



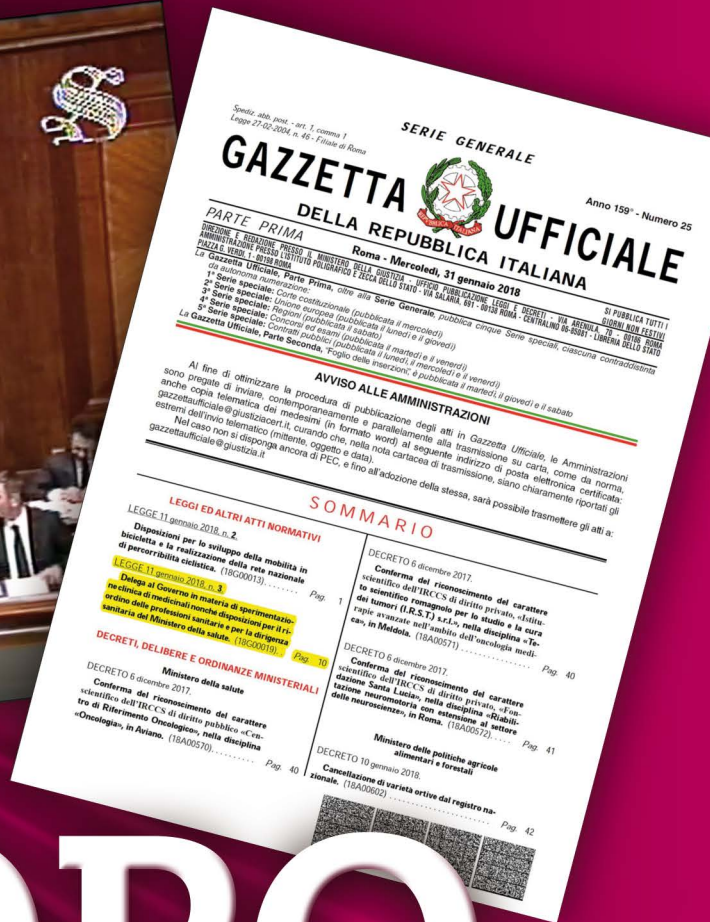
LVCINA

ANNO VII

4/2017

LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

Anno VII numero 4 - Trimestrale - Poste Italiane SpA - Spedizione in Abbonamento Postale - 70% Aut. ATISUD/CZ/12/12/2015



FNOPO

Dopo 70 anni nasce l'Ordine della Professione Ostetrica

SOMMARIO



LUCINA
LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

Organo ufficiale della



Anno VII numero 4
Trimestrale
Poste Italiane SpA -
Spedizione in Abbonamento Postale -
70% Aut: ATSUD/CZ/212/2015

Direttore Responsabile
Maria Vicario

Comitato editoriale
Marialisa Coluzzi
Cinzia Di Matteo
Caterina Masè
Iolanda Rinaldi
Martha Traupe
Silvia Vaccari

Segreteria di redazione
Marialisa Coluzzi
Iolanda Rinaldi
Silvia Vaccari

Redazione
Federazione Nazionale degli Ordini
della Professione di Ostetrica
Piazza Tarquinia 5/d - 00183 Roma
e-mail presidenza@fnco.it
web www.fnco.it
telefono 06 7000943
fax 06 7008053
orario di apertura della linea telefonica
dal lunedì al venerdì
ore 10-13 e 14-15

Consulenza redazionale e stampa
Rubbettino print
Viale Rosario Rubbettino, 8
88049 Soveria Mannelli (CZ)
www.rubbettinoprint.it

Autorizzazione Tribunale di Roma
n. 224/2011 del 19/7/2011
Issn 1590-6353

Finito di stampare
nel marzo 2018

EDITORIALE

- 1 Dopo 70 anni l'Ordine della professione ostetrica di **Maria Vicario**

FNOPO

- 2 Rinascita ostetrica. Il nuovo Comitato Centrale per il triennio 2018-2020
- 4 I nuovi vertici degli Ordini delle Ostetriche per il triennio 2018-2020
- 16 Ostetriche e linee guida alla luce della Legge Gelli-Bianco e del Decreto del Ministero della Salute di **Anna Lagonegro**
- 18 Prosegue il processo di attuazione della Legge n. 24 dell'8 marzo 2017 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"

FORMAZIONE

- 20 L'assistenza al femminile. (Ieri), oggi e domani di **Walter Costantini**
- 21 Progetto Riforma CLO e azioni FNOPO 2018
- 22 La FNOPI al Tavolo permanente di lavoro sulla sicurezza degli operatori sanitari insediatosi presso il Ministero della Salute in data 13 marzo 2018 al Lungotevere Ripa
- 30 Il fabbisogno formativo per il corso di Laurea in Ostetricia a.a. 2017-2018 di **Angelo Mastrillo**

STUDI

- 31 Violenza ostetrica in Italia: gli effetti del parto medicalizzato. Sondaggio delle differenze assistenziali tra Punti Nascita del Nord e Centro-Sud di **Maria Rosaria Mascolo** e **Camilla Lucia Demartis**
- 36 Ruolo ostetrico nella prevenzione del parto pretermine di **Lucrezia Polano** e **Maria Luisa Del Frari** e **Lorenza Driul**
- 39 Vaccinazioni raccomandate effettuate in gravidanza, nessun danno per i bambini

Dopo 70 anni l'Ordine della professione ostetrica

di Maria Vicario

Nella Legge 3/2018 *“Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute”* sembra prevalere la consapevolezza che le professioni non rappresentino un muro da abbattere, una corporazione da sconfiggere, un peso per l'economia, ma una grande risorsa per il Paese: basti pensare che il PIL prodotto dal mondo delle professioni è quasi pari a quello industriale. Al termine di una “gestione” durata ben 5 anni il legislatore ha, quindi, sentito l'obbligo di intervenire per modernizzare gli Ordini senza prevederne la ventilata e spesso sbandierata abrogazione.

In termini generali, la Legge 3/2018 conferma la natura giuridica dell'Ordine che è quella di ente pubblico non economico, a carattere territoriale e nazionale, dotato di autonomia patrimoniale, finanziaria e organizzativa e, per la professione sanitaria, ente sottoposto alla vigilanza del Ministero della salute. Agli Ordine delle 22 professioni di cui alla Legge 251/200, si applicano due principi fondamentali dell'ordinamento: **il principio di sussidiarietà e quello di terzietà.**

Principio di sussidiarietà è quello secondo il quale lo Stato non deve fare ciò che i cittadini possono fare da soli, portando le decisioni e il potere di realizzarle al livello più vicino alla Comunità. In questo modo l'intervento dello Stato (o pubblico) deve essere effettuato solo quando i singoli e i gruppi che compongono la società non sono in grado di farcela da soli.

Principio della terzietà nel caso degli Ordini è riferito al valore di contrappeso che gli Ordini stessi devono avere per equilibrare la relazione che si instaura tra professionista e utente/committente/paziente che, per sua natura, rischia di essere sbilanciata in favore del professionista.

L'Ordine professionale deve rappresentare lo strumento attraverso il quale si definiscono i *curricula* formativi, si effettua la vigilanza e la certificazione delle competenze, la verifica e il rispetto dei principi etici e deontologici. La Legge Lorenzin 3/2018 esalta il ruolo del Codice Deontologico quale strumento di autogoverno della Professione caratterizzato da una estrema dinamicità per il continuo adeguamento a norme e regolamenti per una reale tutela non solo degli iscritti, ma anche delle donne, delle coppie e in generale della comunità.

La modifica del percorso formativo realizzata in ambito accademico, iniziata nel 1996 con il passaggio dal Diploma di Ostetrica/o (DUO) alla Laurea in Ostetricia, non faceva più ritenere congrua l'organizzazione della Categoria in Collegi sin dal 2006, quando la Legge 43 prevedeva la delega al Governo per l'istituzione degli Ordini delle professioni sanitarie ivi compresa specificatamente quella di ostetrica/o.

Gli Ordini sono sottoposti alla disciplina sulla trasparenza della pubblica amministrazione e l'ANAC ha fatto definitiva chiarezza sull'applicabilità della normativa per il cui adeguamento la FNCO, oggi FNOPO, ha offerto gratuitamente il supporto legale agli Organismi provinciali e interprovinciali e ha organizzato specifici eventi formativi per Dirigenti di Categoria (2015/2018).

Appare chiaro che con la Legge 3/2018 si tratta di far crescere non solo gli **strumenti** normativi – ben 19 Decreti attuativi – ma anche quelli **di natura culturale** per rilanciare il ruolo delle professioni, compresa quella di ostetrica/o, di cui la collettività ha bisogno e che trova adeguata collocazione nel modello promosso dalla FNOPO di “Ostetrica di famiglia e di comunità”.

La Legge Lorenzin, che ha avuto una gestazione complessa e il cui parto è stato ancora più difficile, **è stata approvata** in Senato il 22 dicembre 2017 **con 148 sì, 19 contrari e 5 astenuti**. Non sono mancati infatti momenti in cui si è perfino temuto il naufragio e la fine anzi tempo di un lavoro faticoso cui la FNCO non ha mai fatto mancare sostegno e contributo attivo con audizioni e perfino appelli pubblici alle istituzioni e alla politica.

L'Ordine: una parola, ma una parola che racchiude tutta una formidabile e straordinaria evoluzione, una parola che può mobilitare le persone, una parola che può intimorire chi teme la rottura di desueti equilibri professionali, una parola che racchiude un enorme valore che la FNOPO attendeva da 70 anni e che oggi accoglie le 22mila ostetriche italiane.

RINASCITA OSTETRICA

Il nuovo Comitato Centrale per il triennio 2018-2020



Il Comitato Centrale neo eletto della Federazione Nazionale Ordine della Professione Ostetrica (FNOPO), nelle parole della Presidente Maria Vicario, ringrazia tutti i Presidenti e i Consigli Direttivi degli Ordini provinciali e interprovinciali delle Ostetriche che hanno espresso caloroso sostegno e fiducia al gruppo "RiNascita Ostetrica: insieme si può". Nell'ottica di una continuità di programma e di implementazione delle attività, sin dal suo insediamento, si è posto a disposizione dei Presidenti e dei loro Consigli Direttivi per una fattiva collaborazione e confronto nel triennio 2018-2020.

La Legge 3/2017 – Legge Lorenzin – dal 15 febbraio ha operato la storica modifica della denominazione da Collegio in Ordine e con i 19 Decreti attuativi apporterà profonde modifiche strutturali dell'Ordine quale ente "sussidiario" dello Stato al quale la FNOPO continuerà a garantire il necessario sostegno politico e organizzativo anche attraverso l'implementazione della rete dei servizi.

Le elezioni, che si sono svolte in un clima di massimo rigore e serenità, sono l'espressione di un chiaro messaggio volto a garantire la continuità di programma che il Gruppo ha fortemente voluto connotato al cambiamento, rinnovamento e rinascita della professione ostetrica.

Nell'ultimo triennio il Gruppo "RiNascita Ostetrica: insieme si può" ha implementato siti e presidi di rappresentatività istituzionale, ha realizzato forme di cooperazione internazionale e decentrata, si è impegnato in attività di promozione e sviluppo professionale e ha creato la rete delle società scientifiche di categoria fino alla costituzione della Società Italiana di Scienze Ostetrico-Ginecologico-Neonatali (SISO-GN) ai fini della sua iscrizione nell'albo ministeriale (DM 2 agosto 2017). A sostegno del progetto di revisione del percorso formativo universitario triennale la FNOPO ha collaborato con la CNCLO per la creazione di una quinta Classe di Laurea Magistrale delle Professioni Sanitarie denominata "LM/SNT5 – Scienze Ostetriche" (Midwifery Science) che contenga il corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in "Scienze Ostetrico-Ginecologico-Neonatali" (Midwifery Science) e che conferisca il titolo di *Dottore Magistrale in Scienze Ostetrico-Ginecologico-Neonatali* (Midwifery doctor) con abilitazione alla professione di ostetrica. A supporto degli Collegi, oggi Ordini, è stata realizzata la centralizzazione del servizio legale, fiscale e di supporto legale anticorruzione e trasparenza e in adeguamento alla Legge 24/2017 – Legge Gelli – la FNOPO ha avviato il percorso per centralizzare anche il servizio di tutela assicurativa per le 22mila ostetriche italiane.



Maria Vicario, Presidente

Ostetrica. Esperta area formazione, ricerca e organizzazione. Dal 2000 con carica di Consigliera, Segretaria, Vicepresidente e Presidente componente del Comitato centrale della FNCO. Socia Sirong dal 2008. Docente a contratto per SSD MED747 corso Master I livello "Management per il coordinamento infermieristico e ostetrico" e corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche Università della Campania L. Vanvitelli e nel corso Master I livello "Ostetrica di Comunità e salute della donna e del neonato" presso Università Cattolica S. Cuore. Componente, in qualità di esperto, ai Tavoli Tecnici Ministero della salute/ISS/Agenas. Componente CPNn. Ostetrica legale e forense (Tribunale di Napoli n.1/2009).
e mail: maria.vicario@libero.it



Silvia Vaccari, Vicepresidente

Ostetrica. Responsabile Rischio Clinico, Qualità e Accreditamento Ospedale Civile di Sassuolo. Esperta in organizzazione ospedaliera, progetti di miglioramento assistenziali e formazione. Componente, in qualità di esperto, ai Tavoli Tecnici Ministero della salute/ISS/Agenas. Docente a contratto per SSD MED/47 Corso di Laurea in Ostetrica, Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche e corso Master I livello "Health Community care: l'ostetrica di comunità" presso UNIMORE. Presidente Coordinamento Ordini delle Ostetriche della Regione Emilia Romagna. Presidente Ordine delle ostetriche provincia di Modena.

e mail: silvia.vaccari@fastwebnet.it / s.vaccari@ospedalesassuolo.it



Marialisa Coluzzi, Segretario

Ostetrica. Esperta in Diritto Sanitario/Formazione/Comunicazione/ Management Strutture complesse sanitarie. Laureata in Giurisprudenza e studi per l'esercizio professione forense. Dipendente ASL LT, fino al 2013 coordinatrice ostetrica punto nascita di Latina, Bench marking P. Re.Val.E. Regione Lazio. Oggi, membro del Comitato percorso nascita aziendale, responsabile di numerosi progetti di formazione, comunicazione e sviluppo organizzativo aziendale in ambito materno-infantile. Responsabile di progetti regionali di formazione. Docente a contratto di Economia, management e diritto sanitario presso corsi di Laurea professioni sanitarie UNI La Sapienza. Membro Commissione Nazionale Formazione Continua. Dal 2015 consigliera Segretaria FNCO. Presidente Ordine delle Ostetriche di Latina. e mail: marilisa.coluzzi@hotmail.it



Cinzia Di Matteo, Tesoriere

Ostetrica. Coordinatrice dell'area Ostetrica e del Percorso Nascita in ambito aziendale, in collaborazione funzionale con il Dipartimento Materno-Infantile e dipendente dalla Direzione del Servizio Aziendale delle Professioni Sanitarie. Componente del Comitato Percorso Nascita Regionale (C.P.N.R.) della Regione Abruzzo con Decreto n. 143/2014 del 30 ottobre 2014. Componente del Comitato Interdisciplinare Rischio Clinico dell'Azienda n. 2 Lanciano-Vasto-Chieti con Deliberazione n. 1791 del 23 dicembre 2013. Componente del Consiglio dei Sanitari dell'Azienda n. 2 Lanciano-Vasto-Chieti con Deliberazione n. 1141 del 2 agosto 2012. Rappresentante del Comparto nel Comitato del Dipartimento Materno-Infantile della Asl Lanciano-Vasto-Chieti. Docente a contratto per SSD MED/47 Corso di Laurea in Ostetricia e Laurea Magistrale Università degli Studi di Chieti "G. D'Annunzio". Presidente Ordine delle ostetriche della provincia di Chieti. e mail: cinzia.dimatteo70@gmail.com



Iolanda Rinaldi, Consigliere

Ostetrica. Responsabile Aziendale Servizio Assistenza Ostetrica ASL Rm 1, Docente a contratto per SSD MED/47 corso di Laurea in Ostetricia e corso di Laurea in "Infermieristica Pediatrica" Università Tor Vergata. Docente Master di I livello "Ostetricia di Comunità e salute della donna e del neonato" presso Università Cattolica S. Cuore. Responsabile Scientifico Master di I livello "Rieducazione pavimento Pelvico" Università La Sapienza. Componente, in qualità di esperto, ai Tavoli Tecnici Ministero della salute/ISS. Componente C.o.g.e.a.p.s. Presidente Ordine delle ostetriche della provincia di Roma.

e mail: iolandarinaldi@alice.it



Martha Traupe, Consigliere

Ostetrica. Collaboratrice presso Azienda Usl Toscana Nord Ovest Area Materno Infantile Unità Funzionale Consultorio di Volterra e P.O. Ginecologia e Ostetricia "F. Liotti" di Pontedera. Ostetrica esperta del Sistema qualità, aspetti economici della gestione del sistema sanitario, management sanitario, gestione del coordinamento, aspetti normativi, deontologia e della responsabilità professionale. Docente a contratto per SSD MED/47 corso di Laurea in Infermieristica - Polo Didattico di Pontedera - Università degli Studi di Pisa. Componente Tavoli Tecnici Regione Toscana. Soprano della "Corale di Valle" della Val di Cecina e della Val d'Era. Presidente Ordine delle ostetriche di Pisa, Massa Carrara e Livorno. e mail: marthatraupe@hotmail.com



Caterina Masè, Consigliere

Dipendente Azienda Provinciale Servizi Sanitari di Trento come Responsabile sala parto Ospedale S. Chiara nel quale ha organizzato il primo servizio di elisoccorso ostetrico. Membro del Comitato Permanente BFH. Operation Manager Percorso Nascita e Percorso Basso Rischio Ostetrico. Membro Consiglio Provinciale dei Sanitari Provincia di Trento. Membro Comitato Provinciale Percorso Nascita. Docente a Contratto in Scienze ostetrico-ginecologiche e neonatali a corsi di Laurea e Master (Università Cattolica Roma, Bicocca Milano). Attività di docenza in numerosi corsi di formazione e aggiornamento professionale. Relatrice a numerosi convegni. Presidente Ordine delle ostetriche della provincia di Trento dal 2009.

e mail: caterina.mase@apss.tn.it

I NUOVI VERTICI DEGLI ORDINI DELLE OSTETRICHE PER IL TRIENNIO 2018-2020

Agrigento – Caltanissetta

Largo Aosta, 7
92024 Canicattì (AG)
telefono/fax 0922 831602
email ostetricheag.cl@gmail.com
pec ostetricheag.cl@pec.it
orario di apertura
venerdì (non festivi) 15:30-17:30

Presidente

Calogera Drago

Vicepresidente

Graziella Carlino

Segretario

Lorena La Greca

Tesoriere

Angela Insalaco

Consiglieri

Biagio La Paglia

Ilaria Fontana

Cristina Rizza

Revisori dei Conti

Cettina Falzone

Sara Polizzi

Luigia Giammacurta

Adriana Giuliana *supplente*

Alessandria

Via Buonarroti, 16
15121 Alessandria
telefono/fax 0131 249879
email ostetricheal@yahoo.it
pec collegiostetriche.al@arubapec.it
orario di apertura
martedì 14:30-16:00

Presidente

Maria Rosaria Mascolo

Vicepresidente

Eleonora Como

Segretario

Valentina Birello

Tesoriere

Patrizia Anerdi

Consigliere

Serena Gamondo

Revisori dei Conti

Aida Hilviu

Antonella Agostena

Alessia Dealberto

Sonia Salis *supplente*

Ancona

Via Ruggeri, 3/N
60131 Ancona
telefono/fax 071 54967
email coll.ostetriche.ancona@virgilio.it
pec coll@pecostetricheancona.it
orario di apertura
giovedì 15:30-17:30

Presidente

Margherita Piermaria

Vicepresidente

Daniela Bontempi

Segretario

Sara Zoppi

Tesoriere

Chiara Lazzarini

Consiglieri

Graziella Cristofanelli

Caterina Cingolani

Ilaria Ferrini

Revisori dei Conti

Elisabetta De Vietro

Laura Pirani

Giulia Sabbatini

Cinzia Cesarini *supplente*

Aosta

Via Boson, 6
11100 Aosta
telefono/fax 0165 31313
email ostetricheaosta2007@libero.it
pec ostetricheaosta2007@sicurezza postale.it
orario di apertura
da lunedì a giovedì 10:00-12:00;
venerdì 15:00-18:00

Presidente

Corinne Menabreaz

Vicepresidente

Alessia Cornaz

Segretario

Francesca Cavaliere

Tesoriere

Sara Fiou

Consigliere

Nathalie Belley

Revisori dei Conti

Ilaria Del Sindaco

Stefania Fazari

Simona Thoux

Chiara Guichardaz *supplente*

Ascoli Piceno – Fermo

Viale delle Torri, 53

63100 Ascoli

telefono/fax 0736 251226

email ostetricheapfm@libero.it

pec ostetricheapfm@arubapec.it

web www.collegioostetricheapfm.it

orario di apertura

sede attualmente inagibile causa sisma

Presidente

Rosanna De Serio

Vicepresidente

Sandra Bracciotti

Segretario

Laura Mancini

Tesoriere

Romina Mattioli

Consiglieri

Luana Gaetani

Irene Marzetti

Luana Verdecchia

Revisori dei Conti

Giuliana De Angelis

Valeria Libbi

Maria Valentina Oddi

Chiara Massetti *supplente***Avellino**

Via Circumvallazione, 173

83100 Avellino

telefono/fax 0825 35435

email info@collegioostetriche-avellino.it

pec ostetricheavellino@pec.aruba.it

Presidente

Paola Ambrosone

Vicepresidente

Florinda Dalia

Segretario

Elena Flamma

Tesoriere

Antonella Montuori

Consiglieri

Carmen Aitoro

Assunta Cucciniello

Valentina Rinaldi

Revisori dei Conti

Alfonsina Barbarisi

Maria Assunta Megaro

Ilaria Nargi

Incoronata D'Andrea *supplente***Bari – Barletta Andria Trani**

Via Devitofrancesco, 4/A

70124 Bari

telefono/fax 080 5026145 – 340 2369163

email info@ostetrichebari.it

pec info.ostetrichebari@legalmail.it

web www.ostetrichebari.it

orario di apertura

mercoledì e giovedì 16:30-19:00

Presidente

Domenica De Tommaso

Vicepresidente

Eleonora Laera

Segretario

Francesca Bartolomeo

Tesoriere

Fabiana Avantaggiato

Consiglieri

Daniela Castiglione

Valentina Dicuonzo

Elena Emiliano

Antonella Pignatelli

Elena Schulz

Revisori dei Conti

Elisabetta Colazzo

Susanna Bellino

Luciana Mirizzi

Grazia Di Bitonto *supplente***Belluno – Padova – Rovigo –
Treviso – Venezia – Vicenza**

Via Monte Nero 43/B

30171 Mestre (VE)

telefono 041 5316722

email ostetricheve@libero.it

pec ostetricheveneziale@legalmail.it

web www.ostetricheintervale.it

orario di apertura

lunedì e giovedì 10:00-13:00;

martedì 15:00-18:00

Presidente

Barbara Guarinoni

Vicepresidente

Mery Bottarel

Segretario

Emanuela Busa

Tesoriere

Cristina Panizza

Consiglieri

Annalisa Schiavon

Orietta Perissinotto

Martina Granci

Elena Cecchetto

Daiana Bettin

Revisori dei Conti

Bruna Dal Mas

Lucia Casagrande

Tania Albertin

Marta Temporin *supplente***Benevento**

Via Martiri d'Ungheria, 21

82100 Benevento

telefono/fax 0824 313772

email ostetrichebn@virgilio.it

pec collegioostetrichebn@legalmail.it

orario di apertura giovedì 9:00-13:00

Presidente

Ciro Clemente Tancredi

Vicepresidente

Marco Pesce

Segretario

Teresa De Angelis

Tesoriere

Francesca Zollo

Consiglieri

Assunta Scarano

Antonella Falzarano

Giuseppina Corbo

Revisori dei Conti

Roberta Acinelli

Amalia Coscia

Monica Soreca

Maria Luisa Parrella *supplente***Bergamo – Cremona – Lodi –
Milano – Monza – Brianza**

Via della Guastalla, 5 – 20122 Milano

telefono 02 5460262

email collegio@ostetriche-mibgcr Lomb.it

pec collegioostetrichemilano.bgcr Lomb@pec.it

orario di apertura

lunedì e mercoledì 14:00-17:00;

martedì, giovedì e venerdì 9:00-13:00

Presidente

Nadia Rovelli

Vicepresidente

Stefania Zorzan

Segretario

Chiara Grossi

Tesoriere

Elena Rossi

Consiglieri

Stephane Arnone

Giulia Cappelletti

Lorena Cavalleri

Anna Maria Cristiani

Ruth Decarli

Laura Angela Malgrati

Chiara Mastromauro

Marta Mazzeo Melchionda

Betty Pirola

Flavia Rossi

Eleonora Sciascia

Revisori dei Conti

Elisabetta Gibertoni

Paola Agnese Mauri

Elvira Montebello

Donatella Bertoli *supplente*

Bologna

Via Zanardi, 403/22
40131 Bologna
telefono/fax 051 6350241
email bologna@ostbo.eu
pec postacertificata@pec.ostbo.eu
web www.ostbo.eu
orario di apertura
da martedì a venerdì 9:00-12:00;
mercoledì 14:30-17:30

Presidente

Sara Tinti

Vicepresidente

Lucia Branchini

Segretario

Alessia Alberici

Tesoriere

Valentina Mingarelli

Consiglieri

Lisa Piancastelli

Carlotta Tonelli

Valentina Zardi

Revisori dei Conti

Cristiana Bucella

Isabel Lombardini

Francesca Cavazza

Francesca Fantuz *supplente***Brescia**

Via Lamarmora, 185 septies
25124 Brescia
telefono 030 40043
email segreteria@ostetrichebrescia.it
pec ostetrichebrescia@pec.aruba.it
web www.ostetrichebrescia.it
orario di apertura
lunedì e mercoledì 9:00-13:00;
martedì e giovedì 9:00-13:00 e 14:00-18:00

Presidente

Antonella Novaglio

Vicepresidente

Luigia Soldati

Segretario

Elisabetta Bertuetti

Tesoriere

Stefania Paloschi

Consiglieri

Anna Confortini

Giulia Bregoli

Elisa Turini

Revisori dei Conti

Fernanda Maturilli

Glenda Giacomelli

Flavia Marchi

Cristina Giacomelli *supplente***Cagliari – Carbonia Iglesias –
Medio Campidano – Nuoro –
Ogliastra – Oristano**

Via dei Grilli, 1/3
09134 Cagliari
telefono/fax 070 554311
email ostetrichecaor@tiscali.it
pec ostetriche.ca.nu.or@postecert.it
orario di apertura
lunedì 9:30-13:00;
giovedì 12:00-16:00

Presidente

Maria Rosaria Lai

Vicepresidente

Dina Pilloni

Segretario

Claudia Cossu

Tesoriere

Erika Anedda

Consiglieri

Anna Maria Contu

Maria Contu

Marta Curiat

Revisori dei Conti

Rita Angius

Lucia Melis

Rita Raspa

Anna Rosa Pia *supplente***Bolzano**

Via Maso delle Pieve, 4/A
39100 Bolzano
telefono/fax 0471 280647
email info@ostetriche.bz.it
pec ostetriche.bz.it@pec.it
web www.ostetriche.bz.it –
www.hebammen.bz.it
orario di apertura
martedì 9:00-13:00

Presidente

Sara Zanetti

Vicepresidente

Astrid Di Bella

Segretario

Hanna Pliger

Tesoriere

Daniela Fantini

Consiglieri

Francesca Fiocco

Alexandra Figl

Giorgia Mongillo

Revisori dei Conti

Irene Delago

Barbara Rubner

Christina Stampfer

Elisa De Felice *supplente***Brindisi**

c/o ex Ospedale A. Di Summa
Piazza Antonio Di Summa
72100 Brindisi
telefono/fax 0831 514067
email collegioostetrichebr@libero.it
pec collegioostetrichebr@pec.it
orario di apertura
lunedì e mercoledì 17:00-18:00

Presidente

Laura Bruno

Vicepresidente

Francesca Semeraro

Segretario

Mirella Renna

Tesoriere

Germana Alemanno

Consiglieri

Claudia Parisi

Carla Saponaro

Valeria Scozzi

Revisori dei Conti

Anna Bafaro

Fiorella Mazzotta

Antonella Turco

Maria Grazia Conte *supplente***Campobasso – Isernia**

Via Federico Baranello, 9
86100 Ferrazzano (CB)
telefono 0874 019711
email coll.ost.cb.is@gmail.com
pec coll.ostetriche.cb.is@pec.it
orario di apertura
mercoledì 9:00-13:00

Presidente

Fabiana Iasevoli

Vicepresidente

Maria Grazia Barbatto

Segretario

Silvia De Lellis

Tesoriere

Antonella Panzera

Consiglieri

Alessandra D'Alauro

Antonella Bartolini

Revisori dei Conti

Dora Russo

Annamaria Picciano

Rita Carminatì

Stefania Mastro Monaco *supplente*

Caserta

Via Sud Piazza d'Armi, 70
81100 Caserta
telefono/fax 0823 327011
email collegiostetriche_ce@tiscali.it
pec ostetrichecaserta@pec.it
web www.ostetrichecaserta.it
orario di apertura
martedì 16:00-18:00

Presidente

Michele Trinchese

Vicepresidente

Saverio Turco

Segretario

Roberta Merola

Tesoriere

Maria Rita Nasta

Consiglieri

Stefania Iovino
Rosita Landolfi
Pasqua Leggiero

Revisori dei Conti

Daniela Guarriello
Giada Caparco
Antonella Nuzzo
Salvatore Coppola *supplente*

Catania

Viale M. Rapisardi, 440
95123 Catania
telefono/fax 095 361633
email collegiost.ct@gmail.com
pec collegio.ostetriche.ct@pec.it
web www.collegio-ostetriche-ct.it
orario di apertura
mercoledì 17:00-19:30

Presidente

Rosaria Taverna

Vicepresidente

Rosa Maria Catena Marra

Segretario

Alfina Maria Argenta Galvagno

Tesoriere

Ilaria Catania

Consiglieri

Serafina Nicolosi
Maria Magnano
Amelia Monaco

Revisori dei Conti

Giusi Di Bella
Carmela Fagone
Gabriella Puglisi
Raffaele Mirabile *supplente*

**Catanzaro – Crotone –
Vibo Valentia**

Via F. Burza, 35
88100 Catanzaro
telefono/fax 0961 709540
email ostetriche.czkrvv@libero.it
pec collegioostetrichecckrvv@arubapec.it
orario di apertura
martedì 15:30-18:00;
venerdì 9:00-13:00

Presidente

Concetta Ludovico

Vicepresidente

Maria Giovanna Russo

Segretario

Pamela Gugliotta

Tesoriere

Rosaria Ferragina

Consiglieri

Maria Carmela Marasco
Vittoria Mazza
Maria Teresa Silvestro

Revisori dei Conti

Elisa Ponessa
Carmela Corinno
Roberta Iannino
Deborah Considerato *supplente*

Chieti

Via Domenico Spezioli, 16
66100 Chieti
telefono 0871 69707
fax 0871 403358
email segreteria@ostetrichechieti.it
pec ostetrichechieti@pec.aruba.it
web www.ostetrichechieti.it
orario di apertura

da lunedì a venerdì 9:30-12:30;

martedì fino alle 16:00

Presidente

Cinzia Di Matteo

Vicepresidente

Antonella Di Matteo

Segretario

Giulia Pretara

Tesoriere

Maria Carmina Petrella

Consiglieri

Rossana Benedetto
Nadia Dragone
Letizia Masciulli

Revisori dei Conti

Maria Elena Di Martino
Sara Masciangelo
Eleonora Tilli
Caterina Stante *supplente*

Como – Lecco – Sondrio

Via T. Grossi, 8/A
22100 Como
telefono 031 304949
fax 031 302322
email info@comoleccosondrio.org
pec ostetrichecomolecco.pec@gruppointercom.it
web www.ostetrichecomoleccosondrio.org

Presidente

Flavia De Pietro

Vicepresidente

Cristina Ferriolo

Segretario

Elena Vincifori

Tesoriere

Carla Foppoli

Consiglieri

Giovanna Ballerini
Nelle Clerici

Laura Tarricone

Revisori dei Conti

Federica Cairoli
Maria Luisa Secchi
Giulia Ussia
Zeila Monti *supplente*

Cosenza

Corso Luigi Fera, 180
87100 Cosenza
telefono/fax 0984 483664
email ostetrichecs@libero.it
pec ostetrichecs@arubapec.it
orario di apertura
martedì e giovedì 10:00-12:00;
mercoledì 16:30-18:00

Presidente

Rita Domanico

Vicepresidente

Rosanna Mazzulla

Segretario

Maria Cannataro

Tesoriere

Francesca Miraglia

Consiglieri

Patrizia Parise
Stefania Azzinnari
Valentina Maria Moretti

Revisori dei Conti

Maria Francesca Serianni
Alessia Tomasi
Assunta Pigna
Maria Grazia Pallone *supplente*

Cuneo

Via XXVIII Aprile, 31 – 12100 Cuneo
 telefono/fax 0171 631929
 email ostetriche.cn@libero.it
 pec ostetriche.cn@pec.it
 web www.ostetrichecuneo.it
 orario di apertura martedì 15:30-18:30

Enna

Via Santa Barbara, 22 – 94100 Enna
 telefono 327 9734473
 email collegiostetricienna@gmail.com
 pec info@pec.collegiostetricienna.it
 web www.collegiostetricienna.it
 orario di apertura
 da lunedì a venerdì 9.00-12.00;
 martedì e giovedì 14.00-16.00.

Presidente

Oriana Ristagno

Vicepresidente

Erica Di Pasqua

Segretario

Rossella Collerone

Tesoriere

Pietrina Rabbene

Consigliere

Antonina Raspanti

Revisori dei Conti

Giuseppe Calabrese

Rossella Mallacci Mercurio

Cristina Ravetto

Domenica Irma Cocuzza *supplente*

Ferrara

Via Aeroporto, 42/A
 44100 Ferrara
 telefono/fax 0532 902178
 email ostetriche.ferrara@libero.it
 pec collegioostetricheferrara@cgn.legalmail.it
 web www.ostetricheferrara.it
 orario di apertura
 da lunedì a venerdì 10:00-12:00 e 15:30-16:30

Presidente

Gianna Turazza

Vicepresidente

Rosaria Cappadona

Segretario

Meri Pedriali

Tesoriere

Serena Zanellato

Consiglieri

Chiara Pavani

Carla Mosca

Daniela Stoppa

Revisori dei Conti

Eurika Bolognesi

Martina Balboni

Giulia Cavallina

Chiara Grilli *supplente*

**Firenze – Prato –
Arezzo – Grosseto – Siena –
Lucca – Pistoia**

Via F. Baracca, 9
 50127 Firenze
 telefono 055 321432
 email info@collegiostetriche.it
 pec info@pec.collegiostetriche.it
 web www.collegiostetrichefisigrarpolupt.it
 orario di apertura
 martedì 15:00-17:00;
 giovedì 10:00-12:00

Presidente

Antonella Cinotti

Vicepresidente

Giovannina Chiarello

Segretario

Silvia Giovanale

Tesoriere

Paola Iop

Consiglieri

Maria Rosa Mascia

Valentina Basile

Elena Parrini

Chiara Poli

Valentina Torrente

Revisori dei Conti

Cinzia Bronchi

Elena Magini

Rebecca Giannini

Marta Vannucci *supplente*

Foggia

Via Genoveffa De Troia, 35
 71121 Foggia
 telefono/fax 0881 650200
 email ost.foggia@tiscali.it
 pec cpofg@pec.it
 orario di apertura
 mercoledì 17:00-19:00

Presidente

Vanessa Anna Magistro

Vicepresidente

Viviana Lobocono

Segretario

Maria Vibio

Tesoriere

Rossella M.M. Carrubba

Consiglieri

Clara Palma

Maria Pia Di Cesare

Melissa Mancano

Revisori dei Conti

Carmela Laccetti

Gabriella Iagulli

Imma La Gatta

Francesca Zambri *supplente*

Forlì Cesena – Rimini

Via Covignano, 51
 47900 Rimini
 telefono/fax 0541 777784
 email collegioostetrichefnfc@virgilio.it
 pec ostetriche.nfc@sicurezza postale.it
 web www.collegioostetrichefnfc.it

Presidente

Claudia Sarti

Vicepresidente

Raffaella Delmagno

Segretario

Daniela Daniele

Tesoriere

Paola Carlini

Consiglieri

Iliana Colonna

Elvira Di Biase

Rita D'Altri

Revisori dei Conti

Fiorenza Venturi

Ester Cairoli

Elena Baiocchi

Morena Rinaldi *supplente*

Frosinone

c/o Distretto Sanitario Azienda ASL
 Viale Mazzini snc 3° piano
 03100 Frosinone
 telefono 334 9709361
 email nascere@collegiostetrichefrosinone.com
 pec collegiostetrichefrosinone@pec.it
 web www.collegiostetrichefrosinone.com
 orario di apertura
 lunedì 15:00-17:00;
 venerdì 8:30-12:30

Presidente

Laura Scarpa

Vicepresidente

Elide Pro

Segretario

Assunta Frasi

Tesoriere

Fiorella Tiberia

Consiglieri

Stefania D'Auria

Maria Pia Arcese

Chiara Nardone

Revisori dei Conti

Daniela Carlevale

Gigliola Vittoria Oriotti

Raffaella Capassi

Emanuela Parmeni *supplente*

Genova – La Spezia

Via C. Barabino, 19/1
16129 Genova
telefono/fax 010 588132
email collegiostetrichege@libero.it
pec collegiostetrichege@arubapec.it
web www.ostetricheinliguria.eu

orario di apertura
martedì 14:30-16:30

Presidente

Barbara Baldi

Vicepresidente

Michela Brighenti

Segretario

Adele Chiara Moncagatta

Tesoriera

Ubriana Valvasori

Consiglieri

Emanuela Balletti

Alice Musico

Caterina Pescetto

Revisori dei Conti

Teresa Pellecchia

Martina Balducchi

Beatrice D'Auria

Antonella Cucca *supplente*

L'Aquila

Via Piccolomini, 8
67100 L'Aquila
telefono/fax 0862 404370
email info@collegiostetricheaq.it
pec info@pec.collegiostetricheaq.it
web www.collegiostetricheaq.it

orario di apertura
lunedì 15:30-17:00

Presidente

Federica Sisani

Vicepresidente

Pina Pedrocchi

Segretario

Emanuela Fontanazza

Tesoriera

Claudia Carosi

Consiglieri

Berta Gambina

Maria Rita Pecce

Martina Civisca

Revisori dei Conti

Martina Chiaravalle

Valentina De Camillis

Fabiola Fiocchetta

Rossella Mummolo *supplente*

Latina

Via A. Diaz, 12
04100 Latina
telefono/fax 0773 693623
email segreteria@collegiostetrichelatina.it
pec segreteria@pec.collegiostetrichelatina.it
web www.collegiostetrichelatina.it

Presidente

Marialisa Coluzzi

Vicepresidente

Bruna Sibio

Segretario

Hélène Rachel Rafflegeau

Tesoriere

Rosalba Turchi

Consiglieri

Giovanna Rossi

Edvige Proietti

Agnese Catallo

Revisori dei Conti

Teresa Grasso

Rosalba Salemme

Maria Fiore

Martina Capozzi *supplente*

Lecce

Via Capitan Ritucci, 41
73100 Lecce
telefono/fax 0832 346996
email lecceostetriche@libero.it
pec lecceostetriche@arubapec.it
web www.lecceostetriche.it

orario di apertura
da lunedì a venerdì 9:00-12:00

Presidente

Valentina Pironti

Vicepresidente

Valeria Rita Viva

Segretario

Francesca Spertingati

Tesoriere

Giuseppina Chirivì

Consiglieri

Vinicia Cota

Francesca Lisi

Elena Nichil

Revisori dei Conti

Adriana Carluccio

Cosima Paola Ferrante

Patrizia Margiotta Casaluci

Guenda Cairo *supplente*

Macerata

Via P. Tibaldi, 12 (S. Croce)
62100 Macerata
telefono/fax 0733 32722
email ostetriche.mc@libero.it
pec ostetriche.mc@pec.it

orario di apertura
martedì e giovedì 16:00-18:00

Presidente

Diana Pica

Vicepresidente

Stefania Ciurlanti

Segretaria

Chiara Giovagnini

Tesoriera

Alessandra Papili

Consiglieri

Ilaria Magnani

Alessandra Petillo

Emanuela Banchetti

Revisori dei Conti

Barbara Lattanzi

Maria Lucia Beccacece

Mara Romagnoli

Elisa Garbuglia *supplente*

Mantova

Piazzale Gramsci, 6/C
46100 Mantova
telefono/fax 0376 324249
email collegiostetricheemn@alice.it
pec collegiostetricheemn@arubapec.it

orario di apertura
martedì 15:00-18:00

Presidente

Daniela Mantovanelli

Vicepresidente

Aurora Michelini

Segretario

Valentina Vivirito

Tesoriere

Francesca Cremonini

Consiglieri

Marisella Vaccari

Luana Rosanna Rodini

Giulia Pria

Revisori dei Conti

Carla Ferrari

Manuela Molinari

Monica Tonelli

Mara Vanella *supplente*

Matera

Via Roma, 71
75100 Matera
telefono 0835 333212
fax 0835 336986
email ordinemt@tin.it
pec info@pec.ostetrichematera.it
web www.collegioostetrichematera.it

Presidente

Aurora Pastore

Vicepresidente

Annunziata Faccia

Segretario

Anna Maria Colangelo

Tesoriere

Debora Iacomini

Consigliere

Enza M. Bottalico

Revisori dei Conti

Concetta Fiorino

Nunzia Statile

Concetta Quintano

Roberta Logallo *supplente*

Messina

Via Industriale pal. H, 46
98123 Messina
telefono/fax 090 2936863
email info@ostetrichemessina.it
pec segreteria@pec.ostetrichemessina.it
web www.ostetrichemessina.it

Presidente

Maria Santo

Vicepresidente

Daniela Nibali

Segretario

Giovanna Brischitti

Tesoriere

Francesca D'Arrigo

Consiglieri

Caterina Alessi

Valentina Di Bernardo

Angela Famulari

Revisori dei Conti

Franca Grisafi

Lorenza Vadalà

Claudia Bonfiglio

Donatella Manganaro *supplente*

Modena

Piazzale Boschetti, 8
41100 Modena
telefono/fax 059 223955
email coll.ostetriche.mo@libero.it
pec coll.ostetriche.mo@arubapec.it
web www.ostetrichemodena.it

orario di apertura

lunedì, martedì e giovedì 9:00-13:00;

mercoledì 13:00-18:00

Presidente

Silvia Vaccari

Vicepresidente

Silvia Plizza

Segretario

Eugenia Finelli

Tesoriere

Silvia Guerra

Consiglieri

Nadia Rimondi

Ester Veronesi

Svitlana Ilchenko

Revisori dei Conti

Maria Angela Ferrari

Chiara Faeti

Valentina Urso

Meri Toffanetti *supplente*

Napoli

Piazza G. Bovio, 14
80133 Napoli
telefono/fax 081 5520014
email info@ordineostetrichenapoli.it
pec info@pec.ordineostetrichenapoli.it

orario di apertura

lunedì 9.00-13.00;

mercoledì 15.00-19.00

Presidente

Giuseppina Piacente

Vicepresidente

Salvatore Paribello

Tesoriere

Antonio Bene

Segretario

Letizia Carotenuto

Consiglieri

Loredana Alfano

Lucia Nappo

Salvatore Vigorito

Rosanna Zapparella

Alessandra Iuliano

Revisori dei Conti

Antonietta D'Alessio

Concetta Operato

Maddalena Turco

Giuseppina Di Domenico *supplente*

**Novara – Verbania Cusio
Ossola – Vercelli – Biella**

Via Torelli, 31/A
28100 Novara
telefono 0321 410130
fax 0321 410068
email collegioostetrichenovara@gmail.com
pec ostetricheno@gigapec.it
web www.ostetrichebinovc.it

orario di apertura

da lunedì a venerdì 10:30-15:30

Presidente

Anna Rita Pedroni

Vicepresidente

Laura Castellarin

Segretario

Francesca Maraucci

Tesoriere

Virginia De Regibus

Consiglieri

Emanuela Beggiato

Elisabetta Lorena

Graziella Ticozzi

Revisori dei Conti

Gisella Costanza *pres.*

Francesca Bovio

Alessia Marangon

Ilaria Viaro *supplente*

Palermo

Via G. Cusmano, 28
90141 Palermo
telefono 091 305295
fax 091 304405
email segreteriaostetricipalermo@gmail.com
pec presidenzaostetricipalermo@pec.it

orario di apertura

da lunedì a venerdì 8:30-11:30;

mercoledì 15:00-18:00

Presidente

Elio Lopresti

Vicepresidente

Maria Antonella Auci

Segretario

Caterina Orlando

Tesoriere

Carolina Giuseppina Madonia

Consiglieri

Rosaria Amato

Pierino Causa

Giuseppina Ruggieri

Revisori dei Conti

Salvatore Maurizio Benenati

Maria Giordano

Lorena Siciliano

Laura Ardizzone *supplente*

Parma – Piacenza

Piazzale Sisto Rosa Badalocchio, 9/B
43126 Parma

telefono 0521 234609

email presidenza@collegioostetricheprpc.it

pec coll.ostetricheprpc@arubapec.it

web www.collegioostetricheprpc.it

orario di apertura

lunedì 15:30-17:00

Presidente

Monica Copelli

Vicepresidente

Elisa Romano

Segretario

Martina Dardari

Tesoriere

Caterina Faniello

Consiglieri

Chiara Reggi

Rita Lombardini

Francesca Rolli

Revisori dei Conti

Manuela Noroni

Giulia Ballerini

Martina Zerbini

Sabrina Montali *supplente*

Pavia

Via Guidi, 8

27100 Pavia

telefono/fax 0382 33648

email collegio@ostetrichepavia.it

pec collegioostetrichepv@arubapec.it

web www.ostetrichepavia.it

orario di apertura

sabato 10:00-11:00

Presidente

Elsa Del Bo

Vicepresidente

Catia Tamai

Segretario

Erica Raffaelli

Tesoriere

Eva Alvaro

Consiglieri

Beatrice Marchetti

Ilaria Orzi

Revisori dei Conti

Silvia Balduzzi

Daniela Chiesa

Chiara Ogliari

Sabina Potenza *supplente*

Perugia

Via Arno, 50

06135 Pontevalleceppi (Perugia)

telefono/fax 075 5849122

email ostetrichepg@virgilio.it

pec collegioost.perugia@pec.it

web www.ostetrichep.it

orario di apertura

lunedì e giovedì 15:00-18:00

Presidente

Luciana Bassini

Vicepresidente

Nazzareno Cruciani

Segretario

Daniela Berrettoni

Tesoriere

Franca Pontefice

Consiglieri

Mara Cecchini

Maria Antonietta Leonardi

Sara Pannacci

Revisori dei Conti

Francesca Angelelli

Marica Falini

Marta Ortenzi

Laura Mazzoni *supplente*

Pesaro Urbino

Galleria Roma sc. D

61100 Pesaro

telefono 0721 30133

fax 0721 370029

email collegioostetrichepu@abanet.it

pec collegioostetrichepu@pec.it

orario di apertura

da lunedì a venerdì 8:30-13:30;

lunedì e mercoledì 13:45-18:00

Presidente

Gabriella Luppino

Vicepresidente

Silvia Casoli

Segretario

Silvia Del Pivo

Tesoriere

Pamela Marchionni

Consiglieri

Veronica Bianchi

Benedetta Dini

Elena Zazzeroni

Revisori dei Conti

Marta Rondelli *pres.*

Lorenzo Brevi

Elena Conte

Gabriella Tambascia *supplente*

Pescara

Via Raiale, 118

65121 Pescara

telefono 085 51389

fax 085 4322149

email fpescara@tin.it

pec collegioostetriche.pe@pec.it

orario di apertura

da lunedì a venerdì 9:00-13:00

Presidente

Annarita Lanciotti

Vicepresidente

Luigia Miscia

Segretario

Alessandra Savini

Tesoriere

Caterina Macchiavelli

Consigliere

Maura Di Giovanni

Revisori dei Conti

Fabiola Mancini

Monica Sablone

Viviana Paolini

Laura Cantagallo *supplente*

Pisa – Massa Carrara – Livorno

Via Battelli, 5

56127 Pisa

telefono/fax 050 580734

email ostetrichepimsli@libero.it

pec ostetrichepimsli@pec.it

web www.collegioostetrichepimsli.it

orario di apertura

martedì 9:00-17:00

Presidente

Martha Traupe

Vicepresidente

Elisa Bruschi

Segretario

Maria Cristina Malfetti

Tesoriere

Alice Ballatori

Consiglieri

Mara Mancini

Alessandra Panattoni

Costanza Battaglini

Revisori dei Conti

Giulia Nosiglia

Irene Bellagamba

Ilaria Cioni

Veronica Giacchè *supplente*

Potenza

Via della Chimica, 61
85100 Potenza
telefono 0971 53593
fax 0971 489783
email ostetriche.pz@tiscali.it
pec ostetrichepotenza@pec.aruba.it
orario di apertura
lunedì-venerdì 9:00-13:30;
lunedì e mercoledì 16:00-18:00

Presidente

Maria Zirpoli

Vicepresidente

Antonella Troiano

Segretario

Alessandra Telesca

Tesoriere

Maria Summa

Consiglieri

Rosa Cianci

Manuela Grillo

Lucia Pace

Revisori dei Conti

Chiara Costantino

Incoronata Masi

Anna Tirico

Francesca Pace *supplente*

Ragusa

Via Archimede, 183
97100 Ragusa
telefono 0932 624649
fax 0932 653974
email info@collegio-ostetriche.rg.it
pec ostetricheragusa@pec.it
web www.collegio-ostetriche.rg.it
orario di apertura
da lunedì a venerdì 9:00-13:00;
lunedì e mercoledì 16:00-19:00

Presidente

Salvatore Scribano

Vicepresidente

Alessandra Salerno

Segretario

Graziana Morana

Tesoriere

Giovanna Firrito

Consigliere

Maria Antonietta Casseddu

Revisori dei Conti

Concetta Terranova

Daniela Gulino

Giovanna Occhipinti

Maria Giaquinta *supplente*

Ravenna

Piazza Bernini, 2
48100 Ravenna
telefono 0544 402543
fax 0544 404063
email ostetriche.ravenna@gmail.com
pec ravennaost@pec.aruba.it
orario di apertura
lunedì-venerdì 9:00-12:00;
martedì e giovedì 14:00-16:00

Presidente

Norma Bini

Vicepresidente

Glenda La Corte

Segretario

Cecilia Morini

Tesoriere

Gelsomina Bruno

Consiglieri

Oriana Gasperoni

Lorella Liverani

Maria Teresa De Meo

Revisori dei Conti

Teresa Ghini

Angela Landi

Donatella Rebecchi

Alessia Pieri *supplente*

Reggio Calabria

Via S. Anna Il Tronco Spirito Santo
89128 Reggio Calabria
telefono 0965 899701
email info@ostetriche.rc.it
pec ostetriche.reggiocalabria@legalmail.it
web www.ostetriche.rc.it
orario di apertura
martedì 9:00-12:00;
giovedì 15:30-18:00

Presidente

Vincenza Miceli

Vicepresidente

Annunziata Maria Alati

Segretario

Antonella Mormoro

Tesoriere

Antonella Girasole

Consigliere

Daniela Lisciotta

Cristina Zappia

Revisori dei Conti

Francesca Larosa

Emanuela Franco

Francesca Tardivo

Emanuela Falzia *supplente*

Reggio Emilia

Viale Piave, 39/3
42100 Reggio Emilia
telefono/fax 0522 451787
email info@ostetriche.re.it
pec collegioostetriche.re@pec.it
web www.ostetriche.re.it
orario di apertura
martedì 8:30-12:30

Presidente

Annarella Lusvardi

Vicepresidente

Marianna Garsi

Segretario

Sara Bertani

Tesoriere

Giulia Anceschi

Consiglieri

Katia Andreoli

Simona Mariani

Elisa Montali

Revisori dei Conti

Alessia Bonilauri

Gabriella Manfredi

Gianna Rocchi

Lede Reggiani *supplente*

Rieti

Via Viscardi, 16
02100 Rieti
telefono 0746 200043
fax 0746 484942
email collegioostetricherieti@email.it
pec ostetricherieti@pec.aruba.it

Presidente

Fabiola Ciferri

Vicepresidente

Roberta Feroci

Segretario

Alessandra Rinaldi

Tesoriere

Paola Inches

Consigliere

Anna Avenali

Revisori dei Conti

Sara De Sisto

Anna Grazia Ridolfi

Valentina Strinati

Bernardina Campanelli *supplente*

Roma

Via Sicilia, 57

00187 Roma

telefono/fax 06 42883441

email ostetriche_roma@libero.it

pec segreteria@pec.collegioostetricheidiroma.it

web www.collegioostetricheidiroma.it

orario di apertura

lunedì, martedì, mercoledì

e venerdì 9.00-14.00;

giovedì 11.30-16.30

Presidente

Iolanda Rinaldi

Vicepresidente

Patrizia Proietti

Segretario

Simona Marocchini

Tesoriere

Silvia Venanzi

Consiglieri

Tiziana Bussu

Maria Rosaria Caruso

Cristina Ciari

Piero Cifelli

Elisabetta Coletta

Rita Gentile

Manuela Mariotti

Marisa Patrizia Messina

Angela Paterno

Francesco Rasi

Giancarlo Santoni

Revisori dei Conti

Fabio Innocenzi

Eleonora Pontesilli

Celeste Vecchione

Maria Grazia Pellegrini *supplente***Salerno**

Via Clemente Mauro, 13

84123 Salerno

telefono/fax 089 2582516 – 347 7283924

email collegioostetriche.sa@libero.it

pec info@pec.collegioostetrichesa.it

web www.collegioostetrichesa.it

orario di apertura

lunedì 9:30-13:00 e 15:00-18:00;

giovedì 9:30-13:00

Presidente

Carmela Muccione

Vicepresidente

Rosa Giaccoli

Segretario

Roberta Sapere

Tesoriere

Margherita Falivene

Consiglieri

Antonella Fenza Agueda

Rosa Lepre

Lucia Vittoria

Revisori dei Conti

Anna Della Porta

Venus Josephine Buonaiuto

Carla Maria Cocozza

Marika Paolone *supplente***Sassari – Olbia Tempio**

Viale Umberto, 112

07100 Sassari

telefono 079 271119

fax 079 275551

email collegioostetriche.ss@email.it

pec collegioostetriche.ssot@

pec.collegioostetriche.ssot.it

web www.collegioostetriche.ssot.it

orario di apertura

lunedì 11:30-13:30 e 16:00-19:00;

martedì, mercoledì e venerdì 11:30-13:30;

giovedì 11:30-13:30 e 15:00-17:00

Presidente

Maddalena Tedde

Vicepresidente

Maria Domenica Piga

Segretario

Paola Lubinu

Tesoriere

Elisabetta Cocco

Consiglieri

Daniela Bertoli

Maria Nunzia Pinna

Daniela Porcu

Revisori dei Conti

Graziella Rita Arca

Anna Laura Caria

Paola Uda

Nataschia Trucchetti *supplente***Savona – Imperia**

Via Sormano, 9/2

17100 Savona

telefono 019 856726 – 329 8586973

email ostetriche.svim@libero.it

pec collegio.ostetriche.savonaimperia@

arubapec.it

web www.ostetrichesavonaimperia.it

Presidente

Elisabetta Franchi

Vicepresidente

Angelo Morese

Segretario

Paola Belletti

Tesoriere

Selene Giusto

Consiglieri

Valentina Angius

Elena Palezzato

Sara Venzon

Revisori dei Conti

Barbara Bianchi

Claudia Besazza

Alessandra Delfino

Rossana Ferrari *supplente*

Siracusa

Via Arno, 44
96100 Siracusa
telefono/fax 0931 64748 – 380 3759007
email collegiostetrichesiracusa@gmail.com
pec collegio@ostetrichesiracusa.it
orario di apertura
lunedì 10:00-12:00

Presidente

Maria Pullara

Vicepresidente

Maria Angelino

Segretario

Valentina La Runa

Tesoriere

Francesca Boccheri

Consigliere

Domenica Di Grande

Revisori dei Conti

Velia Giuseppina Bufalino

Gianfranca Falla

Elisabetta Mazzarino

Mara Nastasi *supplente*

Taranto

Via Sorcinelli, 61
74100 Taranto
telefono/fax 099 7352766
email collegioostetriche@hotmail.com
pec info@pec.ostetrichetaranto.it
web www.ostetrichetaranto.it
orario di apertura
martedì 9:00-11:00;
venerdì 16:00-18:00

Presidente

Anna Maria Epifani

Vicepresidente

Giuseppa De Franciscis

Segretario

Francesca Notarnicola

Tesoriere

Silvia Albano

Consiglieri

Lucia Chiarulli

Donata Bruni

Anna Rita Paparella

Revisori dei Conti

Delfina Zagaria

Maria Ada Civitillo

Federica Loiacono

Valeria Carmela Ruggieri *supplente*

Teramo

Via Cerulli Irelli, 5
64100 Teramo
email collegiostetriche@libero.it
pec collegiostetriche@pec.it
orario di apertura
ultimo venerdì di ogni mese 15:00-18:00

Presidente

Allegrina Di Giorgio

Vicepresidente

Francesca De Carolis

Segretario

Jessica D'Annunzio

Tesoriere

Martina Bonfini

Consigliere

Monica Fagioli

Revisori dei Conti

Maria Di Paolo

Enrica De Santis

Claudia Cardinale

Valentina Di Cesare *supplente*

Terni

Viale Donato Bramante, 3/D
05100 Terni
telefono/fax 0744 306292
email collegiostetricheterni@gmail.com
pec collegiostetricheterni@pec.it
orario di apertura
da lunedì a venerdì 9:00-12:00

Presidente

Maria Antonietta Bianco

Vicepresidente

Nicoletta Bruschini

Segretario

Valentina Guerrini

Tesoriere

Antonella Martoni

Consigliere

Alesia Longhi

Revisori dei Conti

Martina Ciocchia

Lorena Cordeschi

Paola Dicorato

Speranza Pelucchi *supplente*

Torino – Asti

Via Norberto Rosa, 13/A
10154 Torino
telefono 011 2467002 – 345 1898326
fax 011 2056133
email info@ostetrichetorinoasti.it
pec ostetrichetorinoasti@legalmail.it
web www.ostetrichetorinoasti.it
orario di apertura
martedì 10:00-13:00
giovedì 14:00-17:00

Presidente

Maria Cristina Baratto

Vicepresidente

Luisa Trasendi

Segretario

Elena D'Ambrosio

Tesoriere

Adriana Ruminati

Consiglieri

Tiziana Adamo

Tiziana Cilano

Silvia Landi

Claudia Vaschetto

Maria Grazia Vollaro

Revisori dei Conti

Marina Lisa

Francesca Longo

Lorella Mantegazza

Ilaria Bori *supplente*

Trapani

Via Vespi, 67
91100 Trapani
telefono/fax 0923 547987
email ostetriche_trapani@libero.it
pec ostetrichetrapani@pec.it
orario di apertura
lunedì 15:30-18:30

Presidente

Francesca Cascarano

Vicepresidente

Giuseppe Lombardo

Segretario

Anna Tartamella

Tesoriere

Maria Stella Loria

Consiglieri

Valentina Galia

Eleonora Tobia

Revisori dei Conti

Angela Mafalda Grillo

Lucia Causa

Milena Bonaventura

Biagio Pollina *supplente*

Trento

Via Milano, 80
38122 Trento
telefono/fax 0461 1651048
email info@ostetriche.tn.it
pec segreteria@pec.ostetriche.tn.it
orario di apertura
martedì, mercoledì e giovedì 9:00-12:00;
venerdì 15:00-18:00

Presidente

Caterina Masè

Vicepresidente

Serena Migno

Segretario

Jenny Odorizzi

Tesoriere

Olga Guarese

Consiglieri

Maddalena Bertolini

Valeria Collini

Cristina Guareschi

Revisori dei Conti

Donatella Fusari

Caterina Giglio

Stefania Poggianella

Giovanna Cantarini *supplente*

Udine – Pordenone

Via Forni di Sotto, 40
33100 Udine
telefono/fax 0432 482473
email segreteria@collegioostetricheudpn.it
pec segreteria@pec.collegioostetricheudpn.it
web www.collegioostetricheudpn.it
orario di apertura
martedì e giovedì 15:00-17:00

Presidente

Patrizia Milia

Vicepresidente

Laura Clemente

Segretario

Anna Petri

Tesoriere

Erika D'Ottavi

Consiglieri

Cecilia Luttmann

Martina Devoti

Elena Passoni Ferraro

Revisori dei Conti

Raffaella Gobbo

Consuelo Galluzzo

Anna Michelutti

Martina Varutti *supplente*

Verona

Viale A. Palladio, 42
37138 Verona
telefono/fax 045 575688
email segreteria@ostetricheverona.it
pec postacert@pec.ostetricheverona.it
web www.ostetricheverona.it
orario di apertura
giovedì (non festivi) 16:00-18:00

Presidente

Rosalba Dall'Olio

Vicepresidente

Daniela Pezzini

Segretario

Alessandra Cavalleri

Tesoriere

Annapaola Isolan

Consiglieri

Alice Derna

Maria Elisa Padoanello

Fabiana Sala

Revisori dei Conti

Luisa Ferrin

Simonetta Biondani

Sabrina Morbioli

Angelica Zanotelli *supplente*

Trieste – Gorizia

Via dell'Istria, 41
34137 Trieste
telefono/fax 040 631476
email collegio_ost.ts@libero.it
pec collegioostetrichego@pec.it
web www.collegioostetrichego.com
orario di apertura
martedì e giovedì 9:00-12:00

Presidente

Giuseppa Verardi

Vicepresidente

Roberta Giornelli

Segretario

Giulia Boscarol

Tesoriere

Maria Piazza

Consiglieri

Elisa Braidà

Elisa Sandrigo

Matejka Gruden

Revisori dei Conti

Marina Serreqi

Michela Voltolina

Maura Degrassi

Michela Bottegaro *supplente*

Varese

Via dei Campigli, 5
21100 Varese
telefono 0332 285672
fax 0332 311857
email collegioostetricheva@libero.it
pec segreteria@pec.collegioostetrichevarese.it
web www.collegioostetrichevarese.it
orario di apertura
da lunedì a venerdì 9:30-13:00

Presidente

Clara Magnoli

Vicepresidente

Nellina Iovino

Segretario

Paola Baggiani

Tesoriere

Antonella Bussolati

Consiglieri

Donatella Lugli

Mariangela Mancon

Stefania Pazienza

Revisori dei Conti

Marinella Bertolanza

Georgia Gionchetta

Lucrezia Romiti

Stefania Lama *supplente*

Viterbo

Via Genova, 48
01100 Viterbo
telefono 0761 305730 – 335 7060309
email collegio.ost.vt@virgilio.it
orario di apertura
primo e terzo venerdì del mese
15:00-18:00 e in base alle richieste

Presidente

Rosella Barbanti

Vicepresidente

Barbara Coletti

Segretario

Annalisa Anselmi

Tesoriere

Francesca Migliorelli

Consiglieri

Sandra Zarli

Immacolata Brillanti

Renata Piccioni

Revisori dei Conti

Immacolata Cirillo

Camilla Tombolini

Ornella Angeletti

Giulia Lo Giudice *supplente*

Ostetriche e linee guida alla luce della Legge Gelli-Bianco e del Decreto del Ministero della Salute

Autore

Anna Lagonegro

Avvocato

La Legge n. 24 dell'8 marzo 2017, denominata anche Legge Gelli-Bianco dal nome dei relatori, recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" modifica la normativa previgente in tema di "colpa sanitaria" attraverso una innovazione della materia della "sicurezza della cura" con specifico riferimento alle linee guida giacché dell'osservanza delle stesse, secondo la nuova disciplina legislativa, si terrà conto in sede di valutazione della condotta dei professionisti sanitari in ambito penale e in ambito civile.

Si è infatti statuito all'art. 5 della legge che "gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, *salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della Salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali*".

Le linee guida hanno avuto la loro "consacrazione" normativa con la Legge Balduzzi dell'8 novembre 2012, n. 189, normativa che – anche in relazione alle linee guida – ha portato dottrina e giurisprudenza a produrre vivaci e non sempre univoci contributi.

Una delle definizioni di linee guida più utilizzata è costituita da quella elaborata dall'Istitute of Medicine del 1992, secondo cui esse sono delle "raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, con lo scopo di aiutare i medici e i pazienti a decidere le

modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche" (Field, Lohr, 1992).

A differenza della norma del 2012, ove il riferimento alle linee guida era relativo alla configurabilità di eventuali illeciti, l'attuale formulazione del riportato art. 5 della novella legislativa appare "ridimensionare" di molto l'indipendenza, la libertà e l'autonomia dei professionisti sanitari che, ai sensi di legge, debbono attenersi alle linee guida.

Peraltro una parziale "conservazione" dell'autonomia e dell'indipendenza delle professioni interessate può rilevarsi dall'eccezione enunciata dal legislatore secondo cui l'adesione alle linee guida è prevista "salve le specificità del caso concreto", locuzione che, di per sé, parrebbe più che logica considerato il fatto che dall'osservanza delle linee guida è possibile, anzi doveroso, discostarsi quando ciò sia motivato dalle peculiarità del singolo caso.

Alla luce della nuova norma, sarà dunque di rilevanza ancora maggiore – per il sanitario che decida in tal senso – riportare formalmente e per iscritto nella documentazione sanitaria le motivazioni poste a fondamento della propria scelta, scelta che ovviamente sarà anche da condividere con il paziente.

La precisazione delle "specificità del caso concreto" impone inoltre che, in chiave medico-legale, venga a essere valutato anche il contrario, vale a dire l'eventuale sussistenza di elementi che avrebbero consigliato/imposto di discostarsi dall'osservanza delle raccomandazioni.

A conclusione del comma 1 dell'art. 5 della Legge 24/2017 si stabilisce che, in mancanza delle raccomandazioni delle linee guida elaborate ai sensi di legge, i professionisti "si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali".

Non è però prevista una definizione ai sensi di legge di cosa si debba intendere con la locuzione "buone pratiche clinico-assistenziali", né risulta stabilito dal legislatore da chi debbano essere "validate" le pratiche clinico-assistenziali per essere definite "buone".



Tra i soggetti legittimati alla emanazione di linee guida la legge prevede le società scientifiche e le associazioni tecnico-scientifiche con obbligo di iscrizione in un elenco ministeriale la cui istituzione e regolamentazione viene rimessa a un successivo decreto ministeriale.

In osservanza del disposto di legge, in data 2 agosto 2017, il Ministero della Salute ha quindi emanato decreto istitutivo di elenco delle società e associazioni per le finalità di cui al citato art. 5 della Legge 24/2017.

Nel disciplinare le modalità di compilazione e presentazione dell'istanza il decreto ministeriale ha fissato i requisiti indefettibili che le società scientifiche e le associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie debbono possedere per l'iscrizione nell'elenco indicandole in:

- a. rilevanza di carattere nazionale;
- b. rappresentatività di almeno il 30% dei professionisti;
- c. atto costitutivo redatto per atto pubblico e statuto.

Non è sfuggita alla Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica la rilevanza delle linee guida cui le iscritte/i dovranno attenersi per la sicurezza del proprio operato e per "evitare" giudizi di responsabilità penale e/o civile, comprendendo immediatamente come la relativa attività di produzione dovesse vedere le ostetriche/i autonome/i rispetto alle altre categorie professionali cosiddette "affini" che, per forza numerica di iscritti e per differenza di competenze tecnico-scientifiche, avrebbero perseguito e perseguiranno finalità diverse e peculiari.

La Federazione ha quindi avviato tempestivamente una serie di attività volte all'interpretazione dell'ambito applicativo del Decreto stesso. Infatti l'iter procedurale di accreditamento costituiva novità assoluta nel panorama giuridico nazionale e, non essendovi precedenti né inter-

pretazioni autentiche delle norme, non era possibile prevedere gli ambiti di esercizio della discrezionalità degli Enti che avrebbero giudicato l'inserimento nell'elenco.

Dall'interlocuzione intercorsa con il Ministero è emerso un orientamento volto a favorire un'interpretazione "non rigida" dei criteri previsti nel Decreto. È stato chiarito che in fase di prima applicazione della normativa il criterio del 30% di rappresentatività in capo alle società e alle associazioni che avessero ritenuto di iscriversi nell'elenco non sarebbe stato osservato rigidamente, ritenendo sufficiente che società e associazioni avessero "una adeguata rappresentatività nella disciplina o specializzazione o area o settore di riferimento". In sostanza il Ministero, al fine di favorire l'elaborazione di linee guida per ciascuna professione sanitaria, si è espresso nel senso di consentire l'iscrizione in elenco anche soggetti carenti di una rappresentatività pari al 30% in relazione a una determinata categoria/disciplina. Le note ministeriali hanno anche evidenziato la possibilità "per le Associazioni maggiormente rappresentative delle professioni sanitarie di presentare istanza finalizzata all'iscrizione nell'elenco di cui al DM 2.08.2017". Rispetto a dette Associazioni, e in considerazione della ratio della normativa volta a garantire la predisposizione di linee guida con riferimento a tutte le attività degli esercenti le professioni sanitarie, il Ministero si è quindi espresso per la possibilità di iscrizione nell'elenco con la sola preclusione per le Associazioni di fornire il parere previsto dal comma 5 dell'art. 1 del DM 2.8.2017 e, quindi, di esprimersi nell'ambito dell'istruttoria della propria stessa istanza.

Alla luce dei chiarimenti ministeriali, la FNOPO ha posto celermente in essere una serie di iniziative con il precipuo scopo di non far escludere la professionalità ostetrica dal novero delle professioni sanitarie con una propria

Prosegue il processo di attuazione della Legge n. 24 dell'8 marzo 2017 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"



Ministero della Salute



La Legge 24/2017 e in particolare l'articolo 5 al comma 1, prevede che "Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale".

Il successivo comma 2 del citato articolo 5 prevede che con Decreto del Ministero della Salute, ai fini dell'iscrizione in apposito elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie, siano definiti i requisiti minimi di rappresentatività sul territorio nazionale, la costi-

tuzione mediante atto pubblico e le garanzie da prevedere nello statuto in riferimento al libero accesso dei professionisti aventi titolo e alla loro partecipazione alle decisioni, all'autonomia e all'indipendenza, all'assenza di scopo di lucro, alla pubblicazione del sito istituzionale dei bilanci preventivi, dei consuntivi e degli incarichi retribuiti, alla dichiarazione e regolazione dei conflitti di interesse e all'individuazione di sistemi di verifica e controllo della qualità della produzione tecnico-scientifica e le procedure di iscrizione all'elenco nonché le verifiche sul mantenimento dei requisiti e le modalità di sospensione o cancellazione dallo stesso.

Il Ministero della Salute, per dare piena attuazione all'art. 5 della Legge 24/2017 ha emanato il Decreto 2 agosto 2017 recante "Elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie ai sensi dell'articolo 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24" a seguito del quale la Federazione Nazionale Collegi delle Ostetriche (FNCO) oggi Federazione Nazionale Ordine della Professione di Ostetrica (FNOPO) ha sostenuto la nascita della Società Italiana di Scienze ostetrico-ginecologiche neonatali (SISOGN).

La FNOPO, quale organo sussidiario dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici, garantiti dall'ordinamento, connessi all'esercizio della professione, in ragione delle "nebulosità" della materia ha presentato domanda cautelativa di iscrizione al Ministero della Salute entro i termini previsti dal DM 2.8.2017.

Lo schema di decreto del Ministero della Salute che, in applicazione dell'art. 5 della Legge 24/2017, riordina il Sistema nazionale linee guida (SNLG), ha ricevuto il via libera in Commissione Stato Regioni e a breve dovrebbe essere pubblicato in Gazzetta Ufficiale (www.fnco.it/news/quotidiano-sanita--sistema-nazionale-linee-guida--ecco-il-d.htm).

IL SNLG, istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità, viene definito dall'emanando decreto il "punto unico" di accesso alle linee guida relative all'esecuzione delle prestazioni sanitarie, preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale a cui si devono attenere gli operatori sanitari (articolo 5 al comma 1 della Legge 24/2017).

Il Decreto indica che il SNLG consente la valutazione, l'aggiornamento e la pubblicazione delle linee guida in base al nuovo articolo del codice penale (590 sexies c.p.) modificato dalla Legge 24/2017.

La gestione del SNLG è attribuita a un Comitato Strategico istituito *ope legis* (art. 2 "Istituzione del Comitato Strategico) che ha la facoltà di avvalersi della collaborazione di esperti e consultare associazioni di pazienti e/o cittadini, rappresentanti di enti di ricerca e università, rappresentanti delle Federazioni degli Ordini delle professioni sanitarie. Ancora una volta i decreti attuativi delle legge Gerli richiamano il ruolo e le funzioni delle Federazioni che nella fattispecie sono riferiti al processo di consultazione di documenti per specifica tematica di interesse professionale.

Entro trenta giorni dall'adozione del decreto relativo all'individuazione dei compiti e delle funzioni del sistema nazionale per le linee guida (SNLG) l'ISS definisce e pubblica sul proprio sito istituzionale gli *standard metodologici* per la predisposizione delle linee guida e i criteri di valutazione delle evidenze scientifiche dichiarate a supporto delle raccomandazioni contenute nelle linee guida.

Il decreto rimanda al Manuale operativo, predisposto dall'ISS (2002 con aggiornamento 2004), per le modalità di inserimento, sviluppo, completamento e valutazione delle linee guida.



società iscritta nell'elenco ministeriale e abilitata quindi a poter elaborare linee guida.

Innanzitutto ha sostenuto la costituzione di una società scientifica di categoria, la SISOGN. L'ausilio alla costituzione SISOGN è stato però fornito nei limiti della stretta e rigorosa osservanza di quanto disposto dal Decreto ministeriale che attribuisce alla FNOPO un ruolo consultivo e di controllo sulle società scientifiche che chiedono l'iscrizione nell'elenco ministeriale e in questo vengono poi inserite. Il Decreto Ministeriale prevede infatti all'art. 1, comma 5 che le Federazioni rilascino parere sulle istanze di iscrizione nell'elenco presentate da società scientifiche e/o associazioni tecnico-scientifiche. Al successivo art. 3, comma 1 è poi statuito in capo alle stesse Federazioni il potere di segnalare l'eventuale venir meno dei requisiti necessari per la costituzione delle società scientifiche e/o associazioni tecnico-scientifiche.

Accanto dunque all'attività di ausilio per la costituzione della società scientifica di categoria la Federazione, in via meramente cautelare, si è anche iscritta nell'elenco ministeriale in considerazione delle indicazioni fornite dal Ministero circa la possibilità di iscrizione per le Associazioni professionali maggiormente rappresentative per le quali sono previsti gli stessi compiti di controllo statuiti per le Federazioni.

Ma v'è di più. Il richiamato art. 5 della Legge 24/2017 prevede che soggetti legittimati alla emanazione di linee guida siano, oltre alle società scientifiche e alle associazioni tecnico-scientifiche iscritte nell'elenco ministeriale, gli Enti e istituzioni pubblici e privati. Ebbene, la FNOPO, per legge ente pubblico non economico, rientra ai sensi del citato art. 5 della Legge 24/2017 tra quegli enti legittimati a emanare linee guida volte a stabilire le raccomandazioni per l'esecuzione delle prestazioni sanitarie ostetriche senza necessità di iscrizione nell'elenco ministeriale giacché, per specifica disposizione

normativa, *“agisce quale organo sussidiario dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici, garantiti dall'ordinamento, connessi all'esercizio della professione”* (art. 4 della Legge n. 3 dell'11 gennaio 2018). In sostanza la FNOPO, in virtù della normativa di riferimento, fornisce ogni garanzia di affidabilità – la cui dimostrazione è invece espressamente richiesta alle società scientifiche – e ha i requisiti per emanare linee guida per la professione ostetrica in materia di buone pratiche clinico-assistenziali con la finalità di assicurare la più efficiente assistenza ostetrica e neonatale avendo quale oggetto istituzionale la promozione scientifico-culturale della professione sanitaria e, di riflesso, la tutela della sicurezza e della cura/assistenza alla persona.

L'Ente Pubblico FNOPO per emanare linee guida ha necessità di dotarsi di un organo deputato alla ricerca e alla produzione scientifica e dovrà quindi comprendere al suo interno un Comitato Scientifico permanente per la verifica e il controllo della qualità delle attività svolte e della produzione tecnico-scientifica da espletare secondo indici di produttività scientifica e bibliometrici validati dalla comunità scientifica internazionale. A tal fine la Federazione ha tra le sue facoltà quella di istituire una Fondazione per la ricerca scientifica in materia di ostetricia ai sensi degli articoli 14 e seguenti del codice civile. La costituzione immediata della Fondazione non si è resa possibile da parte della FNOPO per problematiche contabili di bilancio, rinviando all'anno in corso ogni decisione in merito.

La Federazione è comunque determinata a istituire una Fondazione che abbia, tra l'altro, lo scopo di elaborare, aggiornare e diffondere le buone pratiche clinico-assistenziali e, quindi, le linee guida per il progresso e la sicurezza dell'assistenza ostetrica e neonatale, anche in cooperazione con società scientifiche o associazioni tecnico-scientifiche della professione ostetrica.



L'ASSISTENZA AL FEMMINILE (Ieri), oggi e domani



Autore

Walter Costantini

Presidente Onorario

Commissione Nazionale Corsi di Laurea in Ostetricia

RIASSUNTO

Il mondo moderno si basa sul principio della libertà individuale, dove il sapere della persona prevarica persino quello "medico-scientifico".

La conoscenza del personale modo di star bene è pertanto un dato obiettivo che il medico deve raccogliere e rispettare.

Questo atteggiamento è irrinunciabile quando l'assistenza riguarda processi fisiologici. Aspetti molto spesso appartenenti alla "normale" vita femminile.

Il ruolo del medico - patologo professionista - deve poter produrre la vittoria sulla malattia, realtà sempre più articolata e complessa. È necessario, però, avere a disposizione una figura preparata e autonoma che svolga la funzione di accompagnamento individuale lungo il percorso fisiologico.

La nuova realtà formativa dell'ostetrica/o (3 + 2) ha incrementato il sapere di base di questa professionista per estendere la comprensione e l'efficacia della reciproca comunicazione con il medico, riducendo però la quantità e la qualità della sua specifica preparazione (gestione della fisiologia e pratica professionale). Questo fatto rinforza la subordinazione dell'ostetrica/o al medico, indebolendo la spontanea assunzione delle responsabilità cliniche richieste dalla sua autonoma gestione della fisiologia.

Tutto ciò è in contrasto con le direttive europee per la libera circolazione del professionista e inoltre è stato confermato da tre inchieste della Commissione Nazionale dei Corsi di Laurea in Ostetricia, svolte tra il 2006 e il 2012.

Tale Commissione, nel 2016, ha quindi elaborato un'analisi storica, amministrativa e professionale che ha evidenziato opportunità professionali, cliniche, economico-organizzative e medico-legali che consigliano la trasformazione dell'attuale percorso formativo triennale dell'ostetrica/o in un percorso quinquennale (Magistrale a ciclo unico), come già avviene nella maggioranza degli Stati europei. Questa analisi è stata condivisa da tutte le componenti universitarie dedicate alla formazione ostetrica, dalla Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (FNOPO) e dall'Associazione Ginecologi Universitari (AGUI).

Parole chiave

Formazione ostetrica, Fisiologia ostetrica, Assistenza ostetrica, Autonomia ostetrica

ABSTRACT

The modern world is based on the principle of individual freedom, where the knowledge of the person prevails even the "medical-scientific" one.

The knowledge of the personal way to be well is therefore an objective datum that the M.D. must collect and respect.

This attitude is essential when assistance concerns physiological processes: aspects belonging to the "normal" female life.

The role of the physician - professional pathologist - is to be able to produce the victory over the disease, an increasingly complex reality. However, it is necessary to have also a prepared and autonomous figure that performs the function of individual accompaniment along physiological paths.

The new training reality of the midwife (3 + 2) has increased the basic knowledge of this professional to extend the understanding and effectiveness of mutual communication with the doctor, but reducing the quantity and quality of its specific preparation (management of physiology and professional practice). This fact reinforces the subordination of the midwife to the doctor, weakening the spontaneous assumption of the clinical responsibilities required by his autonomous management of physiology.

All this is in contrast with the European directives for the free movement of professionals and has also been confirmed by three investigations by the National Commission of the Degree Courses in Obstetrics, carried out between 2006 and 2012.

This Commission, in 2016, has therefore elaborated a historical, administrative and professional analysis that highlighted professional, clinical, economic-organizational and medico-legal opportunities that suggest the transformation of the current three-year training program of the midwife into a five-year course (single-cycle master degree). This analysis has been shared by all the university components dedicated to obstetric education, by the National Federation of the Obstetrics Colleges (FNOPO) and by the University Gynecological Association (AGUI) and this model is also already applied in the majority of European countries.

Progetto Riforma CLO e azioni FNOPO 2018



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca



re e sostenere il progetto di revisione dell'attuale percorso di Laurea in Ostetricia trasmettendo alla dottoressa R. Ugenti, Direttore DGPSRU, richiesta di calendarizzare la tematica in occasione del primo incontro 2018 dell'ONP. In allegato alla nota del 19 gennaio 2018 (prot. 447/2018) la Federazione ha trasmesso ogni documentazione utile per la valutazione del progetto di revisione per il quale ha partecipato al Gruppo di lavoro di esperti FNOPO/CNCLO (Commissione Nazionale dei Corsi di Laurea in Ostetricia) che ha terminato i suoi lavori a giugno 2016. La FNOPO ha rappresentato l'esigenza di promuovere la revisione dell'attuale percorso formativo triennale sulla base di una serie di opportunità professionale, clinica, economico-organizzativa e medico-legale che offrono i futuri scenari del Sistema sanitario nazionale.

Presso il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca è stato istituito l'Osservatorio Nazionale per le Professioni sanitarie (ONP) previsto dal Decreto Interministeriale 24 luglio 1996 (Tabella XVII ter) organismo che al suo interno accoglie il Direttore della Direzione Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del SSN (Ministero della Salute) e i rappresentanti delle 22 professioni sanitarie regolamentate diventate professioni ordinate con la Legge 3/2018.

La FNOPO, anche nel 2018, si è attivata per promuovere

Introduzione

L'approccio alla salute di una popolazione deve tener conto delle tre variabili del sistema: le esigenze espresse dall'ambiente, biologicamente e culturalmente condizionante; la disponibilità delle risorse – economiche e umane – e l'equità relativa della distribuzione assistenziale.

In quest'ambito, ogni componente strutturale della società deve offrire il suo contributo:

- il governo politico e il potere legislativo, attraverso una lettura fedele della realtà attuale e prospettica che, con il suo collaborativo intervento, contribuisce a indirizzare verso un futuro sostenibile, nazionale e internazionale;
- le componenti scientifico-professionali e di categoria, a difesa della qualità dell'offerta, sul piano della adeguatezza, dell'efficacia, della reciproca soddisfazione e della "compliance" prestazionali;
- e, infine, l'impianto formativo – storicamente libero e indiscusso osservatore dei passaggi evolutivi dal "reale" al "realizzabile" – che deve stimolare e poi applicare la norma, leggerne gli immediati effetti, prefigurare il futuro conseguente e confrontarne la corrispondenza con la progettualità legislativa.

Di norma, l'efficienza e lo sviluppo di una società umana si misura in base alla costante, fluida e virtuosa coordinazione fra queste sue tre componenti.

L'assistenza sanitaria al femminile non fa eccezioni e, considerando la modularità della sua rilevanza individuale, merita una profonda attenzione analitica, di cui, in base agli obiettivi sopradescritti, se ne è fatta interprete, nel campo di sua competenza, la Commissione Nazionale dei Corsi di Laurea in Ostetricia, quale componente formativa particolarmente interessata allo specifico di genere.

Il razionale

Da oltre 70 anni l'OMS afferma che la salute e il benessere sono il frutto maturo di una pianta ben coltivata, dove la "conoscenza diretta della persona", il "rispetto per la sua unicità bio-psico-sociale" e il "sostegno alla sua spontanea *vis sanatrix*" – che conosce, asseconda e protegge la fisiologia individuale – fornisce la linfa vitale. Nel mondo moderno ciò scaturisce semplicemente dalla diffusione del principio che la libertà individuale è diritto inalienabile degli esseri umani [1]. Un diritto che prevarica il "sapere medico-scientifico" quando questo non rispetta il "sapere" della persona. Ecco quindi la grande necessità di disporre, nell'assistenza, di un rapporto "a tu per tu" per intessere un contratto fiduciario teso alla trasparenza dei sentimenti, attraverso la quale una persona si fa ascoltare, fa comprendere quello che per lei è fisiologia, leggendola insieme e con l'aiuto di chi l'assiste. Questo atteggiamento può risultare difficile per chi si occupa puramente di patologia, in quanto, giustamente, deve tener d'occhio in tutti coloro che assiste, ciò che meglio conosce e che non può e non deve sfuggirgli. Viene così a soffrire, nel cosiddetto "approccio tecnologico", una preventiva filtrazione dell'impegno da approfondire che, sotto metafora, è quello di afferrare, mentre affonda, il braccio dell'organismo che non sa nuotare e trarlo in salvo. Prima che quell'evento si realizzi, invece, dovrebbe essere suo compito insegnare a quell'organismo l'arte del nuoto e aiutarlo a spegnere l'angoscia di annegare, stimolandone lo spirito di sopravvivenza. Ora però siamo in un tempo in cui la medicina ha sempre più "particolari" da tenere d'occhio, con inevitabile parcellizzazione dei saperi e delle competenze, in contrasto con quanto sopra descritto che prescrive al professionista della salute il compito di ricompattare la persona in un'unità autonoma pensan-

La FNOPI al Tavolo permanente di lavoro sulla sicurezza degli operatori sanitari insediatisi presso il Ministero della Salute in data 13 marzo 2018 al Lungotevere Ripa



La Federazione Nazionale Ordini della Professione di Ostetrica ha fatto richiesta al Ministero della Salute di entrare a far parte del Osservatorio permanente per la garanzia della sicurezza e per la prevenzione degli episodi di violenza ai danni di medici e infermieri e ha pubblicato specifico comunicato stampa (www.fnco.it/downloads/lista-comunicati-stampa-1.htm). Il Tavolo permanente di lavoro, presieduto dal Ministro della salute o da un suo delegato, in un primo momento aveva escluso la professione ostetrica che, per il ruolo che riveste e per gli ambiti di intervento cui è chiamata a operare, presenta delle criticità di sicurezza al pari dei medici e degli infermieri. Non prendere in considerazione tale richiesta di integrazione e di rappresentanza avrebbe significato sottovalutare il preoccupante fenomeno di *escalation* della violenza che troppo spesso si consuma nelle sale parto, nelle Unità operative di Ostetricia e Ginecologia nonché nei pronto soccorsi ostetrico-ginecologici.

Troppo spesso, infatti, i parenti delle gestanti si sfogano immotivatamente con violenza contro le ostetriche sia in situazioni cliniche oggettivamente critiche, sia in situazioni che critiche non sono ma che vengono percepite come tali. L'inserimento e l'integrazione della FNOPI nel predetto Osservatorio determinerà un reale contributo all'individuazione di misure di contrasto a tali fenomeni e alla definizione di iniziative per ridurre i fattori di rischio. Importante a tal fine sarà la rete operativa tra FNOPI e Ordini Provinciali e Interprovinciali.

te, in grado di percepire, descrivere e perseguire il proprio benessere individuale che, nella stragrande maggioranza dei casi, prende forma semplicemente dal particolare modo con il quale l'organismo che le appartiene possiede o recupera la sua fisiologia [2].

Il quadro assistenziale sanitario che abbiamo osservato risulta eclatante quando si proietta al femminile, dove gli eventi funzionali che coinvolgono l'organismo della donna, pur essendo da sempre forieri di pericoli anche gravi, appartengono al suo "normale", con proiezioni valoriali positive che, con l'impiego di un equilibrato sapere medico, si possono mantenere tali nella maggioranza dei casi. Se quindi è opportuno predisporre per la donna una coerente e preparata assistenza all'evento patologico, è altrettanto indispensabile accudire il mondo della sua fisiologia, sapendolo osservare, rispettare, tutelare ed aiutare quando si avvicina al limite, evitando però, sapientemente, il rischio di una mancata e tempestiva previsione del suo cedimento [2].

Quest'ultimo passaggio assistenziale capace di identificare la corretta – e spesso univoca – fase di transito dal "prendersi cura" al "curare" una persona, è sempre stato il più complesso fra gli atti medici. Dalla seconda metà del secolo scorso ad oggi, con velocità progressivamente crescente, assistiamo però a un incremento delle variabili patologiche da controllare e a una restrizione drastica del margine d'errore concesso socialmente al medico. Quel momento assistenziale, di conseguenza, è diventato per lui molto più rischioso e, per evitare noie medicolegali, il "patologo" passa al setaccio le potenziali portatrici dell'evento-malattia: una popolazione che, considerando la numerosità e la variabilità dei possibili eventi

avversi, insieme alla rigidità dei protocolli diagnostico-terapeutici a cui attenersi, si allarga alla totalità delle donne che assiste.

In questo atteggiamento, involontariamente invasivo, troviamo i semi della cosiddetta "medicina difensiva" che spacca la coppia "assistente/assistita", incrementa la litigiosità e produce una proliferazione di norme protezionistiche a senso alternato che, sulla distanza, non contribuiranno certo a mantenere e a migliorare la qualità del Servizio Sanitario.

Partendo dall'osservazione che il problema socio-sanitario descritto evolve da un razionale clinico, è attraverso lo stesso schema che possiamo trovare una soluzione adeguata e coerente.

L'approccio clinico del medico è una guerra: stanare e sconfiggere; ma non è razionale fare terra bruciata per raggiungere la vittoria. La strategia vuole che siano identificati gli obiettivi sensibili e salvaguardato tutto il resto, nell'interesse del sistema "umanità". Al soldato è quindi necessario restringere il campo d'azione con una chiara identificazione delle aree che non costituiscono un pericolo attuale o prospettico e dove, invadendo, egli disperderebbe le sue preziose energie potenziali. In una parola, così facendo, egli avrebbe più facilmente il rispetto della popolazione scampata, la riconoscenza di quella salvata e una comprensione forte e diffusa che, nonostante la guerra, almeno lui si sia impegnato per ridurre al minimo i "danni collaterali".

Fuori di metafora, il medico necessita di esercitare le sue capacità diagnostico-terapeutiche su una popolazione filtrata in base al grado di benessere accertato, al cui puro accudimento egli non può attualmente – e, ancora

di più, nel futuro – assicurare quella disponibilità di tempo e di continuità, che costituisce elemento indispensabile per la tutela di uno *status* fisiologico.

Per soddisfare questa esigenza, il pensiero va immediatamente all'ostetrica/o, che è l'unica figura professionale attualmente in grado – per storia, preparazione e normativa – di ricoprire in autonomia tale ruolo.

La realtà

L'ostetrica/o nella cultura europea è stata/o sempre considerata/o una/un professionista intellettuale al pari del medico e del farmacista, come dimostrano le risoluzioni legislative e il dibattito relativo degli ultimi 50 anni. Ciò significa che la professione dell'ostetrica/o è sottoposta per definizione alla "vigilanza", sia in fase di formazione che di applicazione.

Dopo il 1974, inoltre, con il diffondersi della cultura liberista, è stato introdotto il "profilo professionale" che ha il compito di tracciare un percorso di attività identificandone il significato culturale. Va da sé che tale profilo costituisce una normativa "positiva" e non "negante" (al contrario del mansionario) e, come tale, riconosce all'ostetrica/o la libertà e l'autonomia decisionale al pari della responsabilità degli atti eseguiti all'interno del proprio profilo.

È altrettanto chiaro che la scelta della categoria ostetrica di aderire completamente al proprio profilo è una scelta di maturità e nel contempo una scelta di campo. La scelta di riconoscersi professionista intellettuale, autonoma/o nei propri valori e quindi a un gradino gerarchicamente più elevato, proprio perché quotato dal "grado di responsabilità" che, per la nostra cultura sociale e giurisprudenziale, rappresenta il metro di giudizio della professionalità.

I nuovi corsi di Laurea in Ostetricia, introdotti con i DM 509/1999 e 270/2004 [3], si sono occasionalmente impegnati nella creazione di un percorso formativo selettivo e altamente professionalizzante in termini di cultura e soprattutto di autonomia decisionale, ma hanno dovuto prendere immediatamente atto delle enormi difficoltà che incontravano su questo percorso derivanti da un incremento numerico delle nozioni disciplinari introdotte nei *curricula* di Laurea, concentrato in una durata formativa ridotta di più di un terzo rispetto ai corsi precedenti al D.U., con un inevitabile dimezzamento delle ore di tirocinio. Ora, aumentare la teoria – velocizzandone l'apprendimento – e diminuire nel contempo la pratica, non è certo il sistema didattico ideale quando si voglia produrre una/un laureata/o competitiva/o per l'organizzazione aziendale e capace di assicurare quel processo di maturazione e responsabilizzazione di cui la sua categoria ha sempre più bisogno. Il risultato della trasformazione voluta dai due DM è quindi stato prevalentemente un accurato lavoro di cesello per far rientrare, a fatica, ciò che già si faceva nelle nuove regole curriculari, a scapito del tirocinio e mantenendo, fra l'altro, tutte le più importanti disparità formative pre-esistenti fra Atenei.



L'ostetrica/o laureata/o di oggi, quindi, è – e continuerà a essere – la brava ostetrica/o diplomata/o di ieri che riveste al meglio un ruolo prevalentemente privo di responsabilità riconosciuta, esercitata e retribuita, anche se legalmente presente, come dimostra la stessa "facile" equipollenza, che fu tempestivamente introdotta dal legislatore nel gennaio 2001 [3], fra la Laurea e le professionalità acquisite con ordinamenti precedenti.

Per le/gli ostetriche/ci attuali quindi lo scotto da pagare è sempre la responsabilizzazione che in carenza di un'opportuna preparazione, le esporrà sempre più al rischio medico-legale senza concedere loro adeguati benefici.

A tale proposito, è bene segnalare che il recente DL n. 15 del 28 gennaio 2016 [3], in attuazione della Direttiva 2013/55/UE [4], ha introdotto importanti variazioni rispetto al precedente DL n. 206 del 9 novembre 2007 [3] che legiferava in materia. In particolare, all'art. 37 il DL afferma la capacità dell'ostetrica/o di diagnosticare autonomamente e in piena responsabilità il quadro fisiologico di ciò che le compete rispetto alla eventuale deriva patologica a cui l'evoluzione clinica potrebbe esporlo; capacità che precedentemente – recepimento Direttiva europea DL 206/2007 [3] – veniva obbligatoriamente attribuita a un "soggetto abilitato alla professione medica". Nello stesso testo si legge inoltre che l'ostetrica/o deve essere in possesso di "una formazione più avanzata con conoscenze «dettagliate»" e che l'approfondita conoscenza delle funzioni biologiche, dell'anatomia e della fisiologia deve intendersi come una "conoscenza adeguata di nozioni di medicina generale e di farmacologia nel settore dell'ostetricia". Tale DL rende quindi operativo a tutti gli effetti che "l'ostetrica/o è in grado, in modo indipendente e sotto la propria responsabilità e a esclusione del quadro patologico, di gestire l'assistenza prenatale, condurre il parto e le sue conseguenze in istituzioni approvate e controllare travaglio e nascita, assistenza postnatale e anche la rianimazione neonatale, nell'attesa dell'intervento di un medico".

Tutto ciò merita un profondo ripensamento formativo e il mondo scientifico e didattico ha dunque l'obbligo, nell'interesse della categoria che contribuisce a preparare, di impegnarsi attivamente affinché la/il professionista che offre alla società sia sempre in grado di esprimere completamente i valori che la/lo contrassegnano come tale.

Figura 1 Prima domanda

Esiste un incremento del bagaglio teorico-culturale richiesto alla figura ostetrica con l'introduzione della Laurea professionalizzante?

- Incidenza sul totale delle risposte
- Incidenza sulle risposte pervenute dalle Coordinatrici
- Incidenza sulle risposte pervenute dai Presidenti

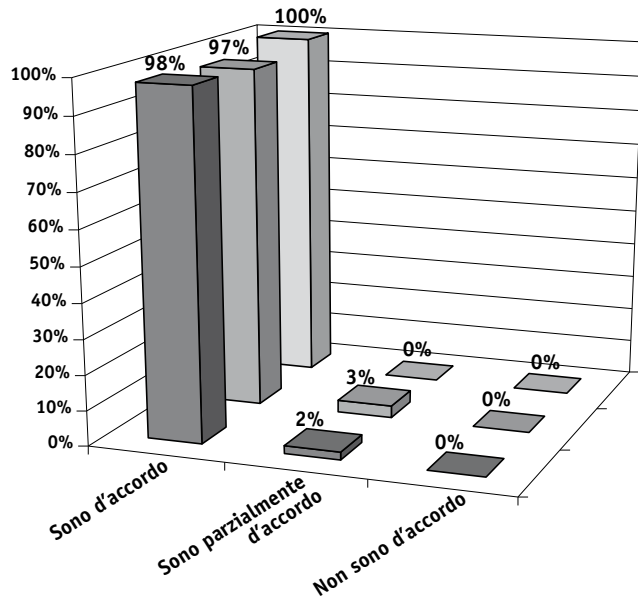


Figura 2 Seconda domanda

Esiste una obiettiva riduzione delle ore di insegnamento frontale che con l'applicazione della Legge 270 viene ulteriormente ridotta?

- Incidenza sul totale delle risposte
- Incidenza sulle risposte pervenute dalle Coordinatrici
- Incidenza sulle risposte pervenute dai Presidenti

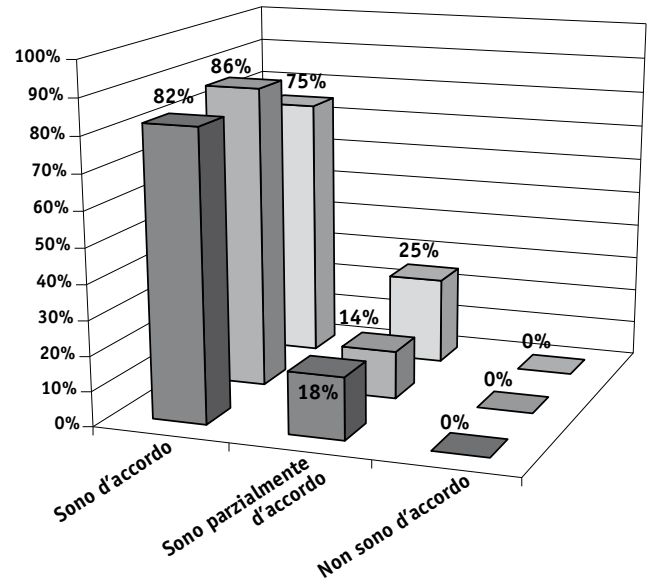


Figura 3 Terza domanda

Esiste una dichiarata riduzione del tempo-tirocinio rispetto al monte ore previsto con il Diploma per Ostetrica precedente al DM 168/1996 e al D.I. 2 aprile 2001?

- Incidenza sul totale delle risposte
- Incidenza sulle risposte pervenute dalle Coordinatrici
- Incidenza sulle risposte pervenute dai Presidenti

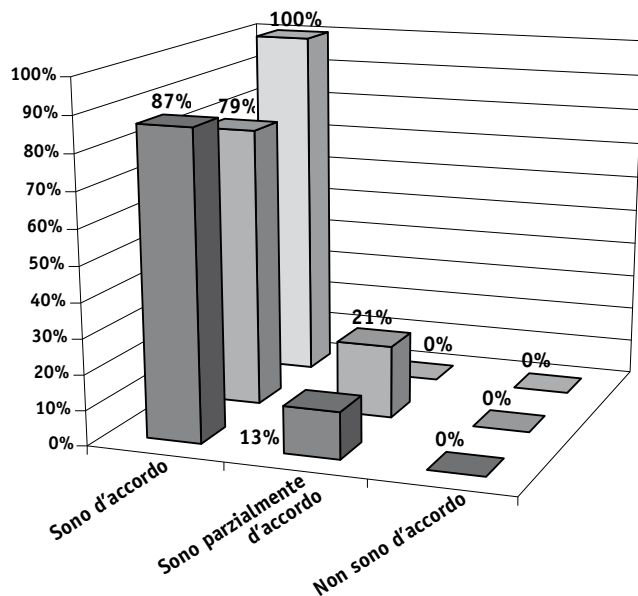
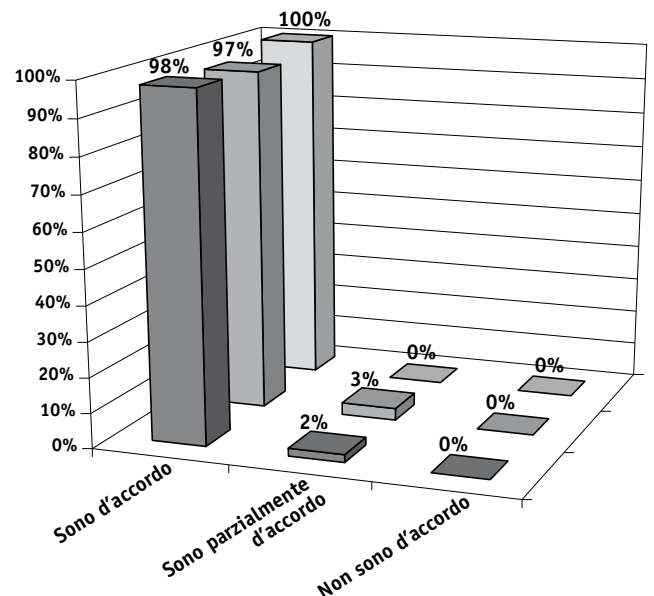


Figura 4 Quarta domanda

Esiste l'esigenza di rafforzare la componente didattica della Clinica ostetrico-ginecologica (MED/40) e delle Scienze infermieristiche ostetricoginecologiche (MED/47) imposte dalla Legge 270?

- Incidenza sul totale delle risposte
- Incidenza sulle risposte pervenute dalle Coordinatrici
- Incidenza sulle risposte pervenute dai Presidenti



L'opinione universitaria

Già dopo il secondo triennio di esperienza accademica, la struttura di coordinamento dei corsi di Laurea in Ostetricia (Commissione Nazionale CLO) iniziò la valutazione delle difficoltà scaturite dall'applicazione dei DM 509/1999 e 270/2004 [3] e deliberò nel 2007 un'inchiesta fra le componenti dirigenziali dei CdL in Ostetricia italiani (Presidenti e Coordinatrici tecnico-pratiche) alle quali sottopose un questionario con 7 quesiti, ottenendo il 100% di risposte dagli aventi diritto (Atti CNCLCLO 2008).

Come si nota dalle Figure 1, 2, 3 e 4, si è avuta una prevalenza di completo accordo, dell'ordine del 82-98%, rispetto le seguenti opinioni:

- che il bagaglio teorico-culturale della formazione si fosse notevolmente incrementato con l'introduzione della Laurea professionalizzante;
- che vi fosse stata una obiettiva riduzione oraria d'insegnamento frontale con la Legge 270/2004 [3];
- che vi fosse stato un importante calo del tempo-tirocinio rispetto a quanto previsto nel D.U.;
- che si fosse realizzata una incongrua riduzione della componente didattica MED/40 e MED/47.

Alla settima domanda sulla preferenza ordinamentale per un corso di formazione ostetrica, il 59% delle risposte optava per una scissione della Classe 1 e la creazione di un CdL magistrale a ciclo unico (Figura 5), contro il 2% che preferiva mantenere lo stato attuale (Figura 6) e il 30% che indicava una soluzione quadriennale (Figura 7).

Figura 5. Quarta Scelta

Richiedere un ordinamento che preveda l'autonomizzazione del corso di Ostetricia da quello di Infermieristica (scissione della classe 1) trasformando il CdL in Ostetricia in una Laurea magistrale a ciclo unico di 5 anni

- Incidenza sul totale delle risposte
- Incidenza sulle risposte pervenute dalle Coordinatrici
- Incidenza sulle risposte pervenute dai Presidenti

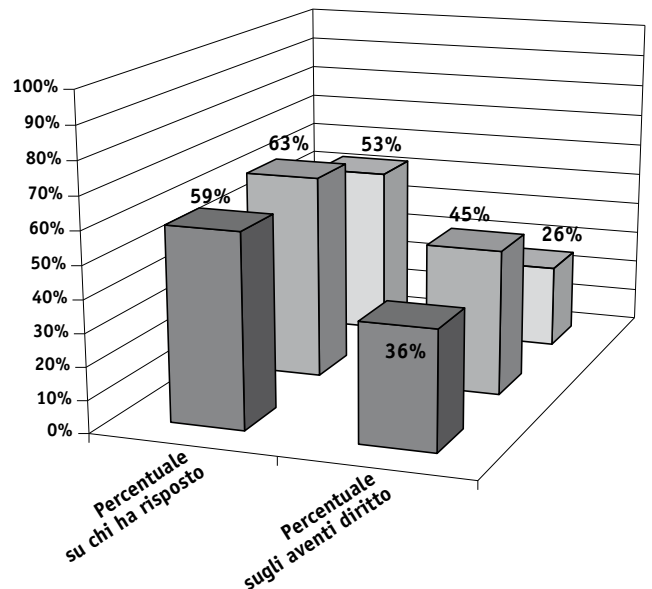


Figura 6. Prima Scelta

Continuare con l'ordinamento didattico attualmente in vigore

- Incidenza sul totale delle risposte
- Incidenza sulle risposte pervenute dalle Coordinatrici
- Incidenza sulle risposte pervenute dai Presidenti

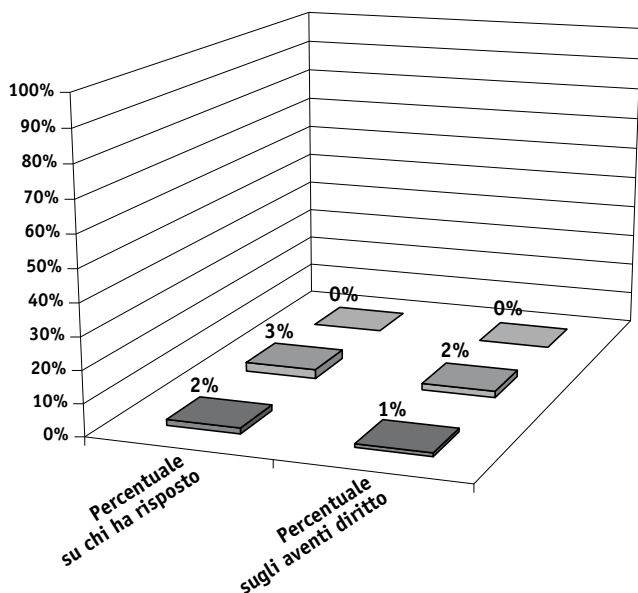
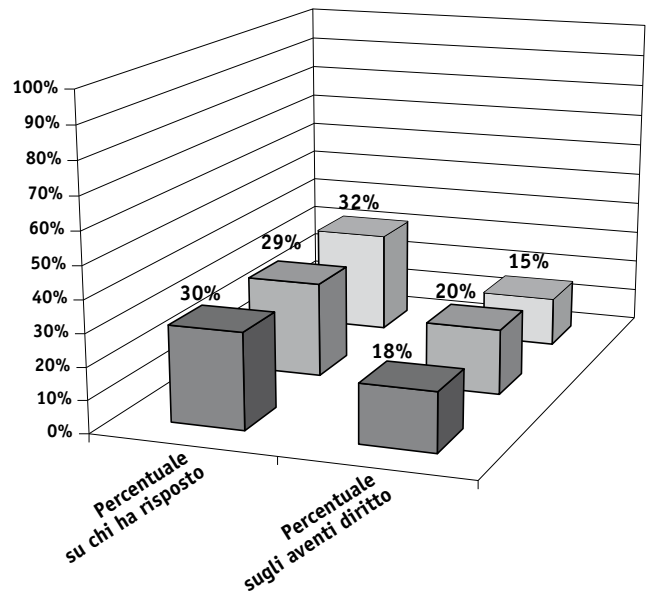


Figura 7. Quinta Scelta

Richiedere un ordinamento quadriennale che allunghi di 1 anno il percorso di studi del CdL in Ostetricia o, in alternativa, che preveda un anno di tirocinio prima della discussione della tesi

- Incidenza sul totale delle risposte
- Incidenza sulle risposte pervenute dalle Coordinatrici
- Incidenza sulle risposte pervenute dai Presidenti



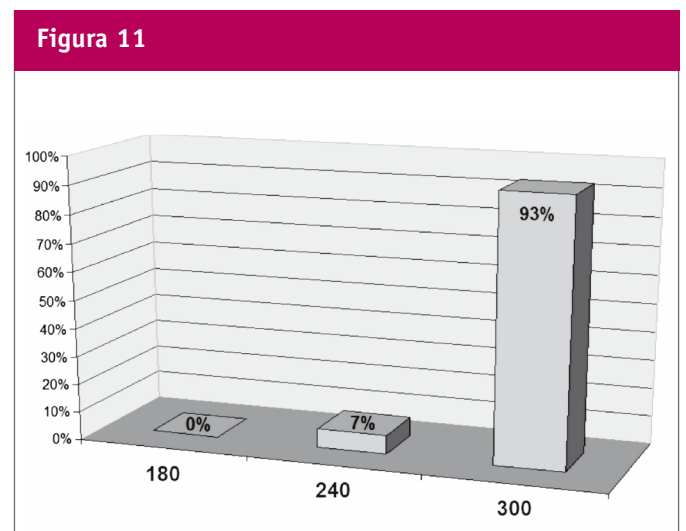
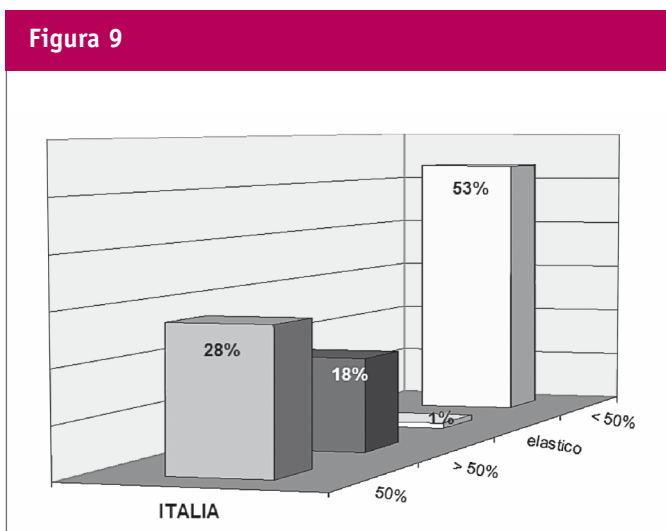
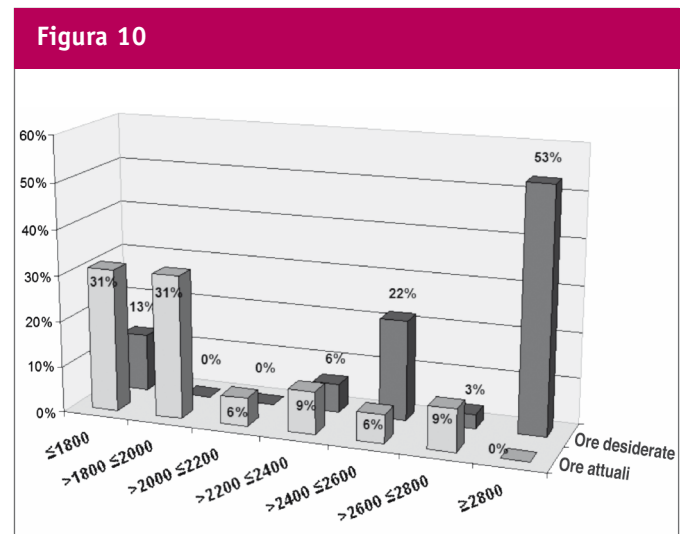
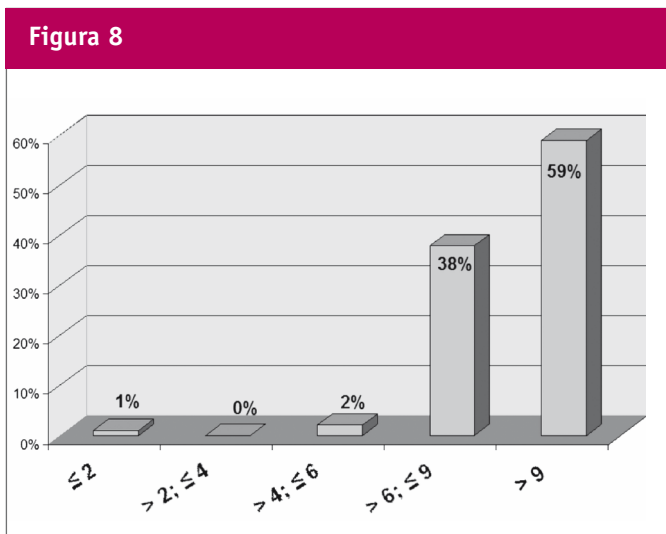
In relazione alle significative indicazioni ottenute con questa inchiesta, il CNCLO indisse, già nell'anno successivo (2008), una seconda raccolta dati, rivolta sempre alla dirigenza dei CdL in Ostetricia italiani, con la quale intese entrare nel dettaglio di alcuni aspetti evidenziati con la prima indagine, chiedendo opinioni specificamente rivolte a passaggi del DM 270/2004 [3]. Anche questa volta si raccolse il 100% di risposte dagli aventi diritto (Atti CNCLO 2009).

Dei 10 quesiti proposti, 5 si riferivano ad aspetti istitutivi collaterali, anche se per l'epoca importanti, come il nome da attribuire al CdL, la percentuale della componente universitaria del corpo docente, la scelta degli elettivi, le modalità di elezione della Coordinatrice T-P e il numero delle verifiche di profitto necessarie. Considerando i 5 rimanenti, si sono avute prevalenze tra il 53 ed il 97% nei quesiti proposti nelle Figure 8, 9 e 10:

- che il "peso" del MED/40 dovesse superare i 7 CFU (Figura 8);
- che il rapporto fra ore-studio e ore-didattica fosse inferiore al 50% (Figura 9);
- che le ore-tirocinio fossero superiori a 2.500 (Figura 10).

Alla domanda sulla preferenza di durata della formazione ostetrica (Figura 11), le risposte a favore di un allungamento (4-5 anni) si sono dimostrate sovrapponibili a quelle registrate nella prima indagine, anche se il numero di CFU proposto dal 93% degli intervistati (Presidenti e Direttori didattici) è stata di 300 (ragionevolmente corrispondente a 5 anni di corso).

All'ultima domanda, infine, che chiedeva l'opinione sulla creazione di una classe dedicata all'ostetrica (Figura 12), il 65% rispondeva che era "indispensabile", il 31% che era "opportuna" e il 4% che era "possibile", mentre nessuno ha risposto negativamente ("ininfluente" o "impossibile"). Nel 2011, apprendendo evidente all'osservatorio nazionale della Commissione dei corsi di Laurea in Ostetricia il quadro di difficoltà didattica che il settore specifico stava attraversando, venne indetta la terza indagine, strutturalmente più complessa, con la quale vennero raccolti dati oggettivi riguardanti l'istituzione, la didattica professionalizzante, l'internazionalizzazione e le opinioni della dirigenza sui singoli temi. Da questi dati uscì un quadro dettagliato e fedele della situazione formativa ostetrica in Italia.



Rispetto ai primi campi descrittivi, i risultati mettevano in luce le difficoltà formative insorte nella maggioranza delle sedi italiane, all'indomani dell'applicazione della Legge 270/2004 [3], con particolare attenzione alla progettualità professionale, all'efficienza formativa, all'adeguatezza didattica, alla compatibilità europea, alla tempestività formativa e alla capacità di crescita.

I dati discussi (Atti CNCLO 2012) provenivano da 106 questionari distribuiti a Presidenti e Coordinatrici dei 53 corsi di Laurea in Ostetricia italiani. Le risposte coprono il 100% delle sedi intervistate distribuite per il 38% nelle regioni del Nord Italia (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Piemonte e Veneto), per il 32% nelle regioni del Centro Italia (Abruzzo, Lazio, Marche, Molise, Toscana e Umbria) e per il 30% nelle regioni del Sud Italia e delle Isole (Basilicata, Calabria, Campania, Puglia, Sardegna e Sicilia). I risultati sono stati oggetto di pubblicazione [4] e a quella rimandiamo per una loro approfondita lettura.

Riferiamo, in questa sede (Figura 13), il quadro riassuntivo, nel quale offriamo un confronto qualitativo delle diverse situazioni regionali. Notiamo infatti che, a fronte

di difficoltà evidenti in alcuni settori, possiamo riscontrare, in altri, eccellenze o viceversa.

Ciò significa che gli obiettivi inevitabili devono essere raggiunti attraverso modalità che siano rispettose dell'ambiente ove la formazione è calata e che dalla comprensione di quest'ultimo traggano gli strumenti adeguati.

I risultati che invece confermano l'uniformità del disagio in tutti i CdL in Ostetricia italiani devono essere assunti come una chiara indicazione al miglioramento che, attraverso la precisione e la tempestività dell'azione, possono, nei tempi tecnici richiesti, aprire la strada a una figura professionale di Ostetrica/o efficace ed europea. Fra questi obiettivi d'intervento, non possiamo che ricordare la necessità di incrementare il carico del tirocinio, l'assistenza formativa (*tutor*) e l'internazionalizzazione del corso di Laurea.

Per quanto infine riguarda l'opinione della dirigenza, rispetto all'ordinamento giudicato più idoneo alla creazione di una professionista ostetrica adeguata alla realtà sanitaria italiana, si è registrato un 96% di risposte che dichiaravano un livello di gradimento di 9 su 10 per la trasformazione del corso di Laurea triennale in un corso Magistrale a ciclo unico, contro un 8 su 10 riservato all'ipotesi di un corso quadriennale.

Figura 12

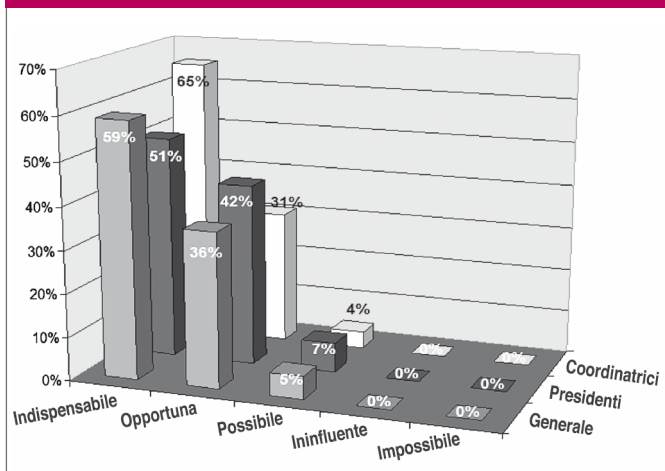
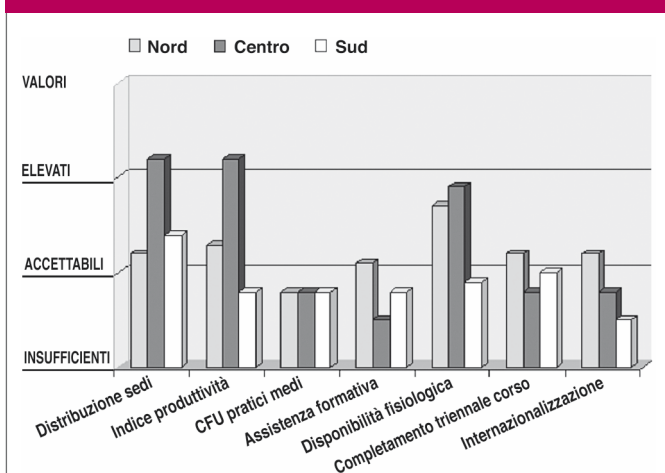


Figura 13 Quadro riassuntivo



Ipotesi operative

In base a tutte le valutazioni sovraesposte relative all'obiettività formativa della professione ostetrica e con l'intenzione di confrontarsi direttamente con le componenti professionali e di categoria, la Commissione Nazionale dei Corsi di Laurea in Ostetricia, su indicazione del suo presidente, prof. Antonio Lanzone - e con il benestare (14 dicembre 2015) della Giunta della Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie (CPCLPS) - ha costituito un Gruppo di Lavoro a cui ha dato mandato di analizzare, sotto il profilo storico, amministrativo e professionale, l'evoluzione della figura ostetrica, i compiti a cui è e sarà chiamata e le esigenze formative che l'accademia dovrebbe soddisfare per mantenersi al passo con le richieste che la società italiana e l'integrazione europea sta già facendo alle/ai nostre/i professioniste/i e che presumibilmente intensificherà in un prossimo futuro.

Hanno partecipato al Gruppo 11 Direttrici didattiche e 4 Presidenti di corsi di Laurea in Ostetricia, ai quali si sono aggiunti nelle discussioni plenarie la Presidente Maria Vicario e la Vicepresidente Silvia Vaccari della Federazione Nazionale Collegi Ostetriche, insieme al Presidente CNCLO, Antonio Lanzone e al Presidente dell'Associazione Ginecologi Universitari Italiani (AGUI), Nicola Colacurci.

I lavori si sono svolti da dicembre 2015 in tre sottocommissioni e si sono conclusi con una proposta documentale approvata in plenaria dal Gruppo di Lavoro il 16 giugno 2016 e dalla Commissione Nazionale dei Corsi di Laurea in Ostetricia, all'unanimità, il 23 settembre 2016 (Atti CNCLO 2016).

Il dispositivo del progetto formativo risponde ai quesiti iniziali, argomentandone estesamente le motivazioni nella parte documentale del lavoro. In questa sede, per meglio introdurre i dettagli della proposta finale, possiamo riassumerne i principi fondamentali.

1. Elementi che mettono in evidenza l'opportunità professionale della proposta:

- a. la crescita del Sapere di Base e Caratterizzante (DM 509/1999; DM 270/2004) [3];
 - b. il riconoscimento europeo completo dell'Autonomia e della Responsabilità individuale della Professionista (2005/36/CE; 2013/55/UE) [4];
 - c. l'adeguamento italiano al profilo internazionale dell'ostetrica (L. 42/1999; L. 251/2000; L. 43/2006; DL 206/2007; DL 15/2016) [3];
 - d. la rilevanza sociale dell'approccio al genere e alla riproduzione nel mondo occidentale;
- richiedono, oggi, un aggiornamento del Setting Formativo della figura ostetrica che prepari a medio termine (9-15 anni) una professionista adeguata agli sviluppi socio-sanitari in prevedibile evoluzione nelle culture di riferimento.

Il nuovo Setting trova spazio in quelle frequenti e varieguate situazioni in cui la figura femminile è protagonista della sua fisiologia, è desiderosa di mantenerla, è esposta e disponibile a un confronto individuale (one-to-one), necessita di comunicazione esperta e richiede un aiuto tecnico concreto e di qualità per realizzare tutto ciò.

2. Elementi che mettono in evidenza l'opportunità clinica della proposta:

- a. l'incremento del Sapere Medico-Specialistico nell'area della patologia ostetrico-ginecologica;
 - b. il frazionamento delle competenze specifiche in quest'area (uroginecologia, endocrinologia, patologia della gravidanza, medicina perinatale, oncologia, chirurgia mini invasiva, endoscopia, ginecologia pediatrica, patologia della riproduzione, ecc.);
 - c. la necessità, comunque, di un approccio olistico alla donna;
- richiedono, già oggi, una revisione dei Setting Formativi di ambedue le figure professionali orientate al femminile (ginecologa/o e ostetrica/o), con l'obiettivo di attivare formule clinico-assistenziali di facile e persistente complementarietà, in base a competenze bilateralmente riconosciute e rispetto disciplinare reciproco.

Il Setting ostetrico deve preparare una figura-filtro che assicuri un'alta osservanza e guida della fisiologia femminile, con sicura identificazione dei suoi limiti, in stretta collaborazione con una figura operativa (ginecologa/o) pienamente dedicata alla fase diagnostico-terapeutica della patologia in ogni sua complessa e variabile espressione lesiva del benessere della donna.

3. Elementi che mettono in evidenza l'opportunità economico-organizzativa della proposta:

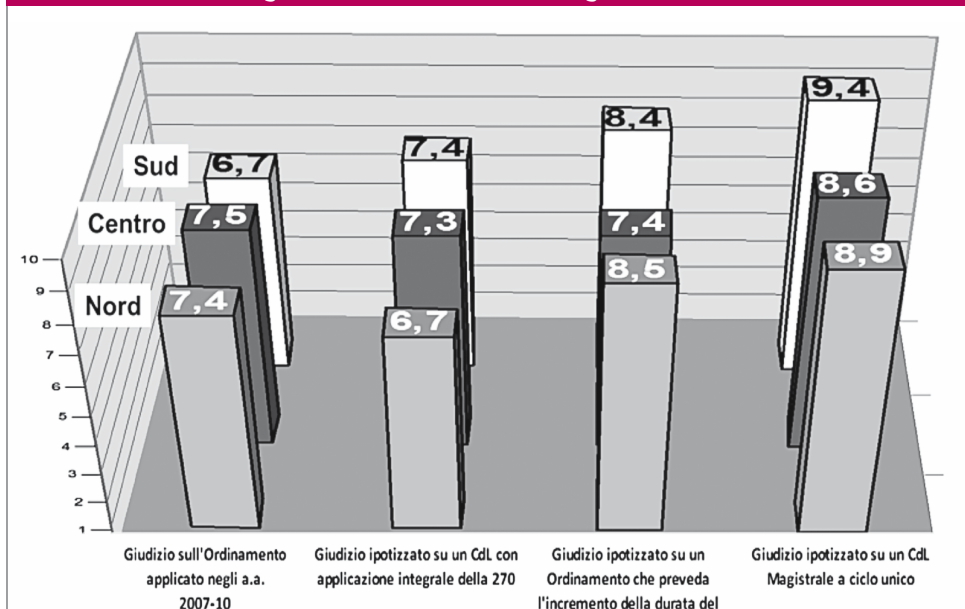
- a. l'assottigliamento dell'imbuco formativo per i medici specialisti (L. 368/1999) [3], derivante dalla riduzione degli accessi (in ginecologia dai 1.800/2.100 negli anni '90 ai 300 circa negli ultimi 10 anni), apre uno scenario di progressiva riduzione dei ginecologi attivi (-300/400 all'anno, in base ai pensionamenti) che porterà inesorabilmente le presenze disponibili a circa 1/6 del numero attuale nel 2025/2030 (in un rapporto con le ostetriche/ci disponibili sul territorio per altro comparabile a quello già attualmente registrato nella maggioranza dei Paesi europei).

Ciò richiede, anche in relazione alle esigenze super-specialistiche sopra accennate, un adattamento della programmazione numerica e tipologica delle immatricolazioni.

L'operazione non può privilegiare le iscrizioni a Medicina – già esorbitanti in Italia – che porterebbe inevitabilmente all'esigenza di rialzare le quote riservate all'iscrizione alle Scuole di Specialità fino ai valori pleotorici di un tempo. Ciò, inoltre, andrebbe in controtendenza rispetto alla popolazione media di specialisti in ginecologia presente in Europa e cozzerebbe contro le esigenze restrittive della spesa imposte dal quadro economico nazionale e internazionale.

Una soluzione saggia e alternativa punterebbe, invece, all'incremento della disponibilità di una figura professionale ben preparata in tempi più che dimezzati

Figura 14 Grado medio di soddisfazione per area geografica della dirigenza didattica in merito agli ordinamenti



rispetto alla figura medico-specialistica – e quindi più economica sia in termini di formazione che d'impiego – che, con caratteristiche di pronta disponibilità, si occupi sapientemente dell'approccio alla fisiologia, lasciando che la/il ginecologo/o usi il tempo clinico recuperato per approfondire l'approccio diagnostico-terapeutico nell'ambito delle patologie superspecialistiche per le quali è richiesta la sua insostituibile competenza.

4. Elementi che mettono in evidenza l'opportunità medico-legale della proposta:

a. la trasformazione del rapporto assistenziale da "contratto implicito" a "contratto esplicito", con il "consenso informato";

b. la difficoltà di delineare con la donna il tipo e la qualità dell'esito della prestazione da lei previsto;

c. il conseguente incremento della litigiosità medico-legale con ricaduta sulla pratica della "medicina difensiva";

richiedono, per una condivisione con la donna dell'inevitabile rischio clinico, la creazione di un rapporto fiduciario che non cada dall'alto di un'autorità – pur d'elevato valore simbolico – ma che si costruisca dal basso con l'ascolto e la disponibilità personale. Questo tipo di rapporto è particolarmente utile in tutte le situazioni che appartengono alla fisiologia percepita, quando l'esito positivo viene intimamente dato per scontato.

In tale quadro la figura ostetrica, professionista della comunicazione *one-to-one*, possiede gli strumenti per preparare la donna agli eventi clinici che la toccano, enfatizzando sia la sua collaborazione nella fisiologia che la sua accettazione dell'imprevedibile margine di rischio insito nell'umano quotidiano ("non fisiologia" o "patologia").

In considerazione delle descritte "opportunità", la Commissione Nazionale dei Corsi di Laurea in Ostetrica, in completo accordo con la Federazione Nazionale dei Collegi Ostetriche il cui Consiglio ha approvato il progetto il 24 novembre 2016, propone all'attenzione del potere legislativo la necessità di intervenire sulla preparazione accademica della figura professionale di ostetrica/o, modulando i seguenti cinque punti della sua formazione:

a. approfondire quei saperi umanistici (socio-psicologici, pedagogici, etici, ecc.) che conducano a una migliore conoscenza di se stessi e di una comunicazione equilibrata ed efficace;

b. approfondire l'esperienza guidata sul campo con incremento della durata del tirocinio;

c. approfondire l'insegnamento della fisiologia degli organi e del loro aspetto funzionale più frequente, estendendo la didattica alle difficoltà della fisiologia (area della "non fisiologia") e ai segni e tempi che consentono di aiutare l'organismo sofferente a risolvere quei problemi che, se prendessero il sopravvento, lo proietterebbero nell'area della "patologia";

d. raffinare una didattica che prepari il professionista alla organizzazione del lavoro proprio e degli altri,

alla comunicazione equilibrata con le/i colleghe/i e all'analisi epidemiologica e interpretativa dell'attività che svolge;

e. ritagliare obbligatoriamente, all'interno delle ore di tirocinio, uno spazio di almeno 3 mesi per una permanenza presso istituzioni universitarie straniere secondo il programma Erasmus.

Con i punti *a* e *b* si può ottenere l'obiettivo di mantenere elevata, nel tradizionale valore sociale della figura ostetrica, la capacità di prendersi cura di una donna sotto ogni aspetto che riguarda il suo ciclo vitale/riproduttivo.

Con i punti *c* e *d* si aspira a evolvere la professione ostetrica con conoscenze che la medicina e le scienze di base hanno accumulato dal secolo scorso ad oggi e con strumenti che permettano alla/al professionista di mantenere il suo sapere, acquisendone di nuovo e maturandone del proprio.

Con il punto *e* si creano le premesse per adeguare l'ostetrica/o italiana/o alla realtà europea, affinché arricchisca i propri valori disciplinari con esperienze pratiche e culturali diverse e, nel contempo, diffonda all'esterno i valori con i quali si è formata.

Conclusioni

Possiamo concludere questo breve *excursus* sulla formazione ostetrica in Italia, maturato nella consapevolezza della componente accademica e professionale del settore, con il suggerimento che queste due componenti della società civile, a conclusione del loro lavoro, hanno voluto indirizzare alla componente governativa e legislativa del nostro Paese.

Si crei una quinta classe di Laurea Magistrale delle Professioni sanitarie che contenga il corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Scienze Ostetrico-Ginecologico-Neonatologiche e che comporti l'abilitazione a un profilo rigorosamente delineato dai già esistenti DM 740/1994, DL 2016/2007 e DL 15/2016 [3].

Potremo quindi ben dire di aver creato tempi maturi per una sanità di genere economicamente sostenibile e di qualità per le donne italiane, attraverso la quale ognuno dei loro tantissimi momenti di fisiologia vitale disporrà di facile ascolto, professionale tutela e sicurezza assistenziale.

Bibliografia

- [1] D. Sokol – Update on the UK law on consent – BMJ 2015;350:h1481 doi
- [2] W. Costantini – Visita al femminile – Piccin, 2016 – Padova
- [3] www.gazzettaufficiale.it
- [4] eur-lex.europa.eu
- [5] W. Costantini – La Formazione dell'Ostetrica/o in Italia – Lucina – 2-2012, p.15-23 – Lucina Online www.fnco.it

Il fabbisogno formativo per il corso di Laurea in Ostetricia a.a. 2017-2018

| CORSO DI LAUREA IN OSTETRICA A.A. 2017-18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|-------|---------------------------|-------|--------------------------------------|-------------------|-------|-----------|---------------------|-------|-----------|-----------------------------|---------------------|-------|-----------|--------------|------------|---------------------|-------------------|--------------------|------------|------------|------------|--------|--|--|-----|--|--|------|--|--|
| Programmazione posti secondo le Regioni e le Categorie e Università | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elab. A. Mastrillo | POPOLAZIONE ABITANTI | | FEDERAZIONE FNCO Iscritti | | Occupati a 1 anno di Laurea nel 2015 | Richiesta REGIONI | | | Richiesta CATEGORIA | | | Potenziale Univ. Università | a bando UNIVERSITA' | | | Domande D/P | | Differenze | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | *PMP | | | | *PMP | | | | | | | | Bando vs Potenziale | Regione Categoria | Università Regione | | | | | | | | | | | | |
| PIEMONTE | 4.392.526 | 7,2% | 1.305 | 6,4% | 50% | 25 | 3,5% | 6 | 45 | 6,1% | 10 | 25 | 19 | 2,8% | 4 | 358 | 18,8 | -6 | -24,0% | -20 | -44% | -6 | -24% | | | | | | | | | |
| V. D'AOSTA | 126.883 | 0,2% | 55 | 0,3% | | 2 | 0,3% | 16 | 0 | 0,0% | 0 | | | | | | | | 2 | >100% | -2 | -100% | | | | | | | | | | |
| LOMBARDIA | 10.019.166 | 16,5% | 3.153 | 15,5% | 63% | 135 | 18,7% | 13 | 130 | 17,5% | 13 | 145 | 114 | 16,5% | 11 | 879 | 7,7 | -31 | -21,4% | 5 | 4% | -21 | -16% | | | | | | | | | |
| P. BOLZANO | 524.256 | 0,9% | 218 | 1,1% | | 20 | 2,8% | 38 | 20 | 2,7% | 38 | | | | | | | | 0 | 0% | -20 | -100% | | | | | | | | | | |
| P. TRENTO | 538.604 | 0,9% | 257 | 1,3% | | 3 | 0,4% | 6 | 20 | 2,7% | 37 | | | | | | | | -17 | -85% | -3 | -100% | | | | | | | | | | |
| VENETO | 4.907.529 | 8,1% | 1.410 | 6,9% | 54% | 60 | 8,3% | 12 | 61 | 8,2% | 12 | 61 | 47 | 6,8% | 10 | 434 | 9,2 | -14 | -23,0% | -1 | -2% | -13 | -22% | | | | | | | | | |
| FRIULI V.G. | 1.217.872 | 2,0% | 446 | 2,2% | 20% | 16 | 2,2% | 13 | 20 | 2,7% | 16 | 20 | 15 | 2,2% | 12 | 85 | 5,7 | -5 | -25,0% | -4 | -20% | -1 | -6% | | | | | | | | | |
| LIGURIA | 1.565.307 | 2,6% | 417 | 2,1% | 42% | 25 | 3,5% | 16 | 20 | 2,7% | 13 | 25 | 19 | 2,8% | 12 | 127 | 6,7 | -6 | -24,0% | 5 | 25% | -6 | -24% | | | | | | | | | |
| EMILIA R. | 4.448.841 | 7,3% | 1.688 | 8,3% | 65% | 90 | 12,5% | 20 | 80 | 10,8% | 18 | 95 | 75 | 10,9% | 17 | 551 | 7,3 | -20 | -21,1% | 10 | 13% | -15 | -17% | | | | | | | | | |
| TOSCANA | 1.538.055 | 2,5% | 581 | 2,9% | 24% | 0 | 0,0% | 0 | 0 | 0,0% | 0 | 15 | 23 | 3,3% | 15 | 102 | 4,4 | 8 | 53,3% | 0 | 0% | 23 | >100% | | | | | | | | | |
| UMBRIA | 3.742.437 | 6,2% | 1.400 | 6,9% | 32% | 40 | 5,5% | 11 | 40 | 5,4% | 11 | 49 | 38 | 5,5% | 10 | 506 | 13,3 | -11 | -22,4% | 0 | 0% | -2 | -5% | | | | | | | | | |
| MARCHE | 888.908 | 1,5% | 433 | 2,1% | 35% | 30 | 4,2% | 34 | 20 | 2,7% | 22 | 30 | 12 | 1,7% | 13 | 145 | 12,1 | -18 | -60,0% | 10 | 50% | -18 | -60% | | | | | | | | | |
| LAZIO | 5.898.124 | 9,7% | 2.096 | 10,3% | 48% | 68 | 9,4% | 12 | 55 | 7,4% | 9 | 139 | 106 | 15,4% | 18 | 924 | 8,7 | -33 | -23,7% | 13 | 24% | 38 | 56% | | | | | | | | | |
| ABRUZZO | 1.322.247 | 2,2% | 419 | 2,1% | 46% | 8 | 1,1% | 6 | 30 | 4,0% | 23 | 50 | 39 | 5,7% | 29 | 247 | 6,3 | -11 | -22,0% | -22 | -73% | 31 | 388% | | | | | | | | | |
| MOLISE | 310.449 | 0,5% | 150 | 0,7% | | 0 | 0,0% | 0 | 0 | 0,0% | 0 | | | | | | | | 0 | 0% | 0 | 0% | | | | | | | | | | |
| CAMPANIA | 5.839.084 | 9,6% | 1.972 | 9,7% | 25% | 105 | 14,5% | 18 | 80 | 10,8% | 14 | 105 | 81 | 11,7% | 14 | 516 | 6,4 | -24 | -22,9% | 25 | 31% | -24 | -23% | | | | | | | | | |
| PUGLIA | 4.063.888 | 6,7% | 1.444 | 7,1% | 17% | 5 | 0,7% | 1 | 0 | 0,0% | 0 | 14 | 11 | 1,6% | 3 | 318 | 28,9 | -3 | -21,4% | 5 | >100% | 6 | 120% | | | | | | | | | |
| BASILICATA | 570.365 | 0,9% | 198 | 1,0% | | 10 | 1,4% | 18 | 10 | 1,3% | 18 | 10 | 10 | 1,4% | 18 | 42 | 4,2 | 0 | 0,0% | 0 | 0% | 0 | 0% | | | | | | | | | |
| CALABRIA | 1.965.128 | 3,2% | 563 | 2,8% | 19% | 0 | 0,0% | 0 | 5 | 0,7% | 3 | | 0 | 0,0% | 0 | | | | | -5 | -100% | 0 | 0% | | | | | | | | | |
| SICILIA | 5.056.641 | 8,3% | 1.415 | 7,0% | 30% | 30 | 4,2% | 6 | 70 | 9,4% | 14 | 57 | 45 | 6,5% | 9 | 630 | 14,0 | -12 | -21,1% | -40 | -57% | 15 | 50% | | | | | | | | | |
| SARDEGNA | 1.653.135 | 2,7% | 684 | 3,4% | 44% | 50 | 6,9% | 30 | 36 | 4,9% | 22 | 48 | 36 | 5,2% | 22 | 310 | 8,6 | -12 | -25,0% | 14 | 39% | -14 | -28% | | | | | | | | | |
| TOTALE | 60.589.445 | | 20.304 | | 45% | 722 | | 12 | 742 | | 12 | 888 | 690 | | 11 | 6.174 | 8,9 | -198 | -22,3% | -20 | -3% | -32 | -4% | | | | | | | | | |
| NORD | 27.740.984 | 46% | 8.949 | 44% | 56% | 376 | 52% | 14 | 396 | 53% | 14 | 371 | 289 | 42% | 10 | 2.434 | 8,4 | -82 | -22,1% | -20 | -5% | -107 | -27% | | | | | | | | | |
| CENTRO | 11.851.716 | 20% | 4.348 | 21% | 37% | 146 | 20% | 12 | 145 | 20% | 12 | 169 | 195 | 28% | 16 | 1.575 | 8,1 | 26 | 15,4% | 1 | 1% | 50 | 34% | | | | | | | | | |
| SUD | 20.780.937 | 34% | 6.426 | 32% | 32% | 200 | 28% | 10 | 201 | 27% | 10 | 284 | 183 | 27% | 9 | 2.063 | 11,3 | -101 | -35,6% | -1 | 0% | -18 | -9% | | | | | | | | | |
| *PMP = Per 1 Milione di Popolazione | | | | | | A.A. 2016-17 | | | 826 | | | 923 | | | 839 | | | 6.039 | | | | | | | | | | | | | | |
| Differenza 2017 vs 2016 | | | | | | -117 | | | -13,9% | | | -84 | | | -10,2% | | | -35 | | | -149 | | | -17,8% | | | 135 | | | 2,2% | | |

IL QUADRO AGGIORNATO IN SINTESI

QUANTI SONO

Le iscrizioni all'Albo delle Ostetriche sono 20.304 e costituiscono il 3% del totale dei circa 680.000 operatori delle 22 professioni sanitarie, al 6° posto, essendo precedute da Infermieri (436.000), Fisioterapisti (65.000), Educatori (31.500), Tecnici di Laboratorio (28.000) e Tecnici di Radiologia (28.000).

OCCUPAZIONE

Basso tasso occupazionale, in media del 47% negli ultimi 9 anni, con trend in calo dal 60% del 2007 al 44% del 2014, con calo di 3 punti percentuali rispetto al 47% del 2014. Ciò comporta il 17° posto nella classifica generale dei 22 profili, che vede ai primi 3 posti con l'86% Fisioterapista, Logopedista e Igienista Dentale, mentre la media generale è al 67%.

DOMANDE DI AMMISSIONE

In controtendenza alla bassa occupazione si rileva l'alto interesse degli studenti per l'ammissione ai corsi di Laurea con oltre 6.174 domande sui 690 posti a bando, per un rapporto di 8,9 che comporta il 4° posto nella classifica sui 22 profili, preceduta da Fisioterapista con 14, Logopedista 10 e Dietista 9, rispetto alla media 3,5 di tutti i profili.

SEDI UNIVERSITARIE

La ripartizione dell'offerta formativa copre tutto il territorio nazionale, con 48 sedi attivate in 33 Università e con una media di 14 studenti per sede.

FABBISOGNO FORMATIVO

È uno dei pochi casi fra le 22 professioni in cui si rileva una coerente e concorde stima del fabbisogno sia da parte delle Regioni con 722, che della Categoria con 742. Mentre è lievemente inferiore l'offerta formativa delle Università con 690, pari al -4% rispetto alle Regioni, su richiesta del Ministero della Salute.

Angelo Mastrillo

Segretario della Conferenza Nazionale Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie e Coordinatore Tecnico del Corso di Laurea in Tecniche di Neurofisiopatologia, Università di Bologna

VIOLENZA OSTETRICA IN ITALIA: GLI EFFETTI DEL PARTO MEDICALIZZATO

Sondaggio delle differenze assistenziali tra Punti Nascita del Nord e Centro-Sud

Obstetric Violence in Italy: the effects of birth medicalisation.
Survey assistance differences between Northern and Centre-Southern Italy



Autrici

Maria Rosaria Mascolo
Ostetrica

Camilla Lucia Demartis
Ostetrica

RIASSUNTO

Obiettivo

Nel 2014, l'OMS pubblica una Dichiarazione che pone i riflettori sulla Violenza Ostetrica: "La prevenzione ed eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere". L'obiettivo di questo studio è sondare la tipologia di assistenza ostetrica offerta nei Punti Nascita italiani confrontandola con le indicazioni OMS per contenere la Violenza Ostetrica.

Metodi

L'analisi è stata condotta ricercando le Linee Guida e le evidenze scientifiche di pratiche e procedure ostetriche applicate di routine. È stato creato *ad hoc* un questionario, pubblicato *online* da luglio a dicembre 2016, per intervistare le ostetriche/ci.

Risultati

Hanno aderito al sondaggio ostetriche/ci operanti in 163 Punti Nascita; principalmente del Nord Italia (104) rispetto al Sud (59). Dall'analisi delle risposte si evince che il numero dei parti per l'anno 2016 del Nord è in diminuzione (43,3%) rispetto al Centro-Sud (44,2%). Quasi la totalità dei Punti Nascita offre gli incontri prenatali durante i quali la compilazione del Piano del Parto è proposta sporadicamente (33,7% Nord vs 14% Sud), d'altro canto i professionisti ospedalieri la interpretano positivamente solo in minima parte (33,7% Nord vs 2%

Sud). Il consenso informato, spesso impiegato in travaglio di parto, senza sostanziali differenze regionali, è discusso *one-to-one*, 63,5% al Nord vs 44,2% al Sud. L'assistenza *one-to-one* non è sempre offerta (86,5% Nord vs 72,1% Centro-Sud). Nel primo stadio del travaglio viene incoraggiato il libero movimento (91,3% Nord vs 79,1% Sud) e il benessere fetale è frequentemente valutato mediante CTG in continuo, anche in travaglio a basso rischio (40,4% Nord vs 60,5% Centro-Sud) e nel secondo stadio quasi tutti i professionisti consigliano la posizione litotomica. Il consenso informato per l'episiotomia è offerto solo nel 25,6% dei P.N. del Sud. L'attaccamento precoce del neonato è sempre supportato nei P.N. del Nord (91,3%), mentre risulta trascurato nelle regioni Centro-Sud (48,8%).

Conclusioni

L'assistenza italiana non si attiene a pieno alle Linee Guida OMS per contenere la Violenza Ostetrica, di fatto risente ancora del fenomeno della "medicalizzazione del parto". L'adesione al sondaggio mostra sostanziali differenze tra Nord e Centro-Sud, anche per la discrepanza numerica delle partecipanti.

Parole chiave

Rispetto durante l'assistenza al parto, violenza ostetrica, pratiche ostetriche, sondaggio, ostetriche, Italia.

L'assistenza al travaglio e al parto ha subito un significativo mutamento, a partire dalla seconda metà del XX secolo, cambiando il setting del parto e introducendo numerose pratiche mediche, tali da trasformare l'evento nascita da domestico e naturale a ospedalizzato e medicalizzato. L'analisi dell'eccessiva medicalizzazione ha indotto l'OMS a pubblicare nel 1995 le raccomandazioni che pongono la donna il ruolo centrale per la pianificazione dell'assistenza al parto [1] e nel 2014 uno Statement dal titolo "La prevenzione ed eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere". L'obiettivo è di porre fine alla mancanza di rispetto e all'abuso durante il parto attraverso il coinvolgimento di tutte le parti interessate, incluse le donne, negli sforzi per migliorare la qualità dell'assistenza ed eliminare trattamenti irrispettosi ed abusi [2]. Suggerisce azioni concrete, includendo il supporto da parte di una persona di fiducia scelta dalla donna, la possibilità di muoversi liberamente durante il travaglio, l'accesso ad alimenti solidi e liquidi, il rispetto della privacy e una scelta realmente informata. La Dichiarazione parla per la prima volta in modo chiaro ed esplicito di Violenza Ostetrica, definita in ambito giuridico con la Legge venezuelana del 2007 "Ley Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de la Violencia", intesa come abuso di medicalizzazione e "patologizzazione" dei processi naturali [3] [4]. In Italia il termine Violenza Ostetrica compare nella proposta di Legge del 2016 "Norme per la tutela dei diritti della partoriente e del neonato e per la promozione del parto fisiologico", volta a proteggere i diritti fondamentali della donna e promuovere il parto fisiologico [5]. In linea con l'OMS, si compone di differenti articoli che pongono l'attenzione sul consenso informato, sull'informazione dei luoghi del parto, sul supporto da parte di una persona di

fiducia e/o di un'ostetrica/co, sull'ambiente intimo e confortevole; sul rispetto dei tempi fisiologici del travaglio vietando le pratiche ostetriche innesessarie, sul libero movimento senza ricorrere all'imposizione della posizione supina e infine sulla promozione dell'allattamento al seno [6]. Di fatto, gli studi e i dati ISS 2010-2011 mostrano l'eccessiva medicalizzazione italiana all'assistenza alla maternità, evidenziando discrepanze regionali tra Nord e Centro-Sud (TC nel 2010 23,3% in Toscana e 59,3% in Campania) [7]. Tra i professionisti del percorso nascita "l'ostetrica è il care provider più appropriato ed efficiente nella cura e nella gravidanza e del parto/nascita normale" [8], con le core competenze volte a tutelare la donna/coppia e il bambino [9], ovvero competente e responsabile nella tutela dell'evento nascita e dalla quale le donne si aspettano la protezione a tutto campo. Sondare la pratica e i luoghi dove le ostetriche/ci operano consente di fotografare, anche se in piccola parte, i percorsi nascita offerti in Italia.

L'obiettivo di questo studio è sondare la tipologia di assistenza ostetrica offerta nei Punti Nascita italiani confrontandola con le indicazioni OMS per contenere la Violenza Ostetrica.

Materiali e metodi

Il primo step dello studio ha richiesto la revisione delle Linee Guida e le evidenze scientifiche di pratiche e procedure ostetriche applicate di routine, consultando PubMed, Cochrane e i documenti OMS. Si è proseguito creando *ad hoc* un questionario di 20 domande, pubblicato online da luglio a dicembre 2016, per intervistare le ostetriche/ci.

ABSTRACT

Objective

In 2014, the World Health Organisation (WHO) published a Declaration that defines the Obstetric Violence: "The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth". The objective of this study is to investigate and picture the type of assistance offered and employed by Italian Birth Centres, and to compare it to WHO's Guidelines to limit the Obstetric Violence.

Methodology

To fulfill the research objectives, Guidelines were analysed, together with scientific evidence regarding specific obstetric routine practices and procedures. Based on this data, an *ad hoc* survey was developed and published online from July until December 2016, to interview midwives.

Results

The survey was completed by n. 163 midwives employed in Birth Centres, mainly from North sample (104 questionnaires), compared to South (59). The analysis of the total responses to the survey revealed that the number of childbirths in 2016 in Northern Italy (43.3%) is decreasing, compared to that of Centre-Southern Italy (44.2%). Parental classes are offered by almost all Birth Centres. Occasionally, during these classes the completion of Birth Plan is offered (33.7% North vs 14% South),

and requesting it is rarely positively interpreted (33.7% North vs 2% South). The informed consent is discussed one-to-one (63.5% North vs 44.2% South) and often submitted during labour without any major differences among regions. One-to-one assistance is not always guaranteed (86.5% North vs 72.1% South). Free movement is encouraged in the first stage of labor (91.3% North vs 79.1% South), and foetal wellbeing in frequently monitored by means of cardiotocography during low-risk labor (40,4% North vs 60,5% South) and in the second stage, the lithotomy position is highly advised by almost all professionals. Generally, informed consent about episiotomy is offered only in 25,6% of the Southern Birth Centres. Early bonding of the baby is always allowed in the North (91.3%), and neglected in the Central-South regions.

Conclusion

Birth assistance in Italy does not fully respect WHO's Guidelines to limit the Obstetric Violence, due to the impact of "birth medicalisation". The survey shows incongruences between Northern and Southern Italy, also for the numerical discrepancy of the participants.

Keyword

Respectful maternity care, Obstetric Violence, obstetric practices, survey, midwives, Italy.



Risultati e discussione

Sono state compilate 163 interviste, di cui 104 dalle ostetriche operanti nei Punti Nascita delle regioni del Nord Italia e solamente 59 del Centro-Sud. Dall'analisi delle risposte (Tabella 1) si evince che il numero dei parti per l'anno 2016 del Nord è in diminuzione (43,3%) rispetto al Centro-Sud (44,2%). Quasi la totalità dei Punti Nascita offrono gli incontri prenatali, in ospedale o in consultorio, condotti dall'ostetrica/co e da altre figure professionali, durante i quali è prevista la visita alla sala parto e le informazioni sul contenimento naturale del dolore, il libero movimento, il cambio di posizione in travaglio e la possibilità di alimentarsi. Tuttavia, la compilazione del Piano del Parto [10] è possibile al Nord solamente nel 33,7% e al Centro-Sud nel 14%. La richiesta di tale documento viene accolta principalmente con diffidenza nel Nord, mentre nelle regioni meridionali, molte ostetriche (73%) ne ignorano perfino l'esistenza (Tabella 2).

Il consenso informato, basato giuridicamente sugli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione della Repubblica Italiana [11], non sempre viene discusso *one-to-one* (63,5% nel Nord vs 44,2% nel Centro-Sud) e viene spesso sottoposto in travaglio di parto [12] (Tabella 3).

Un aspetto fondamentale che incide sulla *care*, è l'ambiente della sala parto e la disposizione della sedia/lettino: infatti, per garantire la massima riservatezza, il letto andrebbe posto al lato della stanza e non davanti alla porta (2,9% davanti alla porta al Nord vs 9,3% al Centro-Sud) e i cuscini/gambali non dovrebbero essere già montati al letto richiamando alla passività e all'intervento medico (23,1% sempre montati al Nord vs 51,2% al

Tabella 1 - Numero Parti: differenze tra Nord e Sud

| | Nord | Centro-Sud |
|---------------------------------|-------|------------|
| I parti nell'anno 2016 | | |
| Nei Punti Nascita i parti sono: | | |
| - stabili | 37,5% | 32,6% |
| - in diminuzione | 43,3% | 23,3% |
| - in aumento | 19,2% | 44,2% |

Tabella 2 - L'informazione

| | Nord | Centro-Sud |
|---|-------|------------|
| Incontri d'Assistenza alla Nascita (IAN) | | |
| Offerti | | |
| - Sì | 97,1% | 93,0% |
| - No | 2,9% | 7,0% |
| Svolti | | |
| - In ospedale | 68,6% | 65,1% |
| - In consultorio | 56,9% | 46,5% |
| Condotti da | | |
| - Ostetrica | 91,3% | 79,1% |
| - Altro | 8,7% | 20,9% |
| Mostrate le sale travaglio/parto | | |
| - Sì | 86,5% | 81,4% |
| - No | 13,5% | 18,6% |
| Compilare il Piano del Parto | | |
| - Sì | 33,7% | 14,0% |
| - No | 66,3% | 86,0% |
| Piano del Parto accolta dagli operatori | | |
| - Con rispetto | 33,7% | 2,0% |
| - Con diffidenza | 52,0% | 25,0% |
| - Viene ignorata | 14,3% | 73,0% |
| Informazioni movimento/alimentarsi intravaglio | | |
| - Solo il libero movimento | 9,6% | 23,3% |
| - Solo la possibilità di alimentarsi | 1,0% | 2,3% |
| - Entrambi | 89,4% | 74,4% |

Tabella 3 - Il consenso informato

| | Nord | Centro-Sud |
|---|-------|------------|
| Il consenso informato è stato discusso <i>one-to-one</i> | | |
| - Sì, sempre | 63,5% | 44,2% |
| - No, mai | 3,8% | 9,3% |
| - Talvolta | 32,7% | 46,5% |
| Il consenso informato è stato sottoposto durante il travaglio di parto | | |
| - Sì | 42,3% | 37,2% |
| - No | 20,2% | 23,3% |
| - Talvolta | 37,5% | 39,5% |

Tabella 4 - L'ambiente

| | Nord | Centro-Sud |
|---|-------|------------|
| Il letto in sala parto è situato | | |
| - A lato | 45,2% | 37,2% |
| - Al centro della stanza | 51,9% | 53,3% |
| - Davanti alla porta | 2,9% | 9,3% |
| I gambali/cosciali sono montati al letto | | |
| - Sempre | 23,1% | 51,2% |
| - Talvolta | 34,6% | 34,9% |
| - Mai | 42,3% | 14,0% |

Tabella 5 - La continuità assistenziale

| | Nord | Centro-Sud |
|--|-------|------------|
| Il supporto | | |
| La presenza di una persona di fiducia scelta dalla donna | | |
| - Sempre possibile | 100% | 100% |
| La presenza dell'ostetrica libero-professionista scelta dalla donna | | |
| - Sì | 27,9% | 25,6% |
| - No | 52,9% | 62,8% |
| - Talvolta | 19,2% | 11,6% |
| <i>One-to-one</i> un'ostetrica per ogni donna per tutto il travaglio/parto | | |
| - Sì | 86,5% | 72,1% |
| - No | 13,5% | 27,9% |

Centro-Sud) [13] (Tabella 4). Il sostegno emotivo di una persona di fiducia è sempre possibile, mentre il supporto *one-to-one* nella fase attiva del travaglio continua a non essere pienamente garantito (86,5% al Nord vs 72,1% al Centro-Sud), inoltre, l'impossibilità dell'ostetrica libero professionista di accompagnare la donna in sala parto e assisterla è simile in tutta Italia (Tabella 5). Il libero movimento è consigliato in travaglio di parto (91,3% al Nord vs 79,1% al Centro-Sud), anche con l'analgia epidurale (89,4% Nord vs 69,8% Centro-Sud) ed è favorito dagli ausili come lo sgabello olandese, la palla. È possibile utilizzare la vasca per il travaglio e il parto nelle regioni del Nord (59,6%), mentre al Centro-Sud è spesso impossibile dall'assenza della vasca (53,5%). La posizione litotomica durante il secondo stadio del travaglio, purtroppo, è ancora molto utilizzata (75% al Nord vs 83,7% al Sud, Tabella 6) e si esegue l'episiotomia di routine nel 25,6% al Centro-Sud (Tabella 7).

L'attaccamento precoce del neonato, per favorire l'allattamento, è sempre possibile nelle regioni del Nord (91,3%) rispetto al Centro-Sud, messo in atto solamente nel 48,8% e mai nel 9,3% (Tabella 8).

Tabella 6 - La libera posizione

| | Nord | Centro-Sud |
|--|-------|------------|
| Libero movimento e posizioni | | |
| In sala parto sono presenti ausili come materassini, palla e sgabello olandese | | |
| - Sì | 97,1% | 88,4% |
| - No | 2,9% | 11,6% |
| È presente una vasca per immersione | | |
| - Usata solo per il travaglio | 17,3% | 20,9% |
| - Usata anche per il parto | 59,6% | 25,6% |
| - Non c'è | 23,1% | 53,5% |
| In travaglio viene consigliato il libero movimento e cambio di posizione | | |
| - Sì | 91,3% | 79,1% |
| - Talvolta | 8,7% | 20,9% |
| Movimento e analgesia | | |
| - Sì | 89,4% | 69,8% |
| - No | 10,6% | 30,2% |
| Valutazione del benessere fetale nel travaglio a basso rischio | | |
| - CTG in continuo | 40,4% | 60,5% |
| - Auscultazione intermittente | 33,7% | 9,3% |
| Nel secondo stadio si utilizza la posizione litotomica | 75,0% | 83,7% |

Tabella 7 - La pratica dell'episiotomia

| | Nord | Centro-Sud |
|------------------------------|-------|------------|
| Episiotomia | | |
| Esiste il consenso informato | | |
| - Sì | 12,6% | 16,3% |
| - No | 87,4% | 83,7% |
| Dove esiste viene firmato | | |
| - Prima del travaglio | 53,3% | 50,0% |
| - Dopo il travaglio | 46,7% | 50,0% |
| Pratica utilizzata | | |
| - Sempre | 5,8% | 25,6% |
| - Quasi mai | 33,7% | 11,6% |
| - Solo in alcuni casi | 60,6% | 62,8% |

Tabella 8 - L'attaccamento precoce del neonato

| | Nord | Centro-Sud |
|---|-------|------------|
| L'attaccamento precoce del neonato quando possibile, viene permesso immediatamente dopo la nascita | | |
| - Sempre | 91,3% | 48,8% |
| - In alcuni casi | 8,7% | 41,9% |
| - Mai | - | 9,3% |

Conclusioni e proposte future

Nonostante la ridotta numerosità del campione, i risultati dello studio permettono di sondare e fotografare la tipologia di assistenza ostetrica offerta nei Punti Nascita italiani confrontandola con le indicazioni OMS per contenere la Violenza Ostetrica.

Innanzitutto emerge la scarsa adesione da parte delle ostetriche/ci delle regioni meridionali, lasciando ipotizzare un manchevole interesse al tema oppure la rassegnazione culturale all'evento nascita medicalizzato. Dallo studio si evince le divergenze tra Punti Nascita del Nord e Centro-Sud, in particolare si osserva nell'area Centro-Meridionale la minore considerazione delle indicazioni OMS circa il libero movimento, l'assistenza *one-to-one* e la gestione del secondo stadio del travaglio. D'altro canto, molte professioniste ignorano l'esistenza del Piano del Parto, che invece potrebbe rappresentare la possibilità delle donne di partecipare attivamente all'evento nascita, esprimendo i propri desideri e rendendole autonome. Nelle regioni del Nord questo documento è maggiormente diffuso e, nei Punti Nascita più all'avanguardia, la richiesta della sua compilazione viene accolta con rispetto ed entusiasmo.

Per rendere le donne consapevoli e informate, tutto il territorio italiano dovrebbe fornire un'Agenda di Gravidanza, come nella regione Piemonte, i cui contenuti sono basati sulle evidenze scientifiche e sulle Linee Guida del Ministero della Salute sulla Gravidanza Fisiologica. Questa rappresenta uno strumento utile alla donna per assumere informazioni circa la gravidanza, il parto e il puerperio, sugli stili di vita consigliati e le azioni di prevenzione. All'interno dell'Agenda sono presenti le impegnative per le indagini appropriate per la gravidanza fisiologica previste dal Profilo Assistenziale Regionale, utilizzabili anche dalle ostetriche/ci per la prescrizione degli esami.

Per migliorare la continuità dell'assistenza *one-to-one*, per tutto il Percorso Nascita, si propone la possibilità alle ostetriche/ci libero professioniste di poter assistere all'evento nascita, come avviene in Germania. Infine, i Punti Nascita delle regioni del Nord sembrerebbero più conformi all'OMS rispetto alle regioni meridionali, segno di un'Italia purtroppo divisa anche sulla cultura della nascita.

Bibliografia

- [1] WHO (1985): Appropriate technology for birth. The Lancet ii pag 436-37
- [2] OMS. *La prevenzione ed eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere* 30 settembre 2014. WHO_RHR_14.23 Traduzione di A. Battisti e E. Skoko, con il contributo del Centro Collaboratore con l'OMS per la Salute Materno Infantile IRCCS Burlo, Trieste, Italia
- [3] Rogelio Pérez d'G. *Obstetric Violence: A new legal term introduced in Venezuela*. International Journal of Gynecology and Obstetrics. Volume 111, Issue 3: 201-202. Dicembre 2010.
- [4] *Second Hemispheric Report of the Implementation of the Belém do Parrá Convention. Mechanism to Follow Up the Implementation of the Convention of the Prevention, Punishment and Eradication of Violence against women (MESECVI)*. Cap. 1: Legislation. 1.11 Legislation protecting women's sexual and reproductive rights. Aprile 2012
- [5] Rapisardi R., *Violenza Ostetrica, quegli abusi in corsia vissuti dalle donne italiane*. L'Espresso. www.espresso.repubblica.it - 27 aprile 2016
- [6] Atti parlamentari. Camera dei Deputati. XVII Legislatura. Disegni di legge e relazioni. Documenti. Proposta di Legge d'iniziativa del Deputato Zaccagnini. Norme per la tutela della partoriente e del neonato e per la promozione del parto fisiologico. Presentata l'11 marzo 2016
- [7] Skoko E., *HRiC Political Activism Coordinator in Italy. Maternity Care System*. www.humanrightschildbirth.org - 26 settembre 2014
- [8] OMS "Care in normal birth: A practical guide". Report of a Technical working group. Publication no. WHO/FRH/MSM/96.24. Geneva: The Organization; 1996. Ultima consultazione ottobre 2014
- [9] Camera M., Mascolo M. R. "Le competenze infermieristiche e ostetriche. Metodi e strumenti per costruirle e comunicarle". Libreriauniversitaria.it. edizioni, Webster srl, Padova dicembre 2012
- [10] Il Piano del Parto rappresenta un documento che la donna redige insieme al partner e all'ostetrica, indicando le sue preferenze circa l'assistenza che vorrebbe ricevere in travaglio, parto e *post-partum*. Esso è molto diffuso negli Stati del Nord Europa, e in Italia nell'Agenda di Gravidanza della Regione Piemonte G. Gamberini. Il Piano del Parto: un patto fra ginecologi, ostetrici e la coppia. L'arte del comunicare in Ginecologia ed Ostetricia. AUSL Rimini
- [11] Costituzione della Repubblica Italiana. Parte I. Diritti e doveri del cittadino. Titolo II. Rapporti etico-sociali
- [12] C. Leonardi, A. Marchi. Il consenso informato: proposta di un sistema organizzativo per l'acquisizione del consenso informato riguardo le principali procedure invasive ostetriche e ginecologiche. *Maieutikos*. Periodico di informazione scientifica dell'Associazione Italiana di Ostetricia. Anno 3. Numero 1/2016. Pag. 6-10
- [13] R. Spandrio, A. Regalia, G. Bestetti. "Fisiologia della nascita. Dai prodromi al *post-partum*". Parte terza: il luogo. Pag. 280-83. Aprile 2015

Ruolo ostetrico nella prevenzione del parto pretermine

Midwife role in the prevention of preterm delivery



Autrici

Lucrezia Polano

Università degli Studi di Firenze
Master I livello "Diagnostica clinica, strumentale e di laboratorio a supporto delle decisioni dell'ostetrica/o"
polano.lucrezia@pec.collegioostetricheudpn.it

Maria Luisa Del Frari

Università degli Studi di Udine
Corso di Laurea in Ostetricia
luisa.delfrari@uniud.it

Lorenza Driul

Università degli Studi di Udine
Dipartimento di Area Medica – DAME
lorenzadriul@uniud.it

Background

Il parto pretermine (PPT) avviene prima di 37 settimane complete di gravidanza ed è la principale causa di morbidità e mortalità fetale [1]. La minaccia di parto pretermine complica il 6-7% delle gravidanze.

Il PPT è stato caratterizzato come una sindrome di origine multifattoriale e con manifestazioni eterogenee [2].

L'epidemiologia ha identificato diversi fattori di rischio (anamnestici pregressi, attuali, psicosociali e locali), ma circa la metà dei PPT avvengono in gestanti senza cause identificabili. I microrganismi più comunemente associati al PPT sono: *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Streptococcus agalactiae* ed *Escherichia coli*.

RIASSUNTO

Lo studio ha lo scopo di valutare l'accuratezza del test cervicovaginale alla fibronectina fetale (fFN) e la cervicometria nel predire il rischio di parto pretermine (PPT).

L'indagine retrospettiva è stata condotta mediante la consultazione delle cartelle ostetriche del Presidio Ospedaliero Universitario di Udine per un periodo di 2 anni e 9 mesi. Nei casi di gravide con test FN positivo il parto è stato espletato entro una media di 7,67 giorni, mentre nei casi negativi la nascita è avvenuta entro una media di 14 giorni. La cervicometria al momento della presa in carico della donna è risultata inferiore a 25 mm nel 68% dei casi. Nella valutazione della gravida a rischio di PPT può essere utilizzato il test FN per indagare il possibile andamento della gravidanza nei successivi 7-10 giorni, integrando queste informazioni con la cervicometria. È consigliata l'introduzione nella pratica clinica del nuovo test IGFBP-1/fFN ma richiede ulteriori indagini a più larga scala. L'ostetrica è coinvolta nella prevenzione delle infezioni urogenitali con un counselling sull'igiene della gravidanza e, con il contributo di altri professionisti, si può avvalere di metodiche biochimiche e strumentali.

Parole chiave

Parto pretermine, counselling, fibronectina, cervicometria, biomarcatori predittivi.

ABSTRACT

The aim of the study is to evaluate the accuracy of the cervicovaginal test on fetal fibronectin (fFN) and cervicometry in predicting the risk of premature delivery (PPT).

The retrospective research was conducted by consulting the obstetric records of the University Hospital in Udine for a period of 2 years and 9 months. In the case of pregnant women with positive fFN, delivery was completed within an average of 7.67 days, while in the case of negatives the birth occurred within an average of 14 days. Cervicometry was less than 25 mm (cut off) in 68.3% of cases. In the evaluation of pregnant women at risk of PPT, the FN test may be used to investigate the progression of pregnancy over the next 7 to 10 days, supplementing this information with cervicometry. It is recommended to introduce the clinical practice of the new IGFBP-1/fFN test, but it requires further large-scale investigations.

The midwife is involved in the prevention of urogenital infections with a counseling on pregnancy hygiene and with the collaboration of other professionals, she can use biochemical and instrumental methods.

Keywords

Re term birth, counseling, fibronectin, cervicometry, predictive biomarkers.

Un ruolo decisivo è svolto dalla prevenzione di queste infezioni, aspetto fondamentale che l'ostetrica deve valutare sia nel periodo pre-concezionale e sia durante la gestazione, informando le donne sull'igiene nella gravidanza e sui segni e sintomi a cui devono prestare attenzione per individuare precocemente una eventuale problematica. In questo modo l'ostetrica stimola nella gravida una maggior consapevolezza e attenzione alla salute propria e del feto.

Non esiste un trattamento universalmente accettato né è ancora stato definito un test o esame di *screening* idoneo per il PPT.

I test non invasivi misurano i marcatori biochimici quali la fibronectina fetale cervicovaginale (fFN), la proteina legante il fattore di crescita insulinosimile fosforilato 1 (plGF1) o l'estriolo salivare.

Generalmente dal punto di vista ecografico, il *cut-off* per la cervicometria è fissato a un valore di 25 mm: una misurazione della lunghezza cervicale inferiore a 25 mm costituisce un eccellente indicatore di un aumentato rischio di PPT [4].

La combinazione della cervicometria e del test FN per lo *screening* delle donne sintomatiche e asintomatiche sembra comportare una maggiore sensibilità e un maggiore valore predittivo positivo nel predire il parto pretermine, rispetto all'esecuzione del solo test FN [5], inoltre può proteggere la madre e il feto da eventuali effetti collaterali di tocolitici e corticosteroidi non necessari, diminuendo sia l'onere dei centri perinatali sia lo stress e l'ansia delle famiglie [6].

Il test FN è un esame effettuato dal personale medico e ostetrico che, associato alla cervicometria, permette di guidare e gestire la progettazione di strategie di interventi più efficaci e mirati nei confronti delle donne ad alto rischio di nascita prematura [7].

L'ostetrica alla luce di queste conoscenze pianifica un processo di *midwifery management* che contempla sia gli aspetti clinici sia quelli psicologici. Tramite questo approccio è possibile diminuire lo stress, noto come fattore di rischio. La combinazione di queste due metodiche (fFN+cervicometria), in associazione alla semeiotica ostetrica, per-



mette ai professionisti della nascita di conoscere maggiormente la situazione al fine di comprenderne l'andamento clinico.

Lo scopo dello studio è di indagare quanto queste due metodiche poste in associazione siano utili nel predire il rischio di PPT in donne sintomatiche.

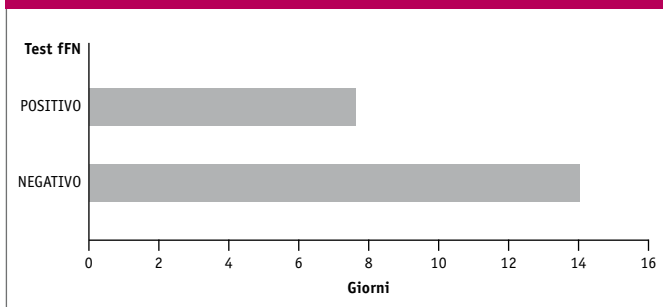
Metodi

Lo studio di tipo retrospettivo si è svolto presso la Clinica Ostetrica dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUIUD) dal 1° gennaio 2014 al 30 settembre 2016.

Sono stati selezionati casi clinici con gravidanza singola e diagnosi, in ingresso, di minaccia di parto pretermine o travaglio di parto pretermine e, alla dimissione, di parto prematuro.

Di ogni gravida sono stati raccolti dati anamnestici e attenti monitoraggi clinici, laboratoristici e strumentali

Figura 1. Giorni trascorsi dal test ffN al parto



fino all'espletamento del parto, riportando i dati più significativi. Tutto questo per poter ottenere indicazioni esaustive riguardo alle varie tappe del percorso assistenziale, in quanto l'operato dei professionisti sanitari può influenzare e modificare positivamente o negativamente l'andamento della situazione clinica.

I dati ricavati sono stati rielaborati/interpretati mediante l'ausilio del foglio elettronico Microsoft Excel 2010. Per lo studio delle associazioni è stato utilizzato il test del Chi quadrato o il test Esatto di Fisher.

Lo studio è stato autorizzato dalla Direzione Sanitaria dell'ASUIUD per la rilevazione dei dati - Protocollo n. 38816 del 5 luglio 2016.

Risultati

Lo studio ha coinvolto 60 pazienti con minaccia di parto pretermine e successivo espletamento del parto prima delle 37 settimane gestazionali.

L'età media dei soggetti in esame è 31,9 anni con DS di 502. Il valore medio dei BMI è 25,7 con DS di 4,27, mentre per quanto riguarda la nazionalità 37 gravide (61,7%) sono italiane mentre le restanti 23 (38,3%) sono straniere.

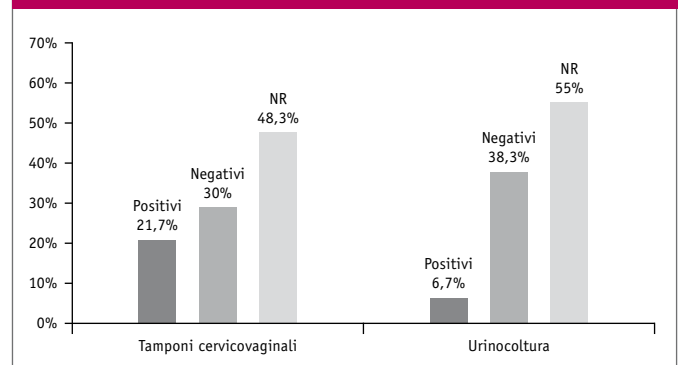
Le donne che sono giunte all'ASUIUD da altro punto nascita regionale sono 29 ovvero il 48,3% delle donne prese in esame.

L'epoca gestazionale media al momento del ricovero è di 29 settimane più 6 giorni (209 giorni), mentre la media dell'epoca di espletamento del parto è di 30 settimane più 6 giorni (216 giorni). Mediamente il tempo che trascorre dal momento del ricovero al momento del parto è di 7,41 giorni.

Le gravide ritenute a rischio di parto pretermine nella attuale gravidanza sono il 43,3% per pregresso PPT, pPROM e almeno 2 precedenti aborti spontanei.

Il 58,3% delle pazienti con minaccia di parto pretermine presenta un decorso patologico per la presenza di diabete gestazionale, patologie uterine, colestasi, disturbi della coagulazione, ipotiroidismo, feto IUGR, patologie placentari, problemi ipertensivi, infezioni virali (HCV o VZV): queste condizioni in alcuni casi sono co-presenti. Singolarmente si sono riscontrati problemi a carico del

Figura 2. Indagini microbiologiche



feto quali arteria ombelicale unica e patologie cardiache e polmonari.

Le infezioni genitourinarie sono state riscontrate nel 25% delle donne. In questi casi la frequenza dei ceppi microbici è la seguente (in alcuni casi le infezioni risultano copresenti):

- 9 positive a *Ureaplasma urealyticum*;
- 6 positive a *Escherichia coli*;
- 2 positive a *Mycoplasma hominis*;
- 2 positive a *Klebsiella pneumoniae*.

Il test alla fibronectina è stato effettuato in 6 casi su 60, nei restanti 54 non è stato rilevato questo parametro. Nei casi in cui il test è stato svolto (10%) si è dimostrato positivo in 3 donne (50%) e negativo in altre 3 (50%).

Considerando i casi con test FN positivi, il tempo medio intercorso dal risultato del test al parto è di 7,67 giorni, mentre nei casi con FN negativi il tempo medio trascorso è 14 giorni. Al ricovero l'attività contrattile è stata riscontrata nel 23,3% delle gravide. La terapia tocolitica mediante atosiban è stata avviata in 46 casi (87%).

Il parto è stato spontaneo in 40 casi (67%), nei restanti 20 (33%) si è optato per un taglio cesareo.

Il peso dei neonati alla nascita è stato suddiviso in classi di frequenza che riportano come unità di misura i grammi: 0-1000 in 14 casi, 1000-2000 in 24 neonati, 2000-3000 in 20 casi e 3000-4000 in un singolo caso. In un solo caso clinico il peso non è stato rilevato.

I tamponi cervicovaginali si sono dimostrati positivi in 13 casi (21 negativi in 18 (30%) e negli altri 29 casi (48,53%) non sono stati valutati.

Per quanto riguarda la cervicometria i dati raccolti hanno sottolineato come al momento del ricovero fosse minore o uguale a 25 mm in 41 casi (68,3%), compresa tra 25 e 35 mm in 4 casi (6,7%) e solo in un caso (1,7%) maggiore a 35 mm. In 14 casi (23,3%) non è stata rilevata la cervicometria. Successivamente la valutazione del funneling ha evidenziato che 14 donne (23,3%) erano positive per questa variabile.

Non è stata riscontrata un'associazione statisticamente significativa ($p=0,479$) tra cervicometria inferiore a 25 mm e positività o negatività ai tamponi cervicovaginali come nel caso di cervicometria inferiore a 25 mm ed espletamento del parto entro 7 giorni dal ricovero ($p=0,108$).

Conclusioni

Le stime riportano che ogni anno i parti pretermine sono 15 milioni, di cui 1,1 milioni esitano con la morte del neonato a causa delle complicazioni dovute alla prematurità [8]. Per queste motivazioni il parto pretermine rappresenta una delle cause maggiori di morbilità e mortalità perinatali.

È indispensabile incentivare l'azione preventiva mediante il riconoscimento, la modificazione e l'eliminazione dei fattori di rischio, identificando le pazienti ad alto rischio. Nello studio le donne che rientrano nella classe d'età a rischio (>35 anni) sono 18 e ciò significa che circa un terzo della popolazione poteva essere considerata a rischio per il fattore età.

Le gravide straniere rappresentano il 38,3% e questo dato sottolinea l'importanza di seguire attentamente queste donne durante tutta la gravidanza; un obiettivo ancora più importante è riuscire a individuarle in fase pre-concezionale o alle prime settimane di gravidanza per intraprendere un corretto stile di vita al fine di ridurre i rischi di PPT.

Il 48,3% dei trasferimenti da altre Unità Operative è avvenuto tramite il Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e ciò presuppone che nell'Unità in cui si è presentata inizialmente la donna il problema sia stato recepito e individuato tempestivamente. Questo atteggiamento è risultato positivo in considerazione del fatto che la gravida, con clinica preponderante per minaccia di parto, sia giunta all'ospedale di livello superiore con il feto ancora in utero, la condizione di trasporto considerata più sicura.

Le donne con almeno un precedente aborto sono il 46,7% della popolazione considerata e le donne con un

pregresso parto spontaneo l'11,6%. In anamnesi molte di queste donne presentavano entrambi i fattori di rischio. La valutazione dei fattori di rischio, come riportato dalla letteratura, non è facile considerando che il PPT può verificarsi anche in loro assenza; lo studio riporta che il 41,7% ha un decorso fisiologico e le gravide con assenza di fattori di rischio, relativi all'anamnesi ostetrica remota, sono 25 su tutto il campione. L'eziologia del parto pretermine è ancora parzialmente sconosciuta, ma si ritiene che svolga un ruolo chiave il processo infettivo-infiammatorio; 25% delle gravide campionate è risultata positiva a processi infettivi a livello genitourinario con una prevalenza di *Ureaplasma urealyticum* ed *Escherichia coli* come confermato dai dati riportati dalla letteratura [4]. Non si è evidenziata una associazione statisticamente significativa ($p=0,479$) tra cervicometria inferiore a 25 mm e tamponi cervicovaginali.

Dai dati raccolti si può notare come il test alla FN rispecchia nel tempo l'esattezza del suo risultato: nei casi in cui il test è risultato positivo il parto si è espletato entro i 7-10 giorni, mentre nei casi negativi il parto non è avvenuto entro il range di giorni considerato. Questi risultati necessitano di una contestualizzazione per cui emerge come i test alla fibronectina effettivamente eseguiti siano un numero molto esiguo e di conseguenza generalizzare i dati risulta pressoché impossibile. Non c'è associazione statisticamente significativa ($p=0,108$) tra cervice inferiore a 25 mm ed espletamento del parto prima di 7 giorni dal ricovero.

Lo studio ha evidenziato una associazione statisticamente significativa tra la cardiocografia e il valore di Apgar al momento della nascita ($p=0,044$).

Vaccinazioni raccomandate effettuate in gravidanza, nessun danno per i bambini



Esistono studi limitati sulla sicurezza a lungo termine nei bambini rispetto ai vaccini somministrati alla madre durante la gravidanza. I risultati dello studio coordinato da Lakshmi Sukumaran, dei Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, supportano la sicurezza delle attuali raccomandazioni per la vaccinazione per influenza e per tetano, difterite e pertosse durante la gravidanza. Utilizzando i dati del Vaccine Safety Datalink (VSD), un database sulla sicurezza dei vaccini, e prendendo in considerazione gli anni dal 2004 al 2014, i ricercatori hanno abbinato approssimativamente 25.000 bambini che erano stati ricoverati durante i primi 6 mesi di vita a neonati che non erano stati ricoverati.

I bambini nati da donne che effettuano i vaccini raccomandati durante la gravidanza non presentano un rischio aumentato di morbilità neonatale o di mortalità nei primi sei mesi di vita. I ricercatori del Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, sottolineano di non aver valutato i rischi di ricovero ospedaliero e mortalità infantile in bambini nati da gestazione multipla, in neonati molto pretermine e in quelli con gravi difetti alla nascita, e che quindi i loro riscontri non sono generalizzabili a queste popolazioni (*Pediatrics* 2018. Doi: 10.1542/peds.2017-3310 <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2018/02/16/peds.2017-3310>).



Bibliografia

Una delle variabili centrali di questo studio, oltre al test fFN, è la cervicometria. I valori di cervice residua evidenziano come questo parametro sia uno dei più utilizzati nella formulazione della diagnosi.

In conclusione il personale medico e ostetrico, nella valutazione della donna ricoverata con reale rischio di parto pretermine, oltre alla semeiotica ostetrica potrebbe utilizzare il test alla fibronectina come strumento per indagare il possibile andamento della gravidanza nel successivo periodo di 7-10 giorni. Integrando queste informazioni con i risultati della cervicometria si pongono le basi per una corretta valutazione della situazione. Nei casi meno eclatanti è più indicativo eseguire delle cervicometrie seriate per discriminare una dilatazione passiva o la conseguenza di un processo attivo di travaglio pretermine.

Nella valutazione della gravida sono necessari anche i risultati microbiologici, in particolare la ricerca di *marker* che possano aiutare il personale sanitario ad avere una visione più a lungo termine di quello che potrebbe succedere. In tal senso la fibronectina ha un alto valore predittivo negativo, perciò nella pratica clinica è più utile per escludere che per confermare la diagnosi.

- [1] Cipullo S., Cipullo G., De Falco C.L., Ruggiero A. "La sindrome del parto pretermine: lo stato dell'arte" *Med 2000 Journal* 2015 1:47-51
- [2] Gerosa V., Crescini C. Parto pretermine: l'importanza della prevenzione, *Maietukios*, anno 3, numero 112016
- [3] Pescetto G., De Cecco L., Pecorari Do, Ragni N. "Ginecologia e Ostetricia". Editrice universot Roma, 4ª edizione, 2009
- [4] Falduzzi C. et al. "Management del parto pretermine" *Giorn. It. Ost Gino*, volume 33 numero 3, 131-136, Maggio-Giugno 2011
- [5] Heng Y.J. et al., "Human cervicovaginal fluid biomarkers to predict term and preterm labor". *Frontiers in Physiology*, volume 6, articolo 151, 13 maggio 2015
- [6] Vis J.Y. et al., "Cost-effectiveness of fibronectin testing in a triage in women with threatened preterm labor: alleviation of pregnancy outcome by suspending tocolysis in early labor (APOSTEL4 trial)" *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2009
- [7] Chan R.L. "Biochemical markers of spontaneous preterm birth in asymptomatic women" *BioMed Research International*, volume 2014, article ID 164081-
- [8] Georgiou H.M., Di Quinzio M.K.W., Permezel M., Brennecke S.P. "Predicting Preterm Labour: Current Status and Future Prospects" *Hindawi Publishing Corporation Disease Markers Volume 2015*, Article ID 435014



LVCINA

LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

LUCINA - LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

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

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

Periodicità: trimestrale

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

Sono trattate anche problematiche legali di interesse professionale.

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

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

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

COME RICEVERE LA RIVISTA

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

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

Informiamo che secondo quanto disposto dall'art. 13, comma 1, della Legge 675/96 sulla "Tutela dei dati personali", ciascun iscritto agli Ordini 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 all'Ordine di appartenenza e per conoscenza alla Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica.

NORME EDITORIALI

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

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

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

Gli autori dovranno firmare l'articolo e fornire:

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

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



Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica

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

FNOPO
Federazione
Nazionale
degli Ordini
della Professione
di Ostetrica

WWW.FNCO.IT