infatti che proprio i tre temi che avevamo posto come nuove sfide alla professione ostetrica siano assolutamente cruciali.

I luoghi del parto

In occasione del workshop "Percorso nascita: realtà a confronto", tenutosi a Roma lo scorso 27 febbraio 2016 allo scopo di fare il punto sull'assistenza perinatale in Italia, erano venuti a galla con evidenza i vincoli di una professione a parole definita come il cardine di una assistenza perinatale ospedaliera che si vuole sempre più territorializzata, ma nei fatti condizionata dalla compresenza con altre professioni in luoghi del parto, espressione di culture e modelli di cure superati.

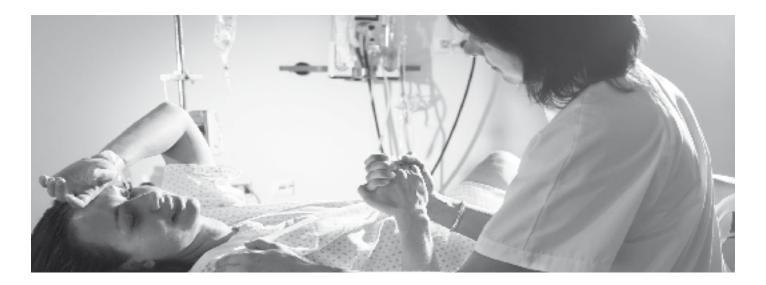
Una professione sempre più "oscurata" da queste compresenze in sala parto, e che, proprio nel momento in cui l'autorevole NICE afferma che i luoghi del parto più sicuri per le gravidanze a basso rischio sono i Centri Nascita, trova poche ostetriche in Italia realmente disponibili a lavorare dentro reali spazi di libertà, con autonomia pressoché totale.

Successivamente a Genova, con il convegno "I luoghi della nascita tra sicurezza, economia e scelta" (10-12 aprile), finalmente si sono riuniti per la prima volta i Centri Nascita, in massima parte intraospedalieri, che anche in Italia da più di quindici anni sono attivi. Organizzando una sorta di "convention" si è creduto che fosse

arrivato il momento di porre questa esperienza nel suo insieme sotto i riflettori della comunità scientifica e delle politiche perinatali.

I Centri Nascita che finora hanno lavorato con fortune più o meno diverse, sono stati individuati e gli operatori che nonostante tutto li fanno funzionare hanno mostrato e raccontato un cammino che in qualche modo ha cambiato il clima ospedaliero di riferimento. Genova, Firenze, Modena, Trecenta, Ostia, Torino: piccole oasi di autonomia, anche se parziale, delle ostetriche, e di familiarità e libertà per le famiglie, le ostetriche e per le donne. Luoghi in cui per una serie di circostanze spesso casuali è stato possibile, in attesa di una improbabile estensione delle stesse modalità fisiologiche in tutto il reparto, sperimentare almeno un piccolo percorso di normalità: esperienze molto rare nel panorama delle cure alla nascita nel Paese negli ultimi decenni.

Il convegno è stato ancora più significativo perché ha portato congiuntamente a Genova il Midwifery Unit Network, una rete di operatori che vogliono diffondere in tutta Europa la tendenza, oramai avanzata in Gran Bretagna, a sostituire gradualmente le grandi Maternità con i Centri Nascita, offrendo alle donne la possibilità di scelta. L'evento era rivolto, con l'offerta di tre workshop e con la conduzione dei lavori di gruppo da parte di una pedagogista medica, sia a chi non aveva mai lavorato in un Centro, sia a chi ci aveva già lavorato. Una importante sessione teorica si è svolta la mattina successiva, con il contributo di esperti italiani ed europei, facenti parte dei panel che hanno avviato il cambiamento dei modelli dei luoghi della nascita in Gran Bretagna.



La formazione

Nei lavori di gruppo ai tavoli uno dei temi più richiamati è stato il bisogno di formazione. È stata sottolineata la necessità di adeguamento di questa alle nuove sfide, soprattutto se, come da più parti sollecitato, la più indispensabile di queste, il bisogno di autonomia, riporta a competenze e responsabilità cui l'ostetrica di oggi non è chiaramente indirizzata né pronta.

Nella tavola rotonda dell'ultima mattina era stato invitato, oltre a politici, amministratori e rappresentanti del Ministero e dell'ISS, anche il professor Lanzone, Presidente di tutti i corsi di Laurea in Ostetricia in Italia, che si è espresso a favore di un riordino del corso di studi che possa implementare tale cammino di autonomia. Rimane però molto competitivo il modello in uso in Gran Bretagna, che pone in primo piano la separazione dei percorsi di fisiologia e patologia, con il training nei Birth Centres, curricula con insegnamento della ricerca e relativo reperimento di risorse, che non a caso attira lì tutte le studentesse e le neolaureate che intendano intraprendere percorsi che guardino all'Europa.

Educazione alla com-passione

Non solo nel convegno, ma in tutto il Paese, sui social, e successivamente in un successivo evento tenutosi a Londra il 28 aprile, in cui è stata lanciata presso la London City University la rete European network, è stata presente l'eco della PDL Zaccagnini, in precedenza presentata in Parlamento, sulla violenza ostetrica.

Anche a Londra il convegno si è svolto attraverso lavori di gruppo in cui gli operatori dei rispettivi Paesi partecipanti (Italia, Spagna, Portogallo, Repubblica Ceca) si sono confrontati tra loro. L'obiettivo è quello di dare vita a una rete europea che sostenga e unisca i rispettivi Paesi nel percorso di cambiamento verso il modello dei Birth Centres, attraverso l'offerta di formazione e ricerca. Resta nel frattempo un grande lavoro da fare, che potrebbe

essere facilitato se a questo primo appuntamento italiano, e a questo primo appuntamento Europeo, seguiranno contatti e altre iniziative comuni.

Qual è la lezione per l'ostetricia italiana? Per l'organizzazione delle cure alla nascita che prosegue con fatica tra variabilità regionali, vincoli di spesa, obiettivi già superati, inefficaci e molto costosi? E per la formazione accademica, che risente dei ritardi che in genere bloccano tutta l'Università Italiana?

È stato bello e confortante incontrare, in tutte queste occasioni, ostetriche giovani e meno giovani, animate tutti i giorni da una grande abnegazione e passione per la professione, nonostante la crisi dei sistemi sanitari universalistici (in Gran Bretagna più che da noi). Era da tempo che non si vedevano in eventi così ravvicinati e costruttivi tanti operatori a discutere del futuro di una professione che molti invidiano e che oggi sembra così poco rilevante.

L'esperienza dei Paesi del Nord Europa però ci insegna che un cambiamento culturale a partire dai minimi storici cui siamo arrivati, deve nascere dalla triangolazione dei protagonisti, che per esempio in Svezia lavorando con grande stima reciproca mantengono ancora un 17% di TC, oltre a una misurabile soddisfazione delle protagoniste. Solo così si potrà riottenere, com'era forse un tempo anche qui, dalle ostetriche autonomia, dai ginecologi rispetto, dalle donne confidenza nelle proprie capacità procreative.

È stato detto nei lavori di gruppo che la compassionate care non si impara: probabilmente fa parte del DNA di un'antica professione, lo vediamo nella maggior parte dei casi quando riceviamo giovanissime studentesse che non hanno mai visto un parto, ma scelgono un lavoro pesante e di grande responsabilità. Per questo non la si può imporre per legge, scambiando i diritti con l'empatia. Il lavoro dell'ostetrica, da sempre, consiste non nel tutelare ma nell'aiutare ogni donna nel suo lungo cammino/lavoro del travaglio verso la maternità.

Valutazione ultrasonografica della posizione fetale in avanzato travaglio e sua correlazione con la modalità di espletamento del parto

Ultrasonographic assessment of the fetal position in transitional labor and its related connection with the type of delivery

Autrice Federica Ruzziconi

Ostetrica

Contatti Federica Ruzziconi

federica_ruzziconi@hotmail.it

RIASSUNTO

L'ecografia in ambito ostetrico viene utilizzata nel monitoraggio della gravidanza, ma solo di recente è stato introdotto il suo utilizzo all'interno della sala travaglio con lo scopo di fare diagnosi della posizione fetale. Alcuni studi dimostrano che la sola visita ostetrica non è ottimale nel determinare correttamente la posizione e il livello della parte presentata durante il travaglio, essendo un esame altamente soggettivo e impreciso e dove diverse condizioni (cefaloematoma, importanti tumori da parto o asincletismo) possono portare a diagnosi scorrette. L'uso degli ultrasuoni in sala parto ha principalmente lo scopo di confermare o confutare la diagnosi effettuata tramite la visita ostetrica, predire la modalità di espletamento del parto e prevenire eventuali complicanze dovute ad anomalie della posizione e questo è anche lo scopo dello studio effettuato. L'ecografia sembra trovare una collocazione ben precisa nel tentativo di migliorare l'assistenza in sala parto e ogni ostetrica, quindi, dovrebbe essere formata a eseguire ecografie durante il travaglio e utilizzare l'ecografo come strumento di supporto alla visita ostetrica, senza però dimenticare le basi della semeiotica ostetrica tradizionale o sostituire l'ecografia ad essa.

ABSTRACT

Sonography in obstetrics is used for the monitoring of pregnancy. However, only in recent days its practise has been introduced in the delivery room with the aim of diagnosing the fetal position.

Some studies proved that when determining the position and the level of the cephalic presentation during labor, the reliance on the sole obstetric visit is not optimum. As a matter of fact, being it an extremely subjective and imprecise exam, a number of conditions (i.e. subdural hematoma, serious deliveryrelated cancers or asynclitism) might lead to an incorrect diagnosis. The use of ultrasound in the delivery room mainly aims at confirming or denying the diagnosis resulting from the prenatal visit, meanwhile it can help predict the type of delivery and prevent any possible complication due to anomalies in the fetal position. This is also the final goal of the present study. The ultrasound seems to be perfectly matching with the attempts of improving assistance in the delivery room. For this reason, every obstetrician should be trained in carrying out ultrasound scans during labor and in the use of the ultrasound as a support tool in prenatal visits. However, this does not imply forgetting the fundamentals of traditional prenatal semiotics nor entirely replace it with sonography.

Introduzione

Durante il travaglio di parto la posizione della testa fetale viene valutata dall'ostetrica mediate la visita vaginale. Gli ultrasuoni non vengono utilizzati di routine in sala parto, anche se potrebbero diventare uno strumento di valido aiuto per l'ostetrica al fine di valutare correttamente la posizione fetale durante il travaglio.

Lo studio ha lo scopo di valutare ecograficamente la presentazione e la posizione dell'occipite e del dorso fetale sia all'inizio del travaglio di parto che alla fine della fase dilatante, confrontando, poi, la predittività di tali dati ecografici con la tipologia del parto. Lo studio ha inoltre lo scopo di confrontare l'accuratezza della diagnosi, quindi la predittività dell'esame ecografico rispetto alla sola visita ostetrica.

Materiali e metodi

Lo studio ha incluso 78 donne gravide, reclutate nell'arco di tempo compreso tra il 12 dicembre 2014 e il 10 marzo 2015 nella sala travaglio del reparto di Ostetricia dell'Ospedale "B. Eustachio" di San Severino Marche. Rientrano nello studio tutte le donne con gravidanza singola a termine di gestazione, con presentazione cefalica e con esordio del travaglio di parto insorto spontaneamente o indotto tramite l'applicazione di prostaglandine vaginali o con l'utilizzo di ossitocina.

Al ricovero è stata valutata dall'ostetrica, tramite esplorazione digitale, la posizione della testa fetale. Successivamente, tramite l'ecografia transaddominale, è stata

valutata la posizione della testa e del dorso fetale all'inizio del travaglio (da 3 a 5 cm sia per le nullipare che per le uni-pluripare) e al termine della fase dilatante (da 8 a 10 cm per le nullipare e tra gli 8 e 9 cm per le primipare e le pluripare), con la testa fetale sopra al livello delle spine ischiatiche (da -3 a 0) e sia con membrane integre che rotte.

Per eseguire l'esame ecografico è stato utilizzato un apparecchio Hitachi U 19 con sonda convex da 3,5 Mhz per via transaddominale con la paziente in posizione supina.

I punti di riferimento rappresentanti la posizione fetale sono:

- le orbite fetali per la posizione occipito-posteriore (sinistra o destra);
- la falce mediana cerebrale e i talami per le posizioni trasverse:
- il cervelletto, insieme ai talami, per entrambe le posizioni occipito-anteriori;
- per la valutazione del dorso visualizzare le quattro camere cardiache e da qui valutare la posizione della colonna vertebrale fetale.

Per la raccolta dei dati è stata stilata una tabella (Tabella 1) in cui annotare il numero della cartella della donna, l'età gestazionale, la parità, la presenza di membrane integre o rotte, gli orari dell'inizio del travaglio e della fine della fase dilatante e, per entrambe le fasi, sono stati annotati la valutazione della posizione della testa fetale mediante visita ostetrica e la posizione del dorso e della testa fetale mediante valutazione ecografica. Sono stati, inoltre, riportati la modalità di espletamento del parto (eutocico, operativo o taglio cesareo), l'orario dello stesso e il peso del neonato alla nascita.

Le posizioni della testa e del dorso fetale sono state schematizzate come segue:

- occipito-trasverse sinistra e destra rispettivamente a ore 3:00 e ore 9:00;
- occipito-anteriore sinistra tra le 12:00 e le 3:00;
- occipito-anteriore destra tra le 9:00 e le 12:00;
- occipito-posteriore sinistra tra le 3:00 e le 6:00;
- occipito-posteriore destra tra le 6:00 e le 9:00.

A 58 donne è stata eseguita una ecografia office sia all'inizio che alla fine del travaglio di parto, ad altre 20 solamente alla fine del travaglio di parto.

La solidarietà della FNCO verso le famiglie delle zone colpite dal grave sisma del 24 agosto

La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche ha manifestato la propria vicinanza alle Presidenti dei Collegi delle Ostetriche del Centro Italia i cui territori sono stati colpiti dal grave sisma del 24 agosto 2016.

Nell'adunanza del Comitato Centrale Straordinario del 27 agosto 2016 la FNCO ha deliberato di devolvere, a ONG da individuare, il 5 per mille della prossima dichiarazione dei redditi quale espressione di vicinanza alle popolazioni, spesso colpite nel cuore della famiglia visto il considerevole numero di vittime giovanissime di cui molti bambini.

La FNCO auspica che analoga iniziativa trovi attuazione anche da parte dei Collegi delle Ostetriche e delle singole ostetriche quali professioniste di aiuto nella vita e non solo.



Tabella 1

Numero cartella:	Diagnosi di posizione tramite v <u>isita ostetrica</u> (presentazione di vertice)	Diagnosi di posizione tramite <u>ultrasuoni</u> (presentazione di vertice)	Visualizzazione del dorso fetale tramite ultrasuoni	Modalità di espletamento del parto	Peso neonatale
INGRESSO Orario _:_ Dilatazione Membrane: _ rotte _ integre	Anteriore ODA OTD OTS ODP Posteriore	Anteriore ODA OTD OTS ODP Posteriore	Anteriore ODA OTD OTS ODP Posteriore	Orario: <u>:</u>	
Orario _:_ Dilatazione Membrane: rotte integre	Anteriore ODA OTD OTS ODP Posteriore	Anteriore ODA OTD OTS ODP Posteriore	Anteriore ODA OTD OTS ODP Posteriore	□ Parto eutocico □ Parto operativo (ventosa ostetrica)	gr
Orario _:_ Dilatazione Membrane: _ rotte _ integre	Anteriore ODA OTD OTS ODP Posteriore OSP	Anteriore ODA OTD OTS ODP Posteriore	Anteriore ODA OTD OTS ODP Posteriore	□ Parto distocico (taglio cesareo)	
Orario _:_ Dilatazione Membrane: _ rotte _ integre	ODA OTS ODP OSP Posteriore	Anteriore ODA OTD OTS ODP Posteriore	Anteriore ODA OTD OTS ODP Posteriore OSP		

Risultati

Delle 78 pazienti che hanno partecipato allo studio, 64 hanno partorito per via vaginale e 14 sono state sottoposte a taglio cesareo; in nessun parto è avvenuta l'applicazione della ventosa.

A 58 donne è stata eseguita un'ecografia sia a inizio che fine travaglio ricavando i dati riportati nella Tabella 2, per quanto riguarda la valutazione ecografica eseguita a inizio travaglio.

Le donne sottoposte a taglio cesareo avevano feti rispettivamente in posizione:

- 2 in occipito iliaca sinistra anteriore e dorso anteriore;
- 2 in occipito iliaca sinistra trasversa e dorso anteriore;
- 4 in occipito iliaca sinistra posteriore e dorso sinistro posteriore;
- 2 in occipito iliaca sinistra posteriore e dorso sinistro anteriore;
- 2 in occipito posteriore (rotazione sacrale dell'occipite) e dorso destro posteriore.

Ad altre 20 donne in travaglio di parto il controllo ecografico è stato eseguito soltanto al termine della fase dilatante, di cui:

- 4 avevano il feto con occipite destro trasverso e dorso destro anteriore;
- 2 con occipite e dorso entrambi destri anteriori;
- 4 avevano sia dorso che occipite in posizione sinistra anteriore.

Delle restanti 10 è risultato che l'occipite era destro posteriore con dorso posteriore o laterale destro, tra queste 8 hanno partorito spontaneamente (per rotazione in OIDA dell'occipite) e 2 sono state sottoposte a taglio cesareo (per rotazione sacrale dell'occipite).



Tabella 2

Posizione del dorso fetale	n° casi
Trasverso sinistro	8
Sinistro anteriore	20
Sinistro posteriore	2
Destro anteriore	6
Trasverso destro	2
Anteriore	2
Sinistro anteriore	4
Sinistro trasverso	2
Sinistro posteriore	2
Sinistro anteriore	2
Posteriore	2
Destro posteriore	2
Destro anteriore	2
Destro posteriore	2
	Trasverso sinistro Sinistro anteriore Sinistro posteriore Destro anteriore Trasverso destro Anteriore Sinistro anteriore Sinistro trasverso Sinistro posteriore Sinistro anteriore Destro posteriore Destro posteriore Destro posteriore Destro anteriore

Discussione

Nei casi in cui il feto si presentava con un occipite in posizione trasversa e il dorso in posizione anteriore era già possibile predire l'espletamento del parto per via vaginale, dato che solitamente l'occipite segue in modo "solidale" la posizione della colonna, ruotando anch'esso in posizione di occipito anteriore.

In 28 casi le posizioni della testa e del dorso fetale sono rimaste invariate dall'inizio del travaglio alla fine della fase dilatante; di queste donne 20 hanno partorito per via vaginale, mentre le altre 8 sono state sottoposte a taglio cesareo.

In 30 casi la posizione della testa e del dorso fetale si è modificata durante il travaglio di parto: in 24 casi l'occipite da trasverso è diventato anteriore e il neonato è nato per via vaginale, rispettivamente in 14 casi da tra-

sverso sinistro è diventato sinistro anteriore e in 10 casi da trasverso destro è diventato destro anteriore; in 2 casi, nonostante l'occipite sia ruotato da trasverso sinistro a sinistro anteriore, le donne sono state sottoposte a taglio cesareo. Negli altri 4 le donne sono state sottoposte a taglio cesareo per rotazione dell'occipite in posizione OISP.

Nelle 8 donne (sia nullipare che pluripare), valutate unicamente con ecografia a termine della fase dilatante, che presentavano una posizione occipito posteriore destro del feto e che hanno poi espletato il parto per via vaginale, è stato di rilevante importanza vedere che in 8 casi si è verificata una rotazione dell'occipite fetale da destra posteriore a destra anteriore (sia a membrane integre che rotte). I dati della letteratura mostrano,

Vaccinare le donne in gravidanza contro l'influenza stagionale riduce la natimortalità



Le gestanti trattate con il vaccino trivalente stagionale per l'influenza avevano probabilità significativamente inferiori di partorire un figlio nato morto rispetto alle madri non vaccinate. Ecco, in sintesi, i risultati di uno studio pubblicato su Clinical Infectious Diseases che supportano la sicurezza dell'immunizzazione contro l'influenza stagionale in gravidanza, suggerendo un effetto protettivo.

«Anche se l'immunizzazione prenatale è un importante intervento di sanità pubblica per prevenire i casi di influenza grave nelle neomamme e nei neonati, la copertura vaccinale è spesso inferiore al 50%» esordisce Annette Regan, ricercatrice del Dipartimento di sanità pubblica dell'Australia Occidentale a Perth e coautrice dell'articolo, spiegando che la preoccupazione per la sicurezza del feto è il motivo più frequente

per la rinuncia alla vaccinazione. Ciò ha portato molti autori ad analizzare i tassi di natimortalità a seguito della vaccinazione pandemica, ma nessuno studio di popolazione aveva finora valutato l'incidenza di nati morti a seguito del vaccino trivalente contro l'influenza stagionale.

Per approfondire l'argomento, gli autori hanno analizzato le vaccinazioni materne e perinatali in una coorte di 58.008 nascite verificatesi tra aprile 2012 e dicembre 2013 in Australia. La natimortalità è stata definita come una gestazione con nascita del feto dopo la ventesima settimana e un punteggio Apgar alla nascita pari a zero a un minuto e a cinque minuti dopo il parto. I dati ottenuti sono stati aggiustati, usando modelli di regressione di Cox, per potenziali fattori confondenti tra cui il fumo materno e la propensione a farsi vaccinare. A conti fatti, un totale di 5.076 donne in gravidanza, pari all'8,8% del totale, ha ricevuto il vaccino trivalente influenzale, e in questa coorte sono stati osservati 377 nati morti, con un tasso di natimortalità tra vaccinate e non vaccinate rispettivamente del 5 e del 3 per 100.000 giorni di gestazione. «Il che significa, fatti i necessari calcoli statistici, un 51% di probabilità in meno tra le gestanti vaccinate contro l'influenza stagionale di partorire un figlio nato morto» conclude Regan.

In Italia il tasso di mortalità dei bambini sotto i 5 anni è inferiore a quello medio europeo e a quello degli Stati Uniti. Il tasso di mortalità infantile tra i bambini residenti italiani (2,9 per 1.000 nati vivi) è inferiore a quello dei bambini residente stranieri.

Nel 2011 in Italia si sono registrati 2.084 decessi di bambini sotto i 5 anni e l'85% dei decessi avviene nel primo anno di vita e la metà delle morti si concentra nei primi sette giorni.

I dati inducono i professionisti del settore (ostetriche, ginecologi, pediatri, ma anche i medici di medicina generale) a un'attenta riflessione al fine di contrastare il fenomeno fornendo adeguate informazioni alle donne in età fertile che si preparano a una gravidanza e/o sono in gravidanza.

Clin Infect Dis. 2016. doi:10.1093/cid/ciw082 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27033634 infatti, che in circa il 20% dei travagli a dilatazione completa la presentazione dell'occipite è ancora posteriore e che la latenza, della "fase passiva" del II stadio, è determinata dal tempo che il feto impiega a portare l'occipite anteriormente e che solo una piccola parte di questi inizia la discesa nel canale del parto rimanendo in occipito posteriore per ruotare poi nel canale del parto quando il tronco è anteriore o laterale. Questo è un momento delicato e intervenire con accelerazioni del travaglio o con amnioressi se, fortunatamente, le membrane sono ancora integre, prima di conoscere la posizione della testa e del tronco fetale, rischia solo di far impegnare la testa in occipito posteriore e di prolungare di molto il II stadio.

Conclusioni

Fin dall'introduzione dell'ecografia in ambito ostetrico le indicazioni per l'utilizzo erano ristrette alla conferma di malformazioni e/o patologie sospette, poi, successivamente, le indicazioni si sono allargate. L'ecografia ostetrica può essere considerata come parte integrante della semeiotica ostetrica tradizionale; è quindi di supporto all'anamnesi e alla visita, in particolar modo nell'accertamento di segni clinici materno-fetali e nella formulazione di una diagnosi di benessere materno-fetale.

In Italia la SIEOG (Società Italiana di Ecografia Ostetrico-Ginecologica) ha elaborato, nel 2010, delle linee guida dove viene indicata l'office ecografia come "un esame ecografico eseguito a supporto della visita e finalizzato alla ricerca di dati diagnostici che possono essere utilizzati a completamento della visita stessa". Non essendo menzionata una competenza medica esclusiva, anche l'ostetrica se ne può avvalere nel processo di accertamento e di diagnosi al fine di garantire la qualità dell'assistenza. L'ecografia office può rappresentare il primo momento formativo e di avvicinamento alla diagnosi ultrasonografica per le ostetriche: basti pensare all'importanza della valutazione del liquido amniotico a integrazione con la cardiotocografia per la determinazione del profilo biofisico modificato.

Lo studio effettuato permette di dimostrare come l'utilizzo dell'office ecografia durante il travaglio di parto possa essere un valido ausilio nella valutazione della situazione dell'estremo cefalico fetale in associazione alla posizione del dorso e come questo, a sua volta, sia in grado di predire la modalità di espletamento del parto. Dato che l'ecografia non è un esame invasivo e non provoca danni al feto o ai tessuti, le informazioni aggiuntive che si ricavano possono essere considerate molto utili nella comprensione della situazione clinica o nel chiarimento di un dubbio.

La diagnosi di presentazione, posizione e livello della parte presentata risultano essere i capisaldi della semeiotica ostetrica per un accurato monitoraggio e management clinico e per un corretto giudizio prognostico del travaglio. L'utilizzo dell'ecografia in travaglio di parto è quindi considerato un valido strumento clinico che permette di prendere decisioni cliniche finalizzate a un favorevole outcome materno fetale, fornendo informazioni oggettive e riproducibili. In particolare l'ecografia intrapartum è considerato il gold standard in situazioni in cui l'occipite è in posizione di Occipito Posteriore, dove nella maggior parte dei casi la sola visita ostetrica risulta essere errata, condizionata anche da fattori quali importante tumore da parto e nel caso in cui è necessaria l'applicazione della ventosa (una corretta diagnosi della posizione e del livello della parte presentata aumentano notevolmente il successo della procedura). In tutte le sale parto dovrebbe essere presente un ecografo e ostetriche formate a eseguire, in caso di necessità, ecografie in travaglio di parto; la metodica ecografica non vuole e non deve sostituire la semeiotica ostetrica tradizionale, ma affiancarsi ad essa come strumento di supporto alla visita ostetrica, al fine di ottenere un quadro più chiaro del travaglio di parto che si sta prendendo in esame.

Bibliografia

- ARDUINI D., FERRAZZI E., PILU G., SEVERI F.M., TODROS T.: "Trattato di Ecografia in Ostetricia e Ginecologia". Poletto Editore, edizione Gennaio 2002
- CHOU M.R, KREISER D., TASLIMI M.M., DRUZIN M.L., EL-SAYED Y.Y.: "Vaginal versus ultrasound examination of fetal occiput position during the second stage of labor". American Journal of Obstetrics and Gynecology 2004. 191, 521-4.
- DEUTCHMAN M., MYERS T.: "Diagnostic Ultrasound in Labor and Delivery", August 2010
- GUITTIER M.J, OTHENIN-GIRARD V., IRION O., BOUL-VAIN M.: "Maternal positioning to correct occipito-posterior fetal position in labour: a randomized controlled trial". BMC Pregnancy Childbirth. 2014 Feb 24;14:83
- MOLINA F.S., NICOLAIDES K.H.: "Ultrasound in labor and Delivery". Fetal Diagnosis and Therapy 2010; 27: 65-66
- SOCIETÀ ITALIANA DI ECOGRAFIA OSTETRICO GINE-COLOGICA (SIEOG): "Linee Guida SIEOG". EDITEAM (2010)
- SOCIETÀ ITALIANA DI ECOGRAFIA OSTETRICO GINE-COLOGICA (SIEOG): "Manuale di ecografia in travaglio di parto". EDITEAM (2014)
- ZAHALKA N., SADAN O., MALINGER G., LIBERATI M., BOAZ M., GLEZERMAN M., ROTMENSCH S.: "Comparison of transvaginal sonography with digital examination and transabdominal sonography for the determination of fetal head position in the second stage of labor". American Journal of Obstetrics and Gynecology 2005; 193, 381-6

RACCOLTA DELLE CELLULE STAMINALI DA SANGUE CORDONALE NEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI FANO -AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD Studio delle criticità emerse

Umbilical cord blood stem cell collection at Fano Hospital - Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord: a study of emerging problems



Autori
Gabriella Tambascia
Studentessa Ostetrica,
Laurea Magistrale in Scienze
Infermieristiche e Ostetriche,
Università Politecnica delle Marche,
Ancona

Sonia Tonucci Dirigente Dipartimento Professioni Sanitarie IOTR

Serena Frassini Coordinatore Gruppo EBP, Dipartimento professioni sanitarie IOTR

Donatella Giovannini Responsabile Area Formazione Ricerca e Sviluppo professionale, Dipartimento professioni sanitarie IOTR Ospedali Riuniti Marche Nord

Contatti
Gabriella Tambascia
gabriella.tambascia@gmail.com



RIASSUNTO

Introduzione

La donazione del cordone ombelicale è un progetto umanitario molto importante, ma prevede elevati costi economici. Il Presidio Ospedaliero di Fano è un centro di raccolta di sangue cordonale (SCO).

L'obiettivo dello studio è stato quello di verificare gli indicatori del centro locale e di analizzare eventuali criticità.

Materiali e metodi

Lo studio è stato condotto attraverso un'analisi retrospettiva dei dati raccolti sulle unità di sangue raccolto e bancato dal 2014 al 2008 confrontandoli con gli indicatori nazionali. Successivamente è stato somministrato un questionario ai professionisti per indagare le conoscenze e le loro attitudini rispetto alla donazione.

Risultati

È stata osservata una riduzione dell'attività di raccolta negli anni, relativa al numero delle adesioni e delle unità di sangue raccolte e bancate.

Le conoscenze rispetto al tema della donazione risultano disomogenee tra i vari gruppi professionali e vengono percepite dai professionisti come scarsamente supportate dalle evidenze scientifiche.

Conclusioni

È emersa la necessità di sostenere le conoscenze dei professionisti con evidenze scientifiche che possano guidare la pratica e uniformare i comportamenti sulla donazione. Sono stati organizzati corsi di formazione ed è stato previsto, per quanto emerso, di condurre una revisione della letteratura in merito.

Parole chiave

Sangue del cordone ombelicale, cellule staminali, donazione del cordone ombelicale, professionisti sanitari.

ABSTRACT

Background

The umbilical cord donation is a very important humanitarian project, but it involves a huge amount of money.

Fano Hospital Unit is a collection centre of umbilical cord blood (SCO).

The objective of the study was to verify indicator of the hospital unit and analyze any potential problem.

Materials and Methods

The study has been conducted through a retrospective analysis of data collected from blood units gathered and stored in the system from 2008 through 2014 comparing the indicators with national ones. Later, a questionnaire was submitted to experts in order to examine their knowledge and predisposition to the donation.

Results

In the last few years, a reduction of analysis activity occurred as regards number of subscriptions and blood units collected. Knowledge about donation topic turns out to be uneven among the different groups of experts and is perceived by them as barely supported by scientific evidence.

Conclusions

The need of supporting experts knowledge with scientific evidence has come to light, in such a way that it may lead the procedure and make behaviors on donation uniform. Education courses have been organized and, due to results, a review of literature regarding donation has been taken into consideration.

Keywords

Umbilical cord blood, blood stem cells, umbilical cord donation, health care professionals.

Introduzione

La raccolta del sangue del cordone ombelicale è uno dei servizi che rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nella Regione Marche (1).

Il Sangue del Cordone Ombelicale raccolto dopo il parto consente di effettuare il trapianto anche tra soggetti che non siano perfettamente compatibili grazie alla relativa immaturità immunologica (2).

Ogni Centro Raccolta, che afferisce a una rete su base regionale o interregionale, disegna il proprio modello di percorso donazionale all'interno di protocolli d'intesa interdivisionali definendo le modalità di accesso per l'utenza, l'organizzazione, i turni di operatività, i ruoli e le responsabilità dei professionisti coinvolti.

I centri di raccolta SCO devono allinearsi agli indicatori nazionali, stabiliti dal Centro Nazionale Sangue e dal Centro Nazionale Trapianti, che prendono in considerazione i seguenti criteri:

- 1. numero di unità di sangue raccolte/numero di parti annui;
- numero di unità di sangue bancate/numero di unità raccolte.

Rispetto al numero delle unità raccolte (numero di unità raccolte/numero di parti, %) gli indicatori di riferimento sono:

- 8-10% se il numero di parti annui nel Centro è >1.000;
- 10-15% se il numero di parti annui nel Centro è <1.000. Rispetto al numero di unità bancate (cioè considerate idonee alla conservazione) gli indicatori sono:
- soglia critica: 8%;
- valore atteso 10% (3).

Data l'importanza del progetto e l'elevato impiego di risorse economiche è importante ottimizzare i risultati della raccolta.

Lo studio intende verificare se il Centro Raccolta di SCO del Presidio ospedaliero di Fano, centro accreditato e attivo dall'anno 2008, si confronta in modo positivo con gli indicatori standard nazionali e individuare la presenza di criticità su cui poter intervenire con azioni migliorative e correttive.

Obiettivi

- Verificare gli indicatori Centro SCO locale.
- Individuare e analizzare eventuali criticità nel percorso di donazione.

Materiale e metodi

Lo studio si è svolto all'interno del Presidio di Fano e sono stati presi contatti diretti con il centro trasfusionale e immunologico della Banca SCO di Pescara, a cui afferisce l'ospedale, per confrontare i dati locali del numero di unità di sangue cordonale raccolte e bancate con gli indicatori standard di allineamento a livello nazionale. Sono stati raccolti inoltre i dati relativi ai consensi ottenuti dalle coppie donatrici negli anni considerati.

È stata eseguita un'analisi retrospettiva dei dati raccolti dal 2014 al 2008 nel Centro di Fano confrontandoli con gli indicatori standard di allineamento.

Successivamente è stato somministrato un questionario, ripreso sulla base del modello di Horton e Horton (4) validato sulla donazione di organi e modificato per l'utilizzo relativo alla donazione di sangue cordonale. Il questionario è composto di due parti: la prima parte con item che indagano le conoscenze generali e specifiche sulle tecniche di procedura di raccolta dei professionisti e la seconda parte con item che indagano l'attitudine dei professionisti alla donazione utilizzando una scala Likert a 5 passi. È stato attribuito un punteggio da 1 a 5:

- 1. Completamente in disaccordo;
- 2. In disaccordo;
- 3. Incerto;
- 4. D'accordo;
- 5. Completamente d'accordo.

Sono stati reclutati 35 professionisti coinvolgendo ostetriche, ginecologi e infermieri dell'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia e tecnici di laboratorio del Centro Trasfusionale.

Il questionario è stato compilato davanti al somministratore e riconsegnato immediatamente al fine di verificare le effettive conoscenze.



Risultati

Dalla tabella dati emerge che l'attività ha subito una riduzione negli anni, rispetto sia al numero di unità di sangue raccolte che bancate. La riduzione ha riguardato anche il numero dei consensi ottenuti per la donazione da parte delle coppie.

Tabella 1 Dati percentuali CRSCO Presidio Ospedaliero di Fano dal 2008 a dicembre 2014

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Numero di parti annui	855	898	1.029	1.057	1.011	1.001	901
% consensi	19%	29%	35%	14%	25%	17%	16%
% unità raccolte	9%	14%	19%	7%	4%	5%	7%
% unità bancate	29%	15%	7%	5%	3%	4%	8%

Le criticità indagate associate alla riduzione relativamente alle unità raccolte, sono:

- complicanze ostetrico-neonatali che sono sopraggiunte al momento del parto e che hanno impedito la raccolta su candidate idonee;
- l'orario non garantito dal servizio di trasporto delle sacche dal Centro alla Banca (dalle h 11:00 del venerdì alle h 8:00 della domenica) e problemi organizzativi del personale al momento del parto che hanno impedito di effettuare la raccolta;
- la riduzione degli stessi consensi che influenza direttamente la quantità di raccolte possibili.

Relativamente alla riduzione delle unità bancate le criticità sono:

- la scarsa cellularità (il contenuto di TNC, cellule nucleate totali) per criteri di idoneità delle sacche sempre più restrittivi (3);
- caratteristiche invariabili di placenta e cordone (cordone sottile, breve, etc).

Considerando le criticità emerse, si è deciso di analizzare le variabili su cui maggiormente fosse possibile intervenire, cioè la scarsa cellularità e la riduzione dei consensi.

La probabilità infatti di riuscita di un trapianto di cellule staminali emopoietiche dipende dal contenuto cellulare dell'unità di sangue trapiantato.

In letteratura e nelle raccomandazioni nazionali e internazionali è sottolineata l'importanza di una raccolta con procedure correttamente eseguite e in modo selettivo, tale da permettere la più alta bancabilità possibile delle unità raccolte (2, 5).

Si è ritenuto opportuno approfondire il livello di conoscenza dei professionisti coinvolti nell'attività di dona-

zione, relativa alle informazioni di carattere generale e tecnico-specifiche, e la loro attitudine riguardo alla donazione di sangue cordonale. Alcuni studi hanno dimostrato come questi aspetti possano influenzare il successo della promozione della donazione (6).

I questionari somministrati hanno avuto una adesione del 91%. La conoscenza sulla donazione è stata valutata in base alla percentuale di risposte corrette nei 16 item della prima parte del questionario, che è stata dell'81%.

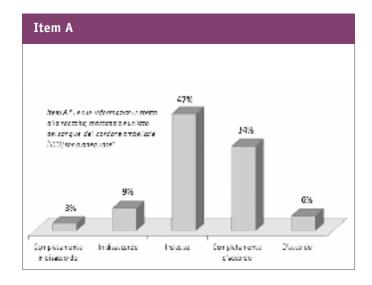
Le ostetriche si collocano nella percentuale di campione che ha risposto più frequentemente in modo corretto (86%) seguite dai tecnici di laboratorio (81%), dai ginecologi (76%) e infine dagli infermieri (67%).

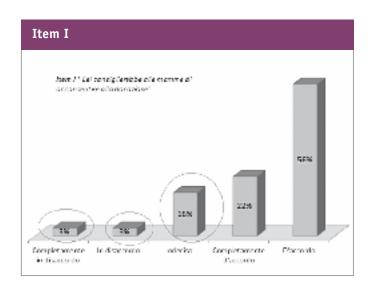
Tra le diverse domande di conoscenza è da sottolineare l'item 11 sui tempi di conservazione dell'unità di sangue raccolta, che ha avuto il 78% di risposte errate. È importante perché studi scientifici dimostrano come i tempi prolungati influenzino negativamente la vitalità delle cellule (5).

L'analisi della seconda parte del questionario indagava l'atteggiamento dei professionisti alla donazione di SCO attraverso 10 item.

Si riscontra una percentuale di indecisione sull'adeguatezza delle informazioni relative alla donazione tra i professionisti. L'informazione è percepita più adeguata tra le ostetriche, meno nel gruppo degli infermieri.

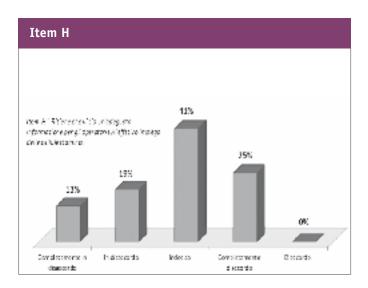
I professionisti ritengono che l'informazione invece riguardo all'effettivo impiego delle cellule staminali non sia adeguata (13% completamente in disaccordo, 19% in disaccordo) e il 41% è indeciso. Solo il 25% di essi si considera d'accordo con l'adeguatezza delle proprie informazioni.





I professionisti hanno mostrato generalmente accordo con l'importanza di un programma di formazione continua sulla raccolta di SCO (item G "È necessario un programma di formazione continua sulla donazione del sangue cordonale": 13% indeciso, 31% d'accordo, 53% completamente d'accordo). Allo stesso modo si è rilevato un comune consenso sulla presenza del servizio all'interno della propria azienda (item L "Ritiene che sia un'attività importante da garantire all'interno della sua Azienda": 3% disaccordo, 13% indeciso, 34% d'accordo, 50% completamente d'accordo).

L'item I "Lei consiglierebbe alle mamme di acconsentire alla donazione" ha riscontrato un accordo del 78% e un 22% di disaccordo/indecisione così distribuito: 15% ginecologi, 15% tecnici e 70% ostetriche.



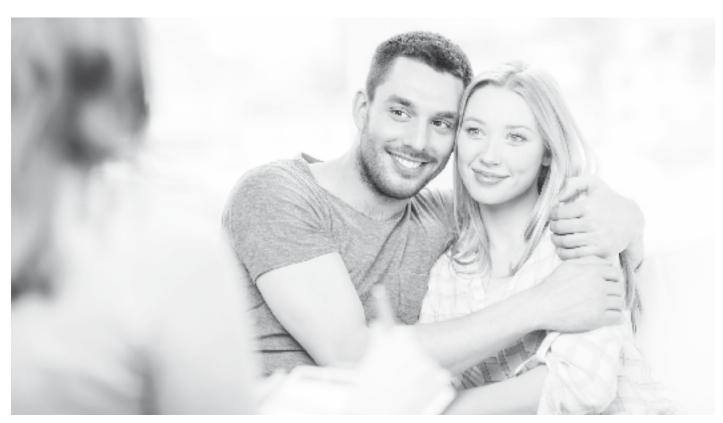
Rispetto allo stesso item, prendendo in considerazione solo il gruppo professionale delle ostetriche si rileva che il 34% non consiglierebbe la donazione.

Conclusioni

Dallo studio è emerso che le conoscenze generali sulla donazione sono difformi tra i vari gruppi professionali ed è risultata una conoscenza non adeguata di alcuni criteri importanti, come l'ottimale tempo di conservazione delle unità di sangue raccolte.

Si evidenzia una inadeguatezza delle informazioni tra i professionisti rispetto alle evidenze scientifiche relative alla donazione, che permette di promuoverla efficacemente. Considerando il solo gruppo delle ostetriche, il 34% di esse non la consiglierebbe alle coppie. Il dato richiede una riflessione, essendo l'ostetrica la figura maggiormente informata e coinvolta nella procedura, che si interfaccia direttamente con la coppia per ottenerne l'adesione.

In ultima analisi, si rileva come tutti i professionisti ritengano importante la presenza sia di un programma di formazione, sia dello sviluppo dell'attività all'interno dell'azienda ospedaliera: per questo motivo sono state programmate iniziative formative inerenti la donazione e corsi per informare il personale coinvolto sull'effettivo impiego delle cellule staminali e sui progressi dei trapianti.



Sono stati creati, inoltre, una brochure aziendale per promuovere la donazione e strumenti informatizzati per la tracciabilità della raccolta, allo scopo di monitorare ed evidenziare le criticità e intervenire tempestivamente.

Al termine della ricerca sono emerse perplessità riguardo a una possibile soppressione dei benefici da clampaggio ritardato per i neonati donatori, date le emergenti controversie tra outcome surrogati neonatali e tempi di clampaggio, divenute rilevante oggetto di studio in letteratura a partire dagli ultimi anni (7, 8).

Al fine di supportare e rimuovere i dubbi dei professionisti si intende approfondire la tematica con il sostegno del gruppo di ricerca clinico-assistenziale dell'azienda ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord attraverso una attenta revisione delle attuali evidenze scientifiche.

Le banche di sangue cordonale pubbliche in Italia



In Italia ci sono 18 banche di sangue cordonale attive, coordinate dal Centro Nazionale Sangue in collaborazione con il Centro Nazionale Trapianti. Istituite esclusivamente all'interno di strutture pubbliche, svolgono la loro attvità in base a standard di qualità e sicurezza definiti a livello nazionale e internazionale.

Bibliografia

- 1.D.L. 29 novembre 2001, in materia di "Definizione dei Livelli essenziali di assistenza"
- 2. Ministero della Salute, 2009 "Uso appropriato delle cellule staminali del sangue del cordone ombelicale"
- 3. Dati Regione Abruzzo Asl Pescara, Ospedale "Spirito Santo", U.O.C. di Immunoematologia Medicina Trasfusionale
- 4. Horton RL1, Horton PJ. A model of willingness to become a potential organ donor. Soc Sci Med. 1991;33(9):1037-51
- 5. Dulugiac M1, Horeanga I2, Torcatoru A2, Bardas A2, Matei G2, Zarnescu O3. Factors which can influence the quality related to cell viability of the umbilical cord blood units. Transfus Apher Sci. 2014 Dec;51(3):90-8
- 6. Hatzistilli H1, Zissimopoulou O2, Galanis P3, Siskou O3, Prezerakos P4, Zissimopoulos A5, Kaitelidou D3. Health Professionals' knowledge and attitude towards the Umbilical Cord Blood donation in Greece. Hippokratia. 2014 Apr;18(2):110-5
- 7. Nesheli HM, Esmailzadeh S, Haghshenas M, Bijani A, Moghaddams TG. Effect of late vs early clamping of the umbilical cord (on haemoglobin level) in full-term neonates. J Pak Med Assoc. 2014 Nov; 64(11):1303-5
- 8. Andersson O, Lindquist B, Lindgren M, Stjernqvist K, Domellöf M, Hellström- Westas L. Effect of delayed cord clamping on neurodevelopment at 4 years of age: a randomized clinical trial. JAMA Pediatr. 2015 Jul 1; 169(7):631-8

Il fenomeno migratorio professionale dall'Italia verso la Gran Bretagna

Autori Gruppo di ostetriche italiane che lavorano in Gran Bretagna

Manuela Pagliaro

Lia Brigante
Lucia Rocca-Ihenacho
Giulia Eleuteri
Ivan Bettinsoli
Fabiola Corvino
Jessica Brancato
Laura Batinelli
Elena Paparello

RIASSUNTO

In Italia esistono settori economici che sono più vulnerabili di altri alla migrazione: uno di questi è sicuramente il settore sanità. La riduzione del ricambio del turnover e le ridotte possibilità lavorative italiane, spingono centinaia di ostetriche ogni anno a cercare lavoro all'estero. Se oggigiorno mete come la Germania e gli Emirati Arabi sono quelle in voga, l'Inghilterra rimane un'evergreen per coloro che hanno in mano la conoscenza dell'inglese e la voglia di crescere professionalmente.

Ecco che la Nazione dalla quale provengono le migliori evidenze scientifiche, culla della piena autonomia dell'ostetrica, dei Midwifery-led Units, ma anche del baby boom, permette a molte ostetriche italiane di trovare lavoro in un intervallo di tempo che è sicuramente più breve di quello da spendere in Italia.

In più, chi decide di intraprendere questo percorso, rimane ammaliato dalle numerose possibilità lavorative e di crescita professionale alla quale poter prenderne parte. Tutto ciò aiutato e stimolato dallo stipendio che anno dopo anno, qualifica ed esperienza acquisita, aumenta piacevolmente.

Il Nursing and Midwifery Council, dopo le restrizioni di legge riguardo al possesso dell'IELTS (score 7) potrebbe determinare un limite futuro, come requisito di registrazione per le ostetriche europee. Chi già lavora invece, o ha iniziato da poco, apprezza il modello e la qualità dell'assistenza che fornisce, cresce nelle skill e viene supportato in questo. La mole di lavoro e stress è anche tanta, così come i desideri e bisogni delle donne da soddisfare. Sono state intervistate 8 ostetriche italiane che lavorano in Gran Bretagna, con diverse esperienze lavorative e diverse età, compresa tra i 23 e i 43 anni. In questo articolo descrivono come sono arrivate al livello attuale e quali criticità e vantaggi hanno incontrato.

Parole chiave

Ostetricia, ostetriche italiane all'estero, esperienze nel Regno Unito.

ABSTRACT

In Italy there are some economic sectors that might be more vulnerable to migration than others. One of these sectors is definitely the health care. The lack of staff turnover and the difficulties in finding a job, drive hundreds of midwives every year to go and look for a job abroad. Germany and United Arab Emirates are the trendiest destinations at the moment, but United Kingdom remains an evergreen for those midwives who know English and are willing to grow their skills

There, where the best evidence-based practice comes from, where the autonomy of midwives and Midwifery led Units are "everyday things", Italian midwives can find a job quicker than in their own country, facilitated also by the baby boom. Who decides to undertake this path remains often impressed by the amount of job possibilities and professional growth.

The salary nicely increases with experience and qualification gained year after year, helping, stimulating and satisfying. The NMC could represent a limit in the future for our european midwives, in view of the minimum of 7 score requested in IELTS English test in order to join in.

Otherwise, who is already working, or is going to start soon, appreciates the British midwifery-model and quality of care provided, improves skills and is supported in doing this.

The work load and the amount of stress are challenging, and so is trying to meet women and families expectations.

Eight Italian midwives working in UK were interviewed. They have different working experiences and their age goes between 23 and 43. This article shows how they achieve the current position and which issues and benefits they have met.

Keywords

Midwifery, Italian midwives abroad, experiences in UK.



Introduzione

Sin da quando si è studenti del corso di Laurea in ostetricia, venendo a contatto con la smisurata quantità di evidenze scientifiche e Linee Guida provenienti dall'Inghilterra, si rimane sbalordite da un modello fondato sull'autonomia ostetrica, estrinsecando le competenze negli ambiti di nostra appartenenza, quali quelli della normalità.

Da giovane ostetrica poi, vivendo in un periodo storico "lavorativamente" non così felice, balza frivola l'idea, di tentare un'esperienza all'estero.

Attenzione, non è solo un tentativo! Per chi decide di intraprendere questo percorso, questo si traduce nella costruzione di un modello di vita diverso, a partire dalla visione dell'ostetricia, ai sacrifici, ai corsi d'inglese accelerati. In Italia la ridotta domanda di mercato del lavoro si caratterizza per pochi e affollatissimi concorsi, dove la calca di aspiranti non è mai al di sotto delle 700, per cui negli ultimi anni ciò ha indotto sempre più ostetriche a essere protagoniste del turismo del lavoro.

Per poter esercitare la professione di ostetrica nel Regno Unito è necessario essere iscritti all'albo professionale, NMC (Nursing and Midwifery Council), processo che richiede mesi di attesa, dalla richiesta del pack che arriva a casa (da richiedere sul sito del NMC), alla traduzione dei documenti da parte di traduttori giurati, a postille al Tribunale, pagamento di tassa d'iscrizione, al fine di ottenere il tanto bramato PIN.

In un prossimo futuro si prevede una riduzione del turismo lavorativo in Inghilterra, in quanto dal 2016 l'NMC inglese ha creato restrizioni riguardo le skill linguistiche da possedere per esercitare la professione, che si configurano in un esame IELTS del punteggio di almeno 7. Nonostante i futuri limiti che metteranno alla stregua le

Nonostante i futuri limiti che metteranno alla stregua le ostetriche, l'Inghilterra rimarrà sempre esempio di un sistema sanitario basato sull'Evidence-based, sulla valutazione dei report di soddisfazione del percorso nascita, del continuity of one-to-one care, del diritto di scelta e informazione delle donne, della piena autonomia ostetrica nel normal birth e dei Birth Center.

I professionisti che decidono di andare a lavorare all'estero sono dotati di coraggio e determinazione, desiderosi di crescita professionale, iniziano il percorso svolgendo lavoretti come ragazza alla pari, nanny, waitress o figure di supporto alla maternità.

L'ostetrica che si inserisce nel mercato del lavoro inglese difficilmente torna nelle corsie italiane dopo pochi mesi, in quanto sono stimolati dai continui aggiornamenti proposti dai trust e incitati dalle promozioni che permettono di crescere di competenze (ma anche di stipendio). Gli stipendi sono differenziati in base al livello di esperienza e di titoli acquisiti nel tempo: una base di 21.000 sterline

(Band 5) diventa di 34.500 (Band 6), i team manager guadagnano fino a 41.000 sterline e intorno alle 67.000 i consultant midwives. Tutto ciò differisce dalla costante, unica e duratura "categoria D" delle ostetriche italiane.

Ma cosa pensano le ostetriche che hanno intrapreso questo percorso? Come ostetrica che ha appena iniziato il percorso lavorativo nel Regno Unito, ho intervistato 8 colleghe/i, spalmate nei diversi livelli di competenza, dalle newly qualified alla Lecturer midwife che si occupa di ricerca e di insegnamento universitario. Le età delle professioniste sono diverse, dalle 23enni come me, ai 43 anni di età. La parola a loro.



Lia Brigante 25 anni Casaload Midwife Band 6

Mi sono trasferita a Londra da 3 anni. La registrazione al NMC ha richiesto circa 7 mesi (lungo processo iniziato dall'Italia). Ho deciso di trasferirmi perché volevo immergermi in una cultura differente e diventare fluente in inglese. Ho lavorato in Italia per un anno prima di partire, ho sicuramente ricevuto riconoscimenti dalle donne con cui ho avuto modo di lavorare, ma mi sono sentita limitata nel mio potenziale professionale. La mia esperienza lavorativa a Londra è estremamente positiva: ho avuto modo di occuparmi di ricerca, assistenza in gravidanza, parti fisiologici in casa e casa parto e assistenza al puerperio a domicilio. L'ambiente lavorativo spinge e supporta la crescita professionale: in modo particolare nel mio Trust si motivano le ostetriche a diventare "mentor" ovvero tutor clinici in grado di supportare gli studenti.

Quello che mi aspettavo da quest'esperienza è palpabile ogni giorno: vivo in un contesto multiculturale, ho modo di lavorare con colleghe fantastiche che ascoltano le donne e le mettono al primo posto, supportando le loro scelte in una rete di supporto territorio-ospedale ben oleata. Tutto ciò è ben superiore anche alle mie più ottimistiche aspettative iniziali!



Ivan Bettinsoli 43 anni Midwife Band 7

avevo già il lavoro prima di arrivare, qualche mese dopo la mia Laurea. Ho iniziato in un piccolo ospedale fuori Londra, in un Trust che si era organizzato per supportarci. Ora che sono in un ospedale più grande sta forse più a me motivarmi e organizzare la mia formazione. Sono diven-

Sono nel Regno Unito da 6 anni,

tato Lactation Consultant, ho ottenuto il diploma in Tropical Nursing e ora sto frequentando un corso di Leadership nell'NHS.

Ora sono Band 7, una figura equiparabile a quella del coordinatore in Italia. Qui la cooperazione tra la figura ostetrica e quella medica non è un rapporto gerarchico, ma di mutuale rispetto. Sono andato a tenere una lezione di Rianimazione neonatale in una Università di Barcellona. Mi piacerebbe condividere quanto imparato finora con gli studenti di Ostetricia in Italia. L'anno scorso ho organizzato un seminario, con le studentesse dell'università presso la quale mi sono laureato, dove ho spiegato quali sono gli step per lavorare in Inghilterra e ho dato consigli sul come affrontare questa meravigliosa esperienza.



Lucia Rocca-Ihenacho Lecturer in Midwifery

Sono in UK dal 2002, ho iniziato a lavorare come midwife dopo 4 mesi. Il motivo che mi ha spinta a partire era la ricerca, perché in Italia era impossibile dedicarsi a questo. Prima di partire ho lavorato per un anno come libera professionista, avevo un lavoro fantastico e di successo ma ero da sola, la pratica che seguivo (rispettando linee guida NICE) non era la pratica comune, quindi mi sentivo vulnerabile in caso di problemi, ma non ero disposta a scendere a compromessi, non volevo praticare in modo non evidence-based! Amo il mio lavoro in Gran Bretagna, ma al momento la situazione a Londra per le ostetriche è dura, c'è troppa carenza di staff e gli ospedali sono delle fabbriche di bambini. I Midwifery Units sono migliori ma c'è tanto da fare per migliorare le cose. Per questo mi sono mossa su insegnamento universitario e ricerca.

L'NHS non è perfetto e sicuramente dal punto di vista della leadership potrebbe migliorare molto. Nonostante questo è un sistema che funziona bene: è equo, cerca di includere i più deboli, offre scelta alle donne e gli operatori hanno aggiornamenti continui. È un vero peccato che il governo di destra lo stia distruggendo.

Cosa porteresti della midwifery inglese in Italia?

In Italia porterei tutto tranne il modello industriale. Le ostetriche italiane che ho incontrato a Londra hanno una passione incredibile, sono fantastiche, sono molto rispettate negli ambienti lavorativi e gli ospedali ritengono che le ostetriche italiane siano ben preparate e con passione da vendere.



Laura Batinelli 24 anni Midwife Band 5

Mi sono laureata nel novembre 2013. A marzo 2015 ho finito un Master all'Università di Firenze, ma intanto sono partita per l'Inghilterra. Ho trovato lavoro 5 mesi dopo essere arrivata. Il motivo che mi ha spinta a questa scelta era la mancanza di prospettive italiane (non ho mai lavorato in Italia) e la bellezza del sistema inglese di cui sono venuta a conoscenza tramite un corso a Londra. La difficoltà iniziale è sicuramente stata la lingua, la solitudine in una nuova grande città come Londra. In ogni caso mi sono sempre sentita supportata e motivata anche se ero una straniera. E poi si respira un'aria diversa, un'aria di meritocrazia. Questa esperienza mi sta dando tutto ciò che mi ero prefissata: un lavoro, uno stipendio, crescita personale, opportunità e appaga quelli che sono i miei bisogni al momento.



Fabiola Corvino 23 anni Midwife Band 5

Sono in Gran Bretagna da tre mesi e proprio qualche settimana fa ho ricevuto un'offerta di lavoro in un ospedale poco distante da Londra. Non so bene quando inizierò a lavorare come midwife per cui aspetto con ansia questa notizia. Sin da subito dopo la Laurea il desiderio di lavorare è stato grandissimo, per cui ho inviato domande di partecipazione ai concorsi. Ho frequentato un corso che introduceva alla pratica ostetrica nel Regno Unito e dopo aver seguito un corso di lingua inglese di circa 4 mesi ho finalmente lasciato l'Italia per trasferirmi come "ragazza alla pari" a Londra. Non so quali criticità incontrerò, ma sono fiduciosa. Quello che so è che c'è una sorprendente possibilità di crescere professionalmente e di migliorare le proprie abilità di giorno in giorno. Qui si può raggiungere l'apice della carriera in breve tempo e tutti i sacrifici svolti vengono ripagati ampiamente, ci si sente fieri di aver scelto il più bel mestiere del mondo.





Giulia Eleuteri 25 anni Midwife Band 6

Sono espatriata a Londra a marzo 2013 e ho iniziato a lavorare come midwife solo nel 2015. Sono volata via dall'Italia perché quello di cui ero convinta era che non avrei lavorato qui prima del 2020! Il mio inglese era limitatissimo, quindi ho iniziato da altri lavori che mi permettessero di acquisire confidenza con la lingua. Con ciò ho avuto modo di fare conoscenze e amicizie: loro sono tutto per me, anche la famiglia! Iniziando a lavorare può capitare di sentirsi fuori posto. A mio avviso in Gran Bretagna la crescita professionale te la costruisci e plasmi tu! Però una volta trovata la motivazione, è possibile crescere. Qui siamo davvero rispettate e siamo le leader della fisiologia. Un'altra cosa che dovremmo imparare dagli inglesi è la relazione con il paziente. Il consenso informato qui non viene dimenticato, mai. Credo che questa per me non sia un'esperienza. Questa è la mia vita. C'è un mondo che ha bisogno di noi, non dimentichiamolo. Prima passate di qua però!



Jessica Brancato 23 anni Midwife Band 5

Mi sono laureata nell'ottobre 2014. Sono in Gran Bretagna da settembre 2015. Per ora posso dire che la mia più grande sfida è e sarà la lingua inglese. È difficile lavorare in una nazione che non parla la tua lingua madre. Ho iniziato qui come au pair e nel frattempo ho mandato application tramite NHSjobs. Dopo vari tentativi, ho ottenuto il lavoro e per il momento sto facendo l'"induction", ma non con le prostaglandine, semplicemente l'orientamento a quello che saranno i miei ruoli futuri nell'ospedale che mi ha offerto il posto.

Vivevo in un piccolo paese della Basilicata e lì non esistono neppure cliniche private dove poter fare volontariato, quindi non ho visto possibilità lavorative. So per certo che l'ambiente lavorativo qui in Gran Bretagna mi supporterà e aiuterà ogni qual volta ne avrò bisogno. Credo che questa esperienza sia un bel trampolino di lancio per una carriera futura, se non il migliore.



Elena Paparello 33 anni Midwife Band 5

Sono in Inghilterra da quasi un anno. Mi sono trasferita con la mia famiglia dopo aver superato la selezione per un ospedale pubblico a un mese dalla Laurea. A differenza di altri Paesi, il Regno Unito recluta attivamente ostetriche neolaureate, offrendo un percorso specifico per il primo anno di impiego (preceptorship). Durante il mio percorso ho avuto la possibilità di apprezzare come il sistema inglese gestisce i casi più temuti in ostetricia, spesso tragici, e cosa succede a noi ostetriche. Nell'affrontare l'iter, sono stata supportata in ogni parte del processo e mai sono state messe in discussione la mia professionalità o competenza. Ho avuto la possibilità di scegliere se prendere una pausa dal lavoro o meno, al rientro ho potuto scegliere in quale area mi sentissi più a mio agio per affrontare le prime settimane. Porterei in Italia il rigore e l'etica professionale, la loro umiltà e curiosità nell'indagare tutto ciò che non è ottimale mantenendo sempre come obiettivo il miglioramento dei servizi e della sicurezza assistenziale.

References e sitografia

- Midwife job information https://nationalcareersservice.direct.gov.uk
- The Code for nurses and midwives www.nmc.org.uk/standards/code
- NMC Guidance www.nmc.org.uk/standards/guidance
- International English Language Testing www.nmc.org.uk/registration/joining-the-register/ trained-outside-the-eueea/ielts
- Guidance for nurses and midwives trained in the EU/EEA www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/ registration/registering-as-a-nurse-or-midwife-inthe-uk-for-applicants-trained-in-eea-jan2016.pdf
- www.jobs.nhs.uk
- Midwives rules and standards: www.nmc.org.uk/standards/additional-standards/ midwives-rules-and-standards
- www.rcm.org.uk

Con l'allattamento al seno e i nuovi vaccini, otiti in calo del 14%



Secondo una ricerca Usa, le infezioni all'orecchio si ridurrebbero grazie agli ultimi "farmaci-scudo" e all'allattamento al seno almeno per i primi tre mesi. Oggi il 46% dei bebè ha un'otite entro il primo anno, negli anni '90 la percentuale arrivava al 60%.

L'allattamento al seno e i nuovi vaccini stanno abbattendo il rischio di infezioni all'orecchio nei bimbi. È quanto emerge da uno studio americano pubblicato su *Pediatrics*.

Circa il 46% dei bimbi contrae almeno un'infezione all'orecchio prima di spegnere la prima candelina e questa rimane la ragione principale delle prescrizioni di antibiotici per i più piccoli, nonostante la percentuale dei baby malati sia in calo rispetto agli anni Novanta, quando toccava il 60%.

I bimbi rientrati nello studio hanno contratto con

meno frequenza le otiti se erano stati allattati e se avevano ricevuto i vaccini contro l'influenza e contro lo pneumococco, batterio che può causare infezioni a orecchie, cavità sinusali, polmoni e sangue.

"I genitori dovrebbero assicurarsi che i figli ricevano i vaccini contro i batteri e l'influenza, come raccomandato – ricorda **Tasnee Chonmaitree** della University of Texas Medical Branch di Galveston e autrice principale del lavoro – Dovrebbero inoltre allattarli al seno, evitare l'esposizione al fumo di sigaretta ed evitare il contatto con chi ha il raffreddore". Queste misure aiuteranno ad abbassare le probabilità di infezioni alle orecchie, anche se queste non possono sempre essere evitate come complicazione del raffreddore. "Il comune raffreddore spesso conduce a otiti virali e batteriche, perciò le infezioni all'orecchio sono ancora comuni, anche se l'incidenza è in calo", aggiunge l'esperta.

LO STUDIO

Chonmaitree e colleghi hanno seguito 367 bebè sani durante il loro primo anno di vita, monitorandoli per almeno sei mesi o finché non hanno sviluppato un'infezione all'orecchio. Durante il periodo dello studio, 305 bimbi hanno avuto infezioni respiratorie che possono condurre a quelle all'orecchio e sono state documentate 180 otiti su un totale di 143 bambini.

L'allattamento al seno ha ridotto significativamente il rischio di entrambe le infezioni (respiratorie superiori e all'orecchio). Farlo in modo esclusivo per almeno tre mesi e un inizio ritardato dell'alimentazione tramite formula sono stati fattori associati con un minor rischio di infezioni dell'orecchio.

I pediatri raccomandano l'allattamento al seno esclusivo fino almeno ai sei mesi del piccolo perché può ridurre il rischio per il bebè di infezioni respiratorie e all'orecchio, sindrome della morte improvvisa del lattante, allergie, obesità infantile e diabete.

I bambini possono ricevere il vaccino contro lo pneumococco a partire dai due mesi d'età. Necessitano di una serie di richiami per aumentarne l'efficacia.

I bimbi nati dopo il 2010 che hanno ricevuto la versione più nuova del vaccino contro lo pneumococco che protegge contro più ceppi, sembravano avere meno otiti, ma la differenza è stata troppo piccola per escludere la possibilità che la riduzione sia avvenuta per caso.



I COMMENTI

Lo studio potrebbe non aver incluso abbastanza otiti per dimostrare il beneficio di questo vaccino, che è però probabile abbia influenzato il declino delle infezioni all'orecchio, concludono gli autori del lavoro. Una bassa esposizione al fumo di sigaretta è stata anche associata con meno otiti, sebbene anche questi risultati non siano statisticamente significativi.

"Gli interventi che riducono il livello dei microbi cattivi nel naso e nella gola del bambino aiuteranno a far diminuire le infezioni dell'orecchio", sostiene Richard Rosenfeld, chairman di medicina di orecchio, naso e gola al Suny Downstate Medical Center di New York.

"Allattare al seno aiuta a rafforzare il sistema immunitario del piccolo fornendo anticorpi e immunoglobuline che combattono i microbi – aggiunge Rosenfeld – Ridurre l'esposizione al fumo limita l'irritazione della mucosa del naso e della tromba di Eustachio, che rende più difficile per i microbi crescere e raggiungere l'orecchio medio. Per ultimo, i nuovi vaccini rendono i bambini più resistenti a batteri e virus comuni che innescano le otiti".

La stagione delle riforme

SEGUE DA PAGINA 1

Nel mese di maggio 2016 sono state audite la FNCO e l'ISS e per l'occasione è stato predisposto un documento di confronto tra i diversi DDL evidenziandone criticità, peculiarità e valorizzandone alcuni aspetti rispettosi della naturalità della nascita e della sicurezza della donna e del suo bambino

Il DPCM che contiene la "Nuova definizione dei livelli essenziali di assistenza" presenta importanti novità rispetto al DCPM del 2001 e definisce un nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale, individua chiaramente tutte le prestazioni di procreazione medicalmente assistita (PMA) erogate a carico del SSN, introduce prestazioni di elevatissimo contenuto tecnologico, definisce il nuovo Piano vaccinale 2014-2016, etc.

La FNCO sul documento, che ha ricevuto il via libera del MEF, con il contributo dei Collegi delle Ostetriche ha presentato alla Direzione Generale della programmazione LEA proprie osservazioni e proposte di modifica e integrazioni a tutela della sicurezza della donna e nel rispetto della normativa vigente per la professione ostetrica tra le quali l'art. 37 del D.Lgs. 15/2016 in materia di prescrizione di esami da parte dell'ostetrica/o. Il documento è stato trasmesso a tutti Presidenti di Collegio nel mese di agosto.

Con l'approvazione, a luglio 2016, da parte del Comitato di Settore Regioni Sanità di tutta una serie di documenti, dopo circa 6 anni si sono accesi i riflettori della politica e delle organizzazioni sindacali sul tema Contratti di lavoro anche nel settore Sanità.

Nella Gazzetta Ufficiale n. 76 del 1° aprile 2016 è stato dato avviso del Piano di riordino dell'Autorità Nazionale Anti-

corruzione che, nella III Parte Speciale - Approfondimenti "Ordini e Collegi Professionali" nel ribadire per gli stessi l'applicabilità della Legge 190/2012 e del D.Lgs. 33/2013, fornisce anche specifiche indicazioni per la nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione (RPC).

Il referendum sulla Brexit, che ha portato alle urne circa 46 milioni di britannici, inevitabilmente avrà una ripercussione diretta e indiretta anche sulla libera circolazione delle professioni sanitarie. Troppo presto per valutare gli effetti della Brexit e fare previsioni, ma la FNCO, nelle sedi opportune, seguirà l'evoluzione che il fenomeno potrà avere sulla "migrazione" delle ostetriche italiane verso i Paesi UK. In questo numero della rivista l'articolo Il fenomeno migratorio professionale dall'Italia verso la Gran Bretagna riporta la testimonianze di ostetriche che hanno fatto del Regno Unito la loro patria professionale. La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche ha manifestato la sua vicinanza alle Presidenti dei Collegi delle Ostetriche i cui territori sono stati colpiti dal grave sisma del 24 agosto 2016 e quale espressione di vicinanza alle popolazioni colpite ha deliberato di destinare a ONG da individuare il 5 per mille della prossima dichiarazione dei redditi.

Si auspica che analoga iniziativa trovi l'interesse anche dei Collegi delle Ostetriche e delle singole ostetriche quali professioniste di aiuto nella vita e non solo.

Sarà cura della FNCO fornire più specifiche e precise indicazioni per devolvere il 5 per mille a favore delle popolazioni colpite dal gravissimo sisma.

Maria Vicario Presidente FNCO





LUCINA - LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

Organo di informazione della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche, inviato per posta a tutte le ostetriche italiane iscritte all'Albo professionale e a tutti i rappresentanti delle istituzioni di interesse per la professione.
È consultabile on-line sul sito web www.fnco.it

Periodicità: trimestrale

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

Sono trattate anche problematiche legali di interesse professionale.

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

Gli articoli firmati impegnano soltanto i loro Autori e non riflettono necessariamente gli orientamenti della rivista. Sono inoltre dedicati spazi inerenti alla vita dei Collegi e delle associazioni di settore (iniziative di tipo politico, sociale, scientifico, formativo, etc.) La rivista promuove l'aggiornamento dei più importanti eventi formativi che si svolgono in tutta Italia e all'estero.

COME RICEVERE LA RIVISTA

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

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

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

NORME EDITORIALI

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

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

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

Gli autori dovranno firmare l'articolo e fornire:

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

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

presidenza@fnco.it



LUCINA La rivista dell'ostetrica/o

ORGANO UFFICIALE DELLA FNCO

FNCO Federazione Nazionale Collegi Ostetriche

WWW. FNCO. IT