



LVCINA

LA RIVISTA
DELL'OSTETRICA/O

ANNO V
4/2015



FNCO
XI Conferenza nazionale Gimbe 2016:
Difendere il Servizio Sanitario
Nazionale dal collasso!

Il Corso PROFESSIONE
Perdite fetali in relazione all'epoca
di gestazione e rischio di ricorrenza
PROFESSIONE
Sospendere o continuare l'utilizzo
di antidepressivi in gravidanza?

STUDI
Indagine sulla salute
Analisi sessuale-riproduttiva
delle donne di due campi Rom:
bisogni e criticità

Riforma Ordinistica

Entro l'anno
la trasformazione in legge
del DDL "Norme varie
in materia sanitaria"

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1 Un periodo di grande fermento
di **Maria Vicario**

FNCO

- 2 La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche al Senato per le richieste, in linea con l'Europa, sul DDL 2224 "Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario"
- 3 DDL Lorenzin "Norme varie in materia sanitaria" presentato dal Ministro Beatrice Lorenzin approvato dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato
- 4 XI Conferenza nazionale Gimbe 2016: Difendere il Servizio Sanitario Nazionale dal collasso!

PROFESSIONE

- 6 Modelli e metodi di rivalidazione delle competenze ostetriche: certificazioni internazionali a confronto
di **Rosaria Cappadona**
Meri Pedriani
- 12 Perdite fetali in relazione all'epoca di gestazione e rischio di ricorrenza Valutazione di 41 casi di MEF dal 2002 a oggi: la realtà di Sassuolo
di **Maria Jessica Buffagni**
- 15 Choosing Wisely,
le cinque più importanti procedure da evitare in medicina materno-fetale
- 16 Integrazione multidisciplinare della figura ostetrica in una Rete di Patologia del Tratto Ano-Uro-Genitale femminile: autonomia e nuove prospettive
di **Michela Miletta**

- 18 Appar, emogasanalisi e outcome neonatale
di **Vanessa Marastoni**

- 21 Hiv-1: l'anello contraccettivo con dapivirina a lento rilascio ne riduce l'incidenza

- 25 Con il "ricettario bianco" le ostetriche potranno prescrivere le prestazioni del percorso nascita

- 26 Gravidanze a basso rischio. Confronto tra Centro Nascita e Sala Parto tradizionale: in che modo il contatto pelle-a-pelle e la prima suzione influenzano l'allattamento esclusivo al seno
di **Silvia Plizza**
Fabio Facchinetti
Silvia Vaccari
Marisa Negri

- 30 Essere ostetrica oggi: la nostra professionalità nella percezione delle donne
di **Althea Pierotto**
Elsa Del Bo

- 34 Sospendere o continuare l'utilizzo di antidepressivi in gravidanza?
di **Ostetriche Mediterranea di Napoli**
(F. Adamo, A. Amodio, R. Avallone, N. Bellogrado, R. Coppola, O. Di Pinto, R. Imperatore, M. Martino, T. Operato, R. Parascandalo, H. Setaro G. Tarantino e M. Zanfardino)

STUDI

- 36 Indagine sulla salute sessuale-riproduttiva delle donne di due campi Rom: bisogni e criticità
di **Eliana Guardabasso**



LUCINA
LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

Organo ufficiale della



Anno V numero 4

Trimestrale

Poste Italiane SpA -

Spedizione in Abbonamento Postale -

70% Aut: ATSUD/CZ/212/2015

Direttore Responsabile

Maria Vicario

Comitato editoriale

Antonella Cinotti

Marialisa Coluzzi

Iolanda Rinaldi

Antonella Toninato

Silvia Vaccari

Segreteria di redazione

Antonella Cinotti

Iolanda Rinaldi

Silvia Vaccari

Redazione

Federazione Nazionale

Collegi Ostetriche

Piazza Tarquinia 5/d - 00183 Roma

e-mail presidenza@fnco.it

web www.fnco.it

telefono 06 7000943

fax 06 7008053

orario di apertura della linea telefonica

dal lunedì al venerdì

ore 10-13 e 14-15

Consulenza redazionale e stampa

Rubbettino print

Viale Rosario Rubbettino, 8

88049 Soveria Mannelli (CZ)

www.rubbettinoprint.it

Autorizzazione Tribunale di Roma

n. 224/2011 del 19/7/2011

Issn 1590-6353

Finito di stampare

nell'aprile 2016

Un periodo di grande fermento

di **Maria Vicario**

I primi mesi dell'anno 2016 sono stati caratterizzati da una serie di eventi che hanno interessato, trasversalmente, tutti gli operatori delle professioni sanitarie quale espressione di una "integrazione multiprofessionale" e valore aggiunto del Sistema Salute.

Il movimento politico, come Fronte Comune, nasceva nel marzo 2015 quando il Comitato Centrale ha invitato, presso la FNCO, i vertici politici *pro tempore* delle professioni sanitarie (IPASVI A. Silvestro, FNTRM A. Beux, Conaps A. Bortone) per individuare strategie condivise per la gestione di tematiche comuni tra le quali la definizione di attività riservate, competenze avanzate, etc. Il Fronte Comune, nel corso dell'anno 2015, si è confrontato anche con le organizzazioni sindacali di settore su tematiche emergenti quali il comma 566, la Riforma Ordinistica.

A marzo 2016 nel forum "Il valore dell'integrazione professionale: un confronto culturale in territorio neutrale" in seno alla XI Conferenza Nazionale Gimbe 2016: *Difendere il Servizio Sanitario Nazionale dal collasso!*, le professioni sanitarie si sono confrontate per provare a collaborare per il rilancio del SSN facendo il punto sul progressivo definanziamento della sanità pubblica.

Ad aprile 2016 per la prima volta nella storia si sono riuniti i Comitati Centrali delle Professioni sanitarie presso la sede IPASVI di Roma (IPASVI B. Mangiacavalli, FNCO M. Vicario, FNTRM A. Beux, Conaps A. Bortone). La FNCO ha proposto la creazione degli Stati Generali delle Professioni Sanitarie con l'intento di trovare punti di collaborazione rispettando sempre le specificità professionali soprattutto in riferimento al percorso nascita. La FNCO ha indicato determinante riprendere i rapporti con il Ministero della Salute, anche attraverso la richiesta di un incontro congiunto con il Ministro Beatrice Lorenzin. Si è concordato di riprendere i rapporti, anche, con le organizzazioni sindacali, di fare una riflessione per la strutturazione di un percorso di società scientifiche. Le attività sono state rese pubbliche attraverso un comunicato stampa su Quotidiano Sanità del 18 aprile 2016 dal titolo "Nasce il "fronte comune" delle professioni sanitarie. In tutto 650 mila operatori che dicono basta alla sudditanza verso i medici. "Affidarsi a competenze diverse non abbassa qualità assistenza". Chiesto incontro a Lorenzin".

Il Fronte Comune ha aderito all'iniziativa promossa dal Conaps per analizzare e individuare possibili strategie e dare applicazione politica alla Legge 43/2006, nonché dibattere, alla presenza di istituzioni, giuristi e società civile, sulla valorizzazione delle professioni, delle loro competenze, a sostegno del sistema sanitario per una maggiore efficienza e sostenibilità. La promozione della Riforma Ordinistica si posiziona al primo posto nell'Agenda dei lavori del Fronte Comune che auspica, entro l'anno 2016 si possa pervenire alla definitiva approvazione del DDL "Norme varie in materia sanitaria" d'iniziativa governativa presentato dal Ministro Lorenzin e approvato il 26 aprile 2016 dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato

L'integrazione multiprofessionale ha avuto eco anche in altri contesti professionali!

Nella 3^a Conferenza Nazionale della Professione Medica e Odontoiatrica dal titolo "Guardiamo al futuro: quale medico, quale paziente, quale medicina nel SSN" che si terrà a Rimini dal 19 al 21 maggio 2016, la FNOMCeO nella sessione "Rapporti con le professioni sanitarie, responsabilità e competenze" ha coinvolto in una tavola rotonda i vertici delle professioni sanitarie (IPASVI, FNCO, FNTRM e Conaps), la Presidente della FNOCeO e il Direttore del Dipartimento delle Professioni Sanitarie del Ministero della Salute.

Mentre però a livello nazionale la "integrazione multiprofessionale" si confronta e si esprime su temi comuni, in alcune Regioni si assiste a iniziative, anche legislative, che turbano non poco il clima collaborativo e di intesa. Nella fattispecie, nell'interrogazione n. 2797 del 7 marzo 2016, al Consiglio Provinciale di Trento viene proposta l'istituzione del cosiddetto "infermiere di famiglia", figura che, secondo l'interrogante, dovrebbe espletare attività "nel percorso nascita ... nel percorso delle gravidanze e non solo al momento del parto, bensì in tutti i nove mesi di gravidanza e durante il puerperio". In una comunicazione congiunta FNCO e Collegio di Trento al Presidente e al Consiglio Provinciale di Trento è stato affermato che non può considerarsi ammessa la figura dell'infermiere di famiglia per l'attinenza al percorso nascita e non è giuridicamente legittimata in quanto per la stessa vengono prospettate attività da considerarsi riservate esclusivamente alla competenza professionale dell'ostetrica/o.

Ulteriore motivo destabilizzante il clima di collaborazione tra le professioni è rappresentato dall'approvazione della Legge Regione Calabria "Istituzione dei servizi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico sanitarie, tecniche della prevenzione e delle professioni sociali - Modifiche alla legge regionale 7 agosto 2002, n. 29", rivendicata dall'IPASVI e contrasta dalla Consulta delle Professioni Sanitarie della Calabria. Nell'editoriale del 22 aprile 2016 si legge: "Calabria. Si spacca il fronte delle professioni sanitarie. La Consulta (infermieri esclusi) contro la legge: "Stravolta normativa nazionale".

La FNCO, congiuntamente con i Collegi delle Ostetriche della Calabria, sosterrà nelle modalità e nelle sedi opportune l'iniquità della Legge regionale e ne contrasterà l'emanazione e l'applicazione.

La Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche al Senato per le richiesta, in linea con l'Europa, sul DDL 2224 “Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario”

Un provvedimento atteso da troppi anni e destinato, secondo gli esperti, a contrastare il cosiddetto fenomeno della medicina difensiva e a porre l'Italia in linea con gli altri Paesi europei. Il testo del DDL 2224, alla Camera, il cui relatore è il deputato Federico Gelli (PD), in tempo record per la prassi legislativa italiana è stato approvato, raccogliendo i principi ispiratori di altri progetti di legge sul tema.

Il testo ha riunificato le diverse iniziative parlamentari presentate nel tempo da: on. Benedetto Francesco Fucci (PdL); on. Giulia Grillo (M5S) e altri; on. Raffaele Calabrò (PdL) e altri; on. Pierpaolo Vargiu (SCpI) e altri; on. Anna Margherita Miotto (PD) e altri; on. Giovanni Monchiero (SCpI) e altri; on. Aniello Formisano (Gruppo Misto).

Ora l'esame passa al Senato, assegnato alla 12ª Commissione permanente (Igiene e sanità), dove il relatore è il senatore Amedeo Bianco (PD) (www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DDLPRES/960929/index.html).

In data 10 febbraio 2016 la Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche è stata audita dalla Commissione Sanità del Senato presieduta dalla **Senatrice Emilia Grazia Di Biasi** (nella foto).

In corso di audizione, cui ha partecipato anche una rappresentanza della Federazione Nazionale dei Tecnici di Radiologia Medica e alla presenza di altri senatori (Bianco, Romano, Silvestro e Dirindin) la FNCO, rappresentata da Coluzzi, Vaccari e Vicario, ha illustrato le osservazioni formulate ai diversi articoli del DDL 2224 come di seguito riportato.



Articolo 2

“Attribuzione della funzione di garante per il diritto alla salute al Difensore civico regionale o provinciale e istituzione dei Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente”

1. Si propone di specificare nel dettaglio l'ambito d'azione e le funzioni del Difensore civico. L'interrogativo riguarda eventuali sovrapposizioni con altri organismi di rappresentanza delle istanze dei cittadini: va a sostituire il ruolo e le funzioni dell'URP e delle Commissioni miste conciliative attualmente esistenti nell'apparato organizzativo dell'Ente?
2. La rappresentanza dell'associazione dei pazienti appare riduttiva per cui si propone che si faccia riferimento ad *associazione di pazienti e di cittadini*.
3. Il *supporto tecnico* al Difensore civico come viene individuato?
4. Al comma 3: “Il Difensore civico interviene con poteri e modalità stabiliti dalla legislazione regionale”. Ma seppure la sanità è materia concorrente non si può lasciare alla molteplicità delle legislazioni regionali la tutela dei diritti del cittadino senza dare indicazioni di uniformità di azione nell'esercizio della tutela. Tant'è che in caso di fondatezza della segnalazione pervenuta, il Difensore civico interviene per tutelare il diritto leso che potrebbe essere riconosciuto, però, in 21 modi diversi. Si propone di indicare specificatamente l'emanazione di atti di indirizzo centrali, provenienti dallo Stato, poiché alla luce dell'autonomia legislativa di cui godono, le Regioni potrebbero legiferare in modo discordante fra loro con la conseguenza di diminuire la tutela del cittadino per i danni subiti. Considerazione merita anche il tema del principio garantito costituzionalmente della “certezza del diritto”.
5. Nell'ultimo comma dell'articolo 2 si fa riferimento al Centro per la gestione del rischio clinico a livello regionale, che si potrebbe riunire al successivo articolo 3 che prevede l'istituzione dell'Osservatorio, poiché i dati raccolti, a livello regionale, dal Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente sono inviati e gestiti anche dall'Osservatorio nazionale (O.N.). Inoltre si chiede se è prevista la raccolta



dei dati sul “contenzioso” e a quale contenzioso ci si riferisce: *quello attivato o quello definito e concluso?*

Articolo 3

“Osservatorio nazionale sulla sicurezza nella sanità”

Il comma 2 attribuisce all’O.N. la definizione, con l’ausilio delle società scientifiche, di linee di indirizzo per tutta una serie di attività tra cui la *formazione e l’aggiornamento* del personale esercenti le professioni sanitarie. Si chiede chiarezza per comprendere se si fa riferimento alla formazione continua e permanente (ECM), oppure a percorsi formativi post-base (Corso di Perfezionamento/Master).

Inoltre, oggi il nostro sistema nazionale garantisce la produzione di Linee Guida con caratteristiche che prevedono la definizione e la condivisione a livello interna-

zionale e seppur prodotte con l’ausilio di società scientifiche, ci si avvale di un panel di esperti multi-professionale e di rappresentanti dei diritti dei cittadini, con la finalità di garantire e armonizzare il bisogno di sicurezza con l’umanizzazione delle cure.

Invece nell’articolo 3 l’istituzione di un elenco di società scientifiche con decreto non garantisce il monitoraggio *in continuum* delle caratteristiche atte a certificare costantemente la produzione tecnico-scientifica di una società, cristallizzando una situazione che dovrebbe essere invece dinamica e per la quale solo il dicastero di riferimento si può fare garante. A tal proposito si auspica una maggiore specificazione delle modalità, caratteristiche, durata dell’iscrizione nell’istituendo albo. Si richiama al necessario ruolo di garanzia dello Stato nel regolare la materia.

DDL Lorenzin “Norme varie in materia sanitaria” presentato dal Ministro Beatrice Lorenzin approvato dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato

Tra i principali contenuti del Disegno di Legge, approvato in data 26 aprile 2016: “Razionalizzare e semplificare le procedure amministrative in tema di sperimentazione dei medicinali ad uso umano; prevedere che, in occasione dell’aggiornamento del Dpcm Lea, siano inserite le procedure di controllo del dolore nella fase travaglio-parto, ricorrendo, previo consenso informato e fatta salva la libertà di scelta delle partorienti, alle tecniche di anestesia locoregionale; riordinare il complesso settore degli Ordini delle professioni sanitarie, con specifico riferimento all’ordinamento delle professioni di biologo e di psicologo; inasprire le sanzioni penali per chi compie reati ai danni delle persone ricoverate presso strutture sanitarie o presso strutture socio-sanitarie residenziali o semi-residenziali; prevedere specifiche disposizioni in materia di formazione medica specialistica, puntando anche a nuove modalità, da definire con Accordo Stato-Regioni, volte ad inserire i medici in formazione specialistica all’interno delle aziende del SSN; prevedere che il conseguimento di più lauree o diplomi dia diritto all’esercizio cumulativo delle corrispondenti professioni o arti sanitarie presso le farmacie, ad eccezione dei professionisti abilitati alla prescrizione dei medicinali (in sintesi non è consentito ai medici l’esercizio della professione di farmacista).

In una nota il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin annuncia che il testo approvato va all’esame dell’Aula del Senato dove sarà calendarizzato al più presto.



Senato
della Repubblica

XI Conferenza nazionale Gimbe 2016: Difendere il Servizio Sanitario Nazionale dal collasso!

Bologna per un giorno è stata capitale italiana della sanità pubblica.

Tutte le professioni sanitarie si sono confrontate per collaborare al rilancio del SSN

A Bologna il 4 marzo 2015 il Presidente della Fondazione Gimbe, Nino Cartabellotta, ha fatto il punto sul progressivo definanziamento della sanità pubblica e ha illustrato la "ricetta" Gimbe per il "disinvestimento da sprechi e inefficienze. Ho dimostrato, con dati, che la riqualificazione della spesa sanitaria rappresenta una strategia irrinunciabile per contribuire alla sostenibilità del SSN" e ha indicato due cose che il Governo centrale può fare per salvare il SSN:

1. garantire che gli sforzi in atto per contenere la spesa sanitaria non vadano a intaccare la qualità dell'assistenza;
2. sostenere Regioni e Province Autonome con infrastruttura più debole, affinché possano erogare servizi di pari qualità alle Regioni con migliori performance.

Nella XI Conferenza Nazionale Gimbe si è tenuto il Forum dal titolo "Il valore dell'integrazione professionale: un confronto culturale in territorio neutrale", cui hanno partecipato: Alessandro Beux (TSRM), Antonio Bortone (CoNaPS), Roberta Chersevani (FNOMGeO), Beatrice Mazzoleni (segreteria IPASVI) e Maria Vicario (FNCO).

I vertici delle Federazioni e di tutte le Associazioni riunite nel CoNaPS si sono espressi su quattro quesiti:

1. "Perché in tutti i dibattiti pubblici che mettono le professioni sanitarie l'una contro l'altra armate non si riesce a ripartire dal valore dell'integrazione multi-professionale per i pazienti e per la società?"
2. "L'estrema frammentazione delle categorie professionali in Italia può essere ridotta?"
3. "La (ri)programmazione sanitaria, indispensabile per disinvestire da sprechi e inefficienze, è compatibile con le normative vigenti e i contratti di lavoro?"
4. "L'informazione dei sanitari rivolta ai cittadini è importante?"

È stato ribadito che salvare la sanità pubblica è un impegno che riguarda tutti i protagonisti, che devono mettere da parte interessi di categoria e competizioni e intraprendere una nuova stagione di collaborazione.

Per la FNCO la presidente - Maria Vicario - ha proposto di utilizzare tutte le risorse e di andare sinergicamente verso il rilancio del Servizio Sanitario Nazionale; la FNCO ha promosso l'aggregazione che ha visto riunificare più Collegi provinciali delle ostetriche, per cui si è pronti alla riforma degli ordini; qualunque "formula politica" venga proposta dal legislatore non potrà mai prescindere dal reciproco rispetto di ruoli e competenze della specificità professionale.

Sui contratti collettivi di lavoro occorre mediare e dare i giusti strumenti ai professionisti sanitari per poter operare; le enunciazioni vanno bene, ma occorre essere realisti.

Nel campo delle nascite e dei punti nascita la situazione è drammatica e i dispositivi di legge nazionali e locale non bastano più a tappare le falle normative e procedurali; la giusta informazione è necessaria; i centri nascita sono fondamentali per formare la cittadinanza sul parto, basta inflazionare il settore con notizie che disorientano la partoriente e chi gira attorno ad essa.

Fondamentale ripensare all'intero percorso-nascita, anche e soprattutto all'interno del Comitato Percorso Nascita Nazionale di cui la FNCO è componente a seguito del Decreto del Ministero della Salute dell'11 novembre 2015.



SALVIAMO IL NOSTRO SSN



www.salviamo-SSN.it



Articolo 4**“Trasparenza dei dati”**

L'obbligo delle strutture sanitarie pubbliche e private di rendere trasparenti le prestazioni sanitarie erogate dovrebbe essere inserito tra i criteri di accreditamento della struttura stessa.

Nell'ambito dell'area materno-infantile la “Carta dei Servizi per il percorso nascita” prevista dall'azione n. 2 dell'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, risulta fondamentale per la donna che deve poter disporre di strumenti di scelta e selezione per l'individuazione del punto nascita. Il processo di semplificazione e de-materializzazione, avviato nella pubblica amministrazione, ha trovato nel fascicolo elettronico (F.E.) uno strumento principe che in tempo reale rende disponibili, da qualsiasi postazione della rete sanitaria, i dati del paziente.

Al comma 2 del DDL il termine di 30 giorni dalla presentazione della richiesta, da parte degli aventi diritto, rallenta il processo di valutazione in seno all'O.N. che si gioverebbe, invece, dell'adozione del F.E. in tutte le Regioni.

Articolo 5**Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida**

Se l'adozione di buone pratiche e raccomandazioni previste dalle Linee Guida può essere uno strumento per limitare un possibile contenzioso, sembra un paradosso che le stesse possano essere elaborate dalle società scientifiche accreditate dal Ministero della Salute.

Quali sono e chi elabora i criteri per accreditare le società scientifiche?

La produzione di Linee Guida, come da DPR n. 37 del 14 gennaio 1997, prevede l'adozione di metodi e strumenti che hanno un alto rigore scientifico adottati in seno a enti terzi indipendenti.

Si richiama nuovamente al necessario ruolo di garanzia dello Stato nel regolare la materia.

Articolo 6**“Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria”**

Il fatto che l'esclusione per il professionista dall'imputazione di colpa grave sia condizionato al rispetto di buone

pratiche clinico-assistenziali e di raccomandazioni previste dalle Linee Guida, rende ancora più indispensabile che questi strumenti siano prodotti da enti indipendenti.

Articolo 16**“Modifiche alla Legge 28 dicembre 2015, n. 208, in materia di responsabilità professionale del personale sanitario”**

Al comma 2 si fa riferimento a personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore.

Si chiede di specificare se per *formazione* si intende il possesso per il dipendente di un titolo master di primo livello in ambito legale e forense oppure altro.

Si evidenzia che l'attuale normativa in materia Disposizioni di attuazione del Codice di procedura civile aggiornato al 20 marzo 2013 (procedura civile/disposizioni attuazione) all'articolo 13 Capo II Dei consulenti tecnici del giudice Sezione I “Dei consulenti tecnici nei procedimenti ordinari” all'articolo 13 (Albo dei consulenti tecnici) prevede che presso ogni Tribunale sia istituito un albo dei consulenti tecnici nel quale debbono essere sempre comprese le seguenti categorie:

1. medico-chirurgica;
2. industriale;
3. commerciale;
4. agricola;
5. bancaria;
6. assicurativa.

La disomogeneità di accoglimento cui si assiste nei diversi Tribunali italiani delle richieste di iscrizioni al suddetto albo rappresenta una forte criticità.

Normare la procedura di iscrizione che preveda l'accesso all'albo da parte dei professionisti di cui al comma 2 rappresenta una necessità inderogabile e preliminare all'attuazione di quanto previsto dall'articolo 16 del DDL 2224. A seguito di successive e numerose audizioni già programmate si auspica di poter pervenire, entro breve, alla definizione di un nuovo testo che possa avere raccolto le diverse osservazioni formulate da istituzioni, società scientifiche e Federazioni tra le quali la FNCO audita il 10 febbraio 2016.

Il Comitato Centrale FNCO



Modelli e metodi di rivalidazione delle competenze ostetriche: certificazioni internazionali a confronto

Autori

Rosaria Cappadona

Direttore Attività Didattiche

Corso di Laurea in Ostetricia

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche

Università degli Studi di Ferrara

cpprs@unife.it

Meri Pedriali

Ostetrica presso la Clinica Ostetrica dell'Azienda Ospedaliera

Universitaria Sant'Anna di Ferrara

pdmre@unife.it

RIASSUNTO

La certificazione e rivalidazione delle competenze ostetriche riveste un ruolo fondamentale per la garanzia della qualità del processo di cura del percorso nascita, oltre a concorrere al riconoscimento e alla valorizzazione dell'autonomia e peculiarità della professione, tracciando profili di posizione e ruoli all'interno delle organizzazioni. Da questi presupposti la presente revisione, effettuata da ottobre 2014 a marzo 2015, propone di mettere in luce i punti di forza e debolezza dei modelli di certificazione delle competenze in ambito internazionale per un confronto con il modello italiano. L'aspetto della valutazione delle competenze riguarda la "mappatura" ma soprattutto la "pesatura" delle competenze, che permette di standardizzare i processi e valorizzare e tutelare la specificità della professione.

ABSTRACT

Certification and validation of midwives skills play a key role in the quality assurance process of the birth path, as well as helping the recognition and enhancement of the autonomy and the peculiarities of the profession, tracing position profiles and roles inside organizations. On these basis, this review, performed from October 2014 to March 2015, aims to highlight the strengths and weaknesses of the skills model certification in the international panorama, analyzed for comparison with the Italian model. The topic of the skills assessment concerns not only the "mapping" but also the "weighing" of skills, which allows to standardize processes and protect the specific peculiarities of the profession.

Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce le raccomandazioni inerenti la regolamentazione della professione ostetrica e la sua tutela, mediante documenti che indirizzano alla realizzazione di un sistema normativo, anche avvalendosi di figure come i supervisori, che permettono la tutela delle competenze e della pratica professionale (1). Nello specifico l'*International Confederation of Midwife* (ICM) si occupa di definire sia gli standard formativi (2) sia quelli che risultano legati alle competenze (3).

Nel **Regno Unito** la formazione ostetrica è universitaria di tre anni ed equivale a un programma di ostetricia di pre-registrazione. Un altro percorso di studi più breve è riservato agli infermieri candidati ad acquisire il titolo di ostetrica (4). Le ostetriche sono responsabili della gravidanza,

del parto e del puerperio; la maggior parte delle ostetriche sono dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale, fornendo sia cure ospedaliere sia territoriali, mentre la libera professione viene svolta al di fuori dei presidi ospedalieri (5). L'assistenza domiciliare è a carico di ostetriche "comunitarie", che si occupano del percorso nascita fisiologico in autonomia dall'inizio della gravidanza al puerperio; in carenza di personale ostetrico possono anche prestare la loro assistenza in ospedale, inoltre si occupano anche del sostegno domiciliare alle donne assistite in ospedale (6). Il *Nursing and Midwifery Council* (NMC) è l'organo nazionale responsabile per la conferma della registrazione professionale dell'ostetrica qualificata e dell'infermiere: imposta e monitora i requisiti nazionali di istruzione e formazione, regola la pratica ostetrica e si

fa garante dell'aggiornamento continuo (7). NMC dal dicembre 2013 è diventato il responsabile a livello nazionale dei processi di supervisione. L'autorità di vigilanza a livello nazionale gestisce le funzioni di supervisione dislocate attraverso le *Local Supervision Authority (LSA)* che provvedono alla nomina di un'ostetrica riconosciuta come l'autorità di controllo locale *Midwifery Officer (LSAMO)* con la funzione di vigilare sui servizi di ostetricia della zona di riferimento (8, 9), e, a sua volta, si avvale di supervisori a diretto contatto con le ostetriche, i *Supervisor of Midwife (SOMS)*, cioè ostetriche esperte, che sono un punto di riferimento per lo sviluppo della professionalità delle colleghe e il controllo sulla pratica, in modo indipendente dal datore di lavoro (10). Nel contesto di piccoli errori, con modesto rischio di recidiva, viene adottato il *Local Action Plan* ovvero un Piano d'Azione Locale, un portfolio di opportunità di apprendimento in ambiente protetto sul luogo di lavoro, utilizzato per ripristinare le competenze nel contesto delle indagini di vigilanza (NMC 2012), noto a livello nazionale e locale ad LSA e al *Midwifery Officer (LSAMO)*. Esempi di attività utilizzabili nel *Local Action Plan* possono essere *Debriefing*, frequenza di una giornata di studio orientata, esperienza in un ambiente di apprendimento clinico, simulazione, *e-learning* (11). Nel contesto di incidenti più gravi, invece, è previsto un programma di valutazione che rappresenta uno strumento di pesatura delle competenze specifico per la professione, ovvero *LSA Practice Programme*, il cui obiettivo è quello di fornire un processo formale di valutazione della pratica, riguardo le competenze oggetto dell'indagine di vigilanza, valutando, attraverso la supervisione, l'acquisizione del livello di competenza di preregistrazione secondo le norme e gli standard NMC. I criteri di valutazione si riferiscono al *Clinical Proficiency Assessment Criteria* (Benner, P. (1984). *From novice to expert, excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing Company, 307 pp.) e considerano l'idoneità alla pratica, per l'ostetrica valutata dal programma, se ha raggiunto almeno il livello di competente n° 3 per ciascuna attività verificata (12, 13).

Gli Stati Uniti negli ultimi anni hanno dimostrato una tendenza alla medicalizzazione del parto. Tuttavia l'attenzione attuale si è spostata sul successo della gestione del percorso nascita da parte dell'ostetrica sia per quanto riguarda la sicurezza del processo assistenziale (Hatem, Sandall, Devane, e Gates, 2008), sia per quanto riguarda la diminuzione degli interventi di medicalizzazione del parto (Hatem et al., 2008; Fullerton, Navarro & Young, 2007; Johnson & Daviss, 2005). La regolamentazione ostetrica negli Stati Uniti prevede la certificazione, come tutela dell'accreditamento della professionalità, che può comprendere diversi percorsi didattici di ingresso. A seconda del tipo di formazione e della certificazione si riconoscono:

- *Certified Nurse-Midwife (CNM)*: abilitazione alla professione sia infermieristica sia ostetrica, in possesso della laurea;
- *Certified Midwife (CM)*: abilitazione alla professione ostetrica, in possesso della laurea;

- *Certified Professional Midwife (CPM)*: certificato in ostetricia oppure abilitato attraverso una licenza che è conforme agli standard di pratica del registro nordamericano delle ostetriche (NARM), oppure che ha portato a termine un programma di formazione del *Midwife Education Accreditation Council (MEAC)*, quindi che non ha necessariamente la laurea, è l'unico a poter praticare in ambito extraospedaliero, anche come libero professionista e in autonomia per quanto riguarda l'assistenza a basso rischio;
- *Direct Entry Midwife (DEM)*: libero professionista addestrato in ostetricia attraverso una *self-study*, apprendistato, scuola di ostetricia o programma universitario; può esercitare al di fuori degli ospedali;
- *Ostetrica Lay*: un professionista che non è certificato e non ha la licenza di ostetrica, ma è stato addestrato in modo informale attraverso l'auto-studio o il tirocinio.

La categoria di ostetriche dette "tradizionali" sono ostetriche di comunità e operano secondo un contratto diretto con l'utente che ne esprime la scelta; sono ostetriche prive di certificazione (14, 15). Le ostetriche CM e CNM hanno l'obbligo di ricertificazione ogni 5 anni, secondo un programma di formazione continua (in cui è prevista la frequentazione di corsi) e *peer review* o revisione tra pari (16). Nell'ambito del *Certified Professional Midwife (CPM)* ove non rientrino le figure di CM e CNM, la ricertificazione avviene ogni 3 anni, mediante l'acquisizione di un punteggio in CEU (comparabili ai crediti ECM della normativa italiana in materia di educazione continua in medicina), accumulabile frequentando *peer review* e corsi professionalizzanti.

Qualora l'ostetrica sia addestrata da un precettore o possegga un titolo di ostetrica conseguito al di fuori degli Stati Uniti, con l'eccezione del Regno Unito, e richiede la certificazione CPM del NARM, deve completare il percorso di accreditamento *Portfolio Evaluation Process (PEP)* NARM, che riconosce e certifica l'esperienza clinica negli ultimi 10 anni posseduta dal professionista.

Si definiscono 3 categorie PEP:

1. *entry-level*;
2. ostetrica con formazione estera che richiede la certificazione;
3. ostetrica esperta.

Il programma PEP prevede, in linea generale per i tre percorsi, la verifica della formazione, delle competenze pratiche dimostrate attraverso l'esperienza, sotto forma di standard numerici, il cui volume e caratteristica dipendono dal livello specifico che si richiede di raggiungere: ad esempio per ottenere la certificazione di ostetrica esperta gli standard richiesti sono numericamente elevati e prevedono un maggiore livello di expertise; al candidato *Entry Level* invece è richiesta la dimostrazione di una quantità prestabilita di esperienze cliniche come osservatore, come assistente sotto supervisione o come primo operatore sotto supervisione relativamente a visite in gravidanza, assistenza al parto, al puerperio e al neonato, in un'ottica di continuità assistenziale (17).

La formazione ostetrica in **Canada** è universitaria. In linea generale mentre il modello di competenze ostetriche è condiviso in tutto il Paese, le modalità di assistenza variano nei singoli contesti, dall'assistenza in ospedale, ove coesiste l'assistenza erogata da ostetriche e infermiere-ostetriche, a quella territoriale o privata e/o domiciliare, sede in cui le ostetriche forniscono la continuità delle cure dall'inizio della gravidanza. L'esercizio della professione è subordinato all'iscrizione al collegio/albo dello Stato, in cui sono riconosciute le "Core Competencies dell'ostetrica" definite dal *Canadian Midwifery Regulators Consortium* (CMRC) (pur differendo nelle metodiche di iscrizione e registrazione e nei requisiti richiesti per la stessa), dove sono specificate oltre alle attività generali dell'ostetrica, anche quelle avanzate, che prevedono l'esecuzione di parti operativi come l'applicazione di ventosa o il ruolo di secondo operatore nel taglio cesareo, la sutura di lacerazioni di terzo grado, la revisione di cavità uterina, la prescrizione di contraccettivi e l'inserimento di metodi contraccettivi di barriera (18). Le Fasi del Processo di registrazione che sono comuni alla maggior parte dei territori canadesi sono:

1. Applicazione (la documentazione di istruzione ostetrica, di conoscenza della lingua inglese ed esperienza clinica);
2. Prova scritta basata sulle norme CMRC;
3. Esame clinico, con il completamento di un *Objective Examination Structured Clinical-based provincially* (OSCE) riproducendo situazioni cliniche normali e di emergenza;
4. Orientamento, noto come *Multi-Jurisdictional Midwifery Bridging Program* (MMBP), un programma di transizione per le ostetriche qualificate educate al di fuori del Canada e percorso di registrazione per le ostetriche internazionale accolte in diversi collegi canadesi, che prevede il raggiungimento di una serie di standard e abilità professionali, diversi a seconda del modello assistenziale e della regolamentazione propria del collegio, rappresentati da numero di esperienze assistenziali minime per praticare, con la ricertificazione continua di detti standard, come condizione fondamentale per esercitare la professione.
5. Pratica supervisionata (periodo di pratica clinica sorvegliata prima di essere autorizzati a esercitare) (19).

In **Australia** le ostetriche si occupano della sfera riproduttiva a basso rischio in autonomia a livello territoriale, a domicilio e nei punti nascita pubblici e privati e collaborano nei centri di secondo e terzo livello in équipe con il personale medico specialista (20). Le donne che possono beneficiare di un'assicurazione sanitaria privata possono permettersi un'ostetrica libero-professionista o *Private Practice* per l'assistenza in continuità a tutta la gravidanza fino a sei settimane dopo il parto a domicilio o in ospedale, mentre le altre hanno accesso alle cure ospedaliere pubbliche. L'assistenza domiciliare, anche se tutelata da una solida rete di collegamento tra ospedale e territorio, è aumentata, ma la scelta prevalente per la popolazione è ancora quella ospedaliera (21). Per potersi registrare ed esercitare la professione è necessario aver completato un programma di studi universitario di 3 anni accreditato dalla *Australian Nursing and Midwifery Accreditation Council* (ANMAC) e approvato dal *Nurse and Midwifery Board of Australian* (NMBA) (22). Secondo gli standard ANMAC, gli studenti che conseguono il titolo di ostetrica devono possedere un numero di competenze pratiche simile a quelle definite dalla Direttiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo; si aggiunge uno standard relativo all'assistenza in continuità a 10 donne dalla gravidanza al puerperio (23).

La registrazione presso l'NMBA prevede che l'ostetrica abbia il titolo riconosciuto e un'esperienza di 3 anni nell'assistenza in continuità a gravidanza, travaglio, parto e post parto (24).

Il mantenimento del registro *Continuing Competence Framework*, che è necessario ai fini del rinnovo della registrazione professionale al NMBA, avviene attraverso l'uso di un portfolio professionale; i quattro elementi che lo compongono sono riportati nella Tabella 1. Il controllo del NMBA sulle *Midwife Private Practice* obbliga le ostetriche libero-professioniste a mantenere una raccolta dati sulle donne assistite, linee guida di riferimento, a segnalare tutte le nascite. Devono inoltre attestare periodicamente attività di formazione, aggiornamento del portfolio, il mantenimento degli standard e lo sviluppo professionale (25).

Tabella 1 – Elementi del mantenimento del *Continuing Competence Framework*

1	Mantenimento di un portfolio professionale	Curriculum Vitae, certificati di registrazione, attività professionali, pubblicazioni, organizzazioni di appartenenza, attività di ricerca, prove di partecipazione in un processo di valutazione professionale, <i>Continuum Professional Development</i> CPD
2	Valutazione della pratica	Avviene attraverso l'Autovalutazione (una riflessione sulla pratica che va confrontata con norme validate), la <i>Professional Review</i> (un certificato firmato prodotto dal revisore attraverso un colloquio e la valutazione degli outcome assistenziali da documentazione clinica), una Dichiarazione di competenza (firmata sul posto di lavoro).
3	CPD (durata: 20 ore annue)	Lista scritta di partecipazione ad attività informali, documentate con date, breve descrizione dei risultati e numero di ore impiegate in ogni attività, valutata e che sia pianificata sulla base dei bisogni di apprendimento e rilevante per il cambiamento della pratica clinica che può essere autodiretto oppure programmato in modo formale da associazioni.
4	Recency di pratica	È documentata da una lettera o dichiarazione legale scritta da un datore di lavoro, che confermi occupazione professionale, buste paga, eventuale documentazione che conferma l'iscrizione a una formazione post-laurea e dichiarazione di legge da parte del professionista che indica la quantità di tempo dedicato nella pratica professionale (36, 37).



In Nuova Zelanda, circa l'80% delle nascite sono completamente assistite dall'ostetrica. Il *lead maternity carer* (LMC) system, introdotto nel 1996, ha permesso finanziariamente e politicamente di incentivare la gestione della gravidanza a basso rischio gestita dall'ostetrica e di umanizzare l'evento nascita in linea con le esigenze della popolazione e con il modello della *Midwifery Partnership*. La formazione ostetrica è universitaria. Gli standard pratici della formazione sono simili a quelli europei stabiliti dalla Direttiva 2005/36/CE, riconoscendo in più la competenza sull'assistenza in continuità a 25 donne durante la gravidanza il parto e il puerperio e sulla gestione di 40 casi clinici di gravidanza e parto patologici.

In Nuova Zelanda l'esercizio professionale è regolato dal *Midwifery Council of New Zealand* (NZCOM). Il Collegio fissa la competenza e il livello di istruzione che tutte le ostetriche devono soddisfare per ottenere un certificato di pratica e mantenerne la validità annualmente. La registrazione è subordinata al superamento del *National Midwifery Examination*; esame che si attiene ai requisiti per la registrazione stabiliti dal *Health Practitioners Competency Assurance Act* (2003) (26), una legge che regola funzioni e pratiche del Collegio delle Ostetriche neozelandese, definendo competenze di base e specifiche della professione per ottenere la registrazione e garantendo idonei programmi per la ricertificazione (27). Il *National Midwifery Examination* cerca di valutare le competenze dei laureati in relazione alla pratica ostetrica. In particolare valuta la loro capacità di individuare quando la gravidanza e il parto non siano più nei limiti della fisiologia e di effettuare le opportune azioni (28).

Il programma di ricertificazione prevede 6 componenti fondamentali:

1. dichiarazione di competenza di pratica nel campo di applicazione della *Midwifery Practice*, un'autovalutazione a cadenza triennale delle competenze richieste per la prima certificazione;
2. prova di pratica ostetrica in tutti gli ambiti di competenza professionale nel corso di un periodo di tre anni, almeno al livello di I certificazione, anche per ostetriche impiegate in settori specializzati;
3. manutenzione di un portfolio professionale: riflessioni scritte sulle esperienze di apprendimento o attestazioni di corsi;
4. completamento di tutta l'educazione obbligatoria che riguarda 3 corsi:
 - partecipazione annuale al *Combined Skills Emergency Day* (rianimazione del soggetto adulto e del neonato ed emergenze ostetriche);
 - partecipazione a *Midwifery Practice Day* (simulazione pratica di casi clinici con esercitazioni sul riconoscimento di situazioni patologiche o che in generale si discostano dalla fisiologia);
 - frequenza di un *Laboratorio Breastfeeding* (l'apprendimento dei principi OMS sul *Baby Friendly Hospital* BFHI);
5. completamento di 30 item, adeguatamente documentati, su un periodo di tre anni di istruzione elettiva (ovvero corsi di formazione) e attività professionale (ovvero la partecipazione del professionista a eventi che implicano l'acquisizione di nuovi ruoli e responsabilità come ad esempio l'attività di *tutorship* oppure la partecipazione a *journal club*);
6. partecipazione a una *Midwifery Standards Review* a cadenza biennale: prevede una raccolta preliminare di documentazione inerente valutazioni da parte di utenti e colleghi, statistiche o risultati clinici di pratica e la propria auto-valutazione sulle competenze di ingresso al collegio professionale e/o gli standard di pratica NZCOM, ivi compreso il proprio portfolio. Le ostetriche neolaureate sono tenute a completare il piano di istruzione obbligatoria e la *Midwifery Standard Review* nel primo anno di pratica (29, 30).



In Nuova Zelanda un modello di riconoscimento dell'avanzamento delle competenze in ambito professionale, basato sulla partnership tra lavoratore e datore di lavoro, è rappresentato dal *Quality and Leadership Programme* (QLP). Tale modello è stato sviluppato in cooperazione con organizzazioni infermieristiche e ostetriche nazionali, al fine di essere un quadro strutturato che supporta e assiste le ostetriche nello sviluppare conoscenze e competenze necessarie per fornire un'assistenza sicura ed efficace ed essere riconosciute e incoraggiate nello sviluppo professionale dall'organizzazione, a sostegno di risultati di qualità, individuando e preparando ostetriche per ruoli di leadership. Il criterio di valutazione QLP si basa su tre livelli o domini, ognuno dei quali si sviluppa su quello precedente.

Tutte le ostetriche nel loro primo anno di pratica appartengono al *Competent Midwife* per un periodo totale di 12 mesi dalla data di inizio del rapporto di lavoro.

Per passare da un dominio all'altro l'ostetrica deve rivedere il proprio portfolio e acquisire in più le competenze del dominio che intende raggiungere: ciò prevede in parte l'autovalutazione del professionista, in parte la valutazione da parte di un QLP Assessor, in parte la raccolta di *Peer Review* e di valutazione da parte di colleghi e pazienti.

Il livello *Competent* prevede che l'ostetrica possieda le competenze di I certificazione e abbia compreso le proprie responsabilità e le politiche dell'organizzazione in cui è inserita; il livello *Confident* possiede un'esperienza di almeno 12 mesi e una competenza e conoscenza clinica consolidata, gestisce situazioni

cliniche complesse e dimostra capacità di leadership situazionale, può essere impegnato nella formazione ostetrica, partecipare a programmi di valutazione delle prestazioni (*Quality assurance*) o essere mentore o precettore di colleghi; il livello *Leadership* riconosce la significativa esperienza in tutti gli aspetti della pratica ostetrica e la capacità di dimostrazione di ciò ai colleghi attraverso *peer review*, *Midwifery Standards Review*, costituisce un modello di ruolo e risorsa per il servizio di ostetricia, impegnandosi in *Quality Assurance Activity*, attività di *mentorship* e *QLP Assessor*, influenza il cambiamento nella pratica e riveste un ruolo di leadership (31, 32).

In Italia La formazione ostetrica si inserisce in un percorso universitario di tre anni abilitante alla professione che consente la libera circolazione nei Paesi dell'Unione europea (adeguandosi agli standard della Direttiva 2005/36/CE). Ampia è l'offerta sulla formazione post base, la cui finalità è far acquisire al professionista competenze disciplinari avanzate nell'ambito del management, della formazione e della ricerca compreso il Dottorato (33, 34). La Federazione Nazionale Collegi Ostetriche, svolge, attraverso i Collegi, molte funzioni tra le quali di vigilanza deontologica e disciplinare. Secondo l'Accordo Stato-Regioni del 2012, hanno il compito di produrre formazione ECM su tematiche professionali e assistenziali. La formazione del professionista, nel corso della carriera professionale, che si esplica attraverso il programma Educazione Continua in Medicina (ECM), non inserisce l'Italia in un sistema riconosciuto di rivalidazione delle competenze e di standard ostetrici, poiché non richiesto a livello istituzionale.

Uno strumento che ha permesso alle aziende e ai professionisti di documentare le esperienze formative è il dossier formativo di gruppo (redatto dai referenti della formazione) e individuale, che riporta obiettivi formativi, formazione effettuata e valutazione della stessa, favorisce l'allineamento dei processi rispetto agli obiettivi di lavoro e alle competenze distintive che contraddistinguono un gruppo professionale nell'organizzazione (35). Nel contesto nazionale italiano la mappatura delle competenze ostetriche, riconosciuta in alcuni modelli, come Guana e Isfol, ha incentivato l'autovalutazione da parte del professionista per il miglioramento futuro delle performance e lo sviluppo professionale.

Conclusioni

Dall'analisi dei modelli emerge come l'Italia riconosca un sistema di formazione continua che valorizza la libera scelta dei percorsi formativi e che consente la raccolta e archiviazione semplice della documentazione inerente corsi e certificazioni, ma che non favorisce la valorizzazione delle competenze specifiche, né costituisce un modello che possa garantire una pesatura delle competenze.

Australia e Nuova Zelanda valorizzano l'expertise specifico della professione e del singolo professionista, anche a livello aziendale (nonostante sia poco chiaro il meccanismo del sistema premiante), responsabilizzandolo nelle proprie esperienze di pratica, tuttavia il sistema di raccolta e archiviazione delle certificazioni è complesso e realizzabile solo con figure professionali riconosciute (QLP Assessor). Nel Regno Unito supervisione e piano di azione locale sono strumenti di tutela della professione e garanti delle competenze dei professionisti nei confronti delle aziende sanitarie, oltre che mezzi di confronto, supporto professionale, riflessione sulla pratica e rivalidazione delle competenze. Tuttavia a livello locale questo modello lascia probabilmente scarso margine di gestione delle competenze dei professionisti da parte delle Aziende sanitarie, essendo forte la normativa nazionale che sta alla base dei processi.

Gli Stati Uniti e il Canada si rifanno maggiormente all'esperienza professionale rispetto ai titoli di studio, nonché a standard di pratica adeguati al contesto socio-sanitario e al modello assistenziale; la standardizzazione favorisce in questi stati il riconoscimento della professione ostetrica, anche se i sistemi di controllo e verifica sono molto complessi. È probabile che nel nostro Paese la cultura del portfolio personale e del dossier formativo individuale e di gruppo, che vede modelli implementati in alcune realtà regionali, possa portare a un più dettagliato controllo e riconoscimento sulle competenze ostetriche e alla valorizzazione dell'expertise professionale.

Bibliografia

- Modulo 2 strengthening midwifery toolkit "Legislation and regulation of midwifery - making safe motherhood possible";WHO 2011
- "Global Standards for Midwifery Education (2010 revised 2013)"
- Essential competencies for basic midwifery practice 2010 Revised 2013
- www.midirs.com/student "So you want to be a midwife?"
- www.ulh.nhs.uk/about_us/patient_services/maternity_services/postnatal_care.asp
- www.nct.org.uk
- <http://www.nmc-uk.org>
- Supervision of midwives An NMC factsheet May 2014
- LSAMO Forum UK Modern supervision in action: a practical guide for midwives August 2009
- LSAMO Forum UK Guidelines for the statutory supervision of midwives Working collaboratively with women and their birth supporters Responsible LSAMO: Carol Paeglis Date: February 2013 Version: 3.
- LSA FORUM UK Local Plan Action March 2013
- Guidance for: Programme Lead Supervisors and Supporting Supervisors of Midwives leading a LSA Practice Programme
- Local Supervising Authority Practice Programme 2014
- www.americanpregnancy.org
- www.mana.org
- NARM Peer Review Guidance Documents, December 2013
- www.narm.org
- <http://www.cmo.on.ca> Core Competencies (Canadian Midwifery Regulators Consortium)
- www.cmrc-ccosf.ca/node/2
- National Guidance on Collaborative Maternity Care Australian Government National Health and Medical Research Council Department of Health and Ageing
- www.midwivesaustralia.com.au
- www.anmac.org.au
- Midwife Accreditation Standards 2014 ANMAC
- Eligible midwife registration standard NMBC
- Safety and Quality Framework for Privately Practising Midwives attending homebirths NMBA
- www.midwiferyhealth.nz
- Health Practitioners Competence Assurance Act 2003 Public Act 2003 No 48 Date of assent 18 September 2003
- Competencies for Entry the Register of Midwives'. Developed by the Midwifery Council of New Zealand 2007
- Midwifery council of New Zealand recertification programme a summary for midwives AS REVISED from 1 April 2014
- www.midwife.org.nz
- District health boards quality and leadership programme for midwives covered by the Meras and NZNO employment agreement 2012
- Regional Midwifery Quality and Leadership Programme (QLP) QLP Guidelines Confidential (Domain A) (Domain B) Authorised by Regional Midwifery Quality and Leadership Programme Steering/Advisory Committee May 2014
- www.fnco.it/percorso-formativo.htm
- Decreto ministeriale 8 gennaio 2009
- Determina della CNFC del 10 ottobre 2014 dossier formativo
- Continuing competence framework ANMC february 2009
- Nursing and Midwifery Board of Australia Continuing professional development registration standard

PERDITE FETALI IN RELAZIONE ALL'EPOCA DI GESTAZIONE E RISCHIO DI RICORRENZA

Valutazione di 41 casi di MEF dal 2002 a oggi: la realtà di Sassuolo

Fetal loss in connection during pregnancy and risk anniversary.
Evaluation of 41 cases of MEF since 2002: the reality of Sassuolo

Autrice

Jessica Buffagni

Ostetrica, UO Ostetricia Ginecologia dell'Ospedale di Sassuolo

Contatti

Jessica Buffagni

deddy-21@hotmail.it

RIASSUNTO

L'aborto e la MEF sono eventi ugualmente drammatici, ma non identici ed è fondamentale capirne la differenza. Nonostante diverse definizioni rendano problematici i confronti internazionali, secondo la proposta dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si parla di "aborto" riferendosi al parto di un feto morto prima delle 22 settimane di gestazione o alla diagnosi di morte fetale prima delle 22 settimane di epoca gestazionale, senza tener conto dell'epoca di espulsione del feto e ci si riferisce a un peso neonatale inferiore ai 500 grammi. La definizione di "nato morto", invece fa riferimento al parto di un feto morto, a partire almeno dalle 22 settimane di epoca gestazionale o alla diagnosi di morte fetale dopo le 22 settimane di gestazione e a un peso neonatale superiore o uguale ai 500 grammi se l'epoca gestazionale non è conosciuta. La legislazione italiana vigente nel nostro Paese, pone la distinzione a 25+5 settimane di età gestazionale: un prodotto del concepimento senza vitalità espulso fino al 180° giorno di gravidanza è considerato "aborto", dal giorno successivo è considerato "nato morto". La morte del feto è diagnosticata dalla mancanza di attività respiratoria autonoma e dalla mancanza di altri segni vitali come il battito cardiaco, le pulsazioni del cordone ombelicale e il movimento volontario dei muscoli o quando l'autopsia non evidenzia la presenza di aria nei polmoni. La natimortalità è una complicanza non rara della gravidanza e la sua incidenza viene espressa come numero di nati morti per mille nati:

$$\frac{\text{n° morti endouterine} \times 100}{\text{n° nati vivi (≥500 gr) + morti endouterine}}$$

L'andamento dell'incidenza della natimortalità negli ultimi decenni in Italia è di 4,1 casi per 1.000 nati: la mortalità ante-partum, infatti, ha subito una sensibile riduzione a partire dal 1950 grazie a un miglioramento delle cure ostetriche, in particolare modo quelle relative a isoimmunizzazione Rh, diabete, pre-eclampsia e IUGR, oltre all'induzione farmacologica del travaglio di parto nelle gravidanze post-termine e al ricorso sempre maggiore alla diagnosi prenatale, con conseguente declino della mortalità per malformazioni. Quando invece, un nato vivo con peso maggiore a 500 grammi muore entro 7 giorni dal parto, si parla di mortalità neonatale precoce. Natimortalità e mortalità neonatale precoce rappresentano insieme la mortalità perinatale.

Parole chiave

MEF, epoca di gestazione, rischio di ricorrenza, dolore, perdita.

ABSTRACT

Abortion and MEF are equally dramatic events, but not identical, and it is critical to understand the difference. Despite different definitions make international comparisons problematic, according to the World Health Organization proposed (WHO) refers to "abortion" referring to delivery of a dead fetus before 22 weeks gestation or fetal death before 22 weeks of diagnosis gestational age, without taking account of the time of expulsion of the fetus and it refers to a lower neonatal weight to 500 grams. The definition of "stillborn" instead refers to the birth of a dead fetus, starting from at least 22 weeks of gestational age or fetal death diagnosed after 22 weeks of gestation and a birth weight greater than or equal to 500 grams if the gestational age is not known. The Italian jurisdiction in our Country, makes the distinction at 25 + 5 weeks of gestational age: a product of conception lifeless expelled until the 180th day of pregnancy is considered "abortion", the next day is considered "stillborn". The death of the fetus is diagnosed by a lack of self-respiratory activity and the lack of other vital signs such as heart rate, the pulse of the umbilical cord and the muscles of voluntary movement or when the autopsy does not reveal the presence of air in the lungs. The stillbirth is a not uncommon complication of pregnancy and its incidence is expressed as number of stillbirths per thousand births:

$$\frac{\text{n° dead endouterine} \times 100}{\text{n° live births (≥500 gr) + dead endouterine}}$$

The trend in the incidence of stillbirth in the last decades in Italy is 4.1 cases per 1,000 births: mortality ante-partum, in fact, has fallen significantly since 1950 due to improved obstetric care, in particular those relating Rh isoimmunization, diabetes, pre-eclampsia and IUGR in addition to pharmacological induction of labor in post-term pregnancies and the increasing use of prenatal diagnosis, resulting in a decline in mortality from birth defects. But when a live birth with greater weight 500 grams dies within 7 days of the birth, it is called early neonatal mortality. Stillbirth and early neonatal mortality together account for perinatal mortality.

Keywords

MEF, period of gestation, the risk of recurrence, pain, loss.

Introduzione

La morte endouterina del feto (MEF) rappresenta un evento che colpisce profondamente la madre e coinvolge tutta la sua famiglia. Perdere un bambino durante la gravidanza è un avvenimento drammatico e relativamente frequente e l'ostetrica partecipa all'evento in modo attivo offrendo assistenza e sostegno alla coppia.

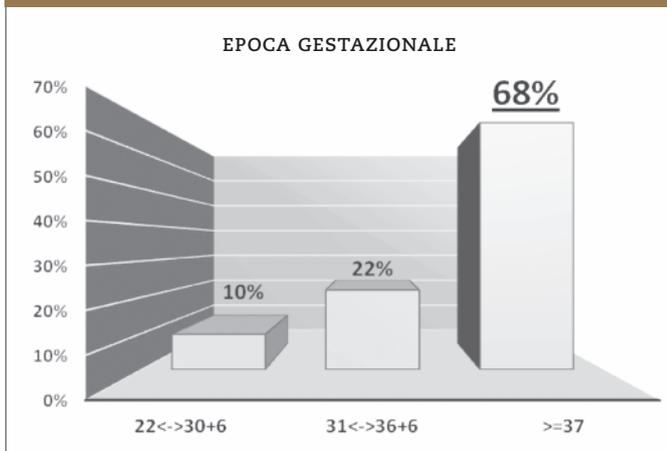
Materiali e metodi

È stato selezionato un campione di 41 donne con storia di MEF che ha partorito presso la Clinica Ostetrica dell'Ospedale di Sassuolo dal 2002 ad oggi. I dati relativi alla loro gravidanza esitata con MEF e al rischio di ricorrenza della stessa sono stati raccolti sistematicamente mediante i CEDAP, i registri dei parti e la consultazione delle cartelle cliniche. I dati raccolti sono stati in seguito codificati e inseriti in un foglio elettronico di Excel e successivamente elaborati per ottenere le tabelle e i grafici.

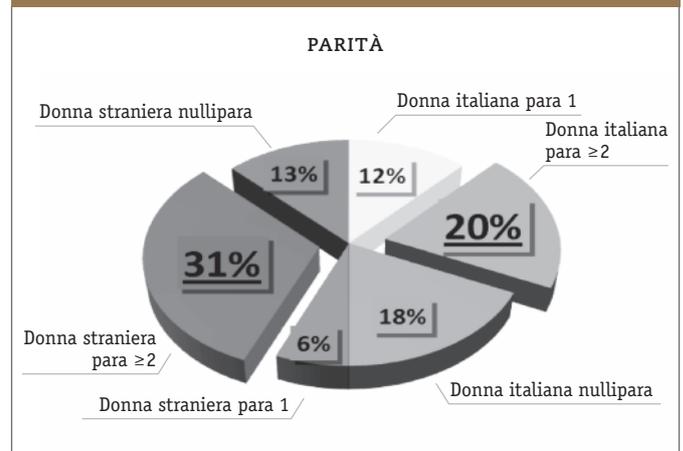
Risultati

La MEF si verifica con maggior frequenza dopo la 37^a settimana di epoca gestazionale e nella maggior parte dei casi rappresenta la seconda gravidanza. La causa principale della morte endouterina del feto è rappresentata dalle malformazioni fetali. Nella stragrande maggioranza, la gravidanza esitata con MEF è stata a basso rischio con un numero relativamente basso di indagini invasive prenatali: tuttavia è importante sottolineare che le donne straniere nel corso della gravidanza si sono sottoposte a un numero maggiore di controlli (ecografie e visite) e di indagini invasive prenatali. Complessivamente la gravidanza MEF non è gravata da un maggior numero di tagli cesarei, anche se un numero elevato di donne di origine straniera ha espletato il parto della gravidanza esitata con MEF sottoponendosi a taglio cesareo (nessuna straniera aveva subito un precedente taglio cesareo).

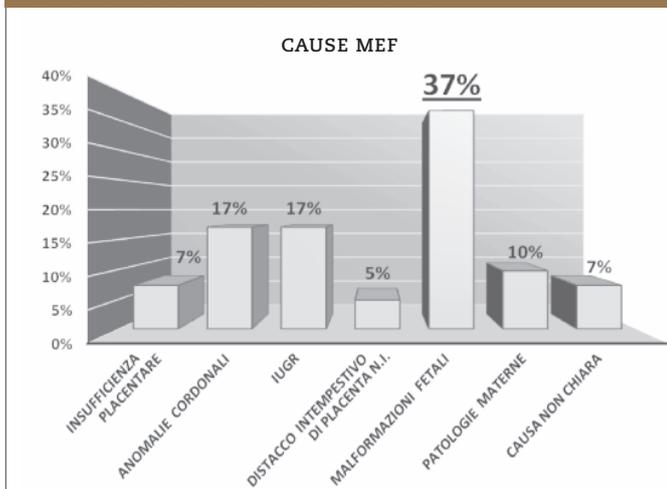
**Epoca gestazionale della MEF:
68% dei casi >37 settimana**



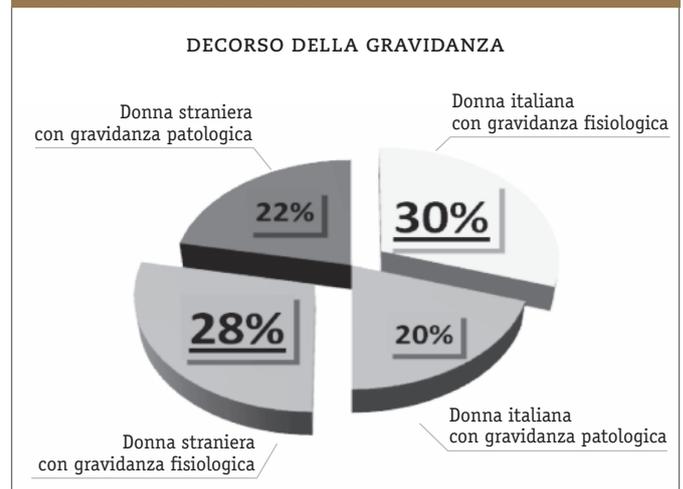
**La MEF è la seconda gravidanza:
20% italiane e 31% straniere**



**La causa principale della MEF
sono le malformazioni fetali: 37%**

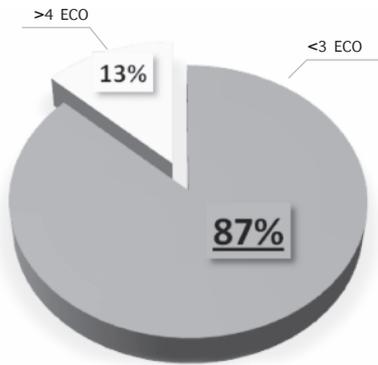


**Tipo di gravidanza esitata con MEF:
basso rischio 30% e 28%**

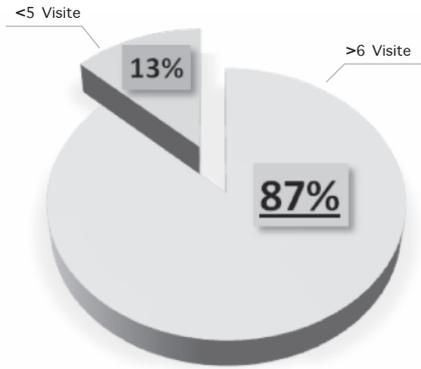


Controlli effettuati dalle donne straniere in gravidanza: 87%

NUMERO ECOGRAFIE ANTEPARTUM DELLE DONNE STRANIERE



NUMERO VISITE ANTEPARTUM DELLE DONNE STRANIERE

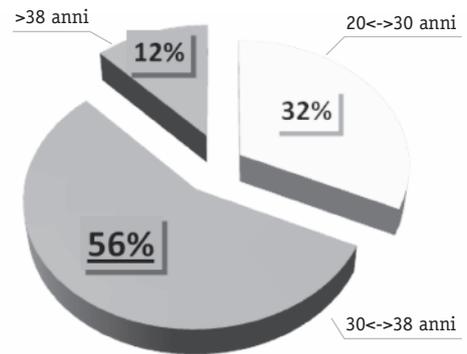


Conclusioni

Il lavoro svolto ha permesso di evidenziare che la morte endouterina del feto avviene con maggior frequenza al termine della gravidanza e che colpisce, indistintamente, donne italiane e straniere. L'età della madre, l'obesità e il fumo di sigaretta rappresentano i principali fattori di rischio che devono essere presi in considerazione per una nuova gravidanza, poiché al di là dei progressi medici, la MEF continua a essere un'eventualità possibile.

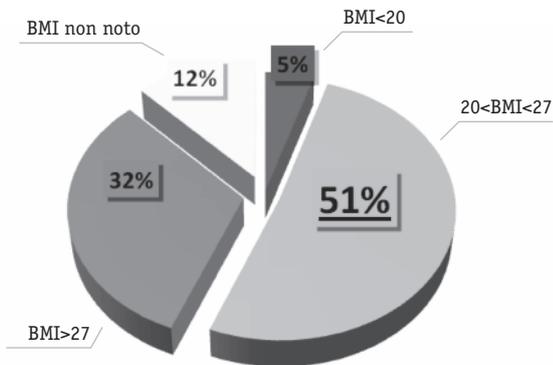
Età materna in gravidanza: 56%

ETÀ DELLE DONNE ITALIANE



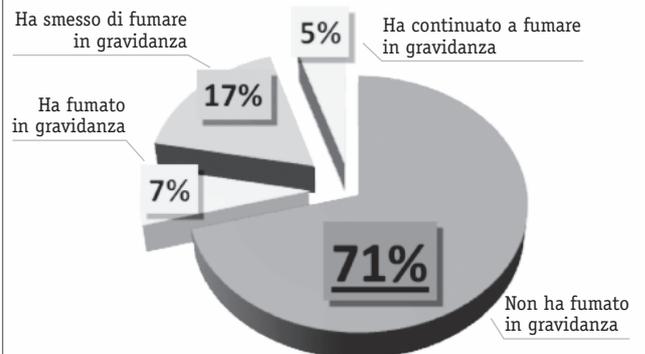
BMI in gravidanza: 51%

BMI IN GRAVIDANZA



Fumo in gravidanza: 7%

FUMO IN GRAVIDANZA



Bibliografia principale

1. D. Baronciani, G. Bufalmante, F. Facchinetti. La natalità: audit clinico e miglioramento della pratica assistenziale
2. ISTAT Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000
3. S. Minniti. Quando un bambino muore: sostegno agli operatori per un adeguato sostegno ai genitori
4. www.pubmed.com
5. www.saperidoc.it

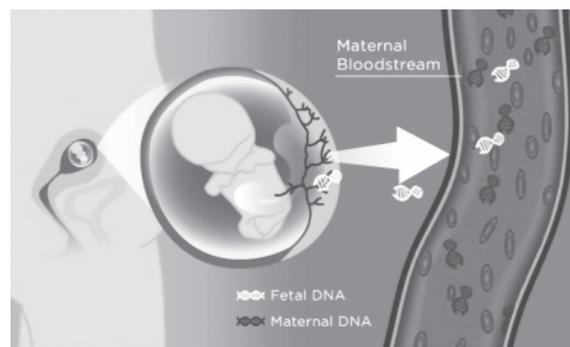


Choosing Wisely, le cinque più importanti procedure da evitare in medicina materno-fetale

La Fondazione Abim (American Board of Internal Medicine), che guida i professionisti nello scegliere saggiamente, ha individuato, per l'ambito della medicina materno-fetale, una nuova "Top 5 list" relativa a pratiche da non effettuare perché di utilità non provata, costose e a volte dannose.

La neonata "Top 5 list", che riguarda un'area di grande impatto sociale in quanto interessa il processo riproduttivo, merita l'attenzione dei professionisti dedicati, donne/coppie.

1. Non fare una valutazione di trombofilia ereditaria in donne con storia di perdita di gravidanza, ritardo di crescita intrauterina (Iugr), preeclampsia e distacco placentare. Mancano infatti dati scientifici a sostegno di un'associazione causale tra polimorfismi della metilentetraidrofolato reduttasi (Mthfr) o altre comuni trombofilie ereditarie ed esiti avversi di gravidanza, quali aborti ricorrenti, grave preeclampsia e Iugr. Test specifici per anticorpi antifosfolipidi, quando clinicamente indicati, dovrebbero limitarsi all'anticoagulante lupico, ad anticorpi anticardiolipina e ad anticorpi anti-beta2 glicoproteina.
2. Non posizionare un cerchiaggio in donne con cervice corta che sono in stato di gravidanza gemellare. Le donne con breve tratto cervicale incinte di due gemelli sono a rischio molto elevato di nascite pretermine, ma i dati scientifici, tra i quali una metanalisi di dati pubblicati su questo tema, dimostrano che un cerchiaggio in questa situazione clinica non solo non è utile ma può di fatto essere dannoso, cioè associarsi a un aumento di nascite pretermine.
3. Non offrire un test prenatale non invasivo (Nipt) per pazienti a basso rischio o comunque non prendere decisioni irreversibili sulla base dei risultati di questo test di screening. Il Nipt è stato adeguatamente valutato solo in gravidanze singole ad alto rischio di anomalie cromosomiche (età materna >35 anni, screening positivo, reperti ecografici suggestivi di aneuploidia, carrier di traslocazione ad aumentato rischio di trisomia 13, 18 o 21). La sua utilità in gravidanze a basso rischio rimane poco chiara. Inoltre con un Nipt possono verificarsi falsi positivi e falsi negativi, in particolare per le trisomie 13 e 18. Ogni risultato positivo a un Nipt dovrebbe essere confermato con test diagnostici invasivi prima di una interruzione di gravidanza. Se si esegue un Nipt, deve essere offerto un adeguato counselling pre-test per spiegarne vantaggi e limiti.
4. Non effettuare uno screening per Iugr con studi Doppler del flusso sanguigno. Gli studi che hanno tentato di fare uno screening delle gravidanze per una successiva comparsa di Iugr hanno prodotto risultati contraddittori. Inoltre, non è stato elaborato alcuno standard per la definizione ottimale di test anomalo, migliore età gestazionale per l'esecuzione del test o per la tecnica della sua effettuazione. Tuttavia, una volta che si sospetta la diagnosi di Iugr, l'uso della sorveglianza fetale prenatale, compresi gli studi Doppler del flusso dell'arteria ombelicale, risulta utile.
5. Non utilizzare progestinici per la prevenzione di una nascita pretermine in gestazioni multifetali non complicate. In questi casi, infatti, l'uso di progestinici non ha dimostrato di ridurre l'incidenza di parto pretermine.



Integrazione multidisciplinare della figura ostetrica in una Rete di Patologia del Tratto Ano-Uro-Genitale femminile: autonomia e nuove prospettive

Multidisciplinary integration of midwife role in a female Ano-Uro-Genital Network: autonomy and new perspectives



Autore

Michela Miletta

Ostetrica, ASL TO 4,

Rete Patologia del Tratto Ano-Uro-Genitale femminile

mmiletta@aslto4.piemonte.it

RIASSUNTO

Questo lavoro si propone di presentare un innovativo modello clinico-organizzativo di cura della patologia del basso tratto ano-uro-genitale femminile in Rete multiprofessionale, mediante la valorizzazione della figura ostetrica, come fulcro dell'offerta assistenziale.

I disordini del basso tratto ano-uro-genitale femminile rappresentano un ampio spettro di patologie, che spaziano dai problemi di statica pelvica, alle disfunzioni del tratto urinario e anorrettale, dalle patologie vulvari, alle disfunzioni sessuali, al dolore pelvi-perineale e alle lesioni neoplastiche o pre-neoplastiche ano-uro-genitali. La gestione ottimale viene dunque a configurarsi come un approccio multidisciplinare di diversi specialisti; tra questi, la figura dell'ostetrica, per la sua trasversalità di conoscenze e competenze, ivi incluso l'approccio ostetrico-riabilitativo alle principali disfunzioni pelvi-perineali, viene ad assumere un ruolo chiave nell'integrazione delle diverse professionalità, al servizio di un percorso assistenziale sinergico e completo per la tutela e il recupero della salute femminile.

Parole chiave

Ostetrica, multiprofessionalità, autonomia, integrazione di cure, tratto ano-uro-genitale.

ABSTRACT

This survey aims to present an innovative clinical and management model of care of lower female ano-uro-genital tract diseases in a multiprofessional Network, promoting midwife role, as the key figure of the care model.

Lower female ano-uro-genital tract disorders represent a wide spectrum of diseases, such as pelvic organ prolapse, lower urinary tract dysfunction (LUTD), anorectal dysfunction, vulvar diseases, infections, sexual dysfunctions, pelvic and perineal pain, intraepithelial neoplasia lesions and invasive neoplasias of the different sites. Optimal management is represented, so, by a multidisciplinary approach of different professionals; midwife role, because of the cross knowledge and competence, among which the obstetrical-rehabilitative approach to pelvi-perineal dysfunctions, to create a synergical and complete care pathway to promote and regain female health.

Keywords

Midwife, multi-professionalism, autonomy, integration of care, ano-uro-genital tract.

Introduzione

Il basso tratto ano-uro-genitale femminile deve essere considerato come un insieme di differenti organi che interagiscono tra di loro, da un punto di vista funzionale unico. Di conseguenza, un singolo disordine può, in realtà, colpire più di un distretto, coinvolgendo diverse discipline. Nel 1990 la teoria integrale di Petros (1) sostiene, per la prima volta, che il prolasso, i sintomi dell'incontinenza urinaria, l'anormale svuotamento vescicale o rettale e il dolore pelvico, per diverse ragioni, potevano essere correlati a una lassità muscolare o dei supporti legamentosi, o a un'alterazione del tessuto connettivale,

esplicitando la sofisticata interconnessione della complessa anatomia e fisiologia del tratto ano-uro-genitale. Negli anni, lo sviluppo delle implicazioni socio-sanitarie associate ai disturbi del tratto ano-uro-genitale, in continuo aumento, hanno condotto a un'ulteriore complicazione del quadro assistenziale.

Oggi, è ampiamente accettato che l'ottimale approccio assistenziale, in tale ambito, richiede l'integrazione delle diverse aree di specializzazione pertinenti, possibilmente gestite con un percorso di cura integrato e centralizzato sulla donna.

Il modello di cura in Rete

La Rete, prima di essere un nuovo modello clinico e organizzativo, è un approccio mentale, una filosofia, una modalità di concepire l'integrazione con altre professionalità al servizio della salute femminile. Nel modello di cura in Rete, la donna è al centro dell'assistenza: al momento dell'accesso e della presa in carico, riceve adeguate informazioni, indagini clinico-diagnostiche appropriate e validate da percorsi diagnostico-terapeutici integrati, una valutazione clinica e terapeutica multiprofessionale di équipe e un corretto counselling, al fine di condividere il percorso di cura con la donna stessa.

La compliance della donna, infatti, è valutata come un aspetto fondamentale per la riuscita di un ottimale percorso poiché il trattamento di alcuni disordini del tratto ano-uro-genitale richiede anche cambiamenti nelle abitudini quotidiane, trattamenti conservativi e riabilitativi, terapie farmacologiche e, talvolta, anche il ricorso alla chirurgia. Per ottenere un percorso efficiente ed efficace occorre superare la frammentazione assistenziale: in un gruppo di persone assistite dalle caratteristiche così complesse, un approccio di team è essenziale. L'integrazione di conoscenze e competenze di diversi specialisti (ostetrica, ginecologo, urologo, uro-ginecologo, colon-proctologo, fisiatra, radiologo e patologo), nel rispetto dell'autonomia professionale di ciascuna figura, esula dalla logica di competizione dei sistemi di cure delle varie branche specialistiche, per confinare in un'unica trasversale e collaborativa competenza di multiprofessionalità.

Per consentire ciò, la Rete è coordinata da un nucleo di esperti (uno per ciascuna area di competenza), che promuove linee di indirizzo comuni e validate dalle evidenze scientifiche e che gestisce l'interazione tra i tre diversi livelli di cure (il territoriale, il primo livello ospedaliero e il secondo livello di gestione multidisciplinare).

Il ruolo dell'ostetrica

La figura dell'ostetrica assume una valenza chiave nell'organizzazione in Rete. Figura professionale complessa, con potenziale ancora ampiamente inespresso nel management della patologia del basso tratto ano-uro-genitale femminile, in senso multidisciplinare, a livello nazionale.

Il Codice Deontologico (2), il profilo professionale (3) e l'ordinamento didattico, ci ricordano che l'ostetrica accompagna la donna durante tutte le fasi di vita, ha ruolo fondamentale nell'educazione e promozione della salute sessuale e riproduttiva femminile e può implementare la formazione di base, con percorsi post laurea dedicati al recupero della funzionalità del distretto ano-uro-genitale in termini ostetrico-riabilitativi.

Nel modello Rete dell'Azienda sanitaria locale torinese, l'ostetrica si interfaccia con le varie figure professionali, venendo a essere il cuore della sintesi multidisciplinare e multiprofessionale della Rete stessa. Identificata dalla donna come figura professionale di riferimento, che con-

duce la stessa durante tutta la fase di presa in carico, diagnosi e cura, è il manager del percorso di cura interprofessionale ed è il counsellor del Team per la donna.

Per la Rete coordina i servizi di educazione e riabilitazione del pavimento pelvico, definisce percorsi formativi per ostetriche, redige percorsi assistenziali in linea con le evidenze, partecipa alle attività del nucleo di coordinamento, gestisce l'area ostetrico-riabilitativa nel secondo livello multidisciplinare di cure, svolge attività di ricerca e valuta la qualità assistenziale erogata.

La peculiarità di tale ruolo consiste nell'integrare capacità relazionali (sia nel team interprofessionale, sia con le donne), competenze clinico-assistenziali di base e specialistiche, attitudine al coordinamento e al management, al fine di ottimizzare il percorso di cura di ciascuna donna: il primo esempio di ostetrica con formazione specifica, attivamente coinvolta in un innovativo modello di cure in rete multiprofessionale. La Rete del basso tratto ano-uro-genitale femminile dell'Azienda sanitaria piemontese copre un'area geografica molto vasta, con un bacino di circa mezzo milione di utenti. Tale funzionale e strategico modello ha consentito razionalizzazione di risorse umane, riduzione della spesa sanitaria, diffusione di conoscenze, miglioramento della qualità delle cure per la donna, con elevato indice di soddisfazione rilevato.

Conclusioni

Il ruolo dell'ostetrica per la gestione della patologia del basso tratto ano-uro-genitale è dunque essenziale. Tale nuova realtà organizzativa e clinica dovrebbe far riflettere circa le notevoli potenzialità della figura professionale ostetrica come manager di un complesso percorso di cura, riguardante la salute sessuale e riproduttiva femminile e come leader dell'integrazione multiprofessionale.

Ancora notevoli sono gli sviluppi attesi, nell'ottica di capillarizzazione di tale modello organizzativo anche in altre realtà territoriali regionali e nazionali, per la figura ostetrica che in senso olistico, non si confina più solo ai già definiti ambiti di competenza, abbracciando nuove stimolanti e preziose sfide assistenziali.

Bibliografia

1. Petros PE, Ulmsten UI. An integral theory of female urinary incontinence. Experimental and clinical considerations. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl.* 1990; 153:7-31
2. Federazione Nazionale Collegi Ostetriche (FNCO). Codice Deontologico dell'ostetrica, 2010
3. Decreto Ministeriale 14 settembre 1994 n. 740, Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Ostetrica/o, *Gazzetta Ufficiale* del 9 gennaio 1995
4. Bogliatto F, Boraso F, A new model of care: the lower female anourogenital network. *J Low Genit Tract Dis.* 2015. In press

Apgar, emogasanalisi e outcome neonatale

Studio retrospettivo, osservazionale su 1.075 nascite presso la Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università di Modena e Reggio Emilia (1° gennaio 2011-31 maggio 2011 e 1° settembre 2011-31 dicembre 2011)

Apgar, hemogasanalysis and neonatal outcome.

Retrospective, observational study of 1,075 births at the Obstetric and Gynecological Clinic of the University of Modena and Reggio Emilia

(1st January 2011-31st May 2011 and 1st September 2011-31st December 2011)

Autrice

Vanessa Marastoni

*Ostetrica, UO Ostetricia e Ginecologia
dell'Ospedale Civile di Sassuolo SpA, Modena*

Contatti

Vanessa Marastoni

vanessa.marastoni@alice.it

“Lasciatelo stare.

Lasciatelo fare.

Lasciategli il tempo.

Il sole si alza forse di colpo?

Tra il giorno e la notte non indugia forse

l'alba incerta e la lenta, maestosa gloria dell'aurora?

Lasciate alla nascita la sua lentezza e la sua gravità.”

Frédérick Leboyer



RIASSUNTO

Questo studio retrospettivo, osservazionale su 1.075 nascite presso la Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università di Modena e Reggio Emilia, valuta i risultati dell'emogasanalisi, un prelievo effettuato dal cordone ombelicale e introdotto solo recentemente. Oggi in molte sale parto il clampaggio precoce del funicolo è una prassi, necessaria quando viene eseguita l'emogasanalisi, altrimenti i valori verrebbero alterati, dunque è necessario interrompere qualsiasi scambio fra madre e neonato. Viene spontaneo chiedersi se questa emogasanalisi sia veramente necessaria e a cosa può servire. Sicuramente un esame di questo tipo è molto utile agli operatori, in quanto dal punto di vista medico-legale, fra i criteri fondamentali per definire che un evento ipossico intra-partum sia sufficiente a causare una paralisi celebrale, è necessario che sia evidente una acidosi metabolica sul sangue dell'arteria ombelicale e questa acidosi metabolica viene diagnosticata se sono rispettate queste due condizioni: pH <7 e BE (base excess) \geq -12 mmol/l (sentenza 12686/11 della Corte di Cassazione che ha rivoluzionato il sistema della prova della sofferenza fetale in travaglio). Ma oltre a questo, la determinazione dell'equilibrio acido-base sul funicolo ombelicale può aiutare a posteriori a capire come migliorare l'assistenza o può fornire una migliore interpretazione del tracciato cardiocografico? Può fornire un dato oggettivo sulla qualità dell'assistenza e informazioni sulle condizioni neonatali? Tra i principali risultati di questa tesi emerge che l'emogasanalisi su sangue prelevato dal cordone ombelicale dimostra la sua totale completezza quando tutti i dati sono rilevati, per quanto riguarda il tipo di parto l'esistenza di valori pH <7 si ritrovano soltanto negli operativi, per quanto riguarda i tagli cesarei eseguiti in regime di emergenza solo il 10% circa ha un valore di pH <7. Relativamente alla durata del travaglio di parto il tempo più prolungato di travaglio comporta una maggiore quota di pH fra 7,00-7,20.

Parole chiave

Apgar, emogasanalisi, pH, BE, neonati.

ABSTRACT

This retrospective, observational study of 1,075 births at the Obstetric and Gynecological Clinic of the University of Modena and Reggio Emilia, evaluates the hemogasanalysis' results, a sample taken from the umbilical cord blood and only recently introduced. Today in many delivery rooms the early clamping of the umbilical cord is a necessary practice when the hemogasanalysis is performed, then you must stop any exchange between mother and baby, otherwise the values would be altered. It comes naturally wonder if hemogasanalysis is really necessary and for which purpose it can be used. Surely this kind of examination is very useful to operators, because from medical-legal point of view, one of the fundamental criteria to understand if an hypoxic intra-partum event is sufficient to cause a cerebral paralysis it must be clear metabolic acidosis on umbilical artery blood and this metabolic acidosis is diagnosed if these two conditions are verified: pH <7 and BE (base excess) \geq -12 mmol/l (judgment number 12686/11 of the Court of Cassation, which has revolutionized the test system of fetal distress during the labor). But beyond that, can the determination of the acid-base balance in the umbilical cord help to understand how to improve the assistance or can it provide a better interpretation of the CTG pattern, or give objective data on the quality assistance and information about the neonatal conditions? Among the main results of this study it becomes evident that the hemogasanalysis made with blood taken from the umbilical cord demonstrates its thoroughness when all the data are collected, about the mode of delivery the existence of pH values <7 are found only in the operative ones, with regard to the caesarean section performed in a situation of emergency only about 10% has a pH <7. With regard to the duration of labor it can be said that the more prolonged time of labor lead to a higher share of pH between 7.00 to 7.20.

Keywords

Apgar, hemogasanalysis, pH, BE, newborns.

Introduzione

L'indice di Apgar è il risultato derivante da alcuni controlli effettuati immediatamente dopo il parto finalizzati a valutare la vitalità di un neonato e l'efficienza delle funzioni reattive primarie. Si basa su cinque parametri (battito cardiaco, respirazione, tono muscolare, riflessi, colore della pelle) ai quali assegnare un punteggio da zero a due. Il valore massimo dell'indice è quindi 10.

L'emogasanalisi (EGA) è uno degli esami ematici più frequentemente richiesti nell'emergenza ostetrica e nel periodo di stabilizzazione del bambino in fase acuta. È un'analisi effettuata con un emogas analizzatore di un campione di sangue arterioso e/o venoso, allo scopo di determinare alcuni parametri respiratori e l'equilibrio acido-base del bambino al momento del parto. Alcuni dei valori più importanti forniti da questo esame sono: il pH ematico, l'eccesso di basi (BE) e la pressione parziale dell'anidride carbonica (pCO₂).

Scopo

Valutare se i criteri di assegnazione del punteggio di Apgar siano effettivamente corrispondenti ai valori espressi dall'emogasanalisi e se tutto trovi adeguato riscontro nell'effettivo stato neonatale.

Un ulteriore obiettivo dello studio è stato quello di valutare se, in che modo, e con quale eventuale significatività i punteggi di Apgar assegnati e i valori dell'emogasanalisi siano mutati in rapporto a vari parametri.

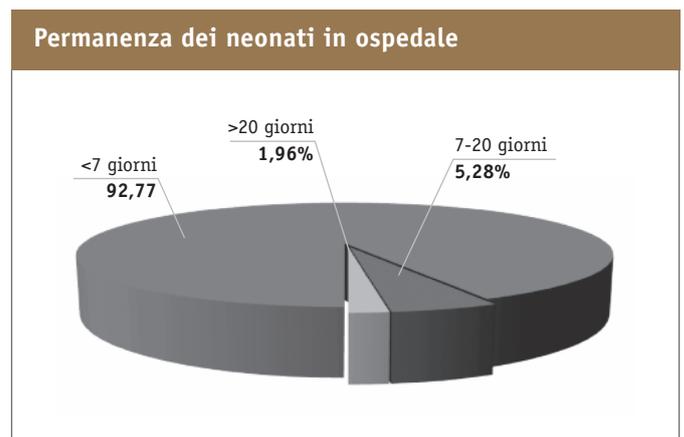
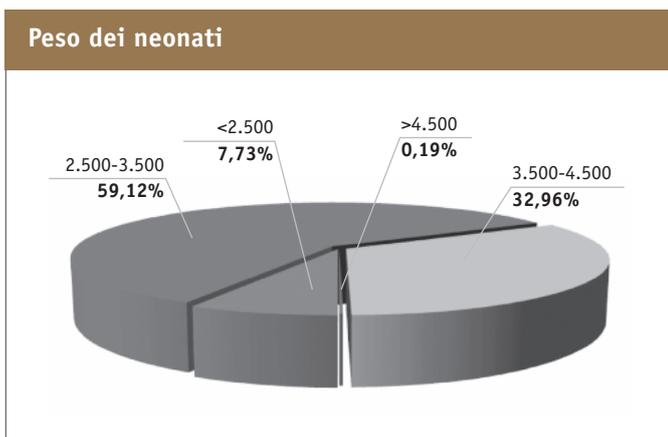
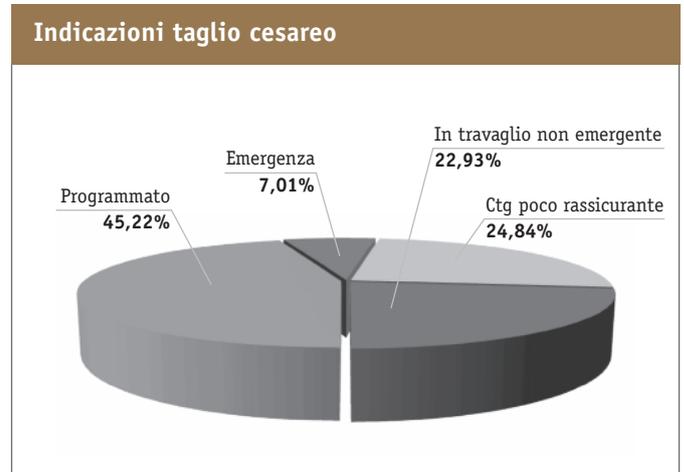
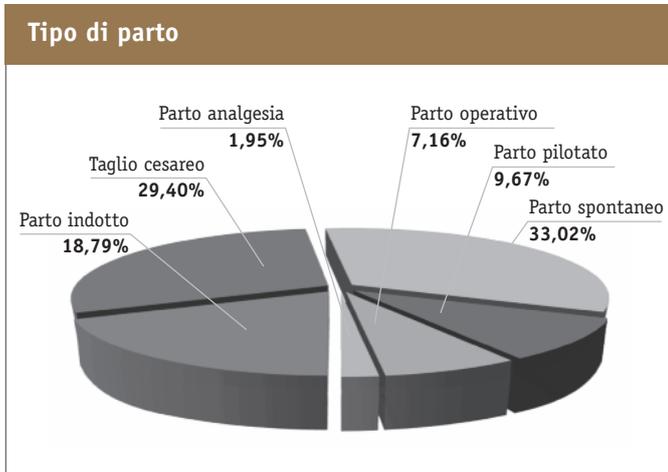
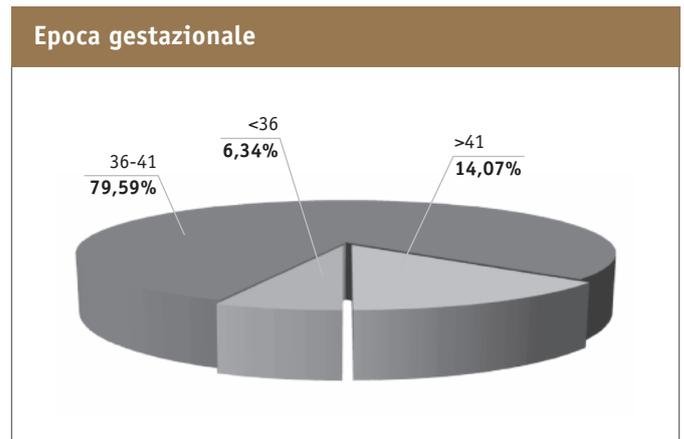
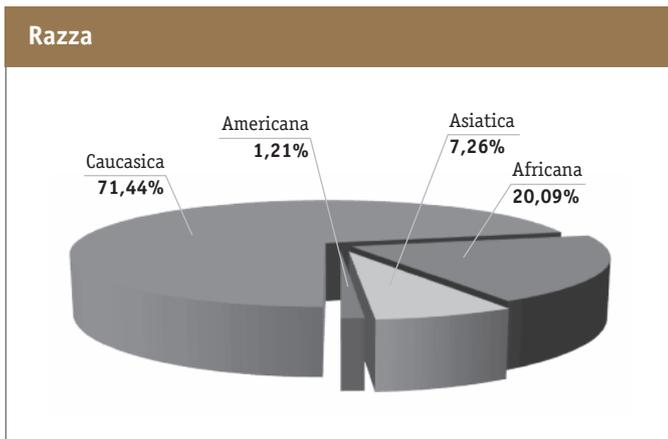
Materiali e metodi

Il mio studio randomizzato retrospettivo di tipo osservazionale è relativo a un campione di 1.075 pazienti, in gravidanza singola, che hanno espletato il parto per via vaginale o laparotomica fra la 30^a e la 41^a settimana di gestazione conclusa, presso la Clinica Ostetrica e Ginecologica del Policlinico di Modena.

La campionatura è stata volutamente fatta su due diversi periodi dell'anno: dal 1° gennaio 2011 al 31 maggio 2011 e dal 1° settembre 2011 al 31 dicembre 2011, per un periodo totale di 9 mesi. Nella consultazione ho preso in considerazione i seguenti parametri: età materna, razza, BMI, parità, decorso della gravidanza (Basso, Medio/Alto rischio), età gestazionale, tampone vagino-rettale, esordio del travaglio, colore e quantità del liquido amniotico, durata delle varie fasi del travaglio, modalità di parto, utilizzo di ossitocina durante il travaglio, diagnosi di

posizione fetale. Ho preso visione altresì della documentazione clinica relativa a tutti i neonati, con particolare attenzione a quelli ricoverati in osservazione al nido o in terapia intensiva neonatale (TIN).

I dati neonatali presi in considerazione sono: peso (in gr), patologie del funicolo ombelicale (giri, nodi, etc.), indice Apgar al 1' e 5', emogasanalisi arteriosa e venosa (pH, BE, differenza di pCO₂), interventismo sul neonato alla nascita, ricovero al nido, ricovero in TIN, giorni di degenza in ospedale. Mi sono avvalsa di un foglio elet-



Hiv-1: l'anello contraccettivo con dapivirina a lento rilascio ne riduce l'incidenza



Un anello vaginale contenente dapivirina applicato una volta al mese riduce il rischio di contagio da virus dell'immunodeficienza umana tipo 1 (Hiv-1) tra le donne africane, con una maggiore efficacia nel sottogruppo con la maggiore aderenza alla cura.

È quanto afferma Jared Baeten professore di salute globale, medicina ed epidemiologia all'Università di Washington e primo autore di uno studio pubblicato sul *New England Journal of Medicine*.

“I farmaci antiretrovirali attualmente in uso a scopo profilattico sono in grado di prevenire l'infezione da Hiv-1, anche se negli studi clinici svolti tra le donne africane l'incidenza di Hiv-1 non risulta ridotta in modo significativo, probabilmente a causa della bassa aderenza alla terapia”, esordisce il ricercatore, spiegando che i metodi di rilascio ad azione prolungata, tra cui anche gli anelli vaginali, possono semplificare l'uso dei farmaci antiretrovi-

rali fornendo di conseguenza un'adeguata protezione contro l'Hiv-1. Per approfondire la questione i ricercatori hanno condotto uno studio di fase 3 randomizzato e controllato in doppio cieco con placebo che prevedeva il confronto tra placebo e somministrazione mensile tramite un anello vaginale dell'antivirale dapivirina, un inibitore non-nucleosidico della trascrittasi inversa virale.

“A prendere parte allo studio sono state 2.629 donne di età compresa tra 18 e 45 anni residenti in Malawi, Sud Africa, Uganda e Zimbabwe”, spiega l'epidemiologo, precisando che tra le partecipanti si sono verificate 168 infezioni da Hiv-1: 71 nel gruppo dapivirina e 97 nel gruppo placebo, con un'incidenza rispettiva del 3,3 e del 4,5 per 100 persone anno. “L'incidenza globale di Hiv-1 nel gruppo dapivirina è stata inferiore del 27 per cento rispetto a quella osservata con il placebo, ma il dato interessante è che dall'analisi dei sottogruppi emerge una riduzione di incidenza del 37 per cento tra le donne con maggiore aderenza alla terapia”, scrivono i ricercatori, concludendo con i tassi di eventi avversi, risultati simili nei due gruppi.

Nejm 2016. doi: 10.1056/NEJMoa1506110

www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1506110

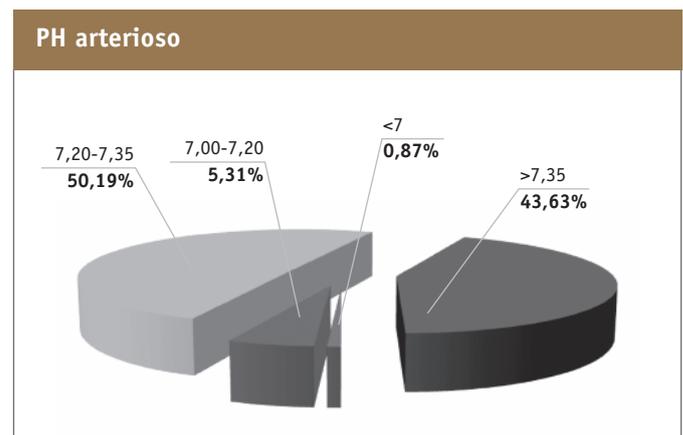
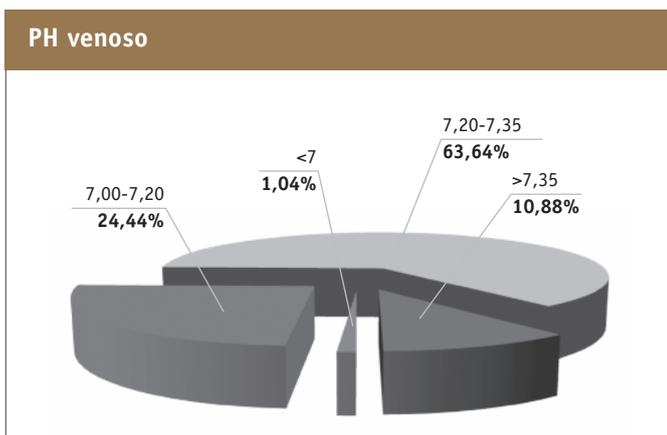
tronico di Excel per la raccolta sistemica e codifica dei dati e per l'elaborazione dei dati è stato impiegato un software professionale di statistica, Statistical Package for Social Science (SPSS versione 17 for Windows, 2010).

Risultati

Ho confrontato la distribuzione dei valori di Apgar al 1° e al 5° minuto notando una tendenza al miglioramento al 5° minuto.

Valutando le curve di andamento di pH arterioso e

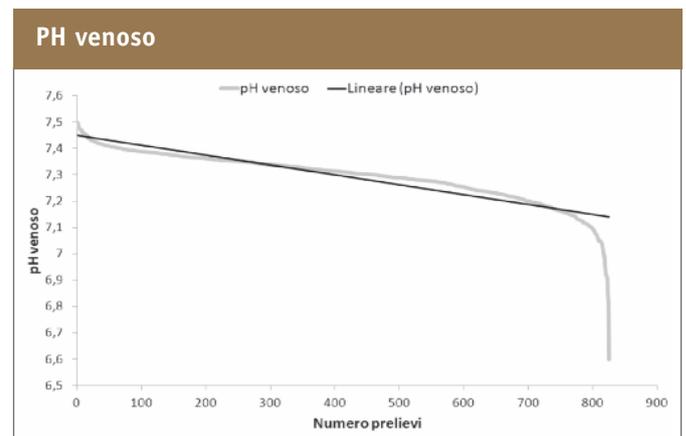
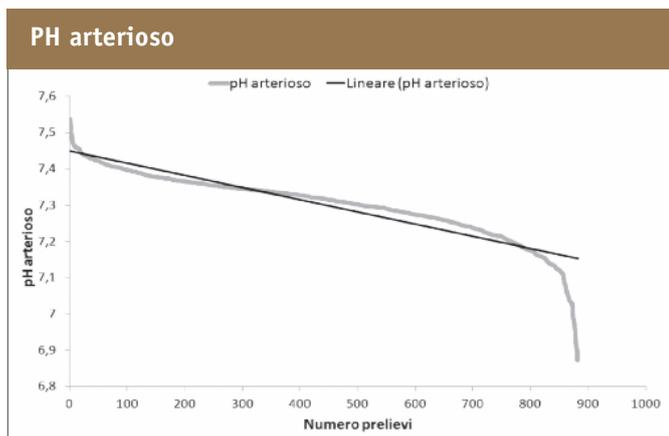
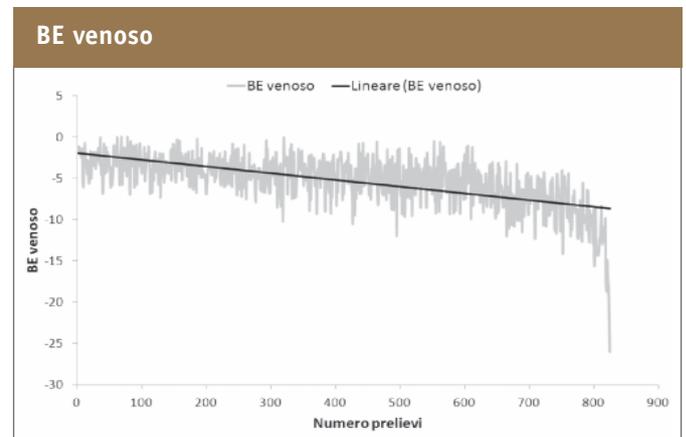
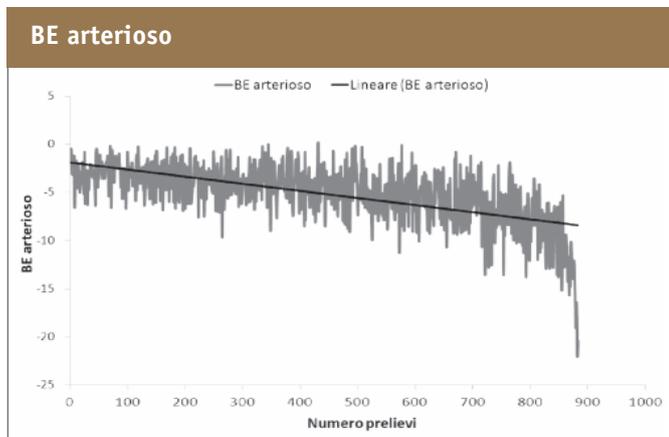
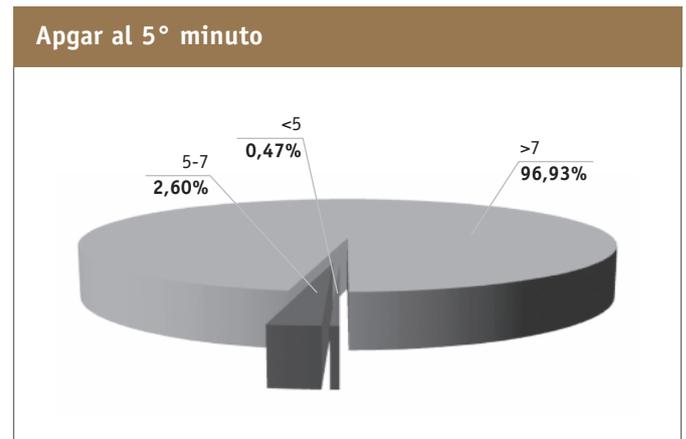
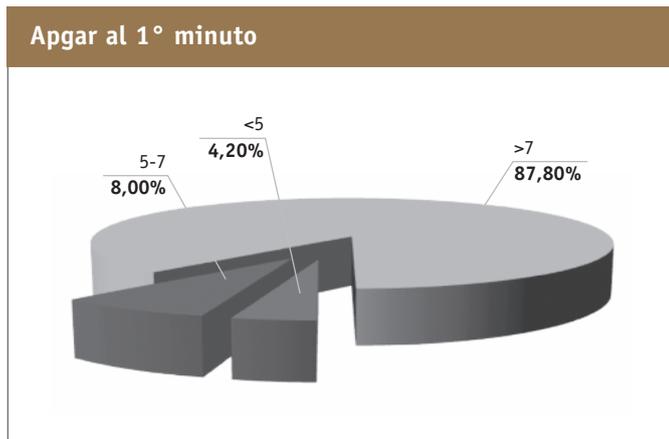
venoso, BE arterioso e venoso e notando che l'andamento corrisponde, ho preso in considerazione in maniera esemplificativa solo il pH arterioso mettendolo in confronto con vari parametri: Apgar al 1° minuto ed epoche gestazionali, con lo scopo di dimostrare come queste influenzino in positivo o in negativo i valori dell'ega e il punteggio di Apgar, rischio ostetrico, tipo di parto e nello specifico ho preso in considerazione le diverse indicazioni al taglio cesareo, utilizzo di ossitocina, durata delle varie fasi del travaglio, posizione fetale, patologie del funicolo e del liquido amniotico, interventismo al momento della nascita e ricovero dei neonati.



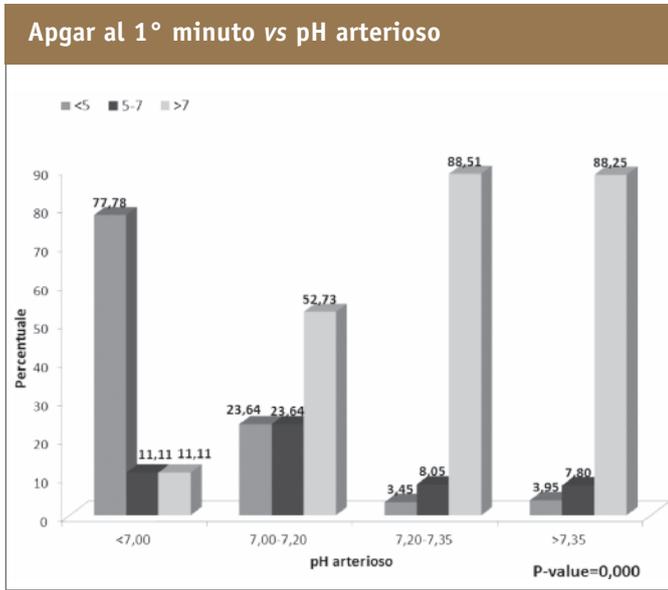
Conclusioni

L'emogasanalisi su sangue prelevato dal cordone ombelicale dimostra la sua totale completezza quando tutti i dati sono rilevati; considerando però che le curve di andamento dei vari valori, in particolare quelli riferiti al pH arterioso e venoso e al BE arterioso e venoso, si sovrappongono esattamente, autorizzano al ricorso anche alla sola valutazione del pH del sangue arterioso. Per quanto riguarda il rapporto fra Apgar/pH è significativo il fatto che per un pH

<7 in ¼ circa dei casi il punteggio di Apgar fosse fra 5-7 o >7; in presenza di pH >7,35 è stato assegnato un valori di Apgar <5 in un sia pur modesto, ma reale 4% dei casi. Quest'ultima considerazione può essere interpretabile considerando che quel basso punteggio di Apgar assegnato in pH elevati, possa far riferimento a un corrispondente numero di neonati pretermine, che possono aver condizionato l'assegnazione del punteggio.



Viceversa quanto più l'epoca gestazionale è avanzata, tanto più può accadere di osservare punteggi ottimali di Apgar in presenza di un valore di pH sull'arteria ombelicale che deporrebbero per scadenti condizioni neonatali.



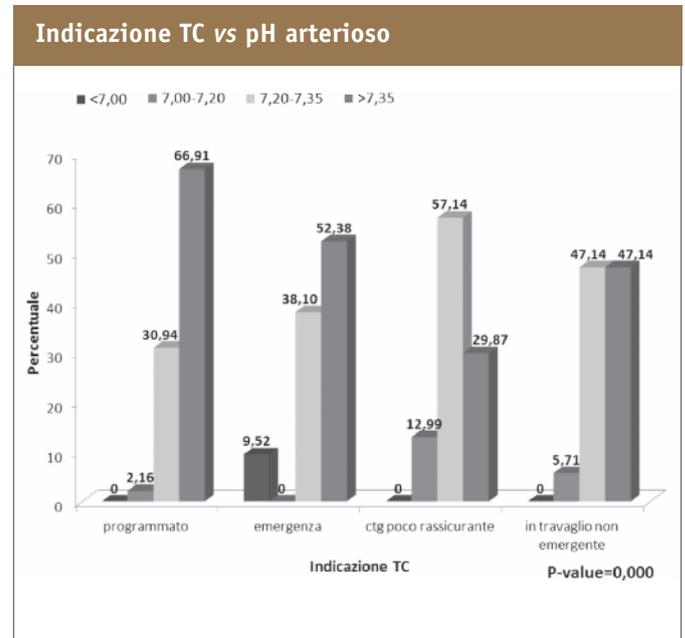
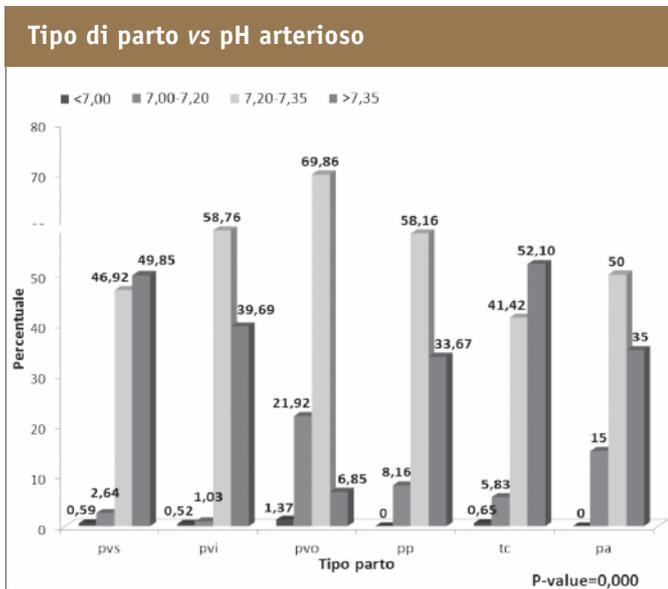
Quanto detto cioè in rapporto all'epoca gestazionale. Per quanto riguarda il rischio ostetrico sembra non esistere una relazione con il benessere neonatale. Nel tipo di parto si segnala che l'esistenza di valori di pH <7 si ritrovano soltanto negli operativi.

Riguardo ai tagli cesarei eseguiti in regime di emergenza, si ritrova che solo il 10% circa ha un pH <7 e che nelle altre indicazioni raramente si è scesi al di sotto di un pH di 7,20.

L'uso dell'ossitocina ci suggerisce solo di non temere eventuali effetti spiacevoli sul benessere neonatale. Relativamente alla durata del travaglio di parto si può affermare che il tempo più prolungato di travaglio comporti una maggiore quota di pH fra 7,00-7,20. Le posizioni anteriori dell'estremo cefalico fetale sono le uniche che determinano valori di pH <7. Patologie del funicolo e del liquido amniotico non dimostrano significatività sullo stato neonatale.

È adeguato secondo i nostri numeri, l'interventismo neonatologico, sia in relazione ai valori di pH arterioso che in rapporto al punteggio di Apgar assegnato.

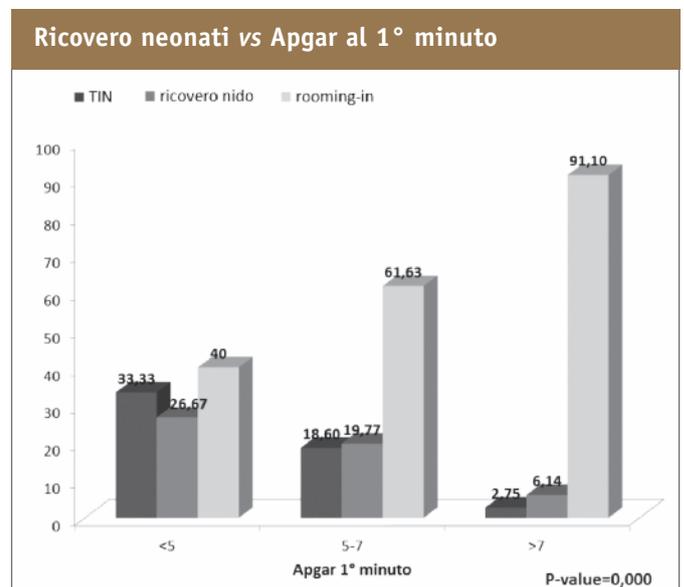
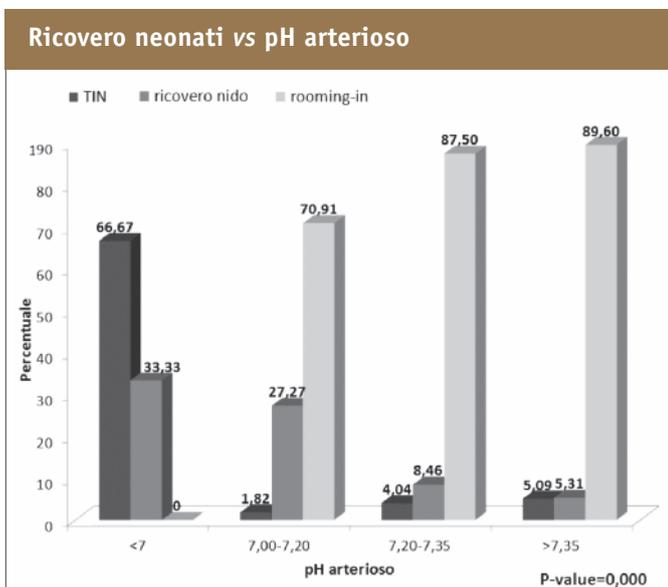
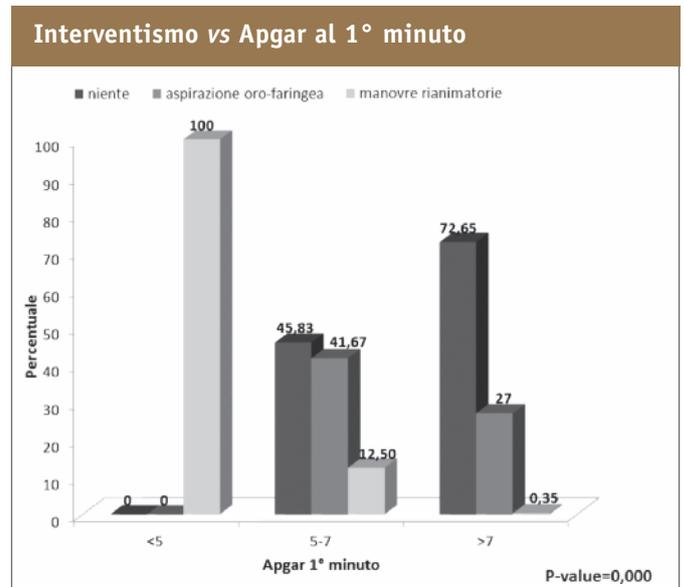
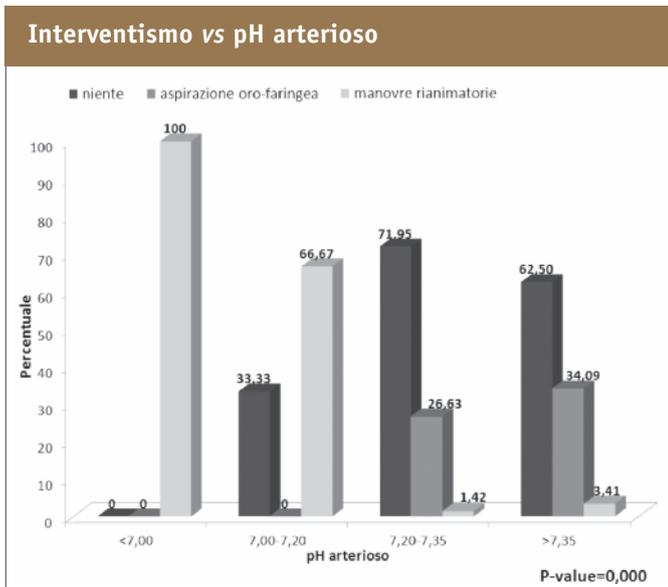
Relativamente al ricovero neonati la percentuale ricoverata in TIN (4,74%) e quella ricoverata in osservazione al nido (8,47%) è inquinata: circa la metà dei neonati ricoverati in TIN è stata classificata con la diagnosi di "prematurità" e presentava valori di pH nella fascia di pieno benessere.



		PH arterioso			
		<7	7,00-7,20	7,00-7,20	>7,35
Tipo di parto	Pvs	0,59	2,64	46,92	49,85
	Pvi	0,52	1,03	58,76	39,69
	Pvo	1,37	21,92	69,86	6,85
	Pp	0	8,16	58,16	33,67
	Tc	0,65	5,83	41,42	52,10
	Pa	0	15	50	35

Bibliografia principale

1. Rosèn KG, Murphy KW. "How to assess fetal metabolic acidosis from cord samples". *J.Perinat.Med.* 1991; 19:221-6
2. The American College of Obstetricians and Gynecologists. "Assessment of fetal and newborn acid-base status". Technical bulletin 1989
3. Nagel HTC, Vandebussche FPHA, Oepkes D, Jennekens-Schinkel A Laan LAEM, Bennebroek Gravenhorst J. "Follow-up of children born with umbilical arterial blood pH <7". *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173:1758-64
4. Johnson JWC, Richards DS. "The etiology of fetal acidosis as determined by umbilical cord acid-base studies". *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173:1758-64
5. SOGC: "Fetal health surveillance in labour: number 112", March 2002
6. Boehm FH. "Intrapartum fetal heart rate monitoring". *Obstet Gynecol Clin North Am* 1999; 26:623-39
7. Berkus MD, Langer O, Samueloff A, Xenakis EM, Field NT. "Electronic fetal monitoring: what's reassuring?" *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78:15-21
8. Vandebussche FPHA, Oepkes D, Keirse MJNC. "The merit of routine cord blood pH measurement at birth". *J Perinatal Med* 1999; 27(3): 158-65
9. American College of Obstetricians and Gynecologist. "Umbilical cord blood gas and acid-base analysis. Committee opinion" No. 348. *Obstet Gynecol* 2006; 108:1319-22
10. Liston R., Sawchuck D., Young D. "Fetal Health surveillance: antepartum and intrapartum consensus guideline". Society of Obstetrics and Gynaecologist of Canada; British Columbia Perinatal Health Program (Published erratum appears in *J Obstet Gynaecol Can* 2007; 29:909). *J Obstet Gynaecol Can* 2007; 29 (suppl 4):53-56



Con il "ricettario bianco" le ostetriche potranno prescrivere le prestazioni del percorso nascita

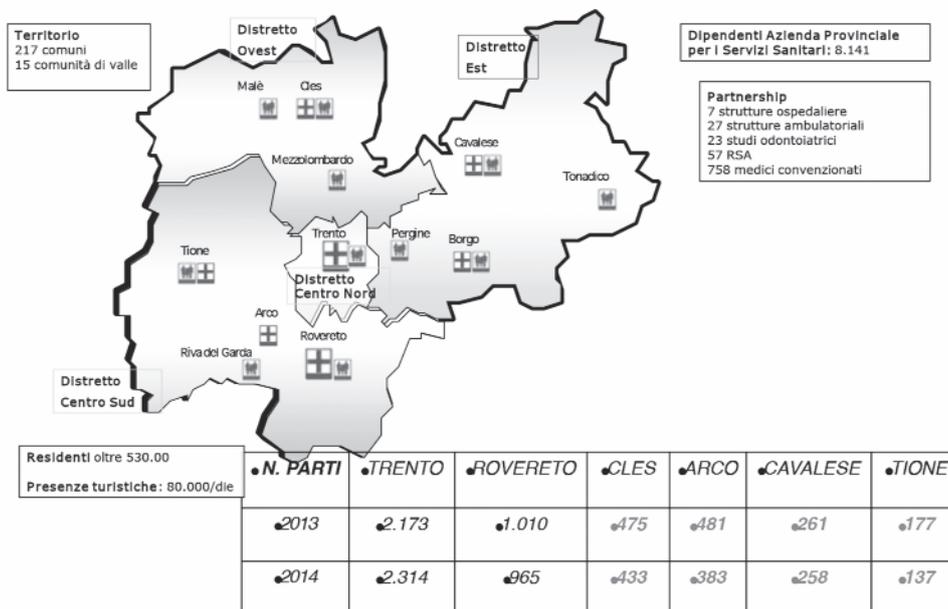
La Giunta provinciale di Trento ha approvato il provvedimento con il quale solo le ostetriche dell'Azienda sanitaria provinciale sono autorizzate alla prescrizione delle prestazioni previste nell'ambito del percorso nascita territoriale su un apposito "ricettario bianco"

La normativa nazionale sull'utilizzo del "ricettario rosso" del SSN (commi 1 e 2 dell'art. 15-decies, del D.Lgs. 502/92 e commi 2 e 4 dell'art. 50 della L. 326/2003) fa esclusivamente riferimento al medico quale soggetto proscrittore e "ordinatore di spesa", mentre, la Giunta provinciale di Trento, dotando le ostetriche di un "ricettario bianco", semplifica e supera procedure ridondanti.

Ispirandosi anche a criteri di funzionalità ed economicità, è stata individuata una modalità che, nel rispetto della disciplina vigente, risponde all'obiettivo di valorizzare la competenza professionale dell'ostetrica evitando la trascrizione di esami.

Il "Modello Trento", che offre alle donne un modello organizzativo ampiamente diffuso nel Nord Europa, riconosce concreta e autonoma operatività all'ostetrica, che potrà così "prescrivere gli esami necessari per la diagnosi quanto più precoce di gravidanze a rischio" come previsto dalla normativa riguardante il suo esercizio professionale (D.Lgs. 206/2007 e D.Lgs. 15/2016 che ha recepito la Direttiva 55/2013).

Il provvedimento completa il processo di riorganizzazione del percorso nascita e garantisce sul territorio di Trento, in condizioni di



prossimità, la "presa in carico" di madre e bambino dall'inizio della gravidanza a tutto il puerperio, con un'ostetrica di riferimento che opera in costante collaborazione con il ginecologo e le altre professionalità coinvolte nel percorso nascita.

Il disposto normativo di recente attuazione autorizza "solo" le ostetriche dell'Azienda sanitaria alla prescrizione delle prestazioni previste nell'ambito del percorso nascita territoriale su ricettario "bianco", secondo precisi criteri di accessibilità e condizioni operative di seguito riportate:

- accessibilità alle prestazioni del percorso nascita da parte delle donne in gravidanza qualora residenti e iscritte al Servizio sanitario provinciale, nonché di quelle domiciliate o temporaneamente presenti;
- referenza clinica da parte del medico ostetrico di reparto/ambulatorio dell'Apss;
- definizioni di profili di prestazioni programmate, appropriate

ed efficaci per le diverse fasi della gravidanza fisiologica, a decorrere dall'inizio della gravidanza, per la sua durata e fino al puerperio;

- esecuzione e refertazione delle prestazioni da svolgersi esclusivamente nell'ambito dei servizi e presidi dell'Apss;
- le prestazioni sono escluse dalla compartecipazione a carico dell'utente (ogni onere risulta a carico totale del Servizio sanitario provinciale).

La Federazione Nazionale dei Collegi Ostetriche, per rendere operativa la distinzione del percorso patologico da quello fisiologico gestito da personale ostetrico (ASR/2010), dal 2009 al 2016, ha chiesto al Ministero della Salute e al Comitato Percorso Nascita Nazionale l'inserimento nei nomenclatori regionali di apposito codice per la prescrizione da parte dell'ostetrica della diagnostica prenatale ai fini della "diagnosi quanto più precoce di gravidanze a rischio".

GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO

Confronto tra Centro Nascita e Sala Parto tradizionale: in che modo il contatto pelle-a-pelle e la prima suzione influenzano l'allattamento esclusivo al seno

Pregnancies to low risk.

Comparison between Birth Center and Traditional Delivery Room: how does the skin-to-skin contact and the first sucking breast influencing the exclusive breastfeeding

Autori

Silvia Plizza

Collaboratore professionale sanitario
Ostetrica presso Nuovo Ospedale Civile
di Sassuolo (MO)

Fabio Facchinetti

Professore Associato "Medicina Perinatale";
Presidente CdL in Ostetricia
presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia
dell'Università di Modena e Reggio Emilia,
Direttore F. F. UO di Ostetricia e Centro
Nascita, Dipartimento Materno-Infantile,
presso Azienda Ospedaliero Universitaria
Policlinico di Modena

Silvia Vaccari

Ostetrica Dottore Magistrale;
Coordinatore Sanitario Esperto DS
UO Ostetrica e Sala Parto
presso Ospedale di Sassuolo - SPA;
Vicepresidente della FNCO
(triennio 2015-2017)

Marisa Negri

Collaboratore professionale sanitario
Ostetrica; aiuto coordinatore ostetrica
presso Azienda Ospedaliero Universitaria
Policlinico di Modena

Contatti

Silvia Plizza

silvia.plizza@virgilio.it

RIASSUNTO

Negli ultimi 30 anni si è giustamente enfatizzata l'importanza del bonding fra famiglia e neonato fin dall'immediato periodo postnatale.

Mentre la separazione di routine della mamma e del bambino dopo il parto può avere un impatto negativo sullo stabilirsi di una normale interazione madre-bambino e sull'avvio dell'allattamento al seno, i benefici di un precoce contatto pelle-a-pelle includono invece un rapporto dose-dipendente fra durata del pelle-a-pelle in sala parto e avvio dell'allattamento al seno, una maggior durata dell'allattamento al seno, un migliore "attaccamento" materno, il miglioramento della stabilità cardiorespiratoria nel neonato, la riduzione del "pianto" da parte del bambino e la modulazione dello stato comportamentale e motorio del neonato, senza pregiudicare il suo adattamento alla nuova vita extrauterina.

Pertanto è fondamentale garantire il più possibile il contatto pelle-a-pelle tra madre e neonato subito dopo la nascita, favorendo il primo attacco al seno nelle due ore successive al parto, posticipando tutte quelle procedure assistenziali neonatali non d'urgenza, come il primo bagnetto o le profilassi di routine.

Parole chiave

Allattamento esclusivo al seno, contatto, prima suzione, imprinting.

ABSTRACT

Over the past 30 years it has rightly emphasized the importance of bonding between the family and newborn since the immediate postnatal period.

While the routine separation of mother and child after birth, may have a negative impact on the establishment of a normal mother-infant interaction and on the launch of breastfeeding, the benefits of early skin-to-skin instead include a dose-dependent relationship between duration of skin-to-skin in the delivery room and start of breastfeeding, longer duration of breastfeeding, improved "attachment" breast, improving of cardiorespiratory stability in the newborn, reducing the "crying" by the child and the modulation of behavioral state and motor of the newborn, without affecting its adaptation to the new extra-uterine life.

Therefore it is essential to ensure as much as possible the skin-to-skin contact between mother and baby immediately after birth, favoring the first attack breast within two hours of birth, postponing all those neonatal care procedures not urgent, as the first bath or the routine prophylaxis.

Keywords

Exclusive breast-feeding, contact, first sucking breast, imprinting.

Introduzione

Il parto, troppo spesso considerato come un momento di separazione tra madre e figlio, in realtà rappresenta un passaggio tra endogestazione ed esogestazione e riveste un ruolo cruciale nel primo sviluppo biologico e psicofisico del neonato. In particolare è assai importante il primo contatto tra la madre e il primo organo del quale il bambino sviluppa sensibilità: la pelle (1, 2).

Tale processo, meglio noto come contatto pelle-a-pelle, viene identificato come il primo momento di avvicinamento tra la madre e il bambino nelle prime ore di vita e direttamente collegato ad esso vi

è la prima suzione: è stato infatti dimostrato che i bambini posti subito dopo la nascita a contatto col corpo materno spontaneamente procedono alla ricerca del seno (3).

Questi due “fenomeni” svolgono entrambi un ruolo importante nella vita del nuovo nato. Non solo perché il latte materno contiene tutto ciò di cui un neonato ha bisogno per crescere e sviluppare le proprie difese contro le malattie, ma anche perché costituiscono un momento fondamentale per l'instaurarsi della relazione mamma-bambino. Dal punto di vista fisiologico questo legame di attaccamento si instaura per l'azione congiunta di ormoni e neuromediatori, fra cui il più importante è l'ossitocina (OT), ormone ipotalamico che sovrintende alla conservazione della specie e raggiunge il suo picco massimo di secrezione nella prima ora successiva al parto. Essa è implicata negli aspetti fisiologici e comportamentali indotti dalle relazioni sociali, ma soprattutto è coinvolta nella fisiologia dell'accoppiamento, del parto e dell'allattamento, dei quali contestualmente governa i correlati aspetti comportamentali: il legame di coppia e il legame di attaccamento madre-bambino. Inoltre, agisce in antagonismo con l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, responsabile della conservazione dell'individuo (reazioni di attacco e fuga), che si attiva nelle situazioni di stress e paura, mentre situazioni di calma e tranquillità favoriscono il prevalere dell'ossitocina (4, 5).

Oltre a questo ormone, anche le endorfine endogene svolgono un ruolo importante nella formazione del legame parentale. Esse, infatti, in un'azione concertata con l'OT determinano il piacere di stare vicini e la conseguente ricerca attiva della vicinanza col partner della relazione amorosa.



Dopo il parto la ri-unione fuori dall'utero tra madre e figlio, attraverso il contatto pelle-a-pelle, determina l'attivazione dei rispettivi sistemi oppioidi, la cui azione, sommata agli alti livelli di OT, rinforza il bisogno di attaccamento e accudimento del bambino da parte della madre e viceversa, costituendo la base di una mutua dipendenza (6).

Numerosi studi (7, 8) hanno dimostrato che le cure prossimali (come il contatto pelle-a-pelle, l'allattamento al seno prolungato, il massaggio, il baby carryng, il co-sleeping) tramite l'azione dell'OT, promuovono il legame madre-bambino. Interventi che ne riducano l'azione (come il ritardo nell'inizio dell'allattamento al seno, la forzata separazione di madre e bambino fin dalla nascita per l'esecuzione di routine ospedaliere, quali il peso, le misurazioni, le profilassi oftalmica e antiemorragica, il “bagnetto”, etc.) sono quindi sconsigliabili in quanto non sostengono la genitorialità e pregiudicano la formazione di un saldo legame di attaccamento, che è alla base del benessere psico-fisico e sociale del bambino.

Per tale motivo si considera importante alla nascita favorire il contatto pelle-a-pelle e il primo attacco al seno entro un'ora dal parto, così come hanno dichiarato anche l'UNICEF e l'OMS ne *“I dieci passi per il successo dell'allattamento al seno”* (9). Tra questi, in particolare il passo 4 afferma, infatti, che il bisogno del contatto pelle-a-pelle immediato e il continuo sostegno per iniziare l'allattamento nella prima ora di vita sono indispensabili per aiutare la madre e il bambino a riuscire ad allattare al seno in maniera ottimale anche nei mesi successivi.

Scopo dello studio

Determinare se il contatto pelle-a-pelle e il primo attacco al seno entro due ore dal parto abbiano un effetto positivo per quanto riguarda la riuscita e la durata dell'allattamento esclusivo al seno.

Per valutare questo sono stati confrontati tra di loro due gruppi di diadi madre-bambino: quelle nate presso il Centro Nascita modenese e quelle nate presso la Sala Parto tradizionale del Policlinico di Modena; entrambe costituite da puerpere e neonati sani, nati da parto vaginale spontaneo, tra il 1° dicembre 2011 e il 10 maggio 2012.

Materiali e metodi

Per realizzare questo studio sono stati forniti alle puerpere due tipi di questionari diversi in momenti differenti (il primo durante il post partum; il secondo a distanza di 1, 3 e 5 mesi dal parto, per via telefonica) al fine di monitorare l'evoluzione dell'allattamento dei neonati nel tempo.

I criteri che ci hanno portato a selezionare un campione di 321 diadi madre-bambino sono stati:

- gravidanza fisiologica dalla 36^a settimana alla 41^a +5;
- feto singolo in presentazione cefalica;
- assenza di patologie materne e fetali.

Mentre sono stati esclusi quei casi che presentavano i seguenti fattori:

- grande obesità materna (BMI >35);
- presenza di patologie autoimmuni, diabete in terapia insulinica, storia di crisi epilettiche, coagulopatie, etc.);
- qualunque controindicazione assoluta al parto vaginale: placenta previa, infezione da Herpes genitale florida, anomalie del bacino, etc.;
- pregresso TC e/o pregressi esiti cicatriziali sull'utero;
- complicanze materne o fetali in gravidanza/travaglio di parto;
- epoca gestazionale maggiore di 41 +5 settimane;
- prematurità;
- iposviluppo fetale (peso stimato <10centile);
- PROM (con tampone vagino-rettale e/o urinocoltura SGB+; superiore alle 18 ore);
- presentazione podalica;
- utilizzo di metodi farmacologici per la riduzione del dolore.

Risultati

Il campione totale preso in esame di 321 coppie madre-bambino è stato diviso in base al luogo in cui è avvenuto il parto (Centro Nascita o Sala Parto tradizionale) in due popolazioni costituite rispettivamente da 145 e 176 diadi. In seconda istanza, sono state state analizzate per entrambi i gruppi le seguenti caratteristiche:

- parità (Centro Nascita: 42% primipare, 58% pluripare; Sala Parto: 48% primipare, 52% pluripare);
- professione (Centro Nascita: casalinga/disoccupata/studentessa 10,3%, operaia/impiegata/dirigente/libera professionista 89,7%; Sala Parto: casalinga/disoccupata/studentessa 29,8%, operaia/impiegata/dirigente/libera professionista 70,2%);
- livello di istruzione (Centro Nascita: bassa scolarità 8,3%, alta scolarità 91,7%; Sala parto: bassa scolarità 33%, alta scolarità 67%);
- partecipazione al corso di preparazione alla nascita (Centro Nascita: CPP sì 51,7%, CPP no 48,3%; Sala Parto: CPP sì 40,3%, CPP no 59,7%).



Tabella 1 - Confronto tra Centro Nascita e Sala Parto per diverse caratteristiche

	Parità		Professione			Scolarità		CPP	
	Ipara	Multipla	Casalinga Disoccupata Studentessa	Operaia Impiegata Dirigente Libera prof.	Bassa	Alta	SI	NO	
Centro Nascita (CN)	42%	58%	10,3%	89,7%	8,3%	91,7%	51,7%	48,3%	
Sala Parto Tradizionale (SP)	48%	52%	29,8%	70,2%	33%	67%	40,3%	59,7%	

Inoltre, sono state valutate le curve di allattamento in base alla presenza o meno del contatto pelle-a-pelle e/o prima suzione nelle due ore successive al parto all'interno delle categorie sopraelencate.

Da questo si è potuto estrarre nel corso dei 5 mesi successivi al parto, con appuntamenti telefonici regolari circa ogni due mesi, il procedere dell'allattamento dei neonati e conseguentemente le caratteristiche che avevano portato al successo di un allattamento esclusivo al seno prolungato nel tempo (fino all'ultima rilevazione a 5 mesi).

Infine, abbiamo tracciato le caratteristiche "medie" (cioè quelle ottenute statisticamente dai campioni) di una donna in grado di portare avanti l'allattamento esclusivo al seno fino al quinto mese.

Grafico 1 - Andamento dell'allattamento esclusivo al seno in relazione al luogo del parto

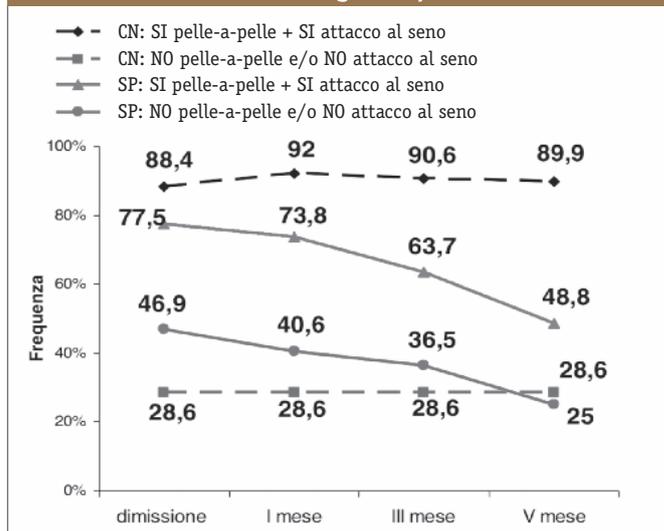


Tabella 2 - Caratteristiche medie di una donna che allatta esclusivamente al seno fino ad almeno il 5° mese

Luogo del parto		Parità		Professione		Scolarità		CPP		Pelle-a-pelle e primo attacco	
Cn	Sp	Ipara	Multipla	Casalinga Disoccupata Student.	Operaio Impieg. Dirigente Libera prof.	Bassa	Alta	SI	NO	SI	NO
65,6%	34,4%	40,7%	59,3%	12,2%	87,8%	9,6%	90,4%	47%	53%	83,6%	16,4%

Conclusioni

Dai risultati ottenuti è stato possibile confermare che il contatto pelle-a-pelle e il primo attacco al seno entro le prime due ore di vita sono in relazione a un allattamento ottimale e duraturo, poiché nel 73,9% dei casi si è verificato, premettendo queste condizioni, un allattamento esclusivo al seno della durata di 5 mesi, fattore non riscontrabile negli altri casi.

Inoltre si è potuto constatare che il luogo del parto, nella fattispecie il Centro Nascita, è risultato un fattore protettivo per lo sviluppo di questa pratica (allattamento esclusivo al seno al V mese: Centro Nascita 85,5%; Sala Parto 36,9%), in virtù proprio della maggiore attenzione alla consuetudine dei processi sopraelencati. Infine è emerso come le donne con un maggior livello di scolarizzazione abbiano avuto una sensibilità e ricettività maggiore per questo genere di problematica, interessandosi e avvalendosi dei consigli delle ostetriche incontrate e di conseguenza avendo un miglior risultato a lungo termine per quanto riguarda l'allattamento esclusivo al seno. Anche la pluriparità, soprattutto se associata a un'esperienza precedente di allattamento positiva, è risultata essere un fattore protettivo; mentre non lo è stata la partecipazione al Corso di preparazione alla nascita, né per il Centro Nascita, né per la Sala Parto tradizionale.

Bibliografia essenziale

- Balsamo E., "Sono qui con te". Il leone verde 2007
- Bortolotti A., "E se poi prende il vizio". Il leone verde 2010
- Righard L., Alade M.O., "Effect of delivery room routines on success of first breast-feed". Department of Paediatrics, University of Lund, Malmö General Hospital, Sweden. Lancet 1990 Nov 1990
- Moschetti A., Tortorella M.L., "Ossitocina e attaccamento". Quaderni ACP, 2007; 14(6): 254-60
- Catanzani T., Negri P., "Allattare un gesto d'amore". Bonomi, 2005
- Braibanti L., "Parto e nascita senza violenza". Red Edizioni 1993
- Bystrova K., Ivanova V., Edhborg M. Et al., "Early Contact versus Separation: Effects on Mother-Infant Interaction One Year Later". 2009; 36; 97-108
- Anderson G.C., Moore E., Hopworth J., Bergman N., "Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants". Cochrane Review 2011
- Unicef in Italia, "I dieci passi UNICEF/OMS per l'allattamento al seno". 13.11.2009

ESSERE OSTETRICA OGGI: La nostra professionalità nella percezione delle donne

Midwives today: how women perceive our profession

Autori

Althea Pierotto

Ostetrica neolaureata

Università degli Studi di Pavia

altheapierotto@yahoo.it

Elsa Del Bo

Ostetrica Direttore delle attività didattiche

Università degli Studi di Pavia

elsa.delbo@unipv.it

RIASSUNTO

La Definizione Internazionale di Ostetrica, formulata nel 2011 dall'ICM, descrive e inquadra perfettamente ciò che l'ostetrica rappresenta all'interno del panorama sanitario in ambito internazionale. Per quanto concerne la realtà italiana, nella nostra indagine è stato intervistato un campione di donne che hanno affermato di aver conosciuto il ruolo professionale dell'ostetrica in occasione di gravidanza e travaglio/parto e in bassa percentuale di aver interagito con essa prima di questo contesto.

ABSTRACT

The International Definition of Midwife, written in 2011 by ICM, perfectly describes her professional role within the healthcare frame worldwide. About the Italian situation, we have surveyed a sample of women asserting they have been in contact with midwives during pregnancy, labour and delivery and only in a low percent before this period.

Introduzione

La **Definizione Internazionale di Ostetrica**, formulata nel 2011 dalla Confederazione Internazionale delle Ostetriche (ICM), stabilisce quanto segue.

“L'ostetrica è una persona che ha completato con successo il programma di studi in Ostetrica ufficialmente riconosciuto nel Paese di appartenenza che si basa, come indicato dall'International Confederation of Midwives (ICM), sull'acquisizione di competenze fondamentali nella pratica ostetrica e sugli Standard Internazionali della formazione in Ostetrica; che possiede i requisiti per l'iscrizione all'albo e l'abilitazione a esercitare la professione ostetrica utilizzando il termine “ostetrica”; che dimostra di possedere competenza nella pratica ostetrica.

Esercizio dell'attività professionale

L'ostetrica è riconosciuta come una professionista responsabile che opera in partnership con le donne fornendo loro il necessario supporto, cura e consigli durante la gravidanza, il travaglio di parto e nel post partum, l'assistenza al parto sotto la propria responsabilità e prestando cura al neonato e al bambino. Questa attività assistenziale comprende la prevenzione, la promozione del parto fisiologico, l'identificazione di complicanze a carico della madre e del bimbo, l'accesso a cure mediche o ad assistenza appropriata e il ricorso a misure di emergenza.

L'ostetrica assume una funzione importante nell'attività di counselling e di educazione sanitaria, non solo a favore della donna ma anche all'interno della famiglia e della comunità. Questo aspetto dovrebbe comprendere l'educazione prenatale e la preparazione alla genitorialità e può estendersi alla salute sessuale-riproduttiva delle donne e alla cura del bambino.

Un'ostetrica può esercitare la professione a domicilio, nel territorio, negli ospedali, cliniche o strutture sanitarie.”

La definizione di una moderna professionista che richiama però l'essenza di un antico sapere. Da sempre la troviamo accanto alla donna in tutte le fasi del suo ciclo vitale ma realmente che cosa le donne conoscano della professione ostetrica spesso non è dato sapere, specialmente prima del parto.

Scopo dello studio

Lo scopo dello studio è stato quello di indagare retrospettivamente in un gruppo di puerpere italiane la loro conoscenza riguardo al ruolo dell'ostetrica/o. In particolare si è voluto verificare come questa conoscenza si sia modificata dopo il parto.


Tabella 1

Età	<25 anni	13	Tra 25 e 35	65	>35 anni	22	ND
Titolo di studio	Licenza media	26	Maturità	41	Laurea	33	
Stato civile	Nubile	10	Coniugata	52	Convivente	36	
Gravidanza	Fisiologica	85	Patologica	3		10	2
Parto	Spontaneo	78	T.C.	22			

Materiale e metodi

È stato somministrato un questionario a 100 puerpere, degenti presso l'Unità Operativa di Ostetricia della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo nel periodo compreso tra il 1° luglio 2015 e il 30 settembre 2015.

Descrizione del questionario

Il questionario è composto da 12 domande, di cui tre anagrafiche, due anamnestiche, 11 a risposta multipla e una aperta.

Il questionario è stato formulato in modo semplice e chiaro per consentirne la comprensione e somministrato nel rispetto della privacy.

Descrizione del campione

Il campione è rappresentato da 100 puerpere degenti presso l'U.O. di Ostetricia della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, di cittadinanza italiana.

Risultati

Domanda n. 5

Da chi è stata assistita in gravidanza?

L'81% ha risposto che è stata assistita dal medico ginecologo, il 12% dall'ostetrica/o mentre il 7% di queste donne afferma di essersi fatta assistere da entrambi durante la gravidanza.

Domanda n. 6

A quale servizio si è rivolta durante la sua gravidanza?

Il 59% delle puerpere intervistate afferma di essersi servita di un servizio privato durante la gravidanza mentre il 28% si è rivolto all'ospedale e solo il 13% ha usufruito del servizio del consultorio.

Domanda n. 7

Dove ha reperito le informazioni sulla gravidanza?

La maggior parte delle puerpere ha reperito le informazioni dal ginecologo (47%), nessuna di loro si è servita di letture riguardanti il tema, il 4% si è servita di internet e il 16% ha interpellato l'ostetrica/o. Vi è inoltre un 32% di puerpere che ha reperito le informazioni da più fonti, nel 15% dei casi da ostetrica/o e ginecologo mentre nel restante 17% dei casi da ginecologo e sito internet.

Grafico 1 - Durante la sua gravidanza, ha avuto occasione di interagire con l'ostetrica/o?

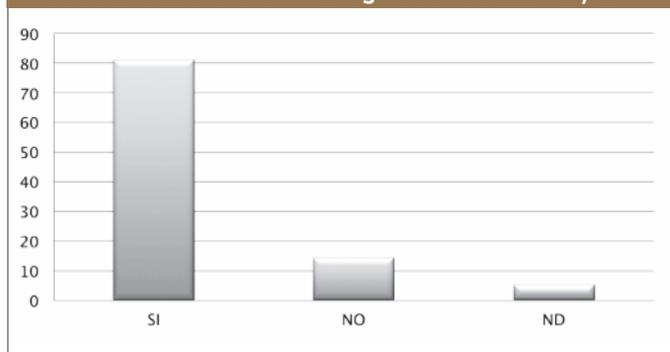


Grafico 2 - Prima della gravidanza, era a conoscenza del reale ruolo dell'ostetrica/o?

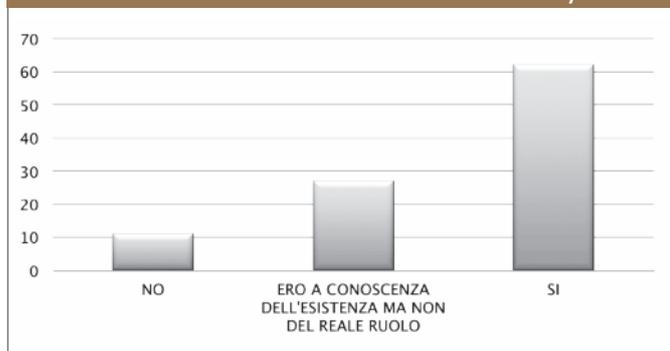


Grafico 3 - Ora che ha partorito, secondo il suo parere, come è il ruolo dell'ostetrica/o?

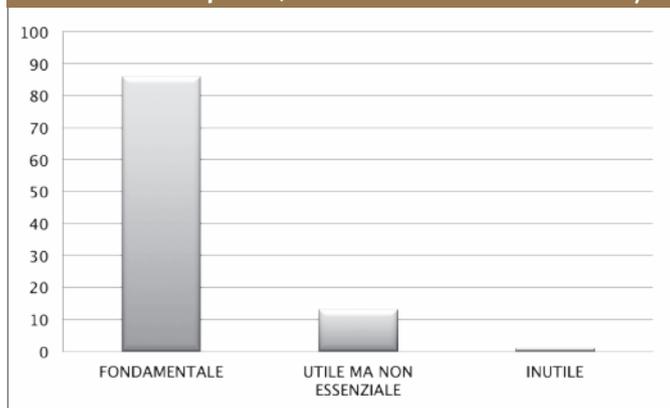
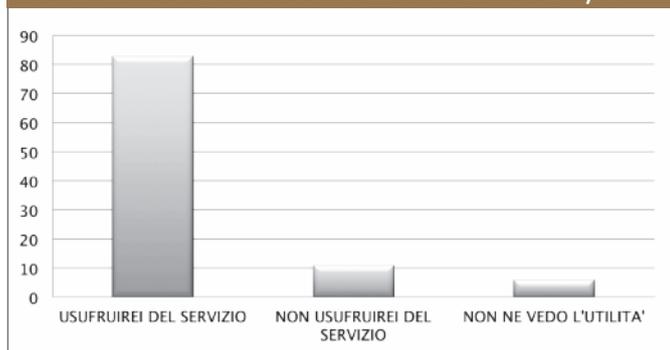


Grafico 4 - Una volta a casa, usufruirebbe ancora del servizio di un'ostetrica/o?



Domanda n. 8

Durante la sua gravidanza, ha avuto occasione di interagire con l'ostetrica/o?

L'81% delle puerpere intervistate ha affermato di aver interagito con l'ostetrica/o, le occasioni sono state le più disparate: corso accompagnamento alla nascita, ambulatorio tamponi, parto e travaglio, allattamento. Il 14% non ha avuto occasione di incontrare questa professionista: nel 12% dei casi la donna non si è particolarmente interessata, mentre nel restante 2% la motivazione è stata una difficoltà di reperibilità sul territorio.

Domanda n. 9

Che ruolo ha avuto l'ostetrica/o nell'arco della sua vita?

Solo il 5% delle puerpere afferma che l'ostetrica/o è una professionista presente nella loro vita non solo in gravidanza, per il 78% è una professionista presente solo in gravidanza; infine il 12% delle puerpere intervistate sostiene che sia stata una professionista assente anche in gravidanza.

Domanda n. 10

Prima della gravidanza, era a conoscenza del reale ruolo dell'ostetrica/o?

Il 62% delle intervistate afferma di essere a conoscenza del reale ruolo dell'ostetrica/o già dalla gravidanza, l'11% invece non conosceva l'esistenza di questa professionista mentre il 27% delle puerpere era a conoscenza dell'esistenza di questa professione, ma non del reale ruolo.

Domanda n. 11

Ora che ha partorito, secondo il suo parere, come è il ruolo dell'ostetrica/o?

Secondo l'86% delle donne l'ostetrica/o ha un ruolo fondamentale al momento della nascita, il 13% la ritiene una professionista utile ma non essenziale e solo l'1% la considera inutile.

Domanda n. 12

Se fosse possibile, una volta a casa, vorrebbe ricevere la visita di un'ostetrica/o per esporle difficoltà riguardo all'allattamento, al neonato ed altro?

L'83% delle puerpere usufruirebbe del servizio, il 6% non lo considera un servizio utile, mentre l'11% non ne usufruirebbe pur ritenendolo un servizio utile.

Discussione

Dalla nostra indagine è emerso che l'81% delle puerpere del nostro campione è stato assistito in gravidanza dal ginecologo (il 96% di queste risulta essere una gravidanza fisiologica): è probabile che questa percentuale di donne non conoscesse l'esistenza dell'ambulatorio di gravidanza fisiologica presso la stessa struttura in cui poi ha partorito; ciò potrebbe trovare conferma nel fatto che il 59% delle donne afferma di essersi rivolta a un servizio privato per monitorare l'andamento della gravi-

danza, la restante parte si è affidata nella maggior parte all'ospedale (28%) rispetto al consultorio dove solo il 13% delle gravidanze è stato assistito.

Le mamme da noi interpellate hanno affermato che nel 47% dei casi hanno reperito le informazioni sulla gravidanza dal medico ginecologo, mentre un buon 15% si è rivolto sia al ginecologo che all'ostetrica/o, il 16% si è rivolto totalmente all'ostetrica/o; dalla nostra indagine è emerso, però, che oggi giorno a letture riguardanti il tema, si preferisce internet: infatti ben il 4% delle puerpere interessate ha ammesso di aver reperito le informazioni necessarie soltanto da siti, le percentuali aumentano di molto se si considera che ben il 17% di queste donne afferma di essersi rivolto sia al ginecologo che alla rete, molto probabilmente si preferisce la comodità e la facilità di internet rispetto al contatto con i professionisti.

Veniamo ora al ruolo dell'ostetrica/o: nella maggior parte delle gravidanze l'ostetrica/o è stata una figura presente, l'81% delle puerpere intervistate afferma di aver interagito con questa professionista e le situazioni sono state le più differenti, si passa dalla visita presso l'ambulatorio "tamponi" fino al corso di accompagnamento alla nascita mentre un buon 14% sostiene di non aver mai interagito con l'ostetrica/o; dalla nostra indagine è emerso però che di questo 14%, solo il 2% ha incontrato difficoltà a reperire questa professionista sul territorio. Il 12% delle puerpere infatti ammette di non essersi interessata all'argomento; probabilmente quindi non erano a conoscenza del reale ruolo dell'ostetrica/o e per questa motivazione non ne ritenevano utile il supporto. Questo dato potrebbe essere confermato dal fatto che solo il 62% delle intervistate afferma di essere a conoscenza del reale ruolo dell'ostetrica/o, mentre un buon 11% non era minimamente a conoscenza dell'esistenza di questa professione e un ulteriore 27% afferma di essere a conoscenza dell'esistenza di questa professione ma non del reale ruolo.

I dati della nostra indagine hanno però anche rilevato alcuni aspetti positivi: infatti l'86% delle puerpere dopo il parto ritiene questa professionista una presenza fondamentale nel percorso nascita, questi dati probabilmente derivano dal fatto che dopo il parto le donne da noi intervistate si sono rese conto del reale aiuto fornito loro dall'ostetrica/o durante il travaglio e il parto.

Un ulteriore dato di importanza rilevante è il fatto che per ben il 94% delle mamme intervistate sarebbe utile una o più visite a domicilio da parte dell'ostetrica/o in puerperio e l'83% di esse sarebbe ben disposta a usufruire del servizio; è probabile, quindi, che dopo il parto un loro pensiero costante sia la preoccupazione del ritorno a casa.

L'ultimo risultato, comunque, ci rivela che solo il 5% delle puerpere intervistate afferma che l'ostetrica/o è stata una professionista presente durante tutto l'arco della loro vita.

Conclusioni

Dall'indagine condotta risulta chiaramente che la percezione che le donne hanno della professione ostetrica sia lo stretto collegamento con la gravidanza, il travaglio/parto: solo 5 donne su 100, infatti, reputano l'ostetrica/o una professionista presente in tutto l'arco della loro vita.

Nonostante ciò grazie alla nostra indagine è emersa una possibilità che l'ostetrica/o di oggi potrebbe "sfruttare" per tornare a essere una professionista di riferimento: il puerperio.

La preoccupazione delle puerpere dai noi intervistate, per tutto ciò che riguarda il rientro a casa, è evidente e l'ostetrica/o può essere la risposta ai loro bisogni, altrettanto evidente la fiducia che le mamme ripongono in lei. Quindi, se prima del parto il reale ruolo dell'ostetrica/o è ancora poco conosciuto, sicuramente una volta incontrata questa professionista le donne realizzano quale risorsa fondamentale possa essere.

Sarebbero quindi da incentivare iniziative quali la visita a domicilio dell'ostetrica in puerperio dopo la dimissione dall'ospedale, corsi post-partum condotti dall'ostetrica/o ai quali le neomamme partecipano per affrontare insieme le difficoltà incontrate in puerperio e per apprendere conoscenze che le aiutino ad affrontare al meglio il rientro a casa; ciò renderebbe consapevoli le donne del reale ruolo dell'ostetrica/o.

È innegabile che, rispetto al secolo scorso, pur mantenendo il suo ruolo sociale, lo status dell'ostetrica/o sia completamente cambiato e a concorrere a ciò abbiano contribuito i cambiamenti della società e dell'organizzazione sanitaria. Sarebbe opportuno, supportate dai vertici delle nostre rappresentanze di categoria, formulare progetti per ridare visibilità a una professionista da sempre preparata a rispondere ai bisogni di salute delle donne.

Bibliografia

1. Coppola E. – La professione di ostetrica – A cura della FNCO, Roma 1997
2. Di Paolo A.M. – La formazione professionale – da "Guida all'esercizio della professione di ostetrica/o" C.G.Edizioni Medico Scientifiche, Torino 2002
3. Di Paolo A.M. Vicario M. Proietti L. – La Laurea Specialistica – Lucina n. 3/2004
4. Spina E. - Ostetriche e midwives. Spazi di autonomia e identità corporativa – Franco Angeli Editore 2009

SOSPENDERE O CONTINUARE L'UTILIZZO DI ANTIDEPRESSIVI IN GRAVIDANZA?

Autori

Ostetriche Mediterranea di Napoli
(F. Adamo, A. Amodio, R. Avallone, N. Bellogrado, R. Coppola, O. Di Pinto, R. Imperatore, M. Martino, T. Operato, R. Parascandalo, H. Setaro, G. Tarantino e M. Zanfardino)

Introduzione

Si sente spesso parlare di depressione post-partum ma esiste anche una depressione che può insorgere durante i mesi di gestazione, uno stato psicofisico che se non affrontato nel giusto modo potrebbe nascondere delle insidie anche per il futuro nascituro. Questo è un fenomeno concreto che necessita sicuramente di ulteriori approfondimenti.

Obiettivo

Esaminare il rischio di esposizione di disturbi dello spettro autistico (ASD) nei bambini associati al consumo di antidepressivi durante il secondo trimestre di gravidanza tenendo conto della depressione materna.

Studio

L'associazione tra l'uso di antidepressivi durante la gestazione e il rischio di disturbi dello spettro autistico (ASD) nei bambini è ancora controversa.

L'eziologia della ASD rimane poco chiara, anche se gli studi hanno coinvolto predisposizioni genetiche, fattori di rischio ambientali e depressione materna. Soprattutto nei casi in cui una donna ha già sofferto in passato di disturbi d'ansia o dell'umore è più probabile che in gravidanza si ripresentino i problemi; in questa fase bisognerebbe però stare attenti all'assunzione di antidepressivi. L'utilizzo di questa classe di farmaci, in particolare gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), durante gli ultimi mesi della gestazione potrebbe aumentare la probabilità che insorga l'autismo nei bambini. I risultati dell'indagine che ha esaminato questo rischio sono stati pubblicati su *Jama Pediatrics* (Antidepressant Use During Pregnancy and the Risk of Autism Spectrum Disorder in Children - doi: 10.1001/jamapediatrics 2015 3356 - Dicembre 2015).

Takoua Boukhris, ricercatrice presso l'Università di Montreal (in Canada) e prima autrice dello studio, spiega che i risultati sono frutto di un'indagine che ha preso in considerazione i dati di 145.456 bambini nati in Québec tra il 1° gennaio del 1998 e il 31 dicembre del 2009.

Del totale, 1.054 bambini (pari allo 0,72 per cento del campione) hanno ricevuto una diagnosi di disordine dello spettro autistico (*Autism Spectrum Disorders*, ASD).

RIASSUNTO

Si parla spesso di depressione post parto (una condizione che interessa una percentuale di donne che va dal 10 al 13%) ma quasi mai di depressione durante la gravidanza. Molte donne lamentano, invece, una condizione caratterizzata da un umore depresso e pensieri ansiosi proprio nei nove mesi di gestazione. Molti esperti si sono resi conto di questo fenomeno e sempre più studi clinici si stanno occupando del problema che, soprattutto nella società moderna, ha un'incidenza rilevante. Degli stati depressivi durante il periodo della gravidanza possono essere spiegati facilmente, basti pensare a tutto quello che accade alla donna. Il corpo inizia a "trasformarsi" e tali modificazioni non sono sempre accettate di buon grado, l'idea che dentro di sé stia crescendo una nuova vita in alcuni casi può creare delle sensazioni contrastanti. Ci si trova a pensare ai cambiamenti cui si andrà incontro, sia sul piano dell'organizzazione pratica e familiare che di quella emotiva e più intima. Ci si inizia a confrontare con la nuova identità di futura madre e con i propri vissuti di figlia oltre che con i modelli parentali interiorizzati. Nel caso di una prima gravidanza nella donna possono insorgere dei dubbi sulle proprie capacità genitoriali, non si sa se si riuscirà a essere una "brava mamma" e se si sapranno affrontare momenti critici come il parto.

Anche a una seconda o terza gravidanza si può essere ugualmente in preda a pensieri riguardanti ad esempio la gestione di più figli. Possono poi nascere dei confronti dell'attuale maternità con le precedenti esperienze: come sarà questo parto? Si riuscirà ad amare il nuovo arrivato come i precedenti? Come vivranno i fratelli l'arrivo del nuovo bambino? Si riusciranno a evitare eventuali errori commessi in precedenza?

Ci sono alcune condizioni che possono favorire l'insorgere della depressione durante il periodo della gestazione; fra i principali fattori di rischio si elencano: la familiarità (se in famiglia ci sono già stati casi di depressione è più probabile che possa colpire la donna), la storia personale di una depressione precedente e una carenza di sostegni sociali (se manca un supporto della famiglia e l'ambiente non è favorevole il rischio è più alto). Chi soffre di depressione in gravidanza ha un alto rischio di depressione anche in post-partum: è quindi importante che i familiari, gli amici e gli specialisti (come ad esempio l'ostetrica o il ginecologo che seguono la gravidanza) diano il giusto supporto alla futura mamma cogliendo, innanzitutto, i possibili segnali di disagio.

L'età media alla prima diagnosi era di 4,6 anni e l'età media dei bambini al termine del follow-up era di 6,2 anni. Altro dato ottenuto era anche l'utilizzo di antidepressivi da parte delle donne durante il periodo della gravidanza. Dai dati è emerso che 4.724 bambini (corrispondenti al 3,2% del campione) sono stati esposti agli antidepressivi durante il periodo della gestazione, 4.200 di questi (pari all'88,9%) durante il primo trimestre e 2.532 (il 53,6%)

durante il secondo e/o terzo trimestre. Circa l'1,2% dei bambini del secondo gruppo ha ricevuto una diagnosi di autismo contro l'1% di quelli del primo gruppo.

I dati evidenziano quindi che la terapia antidepressiva seguita dalla mamma durante il secondo e/o terzo trimestre può incrementare il rischio che il bambino sia affetto da sindrome dello spettro autistico. Non è stata invece rilevata nessuna associazione tra l'uso di antidepressivi durante il primo trimestre, o nell'anno precedente la gravidanza, e il rischio di malattia nei bambini (la percentuale di casi rilevata era infatti in linea con i dati generali). Lo studio sarà comunque da approfondire perché vi sono state alcune limitazioni, per esempio non si avevano a disposizione dei dati relativi allo stile di vita delle madri. Bisognerebbe poi valutare il rischio di autismo associato al dosaggio degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), ovvero i cosiddetti antidepressivi non triciclici, e ad altri tipi di antidepressivi assunti durante la gravidanza.

Conclusioni e rilevanza

L'uso di antidepressivi, in particolare gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, durante il secondo e/o terzo trimestre aumenta il rischio di ASD nei bambini, anche dopo aver considerato la depressione materna. Sono necessarie ulteriori ricerche per valutare in particolare il rischio di ASD associato a tipi di antidepressivi e dosaggi durante la gravidanza.

Metanalisi

Dai risultati dello studio pubblicato su *Jama Pediatrics* emerge un aumento del rischio di sviluppare disturbi dello spettro autistico (ASD) nei nati da madri che in gravidanza hanno assunto antidepressivi, in particolare inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI). Gli antidepressivi sono ampiamente usati dalle gestanti contro la depressione, ma pochi avevano finora indagato l'effetto della terapia materna sul rischio nella prole di sviluppare disturbi dello spettro autistico, una sindrome caratterizzata da alterazioni della comunicazione e dell'interazione sociale nonché da interessi e comportamenti stereotipati e ripetitivi. "Una migliore comprensione degli effetti sullo sviluppo neurologico a lungo termine dei bambini di madri trattate con antidepressivi in gestazione è una priorità di sanità pubblica", secondo Anick Bérard dell'Università di Montreal, in Canada, che con i coautori ha analizzato le gravidanze e i nuovi nati in Québec tra gennaio 1998 e dicembre 2009 identificando 145.456 bambini nati da parti singoli a termine, di cui lo 0,72% aveva una diagnosi di disturbo dello spettro autistico.

"L'età media al momento del riscontro diagnostico e al termine del follow-up era rispettivamente di 4,6 e 6,2 anni, e i maschi superavano le femmine di 4 a 1", scrivono i ricercatori, spiegando che il 3,2% dei neonati è stato esposto in utero ad antidepressivi materni; di questi, l'88,9% è stato esposto nel primo trimestre e il 53,6% durante gli ultimi sei mesi. "A conti fatti, l'1,2% degli esposti agli antidepressivi nel secondo e/o terzo trimestre aveva una diagnosi di disturbo dello spettro autistico, come anche l'1% degli esposti nei primi tre mesi" (Bérard), spiegando che l'uso di anti-

depressivi negli ultimi sei mesi di gestazione si associa a un aumento dell'87% del rischio di disturbi dello spettro autistico, mentre non emergono legami con gli antidepressivi assunti nei primi tre mesi di gravidanza o prima del concepimento. I dati raccolti indicano inoltre un rischio elevato con gli SSRI, ossia 22 neonati esposti con disturbi dello spettro autistico, e probabilità più ridotte con altri antidepressivi: 5 neonati esposti con disturbi dello spettro autistico; in entrambi i casi, tuttavia, il **rischio aumenta nei nati da madri già depresse prima della gravidanza che hanno usato antidepressivi negli ultimi due trimestri**. "La serotonina è un neurotrasmettitore chiave nello sviluppo neurologico e tutto ciò che influenza il sistema serotoninergico in gestazione potrebbe, potenzialmente, aumentare il rischio di alterazioni del neurosviluppo, sia che si tratti di farmaci, sia di condizioni patologiche", sottolineando i rischi che la stessa depressione in gravidanza può comportare per il feto. Affermazione che concorda con quanto emerso da uno studio dell'agosto 2014 coordinato da Roy Perlis, Dipartimento di psichiatria del Massachusetts General Hospital di Boston e pubblicato su *Molecular Psychiatry*, che indicava nella depressione materna un fattore di rischio di disturbi dello spettro autistico nella prole. Gli autori hanno analizzato i dati di migliaia di bambini affetti da disturbi dello spettro autistico o ADHD, il deficit di attenzione/iperattività, confrontandoli con quelli di altrettanti bambini senza disturbi. I risultati iniziali suggerivano un aumento del rischio di disturbi dello spettro autistico e ADHD nella prole legato all'assunzione di antidepressivi in gravidanza, ma dopo averli corretti per la gravità della depressione materna il collegamento non era più significativo.

"Conclusioni che evidenziano l'importanza di proseguire anche in gravidanza la cura della depressione, che può causare prematurità, basso peso alla nascita, preeclampsia, depressione post partum e comportamenti suicidari" (Perlis). "Dato il moltiplicarsi dei fattori di rischio in utero per disturbi dello spettro autistico non ha più molto senso suggerire di evitare gli antidepressivi o di interromperli se già si usano. È probabile che in futuro la crescente complessità delle interazioni fra fattori di rischio ci indurrà sempre più a non fare affermazioni categoriche su ciò che è bene o male, senza pensare anche alle vie di mezzo", conclude in un editoriale Bryan King del Children's Hospital di Seattle, nello Stato di Washington.

Conclusioni

Data la gravità della patologia materna ed essendo possibile una correzione dei disturbi dello spettro autistico nei bambini che sono stati soggetti all'assunzione materna di antidepressivi in gravidanza, gli stessi non sono controindicati.

Sitografia

<http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamapediatrics.2015.3356>
Jama Pediatrics 2015. doi:10.1001/jamapediatrics.2015.3493
<http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamapediatrics.2015.3493>
www.universonline.it/_scienza/articoli_med/15_12_16_a.php

Indagine sulla salute sessuale-riproduttiva delle donne di due campi Rom: bisogni e criticità

Investigation into the sexual-reproductive health of women of two Rom fields: needs and problems



Autore

Eliana Guardabasso

Ostetrica, Università degli Studi di Palermo Corso di Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche ed Ostetriche, Catania

eliana.guardabasso@gmail.com

RIASSUNTO

Questa indagine si propone di valutare i bisogni di salute sessuale-riproduttiva delle donne Rom, rispettivamente residenti nel campo sosta della "Favorita" di Palermo e in un campo sosta di Torino. È stato somministrato personalmente un questionario strutturato a quelle residenti a Palermo e, tramite l'Associazione "Idea Rom Onlus" di Torino, a quelle residenti a Torino. Tra i principali risultati emerge che, a fronte di alcuni comuni problemi quali il basso livello di istruzione e la scarsa predisposizione ai controlli periodici in gravidanza, le donne Rom hanno limitate conoscenze sul ruolo dell'ostetrica e sulle sue competenze, sono impreparate in tema di contraccezione e fanno ampiamente ricorso all'I.V.G. per il controllo delle nascite. Inoltre, si registra una totale disinformazione sui corsi di preparazione al parto e sui servizi offerti dal Consultorio familiare. È fondamentale, in tal senso, puntare su un'offerta attiva tramite percorsi assistenziali integrati che prevedano azioni di prevenzione sociale, promozione, cura e sostegno al fine di incrementare la loro fiducia nei confronti della sanità pubblica.

Parole chiave

Donne Rom, bisogni di salute, sostegno, *empowerment*, percorsi assistenziali integrati.

ABSTRACT

This survey aims to assess the sexual-reproductive health needs of Rom women resident in field "Favorita" in Palermo and in a field of Turin. It was administered a structured questionnaire to rom women residing in Palermo and, through the "Idea Roma Onlus" Association of Turin, to those residing in Turin. Among the key findings show that, when faced with certain common problems such as low educational attainment and lack of recourse to the periodic inspections during pregnancy, rom women interviewed have lack of knowledge of the role of midwives and its skills, limited information regarding contraception and broad appeal to abortions (I.V.G.) as a means of birth control. In addition, there is a total lack of information about courses of preparation for childbirth and about performance offered by Family Services. It is essential to focus on offering a service thought integrated care pathways, which require preventive measures to ensure social services of prevention, promotion, care and support aimed at increasing their confidence in the public health.

Keywords

Rom women, health needs, support, *empowerment*, integrated care pathways.

Introduzione

La nuova identità ostetrica, al pari delle altre figure professionali, si va modellando sulla base del profondo mutamento culturale e sociale della nostra società, caratterizzata dal rimescolamento di culture e dalla multi-etnicità. Tuttavia, al fine di arricchire una professionalità già complessa come quella dell'ostetrica, è necessario l'abbandono di una visione parziale del mondo a favore di una concezione dell'assistenza più globale, impegnativa e priva di stereotipi (1). Anche la sanità pubblica si trova ad affronta-

re una continua sfida: garantire specifici interventi di tutela nei confronti degli immigrati favorendo il loro diritto alla salute e alla fruibilità dei servizi sanitari.

Una situazione molto delicata riguarda lo stato di salute dei residenti nei campi Rom: si tratta di una popolazione che, a differenza degli altri popoli europei, ha eretto mura difensive e non ha mai accettato l'industrializzazione, riuscendo a sopravvivere in un ambiente che è stato sempre loro ostile (2). Tale tematica ha acquistato

un'importanza particolare negli ultimi anni ed è stata oggetto della Risoluzione emanata nel 2005 dal Parlamento Europeo (3), nella quale sono esortati i governi nazionali a promuovere iniziative sociali e politiche volte a garantire la tutela della salute sessuale-riproduttiva di tali donne tramite l'accesso programmato ai progetti di educazione sessuale, vietando la sterilizzazione forzata e promuovendo una migliore pianificazione delle nascite. Questa indagine si propone, pertanto, di approfondire e analizzare le criticità e le difficoltà in tema di salute sessuale-riproduttiva delle donne Rom residenti in due campi sosta, rispettivamente nel campo della "Favorita" di Palermo e in un campo sosta di Torino, che forniscono un input sui loro reali bisogni di salute.

Materiali e metodi

È stato condotto una studio osservazionale in due diverse realtà, rispettivamente a Palermo e a Torino. Per la conduzione dell'indagine è stato costruito un apposito questionario strutturato comprendente 29 item finalizzati a reperire informazioni socio-demografiche, informazioni sulla salute riproduttiva relative alla gravidanza, al parto e all'allattamento e informazioni sulla salute sessuale-ginecologica in merito alla frequenza dei controlli ginecologici e al tema della contraccezione. Previa consenso delle donne presenti nei campi sosta, il questionario è stato somministrato personalmente e in forma anonima nel periodo settembre-dicembre 2012 alle donne del campo sosta "Favorita" di Palermo e, tramite la collaborazione dell'Associazione Idea Rom Onlus di Torino, alle donne del campo di Torino. I dati raccolti sono stati, poi, elaborati usando metodi di statistica descrittiva e messi a confronto. Si è scelto anche di



intervistare in profondità, quindi con un focus qualitativo, alcune donne Rom disponibili al dialogo e al confronto, per cogliere eventuali particolarità e approfondire alcuni aspetti critici emersi dal questionario.

Risultati

Sono stati raccolti complessivamente 40 questionari. Tale ricerca non fornisce dati generalizzabili, ma informazioni approfondite su sezioni di vita differenti che caratterizzano le comunità Rom residenti a Palermo e a Torino. Riguardo alle informazioni socio-demografiche reperite, emerge che l'età media delle intervistate è compresa nel range 20-45 anni; inoltre, il 60% di donne a Palermo e il 65% a Torino sono nubili e con un livello di scolarizzazione molto basso (Tabella 1).

Tabella 1 – Caratteristiche socio-demografiche del campione

	Titolo di Studio				
	Nessuno	Licenza media inferiore	Diploma di scuola media superiore	Laurea e/o altri titoli	Totale
Palermo	90%	10%	0%	0%	100%
Torino	30%	60%	10%	0%	100%
	Professione				
	Disoccupata	Lavoratrice dipendente	Lavoratrice autonoma	In cerca di occupazione	Totale
Palermo	90%	0%	0%	10%	100%
Torino	70%	5%	0%	25%	100%
	Stato civile				
	Nubile	Coniugata	Separata/divorziata	Convivente	Totale
Palermo	60%	40%	0%	0%	100%
Torino	65%	25%	10%	0%	100%

Tabella 2 – Informazioni relative a gravidanza, parto e puerperio

	Numero medio di figli per donna			
	1-2 figli	3-4 figli	>4 figli	Totale
Palermo	5%	30%	65%	100%
Torino	15%	40%	45%	100%
	Frequenza dei controlli in gravidanza			
	Mai	Di rado	Mensilmente	Totale
Palermo	70%	5%	25%	100%
Torino	40%	10%	50%	100%
	Partecipazione a corso pre-parto			
	Sì	No (non lo vedo utile)	No (non lo conosco)	Totale
Palermo	0%	90%	10%	100%
Torino	20%	70%	10%	100%
	Conoscenza della figura dell'ostetrica			
	Sì	No	Parzialmente	Totale
Palermo	10%	85%	5%	100%
Torino	15%	70%	15%	100%
	Supporto per post-partum ed allattamento			
	No	Sì, dal personale ospedaliero	Da amici e parenti	Totale
Palermo	70%	10%	20%	100%
Torino	15%	80%	5%	100%

Discussione

Gravidanza e parto

I risultati dell'indagine condotta consentono di delineare con chiarezza il quadro generale in cui le donne Rom dei due contesti analizzati si trovano a vivere la loro esperienza di maternità. Sebbene tali donne vivano in contesti abitativi disagiati e con notevoli difficoltà economiche, esse hanno la capacità di sostenere la ricca prole formata almeno da 2/3 figli per famiglia. Tuttavia, tali donne hanno una scarsa consapevolezza dei loro diritti sanitari: il 70% di esse a Palermo e il 40% a Torino non si rivolgono alle strutture sanitarie per una corretta gestione della gravidanza e, di conseguenza, non si sottopongono alle visite di controllo periodiche affidandosi esclusivamente ai consigli dei familiari.

Non si evincono gravi difficoltà per l'accesso alle strutture sanitarie, in quanto solo il 10% delle donne Rom palermitane ha dichiarato di aver subito delle negligenze da parte dei sanitari. Questo dimostra come il mancato accesso alle strutture sanitarie sia condizionato, in primo luogo, dalle scarse informazioni al riguardo e in secondo luogo da una questione culturale, in quanto l'utente Rom si sente a disagio nel frequentare il servizio pubblico (4) non riconoscendone l'utilità, eccetto nei

Il nucleo familiare in entrambi i contesti risulta piuttosto numeroso, infatti dai risultati emerge che sono molte le donne ad avere più di quattro figli. Inoltre, il 70% delle donne a Palermo e il 40% a Torino hanno dichiarato di non essersi mai sottoposte a visite di controllo durante la gravidanza, rivolgendosi alle strutture ospedaliere solo al momento del parto, il quale nella maggioranza dei casi (75% delle donne a Palermo e per l'80% a Torino) è avvenuto spontaneamente presso una struttura pubblica. Le donne Rom raramente partecipano ai corsi di preparazione al parto e solo una minima percentuale di esse conosce il ruolo dell'ostetrica e le sue competenze. Entrambi i gruppi hanno dichiarato di non aver avuto difficoltà per l'accesso alle strutture e per la fruizione dei servizi sanitari pubblici, lamentando solo l'assenza di supporto nel post-partum, in particolar modo durante l'allattamento (Tabella 2). Nella Tabella 3 sono riportate le informazioni relative ai loro bisogni di salute in campo sessuale-ginecologico.

Tabella 3 – Informazioni relative alla salute in campo sessuale-ginecologico

Conoscenza del Consultorio familiare				
	Sì (lo frequento)	Sì (non vi accedo)	No	Totale
Palermo	10%	30%	60%	100%
Torino	80%	5%	15%	100%
Utilizzo dei contraccettivi				
	Sì	No	Raramente	Totale
Palermo	30%	70%	0%	100%
Torino	30%	60%	10%	100%
Controlli ginecologici periodici				
	Regolarmente	Di rado	Mai	Totale
Palermo	5%	5%	90%	100%
Torino	70%	20%	10%	100%
Conoscenza delle malattie sessualmente trasmissibili				
	Sì	In parte	No	Totale
Palermo	80%	10%	10%	100%
Torino	60%	20%	20%	100%



casi di estrema emergenza o in vista del parto. Inoltre, ne risulta che nessuna donna Rom di Palermo abbia mai frequentato un corso di preparazione al parto, perché non ritenuto utile o perché disinformata in merito, contro il 20% delle torinesi che invece ha preso parte ad esso.

Oltre alle criticità, sono emerse alcune tendenze positive quali l'espletamento del parto (quasi sempre) in una struttura sanitaria pubblica e la conoscenza della Legge 184/1983 che garantisce il diritto al parto in anonimato. Riguardo al tema dell'allattamento al seno, il 70% delle donne Rom di Palermo lamenta di non aver ricevuto durante il ricovero un idoneo sostegno dai sanitari, ricorrendo esclusivamente ai consigli di parenti e conoscenti, mentre l'80% delle donne Rom di Torino afferma di aver ricevuto un adeguato supporto durante tale momento.

Un dato importante è la modalità del parto: il 75% delle donne a Palermo e l'80% a Torino hanno partorito spontaneamente, senza alcun intervento e operazione ostetrica; tale tendenza viene confermata da alcuni studi reperiti, tra cui quello condotto dal Dipartimento di Sanità Pubblica di Cagliari (5) che, analizzando le analogie e le differenze tra l'espletamento del parto nelle donne zingare e non zingare, ha dedotto come le donne zingare nel 59,6% dei casi avessero partorito spontaneamente, senza alcun intervento o operazione ostetrica; dato inverso è risultato tra le donne non zingare, dove si evidenzia un 12,3% di parti spontanei, senza operazioni ostetriche contro il 61,4% di parti con episiotomia e il 23,4% di parti con taglio cesareo.

Salute sessuale-ginecologica

La presenza e le funzioni del consultorio familiare sono poco conosciute, infatti solo il 10% delle donne Rom palermitane, di fronte all'80% di quelle di Torino vi accede regolarmente. In materia di procreazione responsabile, l'uso di contraccettivi è estremamente limitato dal momento che il 70% delle donne Rom di Palermo e il 60% di Torino hanno dichiarato di non usare anticoncezionali sia per motivi economici sia per le scarse conoscenze a riguardo. Pertanto, tali donne fanno ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza per il controllo delle nascite, tanto è vero che l'80% a Palermo e il 45% a Torino hanno eseguito almeno una volta nella vita un intervento di I.V.G. Invece, il livello di conoscenza sulle malattie sessualmente trasmissibili risulta piuttosto elevato, sebbene non si adottino dei mezzi per limitarne la diffusione.

Anche la prevenzione oncologica è poco diffusa tra queste donne: solo il 5% a Palermo esegue controlli ginecologici e test di screening, rispetto al 70% a Torino che si sottopone regolarmente a tali indagini, sottolineando l'esigenza di mirati interventi socio-sanitari in tema di educazione sessuale nei campi sosta e di un miglioramento delle competenze relazionali degli operatori verso le donne Rom.

Interviste dirette

Realizzando le interviste dirette (rese possibili dalla presenza del mediatore culturale) è stato possibile affacciarsi alla vita delle donne Rom che vivono nel campo sosta di Palermo, per ascoltare la loro voce e le loro storie. Ne risulta che tali donne vivono la maternità come un evento naturale che si manifesta in giovane età e seguono le tradizioni tramandate da parenti e familiari. Sebbene esse siano contrarie a una gravidanza eccessivamente medicalizzata (controlli ripetuti, corsi di preparazione al parto, ...), la maggior parte di esse si fida del personale ospedaliero in vista del parto. Altre donne invece sostengono che, in alcune circostanze, i sanitari nutrano ancora forti pregiudizi e mancano di rispetto nei loro confronti, condividendo lo stereotipo dello zingaro sporco, ladro e non istruito.

Conclusioni

Tale indagine sottolinea la necessità di una migliore programmazione sanitaria che tenga in considerazione, da un lato, la domanda di salute non sempre espressa e percepita dalla donna zingara, e dall'altro il necessario impegno tramite azioni di protezione sociale, promozione, prevenzione, cura e sostegno per le donne dei campi sosta.

L'obiettivo a cui tendere è quello di fornire, attraverso un'adeguata assistenza territoriale e tramite la progettazione di percorsi assistenziali integrati, un sostegno continuativo e personalizzato alla donna Rom, al fine di promuoverne la fiducia verso le strutture sanitarie e verso il ruolo dell'ostetrica e informarla sui servizi disponibili nell'area materno-infantile, quale il Consultorio familiare. Istituire un sistema di offerta attiva e di accesso programmato ai programmi di educazione sessuale permetterebbe di annullare la distanza nutrita dalla donna Rom verso la sanità pubblica, comprendere i suoi reali bisogni di salute e garantire una migliore pianificazione delle nascite.

Bibliografia

1. Federazione Nazionale Collegi Ostetriche: Guida all'esercizio della professione di ostetrica. C.G. Edizioni Medico Scientifiche S.r.l. Torino, 2008
2. Mannoia M. Zingari, che strano popolo! XL edizioni. Roma-Bari, 2007
3. Risoluzione del Parlamento europeo sulla situazione delle donne Rom dell'Unione europea. 2005/2164 (INI)
4. Piasere L. Un mondo di mondi. Antropologia delle culture Rom. L'Ancona, Napoli, 1999
5. Bacchus M., Contu P. Analogies and differences in giving birth between gipsy women and non-gipsy women. International Journal of Migration and Transcultural Medicine. 2006 - N° 2 - 107/117



LVCINA

LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

LUCINA - LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

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

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

Periodicità: trimestrale

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

Sono trattate anche problematiche legali di interesse professionale.

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

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

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

COME RICEVERE LA RIVISTA

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

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

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

NORME EDITORIALI

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

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

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

Gli autori dovranno firmare l'articolo e fornire:

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

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

LUCINA
La rivista dell'ostetrica/o
ORGANO UFFICIALE
DELLA FNCO

FNCO
Federazione
Nazionale
Collegi
Ostetriche

WWW.FNCO.IT