

## La nascita: il ruolo dell'ostetrica oggi

M. Napolitano - M. Vicario

Didascalia non specificata

**Parole chiavi:** umanizzazione - responsabilità - competenza.

### Premessa

Nel corso delle diverse stagioni dell'Etica Medica la nascita da evento naturale, spontaneo, tipico della famiglia e del vicinato è diventato un fenomeno complesso sempre più tecnicizzato che ha influenzato il modello maternità, il modello professionale ed il modello assistenziale.

**Nell'epoca premoderna** - ETICA MEDICA - il valore dominante era il **principio di beneficità** e la donna era una "buona ed ubbidiente paziente" che stringeva un patto di "alleanza terapeutica con il suo medico e/o la sua ostetrica sulla base del principio del paternalismo benevolo. Sulla base di tale principio la donna vedeva l'ostetrica ed il ginecologo come professionisti di indiscussa professionalità i quali godevano di una "immunità professionale"

**Nell'epoca moderna** - BIOETICA - il valore dominante diventa il **principio di autonomia** e la donna diventa "partecipante" e condivide una "partnership" con il suo medico e/o la sua ostetrica, sulla base del principio di un'autorità democraticamente condivisa. Sulla base di tale principio alla donna viene somministrato il consenso informato e le viene offerta la possibilità di scegliere in piena libertà il trattamento diagnostico-terapeutico. (esempio: autodeterminazione della donna/Taglio Cesare a richiesta).

**Nell'epoca postmoderna** - ETICA DELL'ORGANIZZAZIONE - il valore dominante diventa il **principio di giustizia** e la donna diveniva "cliente giustamente soddisfatta o consolidata" (oggi ampiamente rimborsata sulla base degli esosi riconoscimenti per danni subiti al termine di contenziosi medico-legali). Il "buon rapporto" diventa una "stewardship" (fornitore di servizi-clienti) ed un "contratto di assistenza: azienda/popolazione" sulla base del principio di una "leadership morale, scientifica organizzativa". Sulla base di tale principio la Buona Medicina si interroga sempre più sul quesito "Quale principio ottimizza l'uso delle risorse e produce un paziente cliente soddisfatto?"

**6° Corso** **AOGOI**  
ASSOCIAZIONE  
OSTETRI- GINECOLOGI  
CAMPIDANESI ITALIANI

di Aggiornamento Teorico Pratico in  
Medicina Embrio-Fetale e Perinatale

**18 - 21 Maggio 2006**  
Villasimius, Cagliari, Tanka Village Resort

Patrocinato da:

|         |  |
|---------|--|
| WAPM    | World Association of Perinatal Medicine              |
| EAPM    | European Association of Perinatal Medicine           |
| MED-UOG | Mediterranean Ultrasound Obstetrics and Gynecology   |
| SIEOG   | Società Italiana di Ecografia Ostetrica-Ginecologica |
| SIOS    | Società Italiana Ospedaliera per la Sterilità        |

**PRESIDENTI DEL CORSO**  
Antonio Chiantera  
Gianfranco Marongiu  
Carlo Sbirali

**DIRETTORE DEL CORSO**  
Giovanni Manai

Con tale premessa appare comprensibile come la donna/utente di oggi, figlia di una società "salutogenica" tipica dell'epoca post-moderna - Etica dell'organizzazione - mal tollera che la gravidanza, condizione del tutto fisiologica, possa tuttavia complicarsi in modo non sempre prevedibile, con l'insorgere di patologie a carico della madre, del feto o di entrambi. L'indisponibilità a comprendere ed accettare, da parte della donna, di tale evenienza sono il frutto sia dell'estrema medicalizzazione quanto della qualità delle informazioni che, attraverso vari canali, arrivano alla stessa.

È questo il contesto socio-sanitario nel quale gli operatori del settore perinatale esprimono la loro professionalità cercando di mediare tra il principio di giustizia ed una leadership morale, scientifica organizzativa, processo che richiede un forte impegno degli operatori nel garantire la sicurezza nel rispetto della natura e dei suoi tempi.

Sulla base di tale premessa appare chiaro che non è possibile pensare, oggi, ad un ruolo dell'ostetrica/o pensando alla nascita come un fenomeno avulso dal contesto sociale.

#### **L'ostetrica/o e la Stewardship**

Nella continua ricerca del migliore trattamento assistenziale che ottimizzi l'uso di risorse e produca una paziente/cliente soddisfatta, nel rispetto del principio di giustizia, l'ostetrica di oggi rispetto alla sua collega di inizio secolo (epoca moderna) è titolare di un "saper divenire" che le fornisce una flessibilità/duttilità adattabile alle diverse situazioni che possono riferirsi alle tipologie di fecondazione (spontanea o indotta), al contesto organizzativo assistenziale, alla potenzialità psicofisica della donna, al modello formativo degli operatori sanitari ed al loro modello professionale etc...

Conseguentemente si possono ipotizzare i seguenti quesiti:

##### **• Al quale tipo di gravidanza ci si vuole riferire?**

- Un tipo di gravidanza estremamente medicalizzata (una gravidanza medicalmente assistita/una gravidanza a rischio/una gravidanza fisiologica che la donna vive come evento difficile e/o patologico?

- Una gravidanza durante la quale la donna, ha sviluppato *empowerment*?

**• A quale tipo di ostetrica si vuole fare riferimento visto che il comportamento posto in essere dal professionista deriva da suo modello formativo, nonché dal suo modello professionale tipico del contesto nel quale ha sviluppato la sua cultura professionale ?**

- Un'ostetrica che, pur essendo specialista per la fisiologia, se cresciuta professionalmente in un contesto organizzativo specificamente interventistico e tecnicizzato, non sa perché non è stata educata a rispettare i tempi della natura?

- Un'ostetrica/o che, come specialista per la fisiologia, ha sviluppato l'*empowerment* professionale ed ha promosso lo sviluppo dell'*empowerment*, nella donna gravida?

#### **A quale tipo di gravidanza si vuole fare riferimento?**

**Rispondendo al quesito relativo "a quale tipo di gravidanza ci si intende riferire? si potrà dire:**

a) un tipo di gravidanza estremamente medicalizzata

Nella fattispecie si può fare riferimento ad una gravidanza estremamente medicalizzata nel caso di una gravidanza medicalmente assistita (PMA), di una gravidanza a rischio o di una gravidanza fisiologica che la donna vive come evento difficile e/o patologico.

#### **La PMA**

La sterilità di coppia è una problematica clinica molto diffusa e si stima che circa il 10-15% delle coppie in età riproduttiva debba affrontare problemi di ipofertilità o sterilità a disposizione delle quali la Medicina pone tutta una vasta gamma di offerte assistenziali più o meno invasive ma sempre impegnative. La gestione della gravidanza medicalmente assistita (PMA), che ha richiesto impegno psicologico, fisico, economico e morale, troppo spesso, viene vissuta come una vera e propria malattia che ha una "prognosi" quasi sempre riservata e vincolata alla scelta terapeutica (modalità di espletamento del parto). In tale condizione può considerarsi condivisibile un atteggiamento di estrema vigilanza e prudenza nella gestione del fenomeno gravidico in tutto il periodo perinatale durante il quale, troppo spesso, si eccede nel monitoraggio clinico, laboratoristico e strumentale. Nel caso specifico tanto la donna/coppia quanto gli operatori sanitari stessi programmano, quasi sempre congiuntamente, la realizzazione di un taglio cesareo iterativo (T.C.I.) nel quale l'ostetrica, come membro dell'equipe chirurgica interprofessionale, ha un suo ruolo ben preciso nella fase pre/intra e post operatoria. Caratteristica fondamentale della multidisciplinarietà è quella di programmare, con la logica dell'integrazione professionale, le modalità ed i tempi del percorso assistenziale ed un impiego coordinato efficiente ed efficace di tutte le risorse umane e materiali.

### La gravidanza a rischio

Per cause materne o fetali o materno-fetali una gravidanza può associarsi a fattori di rischio che connotano la stessa come una patologia che può preesistere od insorgere durante la gestazione e che può, anche, progredire con una prognosi infausta. Nella fattispecie una gravidanza a rischio che, gestita in una struttura di terzo livello assistenziale (Livelli Assistenziali Progetto Obiettivo Materno Infantile - POMI) codificata come sub intensiva, richiede una grande attenzione e vigilanza da parte di tutti gli operatori sanitari ed uno specifico monitoraggio materno-fetale. In tale contesto il ruolo dell'ostetrica/o non è certamente quello descritto dall'articolo 139 T.U. capo III, sezione II, nel quale, con il riferimento "Delle levatrici" si recitava:

*"La levatrice deve richiedere l'intervento del medico-chirurgo non appena nell'andamento della gestazione o del parto o del puerperio di persona alla quale presti la sua assistenza riscontri qualsiasi fatto irregolare.*

*A tale scopo deve rilevare con diligenza tutti i fenomeni che si svolgono nella gestante o partoriente o puerpera.."*

Il "rilevare con diligenza" da parte della Levatrice (non solo come rilievo obiettivo ma anche come registrazione in forma scritta, di *qualsiasi fatto irregolare* mirava soprattutto a focalizzarne i limiti di competenza ed a sottolinearne l'ancillarità dell'intervento rispetto all'atto medico, piuttosto che ad indicarne una modalità di espletamento delle proprie funzioni professionali.

Nella gravidanza complicata da patologie in o per la gravidanza il ruolo dell'ostetrica/o è, invece, quello di individuare fattori di rischio potenziali e reali, evitando che l'urgenza diventi emergenza o addirittura una urgenza urgente in applicazione di quanto previsto dal DM 740/1994 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o" che all'articolo 1 comma 5 cita:

*"L'ostetrica/o è in grado di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono intervento medico e di praticare, ove occorra, le relative misure di particolare emergenza"*

In tale situazione il ruolo dell'ostetrica/o è quello di:

1. riconoscere tempestivamente l'emergenza, avendo acquisito le basi culturali specifiche per adempiere a tale compito (SAPERE)
2. porre conseguentemente una diagnosi precoce (DECIDERE)
3. chiamare il medico, adottando, in attesa di esso, eventuali provvedimenti urgenti ed inderogabili (AGIRE)

### La gravidanza fisiologica che la donna vive come evento difficile e/o patologico

Quando non si tratta di gravidanza insorta o indotta nella coppia ipofertile o sterile né tanto meno di una gravidanza a rischio, ma bensì, di una gravidanza fisiologica che la donna sente e vive come evento difficile e/o patologico appare indispensabile che gli operatori sanitari attuino un'analisi del contesto e della specifica situazione al fine di definire un profilo assistenziale dedicato.

Posta la diagnosi di gravidanza, attraverso i segni di certezza, quelli cioè direttamente collegati alla presenza dell'embrione o del feto, la donna gravida si pone subito un quesito: *"quando nascerà il mio bambino"*. Per dare un risposta al suo quesito, la donna si rivolge agli addetti ai lavori (medico di base, medico specialista, l'ostetrica/o) i quali, attualmente, tendono ad esprimersi in termini di settimane, perché la settimana è l'unità di misura più adatta a descrivere il ritmo dell'accrescimento fetale ed anche perché il protocollo diagnostico cui accede gratuitamente la donna gravida si esprime in termine di settimane di gravidanza. (DM 28 settembre 1998)

All'effetto "positivo" dell'evoluzione scientifica e tecnologica in campo Ostetrico, capace di incidere positivamente sul tasso di morbilità e mortalità materno - infantile, si è associato un effetto "negativo" quello della esasperata medicalizzazione della nascita e del parto che gradualmente da eventi fisiologici e spontanei si sono sempre più trasformati in complessi e patologici.

In tale contesto la donna gravida affidandosi in tutto e per tutto agli "esperti" ha perso lo stimolo ad adottare gli strumenti dell'*empowerment* come fattori endogeni prodotti dal suo stesso corpo attraverso i processi biologici i quali, da sempre, hanno fatto sì che la gravidanza ed il parto fossero vissuti dalla donna, dalla coppia e dalla comunità come eventi naturali. Se sin dal primo contatto tra la donna gravida e la struttura o professionista si viene ad instaurare un rapporto di dipendenza tra chi assiste (ginecologo o ostetrica/o) e chi viene assistito (donna/coppia) al termine del percorso nascita gli operatori dell'area travaglio-parto si ritrovano ad accogliere, sostenere ed assistere la donna/coppia che, ignorando le proprie potenzialità, si rimette alle decisioni degli esperti per la gestione del suo parto. Per fare prevenzione di tale frequente evenienza in occasione del primo esame ostetrico, risulta importante informare la donna che lo stato di gestazione, pur essendo un evento naturale, non è un fenomeno isolato che interessa solo l'apparato genitale, ma piuttosto un fenomeno che interessa e modifica tutto il suo organismo e che, fin dalle prime fasi della gravidanza ed in condizioni di fisiologia, possono comparire piccoli disturbi che non devono farla sentire una persona malata. Opportunamente informata alla donna gravida viene illustrato il protocollo diagnostico dedicato di natura clinica, laboratoristica e/o strumentale attraverso il quale è possibile

individuare precocemente alterazioni del benessere materno o materno-fetali che se riconosciute consentono agli Operatori Sanitari di intervenire adeguatamente. Il percorso diagnostico delineato dal Decreto del Ministero della Sanità del 10 settembre 1998 " D.M. 10 settembre 1998 "Aggiornamento del D.M. 6 marzo 1995 concernente l'aggiornamento del D.M. 14 aprile 1984 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità.

(Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 20 ottobre 1998, n. 245) consente alla donna gravida di accedere gratuitamente alle seguenti prestazioni:

• **All'inizio delle gravidanza, possibilmente entro la 13.a settimana e, comunque, al primo controllo:**

- EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F., L.,
- GRUPPO SANGUIGNO ABO E Rh (D), qualora non eseguito un funzione preconcezionale
- ASPARTATO AMINOTRASFERASI (AST) (GOT) (S)
- ALANINA AMINOTRASFERASI (ALT) (GPT) (S/U)
- VIRUS ROSOLIA ANTICORPI: in caso di IgG negative entro la 17<sup>o</sup>w
- TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.): in caso di IgG negative ripetere ogni 30/40 gg fino al parto
- TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (ricerca quantitativa mediante emoglutin. passiva) (TPHA): qualora non eseguite in funzione preconcezionale esteso al *partner*
- TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (flocculazione) (VDRL) (RPR): qualora non eseguite in funzione preconcezionale esteso al partner
- VIRUS IMMUNO DEFICIENZA ACQUISITA ( HIV 1-2) ANTICORPI
- GLUCOSIO
- URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
- ECOGRAFIA OSTETRICA
- ANTICORPI ANTIERITROCITI (TEST DI COOMBS INDIRETTO ): in caso di donne Rh neg. A rischio di immunizzazione il test deve essere ripetuto ogni mese; in caso di incompatibilità ABO il test deve essere ripetuto alla 34<sup>o</sup> e 36<sup>o</sup> w

• **Tra la 14.a e la 18.a settimana:**

---

URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO(\*)

---

• **Tra la 19.a e la 23.a settimana:**

---

URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (\*)

---

ECOGRAFIA OSTETRICA

---

• **Tra la 24.a e 27.a settimana:**

---

GLUCOSIO

---

URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (\*)

---

• **Tra la 28.a e la 32.a settimana:**

---

EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F., L.,

FERRITINA: in caso di riduzione del volume globulare medio

URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (\*)

---

ECOGRAFIA OSTETRICA

---

• **Tra la 33.a e la 37.a settimana:**

---

VIRUS EPATITE B (HBV) ANTIGENE HbsAg

VIRUS EPATITE C (HCV) ANTICORPI

EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F., L.,

URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO(\*)

VIRUS IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA (HIV 1-2) ANTICORPI:

in caso di rischio anamnestico

---

• **Tra la 38.a e la 40.a settimana:**

---

URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (\*)

---

• **Dalla 41.a settimana:**

---

ECOGRAFIA OSTETRICA: su specifica richiesta dello specialista

CARDIOTOCOGRAFIA: su specifica richiesta dello specialista;

necessario monitorare fino al parto

---

### Una gravidanza durante la quale la donna, ha sviluppato empowerment.

Dall'analisi dei dati dell'indagine "Rapporto sulla Natalità in Campania" condotta nell'anno 2002 dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) emerge che quasi il 90% delle donne gravide campane ha la possibilità di esposizione alle cure prenatali di gran lunga superiore alla media nazionale e che la stessa si rivolge, quasi esclusivamente al servizio privato. Il dato relativo all'esasperato ricorso alle procedure diagnostiche in gravidanza è quasi sovrapponibile al dato nazionale. La differenza è, però, rappresentata dal fatto che le donne che frequentano un percorso nascita (P.N.) sono molto più numerose nel Nord e Centro Italia rispetto al Sud Italia. Ne deriva, quindi, che seguire un P.N. risulta essere, un fattore fortemente proteggente per la prevenzione dal taglio cesareo in quanto, in tale contesto, la donna/coppia viene sostenuta ed aiutata a sviluppare l'*empowerment* ("rendere potenti" o "rendere abili e capaci di..."). L'indagine ISS ha dimostrato lo stretto rapporto che esiste tra specifici fattori ed il rischio di partorire mediante taglio cesareo così come di seguito indicato nella **Tabella 1**.

- l'età materna
- le donne gravide che afferiscono a strutture private
- le donne che non hanno frequentato un corso di preparazione alla nascita
- le donne delle regioni del Sud Italia
- le donne gravide con patologie in e per la gravidanza

**Tabella 1: Fattori di rischio per la pratica del taglio cesareo**

| 1° STADIO<br>Fase dilatante   | 2° STADIO<br>Fase espulsiva   |
|---|---|
| Ogni 15' - 30'<br>rilevazione dopo la contrazione<br>per 60"                      | Ogni 5'<br>rilevazione dopo la contrazione<br>per 60"   |
| Ogni 15' - 30'<br>rilevazione durante la contrazione<br>+ 60" dopo la contrazione | Ogni 5' (o ogni due contrazioni) rileva-<br>zione durante la contrazione + 60"<br>dopo la contrazione |

### A quale tipo di ostetrica si vuole fare riferimento?

Rispondendo al quesito relativo "a quale tipo di ostetrica si vuole fare riferimento?" si concorda che il comportamento posto in essere dal professionista risulta essere l'espressione del modello formativo nel quale egli ha sviluppato, prevalentemente, il suo modello professionale. Conseguentemente, sulla scena del parto, potrebbe trovarsi ad agire una ostetrica con un diverso modello professionale:

- Un'ostetrica che, pur essendo specialista per la fisiologia, se cresciuta professionalmente in un contesto sanitario specifico interventistico e tecnicizzato, non sa perché non è stata educata a rispettare i tempi della natura.

- Un'ostetrica che, come specialista per la fisiologia, ha sviluppato l'*empowerment* professionale ed ha promosso lo sviluppo dell'*empowerment*, nella donna gravida.

Ai sensi della normativa vigente in materia e sulla base degli *standard* strutturali minimi delle sedi formative (DM 27.9.1997) la formazione dell'ostetrica italiana avviene, in strutture universitarie, strutture ospedaliere e territoriali del SSN, solo marginalmente nell'ambito consultoriale e in rarissimi casi nell'ambito dell'assistenza domiciliare. Crescere professionalmente in un contesto sanitario interventistico e tecnicizzato, (POMI Unità Operative di II e III livello) produce nel discente, futuro professionista ostetrica, lo sviluppo di un modello concettuale di riferimento caratterizzato da una prevaricazione delle scelte degli operatori sanitari rispetto alle scelte della donna e dei tempi degli operatori rispetto ai tempi della natura.

Un'ostetrica che, pur essendo specialista per la fisiologia, durante il percorso formativo, percepisce che il termine "gravidanza a basso rischio", (gravidanza nella quale si può ottenere un tasso di mortalità perinatale e materna più basso rispetto alla popolazione generale senza un eccesso di intervento ostetrico o pediatrico) viene sempre più spesso utilizzato in sostituzione di quello di "gravidanza fisiologica" e ciò perché la gravidanza ed il parto pur essendo eventi fisiologici possono complicarsi in modo non sempre prevedibile e con conseguenze anche gravi per la donna, il feto ed il neonato.

Ne deriva un modello formativo, troppo ospedaliero e poco territoriale poco proiettato allo sviluppo dell'autonomia professionale e che produce la perdita del contatto con la natura e della naturalità dell'evento nascita, tanto da determinare un modello professionale tipicamente interventistico, caratterizzato da comportamenti che tendono a precorrere i tempi, a programmare gli eventi, ad imporre alla donna scelte sempre più formulate dagli operatori e quasi mai condivise con la donna/coppia. Il grande sforzo che si richiede ai responsabili della formazione è quella di garantire allo studente anche l'acquisizioni di modelli assistenziali di umanizzazione della nascita in un clima di sicurezza (Unità Operativa di I livello e Centro di Nascita Alternativo- CNA). In tali contesti l'ostetrica sviluppa l'*empowerment* professionale acquistando fiducia e stima nella propria potenzialità professionale e promuove lo sviluppo dell'*empowerment* nella donna gravida, consentendone l'attivazione e la conoscenza delle risorse endogene con sentendole di sperimentare le proprie risorse a fronte dei bisogni che possono insorgere nel perio-

do perinatale (fase prenatale, natale posto natale). Lo sviluppo dell' *empowerment* consente alla donna/coppia di fare delle scelte consapevoli elaborate sulla base di conoscenze e competenze sviluppatasi nel P-N- attraverso gli incontri di informazione/formazione con i professionisti dedicati. Seppur in un contesto di estrema medicalizzazione l'ostetrica può e deve, comunque, garantire alla donna/coppia un percorso "umanizzante" l'evento nascita, attraverso un sostegno informativo/formativo, un sostegno ambientale, un sostegno relazionale con ascolto empatico delle emozioni, un sostegno fisico e psicologico e consentendo, quanto possibile, la presenza nell'area travaglio-parto della persona scelta dalla donna.

### La performance professionale dell'ostetrica

Le conoscenze, competenze ed abilità acquisite nel percorso formativo di base non possono considerarsi esaustive per garantire una *performance* professionale dell'ostetrica adeguata ai diversi contesti preventivi, curativi, riabilitativi e palliativi scaturiti dall'evoluzione scientifica medica e tecnologica, pertanto, risulta necessario adeguare costantemente il proprio livello di conoscenze, competenze ed abilità.

L'esigenza di aggiornare ed approfondire le conoscenze professionali scaturisce dalla necessità di garantire alla donna/coppia, bambino e collettività prestazioni adeguate, appropriate e personalizzate. Il legislatore con il D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 recante: " Riordino della disciplina in materia sanitaria" come integrato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante: "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n., 419". All'articolo 8 quater " Accreditamento istituzionale" comma 1 cita: "*L'accREDITAMENTO istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private e ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti...omissis...*"

al **comma 3 lettera a)** individua una verifica periodica dell'attività svolta dalle strutture sanitarie e dai professionisti;

al **comma 4 lettera e)** prevede la partecipazione della struttura a programmi di accreditamento professionale tra pari;

al **comma 4 lettera o)** prevede che l'atto di indirizzo e coordinamento debba indicare i requisiti per l'accREDITAMENTO istituzionale dei professionisti, anche in relazione alla specifica esperienza professionale maturata e ai crediti formativi acquisiti nell'ambito del programma di formazione continua di cui all'articolo 16-bis e 16-ter.

### Articolo 16-bis "Formazione continua"

Al **comma 1** specifica il significato di Formazione distinguendo:

- un **aggiornamento professionale**, quale attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare, per tutto l'arco della vita professionale, le conoscenze professionali;

- una **formazione permanente**, quale attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali compresi i comportamenti degli operatori sanitari adeguandoli al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale.

- Al **comma 2**, la norma, precisa che la formazione continua consiste in attività di qualificazione specifica per i diversi profili professionali, attraverso la partecipazione a corsi, convegni, seminari, organizzati da istituzioni pubbliche o private accreditate ai sensi del decreto stesso, nonché soggiorni di studio e la partecipazione a studi clinici controllati e ad attività di ricerca, di sperimentazione e di sviluppo.

Lo stesso comma prevede, inoltre, che la formazione continua, quale aggiornamento professionale e formazione permanente, sia sviluppata secondo percorsi formativi autogestiti ma, in misura prevalente, in programmi finalizzati agli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale e del Piano Sanitario Regionale nelle forme e secondo le modalità indicate dalla Commissione di cui all'articolo 16.ter. Il modello professionale che ben si adatta al modello maternità come fenomeno spontaneo e naturale trova il suo fondamento nella medicina basata sulle evidenze che si basa su due presupposti :

Nessun operatore professionista della salute, per quanto esperto e competente, può essere in grado di conoscere tutti i progressi della ricerca clinica, anche se solo nel proprio settore specialistico.

Numerosi interventi sanitari, sia diagnostici che terapeutici, sono stati introdotti nella pratica clinica prima di essere sottoposti a rigorose sperimentazioni cliniche per definirne l'efficacia la quale risulta spesso dubbia o addirittura inesistente.

Sul modello dei paesi del Regno Unito, Canada, Australia, anche la politica sanitaria italiana con il disposto legislativo 502/92 e 517/93 ha iniziato a muoversi in senso di *evidence-based*:

- efficacia ed appropriatezza degli interventi sanitari costituiscono gli interventi ispiratori del Piano Sanitario Nazionale 98-2000.

- il DL 229/99, oltre a ribadire il ruolo delle evidenze scientifiche nella programmazio-

ne e nel finanziamento delle prestazioni sanitarie, introduce il principio della formazione continua e permanente come presupposto all'accreditamento professionale degli operatori. (DPR 14.1.97 n. 37).

- il "Programma Nazionale per le Linee-Guida", fortemente disegnato in senso *evidence-based*, sottolinea l'importanza di una formazione adeguata degli operatori del SSN sui temi della EBM.

EBM, che nel corso di questi anni ha progressivamente acquisito una propria identità culturale, non costituisce un fatto isolato né una moda passeggera, infatti, sono molteplici i fenomeni che negli ultimi 20 anni ne hanno favorito lo sviluppo, segnando l'evoluzione della metodologia della ricerca clinica e dell'informazione scientifica. La diffusione dell'epidemiologia clinica intesa come "scienza che studia i fattori determinanti e gli effetti delle decisioni cliniche" ha influito, non poco, sulla diffusione negli ultimi anni di sul modello culturale dell'EBM. L'edizione italiana di "*Clinical evidence*", realizzato grazie alla collaborazione con il *Centro Cochrane Italiano* è una sintesi delle migliori prove di efficacia che ha come base il n.º 4 dell'Edizione Originale di *Clinical Evidence*, Nella prima edizione dell'anno 2001 la sezione "Gravidanza e parto" comprendeva n. 10 pagine sull'Assistenza al perineo, mentre, nella seconda edizione dell'anno 2003 la sezione specifica era intitolata "Salute della donna: Assistenza al perineo" e numero 40 pagine sono dedicate alla revisioni condotte nel campo ostetrico-ginecologico.

### Conclusioni

In relazione al tipo di gravidanza (estremamente medicalizzata o improntata all'empowerment) ed al modello professionale del tipo di ostetrica (interventista o che ha sviluppato e fatto sviluppare alla donna l'empowerment) il ruolo svolto dall'ostetrica, oggi, nel percorso nascita non è rappresentato da un modello standard ma si connota, piuttosto, di un atteggiamento, un comportamento proprio della situazione che si viene a determinare sulla scena del parto. (SAPER DIVENIRE). La necessità, per l'ostetrica di dover saper gestire, in autonomia e/o in collaborazione, situazioni estremamente diversificate, dalla fisiologia alla patologia secondo adeguati *standards* qualitativi, richiede una formazione adeguata. Una formazione caratterizzata dall'acquisizione di conoscenze, competenze ed abilità, attraverso un percorso formativo teorico - pratico non solo ed esclusivamente ospedaliero ma anche extraospedaliero e domiciliare capace, quindi, di coprire e garantire tutto il campo di attività e di responsabilità dell'ostetrica/o come dettato dalla Legge 42/1999. Il Decreto MURST n.º 509 del 3 novembre 1999 "Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli

atenei", successivamente modificato dal DM 270/2004, offre strumenti normativi per raggiungere tali competenze specifiche quali:

- attività di tirocinio obbligatori (AT)
- attività a scelta dello studente (ADE)
- stage pre e post laurea da svolgersi presso strutture sanitarie pubbliche o private accreditate italiane e straniere.

Indipendentemente dal tipo di gravidanza e dal tipo di ostetrica cui si vuole fare riferimento rimane specifico il ruolo della stessa in tutto il percorso perinatale attraverso la presa in carico della donna/coppia con il loro carico di emozioni e di aspettative per un evento che per gli attuali modelli sociali, sempre più spesso, sta divenendo unico, anche se l'ISTAT ha registrato, per l'anno 2004, una media di 1.33 figli a donna, la più alta dal 1990.

### Bibliografia

1. Vincenzo Lauro "Evento nascita: Emergenza - Urgenza in Ostetricia" da Atti del 29º Congresso Nazionale delle Ostetriche. Cagliari 30 settembre 1998.
2. Maria Vicario, *Giornate di studio: Confronto dei curricula formativi del D.U. di ostetrica/o anno accademico 1997/98*, Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche, Roma, 1998.
3. Daniele Rodriguez "Professione Ostetrica/o: Aspetti di Medicina Legale e Responsabilità" Ed. ELEDA, 2001.
4. Anna Maria Di Paolo, L. Proietti. C. Cacchionni "Competenza ed autonomia professionale nell'assistenza alla donna." - 3º Convegno Internazionale Europeo "l'Ostetrica, comunicazione e relazione con altre figure professionali- Ischia 18 maggio 2002.
5. "Guida all'esercizio della professione di Ostetrica/o" C.G. Edizioni Medico Scientifiche-Torino 2002.
6. Maria Vicario M- Napolitano - *Problemi clinici e sociali fra passato e futuro* - Le responsabilità medico-legali "La responsabilità professionale dell'ostetrica/o" da Atti del - 78º Congresso Nazionale SIGO Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia Perugia 9-13 novembre 2002.
7. ARSAN Regione Campania Assessorato alla Sanità DRG n. 2413 del 25/7/2003 *Linee Guida per l'assistenza alla Gravidanza ed al parto normale in Regione Campania*" Dott.ssa M.T. Pini - 23 ottobre 2003.
8. ARSAN Regione Campania Assessorato alla Sanità DRG n. 2413 del 25/7/2003 " Il parto cesareo nei punti nascita della Campania".

9. "Indagine conoscitiva su percorso nascita", 2002 Aspetti metodologici e risultati nazionali "M. Grandolfo S. Donati. A. Giusti - ISS - Convegno Percorso Nascita Indagine Nazionale" 22 ottobre 2003.
10. Rapporto sulla Natalità in Campania" . Roma ISS- 23 ottobre 2004.
11. Regione Campania Deliberazione n. 118 del 2 febbraio 2005 Approvazione "Indicazioni per la riduzione della incidenza del taglio cesareo in Regione Campania con allegati BURC n. 20 dell'11 aprile 2005 "Indicazioni per il taglio cesareo".
12. ANSA - Top News 27 giugno 2005.

#### Riferimenti Legislativi

- A. Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
- B. DM 740/1994 "Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'ostetrica/o".
- C. Legge 26 febbraio 1999, n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie".
- D. Decreto Ministero della sanità 28 settembre 1998.
- E. D.M. MURST n. 509 del 3 novembre 1999.
- F. DM 27 luglio 2000.
- G. Codice Deontologico dell'Ostetrica- FNCO marzo 2000.
- H. Legge 10 agosto 2000, n. 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica".
- I. Legge 8 gennaio 2002 n. 1.
- L. DM 23 gennaio 2002.
- M. DM 2 aprile 2002 n. 136.

## Dalla placenta alla membrana amniotica (From placenta to amniotic membrane)

Giovanna Coccini 1; Daniela Del Gener 2

<sup>1</sup> Coordinatrice area materno infantile ospedale IRCCS San Matteo di Pavia;

<sup>2</sup> Ostetrica azienda ospedaliera San Paolo di Milano.

Da sempre gli annessi fetali sono stati considerati dotati di particolari virtù. In passato venivano sotterrati nel giardino della partoriente per aiutare la montata latte o in segno di buon auspicio per il neonato, alcune popolazioni ancora oggi, se ne cibano sia per celebrare la nascita sia per il suo alto contenuto di nutrienti. (1)

Verso la fine dell'1800 in Francia venne teorizzato l'uso terapeutico degli estratti di placenta. La loro efficacia, descritta in termini miracolistici dalla letteratura del tempo, non venne mai realmente dimostrata; nonostante ciò ancora nel 1966 il Prontuario Terapeutico Italiano riportava ben 18 specialità a base di estratti d'organo e in particolare gli estratti placentari venivano descritti come cicatrizzanti, anti-osteoporotici, ricostituenti, anabolizzanti, anticalvizie ecc... (2)

Negli anni 80, dopo un ventennio di oblio, riprendono gli studi sugli estratti placentari, volti a chiarire sia i problemi che i vantaggi inerenti al loro impiego terapeutico. Oggi sappiamo che gli estratti placentari crudi contengono:

- mucopolisaccaridi, con effetti eparinosimili e cicatrizzanti;
- polidesossiribonucleotidi, con attività anticomplemento e antiinfiammatoria;
- collagene e peptidi, con azione trofica;
- fattori di crescita;
- estrogeni, progesterone e somatomammotropina. (3)

Dal 1998 però il Ministero della Sanità con il Decreto 2 Settembre, vieta l'uso dei derivati di placenta umana per la produzione di medicinali. (4)