

STUDIO AVVOCATO PAPOTTI
ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE

11, P.ZZA STATUTO
10122 TORINO - C.F. e P.I. 08774490018
TEL.: 011.5626060 (R.A.) - FAX: 011.5623232
segreteria@studiopapotti.it

AVV. FABRIZIO MASTRO
Patrocinante in Cassazione
AVV. COSIMO MAGGIORE
AVV. ALBERTO BAZZANO

AVV. CLAUDIO MARIA PAPOTTI
socio fondatore 1961-2010

AVV. LUIGI DEL VENTO
AVV. UGO ROSSI
DOTT.SSA MARTA GALANZINO
DOTT. GIORGIO PAPOTTI

**Egregia Presidente del
Collegio Interprovinciale delle Ostetriche di Torino ed Asti**

Parere *pro veritate* in materia di diritto sanitario

Le competenze delle ostetriche in ambito chirurgico. Diagnosi differenziale con le competenze infermieristiche

La questione afferente le competenze professionali dell'ostetrica nell'area chirurgica (ostetrico-ginecologico) appaiono di grande importanza e rilievo, soprattutto per comprendere le linee evolutive del sistema normativo sanitario e della professione ostetrica in rapporto con altri ambiti professionali contigui. Tracciare i difficili confini fra le diverse professioni sanitarie non è operazione facile, né dal punto di vista tecnico giuridico, né da quello bioetico: l'espansione o riduzione dei profili professionali "storici" è un fenomeno sociologico prima che giuridico e non riguarda aspetti di "protezione" di classe o di categoria, ma soddisfa solo il criterio della "migliore e più appropriata assistenza sanitaria possibile" nell'interesse della persona assistita che gode di un diritto fondamentale di derivazione costituzionale che è quello alla salute (art. 32 Costituzione).

In materia di professioni sanitarie, come noto l'evoluzione del diritto sanitario iniziata negli anni 90 e proseguita fino alla fine del 2000 ha condotto all'affermazione da due principi cardine che oggi caratterizzano la nuova organizzazione di un S.S.N. moderno, efficiente, **appropriato** ed efficace.

Il primo pilastro è senz'altro rappresentato dal nuovo "status" delle professioni sanitarie, quale discende dalla L.42/99, dotate **di autonomia professionale e di un campo proprio di attività e responsabilità** (inevitabilmente connesse a responsabilità civili, amministrative e penali).

Il secondo pilastro è il superamento della struttura verticistica aziendale che ha dimostrato di non garantire cure appropriate agli utenti ed un'efficiente gestione aziendale dei servizi. In tale ottica ed in relazione ad un'efficiente realizzazione del governo clinico sono stati introdotti strumenti

organizzativi e gestionali in rispondenza ad una diffusa responsabilizzazione degli attori coinvolti nell'azienda sanitaria. La modalità di utilizzo delle risorse umane e delle loro competenze distintive dovrebbe essere il principio guida delle Aziende Sanitarie, a garanzia del sistema salute per fornire cure appropriate, attraverso modelli organizzativi coerenti ai bisogni di salute del cittadino e della collettività e ai criteri del governo clinico.

Per quanto concerne in modo specifico la professione dell'ostetrica, con l'emanazione della Legge 42/1999 è stato stabilito che “[...] *il campo proprio di attività e responsabilità delle professioni sanitarie [...] è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post base nonché degli specifici codici deontologici*” (Art 1 comma 2). Al fine, quindi di definire le competenze ostetriche in campo per operatorio occorre per la specifica figura professionale dell'Ostetrica occorre porre attenzione ai contenuti del Profilo Professionale (DM 740/1994), dei Codici Deontologici che si sono succeduti (ultima versione approvata dal CNS 19 giugno 2010) **ed agli obiettivi e contenuti formativi degli ordinamenti didattici dei Corsi di Laurea in Ostetricia.**

Per essere ancora più precisi la legge 26 febbraio 1999 n. 42 recante "*Disposizioni in materia di professioni sanitarie*" –ha sostituito la denominazione di "*professione sanitaria ausiliaria*" con "*professione sanitaria*" (art. 1, comma 1), ed ha abrogato il regolamento contenuto nel DPR n. 163/75 stabilendo il **campo proprio e riservato** di attività e responsabilità delle professioniste sanitarie determinato, come detto, da: 1) D.M. istitutivo del relativo profilo professionale (D.M. 740/94); 2) Ordinamento didattico del corso di Diploma universitario oggi corso di laurea di I° livello; 3) Ordinamento didattico dei corsi di Formazione post-base; 4. Codice deontologico. L'abrogazione del DPR 163/1975 (recante norme su "Aggiornamento del R.D. 26 maggio 1940, n. 1364, concernente il regolamento per l'esercizio professionale delle ostetriche) ha fatto cadere - in nome della "specializzazione" insita nel "professionismo" della figura sanitaria – l'estensione operata dall'art. 7 il quale (oggi abrogato dall'entrata in vigore della L. 42/1999) così recitava: "*oltre alle facoltà consentite all'ostetrica nell'esercizio della sua attività professionale per l'assistenza alle gestanti, alle partorienti ed alle puerpere, a norma delle istruzioni del Ministero della Sanità, l'ostetrica può praticare tutto quanto è consentito dalle disposizioni in vigore agli infermieri professionali... (omissis)*". L'estensione di cui sopra oggi non pare essere consentita dal sistema normativo che disciplina la professione e le competenze di questa – anche in rapporto con altre professioni sanitarie- devono essere analiticamente ricercate e dedotte dalla lettura ed interpretazione dei "tre ambiti" sopra indicati.

Procediamo ad analizzare la prima delle componenti il "profilo professionale" inteso come ambito di competenze sviluppate in autonomia ed in cui la professionista agisce con responsabilità.

All'interno del "quadro normativo" è necessario segnalare, innanzitutto, il D.M. 14-09-1994, n. 740 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o che all'art. 1 prevede che "*1. E' individuata la figura dell'ostetrica/o con il seguente profilo: l'ostetrica/o è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza,*

durante il parto e nel puerperio, conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato. 2. L'ostetrica/o, per quanto di sua competenza, partecipa: a) ad interventi di educazione sanitaria e sessuale sia nell'ambito della famiglia che nella comunità; b) alla preparazione psicoprofilattica al parto; c) alla preparazione e all'assistenza ad interventi ginecologici; d) alla prevenzione e all'accertamento dei tumori della sfera genitale femminile; e) ai programmi di assistenza materna e neonatale. 3. L'ostetrica/o, nel rispetto dell'etica professionale, gestisce, come membro dell'equipe sanitaria, l'intervento assistenziale di propria competenza. 4. L'ostetrica/o contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca. 5. 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. 6. L'ostetrica/o svolge la sua attività in strutture sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero-professionale.

Sempre sul punto, una ulteriore conferma sia della natura riservata o protetta della professione sanitaria, sia dei compiti istituzionalmente attribuiti, si ricava dal tenore della **legge 10 agosto 2000 n. 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica"** che all'art. 1 (*professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica*) recita: "Gli operatori della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza". Inoltre, a livello di fonti regolamentari, con il D.M. 24/04/2000 "Adozione del Progetto Obiettivo Materno Infantile" (c.d. POMI)", l'ordinamento giuridico ha ulteriormente specificato l'organizzazione dei Dipartimenti dell'area materno-infantile e, conseguentemente, le aree di competenza e di responsabilità dell'Ostetrica/o nelle relative Unità di Ostetricia e Ginecologia. Sul punto, in particolare l'Allegato 2 ha previsto che "nell'area travaglio-parto, puerperio e nella ginecologia le ostetriche, il personale infermieristico ed ausiliario sono coordinate dall'ostetrica coordinatore". Il dato normativo non rileva solo a livello organizzativo ma incide sulla qualità stessa sugli ambiti di competenza delle prestazioni sanitarie offerte dalle ostetriche: negli stessi reparti ed in compresenza di diversi profili professionali (es. infermiere ed ostetriche), le funzioni di coordinamento sono sempre riservate alla sola ostetrica tanto è specialistico e complesso il compito loro attribuito.

Da ultimo, il **D.L.vo 9 novembre 2007, n.206** in attuazione della direttiva 2005/36/CE- relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, nonché della direttiva 2006/100/CE concernente la libera circolazione delle persone a seguito dell'adesione all'U.E. di Bulgaria e Romania ha previsto all'art. 48 che: "Esercizio delle attività professionali di ostetrica. 1. Le disposizioni della presente sezione si applicano alle attività di ostetrica come definite dalla legislazione vigente, fatto salvo il comma 2, ed esercitate con i titoli professionali di cui all'allegato V, punto 5.5.2. 2. Le ostetriche sono autorizzate all'esercizio delle seguenti attività': a) fornire una buona informazione e dare consigli per quanto concerne i problemi della pianificazione familiare; b) accertare la gravidanza e in seguito sorvegliare la gravidanza diagnosticata come normale da un soggetto abilitato alla professione medica, effettuare gli esami necessari al controllo dell'evoluzione della gravidanza

normale; c) prescrivere gli esami necessari per la diagnosi quanto più precoce di gravidanze a rischio; d) predisporre programmi di preparazione dei futuri genitori ai loro compiti, assicurare la preparazione completa al parto e fornire consigli in materia di igiene e di alimentazione; e) assistere la partoriente durante il travaglio e sorvegliare lo stato del feto nell'utero con i mezzi clinici e tecnici appropriati; f) praticare il parto normale, quando si tratti di presentazione del vertex, compresa, se necessario, l'episiotomia e, in caso di urgenza, praticare il parto nel caso di una presentazione podalica; g) individuare nella madre o nel bambino i segni di anomalie che richiedono l'intervento di un medico e assistere quest'ultimo in caso d'intervento; prendere i provvedimenti d'urgenza che si impongono in assenza del medico e, in particolare, l'estrazione manuale della placenta seguita eventualmente dalla revisione uterina manuale; h) esaminare il neonato e averne cura; prendere ogni iniziativa che s'imponga in caso di necessità e, eventualmente, praticare la rianimazione immediata; i) assistere la partoriente, sorvegliare il puerperio e dare alla madre tutti i consigli utili affinché possa allevare il neonato nel modo migliore; l) praticare le cure prescritte da un medico; m) redigere i necessari rapporti scritti.”

Un'ultima menzione merita il Codice Deontologico dell'Ostetrica (FNCO 2010) che definisce al punto 1.1. l'ostetrica come *il professionista sanitario abilitato e responsabile dell'assistenza ostetrica, ginecologica e neonatale; la sua attività si fonda sulla libertà e l'indipendenza della professione.*”, individuando i relativi doveri professionali: *“L'ostetrica/o riconosce la centralità della donna, della coppia, del neonato, del bambino, della famiglia e della collettività ed attua interventi adeguati ai bisogni di salute, nell'esercizio delle funzioni di sua competenza per la prevenzione, cura, salvaguardia e recupero della salute individuale e collettiva.”*

In sintesi, il dominio tipico e caratteristico dell'intervento assistenziale dell'ostetrica è quello della promozione e tutela della salute della donna, in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva, in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale: la vita intrauterina, la nascita, la pubertà/adolescenza, la gravidanza, il parto, il puerperio, l'età fertile, l'età matura, la menopausa/il climaterio. La letteratura ostetrico-ginecologica, nonché fonti ufficiali di rappresentanza della Professione sono soliti parlare di “salute olistica” della donna quale obiettivo e finalità tipica della professione ostetrica: ciò significa che l'ostetrica deve considerare – per un preciso dovere deontologico - la donna persona prima, ed il binomio materno fetale dopo, nella sua globalità, tutelando e valorizzando le componenti mente-corpo-cultura che interagiscono tra loro intimamente.

Tale visione globale della figura e della salute della donna in generale, e della donna in gravidanza in particolare, è propria del profilo assistenziale dell'ostetrica in forza di una serie di precisi riferimenti normativi. In sostanza, nei contesti operativi di competenza ostetrica – **ovverosia l'area ginecologica, neonatale e ostetrica- tale professionista si prende cura della donna-persona sia da un punto di vista clinico (c.d. midwifery cure), sia dal punto di vista del supporto psicologico (midwifery care), nonché dal punto di vista educativo ed informativo (midwifery educator).**

Dalla lettura complessiva di questo primo sistema di norme ed in particolare dal D.M 740/1994, e dall'abrogazione dell'art. 7 del DPR 163/1975 deduciamo che 8oltre che nella c.d. “fisiologia della gravidanza e del parto”) anche nel campo della **“preparazione e all'assistenza ad interventi**

ginecologici” le ostetriche hanno competenze precise e specifiche che debbono svolgere con autonomia intellettuale ed operativa anche perché inserite in una équipe multidisciplinare di cui rappresentano parte integrante e necessaria. Lo stesso D.Lvo del 2007 chiaramente orientato ad una armonizzazione dei profili e delle competenze a livello europeo autorizza (dunque richiede competenza autonoma) l’ostetrica a **“individuare nella madre o nel bambino i segni di anomalie che richiedono l’intervento di un medico e assistere quest’ultimo in caso d’intervento; prendere i provvedimenti d’urgenza che si impongono in assenza del medico e, in particolare, l’estrazione manuale della placenta seguita eventualmente dalla revisione uterina manuale”**;

Per avere conferma “normativa” della presenza nel profilo professionale ostetrico di una competenza di midwifery cure mirata alla assistenza ad interventi chirurgici ginecologici ed ostetrici occorre verificare la effettività e concretezza della preparazione e formazione universitaria e post universitaria. Maggiore è la completezza delle tematiche chirurgiche e dell’assistenza pre-infra e post operatoria dell’ostetrica, maggiori saranno gli spazi di autonomia professionale e le responsabilità, maggiori ancora le “possibilità” di specializzazione e, quindi, di riservare lo svolgimento delle predette attività al suo profilo professionale. La conquista di spazi professionali per i professionisti sanitari ed in particolare per le ostetriche non è un fatto statico e non è solo legato alla rigidità delle norme. Anzi, l’accuratezza, completezza, specificità della formazione teorica e sul campo è il valore aggiunto che legittima autonomia, responsabilità e “riservatezza” dell’attività rispetto ad altre professioni sanitarie “contigue”, prima fra tutte quella infermieristica attesa la natura “generalista” dell’assistenza sanitaria prestata.

I percorsi di studio ostetrici hanno si sono conformati ed adeguati alla normativa e alle indicazioni dell’Unione Europea (Direttiva 2005/36/CE); gli studenti che oggi frequentano il Corso di Laurea in Ostetricia acquisiscono le conoscenze, le competenze relazionali e tecnico-pratiche da applicare nelle tre macroaree precedentemente indicate: ostetricia, ginecologia e neonatologia. Sono incluse ovviamente nel percorso di apprendimento le abilità tecnico-cliniche di base, trasversali alle professioni dell’assistenza/cura (ad esempio: sorveglianza e rilevazione parametri vitali, somministrazione della terapia, preparazione chirurgica della persona assistita, strumentazione degli interventi chirurgici degli interventi ostetrico-ginecologici, test di screening, ecc.)

Illuminante questo schema riassuntivo e riepilogativo di confronto fra i settori disciplinari professionalizzanti dell’ostetrica e dell’infermiere:

Confronto di settori disciplinari professionalizzanti	Ostetrica		Infermiere	
	Teoria	Pratica	Teoria	Pratica
MED47 – Scienze Infermieristiche Ostetrico-Ginecologiche (06/N1 Scienze ostetrico-ginecologiche e neonatali)	17 CFU	35,5 CFU Area Gin	0,5 CFU	Solo tirocini opzionali
MED40 – Ostetricia e Ginecologia	9,5 CFU	52 CFU Area Ost	0,5 CFU	
MED38 – Pediatria e Neonatologia	2,5 CFU	8 CFU	0,5 CFU	
	Totale CFU 124,5		Totale CFU 1,5	

Università degli studi di Torino – Confronto CFU CLO vs CLI

L'analisi critica degli ordinamenti didattici dei Corsi di Laurea in Ostetricia (che oggi sono facilmente rilevabili sui siti degli atenei italiani e di cui si riporta in tabella, come esempio, quello dell'università di Torino) e una minuziosa comparazione con gli ordinamenti didattici del Corso di Laurea in Infermieristica, può essere un'opportunità per meglio comprendere la differenza che esiste tra la scienze infermieristiche e le scienze ostetriche (midwifery), i campi di applicazione nella pratica clinica, nonché gli obiettivi e gli scopi dell'assistenza ostetrica e dell'assistenza infermieristica. Anche la consultazione ed il confronto della letteratura scientifica delle rispettive discipline può essere un'opportunità per oggettivarne le sostanziali differenze (teoria, prassi e responsabilità).

Non solo, sempre la consultazione degli ordinamenti universitari fa emergere l'alto grado di approfondimento che il Corso di Laurea in Scienze Ostetriche dedica alla midwifery cure in ambito chirurgico, tanto ostetrico quanto ginecologico.

Ad esempio il progetto di tirocinio ostetrico si propone il duplice obiettivo di:

- fare acquisire allo Studente le conoscenze teoriche ed i principi comportamentali relativi alle attività OSTETRICHE proprie dell'assistenza perioperatoria, per le quali deve essere in grado di analizzare e sintetizzare gli aspetti relativi alla pianificazione, erogazione e valutazione dell'assistenza pre, intra e post – operatoria;
- fornire un percorso che consenta allo Studente di sviluppare una sufficiente autonomia nella strumentazione degli interventi ostetrico-ginecologici di base.

Il progetto di tirocinio proposto relativamente all'Assistenza chirurgica in ambito ginecologico ed ostetrico ha l'obiettivo di fare acquisire allo Studente le conoscenze teoriche ed i principi

comportamentali relativi alle attività assistenziali proprie dell'area. Il tirocinio vuole inoltre fornire un percorso di informazione che consenta allo Studente di sviluppare un consapevole e adeguato orientamento ed inserimento nella struttura. Il tirocinio ha, infine, l'obiettivo di fare perfezionare alcuni aspetti tecnici dell'assistenza di base e apprendere gli aspetti tecnici dell'assistenza chirurgica. Durante il tirocinio gli studenti dovranno sviluppare le conoscenze, le capacità ed i comportamenti relativi all'esecuzione degli atti e tecniche assistenziali come da Elenco Tecniche allegato al L.A.F. (Libretto Attività Formative).

Al termine del medesimo tirocinio lo Studente dovrà essere in grado di:

- *descrivere le principali finalità, strutture ed organizzazioni del Servizio sede del tirocinio;*
- *individuare i bisogni specifici dell'utenza di riferimento, al fine di proporre interventi assistenziali pertinenti alla loro risposta;*
- *riconoscere le funzioni specifiche dell'ostetrica e delle altre figure professionali al fine di attivare le migliori risorse disponibili;*
- *valorizzare l'importanza del lavoro di équipe ed il necessario approccio ai problemi della p.a. in un'ottica di multiprofessionalità e multidimensionalità;*
- *riconoscere i principali problemi (bisogni assistenziali prevalenti) che la p.a. manifesta per il soddisfacimento dei propri bisogni fondamentali;*
- *erogare le prestazioni assistenziali specifiche con particolare attenzione ai bisogni fondamentali della p. a. che principalmente interagiscono con l'assistenza ostetrica;*
- *valutare i risultati degli interventi erogati;*
- *accogliere la p.a. in s.o.;*
- *favorire un clima positivo nella fase pre, intra e post – operatoria;*
- *favorire la riduzione degli stati di ansia;*
- *raccogliere dati pertinenti e specifici al contesto;*
- *individuare gli indicatori specifici dei rischi che la p.a. può presentare in relazione alla sua condizione clinica;*
- *informare in modo corretto, per quanto di propria competenza, la p.a. sulle procedure in atto;*
- *riconoscere i problemi assistenziali prioritari nella fase pre, intra e post – operatoria;*
- *distinguere i piani di intervento per i relativi obiettivi assistenziali;*
- *preparare la p.a. all'intervento secondo i protocolli in uso (tenendo conto delle condizioni personali ed eventuali protocolli terapeutici fibrinolitici e trombolitici, antibiotici e anticoagulanti);*
- *identificare ed utilizzare in modo appropriato i DPI;*
- *preparare il campo operatorio e strumentare, secondo procedure corrette con progressivo aumento dell'autonomia, almeno per RDT, RCU, biopsia mammaria, T.C., istero/resettoscopia;*
- *preparare il campo operatorio e strumentare, secondo procedure corrette, in affiancamento, isterectomie, mastectomie e laparoscopie;*
- *gestire, nel pieno rispetto delle procedure in uso e delle linee guida per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, il trattamento, il riordino e lo smaltimento del materiale usato;*
- *sorvegliare la p.a nel post-operatorio per la valutazione delle condizioni cliniche;*

Sempre dall'analisi della formazione base e post base emerge che, oltre agli obiettivi di tirocinio previsti dai percorsi specifici in ambito ostetrico, neonatale, ginecologico e gineco-oncologico, lo studente, per accedere all'esame finale, deve avere partecipato attivamente ed eseguito con opportuno affiancamento le seguenti attività professionali:

- *Aver preso attivamente parte alla valutazione del bilancio di salute di almeno 100 donne in gravidanza (in differenti epoche gestazionali) con i conseguenti atti di accertamento prenatale del benessere materno e fetale.*
- *Aver preso attivamente parte all'assistenza di almeno 45 parti/nascite (in differenti epoche gestazionali e profili di rischio) con i conseguenti atti di assistenza alla donna/madre ed al feto/neonato e la relativa assistenza nel post-partum e supporto alle persone che accompagnano la donna.*
- *Aver preso attivamente parte all'assistenza di almeno 2 parti in presentazione podalica o, in assenza di casi, avere svolto personalmente 10 simulazioni con valutazione positiva.*
- *Aver preso attivamente parte all'assistenza di almeno 2 parti operativi per via vaginale con applicazione di ventosa ostetrica o, in assenza di casi, avere svolto personalmente 5 simulazioni con valutazione positiva.*
- *Aver preso attivamente parte all'assistenza di almeno 2 parti operativi per via vaginale con applicazione di forcipe o, in assenza di casi, avere svolto personalmente 5 simulazioni con valutazione positiva.*
- *Aver preso attivamente parte alla valutazione e sorveglianza di almeno 40 gravidanze a rischio medio/alto con i conseguenti atti di accertamento prenatale del benessere materno e fetale.*
- *Aver preso attivamente parte alla valutazione del bilancio di salute di almeno 100 coppie/mamma neonato in puerperio con i conseguenti atti di accertamento del benessere materno e neonatale anche relativi alla promozione e sostegno dell'allattamento al seno (in condizioni di fisiologia o patologia).*
- *Aver preso parte attivamente ad almeno 5 incontri di accompagnamento alla nascita.*
- *Avere accompagnato almeno una donna dalla prima visita in gravidanza al puerperio.*
- *Almeno 10 valutazioni della poppata secondo schema OMS*
- *Almeno 3 valutazioni dell'adattamento neonatale in sala parto (secondo scheda strutturata ad hoc)*
- *Almeno 3 valutazioni del neonato in puerperio (secondo scheda strutturata ad hoc).*
-

Inoltre lo studente dovrà avere eseguito in prima persona con valutazione positiva:

- *Almeno 25 prelievi citologici vaginali*
- *Almeno 25 misurazioni della distanza sinfisi / fondo per la valutazione dell'accrescimento fetale*
- *Almeno 5 ecografie ostetriche di supporto alla semeiotica clinica tradizionale*
- *Almeno 5 episiotomie - ove indicate - con relativa sutura o sutura di lacerazioni perineali semplici (ed in assenza di casi avere svolto personalmente 15 simulazioni con valutazione positiva)*
- *Almeno 5 suture di lacerazioni vagino perineali anteriori e posteriori non complicate*
- *Almeno 10 assistenze chirurgiche in corso di taglio cesareo*
- *Almeno 10 assistenze chirurgiche in corso di revisione della cavità uterina*
- *Almeno 10 assistenze chirurgiche in corso di RDT della cavità uterina*
- *Almeno 2 assistenze chirurgiche in corso di isterectomia o istero-annessiectomia*

- *Almeno 5 assistenze chirurgiche in corso di interventi a carico della mammella*

Il percorso formativo teorico pratico “imposto” all’ostetrica per la sua elevata qualificazione professionale riempie di contenuto i presupposti normativi del D.M 740/1994 e della normativa più recente, facendo di questa professionista la “prima” e se possibile “unica” figura di “assistenza” operatoria nella macroarea degli interventi chirurgici ostetrico ginecologici, con prevalenza e preferenza rispetto ad altre figure che non paino avere, pur nel riconoscimento astratto di competenze generali, il grado di specializzazione richiesto per l’area ostetrico ginecologica. Ne deriva che il ruolo dell’ostetrica in sala operatoria è senza dubbio sempre più apprezzabile, efficace ed appropriato proprio in nome della migliore accuratezza delle cure. La sua abitudine ad organizzare rapidamente gli spazi di lavoro, come la sala parto in ospedale o la zona travaglio-parto a domicilio, oltre una *forma mentis* “culturale tipica” del ruolo, attenta e disponibile alle necessità psicofisiche della paziente, **garantiscono valore e legittimazione piena di questa professionista anche nell’ambito chirurgico.**

Tale è la posizione avanzata dell’ostetrica nella sede “operatoria” che uno degli aspetti di maggiore discussione è stato di recente la sua possibilità di svolgere legittimamente le funzioni di secondo operatore. Sulla base di tali premesse, in realtà **non esistono i presupposti ordinari, ovvero furi da necessità ed urgenza, che un’ostetrica possa essere chiamata a svolgere la funzione di secondo operatore in un intervento di parto cesareo.** L’ostetrica infatti non è un professionista medico, bensì una diversa figura professionale con proprie specifiche competenze. I contenuti del suo profilo professionale, esulano in modo evidente dai compiti demandati al secondo operatore in un intervento di parto cesareo. Una conferma significativa di questa interpretazione è rinvenibile nella recente sentenza 8458/2011 con cui la Corte di Cassazione ha ritenuto legittimo per ricorrenza di una giusta causa il licenziamento operato dalla USL n. 10 di Firenze nei confronti di un dirigente medico per aver eseguito un intervento di taglio cesareo con l’assistenza di un’ostetrica come secondo operatore. Se da un lato non può che concordarsi con il rilievo secondo cui il medico che attribuisca all’ostetrica funzioni di secondo operatore, nell’esecuzione di TC, si espone al rischio del licenziamento da parte della struttura ospedaliera, dall’altro va altresì precisato che **l’ostetrica ottemperante a un simile ordine risponde dei danni eventualmente cagionati col proprio operato e, soprattutto, rischia di incorrere nella responsabilità penale per abusivo esercizio della professione medica ex art. 348 c.p.** Al riguardo va infatti precisato che non è necessario il compimento di una serie di atti per la configurabilità di tale delitto, essendo sufficiente un solo atto o prestazioni isolate, gratuite o occasionali (cfr. ad es. Cass., 7 marzo 1985, n. 297). **Ciò, naturalmente, al di fuori di quei limitati casi in cui si versi invece in una situazione di stato di necessità e l’intervento dell’ostetrica si appalesi come indispensabile per salvare la madre o il nascituro dal pericolo attuale di un danno grave alla persona e non sia possibile attendere l’arrivo di un altro medico per svolgere quelle determinate funzioni.** **Al di fuori di tali emergenze, l’ostetrica deve attivarsi per "sollecitare tempestivamente l’intervento del medico appena emergano fattori di rischio per la madre e comunque in ogni caso di sofferenza fetale" (cfr. Corte di Cass., sez. IV, 29 gennaio-7 maggio 2004, n. 21709).**

Sempre la Giurisprudenza, questa volta amministrativa, pare confermare gli assunti sopra sviluppati.

Alcune ostetriche dipendenti Asl, essendo utilizzate come infermiere e come “ferriste” nella sala operatoria, chiedevano di essere escluse dal novero del personale infermieristico adibito al blocco operatorio, ottenendone, tuttavia, riscontro negativo. Ne seguiva un contenzioso giurisdizionale a seguito del quale il Tar Molise, pur respingendo il ricorso, fissava alcuni punti fermi sul rispetto dei compiti e delle mansioni dell'ostetrica. Secondo la sentenza del TAR Molise che si analizzerà in dettaglio: *“Le ostetriche sono abilitate a svolgere tutti i compiti infermieristici professionali, anche nel blocco operatorio, allorché sia adibito a interventi chirurgici di ostetricia e ginecologia. Pertanto, l'attività di ostetrica, in qualche modo, può occasionalmente assorbire le mansioni dell'infermiere professionale, senza che ne derivi un demansionamento”*.

In particolare, nella vicenda processuale, le ricorrenti ostetriche dipendenti della A.U.S.L., essendo utilizzate come infermiere e come ferriste nella sala operatoria, chiedevano all'amministratore e al direttore sanitario della A.U.S.L. - responsabili dell'organizzazione dei reparti – di essere escluse dal novero del personale infermieristico adibito al blocco operatorio, ottenendone, tuttavia, riscontro negativo. Ne seguiva un contenzioso giurisdizionale e questo T.a.r., con la sentenza n. 78 del 19.2.1997, pur respingendo il ricorso delle ostetriche, fissava alcuni punti fermi sul rispetto dei compiti e delle mansioni dell'ostetrica. Con una diffida del 12.5.1997, le ricorrenti invitavano la A.U.S.L. a uniformarsi alle indicazioni del T.a.r., senonché l'Amministrazione rispondeva di non dover provvedere in merito, considerato che la citata sentenza T.a.r. n. 78/1997 era di rigetto del ricorso.

L'Amministrazione resistente chiedeva alle ostetriche ricorrenti di svolgere occasionalmente, nelle sale operatorie, anche i compiti di infermiere professionale, rilevando che, quando il blocco operatorio è destinato agli interventi di ostetricia e ginecologia, le ostetriche vi possono essere inserite, senza che ciò comporti adibizione a mansioni inferiori; inoltre, gli aspetti organizzativi del blocco operatorio – a dire dell'Amministrazione - non sono sindacabili dal personale che vi opera.

Il Collegio del TAR Molise ha ritenuto, invero, che i motivi del ricorso fossero infondati. Infatti, le ostetriche sono abilitate a svolgere tutti i compiti infermieristici professionali, anche nel blocco operatorio, allorché sia adibito a interventi chirurgici di ostetricia e ginecologia, non sussistendo disposizioni che limitino le prescrizioni di cui all'art. 7 del D.P.R. 7 marzo 1975 n. 163 ai soli casi di necessità e urgenza. Detta normativa, invero, consente all'ostetrica di svolgere anche le attività tipiche degli infermieri professionali, purché in connessione alla propria attività di assistenza alle gestanti (cfr.: T.A.R. Abruzzo L'Aquila, 20.1.1998 n. 141). **Pertanto, l'attività di ostetrica, in qualche modo, può occasionalmente assorbire le mansioni dell'infermiere professionale, senza che ne derivi un demansionamento dell'ostetrica** (cfr.: T.A.R. Campania Napoli, IV, 10.10.1991 n. 291). Inoltre, è vero che, a tenore della disciplina di cui all'art. 40 del D.P.R. 27 marzo 1969 n. 128, l'assistenza al parto comprende anche i compiti di sala operatoria, alle dipendenze dei sanitari di ostetricia e ginecologia, purché non sia imposto alle ostetriche di svolgere in via ordinaria e continuativa le mansioni proprie degli infermieri professionali (cfr.: T.A.R. Calabria Catanzaro, I, 20.6.2001 n. 996; T.A.R. Emilia Romagna, Parma, 1.4.1990 n. 141).

Per quanto il TAR citi una normativa non più in vigore, come visto il coordinamento del DM 740/1994 con la legge 42/1999, non cambia la sostanza della soluzione.

L'ostetrica è la professionista "non medico" dell'area ostetrico-ginecologica-neonatale che più di tutte è formata e preparata, con competenze autonome e specifiche, anche all'assistenza nella macroarea chirurgica. Ciò vale per gli interventi ginecologici, ed *a fortiori* per quelli ostetrici come il Taglio Cesareo, in quanto l'assistenza alla donna ed al neonato rappresentano "il cuore" del profilo professionale, derivandone che – in questo caso- le ostetriche in sala dovrebbero essere almeno in numero di "due". La presenza quale strumentista di un infermiere, anche se non inusuale nella prassi ospedaliera e non sindacabile dal punto di vista della legittimazione generale ex D.M. 739/1994, appare alla luce di quanto premesso e della maggiore e più accurata formazione dell'ostetrica nell'assistenza chirurgica, un *minus* rispetto alla migliore e più appropriata assistenza sanitaria che il sistema può offrire attraverso la figura dell'ostetrica.

Torino, 27 marzo 2014

Avv. Cosimò Maggiore
