

mentare le competenze di una categoria senza contemporaneamente tenere conto delle competenze delle altre categorie interessate. Altrimenti, si potrebbe arrivare all'assurdo giuridico che lo stesso atto possa essere di competenza del Medico, al quale viene richiesto un percorso formativo di 11 anni, e nello stesso tempo dell'infermiere il cui percorso formativo è di soli 3 anni".

Questo impasse non era gradito agli infermieri ma, neanche alle Regioni e per motivi mai ben chiariti, neppure al Ministero della salute. Così, "qualcuno" ha ritenuto opportuno forzare la situazione e a sorpresa ha inserito il comma 566 in una legge finanziaria, che nulla aveva a che fare con le competenze delle professioni infermieristiche.

Il comma 566

Il comma che potete leggere nel riquadro è un capolavoro di ermetismo nel quale si riesce in poche righe a limitare le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di "atti complessi e specialistici", quindi i medici non sarebbero più idonei per tutti gli "atti". Nello stesso tempo esclude gli stessi medici dalla concertazione, che dovrebbe definire "i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche".

Da questo si evince che le Regioni e i rappresentanti delle professioni infermieristiche non voglio interferenze, da parte dei medici, per andare a definire quali siano gli "atti" non complessi e non specialistici dei quali appropriarsi, per gestirli anche il libera professione autonoma e per creare nuove unità operative da dirigere. Il tutto a danno di una visione unitaria del procedimento diagnostico, del trattamento terapeutico e riabilitativo e nella totale assenza di un qualsiasi piano riforma delle cure.

A tutto questo hanno plaudito ov-

vamente gli infermieri ma, anche le Regioni e qualcuno si è spinto oltre. Infatti, il presidente della Regione Toscana ha già ipotizzato in una dichiarazione di voler sostituire, oltre a molti primari, anche un gran numero di infermieri, che potranno andare in pensione, con giovani Operatori Socio Sanitari preparati, pieni di voglia di fare. Questo ci fa comprendere in quali considerazione siano tenute le competenze dei medici e degli infermieri, a certi livelli del potere politico e quanto si sia spinta in avanti l'ottica economicista nella gestione della sanità.

I medici hanno manifestato la loro contrarietà verso il comma 566 reclamandone l'abrogazione e Alleanza per la Professione Medica (Apm) ha chiesto che vengano definite in maniera positiva le competenze del medico, facendo riferimento alla "Definizione europea di Atto Medico", adottata dall'Unione Europea dei Medici Specialisti (Uems) e nella quale si riconoscono numerose Società scientifiche europee (vedi riquadro in basso).

Il Ministro della salute ha rimandato il primo incontro che aveva fissato con le Oo.Ss. dei medici per discutere su queste problematiche. Siamo in attesa di una nuova convocazione e soprattutto che qualcuno rifletta sul fatto che la salute è un bene costituzionalmente tutelato e non dovrebbe essere utilizzata come materia di propaganda elettorale.

In ogni caso è importante considerare la possibilità che le proteste delle OO.SS. e delle associazioni mediche, da sole, non siano sufficienti a far tornare indietro il Governo e le Regioni dalla strada che hanno imboccato. In questo caso dobbiamo essere coscienti che sarà nostro preciso dovere alzare la voce in difesa della nostra professione e del diritto dei cittadini ad essere curati da un medico. Nei giorni scorsi i nostri colleghi francesi sono scesi in piazza massicciamente per difendere dei diritti meno nobili di questi. ■

Unione Europea dei Medici Specialisti (UEMS) Definizione europea di Atto Medico

"The medical act encompasses all the professional actions, e.g. scientific, teaching, training and educational, organisational, clinical and medico-technical steps, performed to promote health and functioning, prevent diseases, provide diagnostic or therapeutic and rehabilitative care to patients, individuals, groups or communities in the framework of the respect of ethical and deontological values. It is the responsibility of, and must always be performed by a registered medical doctor/physician or under his or her direct supervision and/or prescription."

"L'atto medico ricomprende tutte le attività professionali, ad esempio di carattere scientifico, di insegnamento, di formazione, educative, organizzative, cliniche e di tecnologia medica, svolte al fine di promuovere la salute, prevenire le malattie, effettuare diagnosi e prescrivere cure terapeutiche o riabilitative nei confronti di pazienti, individui, gruppi o comunità, nel quadro delle norme etiche e deontologiche. L'atto medico è una responsabilità del medico abilitato e deve essere eseguito dal medico o sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione".

Nascite: 10° rapporto Cedap (dati 2011)

Le mamme scelgono l'ospedale pubblico: lo preferiscono quasi 9 su 10

Compie dieci anni il rapporto Cedap (ovvero "Certificato di assistenza al parto") che, anche se con un ritardo temporale di qualche anno rispetto alla data di uscita (l'edizione 2015 riporta i dati del 2011), offre un quadro completo dell'evento nascita in tutte le strutture del Paese. Lo scarto temporale nelle analisi ha comunque il suo "peso", se si considera il fenomeno progressivo della riduzione dei nati in Italia. Basti considerare che i nati nel 2014, secondo l'ultimo censimento Istat, sono stati solo 509.000, quindi quasi 40.000 in meno di quelli registrati nel nuovo rapporto Cedap che, riferendosi al 2011, basa le sue analisi su oltre 540mila eventi nascita.

Sotto la lente degli esperti del ministero della Salute è finito infatti il 99% delle nascite registrate nelle anagrafi comunali, avvenute in 567 punti nascita pubblici e privati, per un totale di 541.206 eventi. In ogni caso la rilevazione, istituita con decreto ministeriale nel 2001, costituisce, come si legge nella prefazione al volume curato dalla Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del ministero della Salute - "la più ricca fonte di informazioni sanitarie, epidemiologiche e socio-demografiche relative all'evento nascita, rappresentando uno strumento essenziale per la programmazione sanitaria nazionale e regionale".

Ecco i principali risultati:

1. La rilevazione 2011, con un totale di 567 punti nascita, presenta un elevato livello di completezza. Si registra un numero di parti pari al 98,8% di quelli rilevati con la Scheda di Dimissione Ospedaliera (Sdo) ed un numero di nati vivi pari al 99% di quelli registrati presso le anagrafi comunali nello stesso anno. La qualità dei dati risulta buona per gran parte delle variabili, in termini sia di correttezza sia di completezza.

2. L'88% dei parti è avvenuto negli Istituti di cura pubblici



ed equiparati, l'11,9% nelle case di cura private (accreditate o non accreditate) e solo lo 0,1% altrove. Naturalmente nelle Regioni in cui è rilevante la presenza di strutture private accreditate rispetto alle pubbliche, le percentuali sono sostanzialmente diverse. Il 61,8% dei parti si svolge in strutture dove avvengono al-

Ancora troppi cesarei: sono il 36,7% del totale. E l'1,4% delle donne ricorre alla Pma

meno 1.000 parti annui. Tali strutture, in numero di 191, rappresentano il 33,7% dei punti nascita totali. Il 9,5% dei parti ha luogo invece in strutture che accolgono meno di 500 parti annui.

3. Nel 2011, il 19% dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana. Tale fenomeno è più diffuso al Centro-Nord dove oltre il 25% dei parti avviene da madri non italiane; in particolare, in Emilia Romagna e Lombardia, il 28% delle nascite è riferito a madri straniere. Le aree geografiche di provenienza più rappresentative, sono quella dell'Africa (26,1%) e dell'Unione Europea (26%). Le madri di origine Asiatica e Sud Americana sono rispettivamente il 18,2% e l'8,3% di quelle non italiane.

4. L'età media della madre è di 32,6 anni per le italiane men-

tre scende a 29,4 anni per le cittadine straniere. I valori mediani sono invece di 33 anni per le italiane e 29 anni per 5 le straniere. L'età media al primo figlio è per le donne italiane quasi in tutte le Regioni superiore a 31 anni, con variazioni sensibili tra le regioni del Nord e quelle del Sud. Le donne straniere partoriscono il primo figlio in media a 27,7 anni.

5. Delle donne che hanno partorito nell'anno 2011 il 44,2% ha una scolarità medio alta, il 31,8% medio bassa ed il 23,9% ha conseguito la laurea. Fra le straniere prevale invece una scolarità medio bassa (50,4%).

6. L'analisi della condizione professionale evidenzia che il 59,3% delle madri ha un'occupazione lavorativa, il 30% sono casalinghe e l'8,8% sono disoccupate o in cerca di prima occupazione. La condizione professionale delle straniere che hanno partorito nel 2011 è per il 54% quella di casalinga a fronte del 65,9% delle donne italiane che hanno invece un'occupazione lavorativa.

7. Nell'85% delle gravidanze il numero di visite ostetriche effettuate è superiore a 4 mentre nel 73,1% delle gravidanze si effettuano più di 3 ecografie. La percentuale di donne italiane che effettuano la prima visita a partire dalla 12° settimana è pari

► Segue a pagina 26

IX Congresso Regionale AOGOI-AGITE-AIO Sicilia

Ginecologi e ostetriche/ci siciliani a confronto sulle tematiche di interesse comune

Maria La Milia
Giuseppe Lombardo*
 Segretario Regionale A.I.O. Sicilia
 *Segretario uscente A.I.O. Sicilia

■ Si è svolto a Catania, dal 13 al 15 dicembre 2014, il IX Congresso Regionale Aogoi-Agite-Aio, nel corso del quale, quale prassi consolidata, ormai da diversi anni, ginecologi e ostetriche/ci siciliani si sono confrontati, sviluppando ed approfondendo tematiche di interesse comune.

In particolare, vivace è stato il dibattito sulle tematiche più sensibili come la messa in sicurezza dei punti nascita, gli standard degli organici delle Uu.Oo. di Ostetricia e Ginecologia, il riordino e riqualificazione della rete consultoriale, il tutto alla luce dell'iter riorganizzativo in corso, che vede protagonista l'amministrazione regionale, in attesa dei risultati che si andranno a verificare giorno per giorno.

Nell'articolazione per sessioni del congresso, e analogamente alle altre società affiliate, l'Associazione Italiana di Ostetricia ha tenuto, nella giornata di domenica 14 Dicembre 2014, il proprio simposio dal titolo "Le Ostetriche: competenze attese, l'autonomia e le responsabilità".

La partecipazione numerosa e qualificata ha visto la presenza attiva sia di ostetriche che di ginecologi, a rimarcare quanto questo tema sia molto sentito nella nostra regione, essendo fondamentale nell'ambito del percorso nascita la consapevolezza di tutti i professionisti coinvolti, a partire dalle ostetriche, del ruolo rivestito, della respon-

sabilità derivante dalla autonomia professionale, del reciproco rispetto e integrazione delle varie aree di competenza.

La specificità del ruolo e della competenza professionale dell'Ostetrica deriva essenzialmente dal "modello di assistenza che si basa sul concetto che la gravidanza e la nascita sono eventi fisiologici basati sulla capacità della donna di vivere tali esperienze nel modo più naturale possibile".

Questa premessa si traduce inevitabilmente in una "maggiore autonomia e maggiore responsabilità verso le donne, verso se stesse e nel team multidisciplinare...coniugando autonomia e responsabilità, attraverso un'analisi dei percorsi formativi, dell'addestramento e dello sviluppo dell'expertise nei singoli ruoli". La qualificata presenza della presidente nazionale Dott.ssa Antonella Marchi e del vice presidente Nazionale Prof. Giuseppe Etore è stata particolarmente gradita, sia per il fondamentale contributo alla discussione sia per il riconoscimento del grande impegno profuso, finalizzato alla crescita della nostra Associazione al fianco dell'Aogoi e dell'Agite.

La presidente Aio ha sottolineato, nel suo intervento, quanto sia importante e indispensabile l'associazionismo e il ruolo dell'Aio, al fianco delle società consorelle, in un gioco di squadra, per la promozione e lo sviluppo delle competenze professionali dell'Ostetrica, oltre che la crescita del suo ruolo nell'ambito materno infantile, sia nel territorio che negli ospedali.

All'interno del simposio ha partecipato il Presidente FESMED Carmine Gigli, con una relazione dal titolo "La responsabilità del 'decidere' nelle organizzazioni che curano".

La vivace discussione che è scaturita ha rimarcato ancora una volta come e quanto sia vincolante il D.L. 206 del 2007 art. 48 comma b, che limita fortemente l'autonomia delle ostetriche nella gestione della gravidanza fisiologica, soprattutto in ambito territoriale dove il medico non sempre è presente.

Durante l'assemblea Aio, svoltasi al termine del simposio, è stato eletto il nuovo segretario regionale nella persona di Maria La Milia, subentrata all'uscente Giuseppe Lombardo che, nel corso del mandato conclusosi con il IX Congresso, ha svolto, con grande responsabilità ed impegno un ruolo particolarmente delicato, avendo avviato una realtà totalmente nuova come la costruzione dell'Aio in Sicilia.

Il Segretario neo eletto, nel suo intervento di ringraziamento verso l'assemblea e i Dirigenti Nazionali e Regionali presenti, per la scelta condivisa, ha sottolineato come il cambio di guardia non segni una discontinuità con il passato, ma al contrario, l'esperienza pregressa servirà ad avviare nuove iniziative finalizzate a potenziare il ruolo delle ostetriche all'interno delle realtà in cui operano.

Ringraziando il segretario uscente per l'impegno profuso nel difficile momento dell'avvio di Aio in Sicilia, lo ha invitato a continuare la sua collaborazione al proprio fianco, ricevendo la pie-



Maria La Milia

na disponibilità, al fine di creare una rete di referenti Aio, sia territoriali che ospedalieri, in tutta la regione.

Nella sessione congiunta del congresso, cui ha partecipato l'Assessore della Salute della Regione Sicilia, Dott.ssa Lucia Borsellino, è stato presentato il nuovo Decreto assessoriale n°1186/2014 che riorganizza radicalmente i servizi materno-infantili territoriali siciliani, ponendo le basi per un cambiamento totale dell'area materno infantile, iniziato con l'emanazione del D.A. 2536 / 2011 che riordina e razionalizza la rete dei punti nascita.

Il citato decreto rappresenta un traguardo fondamentale che consente di rendere più efficienti i servizi consultoriali e di adeguarli alle nuove sfide della sanità di oggi permettendo loro di svolgere efficacemente il proprio ruolo nell'ambito dei percorsi

assistenziali integrati dell'area materno infantile.

A supporto del decreto sui consultori e sul percorso nascita, l'Assessorato ha anche istituito un tavolo tecnico regionale finalizzato a formulare atti di indirizzo organizzativo e tecnico-scientifico, al quale l'AIO partecipa, insieme alle altre società scientifiche, con due rappresentanti.

Nel dibattito seguito alla relazione dell'Assessore, l'intervento del segretario uscente Aio, Giuseppe Lombardo, ha voluto sottolineare alcuni aspetti della nostra realtà regionale:

1. La rete consultoriale, in termini assoluti, già sottodimensionata come numero di strutture, diventa ancora più inadeguata, se si considera che nel loro interno, spesso, i consultori operano con équipes, anche dimezzate, rispetto agli standard minimi.
2. Il decreto assessoriale che riorganizza la rete consultoriale, rivaluta fortemente, se applicato in concreto, il ruolo dell'Ostetrica nel territorio, a patto che si assumano i conseguenti atti di rideterminazione degli organici.
3. Nelle Uu.Oo. di Ostetricia e Ginecologia, molte delle difficoltà di gestione dei punti nascita derivano anche dalla presenza, inappropriata, di personale infermieristico, laddove sarebbe più utile ed appropriata per le competenze, la presenza di ostetriche anche nei reparti di degenza: è urgente ribaltare tale paradossale situazione con le dovute indicazioni assessoriali alle aziende sanitarie di ridefinizione qualitativa-quantitativa degli organici.

" Nel segno della continuità, metteremo in campo nuove iniziative per potenziare il ruolo delle ostetriche e creare una rete di referenti Aio, sia territoriali che ospedalieri, in tutta la regione"

► Segue da pagina 7

10° Rapporto Cedap

al 2,8% mentre tale percentuale sale al 13,7% per le donne straniere. Le donne con scolarità bassa effettuano la prima visita più tardivamente rispetto alle donne con scolarità medio-alta: la percentuale di donne con titolo di studio elementare o senza nessun titolo che effettuano la prima visita dalla 12° settimana di gestazione è pari al 10,9% mentre per le donne con scolarità alta la percentuale è del 2,8%. Anche la giovane età della donna, in particolare nelle madri al di sotto dei 20 anni, risulta associata ad un maggior rischio di controlli assenti (3,3%) o tardivi (1° visita effettuata oltre l'undicesima

settimana di gestazione nel 13,6% dei casi). Nell'ambito delle tecniche diagnostiche prenatali invasive, sono state effettuate in media 12,4 amniocentesi ogni 100 parti. A livello nazionale alle madri con più di 40 anni il prelievo del liquido amniotico è stato effettuato nel 35,87% dei casi.

8. La donna ha accanto a sé al momento del parto (esclusi i cesarei) nel 90,6% dei casi il padre del bambino, nel 8,15% un familiare e nell'1,26% un'altra persona di fiducia. La presenza di una persona di fiducia piuttosto che di un'altra risulta essere influenzata dall'area geografica.

9. Si conferma il ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica. In media, il 36,7% dei

parti avviene con taglio cesareo, con notevoli differenze regionali che comunque evidenziano che in Italia vi è un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica. Rispetto al luogo del parto si registra un'elevata propensione all'uso del taglio cesareo nelle case di cura accreditate in cui si registra tale procedura in circa il 56,9% dei parti contro il 33,9% negli ospedali pubblici. Il parto cesareo è più frequente nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle donne straniere: si ricorre al taglio cesareo nel 28,2% dei parti di madri straniere e nel 38,6% nei parti di madri italiane. Nei punti nascita con meno di 800 parti annui, l'incidenza di parti cesarei è significativamente maggiore di quella che si osserva mediamente a livello nazionale (36,7%): nelle strutture dove han-

no luogo meno di 500 parti annui si ricorre al taglio cesareo nel 42,3% dei casi; in quelle dove hanno luogo fra 500 e 800 parti annui nel 41,7% dei casi. Il fenomeno è correlato anche alla maggiore concentrazione di strutture private nelle classi dei punti nascita di dimensioni ridotte.

10. I nati totali registrati nel 2011 dalle anagrafi comunali sono 546.607, quelli rilevati attraverso il CeDAP sono 541.206 (il 99% del totale dei nati). L'1% dei nati ha un peso inferiore a 1.500 grammi ed il 6,2% tra 1.500 e 2.500 grammi. Nei test di valutazione della vitalità del neonato tramite indice di Apgar, il 99,3% dei nati ha riportato un punteggio a 5 minuti dalla nascita compreso tra 7 e 10.

11. Sono stati rilevati 1.463 nati morti corrispondenti ad un tasso di natimortalità, pari a 2,70 nati morti ogni 1.000 nati, e registrati 6.680 casi di malformazioni diagnostiche alla nascita. L'indicazione della causa è presente rispettivamente solo nel 22,8% dei casi di natimortalità e nel 44,3% di nati con malformazioni.

12. Il ricorso ad una tecnica di procreazione medicalmente assistita (Pma) risulta effettuato in media 1,43 gravidanze ogni 100. La tecnica più utilizzata è stata la fecondazione in vitro con successivo trasferimento di embrioni nell'utero (Fivet), seguita dal metodo di fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma (Icsi).