NUMERO 1/2013

ANNO III

I/2013

LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

ORGANO UFFICIALE DELLA FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI OSTETRICHE

Anno II numero 1 - Bimestrale - Poste Italiane SpA - spedizione in abbonamento postale - 70% Roma Aut. n. C/RM/56/2011

ATTUALITÀ
Il Rapporto Osservasalute 2012: italiani in buona salute malgrado le cattive abitudini

PROFESSIONE
Una ricerca per conoscere come le ostetriche rappresentano la propria identità professionale

PROFESSIONE
L'impegno delle ostetriche per preservare la fertilità nelle pazienti oncologiche

SOMMARIO

EDITORIALE

3 Le richieste della Fnco al nuovo Governo

ATTUALITA'

4 Pubblicato il Rapporto Osservasalute 2012: malgrado la crisi e le cattive abitudini, gli italiani sono in buona salute

STUDI E RICERCHE

8 L'identità della professione ostetrica, tra Codice deontologico e realtà lavorativa

13 L'impegno delle ostetriche per la preservazione della fertilità nelle pazienti oncologiche

17 Il core curriculum dell'ostetrica e la sua compilazione

PROFESSIONE

22 Intervista a Maria Mezzi: "Quando in bicicletta andavo a far nascere i bambini"

RICERCA IN OSTETRICIA

23 Un nuovo prototipo di vasca da parto per migliorare gli standard di sicurezza

33 Una traccia per l'elaborazione di un articolo scientifico

RAPPORTI INTERNAZIONALI

28 Meeting EMA a Parigi, Le ostetriche europee a confronto su gravidanza fisiologica e "malattie non riconosciute"

PARERI TECNICI-PROFESSIONALI

30 L'ostetrica/o obiettrice è tenuta alla somministrazione di farmaci o altri presidi finalizzati direttamente a determinare l'interruzione volontaria della gravidanza?

31 Possibilità per l'ostetrica/o di effettuare la rianimazione neonatale nel corso di un parto a domicilio

IN BIBLIOTECA

34 Per assistere mamma e bambino

LUCINA
LA RIVISTA DELL'OSTERICA/O

Organo della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche

Anno III numero 1
Bimestrale
Poste Italiane SpA - spedizione in abbonamento postale 70% Roma Aut. n. C/RM/56/2011

Direttore Responsabile
Miriam Guana
Comitato editoriale
Antonella Cinotti
Maria Pompea Schiavelli
Cristiana Pavesi, Iolanda Rinaldi,
Silvia Vaccari,
Maria Vicario

Segreteria di redazione
A. Cinotti, I. Rinaldi

Redazione
Federazione Nazionale
Collegi Ostetriche
Piazza Tarquinia 5/d - 00183 Roma
e-mail: presidenza@fnco.it
web: www.fnco.it
Tel. 06 7000943 - Fax 06 7008053
Orario di apertura linea telefonica:
dal Lunedì al Venerdì ore 10 - 13 e 14 - 15

Consulenza redazionale

Edizioni Health Communication
via Vittore Carpaccio 18
00147 Roma
Telefono 06.594461

Stampa
Union Printing, Viterbo

Autorizzazione Trib. di Roma
n. 224/2011 del 19/7/2011
Issn 1590-6353
Finito di stampare
maggio 2013

Le richieste della Fnco al nuovo Governo

di Miriam Guana

Il nuovo governo guidato da Enrico Letta si è insediato proprio nelle stesse ore in cui, in tutto il mondo, si celebrava la Giornata internazionale dell'ostetrica. Una ragione in più per sottoporre subito all'Esecutivo le richieste dei Collegi ostetrici italiani, riassunte in 11 punti:

- garantire un maggiore impiego dell'ostetrica le cui competenze, nell'ambito ostetrico-neonatale-ginecologico, hanno come obiettivo prioritario la promozione, la tutela ed il mantenimento della salute globale della donna rispetto agli eventi e fenomeni della sfera sessuale/riproduttiva relativi al ciclo vitale (nascita, infanzia, adolescenza, periodo fertile, gravidanza, parto, puerperio, climaterio e menopausa);
- garantire una concreta autonomia professionale nelle sedi lavorative, in ossequio alle direttive europee, oggi in fase evolutiva;
- sostenere l'autonomia della libera professione intramoenia nel Ssn; necessità quindi di modificare il CCNL in modo da prevedere la possibilità per le donne di esercitare una scelta anche di un professionista sanitario non medico nei diversi ambiti dell'assistenza;
- sostenere l'ostetrica di comunità in ossequio alla riorganizzazione delle cure primarie e domiciliari; modello "di presa in carico" valorizzato nel decreto Balduzzi e da implementare con il supporto della Regione di appartenenza. In particolare attivare il sostegno alla donna ed alla famiglia a domicilio, dopo il parto, garantendo così la continuità delle cure;
- assumere un impegno politico concreto, al fine di risolvere le criticità connesse al dilagare del contenzioso medico-legale soprattutto per le professioni particolarmente esposte a questo rischio;
- sostenere l'allocazione appropriata delle ostetriche negli ambiti di competenza, nelle strutture del Ssn (ospedale e territorio) anche per contrastare il fenomeno della disoccupazione;
- in sintonia con la riorganizzazione dei "punti nascita", valorizzare percorsi dedicati in cui sia tutelata l'appropriatezza e l'equità delle cure anche per le donne e le famiglie fragili in attesa di un figlio e che vivono situazioni di disagio economico;
- incidere sull'appropriatezza e su una demedicalizzazione delle cure nel percorso nascita, quindi separare il percorso patologico da quello fisiologico, quale strategia per abbattere i costi connessi alla medicina difensiva;
- tutelare la qualità della formazione delle ostetriche. Le competenze acquisite rappresentano il capitale per governare il futuro professionale e incidere in modo efficace sulla tutela della salute pubblica.
- garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie attraverso il sistema di deleghe agli ordini delle professioni sanitarie, che tutte devono essere dotati di un Albo; il nuovo Governo deve assicurare che tutti i cittadini possano individuare i professionisti a cui lo Stato affida la tutela della loro salute";
- contrastare l'abusivismo professionale, con il supporto delle autorità competenti;
- sostenere l'applicazione della L. 251/2000 e della L. 43/2006 per un dovuto riconoscimento delle specifiche competenze delle ostetriche, incluso il coordinamento e la dirigenza dell'area sanitaria di riferimento: ostetrica ginecologica e neonatale.

Senza un efficace sostegno di protezione sanitaria e sociale alle donne si rischia di non tutelare la salute delle generazioni future!

Miriam Guana
Presidente della Federazione Nazionale Collegi Ostetriche

Pubblicato il Rapporto Osservasalute 2012

MALGRADO LA CRISI E LE CATTIVE ABITUDINI, GLI ITALIANI SONO IN BUONA SALUTE

La salute degli italiani sembra per molti aspetti migliorare, nonostante la crisi e i cattivi stili di vita adottati, comportamenti dannosi come sedentarietà e consumo smodato di alcolici: è questo il "paradosso degli italiani", evidenziato anche dal trend in aumento della speranza di vita (dal 2007 al 2011 i maschi hanno guadagnato 0,7 anni e le femmine 0,5 anni).
Lo rileva l'edizione 2012 di *Osservasalute*, il rapporto annuale sulla salute degli italiani elaborato dai ricercatori dell'Università Cattolica di Roma, presentata a Roma il 29 aprile scorso. Pubblicato dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane che ha sede presso l'Università Cattolica di Roma e coordinato dal professor Walter Ricciardi, direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica del Policlinico Gemelli di Roma.
Il Rapporto, di cui diamo una sintesi nelle pagine seguenti, è frutto del lavoro di 184 esperti di sanità pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici ed economisti, distribuiti su tutto il territorio italiano, che operano presso Università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali (Ministero della Salute, Istat, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Agenzia Italiana del Farmaco, Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie, Osservatori Epidemiologici Regionali, Agenzie Regionali e Provinciali di Sanità Pubblica, Assessorati Regionali e Provinciali alla Salute).
Giunto alla sua decima edizione, ora più che mai il Rapporto Osservasalute fotografa la condizione di salute degli italiani e quella del Ssn in un contesto di profonda crisi economica e di crescente incertezza per il futuro. Tali condizioni potrebbero produrre gravi conseguenze sulla salute dei cittadini, come già accaduto in altri paesi europei in profonda sofferenza come Grecia, Spagna e Portogallo, anche in considerazione dei ripetuti interventi di contenimento della spesa sanitaria attuati negli ultimi anni. Infatti negli ultimi anni il finanziamento del Servizio sanitario nazionale è cresciuto con un ritmo decisamente inferiore a quello del passato (nel 2012 +0,8 rispetto al 2011, contro una crescita del +3,4% del 2009, +2% del 2010, +1,3% del 2011). In prospettiva le Regioni stimano che gli interventi del Governo centrale causeranno una riduzione del finanziamento, un aumento dei tagli alla spesa delle entrate da ticket per un valore complessivo di 8 miliardi a partire dal 2013 fino ad arrivare a 11 miliardi nel 2015.

LA SINTESI DEL RAPPORTO OSSERVASALUTE 2012

Continua la crescita della popolazione, ma non grazie alle nascite – Anche quest'anno i risultati del Rapporto danno conferma delle tendenze emerse negli anni scorsi: si riscontra un tendenziale aumento della popolazione residente in Italia imputabile, sostanzialmente, alla componente migratoria. Il saldo medio annuo è in questa edizione del Rapporto pari a 4,2 per 1.000 mentre nella precedente edizione era 4,8 per 1.000. Le Regioni che non crescono (saldo totale negativo) sono solamente tre: Basilicata (-2,5 per 1.000), Molise (-0,6 per 1.000) e Liguria (-0,1 per 1.000); anche in questa edizione del Rapporto si riscontra un saldo naturale medio (relativo al biennio 2010-2011) che si mantiene pressoché costante rispetto al biennio precedente e si attesta su livelli ancora di segno negativo, anche se, per alcune Regioni, è prossimo allo 0; invece il saldo migratorio è positivo grazie, soprattutto, alla capacità attrattiva delle regioni del Centro-Nord.
Anche il movimento migratorio interno al Paese ha confermato i trend già evidenziati negli anni precedenti, ovvero il movimento in uscita dalle regioni meridionali (escluso l'Abruzzo).
Le regioni più "abbandonate" dai propri cittadini e meno attrattive verso quelli di altre regioni sono Basilicata, Calabria e Campania che hanno un saldo migratorio negativo molto elevato (rispettivamente, -3‰, -3,3‰, -3,4‰). Le realtà territoriali che maggiormente hanno beneficiato di tali spostamenti sono state la PA di Trento (+2,9‰), l'Emilia-Romagna (+2‰), la Toscana (+1,5‰), il Friuli Venezia Giulia (+1,4‰) e il Lazio (+1,4‰).
La fecondità subisce una lieve flessione – Scompare quella sia pur flebile speranza di crescita riscontrata nelle precedenti edizioni del Rapporto: il tasso di fecondità totale (Tft) è passato, infatti, da 1,42 del 2008 a 1,41 del 2009 e nel 2011 è pari a 1,39. Si arresta quindi il sia pur minimo processo di ripresa dei livelli di fecondità che era iniziato a partire dal 1995 quando il Tft raggiunse il suo valore minimo di 1,2 figli per donna.

Il Tft resta inferiore al livello di sostituzione (ossia 2,1 figli per donna, che garantirebbe il ricambio generazionale).
I valori più alti si registrano anche quest'anno nelle PA di Trento e Bolzano e in Valle d'Aosta, dove tale indicatore è prossimo a 1,6 figli per donna.
Seguono, a breve distanza, la Lombardia (1,48), l'Emilia Romagna (1,46), il Veneto (1,44), il Lazio (1,41), il Piemonte (1,4), le Marche (1,39). Le regioni dove si registra un Tft particolarmente basso (ossia inferiore a 1,2 figli per donna in età feconda) sono nel Sud (Sardegna con 1,14, Molise con 1,16 e Basilicata con 1,17). La fecondità delle donne straniere (2,04), è circa il 50% in più di quella delle donne italiane (1,39).

Italia sempre più vecchia, un peso crescente per la sanità – Anche il Rapporto 2012 mostra la tendenza incessante all'invecchiamento della popolazione italiana, la quota dei giovani sul totale della popolazione è, difatti, contenuta, mentre il peso della popolazione "anziana" (65-74 anni) e "molto anziana" (75 anni e oltre) è consistente.
Nel 2011 la popolazione in età 65-74 anni rappresenta il 10,2% del totale, e quella dai 75 anni in su il 10,1%. Significa che un italiano su dieci ha più di 65. Si confermano Regione più vecchia la Liguria (gli anziani di 65-74 anni sono il 12,7% della popolazione; gli over-75 il 14%), Regione più giovane la Campania (65-74 anni sono l'8,3% della popolazione; over-75 il 7,8%).

Sempre di più anziani che vivono soli: come lo scorso anno a livello nazionale oltre un anziano su quattro (28,1% della popolazione con 65 anni ed oltre nel 2010) vive da solo. È in Valle d'Aosta che tale percentuale raggiunge il suo valore massimo (33,6%). Il valore più contenuto si registra nelle Marche (22,9%), seguono Umbria (23,9%), Campania (25,5%), Abruzzo (25,8%) e Veneto (26,1%).
Solo il 15,1% (come nel 2009) degli uomini di 65 anni e oltre vive solo, mentre tale percentuale è decisamente più elevata, pari al 37,6% (38% nel 2009) per le femmine. Sia la differenza di età fra i coniugi, sia la maggiore mortalità maschile rende le donne più a rischio di sperimentare l'evento vedovanza e, quindi, di vivere sole nell'ultima parte della propria vita.

Italiani sempre più istruiti, dovrebbero avere gli strumenti conoscitivi per proteggere la propria salute – Quest'anno il Rapporto prende in esame quanto sono istruiti gli italiani: il livello d'istruzione della popolazione è un dato importante perché a titoli di studio più elevati corrispondono in media condizioni socio-economiche migliori e una più frequente adozione di stili di vita salutari. Nel periodo 2004-2011 si è assistito a un aumento relativo della quota di popolazione con titoli di studio più elevati. Questo è dovuto, soprattutto, al progressivo estinguersi delle generazioni più anziane e meno istruite. In particolare, la quota di popolazione che ha conseguito al massimo la licenza elementare passa, nel periodo considerato, dal 29% al 22%. Al contrario, il peso della popolazione che ha conseguito il diploma di scuola media superiore aumenta nel tempo passando dal 26% al 29%. A livello nazionale, il 13,4% della popolazione maschile di 25-64 anni ha conseguito la laurea o un titolo superiore contro il 16,4% della controparte femminile. Ci sono più laureati nelle regioni del Centro (nel Lazio ha conseguito la laurea il 18,2% degli uomini e il 20,4% delle donne) e in alcune regioni del Nord, mentre è inferiore al valore nazionale nelle regioni del Mezzogiorno, escluso l'Abruzzo per entrambi i generi e Molise per le donne. La Regione con meno laureati tra i maschi è la Sardegna (10,6%), quella con meno laureati tra le donne è la Puglia (12,4%). A livello nazionale, il 34% degli uomini ha conseguito un diploma di scuola secondaria superiore, mentre per il collettivo femminile tale percentuale è pari al 33,3%. Infine la metà della popolazione residente con un'età compresa tra 25-64 anni ha conseguito al massimo un diploma di 2-3 anni (qualifica professionale): questa percentuale era pari al 52,6% per gli uomini e al 50,2% per le donne.
Si noti che, secondo uno studio pubblicato con il Rapporto Osservasalute 2010, nella popolazione con livello di istruzione non superiore alla licenza elementare il rischio di soffrire di una o più malattie croniche è, per gli uomini, circa un quarto più elevato di quello di coloro che hanno almeno il diploma superiore, per le donne il 30% in più.

Migliora la speranza di vita – Al 2011, stando ai dati provvisori, la speranza di vita alla nascita e pari a 84,5 anni per le donne e a 79,4 anni per gli uomini. Procede, quindi, l'andamento più favorevole per gli uomini negli ultimi anni. Si continua a erodere il vantaggio delle donne rispetto agli uomini: nel 2006 il vantaggio femminile alla nascita era di 5,6 anni, si riduce a 5,1 anni nel 2011 continuando una tendenza che si è instaurata dal 1979, quando il vantaggio di sopravvivenza delle donne raggiunse il suo massimo, 6,8 anni in più rispetto agli uomini.
Per la prima volta negli ultimi anni la PA di Bolzano (80,5 anni), relativamente agli uomini, strappa il titolo di area geografica a maggiore longevità alla Regione Marche (la speranza di vita alla nascita nelle Marche è per i maschi pari a 80,3 anni) che lo deteneva da tempo. Anche per le donne è la PA di Bolzano (85,8 anni) quella con la sopravvivenza media più elevata. È ancora la Campania, invece, la Regione dove la speranza di vita alla nascita è più bassa, tanto per gli uomini (77,7) quanto per le donne (83).

Sempre meno morti, soprattutto tra i maschi – Il dato di mortalità registrato nel 2009, rispecchiando quanto descritto per la sopravvivenza, conferma il trend visto negli ultimi anni: un sensibile miglioramento per gli uomini (il tasso standardizzato di mortalità scende di 2 punti percentuali circa passando da 111,85 per 10.000 del 2007 a 109,91 per 10.000 nel 2009) e una situazione pressoché stabile per le donne rispetto a due anni prima (69,44 per 10.000 nel 2007 e 69,31 per 10.000 nel 2009).
Per entrambi i generi e fino ai 74 anni, ma con un'intensità generalmente maggiore per gli uomini rispetto alle donne, nel triennio 2007-2009 è continuato il calo dei rischi di morte per le malattie del sistema circolatorio, dei tumori, delle malattie dell'apparato digerente e del sistema respiratorio. Oltre i 75 anni, l'evoluzione della mortalità nei due generi si differenzia e, per la prima volta, si osserva un lieve aumento dei tassi per le donne: +0,5% contro -0,8% degli uomini.

Italiani sempre più grassi – Continua a crescere, anche se di poco, la percentuale di italiani che ha problemi con la bilancia: nel 2011, oltre un terzo della popolazione adulta (35,8%, mentre era il 35,6% nel 2010) è in sovrappeso (Indice di Massa Corporea – IMC – tra 25 e 30), mentre una persona su dieci (10%) è obesa (IMC>30); complessivamente, il 45,8% dei soggetti di età ≥18 anni è in eccesso ponderale (era il 45,4% nel 2009 e il 45,9 nel 2010). In Italia, nel periodo 2001-2011, è aumentata sia la percentuale di coloro che sono in sovrappeso (33,9% vs 35,8%) sia quella degli obesi (8,5% vs 10%).

Si conferma il gradiente Nord-Sud, ma dal 2001 è boom di obesi a Nord: le regioni meridionali presentano la prevalenza più alta di persone obese (Basilicata 13,1% e Molise 13,5%) e in sovrappeso (Campania 40,1% e Puglia 40,4%) rispetto alle regioni settentrionali (obese: PA Trento 6,4%; sovrappeso: Veneto 31,4%). Confrontando i dati con quelli degli anni precedenti e raggruppando per macro-regioni (Nord-Ovest: Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia; Nord-Est: PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna; Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio; Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria; Isole: Sicilia, Sardegna) si osserva che dal 2001 nel Nord-Ovest si è registrato il maggior aumento (2,4 punti percentuali) di persone con eccesso ponderale, mentre nel Nord-Est è cresciuta notevolmente la prevalenza di persone obese. Diversamente, nelle Isole la percentuale di persone in sovrappeso e obese è rimasta pressoché stabile negli ultimi anni. A livello nazionale, i dati del 2011 risultano sovrapponibili rispetto a quelli del 2010, ma confermano il trend in aumento degli ultimi 10 anni.

Anche l'età pesa sulla bilancia - La percentuale di popolazione in condizione di eccesso ponderale cresce all'aumentare dell'età: dalla fascia 18-24 anni a quella 65-74 anni il sovrappeso passa dal 15,7% a oltre il 45%, l'obesità dal 2,5% al 15,5%. Nelle persone dai 75 anni in su il valore diminuisce lievemente (sovrappeso 42,3%, obesità 13%).
Uomini peggio delle donne – Come nelle precedenti edizioni gli uomini hanno più problemi delle donne: risulta in sovrappeso il 45,5% (44,3% nel 2010) degli uomini rispetto al 26,8 (27,6% nel 2010) delle donne e obeso il 10,7% (era l'11,1% nel 2010) degli uomini e il 9,4% (9,6% nel 2010) delle donne.

Lieve flessione degli sportivi, il Paese è sempre pigro, soprattutto le donne – Rispetto alla precedente edizione del Rapporto, diminuiscono anche se di poco gli sportivi: nel 2010 il 22,8% della popolazione italiana con età ≥3 anni praticava con continuità, nel tempo libero, uno o più sport (nel 2009 era il 21,5%, nel 2008 era il 21,6%, nel 2007 il 20,6%). Nel 2011 si scende al 21,9% della popolazione.
I sedentari sono pari al 39,8%. L'abitudine all'attività fisica non è uguale in tutte le regioni, ma c'è un gradiente Nord-Sud con livelli più elevati e continui di svolgimento di una qualsiasi attività fisica nella PA di Bolzano (37,9%) e in Valle d'Aosta (29,3%) e livelli più bassi in Campania (13,1%) e Puglia (13,6%).
La sedentarietà aumenta man mano che si scende da Nord verso Sud, in particolare in Sicilia (57%) e in Puglia (57,2%). La pratica sportiva è molto più frequente fra gli uomini: il 26,0% pratica sport con continuità e il 12,6% lo pratica saltuariamente, mentre fra le donne la quota è, rispettivamente, del 18% e del 7,9%. La quota di sedentari è maggiore tra le donne (44,4% vs 35%).

Gli italiani continuano a consumare poca frutta e verdura – Complessivamente, le persone di 3 anni e oltre che consumano quotidianamente Verdura, Ortaggi e Frutta (VOF) costituiscono una percentuale abbastanza stabile con un minimo di 83,7% nel 2009 e un massimo di 85,3% nel 2006, per attestarsi all'85% nel 2011 come valore nazionale. Osservando, tra di loro, la percentuale di persone che mangia almeno 5 e più porzioni al giorno di VOF, si è registrato un massimo di 5,7% nel 2008 al termine di un periodo di crescita dell'indicatore che partiva da un 5,3% nel 2005. Nel 2009, è sceso al 4,8% per poi risalire nel 2010 (5,5%) e, infine, attestarsi al 4,9% nel 2011. L'evoluzione osservata nel tempo vede una crescita in alcune delle regioni che inizialmente presentavano un livello inferiore, in particolare l'Abruzzo (che passa da una percentuale di 4,3% a 6,6%), la Basilicata e la Sardegna, mentre si registra un andamento opposto per le regioni che partivano da un livello più elevato, come Piemonte, Veneto, Toscana e Lazio.

Alcolici, meno consumatori ma più diffusi i comportamenti a rischio – Diminuiscono i consumatori ma aumentano i comportamenti a rischio, come il binge drinking (ovvero l'assunzione di 5 o più bevande alcoliche in un intervallo di tempo più o meno breve). La prevalenza dei non consumatori, che corrispondono agli astemi e ai sobri degli ultimi 12 mesi, è pari nel 2010, al 32,7%, dato in aumento rispetto agli ultimi anni. L'aumento rispetto all'anno 2008 è statisticamente significativo sia a livello nazionale (+3,3 punti percentuali) sia in molte realtà locali grazie all'aumento degli astinenti degli ultimi 12 mesi (+2,8 punti percentuali); gli aumenti più consistenti di non consumatori si registrano in alcune regioni del Centro, quali Umbria (+7,7 punti percentuali), Marche (+6,5 punti percentuali) e Emilia-Romagna (+5,7 punti percentuali).
Cresce il fenomeno del binge drinking tra i giovani: il dato passa dal 9,5% del 2009 al 10,5% del 2010.

Si fuma un po' meno – Diminuiscono, anche se di poco, i fumatori, infatti, mentre nel 2010 fumava il 22,8% degli over-14 nel 2011 è il 22,3%. Non emergono grandi differenze rispetto al 2010, ma si evidenzia una maggior prevalenza rispetto al dato nazionale nel Lazio (27,2%) e in Abruzzo (24%), entrambe in aumento rispetto al 2010 (26,7% e 21,8%, rispettivamente). Una netta diminuzione, rispetto all'anno precedente, si osserva, invece, in Valle d'Aosta (19,8% vs 16,3%) e in Campania (26,1% vs 23,1%).
Notevoli sono le differenze di genere: gli uomini fumatori sono il 28,4%, mentre le donne il 16,6%. Il vizio del fumo è più diffuso nei giovani adulti, in particolare, tra i 25-34 anni, fascia di età in cui si concentra circa un terzo del campione (30,6%).

Si riduce la mortalità per malattie cardiovascolari, ma gli uomini muoiono il doppio delle donne - Un dato rilevante per la salute degli italiani e che negli ultimi 40 anni la mortalità totale si è più che dimezzata (il tasso standardizzato di mortalità totale si è ridotto del 53,0% tra il 1970 e il 2008) e la riduzione della mortalità per le malattie cardiovascolari è stato il fattore che più ha influito sul trend in discesa della mortalità totale (nello stesso periodo, la mortalità per malattie cardiovascolari si è ridotta del 63%). La mortalità per le malattie ischemiche del cuore continua a colpire quasi il doppio degli uomini rispetto alle donne; in particolare, nel 2009, si sono registrati 14,07 decessi (per 10.000) fra gli uomini e 7,79 decessi (per 10.000) fra le donne e è da sottolineare che entrambi i tassi di mortalità sono in diminuzione rispetto al 2008. A livello regionale, il primato negativo spetta alla Campania sia per gli uomini (17,13 per 10.000) sia per le donne (10,43 per 10.000). La Sardegna per gli uomini e la Valle d'Aosta per le donne sono le regioni più virtuose con tassi di mortalità, rispettivamente, di 11,81 decessi e 5,34 decessi (per 10.000). Il dato positivo è che si registra per la mortalità per malattie ischemiche del cuore un trend in discesa che continua dal 2003 in entrambi i generi, in tutte le classi di età e in tutte le regioni.

Prosegue l'aumento dei consumi di antidepressivi – Anche quest'anno prosegue il trend di aumento del consumo di farmaci antidepressivi, come già visto nel precedente Rapporto. Il volume prescrittivo dei farmaci antidepressivi mostra un continuo aumento negli ultimi 10 anni: nel 2011 il consumo (in DDD/1000 ab die) di farmaci antidepressivi è di 36,1, contro un consumo di 8,18 nel 2000.

Continua il trend in aumento per i suicidi, sono gli uomini a togliersi più spesso la vita – Nel biennio 2008-2009, il tasso medio annuo di mortalità per suicidio è pari a 7,23 per 100.000 residenti dai 15 anni in su. Nel 77% dei casi il suicida è un uomo. Il tasso di mortalità è pari a 12,05 (per 100.000) per gli uomini e a 3,12 per le donne.
Dopo il minimo storico raggiunto nel 2006 (quando sono stati registrati 3.607 suicidi) si evidenzia una nuova tendenza all'aumento negli ultimi anni di osservazione (con 3.870 suicidi nel 2009). L'incremento registrato osservato negli anni più recenti si deve pressoché esclusivamente a un aumento dei suicidi tra gli uomini per i quali il tasso è passato da 11,70 (per 100.000) nel 2006 e nel 2007 a 11,90 (per 100.000) nel 2008 e 12,20 (per 100.000) nel 2009. L'aumento della mortalità per suicidio riguarda soprattutto gli uomini tra 25 e 69 anni.

Spesa sanitaria pubblica inferiore a quella di alcuni Paesi OCSE – Si conferma anche che il valore della spesa sanitaria pubblica è allineato alla media dei Paesi OCSE, anche se inferiore a quelli di altri Paesi come Regno Unito, Germania e Francia di circa 2 punti percentuali e addirittura degli USA che hanno un sistema privato. Si conferma pure il trend in crescita a partire dal 2003 passando dal 6,09% al 7,22% del 2009, con un tasso medio composto annuo del 2,87%. L'incremento è particolarmente significativo nel 2009, anno in cui, in valore assoluto, la spesa sanitaria pubblica aumenta, mentre il PIL subisce una riduzione. A livello regionale l'indicatore mostra delle significative differenze nel 2009, variando da un massimo di 11,02% del Molise a un minimo di 5,42% della Lombardia, un divario che supera i 5 punti percentuali.

Spesa sanitaria pro capite in aumento - Il Rapporto mostra che la spesa sanitaria pro capite è cresciuta dell'1,09% fra 2010 e 2011 passando da 1.831€ a 1.851€. La spesa è aumentata del 12,59% rispetto al 2005. Occorre osservare, pero, come l'incremento tra il 2011 e il 2010 include l'effetto dovuto alla contabilizzazione a partire dal 2011 dei costi relativi agli ammortamenti degli investimenti. Anche quest'anno le regioni del Nord mettono a disposizione un ammontare di risorse superiore rispetto alle regioni meridionali.

Disavanzi in diminuzione - Nel 2011 il disavanzo sanitario nazionale ammontava a circa 1,779 miliardi di euro, in diminuzione rispetto al 2010 (2,206 miliardi di euro), a conferma del trend di sistematica riduzione avviato dopo il picco (5,790 miliardi di euro) raggiunto nel 2004. Anche a livello pro capite il disavanzo 2011 (29€) è il più basso dell'intero arco temporale considerato (2002-2011).

La "pagella" del Ssn – Quest'anno il Rapporto presenta anche un'analisi delle performance del nostro sistema sanitario sulla base di alcuni parametri quali efficienza (offerta di servizi con la spesa minima possibile), efficacia (esito delle prestazioni erogate), appropriatezza, che valuta gli atti medici in relazione ai costi, alle risorse disponibili e ai risultati auspicabili, qualità per il cittadino, intesa come accessibilità e soddisfazione, che il sistema sanitario assicura alla popolazione.
I risultati della valutazione della performance rispetto alle singole dimensioni considerate mettono in evidenza il consueto divario tra Nord e Mezzogiorno, seppure caratterizzato da alcune eccezioni interessanti. Ancora più interessante è spingere l'analisi sul confronto tra alcune dimensioni della performance con cui si possono mettere in luce dei trade-off che possono fornire spunti di riflessione e indicazioni su come procedere. Il trade-off è il rapporto tra due dimensioni usate per valutare la performance, per esempio il rapporto tra efficienza e efficacia.
In generale, ad esempio, ci si preoccupa quando al crescere dell'efficienza di un SSR diminuisce l'efficacia delle cure perché potrebbe significare che il mirare troppo al risparmio si traduce, di fatto, in un danno per la salute dei cittadini. Le spinte verso l'efficienza della spesa spesso hanno conseguenze poco desiderabili sugli outcome, sia in termini di esiti di salute che di appropriatezza, accessibilità e soddisfazione.
Dal confronto tra i livelli di efficienza e di efficacia registrati nelle regioni emerge che la PA di Bolzano e l'Abruzzo, a fronte di bilanci di spesa positivi, fanno registrare livelli bassi e medio-bassi di efficacia. Si tratta, quindi, di casi in cui una buona gestione della spesa non concorda con altrettanti buoni risultati in termini di salute. Per contro, le regioni che lamentano conti in rosso, come la Liguria e la Basilicata, possono vantare livelli medio-alti di efficacia del sistema sanitario. La Valle d'Aosta si dimostra un'eccellenza in quanto riesce a coniugare conti in ordine e alta efficacia; all'estremo opposto troviamo Calabria e Sardegna, negative sia in termini di efficienza che di efficacia.
Sul fronte del rapporto tra efficienza e grado di soddisfazione e di facilità di accesso alle cure dei cittadini emerge invece come Regione meno virtuosa l'Umbria, in quanto pur risultando capace di controllare la spesa, non riesce però a fornire ai propri residenti un alto livello di accessibilità e soddisfazione; per contro, Marche, Liguria, Molise e Sardegna evidenziano scarsa capacità nel tenere i conti in ordine, ma possono vantare livelli di accessibilità e soddisfazione medio-alti.

Mortalità evitabile - Il concetto di mortalità evitabile per cause riconducibili ai servizi sanitari o Amenable Mortality (AM) è potenziale strumento per la valutazione della qualità e dell'efficacia dei sistemi sanitari e per monitorarne i cambiamenti nel tempo. La "mortalità riconducibile alle cure sanitarie" è definita come "decessi considerati prematuri, che non si verificherebbero in condizioni di cure efficaci e tempestive" o come "morti attribuibili" a condizioni per cui esistono efficaci interventi diagnostico-terapeutici e di prevenzione secondaria, che potrebbero prevenire le "morti premature". Nel periodo considerato nel Rapporto, tra 2006 e 2009, si è assistito a una lieve riduzione del tasso di mortalità riconducibile ai servizi sanitari: si è passati, difatti, dal 63,86 (per 100.000) del 2006 al 61,69 (per 100.000) del 2009. Queste cause di morte riguardano soprattutto gli uomini. Le regioni che presentano la peggiore performance in tutti gli anni considerati sono Calabria, Campania e Sicilia.
Ormai il divario tra i cittadini delle regioni più virtuose e quelle in difficoltà è impressionante: quasi 4 anni separano gli uni dagli altri ed è come se negli ultimi dieci anni, alcuni fossero tornati al secondo dopoguerra in termini di guadagno di aspettativa di vita.

I risultati di un'indagine realizzata nelle province di Como, Lecco e Sondrio

L'IDENTITÀ DELLA PROFESSIONE OSTETRICA, TRA CODICE DEONTOLOGICO E REALTÀ LAVORATIVA

Elena Vincifori*, Monica Molinar Min**

Introduzione

La figura dell'ostetrica/o affonda le sue radici in una storia molto antica, in cui si sono alternate fasi di valorizzazione e di involuzione sociale che, probabilmente, in parte motivano la costituzione di un'identità professionale che oggi appare ancora fragile. In Italia con i cambiamenti normativi introdotti dagli anni '90, il Codice Deontologico è diventato uno dei tre riferimenti dell'agire professionale, espressione della natura, degli intenti e dell'impegno sociale e morale della professione [1].

Da un punto di vista sociologico, per definire una professione come tale, è necessario tenere presente come e quanto si siano sviluppate nel tempo ed espresse le numerose dimensioni che la costituiscono. In merito a ciò, una ricerca etnografica ha portato ad affermare che per le ostetriche/ci italiane il processo di professionalizzazione non sia ancora pienamente avvenuto [2]. Anche a livello internazionale si considera la professionalizzazione dell'ostetricia ancora nella sua infanzia [3].

In tale contesto sociale e culturale, si è deciso di realizzare un'indagine con lo scopo di rilevare, tra le ostetriche/ci delle Province di Como, Lecco e Sondrio, quale sia la rappresentazione della propria identità professionale, fondata sul Codice Deontologico ed espressa nelle realtà lavorative.

Materiali e metodi

È stato realizzato uno studio quantitativo osservazionale descrittivo prospettico in cui si sono assunte come variabili da indagare, caratterizzanti l'identità professionale, la cultura, la competenza, l'appartenenza e il riconoscimento, riferendosi a uno studio islandese sul professionalismo dell'ostetrica/o [4], i cui aspetti costitutivi, parzialmente adattati, sono riportati nella Tabella 1.

Abstract

È stata realizzata un'indagine tra le ostetriche/ci delle Province di Como, Lecco e Sondrio, tramite la somministrazione di un questionario, con lo scopo di rilevare quale sia la rappresentazione della propria identità professionale, fondata sul Codice Deontologico ed espressa nelle realtà lavorative. Si è rilevato che, pur prevalendo l'indicazione di godere di buona autonomia, la maggior parte delle ostetriche/ci, in particolare chi ha il titolo di studio del vecchio ordinamento e lavora fuori dall'ospedale, ritiene che questa non sia sufficiente per l'affermazione dell'ostetrica come professione.

Keywords

nurse or midwife professional identity; professional identity core values; midwifery identity; midwifery practice.

Tabella 1 - I principali aspetti del professionalismo dell'ostetrica/o

Enfasi sull'ostetrica/o	Il fondamento	Principali aspetti della teoria	Interpretabile come
Chi è l'ostetrica/o	Il modo di essere dell'ostetrica/o	Caring	**Identità professionale**
Che cosa l'ostetrica/o sa e comprende	Conoscenza ed esperienza	Saggezza	**Cultura**
Che cosa l'ostetrica/o fa	Azione	Competenza	**Competenza**
Come l'ostetrica/o si rapporta a se stessa	Lavoro interno	Conoscenza e sviluppo di sè	**Appartenenza**
Come l'ostetrica/o si rapporta agli altri	Interconnessione	Comunicazione e connessione	**Riconoscimento**

Fonte: Halldorsdottir, 2011, modificata (in azzurro l'adattamento)

L'indagine, sviluppatasi tra gennaio e aprile 2012, ha comportato la somministrazione di un questionario costituito da dieci domande, prevalentemente chiuse e formulate a partire dal Codice Deontologico. Si è ricorsi a un campionamento non probabilistico di convenienza, che ha portato a includere tutte le ostetriche/ci in servizio effettivo nei Punti Nascita, nei Consultori e le libero professioniste, accessibili al ricercatore nelle Province prima elencate.

Risultati

Le caratteristiche socio-demografiche del campione oggetto d'indagine sono riportate nella Tabella 2.
L'adesione all'indagine è stata del 79,1%, corrispondente a 186 questionari restituiti compilati in modo valido. Si riporta nella Tabella 3 una sinossi che permette di descrivere "Chi è l'ostetrica/o?", secondo quanto emerso dall'indagine.

Roma, 2-3-4 ottobre 2014

A Roma nel 2014 il 33° Congresso nazionale Fnco

In occasione dell'adunanza ordinaria del Consiglio nazionale Fnco tenutasi a Roma il 23 e 24 novembre scorsi, tre componenti l'assemblea hanno avuto modo di illustrare ai convenuti la propria candidatura ad essere il Collegio ospitante (Trento, Roma e Palermo) del prossimo Congresso nazionale di categoria. Dopo le presentazioni di rito, non prive di momenti anche suggestivi, l'assemblea ha accolto la proposta avanzata dal Collegio delle Ostetriche di Roma.
Si coglie l'occasione per rinnovare sentiti ringraziamenti alle Presidenti e ai Consigli direttivi dei Collegi di Trento e Palermo e, in particolare, ai componenti il Consiglio direttivo del Collegio delle Ostetriche di Roma e alla sua presidente Iolanda Rinaldi per la disponibilità e l'impegno assunto a far sì che, nell'ottobre 2014, il nostro 33° Congresso nazionale si realizzi nella splendida e suggestiva cornice della Città Eterna.
Il Comitato centrale della Fnco auspica sin da ora un'ampia partecipazione di ostetriche/ci del Nord, Centro e Sud d'Italia.

Tabella n° 2 – Variabili socio-demografiche del campione indagato

Variabili socio-demografiche	DATI COMPLESSIVI
Questionari	
Validi	186
Genere	
Femmine	183
Maschi	3
Età	
Media	38,47
Dev. St.1	10,96
Moda	25
Mediana	39,00
Titolo di studio base	
Diploma di Ostetrica	94 (50,5%)
D.U.O.2	22 (12%)
Laurea in Ostetricia	70 (37,5%)
Titolo di studio aggiuntivo	
Laurea Magistrale	6 (3,2%)
Altro Titolo	25 (13,4%)
Anni di professione	
Media	15,35
Dev. St.1	11,05
Moda	6
Mediana	15,00
Ambito lavorativo a.s.s.3	
Ospedale	146 (78,5%)
Consultorio	29 (15,6%)
Studio professionale	6 (3,2%)
Istituto Privato	0 (0%)
Altro	5 (2,7%)
Posizione professionale a.s.s.3	
Dipendente	170 (91,4%)
Libero professionista	12 (6,5%)
Altro	4 (2,1%)
Funzioni specifiche a.s.s.3	
Ostetrica	173 (93,0%)
Ost. Coordinatrice	12 (6,5%)
Ost. Dirigente	0 (0%)
Altro	1 (0,5%)
Iscrizione al Collegio delle Ostetriche	
Como-Lecco	109 (58,6%)
Sondrio	36 (19,4%)
Altro	41(22,0%)

1 - Deviazione Standard
2 - Diploma Universitario in Ostetricia
3 - Adattato a singola scelta

Discussione

La rappresentazione ottenuta nel campione indagato sembra permetta di affermare che, in merito a "Che cosa l'ostetrica/o sa e comprende" (variabile Cultura), si ha un professionista che valorizza l'empowerment della donna, che ritiene la sua indipendenza fondata sull'autonomia e che trova particolarmente significativa, per l'affermazione della propria identità professionale, la partecipazione alla pianificazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). Nessuna preferenza è stata assegnata all'opzione "solidarietà". Marcata anche la non rilevanza attribuita alla "clausola di coscienza", introdotta dal Codice Deontologico del 2010, probabilmente poco nota e compresa.

Riguardo a "Che cosa l'ostetrica/o fa" (variabile Competenza) sembra risultino prioritari la rispettosa collaborazione interprofessionale, che permette l'espressione della propria autonomia in integrazione con altri professionisti o, meno prescelta, in distinzione; la scarsa autonomia per vincoli di subordinazione con il medico è segnalata solo dal 10,2% dei rispondenti, scostandosi da quanto reperito in letteratura [2][5][6]. Si evidenzia anche una buona realizzazione della continuità assistenziale, segnalando come ragione principale di una sua scarsa attuazione "l'insufficiente presenza di modelli organizzativi" (63,8%). In merito a "Come l'ostetrica/o si rapporta a se stessa" (variabile Appartenenza) e alla categoria professionale, la formazione è ritenuta fondamentale e si afferma la valoriz-

Tabella n° 3 – Cosa compone l'identità professionale ostetrica? Le preferenze maggiormente espresse

	IDENTITÀ PROFESSIONALE OSTETRICA	
CULTURA	Quesito 1	Empowerment (36,0%)
	Quesito 2	Autonomia (50%)
	Quesito 9 (dati recuperati e aspetto più significativo)	Partecipazione (43,5%) alla pianificazione dei PDTA
COMPETENZA	Quesito 4 (dati recuperati e aspetto più significativo)	Collaborare con colleghi e altri professionisti nel rispetto delle competenze (60,8%)
	Quesito 5	Autonomia perché realizza specifiche funzioni in integrazione con altri professionisti (54,8%)
	Quesito 7	Continuità assistenziale: Molto (58,6%). Se Per nulla o Poco (31,1%): insufficiente presenza di modelli organizzativi (63,8%)
APPARTENENZA	Quesito 3	Formazione (47,8%)
	Quesito 8	Valorizzazione organi rappresentanza professionale: Molto (60,2%). Se Per nulla o Poco (34,9%): valutazione di scarsa efficacia degli organismi di rappresentanza (43,1%)
RICONOSCIMENTO	Quesito 6	Rispetto e collaborazione tra professionisti: Molto (76,9%). Se Per nulla o Poco (17,2%): scarso affiatamento nel gruppo delle ostetriche
	Quesito 10	Accordo con ostetrica come semi-professione (58,1%). Ragioni dell'accordo: assistenza su modello medico (29,6%); scarso potere e prestigio della categoria delle ostetriche (29,6%)

zazione degli organi di rappresentanza professionale. Laddove questa è considerata "Per nulla-Poco" importante la motivazione principale riferita è quella di una "valutazione di scarsa efficacia degli organismi di rappresentanza" (43,1%).
Sull'aspetto di "Come l'ostetrica/o si rapporta agli altri" (variabile Riconoscimento), indicato in molti articoli di letteratura [4][8][9], si ribadisce ancora una buona collaborazione tra colleghi e con altri professionisti ma, come sintesi conclusiva, si riconosce all'ostetrica/o di essere in una condizione di occupazione o semi-professione. Tra le ragioni a sostegno di tale affermazione sono state indicate, a pari merito con il 29,6%, sia "l'assistenza a gravidanza/parto strutturate sul modello medico" che "alla categoria professionale delle ostetriche/ci è riconosciuto scarso potere e prestigio". Ancora una volta all'ultimo posto è collocata la risposta "le ostetriche/ci hanno scarsa autonomia" (8,3%), a conferma che un'apparente raggiunta autonomia professionale non è sufficiente per ritenersi pienamente professione. Invece il disaccordo nel considerarsi semi-professione, espresso dal 39,2% delle partecipanti, è stato riferito agli aspetti dell'autonomia / competenza / responsabilità (36,7%) o a quelli dei contenuti/modalità dell'attività professionale (32,6%).
Dalle analisi bivariate effettuate, pur con dei limiti individuati, si evidenzia il prevalere di un modello professionale di assistenza soprattutto tra le ostetriche/ci con titolo di studio del vecchio ordinamento. Sembra, inoltre, che le ostetriche/ci che operano in Ospedale riconoscano meno di quelle che lavorano fuori dall'Ospedale il ruolo degli organi di rappresentanza professionale. La maggioranza delle ostetriche/ci afferma di esercitare con buona autonomia professionale, anche se è nel contesto ospedaliero che viene segnalata con più frequenza la valutazione di operare con scarsa autonomia. La maggior parte delle ostetriche/ci, in particolare quelle con titolo di studio del vecchio ordinamento e che lavorano fuori dall'Ospedale, ritiene che una buona autonomia non sia sufficiente per l'affermazione dell'ostetrica come professione, probabilmente a ragione di una visione più critica e complessiva o di delusione di aspettative, diversamente da quelle che esercitano in Ospedale che si ritengono più frequentemente delle professioniste.
Tra i contributi portati dalle ostetriche/ci che ritengono di essere una professione a tutti gli effetti c'è chi, in opposizione a chi la considera una semi-professione, valuta quest'ultima affermazione: "viziata dal credere che il punto di arrivo, ossia la professione come posizione consolidata, sia socialmente che culturalmente, sia più importante del processo, del movimento collettivo verso una posizio-

ne professionale (il processo è più importante della meta, il movimento è più importante del punto di arrivo)".

Conclusioni

L'apparente incoerenza tra sentirsi autonome, ma non pienamente professioniste, può essere sia espressione di un'analisi critica verso la categoria professionale che derivare dalla consapevolezza di alcune ostetriche/ci su come il progetto professionale non sia costituito dalla sola autonomia. Il profilo di ostetrica/o, che sembra delinearsi come prevalente dai risultati dell'indagine, potrebbe essere quello dell'"ostetrica ibrida", definita in letteratura come quel modello di ostetrica/o che vive la contraddizione tra i valori della midwifery e ciò che riesce concretamente a realizzare nei contesti ospedalieri, scivolando spesso inconsapevolmente verso approcci più rigidamente codificati e interventisti [2][3]. Al momento attuale, la libera professione sembra essere la modalità di esercizio che meglio permetterà all'ostetrica/o di affermare il proprio status professionale in ambito sanitario e socio-sanitario [10]. Sembrerebbe interessante che in futuro, oltre all'estensione dell'indagine a un campione più ampio e rappresentativo, si approfondissero alcuni aspetti passibili di non univoca interpretazione come continuità assistenziale, autonomia e professione/professionalità, tramite le potenzialità e gli strumenti della ricerca qualitativa, perché la consapevolezza della propria identità professionale è componente fondamentale per un esercizio professionale pieno e maturo.

*Ostetrica, Dottore Specialista in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Ospedale Valduce, Como - elena.vincifori@gmail.com
**Ostetrica, Dirigente Infermieristico S.C. SITRA AO Città della Salute e della Scienza, Torino

Bibliografia

1. *Guana M., La disciplina ostetrica. Teoria, pratica e organizzazione della professione, Milano: McGraw-Hill, 2011.*
2. *Spina E., Ostetriche e Midwives. Spazi di autonomia e identità corporativa, Milano: Franco Angeli, 2009.*
3. *Lane K., Midwifery: a profession in transition, Aust J Midwifery 2002; 15(2): 26-31.*
4. *Halldorsdottir S, Karlsdottir SI., The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery, Scand J Caring Sci 2011; 25: 806-17.*
5. *Thompson FE, Moving from codes of ethics to ethical relationships for midwifery practice, Nurs Ethics 2002; 9:522-36.*
6. *Hyde A, Roche-Reid B, Midwifery practice and the crisis of modernity: implications for the role of the midwife, Social Science & Medicine 2004; 58: 2613-23.*
7. *Pope R, Graham L, Patel S, Woman-centred care, Int J Nurs Stud 2011; 38(2): 227-38.*
8. *Doane GAH, Am I still ethical? The socially-mediated process of nurses' moral identity, Nurs Ethics 2002; 9: 623-35.*
9. *Ohlén J, The professional identity of the nurse: concept analysis and development, Journal of Advanced Nursing 1998; 28(4): 720-7.*
10. *Guana M, Rinascita e crescita di un settore professionale, Lucina 2012; 2: 7-12.*

I Quaderni del Ministero della Salute

Il 22 gennaio 2013 è stato presentato a Roma il 16° Quaderno del Ministero della Salute dedicato a "Promozione e tutela della salute del bambino e dell'adolescente: criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale". Il convegno di presentazione è stato aperto dal Ministro Balduzzi che ha commentato i dati raccolti nel documento. Nella sezione dedicata alla rassegna stampa presente sul sito della Fnco è possibile leggere una sintesi dell'intervento del Ministro pubblicato su Quotidiano Sanità.
I Quaderni del Ministero della Salute, iniziativa editoriale giunta al suo terzo anno, sono testi monografici a pubblicazione bimestrale dedicati a una patologia o a una classe di patologie, pensati e sviluppati come strumento di informazione e formazione per condividere i criteri di appropriatezza del Sistema salute in Italia. Le pubblicazioni sono rivolte a istituzioni e a specialisti con l'obiettivo di promuovere l'armonizzazione dei criteri di appropriatezza del nostro Sistema Salute. I temi trattati, numero per numero, affrontano i campi e le competenze più importanti, ove sia da ricercare e conseguire la definizione di standard comuni di lavoro. Chi volesse consultare l'archivio dei Quaderni della Salute pubblicati dal 2010 ad oggi potrà scaricare le monografie dall'indirizzo:
http://www.quadernidellasalute.it/archivio-quaderni/index.php.

L'IMPEGNO DELLE OSTETRICHE PER LA PRESERVAZIONE DELLA FERTILITÀ NELLE PAZIENTI ONCOLOGICHE

Marta Temporin*, Marina Marzola**

Abstract

The improvement of anticancer therapies associated with increased cure rates and survival, together with the rapid advances in assisted reproduction, explain how the preservation of fertility in young cancer patients should currently be considered a necessity.
The purpose of this study, which ended in November 2012, is the assessment of fertility and outcome of pregnancies occurring after antineoplastic treatments and the desire for future motherhood in cancer patients, especially in those treated with chemotherapy and / or radiotherapy at the Day Hospital of Clinical Oncology of the University Hospital of Ferrara from 2000 to 2011.
The need for women future fertility counseling before starting antineoplastic treatments is important to highlight.
The issue of fertility in women with cancer pathology, due to its complexity, must be approached in a multidisciplinary context of which the midwife must be a member because she is the most appropriate health care professional for its competence fields.

Keywords
ostetrica (midwife), preservazione fertilità (fertility preservation), cancro (cancer), trattamenti antineoplastici (antineoplastic treatments).

Introduzione

La fertilità futura è un problema significativo per le donne che si devono sottoporre ai trattamenti oncologici. Parte della difficoltà nel counseling relativo al rischio di infertilità e/o alle complicanze di gravidanze future è che i rischi dipendono da diversi fattori: la dose, la durata di trattamento, i tipi di farmaci utilizzati, l'età della donna e la sua riserva ovarica all'inizio del trattamento oncologico.
I tumori ovarici, della cervice uterina e dell'endometrio spesso richiedono una chirurgia radicale con rimozione dell'organo riproduttivo, inducendo quindi una successiva sterilità. Tuttavia, negli stadi molto precoci, l'affinarsi delle tecniche chirurgiche ha permesso di eseguire trattamenti conservativi con preservazione dell'organo colpito dal tumore e della fertilità.
Si può dire che ci sono effetti che incidono più profondamente nella fertilità quando si utilizza una chemioterapia esclusiva, polichemioterapia e alte dosi di farmaci antiblastici.
Nelle donne con meno di 30 anni, il rischio di amenorrea permanente è sostanzialmente diminuito a meno del 20%.

Abstract

Il miglioramento delle terapie antineoplastiche associato ad aumentati tassi di guarigione e sopravvivenza, insieme ai rapidi progressi della fecondazione assistita, spiega come la preservazione della fertilità nelle giovani pazienti oncologiche debba essere considerata una necessità.
Lo scopo di questo studio, conclusosi a novembre 2012, è la valutazione della fertilità, degli esiti delle gravidanze verificatesi dopo trattamenti antineoplastici e del desiderio di maternità futura nelle pazienti oncologiche.
Importante evidenziare la necessità del counseling alle donne sulla fertilità futura prima di iniziare i trattamenti antineoplastici.
La problematica della fertilità nelle donne con patologia oncologica, vista la sua complessità, deve essere affrontata in un contesto multidisciplinare di cui l'ostetrica deve far parte, perché risulta essere il professionista sanitario più appropriato per i suoi ambiti di competenza.

La radioterapia pelvica e/o addominale condiziona la fertilità futura con effetti sia sulla funzionalità uterina sia su quella ovarica. L'irradiazione total body utilizzata per il trapianto di cellule staminali induce un rischio di amenorrea permanente di oltre l'80%.
Se la gravidanza si è impiantata, ci sono diversi rischi potenziali per un feto concepito dopo trattamenti antineoplastici. Sia la radioterapia sia la chemioterapia potrebbero indurre aberrazioni cromosomiche negli ovociti che potrebbero teoricamente aumentare il rischio di difetti alla nascita e patologie genetiche nella prole.
Non è chiaro se i maggiori rischi della gravidanza siano collegati alla patologia oncologica stessa o al risultato dei trattamenti chemioterapici e/o radioterapici.
Nelle pazienti oncologiche esistono diverse cause che potrebbero influenzare il rischio di sviluppo del feto, tra cui alterazioni del metabolismo, carenze nutrizionali da malassorbimento di sostanze nutritive, aumento dello stress e nel complesso un diminuito stato di salute generale.
Per la maggior parte dei tumori, la futura gravidanza non incide negativamente sulla probabilità di recidiva. Tuttavia, il problema esiste per diversi tumori ormono-mediati, e ciò è dovuto alla considerazione per cui l'ambiente ormonale della gravidanza potrebbe incrementare il rischio di recidiva.

Scopo dello studio

Gli obiettivi dello studio sono: la valutazione della fertilità nelle pazienti oncologiche in particolare successivamente a trattamenti chemioterapici e/o radioterapici; l'analisi della presenza o assenza di conseguenze o complicanze in caso di gravidanze verificatesi in seguito ai trattamenti antineoplastici e la considerazione del desiderio di fertilità futura.

Materiali e metodi

Come campione di questo studio sono state selezionate tutte le pazienti seguite presso il Day Hospital di Oncologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara. I criteri di selezione sono stati i seguenti:

- sesso femminile;
- età ≤40 anni;
- anno di diagnosi compreso tra il 2000 e il 2011;
- viventi.

In seguito è stato creato un questionario per la ricerca dei dati che potevano essere più rilevanti per lo studio (vedi figura 1).
Successivamente, sono state cercate nell'archivio del Day Hospital le cartelle cliniche delle pazienti selezionate per trovare le notizie riguardanti la patologia oncologica.
Invece, per riuscire ad ottenere le informazioni riguardo all'anamnesi ostetrico-ginecologica, il metodo più idoneo è sembrato quello dell'intervista telefonica, per riuscire ad ottenere delle informazioni più realistiche e attuali possibili.

Risultati

Il totale delle donne selezionate è stato di 45 donne. Fortunatamente, ci sono poche donne con età inferiore ai 30 anni (in tutto 5 casi), mentre la maggior parte delle donne fa-

Fig. 1 - Questionario dello studio

DATI ANAGRAFICI

Cognome **Nome**

Data di nascita **Età**

Luogo di nascita **Telefono**

ANAMNESI PERSONALE ATTUALE E REMOTA

PATOLOGIA ONCOLOGICA

1. Stadiazione

2. Anno di diagnosi

3. Terapie:

- **Chemioterapie (farmaci, cicli...)**
- **Radioterapie**
- **Altre terapie**

4. Recidive Metastasi: SI NO

- **Anno di diagnosi**
- **Terapie**

INTERVENTI CHIRURGICI

- Biopsie NO SI

- (se SI) Sede di prelievo bioptico

- (se SI) Esame istologico

ALTRE PATOLOGIE

ANAMNESI OSTETRICO-GINECOLOGICA

MENARCA **CICLI (regolari/irregolari, durata)**

GRAVIDANZE PRECEDENTI

NO

1. Sta cercando una gravidanza: SI NO
2. (se SI) Da quanto tempo cerca una gravidanza?
3. (se SI) È seguita presso qualche centro per l'infertilità di coppia? SI NO
(se SI) Quale?

(se SI) L'infertilità di coppia era preesistente alla diagnosi di neoplasia? SI NO
(se SI) Sono stati effettuati accertamenti specifici? SI NO

- **dosaggi ormonali**
- **cariotipo di entrambi i partner**
- **spermiogramma**
- **altro**

SI

1. Prima o dopo la diagnosi di patologia oncologica?
2. Spontanea (dopo quanto tempo?)
ART (dopo quanto tempo? Tipo di tecnica)
3. Data U.M.
4. Gravidanza A BASSO RISCHIO / AD ALTO RISCHIO (specificare patologie)
5. Esito: - Aborto (spontaneo/IVG) (esame istologico autopsia feto o esame istologico placenta)
- Parto (PS/TC)
6. Luogo:
7. Epoca di gravidanza:
8. Neonato: Sesso M F Peso
Condizioni alla nascita Condizioni attuali

centi parte di questo studio sono attualmente nella quarta decade di vita (21 casi) che, come si desume dalle statistiche, è proprio il periodo della vita in cui in Italia la donna solitamente inizia a pensare alla possibilità di maternità, dopo aver raggiunto una stabilità economica e lavorativa.
Come si può vedere dalla figura 2, l'areogramma rappresenta le percentuali delle patologie oncologiche nelle donne selezionate dallo studio. Quindi si può affermare che il cancro alla mammella risulta il più frequente (60%) con 27 pazienti di questa casistica, come descritto in letteratura. In seguito troviamo il melanoma e il tumore del retto che ha colpito due pazienti (4,44% del totale), mentre le altre patologie sono state riscontrate in un solo caso poiché sono patologie neoplastiche più rare. La donna con carcinoma ovarico che ha subito un'annessiectomia bilaterale non è stata contattata telefonicamente, perché la patologia non ha permesso una preservazione della fertilità. Invece la paziente con leiomiosarcoma uterino, che alla diagnosi era in stadio iniziale, ha richiesto un intervento conservativo senza isterectomia, poiché ancora desiderosa di prole.
Le pazienti con patologia oncologica localmente avanzata o metastatica alla diagnosi sono state, secondo i risultati ottenuti, solo il 13,33% dei casi. Questo sembra essere un dato positivo, vista la giovane età di queste pazienti.
Nel totale della casistica di questo studio sono avvenute 29 gravidanze, di cui il 68,97% prima della diagnosi della patologia oncologica, mentre nel 31,03% dei casi la gravidanza è avvenuta dopo. Nessuna patologia oncologica è stata diagnosticata durante la gravidanza, almeno secondo i criteri prestabiliti.
In tutti i casi la gravidanza è avvenuta spontaneamente, e le pazienti non hanno fatto ricorso a tecniche di riproduzione assistita.
Uno dei risultati più rilevanti dello studio è quello che riguarda l'esito di queste gravidanze, in base al fatto che siano avvenute prima o dopo la diagnosi di patologia oncologica, per valutare le conseguenze e/o complicanze della gravidanza indotte dalle terapie antineoplastiche (vedi figura 3). Da questo istogramma si può rilevare che dopo diagnosi di tumore la maggioranza degli esiti più positivi, cioè di parto spontaneo, è avvenuta in 5 casi (cioè nel 55,56%), e c'è stato solo un caso di taglio cesareo (11,11%) con indicazione di pregresso taglio cesareo, quindi non per patologia fetale. Non si nota differenza tra la frequenza degli aborti spontanei avvenuti prima e dopo le terapie antineoplastiche (2 casi, cioè 22,22%).
A causa della patologia oncologica è stata effettuata un'interruzione volontaria di gravidanza alla 22a settimana di gestazione, in cui il feto all'ultima ecografia non dimostrava malformazioni di alcun genere e il peso risultava adeguato per l'epoca gestazionale.
Un'altra interessante considerazione che si può fare riguarda i pesi medi dei bambini nati in seguito alle gravidanze con esito positivo, confrontati in base all'epoca gestazionale e in base al fatto che siano nati in seguito a gravidanze avvenute prima o dopo la diagnosi di patologia oncologica.
Come si può vedere dalla figura 4, il dato più statisticamente significativo risulta il confronto tra i nati alla 40a settimana di gestazione, poiché i bambini nati prima sono 13 su 18,

Fig. 2 - Areogramma che rappresenta la percentuale delle patologie oncologiche

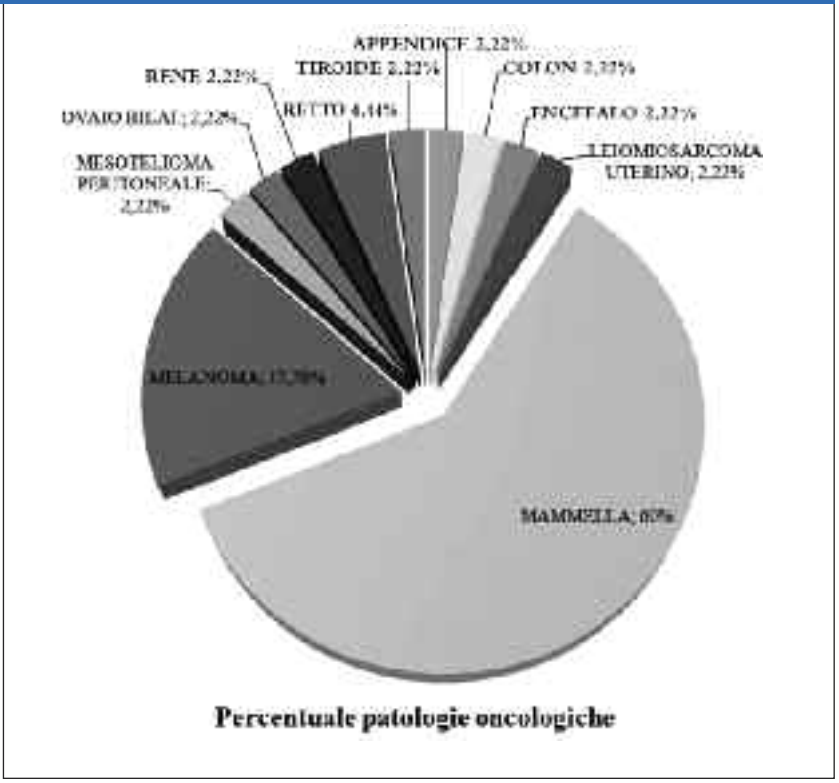
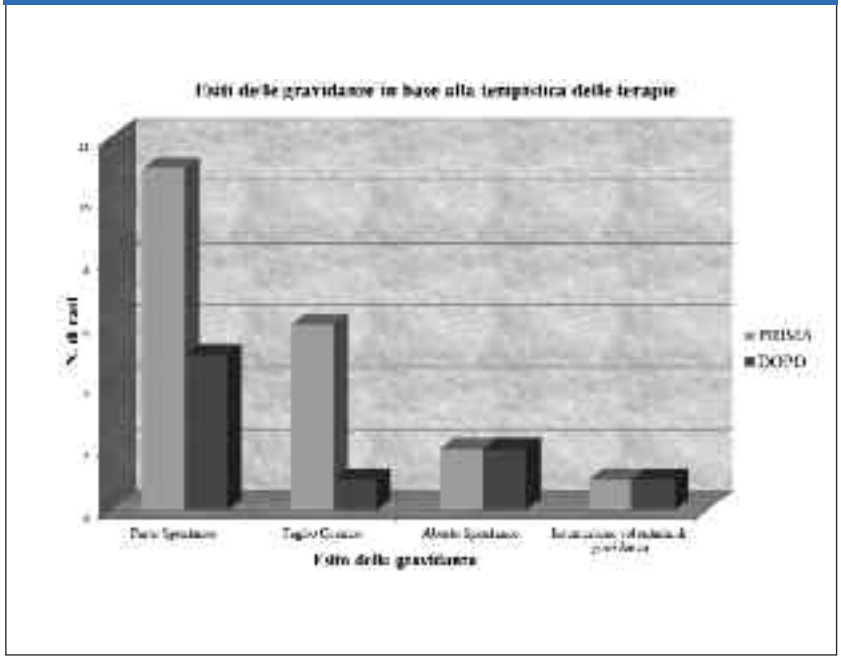
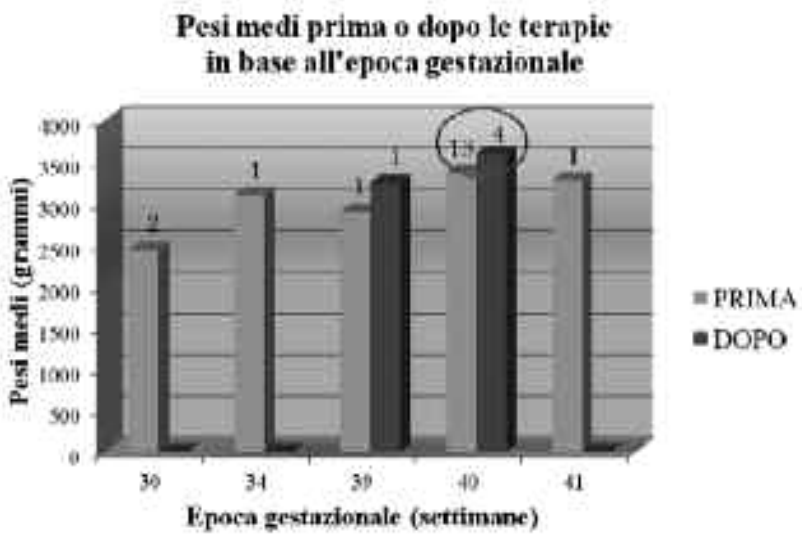


Fig. 3 - Esiti delle gravidanze in base alla tempistica delle terapie antineoplastiche



mentre i nati dopo le terapie antineoplastiche sono 4 su 5.
Un'altra informazione che si può dedurre da questo istogramma è che non sono avvenuti parti pretermine dopo le terapie antineoplastiche.
L'unico bambino nato alla 41a settimana di gestazione con peso alla nascita di 3280 g è nato in seguito ad una gravidanza durante la quale era già presente la patologia oncologica, ma ne è stata posticipata la diagnosi in puerperio. Comunque il peso in questo caso non sembra essere stato influenzato dalla patologia oncologica, poiché è maggiore del 25° percentile, secondo le tabelle di crescita fetale.
In tutti i casi sono risultate, riferite dalle madri, condizioni alla nascita e attuali buone sia nei bambini nati prima delle terapie antineoplastiche che nei bambini nati dopo.
Invece, riguardo al desiderio di maternità, solamente due pazienti stanno cercando di avere una gravidanza da qualche mese, ma nessuna delle due è seguita presso un centro per l'infertilità di coppia.

Fig. 4 - Pesi medi prima o dopo le terapie antineoplastiche in base all'epoca gestazionale



Conclusioni

Le gravidanze avvenute dopo terapie antineoplastiche, prese in considerazioni da questo studio, hanno avuto un esito positivo in più del 65% dei casi. Dopo le terapie antineoplastiche, non sembra aumentato il rischio di basso peso alla nascita, di aborto spontaneo; nè di parto pretermine; nè sono stati riportati casi di malformazioni congenite.
Risulta fondamentale ribadire l'importanza del counseling riguardo alla fertilità futura prima dell'inizio delle terapie antineoplastiche, cosa che sarebbe incentivata dalla presenza delle ostetriche nell'équipe multidisciplinare, come professionisti sanitari appropriati e competenti per questo tipo di problematica.
La sfida della preservazione della fertilità in oncologia è anche una sfida culturale: ci si deve saper incontrare partendo da conoscenze ed esperienze molto lontane, ottimizzando le risorse e creando reti virtuose, dove il ciclo della conoscenza e della collaborazione crea valore aggiunto.
Così tra tutte le varie attività, si potrebbero organizzare anche nei centri oncologici degli incontri informativi-preventivi periodici rivolti alle giovani pazienti oncologiche riguardo alla problematica della fertilità, per permettere una maggiore conoscenza e consapevolezza di queste problematiche, per eliminare tabù riguardo a tematiche così intime e personali, con l'obiettivo di incrementare le possibilità di preservazione della fertilità e migliorare la qualità di vita anche in queste donne.

*ostetrica - marta.temperin@hotmail.it
**dirigente medico, Oncologia Clinica – Azienda Ospedaliero-Universitaria Arcispedale Sant'Anna di Ferrara

Bibliografia

- *Vicario M, Colacurci N, Franzese I, Procreazione medicalmente assistita, in Guana M, Cappadona R, Di Paolo AM et al, La disciplina ostetrica, McGrawHill; 2011. p. 803-26.*
- *Piga MD, Cappadona R, Cherchi PL, Percorsi assistenziali in oncoginecologia, in Guana M, Cappadona R, Di Paolo AM et al, La disciplina ostetrica, McGrawHill; 2011. p. 757-70.*
- *AIRTUM, I numeri del cancro in Italia, Brescia; 2011*
- *Matthews ML, Hurst BS, Marshburn PB et al, Cancer, fertility preservation, and future pregnancy: a comprehensive review, Obstetrics and Gynecology International, 2011 Dicembre; 2012(953937)*
- *Carter J, Chi DS, Brown CL, Cancer-related infertiity in survivorship, International Journal of Gynecological Cancer, 2010; 20(1): p. 2-8*
- *Cruz MRS, Prestes JC, Gimenes DL et al, Fertility preservation in women with breast cancer undergoing adjuvant chemotherapy: a systematic review, Fertility and Sterility, 2010 94(1): p. 138–43.*
- *Saragusty J, Arav A, Current progress in oocyte and embryo cryopreservation by slow freezing and vitrification, Reproduction, 2011; 141(1), p. 1–19.*

Ringraziamenti

Alla dottoressa Rosaria Cappadona, coordinatore del Corso di Laurea in Ostetricia dell'Università degli Studi di Ferrara.
Al professor Antonio Frassoldati, direttore Oncologia Clinica, Azienda Ospedaliero-Universitaria Arcispedale Sant'Anna di Ferrara.

Errata corrige

Nell'articolo "Parto anonimo. Le esperienze in Lombardia e nel Lazio e il ruolo delle ostetriche", pubblicato su Lucina n. 4/2012, era contenuta una involontaria omissione. Le Autrici dell'articolo hanno infatti segnalato alla redazione che per mero errore hanno omesso di citare una struttura ospedaliera tra quelle coinvolte nel Lazio nella loro indagine. La struttura mancante è il Policlinico Casilino/ASL RMB, da aggiungere nell'elenco pubblicato a p.26. Ci scusiamo del disguido con le operatrici del Policlinico Casilino e con tutte le lettrici e i lettori.

IL CORE CURRICULUM DELL'OSTETRICA E LA SUA COMPILAZIONE

Antonella Annella*, Maria Vicario**

Introduzione

Il percorso formativo dell'ostetrica è notevolmente cambiato rispetto al passato, anche a seguito dell'emanazione di specifici atti legislativi che ne hanno comportato una profonda innovazione. Dal "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o" (D.M. 14.09.1994, n. 740) emerge, chiaramente, "chi è l'ostetrica/o" e "cosa fa" e vengono definite, pertanto, le sue competenze; la formazione viene quindi costruita in coerenza alle responsabilità proprie della professione. Infatti se il risultato in termini di competenza da ottenere è ben delineato, nel curriculum degli studi vi devono essere le basi di conoscenza teorica e di conoscenza applicata che costituiscono, unitamente alle capacità del singolo e all'esperienza diretta acquisita sul campo, gli "ingredienti" necessari per rendere operativa ed efficace la competenza stessa. Quindi dal core competence, inteso come nucleo di competenze professionali che lo studente deve acquisire al termine del triennio previsto per il conseguimento della Laurea in Ostetricia, scaturisce il core curriculum ossia tutto ciò che è necessario e sufficiente che uno studente apprenda per raggiungere l'obiettivo formativo istituzionale (OFI). Una base di riferimento per la definizione dell'OFI è rappresentata dai Descrittori di Dublino, enunciazioni generali dei tipici risultati conseguiti dallo studente al termine del percorso formativo.

La stesura del core curriculum ha diversi scopi: facilitare il raggiungimento degli obiettivi formativi, quantificare i contenuti del corso di studi in ore/ crediti, uniformare a livello nazionale le conoscenze da acquisire, rendere sempre più facile la trasferibilità degli studenti sia in ambito nazionale che internazionale. Non ultimo, rendere possibile una formazione ed una valutazione omogenea della formazione stessa, nell'applicazione del sistema ECTS e dei descrittori di Dublino:

- conoscenza e capacità di comprensione (knowledge and understanding);
- conoscenza e capacità di comprensione applicate (applying knowledge and understanding);
- autonomia di giudizio (making judgements);
- abilità comunicative (communication skills);
- capacità di apprendere (learning skills).

Metodo

Per la stesura del core curriculum dell'ostetrica/o sulla base degli obiettivi formativi specifici e qualificanti del CLO è stata elaborata una tabella costituita da 10 colonne (fig.1) e da un certo numero di stringhe. Le stringhe corrispondono ad unità didattiche elementari, che identificano gli obiettivi didattici riferiti agli argomenti delle varie discipline.

Le 10 colonne che costituiscono la tabella sono di seguito descritte:

1. numero progressivo di stringhe;
2. numero progressivo di stringhe dell'ambito culturale;
3. ambito culturale: raggruppa le unità didattiche elementari e corrisponde alle discipline;
4. ambito culturale europeo: colonna dedicata agli ambiti europei di riferimento (ECTS);
5. tema generale: argomenti dell'ambito culturale suddivisi in grossi capitoli;
6. unità didattica elementare: definisce una conoscenza, competenza, abilità o un comportamento che lo studente

Abstract

Il core curriculum definisce tutto ciò che è necessario e sufficiente che uno studente apprenda per raggiungere l'obiettivo formativo istituzionale (OFI). Il core curriculum dell'ostetrica, trova le sue basi nel core competence dell'ostetrica, inteso come il nucleo di competenze professionali, che lo studente deve acquisire in modo completo e permanente al termine del triennio necessario a conseguire la Laurea in ostetricia. Per la compilazione del core curriculum dell'ostetrica, sulla base della revisione del core curriculum del fisioterapista e sulla base degli OFI, è stata elaborata una tabella costituita da 10 colonne e 244 stringhe, dove ciascuna stringa corrisponde ad un'unità didattica elementare, che identifica gli obiettivi didattici riferiti agli argomenti delle varie discipline. Il core curriculum, così come il core competence da cui deriva, non è statico ma dinamico e sarà quindi sottoposto ad una revisione continua.

Parole Chiave

Core Curriculum, Formazione, Core Competence, Apprendimento, Obiettivi formativi, Ostetrica

Kay words

Core Curriculum, Training, Core Competence, Learning, Educational objectives, Midwife

deve essere in grado di eseguire come risultato del processo di apprendimento/insegnamento. È caratterizzata da un verbo che indica una azione osservabile e verificabile nel grado di performance, consentendone la valutazione oggettiva del grado di apprendimento (obiettivi educativi);

7. livello di conoscenza: indica la conoscenza posseduta dallo studente rispetto allo specifico argomento,è detta superficiale quando lo studente può averne solo sentito parlare, generale quando egli deve sapere inquadrare l'argomento all'interno delle conoscenze complessive, particolareggiata quando egli deve conoscere l'argomento in modo esaustivo;
8. livello di competenza: indica la competenza che lo studente deve possedere rispetto allo specifico ambito, è detta interpretativa quando lo studente deve applicare quanto ha appreso per interpretare dati o fenomeni, decisionale quando egli deve applicare quanto appreso per risolvere personalmente problemi e assumere decisioni autonome;
9. livello di abilità: indica l'abilità richiesta allo studente rispetto ad una specifica procedura, è detta teorica quando lo studente deve aver visto eseguire la procedura; pratica quando deve eseguirla almeno una volta sotto il controllo del docente/tutor; autonoma quando egli deve eseguire la procedura in modo autonomo;
10. tipo di lezione: inserita in una apposita colonna quale tipologia dell'attività didattica proponibile: L = lezione frontale; P = lezione a piccoli gruppi; T = attività tutoriale.

Risultati

Il processo analitico operato sugli obiettivi specifici e qualificanti del corso di laurea in ostetricia, che, ha voluto trasformarne i contenuti in unità didattiche elementari, ha trovato come risultato una tabella costituita 244 stringhe, di cui si riportano quelle relative alla disciplina ostetrica. (tab.1).

Discussione

Momento fondamentale nel processo formativo dell'ostetrica/o è il Tirocinio, spazio di esperienza finalizzato all'integrazione tra modelli teorici e modelli pratici. Appare, quindi, fondamentale definire, al fine di tracciare un continuum coerente tra il curriculum "teorico" e la competenza nella pratica, il core competence del tirocinio che descrive e motiva le competenze fondamentali, essenziali ed irrinunciabili, che lo studente in ostetricia deve acquisire nel triennio. Per la definizione del core competence del tirocinio, si fa riferimento a specifici vincoli di tipo normativo (D.Leg. 206/2007, attuativo della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali che, all'allegato V, 5.5.1, definisce il programma di studi per le ostetriche). Attualmente è in atto una revisione della Direttiva che dovrà poi essere recepita dal Governo Italiano e che potrebbe comportare una rivisitazione del core competence delle ostetriche.
Altri elementi che guidano nella scelta degli obiettivi e delle esperienze di tirocinio irrinunciabili per il neolaureato, sono i problemi prioritari di salute, i problemi di qualità dei servizi e le opportunità di primo impiego.

Conclusioni

Definire il risultato di competenza da ottenere è la base per strutturare un curriculum formativo valido ed esauriente che permetta il raggiungimento della competenza stessa delle professioniste ostetriche.
Il core curriculum, così come il core competence da cui deriva, non è statico ma dinamico in relazione sia all'eventuale evoluzione normativa riferita alla professione, quanto alle trasformazioni relative alle esigenze di salute della popolazione ed ai rinnovamenti culturali e dovrà quindi essere sottoposto ad una revisione continua.

Bibliografia

1. *Binetti P, Valente D. - Tradizione e innovazione nella formazione universitaria delle professioni sanitarie: il core curriculum, dal core contents al core competence, SEU, Roma, 2003*
2. *Di Paolo A.M. – Professione Ostetrica: formazione, processi assistenziali, attività di ricerca. EDITEAM 2008.*
3. *Guana M., Cappadona R., Di Paolo A.M., Pellegrini M.G., Piga M.D, Vicario M. "La disciplina ostetrica: teoria, pratica e organizzazione della professione" McGraw-Hill, Milano, 2011.*
4. *Miller GE. – The assessment of Clinica skills/ Competence/ Performance, Accademic Medicine, 1990, 65, 9:63-67*
5. *Vettore L. - Come preparare un core curriculum, L'infermieristica basata sulle evidenze, 2, 2001*

** Ostetrica, U.O. di Ostetricia - Ospedale Bufalini Cesena - antonella.annella@libero.it*
***Coordinatore delle attività tecnico pratiche e di tirocinio del Corso di Laurea in Ostetricia presso la Seconda Università degli Studi di Napoli*

Fig. 5 - Stringhe disciplina ostetrica

N° stringhe	N° a.c.	Ambito culturale	Ambito culturale europeo	Tema generale	Unità Didattica Elementare	Livello di conoscenza	Livello di competenza	Livello di abilità	Tipo di lezione
1	1	Ostetricia	Scienze della riproduzione	Processo riproduttivo	Descrivere il processo ripro-duttivo nella sua evoluzione fino al termine della gravi-danza	Particolareg-giata	Mnemonica	Non richiesto	L
2	2	Ostetricia	Scienze della riproduzione	Processo riproduttivo	Inquadrare la salute ripro-duttiva della donna in rapporto alle sue condizioni generali	Particolareg-giata	Mnemonica	Non richiesto	L
3	3	Ostetricia	Scienze della riproduzione	Processo riproduttivo	Illustrare come utilizzare strumenti clinici, biofisici e biochimici per il monitoraggio della gravidanza fisiologica e del parto, finalizzati alla prevenzione delle patologie fetali e perinatali	Particolareg-giata	Interpretativa	Autonoma	P
4	4	Ostetricia	Scienze della riproduzione	Igiene della gravidanza	Descrivere i principi di igiene della gravidanza	Particolareg-giata	Mnemonica	Non richiesto	L
5	5	Ostetricia	Scienze della riproduzione	Igiene della gravidanza	Applicare le conoscenze sulle principali metodiche di accompagnamento alla nascita (stili di vita per la promozione della salute della madre e del prodotto del concepimento)	Particolareg-giata	Decisionale	Autonoma	P
6	6	Ostetricia	Scienze della riproduzione		Descrivere le fasi del parto	Particolareg--giata	Mnemonica	Non richiesto	L
7	7	Ostetricia	Scienze della riproduzione	Il parto	Illustrare le procedure di assistenza al parto	Particolareg-giata	Decisionale	Autonoma	T
8	8	Ostetricia	Scienze della riproduzione	Assistenza al neonato	Descrivere le prime cure al neonato a termine e le tecniche di assistenza al neonato immaturo e prematuro alla nascita	Particolareg-giata	Mnemonica	Non richiesto	L
9	9	Ostetricia	Scienze della riproduzione	Assistenza al neonato	Illustrare le prime cure al neonato alla nascita e le tecniche di assistenza al neonato immaturo e prematuro alla nascita	Particolareg-giata	Decisionale	Autonoma	T
10	10	Ostetricia	Scienze della riproduzione	Il puerperio	Descrivere l'insieme dei fenomeni puerperali	Particolareg-giata	Mnemonica	Non richiesto	L
11	11	Ostetricia	Scienze della riproduzione	Il puerperio	Illustrare le procedure di assistenza ai fenomeni puerperali	Particolareg-giata	Decisionale	Autonoma	P
12	12	Ostetricia	Scienze della riproduzione	Allattamento	Illustrare metodi e strumenti per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno	Particolareg-giata	Decisionale	Autonoma	T
13	13	Ostetricia	Scienze della riproduzione	Patologia della riproduzione	Descrivere le patologie interferenti la riproduzione umana	Particolareg-giata	Mnemonica	Non richiesto	L
14	14	Ostetricia	Scienze della riproduzione	Patologia della riproduzione	Illustrare le principali indagini finalizzate alla diagnosi della patologia riproduttiva,sia le procedure diagnostico-terapeutiche atte alla loro risoluzione, con particolare riguardo alle tecniche di riproduzione assistita (PMA)	Particolareg-giata	Interpretativa	Teorica	P
15	15	Ostetricia	Scienze della riproduzione	Patologia ostetrica	Descrivere le malattie in gravidanza e per la gravi-danza, le anomalie dell'ac-crescimento fetale, dell'im-pianto, degli annessi fetali e dell' incompatibilità materno-fetale	Particolareg-giata	Interpretativa	Non richiesto	L
16	16	Ostetricia	Scienze della riproduzione	Patologia del parto	Descrivere e individuare i differenti meccanismi che determinano la patologia del parto	Particolareg-giata	Interpretativa	Autonoma	T
17	17	Ostetricia	Scienze della riproduzione	Patologia del parto	Illustrare le procedure di assistenza al parto distocico	Particolareg-giata	Decisionale	Autonoma	T
18	18	Ostetricia	Scienze della riproduzione	Patologia del parto	Illustrare la modalità di intervento in situazioni di urgenza ed emergenza in sala parto	Particolareg-giata	Decisionale	Autonoma	T
19	19	Ostetricia	Scienze della riproduzione	Patologia del puerperio	Descrivere i differenti mec-canismi che determinano il puerperio patologico	Particolareg-giata	Mnemonica	Non richiesto	L
20	20	Ostetricia	Scienze della riproduzione	Patologia del puerperio	Illustrare procedure assis-tenziali per la gestione della patologia connessa al parto e puerperio patologico	Particolareg-giata	Decisionale	Autonoma	T

segue

N° stringhe	N° a.c.	Ambito culturale	Ambito culturale europeo	Tema generale	Unità Didattica Elementare	Livello di conoscenza	Livello di competenza	Livello di abilità	Tipo di lezione
21	21	Ostetricia	Scienze della riproduzione	Urgenze ed emergenze ostetrico ginecologiche	Descrivere come riconoscere ed illustrare come intervenire in situazioni di urgenza ed emergenza ostetrico-ginecolo-giche	Particolareg-giata	Decisionale	Autonoma	T
22	22	Ostetricia	Scienze della riproduzione	Urgenze ed emergenze ostetrico ginecologiche	Descrivere la scala di priorità di trattamento e illustrare come utilizzarla	Particolareg-giata	Decisionale	Autonoma	P
23	23	Ostetricia	Scienze della riproduzione	Diagnostica clinica e strumentale	Acquisire competenze nell'utilizzo della diagnostica clinica strumentale (ecografia di minima, Office e Cardiotocografia)	Particolareg-giata	Decisionale	Autonoma	P
24	24	Ostetricia	Scienze della riproduzione	Diagnostica clinica e strumentale	Acquisire competenze nell'utilizzo della diagnostica di laboratorio per l'individuazione e la selezione delle gravidanze a basso rischio ed il monitoraggio della gravidanza nelle diverse epoche gestazionali e a termine	Particolareg-giata	Decisionale	Autonoma	L
25	25	Ostetricia	Infermieris-tica speciale ostetrica e ginecologica	Etica professionale	Descrivere l'evoluzione del pensiero della disciplina oste-trica, i principi e gli strumenti che ne guidano l'esercizio professionale	Particolareg-giata	Mnemonica	Non richiesto	L
26	26	Ostetricia	Infermieris-tica speciale ostetrica e ginecologica	Etica professionale	Acquisire le conoscenze per operare nell'equipe pluri-disciplinare	Particolareg-giata	Mnemonica	Non richiesto	L
27	27	Ostetricia	Infermieris-tica speciale ostetrica e ginecologica	Pratica professionale	Applicare il processo di midwifery care per la risolu-zione dei problemi assisten-ziali in ginecologia e ostetri-cia, utilizzando e conoscenze tecnico - scientifiche acquisite per specifiche manifestazioni cliniche	Particolareg-giata	Decisionale	Autonoma	T
28	28	Ostetricia	Infermieris-tica speciale ostetrica e ginecologica	Pratica professionale	Acquisire gli elementi per la salvaguardia della salute della donna	Particolareg-giata	Decisionale	Autonoma	T
29	29	Ostetricia	Infermieris-tica speciale ostetrica e ginecologica	Pratica professionale	Conoscere le modalità di dichiarazione di nascita secondo la normativa vigente e nel rispetto della volontà della donna	Particolareg-giata	Decisionale	Autonoma	T
30	30	Ostetricia	Infermieris-tica speciale ostetrica e ginecologica	Responsabilità professionale: Condotta professionale	Tutelare la professione e la sua immagine	Particolareg-giata	Decisionale	Autonoma	T
31	31	Ostetricia	Infermieris-tica speciale ostetrica e ginecologica	Responsabilità professionale: Condotta professionale	Assicurare il proprio interven-to nei limiti del proprio ambito professionale e/o della propria esperienza/competenza	Particolareg-giata	Decisionale	Autonoma	T
32	32	Ostetricia	Infermieris-tica speciale ostetrica e ginecologica	Responsabilità professionale: Condotta professionale	Mantenere un rapporto traspa-rente Ostetrica-persona-altri soggetti coinvolti	Particolareg-giata	Decisionale	Autonoma	T
33	33	Ostetricia	Infermieris-tica speciale ostetrica e ginecologica	Responsabilità professionale: Rispetto individualità e autonomia della persona	Recepire i bisogni di salute associati alle diverse culture e società	Particolareg-giata	Decisionale	Autonoma	T
34	34		Infermieris-tica speciale ostetrica e ginecologica	Definizione e pianificazione dell'intervento	Facilitare il coinvolgimento del persona per il processo di presa di decisione informato	Particolareg-giata	Decisionale	Autonoma	T
35	35	Ostetricia	Infermieris-tica speciale ostetrica e ginecologica	Definizione e pianificazione dell'intervento	Definire i relativi obiettivi terapeutici e priorità di intervento	Particolareg-giata	Decisionale	Autonoma	T
36	36	Ostetricia	Infermieris-tica speciale ostetrica e ginecologica	Definizione e pianificazione dell'intervento	Partecipare alla stesura del progetto assistenziale	Particolareg-giata	Decisionale	Autonoma	T

segue

N° stringhe	N° a.c.	Ambito culturale	Ambito culturale europeo	Tema generale	Unità Didattica Elementare	Livello di conoscenza	Livello di competenza	Livello di abilità	Tipo di lezione
37	37	Ostetricia	Infermieristica speciale ostetrica e ginecologica	Consulenza	Fornire consulenza tecnico specifica	Particolareggiata	Decisionale	Autonoma	T
38	38	Ostetricia	Infermieristica speciale ostetrica e ginecologica terapeutica	Educazione	Formulare il progetto di educazione terapeutica per la persona assistita/care givers	Particolareggiata	Decisionale	Autonoma	T
39	39	Ostetricia	Infermieristica speciale ostetrica e ginecologica	Educazione terapeutica	Effettuare attività di educa-zione e mantenimento del benessere nel singolo/ gruppo attraverso interventi specifici	Particolareggiata	Decisionale	Autonoma	T
40	40	Ostetricia	Infermieristica speciale ostetrica e ginecologica	Educazione terapeutica	Verificare l'appropriatezza del progetto di educazione terapeutica	Particolareggiata	Decisionale	Autonoma	T
41	41	Ostetricia	Infermieristica speciale ostetrica e ginecologica	Formazione e auto-formazione	Formulare programmi di formazione	Particolareg -giata	Decisionale	Autonoma	T
42	42	Ostetricia	Infermieristica speciale ostetrica e ginecologica	Formazione e auto-formazione	Riflettere sulla propria pratica professionale con lo scopo di apprendere dall'esperienza	Particolareggiata	Decisionale	Autonoma	T
43	43	Ostetricia	Infermieristica speciale ostetrica e ginecologica	Evidence based practice	Formulare una domanda, a partire da un problema clinico specifico del tirocinio, strutturata in modo tale da poter facilmente rispondervi	Particolareggiata	Decisionale	Autonoma	T
44	44	Ostetricia	Infermieristica speciale ostetrica e ginecologica	Evidence based practice	Identificare, a seguito della tipologia della domanda, il disegno di studio più appropriato per rispondervi	Particolareggiata	Decisionale	Autonoma	T
45	45	Ostetricia	Infermieristica speciale ostetrica e ginecologica	Evidence based practice	Reperire le evidenze dispo-nibili attraverso la consulta-zione di appropriate banche dati generali e specialistiche e i principali motori di ricerca	Particolareggiata	Decisionale	Autonoma	T
46	46	Ostetricia	Infermieristica speciale ostetrica e ginecologica	Evidence based practice	Leggere e analizzare critica-mente la letteratura scientifica corrente	Particolareggiata	Decisionale	Autonoma	T
47	47	Ostetricia	Infermieristica speciale ostetrica e ginecologica	Evidence based practice	Valutare l'opportunità di modificare la propria pratica clinica, considerando i valori/ necessità del persona e la propria esperienza	Particolareggiata	Decisionale	Autonoma	T
48	48	Ostetricia	Infermieristica speciale ostetrica e ginecologica	Comunica-zione/rela-zione con pazienti/care givers	Stabilire e mantenere un'efficace comunicazione con il persona e/o altre figure di riferimento	Particolareggiata	Decisionale	Autonoma	T
49	49	Ostetricia	Infermieristica speciale ostetrica e ginecologica	Comunica-zione/rela-zione con pazienti/care givers	Comunicare in modo efficace con modalità scritta con pazienti, caregivers, altri soggetti interessati	Particolareggiata	Decisionale	Autonoma	T
50	50	Ostetricia	Infermieristica speciale ostetrica e ginecologica	Comunica-zione/rela-zione con pazienti/care givers	Instaurare e gestire una relazione d'aiuto con pazienti e care-givers	Particolareggiata	Decisionale	Autonoma	T
51	51	Ostetricia	Infermieristica speciale ostetrica e ginecologica	Comunica-zione/rela-zione con pazienti/care givers	Comunicare efficacemente con altri professionisti sanitari e altri rilevanti professionisti per assicurare un efficace ed effciente servizio all'utente	Particolareggiata	Decisionale	Autonoma	T
52	52	Ostetricia	Infermieristica speciale ostetrica e ginecologica	Comunica-zione/rela-zione con pazienti/care givers	Collaborare con i componenti del gruppo/team nella pianifi-cazione, coordinamento e va-lutazione delle prestazioni del persona	Particolareggiata	Decisionale	Autonoma	T

Intervista a Maria Mezzi, ostetrica a Parma dal 1950

"QUANDO IN BICICLETTA ANDAVO A FAR NASCERE I BAMBINI"

di Chiara Cacciani*
L'intervista è stata pubblicata sulla Gazzetta di Parma.it

Quest'anno per il compleanno della sua unica figlia, Giorgia, si è messa al computer per raccontarle il giorno in cui è nata: le doglie, la rottura delle acque a casa dei genitori, il parto al Bragavalli finito – beffa del destino – con l'utilizzo del forcipe, la gioia di vederla per la prima volta. Era 47 anni fa, e già l'ostetrica Maria Mezzi di neonati ne aveva presi tra le braccia tanti. E tanti sarebbero arrivati dopo. "Ma in quel momento ho capito un po' di più cosa provavano le donne che seguivo".

La "Mezzi" – come risuona affettuosamente nella voce delle colleghe più giovani – è una tosta. Per 40 anni esatti ha praticato la professione "sul campo", quando il campo erano anche – e per prime – le case di una città intera da raggiungere a tutte le ore del giorno e della notte. La sua carriera l'ha conclusa al Maggiore nel '90, e da allora si è dedicata anima e corpo al suo secondo "figlio": quel Collegio ostetriche che – dice, senza paura di sembrare presuntuosa – "l'ho fatto io" e oggi conta più di 250 iscritte tra Parma e Piacenza. "Perchè noi l'unione delle province l'abbiamo realizzata ben prima".

Anni 83, del Collegio "la Mezzi" è stata presidentessa e poi segretaria fino al 15 giugno scorso. È colpa dei disturbi alla vista se a malincuore ha preso congedo dal direttivo. Ma l'arrivederci è stato addolcito dalle colleghe, che le hanno organizzato una bella festa a sorpresa e le hanno regalato la collana che indossa in omaggio a questa intervista.

Si parte dall'inizio. Dai suoi sogni di bambina. "Il primo libro che mi ha regalato mia madre è stato L'infermiera in famiglia. Da piccola dicevo sempre che sarei diventata un medico, ma quando è stato il momento avevo poca voglia di studiare, e medicina mi sembrava troppo lunga". È stata a questo punto una questione di "stradario" a farle imboccare la direzione giusta: "La mia casa era in via Repubblica al 71: al 73 e al 76 abitavano due ostetriche. È nato tutto così".

Se lo ricorda il primo parto?

Mi sono diplomata a luglio del 1950, e la prima chiamata è arrivata dalla paziente di un'altra ostetrica che era fuori per lavoro. Erano le 5 del mattino e mia mamma non voleva che uscissi con un uomo, il marito della partoriente, a quell'ora di notte. Sono finita in un sottotetto in via Puccini. Sapevo che dovevo scaldare l'acqua per lavare la donna: ho tolto la paglietta da un fiasco e l'ho messo sul gas per sterilizzarlo. Ho visto la testa del neonato, e ho imparato quel giorno quello che c'era da sapere sulla dilatazione. È nata una bimba, e con la mamma siamo rimaste amiche".

Che emozioni si mettono in gioco quando si aiuta una mamma a partorire?

Non ci può essere spazio per le emozioni, soprattutto nei parti a domicilio. Solo alla fine ci si può lasciare andare. L'effetto più grande me lo fanno i papà che piangono di gioia di fronte al proprio bimbo appena nato: lì non riesco a resistere e mi commuovo anch'io.

C'è differenza tra le partorienti di ieri e quelle di oggi?

Quando ho iniziato io le donne erano più ignoranti, non sapevano cosa le aspettasse e avevano più paura. Oggi si trovano informazioni dappertutto, e ci sono pure i corsi. Le future mamme arrivano preparatissime: quasi quasi vengono in sala parto e ti insegnano cosa fare...

Quali sono i consigli "intramontabili" che si sente di dare?

Che bisogna armarsi di pazienza: è quello che serve per fare andare bene i parti. E poi di non mangiare stracchino e mozzarella nei giorni successivi: danno problemi per il latte. È un errore che fanno tante quando il medico consiglia di mangiare leggero. Ma non va bene.

Sono davvero tutti belli i neonati, come dice qualcuno?

Una volta i neonati erano più brutti, ora sono tutti belli, sì. Ma è merito del fatto che oggi le donne in gravidanza si prendono cura di sé. Neanch'io ai miei tempi avevo fatto niente. Anzi: pensavo persino che avrei abortito. Per giorni ho avuto perdite di sangue ma non mi potevo fermare: c'era troppo lavoro.

Invece è nata Giorgia, che "è la più bella di Parma ed il mio grande amore. Insieme al mio cane e al 'mio' Collegio Ostetriche".

Ostetricia del futuro

UN NUOVO PROTOTIPO DI VASCA DA PARTO PER MIGLIORARE GLI STANDARD DI SICUREZZA

di Alessia Selmin*

Abstract

In questo articolo viene presentata una nuova vasca da parto "Alexia" (dal greco alexein, ovvero proteggere), brevettata dall'autrice nel luglio 2012 e attualmente in fase di progettazione. Le innovazioni fondamentali che porta con sé, sono in primis la promozione della fisiologia grazie alla garanzia della libertà di movimento mediante diverse superfici studiate appositamente per assumere le posizioni alternative ora riconosciute dalla letteratura scientifica perché non solo riducono il dolore e favoriscono la discesa della parte presentata ma che prevengono e talvolta possono risolvere eventuali distocie; in secundis i notevoli vantaggi nella pratica clinica e dunque un'assistenza ostetrica sicura, adeguata soprattutto in caso di emergenze.

Introduzione

Le più recenti revisioni di Letteratura concernenti il parto in acqua [1-6], fanno emergere indiscutibilmente l'estremo beneficio che l'acqua rappresenta per la tolleranza del dolore sia durante il travaglio sia al momento dell'espletamento del parto [1-7], tale da condurre molti autori e la stessa comunità scientifica a raccomandare fortemente in ogni struttura la possibilità e l'obbligo dell'offerta di questo servizio per ogni partoriente [1-3]. Il travaglio-parto in acqua non espongono madre e bambino ad un maggiore rischio di complicanze rispetto al parto tradizionale [4-7; 9-10].

La disponibilità dell'acqua durante il travaglio rappresenta un passo in avanti molto concreto nel favorire il parto fisiologico naturale [1-2; 6].

Quando una donna in travaglio entra in una vasca piena d'acqua l'effetto di gravità sul suo corpo si riduce moltissimo grazie alla spinta in senso contrario esercitata dall'acqua, ma a differenza delle posizione reclinate, la forza di gravità non viene contrastata, la donna si sente leggera e per lei diventa molto più facile muoversi [11-12] e assumere qualsiasi posizione desideri per assecondare la discesa del feto, facilitando con il suo movimento la flessione della testa fetale e dunque favorendo il buon andamento della progressione fetale [13]. In questo modo grazie alla sensazione di alleggerimento, potrà muoversi allentando la rigidità e la tensione e alleviare il dolore durante la dilatazione della cervice [14].

La riduzione della pressione addominale, grazie alla forza idrostatica, consente contrazioni uterine di maggiore efficacia e meno dolorose, favorisce la circolazione sanguigna con effetti benefici per il sistema cardiovascolare [15]; dunque una maggiore ossigenazione dei muscoli uterini e una maggiore perfusione utero-placentare che si traduce in meno dolore per la donna e più ossigeno per il feto riducendo i rischi di distress fetale [7; 10; 16-18].

L'atmosfera di maggiore intimità e libertà di movimento facilita il rilassamento, la secrezione di ormoni inibitori del dolore e la riduzione dell'ansia, componente fondamentale che talvolta prolunga la durata del travaglio [20]. Per questo il potere terapeutico dell'acqua si traduce molto spesso in una riduzione dei tempi di dilatazione e dunque ore di travaglio e riduzione di Oxitocine Augmentation [7;10;16-18]. Aumenta la soddisfazione materna e il senso di controllo [21-22], e migliora la capacità di spinta in fase espulsiva [23-24].

L'acqua non solo rilassa il pavimento pelvico ed ha un effetto emolliente sui tessuti molli con conseguente riduzione delle lacerazioni perineali, ricorso ad episiotomia e suture [25-26], ma inoltre riduce la necessità di interventi come il ricorso all'induzione e parti operativi [7;10;16-18].

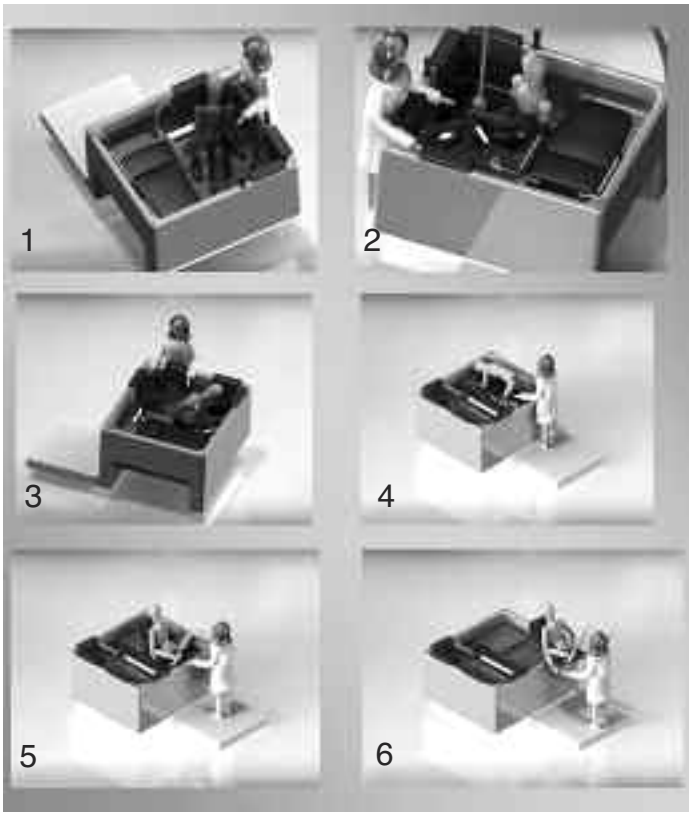
Nonostante questo, ad oggi, nei paesi industrializzati, inclusa l'Italia, sono limitate le strutture che offrono realmente tale servizio e questo per molte donne si traduce nell'impossibilità di poter godere dei benefici dell'acqua.

Limiti strutturali e funzionali delle vasche da parto

Sono noti alcuni dei fattori che concorrono a rendere questa pratica clinica poco diffusa. Innanzitutto la scarsa formazione teorico-pratica fornita al personale specializzato e la necessità di assistenza one-to-one [19].
Non di meno la forma e la configurazione delle vasche attualmente disponibili, che non permette di garantire un'assistenza adeguata e tempestiva in caso di emergenze ostetriche [27] e che per questo conduce ad un acceso atteggiamento di scetticismo e diffidenza soprattutto dei medici ginecologi e neonatologi [28]. Riserve e dubbi espressi in letteratura tra cui il timore che tale pratica possa indurre alla promozione di aspettative materne irrealistiche per il travaglio, una ristretta scelta di analgesia, la ridotta efficienza delle contrazioni, maggiori trauma perineali [29], un maggior rischio di infezioni materne e neonatali [12;30-33], rischio di sanguinamenti dopo il secondamento [12;33], aumento della temperatura materna e fetale [33:36], il rischio materno di embolia [37] e problemi respiratori alla nascita [36].
Non sono disponibili studi recenti in letteratura che indaghino sulle caratteristiche della vasca da parto ideale. Shorn nel 1993 ipotizza che le vasche con sedute preformate possano ridurre la libertà di movimento e di assumere le varie posizioni.
Tuttavia se osserviamo la forma delle vasche attualmente in uso, possiamo notare che tale configurazione costringe l'ostetrica ad un'assistenza notevolmente limitata: nel caso in cui l'ostetrica voglia controllare l'andamento del travaglio, quest'ultima è costretta a sporgersi in acqua assumendo una posizione scomoda sia dal punto di vista fisico spesso responsabile di dolori muscolo scheletrici per le ostetriche [25] che dal punto di vista igienico (spesso bagnandosi). Durante la valutazione del perineo o l'esecuzione dell'episiotomia o qualsiasi altra manovra, la forma di questa vasca rappresenta un grande limite fisico per la gestione di qualsiasi emergenza ostetrica considerando anche il fatto che alzare una paziente immersa e farla uscire dalla vasca richiede molto tempo [27] ovvero minuti estremamente preziosi che in caso di urgenza possono essere decisivi per un buon esito od un esito infausto.
Inoltre, a fronte del rischio di sanguinamento [12;33], il secondamento della placenta dovrebbe avvenire preferibilmente fuori dalla vasca, questo significa costringere la paziente che ha appena partorito ad alzarsi e uscire dall'acqua impedendole di fatto di godersi la nuova creatura e di beneficiare della pratica dello skin to skin.
Queste sono tra le più importanti motivazioni per cui molti ginecologi e ostetriche non si sentono sicuri rifiutando il parto e il travaglio in acqua, privando così le pazienti del beneficio dell'acqua, un limite di natura pratica effettivamente significativo e non trascurabile, ma non insormontabile. Alla luce di tali considerazioni ho provato a immaginare un nuovo prototipo di vasca da parto che possa garantire alle donne la possibilità di godere del potere benefico dell'acqua e delle posizioni alternative, ma il tutto in condizioni di massima sicurezza.

Il nuovo prototipo di vasca

Le immagini qui presentate sono descrittive della nuova vasca da parto "Alexia" (dal greco alexein, ovvero proteggere), brevettata dalla sottoscritta nel luglio 2012 e attualmente in fase di progettazione. Le innovazioni fondamentali che porta con sé sono in primis la promozione della fisiologia, grazie alla garanzia della libertà di movimento mediante diverse superfici studiate appositamente per assumere le posizioni alternative ora riconosciute dalla letteratura scientifica perché non solo riducono il dolore [34] e favoriscono la discesa della parte presentata ma che prevengono e talvolta possono risolvere eventuali distocie [35;39]; in secundis notevoli vantaggi nella pratica clinica e dunque un'assistenza ostetrica adeguata soprattutto in caso di emergenze.



ALEXIA - nuovo prototipo vasca per parto in acqua

All'interno della vasca è prevista una zona dotata di maggiore profondità e dunque un livello più alto d'acqua rispetto alle più diffuse vasche in uso, dove la paziente potrà assumere molteplici posizioni: da quella a carponi (posizione riconosciuta come la manovra di Gaskin tra le più efficaci per risolvere tale distocia; prove livello B) [35;39]; a quella accovacciata sullo sgabello olandese con liana, a seduta con le gambe distese in fase di rilassamento. Nell'altro lato sarà presente una sorta di sedile morbido ovvero un lettino multifunzionale multi direzionale, dove la paziente può sedersi, stare a carponi o distesa in fase di rilassamento. Tale sedile sarà dotato di un meccanismo di scorrimento in grado di sollevarla dall'acqua, avvicinarlo a bordo vasca, e potrà essere estratto della vasca in modo che affiancando una barella, sarà possibile garantire un immediato e sicuro spostamento della paziente fuori dalla vasca per l'esecuzione del taglio cesareo.
Sul lettino è prevista la possibilità di inserire gambali in modo tale che in qualsiasi momento ritenuto necessario si trasformi in un vero lettino da parto che consentirà di visitare la paziente, di valutare il perineo, ed eventualmente fronteggiare qualsiasi emergenza dalla distocia di spalle alla necessità di parto operativo, garantendo la possibilità di monitoraggio del battito fetale in continuo. In prossimità del lettino sarà disponibile un piano d'appoggio estraibile per facilitare l'estrazione del neonato o per appoggiare i ferri chirurgici nel

rispetto della sterilità (condizione che garantisce la donazione del sangue cordonale altrimenti impossibile). Inoltre la possibilità di monitoraggio continuo, alleggerisce l'obbligo dell'assistenza one-to-one permettendo la gestione di travagli in contemporanea.

Conclusioni

La vasca da parto "Alexia" risulta essere l'optimum per garantire la massima qualità nell'assistenza al parto, un buon compromesso tra il rispetto della fisiologia e il bisogno di sicurezza che nel campo ostetrico in cui l'obiettivo è garantire la nascita di una nuova creatura, è una componente irrinunciabile. Considerando che tutte le vasche attualmente in uso presentano gli stessi limiti, si prospetta una buona accoglienza di tale prodotto nel mercato mondiale con un notevole risparmio in termine prettamente economico dovuto alla riduzione delle episiotomie e di utilizzo di anestesia peridurale, maggiore comodità sia per la paziente e per gli operatori nella pratica clinica, (assistenza al parto, secondamento della placenta, eventuale sutura perineale e donazione del sangue cordonale); riduzione di altre complicanze (distocie, lacerazioni del perineo ed eventuale incontinenza urinaria) che si traduce ancora una volta anche in un recupero post-partum più rapido e dunque riduzione dei giorni di degenza.

Ma la grande innovazione è rappresentata dal potenziamento della qualità dell'assistenza ostetrica, dal soddisfacimento dei bisogni della donna e la possibilità di rendere il parto un'esperienza umanamente ed emotivamente positiva, condizione irrinunciabile per offrire un'assistenza olistica: un grande investimento per l'Ostetricia moderna con l'obiettivo di diffondere una nuova cultura e filosofia dell'assistenza ostetrica, al centro della quale c'è la donna e l'empowerment delle sue risorse e potenzialità.

In questa vasca la partoriente potrà godere dell'intimità, dei vantaggi dell'acqua e del movimento (anche solo per la fase prodromica) e l'ostetrica in caso di eventuali dubbi, potrà valutare la donna sul lettino mobile avendo a disposizione la possibilità di allestire in pochi secondi un vero e proprio lettino da parto senza perdere tempo prezioso in caso d'emergenza. Tali modifiche risolverebbero le criticità inizialmente sollevate, darebbero una svolta alla qualità dell'assistenza ostetrica e maggiore possibilità di realizzarsi alla fisiologia dell'evento parto, obiettivi prefissati dalla stessa comunità scientifica.

** ostetrica, Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia, Policlinico di Abano Terme, (PD).*
e-mail: aleselma@hotmail.it

Bibliografia

1. Cluett ER, Burns E, Immersion in water in labour and birth, Cochrane Database of Systematic Reviews 2009.
2. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T, Neilson JP, Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews, Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 3. Art. No.: CD009234.
DOI: 10.1002/14651858.CD009234.pub2.
3. Cluett ER et al (2004), Immersion in water in pregnancy, labour and birth, The Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 1.
4. Dahlen, H.G. et al., Maternal and perinatal outcomes amongst low risk women giving birth in water compared to six birth positions on land. A descriptive cross...., Midwifery (2012), http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.07.002
5. Thöni A, Mussner K, Ploner F, Water birthing: retrospective review of 2625 water births. Contamination of birth pool water and risk of microbial cross-infection, Minerva Ginecol. 2010 Jun;62(3):203-11.
6. Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth, London: RCOG, 2007.
7. Garland D (2000), Waterbirth an attitude to care, Books for Midwives, RCM Guidelines for Water Births December 2006 Ref: MA008 (v2) Status: Agreed Dartford and Gra-

vesham NHS Trust 4
8. Burns & Kitzinger (2005), Midwifery Guidelines for the use of water in labour, Oxford BrookesUniversity, Oxford
9. Kelly S & Woodward J (2004), A pilot study for a randomised controlled trial of waterbirth versus land birth, British Journal of Obstet and Gynae. 111:537-5453
10. Otigbah CM et al (2000), A retrospective comparison of water births and conventional vaginal deliveries, European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive Biology. 91: 15-20
11. Edlich RF, Bioenginerring principles of hydrotherapy, Burns care and Rehabilitation 1987;8:580–4.
12. Church LK, Water birth: one birthing center's observations, Journal of Nurse-Midwifery 1989;34(4):165–70.
13. Ohlsson G, Buchhave P, Leandersson U, Nordstrom L, Rydhstrom H, Sjolin I, Warm tub bathing during labor: maternal and neonatal effects, Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 2001;80:311– 4.
14. De Jager M, Nolte AGW, Hofmeyr GJ, Nikodem VC, Immersion in water during first stage of labour. A randomised controlled trial, Personal communication 2001.
Taha M., The effects of water on labour: a randomised controlled trial, [thesis] Rand Afrikaans University South Africa, 2000.
15. Cefalo RC, Andre U, Hellgers E, The effects of maternal hyperthermia on maternal and fetal cardiovascular and respiratory function, American Journal of Obstetrics and Gynecology 1978;131(6):687–94.
16. Schorn MN, McAllister JL, Blanco JD, Water immersion and the effect on labor, Journal of Nurse-Midwifery 1993;38(6):336–42.
17. Garland D, Jones, Waterbirths: supporting practice with clinical audit, MIDIRS Midwifery Digest 2000;10(3):333–6.
18. Geissbuehler V, Eberhard J, Waterbirths a comparative study. A prospective study on more than 2.000 waterbirths, Fetal Diagnosis and Therapy 2000;15(5):291–300.
19. Hodnett ED et al, Continuous support for women during childbirth, Cochrane Database of Systematic Reviews 2011.
20. Ginesi L, Niescierowicz R, Neuroendocrinology and birth 1: stress, British Journal of Midwifery 1998;6(10):659–63.
21. Hall SM, Holloway IM, Staying in control: women's experiences of labour in water, Midwifery 1998;14(1):30–6.

Progetto pilota di sorveglianza della mortalità materna

L'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con le regioni Veneto, Piemonte, Emilia-romagna, Toscana, Lazio, Sicilia, Campania, ha avviato un progetto pilota di sorveglianza della mortalità materna finanziato dal Ministero della Salute. Lo studio ha l'obiettivo di raccogliere dati affidabili sulle cause cliniche ed organizzative associate alle morti materne e di promuovere la prevenzione di quelle "evitabili". Il sistema di sorveglianza prevede la realizzazione di indagini confidenziali, sul modello delle Confidential Enquires into maternal deaths britanniche, in ogni caso di morte materna.

Come anticipato nella Relazione al Consiglio nazionale della Fnco tenutosi nel mese di novembre 2012 (vedi Lucina n.4/2012), si ricorda che nel mese di settembre 2012 la Federazione è stata formalmente invitata a partecipare al progetto di ricerca e quindi farà parte del gruppo di esperti che ha il compito di promuovere, sostenere e diffondere il sistema di sorveglianza.

Pertanto, si invitano le lettrici e i lettori a voler consultare assiduamente il sito che l'Iss ha dedicato al progetto ed al tema della mortalità materna: www.iss.it/itoss

22. Richmond H.Women's experiences of waterbirth. Practising Midwife 2003;6(3):26–31.
23. Nikodem VC, Immersion in water during birth: a randomized controlled trial, [thesis]. South Africa: University of Witwatersrand, 1999.
24. Nikodem VC, Guidelines for underwater deliveries: evidence from randomized controlled trial, Fifteenth Conference on Priorities in Perinatal Care in South Africa; 1996March 5-8; Goudini Spa, South Africa, 1996.
25. Alderdice F, Renfrew M, Marchant S, Ashurst H, Hughes PM, Berridge G, et al, Labour and birth in water in England and Wales: survey report, British Journal of Midwifery 1995;3(7):376–82.
26. Burns E.Waterbirths. MIDIRS Midwifery Digest 2001;11(3):S10–3.
27. Zimmerman R, Huch A, Huch R, Water birth, is it safe?, Journal of Perinatal Medicine 1993;21:5–11.
28. Ken Schroeter, Water Births: A Naked Emperor, Pediatrics 2004;114;855 DOI: 10.1542/peds.2004-0145
29. McCandlish R, Renfrew M, Immersion in water during labor and birth: the need for evaluation, Birth 1993;20(2):79–85.
30. Rosevear SK, Fox R, Marlow N, Stirrat GM, Birthing pools and the fetus, Lancet 1993;342:1048–9.
31. Hawkins S, Water versus conventional birth: infections rates compared, Nursing Times 1995;91(15):38–40.
32. Rawal J, Shah A, Stirk F, Mehtar S, Waterbirth and infection in babies, BMJ 1994;309:511.
33. Deans AC, Steer PH, Temperature of pool is important, BMJ 1995; 311:390–1.
34. Lawrence A et al, Maternal positions and mobility during first stage labour, Cochrane Database Syst Rev 2009].
35. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. RCOG Guideline No. 42, Dec. 2005
36. .Johnson P, Birth under water - to breathe or not to breathe, British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1996;103:202–8.
37. Odent M, Birth under water, Lancet 1983;2:1476–7.
38. Rush J, Burlock S, Lambert K, Loosley-Millman M, Hutchison B, Enkin M, The effects of whirlpool baths in labor: a randomized controlled trial, Birth 1996;23:136–43.
39. Kovavisarach E, The "all-fours" maneuver for the management of shoulder dystocia, International Journal of Gynecology and Obstetrics (2006) 95, 153—154.

Nell'ambito di questo progetto la dott.ssa Selmin ha avviato un'indagine conoscitiva da realizzare tramite un questionario online per capire lo stato attuale della pratica del travaglio-parto in acqua.
Invitiamo le ostetriche interessate a contribuire alla ricerca di questa giovane collega a collegarsi al sito www.fnco.it, accedere alla pag.1 della Newsletter nr. 2/2013 e compilare il questionario attraverso apposito link ivi pubblicato.

Lucina dà spazio alla ricerca ostetrica

Per contribuire allo sviluppo e alla diffusione della ricerca ostetrica, *Lucina: la rivista dell'ostetrica/o* ha deciso di pubblicare alcuni numeri speciali in gran parte dedicati ad articoli scientifici del settore. Tenuto conto dell'importanza di una capillare valorizzazione e diffusione della ricerca ostetrica, la Fnco ritiene infatti opportuno incentivare la redazione di articoli scientifici estratti da studi e ricerche recenti condotte anche per la stesura di tesi del Corso di Laurea in Ostetricia o Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche o Master, da pubblicare poi su *Lucina*: la rivista dell'ostetrica/o.
Sperando che l'iniziativa possa rappresentare un'opportunità per fare il punto della situazione sulla quantità e sulla qualità dell'attività scientifica realizzata dalla collettività ostetrica, si fa presente che le aree di interesse dovranno riguardare temi di rilevanza professionale nei diversi settori di applicazione delle Scienze ostetrico-ginecologiche-neonatali tra cui: l'area clinico assistenziale, il management e la formazione.
Per la redazione degli articoli scientifici si rimanda ad una attenta e scrupolosa lettura di quanto espressamente indicato nelle apposite linee guida pubblicate a pag. 33 del presente numero; si prega di inviarli alla redazione in formato elettronico e nella forma più semplice possibile, evitando soluzioni grafiche complesse che saranno poi realizzate in fase di impaginazione.
Per l'invio utilizzare esclusivamente il seguente indirizzo di posta elettronica dedicato: redazionelucina@gmail.com.

A Parigi il meeting annuale dell'Ema - European Midwives Association

LE OSTETRICHE EUROPEE A CONFRONTO SU GRAVIDANZA FISIOLOGICA E "MALATTIE NON RICONOSCIUTE"

Il 28 e 29 settembre 2012 si è tenuto a Parigi il consueto Annual General Meeting dell'European Midwives Association - EMA.
L'EMA è una associazione no-profit e non-governativa di ostetriche, che rappresenta la organizzazioni e le associazioni di Midwifery in Europa. L'attuale presidente EMA è Mervi Jokinen.
In rappresentanza dell'Italia hanno partecipato ai lavori la presidente della Federazione Italiana dei Collegi delle Ostetriche (Fnco) Miriam Guana e Antonella Nespoli, ostetrica ricercatrice e consigliera del collegio delle ostetriche di Milano\Monza\Lodi, designata dal CC della Fnco.
Il programma affrontato nei due giorni di lavoro è stato intenso e ricco di spunti in un momento di grande confronto a livello europeo, dove più che mai è stata ribadita l'importanza di una stretta collaborazione fra tutti i Paesi Europei. La Midwifery in Europa è rappresentata da un corpo sistematico e collaborativo che tiene conto di tutti i Paesi partecipanti, come si è sottolineato all'apertura dei lavori. L'incontro annuale ha permesso di riflettere in modo appropriato sulle attività, sullo stato finanziario e sui traguardi raggiunti dall'EMA, nonché sul futuro della midwifery europea. Sempre più nel tempo, l'organizzazione EMA ha acquisito visibilità nei diversi contesti internazionali, quali luoghi di discussione e presa di decisioni.
I lavori sono iniziati con la revisione dei documenti scaturiti dal General Meeting tenutosi a Firenze nel settembre 2011 presso il prestigioso Istituto degli Innocenti, la cui ottima riuscita, come ha sottolineato la presidente EMA, è dipesa anche dal comitato organizzativo locale, ovvero la Fnco e il Collegio delle ostetriche di Firenze.
In occasione dal General Meeting del 2011 i relatori italiani, tra cui il dottor Bruno Rusticali coordinatore delle Linee Guida dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, hanno sottolineato la necessità di implementare nel nostro paese azioni volte a tutelare, promuovere il parto fisiologico, considerata la continua crescita del tasso di tagli cesarei. Le recenti strategie intraprese in Italia per contrastare questo fenomeno sono state la produzione di Linee Guida per la Gravidanza fisiologica e Linee Guida per favorire l'appropriatezza del taglio cesareo.
A sostegno della nascita naturale, l'Ema ha realizzato in Europa, alcuni mesi fa, una indagine sui centri nascita diversificati per tipologia: Birth Centre e Midwifery Led Unit. Anche l'Italia ha contribuito attraverso la Fnco, cui i Collegi hanno fornito i dati necessari a definire il panorama nazionale.
Nell'incontro di Parigi, si è sviluppata una riflessione scaturita sulla valenza economica delle unità di Midwifery che si unisce alla loro importanza nella gestione della salute della famiglia.
Un secondo argomento affrontato ha riguardato la salute pubblica ed in particolare le "Malattie non riconosciute", collegate al fumo, alcool e obesità. L'EMA è attivamente impegnata nella promozione e nella tutela della salute pubblica e nel sostegno del ruolo attivo delle ostetriche nella prevenzione e cura di questi reali problemi diffusi in Europa. In particolare, si è sottolineata l'importanza della prevenzione di tali fattori di rischio nei giovani e il ruolo dell'ostetrica nella prevenzione del sovrappeso e dell'obesità, spesso rilevata nella popolazione giovanile e femminile.
Nella sessione del sabato mattina, la presidente dell'European Board and College of Obstretrics and Gynaecology, professoressa Chiara Benedetto (Italia) ha illustrato un documento relativo a "Gli standard di cura della salute delle donne". Per questo documento EMA parteciperà attivamente alla revisione e stesura definitiva degli standard. L'elemento fondante del documento risiede nel porre la salute delle donne, dei bambini e della famiglia, al centro delle azioni di cura fornite dai professionisti.

Ultimo argomento di grande dibattito è stata la revisione della Direttiva Europea 2005/36/EC e sono stati analizzati gli emendamenti proposti dal NEMIR in merito agli articoli 40, 41 e 42.
I punti sui quali si è discusso riguardano, in sintesi:

- l'acquisizione di adeguate conoscenze nelle aree ostetrico, ginecologiche e neonatali (sottolineando l'aspetto neonatale aggiunto);
- la durata minima del corso di studi richiedente almeno 5.000 ore di corso di studi suddiviso in attività teorica e clinica [almeno 2.300];
- l'autonomia nella attività ostetrica, in particolare riguardo ai seguenti punti:

a) diagnosi di gravidanza, valutazione e monitoraggio delle gravidanza normali;
b) informazione e prescrizione delle indagini necessarie per la precoce identificazione delle gravidanze a rischio;
c) valutazione del benessere neonatale;
d) prescrizione se necessaria, di farmaci indispensabili nell'esercizio professionale dell'ostetrica;
e) il completamento di tutti i documenti clinici e legali riguardanti la nascita.

Durante il meeting inoltre si è approvato il bilancio consuntivo 2011-2012, si è votata la futura sede del prossimo General Meeting, che si terrà il 27 e 28 settembre 2013 in Croatia, e si sono svolte le elezioni per la nomina della vice presidente EMA e di un membro del direttivo.

Si terrà a Praga nel 2014 il 30° Congresso ICM

Il 30° Congresso dell'International Confederation of Midwives (ICM) si terrà a Praga dal 31 maggio al 5 giugno del prossimo anno con il titolo Midwives: improving women's health globally (Ostetriche: migliorare la salute delle donne a livello globale).
Tenuto conto della rilevanza del tema del Congresso triennale dell'ICM, si auspica sin da ora un'ampia partecipazione delle Ostetriche italiane. Per approfondimenti si invita a consultare il sito dedicato all'evento http://www.midwives2014.org/

Aantonella Nespoli e Miriam Guana durante i lavori dell'EMA a Parigi

L'OSTETRICA/O OBIETTRICE È TENUTA ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI O ALTRI PRESIDI FINALIZZATI DIRETTAMENTE A DETERMINARE L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA?

Parere tecnico approvato all'unanimità dal Comitato Centrale della Fnco nella seduta del 22 settembre 2012

PREMESSE

1. **Concetto di Obiezione di coscienza**. L'obiezione di coscienza è il rifiuto di assolvere ad una prescrizione di legge, gli effetti del cui espletamento si ritengono contrari alle proprie convinzioni ideologiche, morali o religiose. Colui che pratica tale opzione si chiama "obiettore di coscienza".
   Fonte: Commissione Generale di Bioetica - dicembre 2011 (*)

2. **Codice deontologico dell'ostetrica/o – anno 2010**
"…3.16 L'ostetrica/o di fronte ad una richiesta di intervento in conflitto con i principi etici della professione e con i valori personali, si avvale della obiezione di coscienza quando prevista dalla legge e si avvale della clausola di coscienza negli altri casi, garantendo le prestazioni inderogabili per la tutela della incolumità e della vita di tutti i soggetti coinvolti".

3. **La legge 22 maggio 1978, n. 194** "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza", all'articolo 9 stabilisce, la possibilità per il personale sanitario, e quindi anche per l'ostetrica/o, di sollevare obiezione di coscienza rispetto alle procedure ed agli interventi di interruzione volontaria della gravidanza, con preventiva dichiarazione da comunicare al direttore sanitario per il personale dipendente dello ospedale o dalla casa di cura. L'obiezione può sempre essere revocata o venire proposta nel rispetto dei termini contenuti in tale normativa.
   L'obiezione di coscienza esonera pertanto anche l'ostetrica/o dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento.
   Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste dalla normativa e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste nella normativa.
   L"obiezione di coscienza non può essere invocata dal personale sanitario, ed esercente le attività ausiliarie quando, data la particolarità delle circostanze, il loro personale intervento è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo.
   L'obiezione di coscienza si intende revocata, con effetto, immediato, se chi l'ha sollevata prende parte a procedure o a interventi per l'interruzione della gravidanza previsti dalla presente legge al di fuori delle situazioni di pericolo di vita della donna.
   Gli obiettori, secondo i dati del Ministero della salute sono aumentati, dal 69.2% (2006) al 70.7% (2009). Fonte: Commissione Nazionale Bioetica, "Obiezione di coscienza e bioetica" – parere approvato il 12 luglio 2012 - vedi Tabella pagg. 37 – 38 (*)
   Come indicato invece di recente dall'AIED, il numero sempre più ampio di obiettori di coscienza crea disagi e difficoltà nell'attuazione della Legge 194, inoltre colpisce le donne in un momento particolarmente difficile e delicato della loro vita, alle quali deve essere tutelato il diritto alla salute e l'accesso alle cure mediche.

4. **Aborto farmacologico o medico**
   Il metodo farmacologico per l'interruzione di gravidanza (definito in letteratura come aborto medico) è divenuto un'alternativa alla tecnica chirurgica anche in Italia, nelle strutture ospedaliere, nell'ambito dei percorsi previsti dalla legge 194 del 1978.
   I farmaci utilizzati e studiati sono le prostaglandine (gemeprost e misoprostolo), il mifepristone e il methotrexate; questi farmaci possono essere utilizzati da soli o in associazione. Nella pratica, l'aborto farmacologico prevede l'assunzione dei principi attivi per os e/o per via vaginale.

CONCLUSIONI

È un diritto dell'ostetrica/o, secondo il proprio Codice Deontologico, avvalersi della obiezione di coscienza quando prevista dalla legge, di fronte ad una richiesta di intervento in conflitto con i principi etici della professione

e con i valori personali.
L'obiezione di coscienza esonera l'ostetrica/o dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento. Pertanto è esonerata a somministrare farmaci o altri presidi , nonché a partecipare a tecniche chirurgiche finalizzate direttamente a determinare l'interruzione della gravidanza.
Non possono però esimersi dalla somministrazione di farmaci o altri presidi , nonché dal partecipare a tecniche chirurgiche finalizzate direttamente a determinare l'interruzione della gravidanza, in situazione in cui è indispensabile salvare la vita della donna in imminente pericolo in quanto si configura omissione di Soccorso, come previsto dalla legge.
L'obiezione di coscienza potrebbe considerarsi revocata, con effetto immediato, per le ostetriche che l'hanno sollevata nel caso prendano parte a procedure o a interventi per l'interruzione della gravidanza previsti dalla presente legge al di fuori delle situazioni di pericolo di vita della donna.
Di fronte a difficoltà organizzative nell'attuazione della legge 194 presso le istituzioni sanitarie autorizzate dovute ad esempio a carenza o mancanza di personale non obiettore, le ostetriche si possono esimere dal somministrazione farmaci o altri presidi, su prescrizione medica, nonché dal partecipazione a tecniche chirurgiche finalizzate direttamente a determinare l'interruzione della gravidanza se non sussiste pericolo immediato di vita della donna .
È responsabilità delle istituzioni sanitarie autorizzate mettere in atto le strategie organizzative volte a garantire il diritto alla salute, all'accesso ed alla continuità delle cure alla donna che ha espresso la volontà di interrompere la gravidanza.

** Consultare allegati pubblicati nella sessione FAQ del sito www.fnco.it*

POSSIBILITÀ PER L'OSTETRICA/O DI EFFETTUARE LA RIANIMAZIONE NEONATALE NEL CORSO DI UN PARTO A DOMICILIO

Parere tecnico approvato all'unanimità dal Comitato Centrale della Fnco nella seduta del 22 settembre 2012

PREMESSE

Sulla base del regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'ostetrica/o DM 740/94:

Art.1

1. È individuata la figura dell'ostetrica/o con il seguente profilo:
   l'ostetrica/o è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato.

Sulla base di quanto disposto al comma e) e comma g) dell' Art. 48. Esercizio delle attività professionali di ostetrica del Decreto Legislativo 6 novembre 2007, n. 206 (Attuazione della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali):

L'ostetrica/o è autorizzata a

e) assistere la partoriente durante il travaglio e sorvegliare lo stato del feto nell'utero con i mezzi clinici e tecnici appropriati;
g) individuare nella madre o nel bambino i segni di anomalie che richiedono l'intervento di un medico e assistere quest'ultimo in caso d'intervento; prendere i provvedimenti d'urgenza che si impongono in assenza del medico;
h) esaminare il neonato e averne cura; prendere ogni iniziativa che s'imponga in caso di necessità e, eventualmente, praticare la rianimazione immediata;
i) assistere la partoriente, sorvegliare il puerperio e dare alla madre tutti i consigli utili affinchè possa allevare il neonato nel modo migliore (…).

L'assistenza al neonato sano e patologico rientra tra gli obiettivi irrinunciabili del corso di laurea in Ostetricia; gli standard formativi pratici prevedono:

1. aver partecipato attivamente all'esame di almeno 100 puerpere e neonati senza rilevanti patologie;
2. aver partecipato attivamente, durante il tirocinio, all'assistenza e cura di puerpere e neonati, compresi quelli pre- e post- termine, di peso inferiore alla norma o con patologie varie;

3. aver partecipato attivamente, durante il tirocinio, all'assistenza e cura, in ambito ginecologico - ostetrico, di neonati e lattanti, anche avviando i casi patologici in reparti di medicina e chirurgia.

Considerazioni di carattere epidemiologico

Un numero relativamente ridotto di bambini richiede manovre rianimatorie alla nascita. Di quelli che richiederanno assistenza, la maggioranza avrà bisogno soltanto di un'assistenza ventilatoria. Solo una minoranza richiederà un breve periodo di compressioni toraciche in aggiunta alla ventilazione. Su 100.000 bambini nati in Svezia in un anno, solo l'1% (10/1.000 nati) dei bambini con un peso alla nascita maggiore di 2,5 Kg ha richiesto manovre rianimatorie alla nascita. Di questi, lo 0,8% ha bisogno solo di un'assistenza in maschera, mentre lo 0,2% richiederà l'intubazione tracheale. Lo stesso studio ha determinato che un neonato a basso rischio (ad esempio quelli nati dopo 32 settimane di gestazione e con un parto apparentemente normale) avrà bisogno di rianimazione solo nello 0,2% dei casi. Di questi, il 90 % risponderà alla semplice ventilazione in maschera, mentre il 10 % richiederà l'intubazione tracheale (Sam Richmond, Jonathan Wyllie; Resuscitation 81 (2010): 1389–399).
Le European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 7. Resuscitation of babies at birth forniscono indicazioni per la valutazione iniziale e classificazione del neonato alla nascita, nonché gli interventi da mettere in atto in relazione alle condizioni cliniche del bambino anche sotto forma di algoritmo.

La formazione del personale sanitario è un punto cruciale, specie in considerazione che parliamo di eventi rari.

Conclusioni

Tenuto conto delle normative (D.M. 740/94, Art. 48. Esercizio delle attività professionali di ostetrica del Decreto Legislativo 6 novembre 2007, n. 206) l'esame e la cura del neonato, prendere ogni iniziativa che s'imponga in caso di necessità e, eventualmente, praticare la rianimazione immediata, a prescindere dal contesto lavorativo, rientrano tra le competenze professionali dell'ostetrica in quanto acquisite nel percorso universitario e consolidate attraverso la formazione continua (legge 42/99).
Di fronte ad una situazione di pericolo di vita del neonato l'ostetrica deve richiedere l'intervento del medico (o del 118 per l'assistenza domiciliare) ed in sua assenza saper mettere in atto le manovre rianimatorie appropriate, in relazione alle condizioni cliniche del neonato, nel rispetto di protocolli o linee guida. Di utilità le linee guida Neonatal Resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.
È fondamentale che l'ostetrica/o mantenga le competenze relative alla tecniche di rianimazione neonatale invasive (ad esempio intubazione tracheale) e non, attraverso un aggiornamento professionale costante e mirato.

Per approfondimento si rimanda alla letteratura scientifica pubblicata nella sessione FAQ del sito www.fnco.it

UNA TRACCIA PER L'ELABORAZIONE DI UN ARTICOLO SCIENTIFICO

L'articolo scientifico da pubblicare su Lucina, la rivista dell'ostetrica/o dovrà rispettare le linee editoriali proposte, ovvero contenere:

- il titolo (tradotto anche in inglese);
- nome e cognome degli autori e loro affiliazione; il primo autore è il titolare della ricerca (indicare sua email);
- un abstract di 250 parole, tradotto anche in inglese (introduzione, metodi, risultati, discussione);
- keywords – (3-10 parole chiave tradotte anche in inglese);
- l'articolo scientifico per esteso: introduzione e scopo del lavoro – materiali e metodi – i risultati – discussione e conclusioni – fonti bibliografiche; è possibile includere tabelle, grafici con rispettive legende (relativi ai dati più significativi);
- l'articolo dovrà occupare complessivamente 8.500 battute, spazi inclusi.

Titolo

È il "biglietto da visita" di un articolo e deve descriverne brevemente il contenuto.
l titolo è la parte dell'articolo che sarà la più letta in assoluto.
Deve permettere ai lettori di rintracciare l'articolo nei database elettronici e far capire la natura dell'articolo.
Keywords (parole chiave)
3-10 parole. Queste parole chiave devono cogliere l'essenza dell'articolo

Introduzione- Background

- Cosa è stato fatto prima (descrizione delle attuali conoscenze);
- l'importanza dello studio nella disciplina ostetrica;
- scopi dello studio.

I risultati

Cosa abbiamo trovato?

- i dati andrebbero presentati in forma chiara, concisa, ponendo l'accento su cosa è rilevante;
- I risultati andrebbero presentati tutti (incluso quelli negativi o non significativi);
- il testo dovrebbe descrivere la ricerca;
- le tabelle dovrebbero far risaltare le evidenze;
- le figure/grafici dovrebbero illustrare i punti salienti.

Conclusioni

- L'articolo dovrebbe concludersi con pochi risultati-chiave
- le conclusioni dovrebbero essere chiare e forti e ben supportate dai risultati (!);
- è utile concludere suggerendo che tipo di ricerca sviluppare in futuro;
- la ricaduta dei dati nella professione ostetriche o nella pratica clinica.

Metodi

Come abbiamo condotto lo studio?

- disegno dello studio
- il contesto nel quale è stato condotto lo studio;
- numero e caratteristiche della popolazione;
- eventuali criteri di inclusione/esclusione;
- strumento di raccolta dati;
- enunciare Analisi statistica;
- principi etici e consenso.

Discussione

- Affermazioni di risultati importanti;
- comparazione con eventuali altri studi;
- limiti della ricerca:
- significato dei risultati;
- questioni irrisolte.

Bibliografia

Per ogni voce bibliografica la citazione fino a un massimo di 3 autori, se superiori citare i primi 3 seguiti da et al.
Di seguito alcuni esempi di citazioni bibliografiche:

Lavori pubblicati su riviste: Suriano K, Cuarran J, Byrne SM et al., Fatness, *Fitness, and Increased Cardiovascular Risk in Young Children, J Pediatr* 2010;157:552 558.

Libri: Villani A, Serafini G, *Anestesia neonatale e pediatrica*, Milano: Elsevier, 2004.

Capitoli di libri: Serafini G, Braschi A, *Anatomici e fisiologici del neonato e del bambino*, in Villani A, Serafini G, *Anestesia neonatale e pediatrica*, Milano: Elsevier, 2004: pp.3-18.

Ringraziamenti

Menzionare tutti coloro che hanno permesso la realizzazione dello studio (istituzione, colleghi, utenti ecc.)

Recensione

PER ASSISTERE MAMMA E BAMBINO

Questo trattato americano, oramai alla 7ª edizione, per la prima volta viene proposto alle ostetriche italiane grazie alla casa Editrice Piccin, che ne ha realizzato la traduzione, da tempo impegnata nella diffusione delle conoscenze scientifiche delle discipline ostetrico-ginecologiche, attraverso opere prestigiose indirizzate sia alle ostetriche che ai medici specialisti.
Il testo, quale risultato di esperienze e competenze multidisciplinari e multiprofessionali, affronta in modo approfondito la gestione dell'assistenza alla maternità, nelle sue diverse espressioni e nei suoi differenti contesti, con la filosofia di sottofondo di considerare la gravidanza e la nascita processi normali della vita.
Il testo è suddiviso in unità che riflettono l'assistenza ostetrica nelle plurime fasi del percorso nascita (gravidanza, parto e puerperio), nonché neonatale con processi assistenziali rivolti a donne e bambini sani o con patologie. Nelle diverse unità sono descritte le competenze professionali dell'ostetrica/o associate alle diverse fasi del processo di assistenza (midwifery process), quindi accertamento e diagnosi, pianificazione, realizzazione e valutazione delle cure erogate. Rilevante valore viene dato ai familiari che assumono un ruolo di co-partecipanti nel processo assistenziale.

Le caratteristiche di questa 7ª edizione sono molteplici: è rafforzato l'uso della pratica basata sulle evidenze, quale imperativo etico anche per le ostetriche italiane finalizzato alla pianificazione ed alla erogazione di un'assistenza efficace; sono riportati diversi esempi interessanti per aiutare il lettore ad avere più confidenza con l'uso della pratica basata su conoscenze scientifiche validate.
Una novità è pure l'unità "assistenza ostetrica di comunità", che include il caring materno-infantile sul territorio, incluso il domicilio della donna. Infatti tale ambito deve essere sempre più potenziato dalle istituzioni socio-sanitarie e dalle stesse ostetriche al fine di garantire un'offerta attiva di cure alle donne puerpere, alle quali sempre più viene proposto un modello di dimissione precoce ma non adeguatamente protetta da interventi socio-sanitari mirati a domicilio.
Nel testo si pone l'attenzione al rispetto della diversità e del multiculturalismo. Emblematiche sono le fotografie di donne, bambini e familiari appartenenti a diverse culture, portatori di bisogni, necessità e valori differenti come si può rilevare nella descrizione degli interessanti casi clinici; si tratta di una peculiarità di questo testo da non sottovalutare in quanto stimola il lettore, soprattutto chi è in fase di formazione, ad aprire la propria mente ed i propri orizzonti verso un'assistenza multietnica sempre più rilevante anche nella realtà italiana dove il fenomeno migratorio è in costante aumento. Le autrici non hanno voluto trascurare nel testo le terapie alternative e complementari quali componenti irrinunciabili nell'assistenza olistica: sono indicate le terapie più diffuse in gravidanza, nel parto ecc.
Seppur si enfatizza l'assistenza alla maternità, una rilevante novità di questa edizione è anche la parte inerente la salute della donna, articolata in diversi capitoli: promozione della salute femminile con la descrizione di argomenti di maggior attualità ed impatto quali la contraccezione, la menopausa e la violenza alle donne; le patologie ginecologiche più comuni con una esposizione dettagliata degli specifici processi assistenziali e relative competenze dell'ostetrica/o; i problemi riproduttivi, di infertilità di coppia con una particolare attenzione al "diventare genitori".
Il trattato è infine corredato di originali ed utili appendici quali linee guida per operare con soggetti non udenti ed interpreti; il linguaggio dei segni per gli operatori professionali della salute, le abbreviazioni più usate in ostetricia, neonatologia e ginecologia.
Questo testo, che abbiamo analizzato con piacere ed entusiasmo viene consigliato vivamente a tutte le ostetriche ed alle studentesse dei corsi di laurea in Ostetricia anche per la sua originalità e completezza nel descrivere i contenuti disciplinari secondo un processo di midwifery managenent, coerente con gli ambiti di competenza professionale dell'ostetrica/o (percorso nascita, assistenza al neonato, promozione della salute riproduttiva della donna e della coppia).
Un particolare ringraziamento va alla dottoressa Lia Campolo, Ufficio di Redazione Piccin Nuova Libraria spa, che ci ha guidato nel nostro ruolo di curatori scientifici di questa opera originale e completa e che sicuramente contribuirà efficacemente nella crescita e sviluppo professionale delle ostetriche italiane.
(tratto dall'Introduzione al volume)

Assistenza alla maternità
Patricia Ladewig,
Marcia L. London
Michele Davidson

Edizione italiana a cura di Miriam Guana e Lucia Grassi

Piccin, 2012
1050 pp., illustrazioni a colori
ISBN: 978-88-299-2074-7
COD: 1195000

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: bimestrale
La rivista si propone di diffondere tra le ostetriche maggiori informazioni relative all'attività della Fnco, temi di attualità professionale, di politica sanitaria, attinenti la gestione della sanità pubblica e la tutela della salute, in particolare di genere ed 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 riguardo ad 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 la vita dei Collegi e delle associazioni di settore (iniziative di tipo politico, sociale, scientifico, formativo, ecc.)
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 ad 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 la 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 un riassunto (abstract) in italiano di circa mille battute e, se necessario, una sintetica bibliografia di riferimento.

Ogni articolo è sotto la responsabilità diretta del 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.

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: redazionelucina@gmail.com.

LUCINA

La rivistadell'ostetrica/o
organo ufficiale
della Fnco

FNCO

Federazione
Nazionale Collegi
Ostetriche

www.fnco.it