NUMERO 2/2011

ANNO I

2/2011

LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

ORGANO UFFICIALE DELLA FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI OSTETRICHE

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

EDITORIALE
Quale futuro per i Collegi (e Ordini) delle Ostetriche?

ATTUALITÀ
Ostetriche: la realtà, i desideri, il modello assistenziale

FNCO
Le attività della Federazione nell'anno 2011

SOMMARIO

EDITORIALE

3 **Quale futuro per i Collegi (o Ordini) delle ostetriche?**

ATTUALITÀ

La realtà professionale e la proposta Fnco

4 Ostetriche: la realtà, i desideri, il modello assistenziale

La relazione della presidente Miriam Guana al Consiglio nazionale Fnco del 18-19 novembre 2011

6 Un momento grave per il paese e per i professionisti

FNCO

Le attività della Fnco nell'anno 2011

9 Incontri istituzionali, Convegni e tante proposte elaborate dalla Federazione in un anno di crisi economica e politica che purtroppo lascia molte iniziative in sospeso

16 **Nuovo governo e nuovo ministro: cosa cambia per Sanità e Ordini professionali**

RICERCA IN OSTETRICIA

18 **Contenuti emotivi di frasi libere scritte durante l'attesa del travaglio e a parto avvenuto**

PARERI LEGALI NELLA PROFESSIONE OSTETRICA

26 **L'ostetrica può essere il "secondo operatore"?**

27 **Ostetriche libero professioniste: quante partite iva?**

28 **L'ostetrica può effettuare l'ecografia office?**

30 **L'esecuzione del pap-test è una competenza anche dell'infermiere?**

33 **Chi posiziona i trasduttori?**

LUCINA
LA RIVISTA DELL'OSTERICA/O

Organo della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche

Anno I numero 2
Bimestrale
Poste Italiane SpA - spedizione in abbonamento postale 70% Roma Aut. n. C/RM/56/2011

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

Segreteria di redazione
A. Cinotti, I. Rinaldi

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

Consulenza redazionale

Edizioni Health Communication
via Vittore Carpaccio 18
00147 Roma
Telefono 06.594461

Stampa
Union Printing, Viterbo

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

Quale futuro per i Collegi (o Ordini) delle ostetriche?

Stiamo vivendo un momento politico ed economico nazionale che, come noto, è grave. Una gravità che ci coinvolge tutti, non solo come cittadini e professionisti ma anche come rappresentanti istituzionali degli Ordini professionali.

Con tutta probabilità siamo nel momento di non ritorno verso quello che si profila come un vero e proprio cambiamento del sistema delle professioni.

Nell'articolo all'interno della rivista ripercorriamo le vicende legislative degli ultimi mesi, che spiegano le ragioni delle nostre preoccupazioni e delle iniziative di chiarimento che abbiamo già preso e che prenderemo.

Quello che più ci sta a cuore e che, nella generale euforia "liberalizzatrice, si sappia tutelare il particolare ruolo svolto dalle professioni sanitarie, come peraltro era già stato posto in evidenza nel decreto-legge di agosto. Non si tratta di una difesa corporativa, ma della consapevolezza che Ordini e Collegi delle professioni sanitarie tutelano contemporaneamente gli interessi dei propri iscritti e quelli dei cittadini, proteggendo da interessi meramente commerciali la qualità e il decoro delle professioni.

Per questo, la Fnco ha continuato e continuerà a compiere ogni sforzo possibile per realizzare tutti gli obiettivi di crescita dell'ostetrica e per far sì che sia sempre all'avanguardia e "libera" di agire con competenza, professionalità ed appropriatezza, a tutela del sistema salute e della collettività intera.

Miriam Guana
Presidente della Federazione Nazionale Collegi Ostetriche

La realtà professionale e la proposta Fnco

OSTETRICHE: LA REALTÀ, I DESIDERI, IL MODELLO ASSISTENZIALE

(I parte)

di Eva Antoniotti

Come si svolge la nostra professione? Quali sono le aspettative delle ostetriche italiane e con quale realtà si devono confrontare? Quanto è applicato il modello organizzativo proposto dalla Fnco che ruota su tre aree assistenziali? Con questo articolo apriamo un confronto che proseguirà sui prossimi numeri.
Riflettere su presente e futuro della professione ostetrica, per orientare nel modo migliore il nostro impegno. È questo lo scopo del dibattito che vogliamo avviare, chiamando tutte ad intervenire.
Ovviamente abbiamo molti elementi da cui partire. In Italia ci sono circa 17mila ostetriche, per la gran parte occupate nelle strutture del Ssn, mentre una percentuale minore è attiva in strutture private o svolge la libera professione.
Ogni anno si laureano poco più di 500 ostetriche, ma a distanza di un anno solo il 57% di loro ha trovato una colloca-

Un'esperienza "fortunata": il Fatebenefratelli di Roma

Maria Grazia Pellegrini è capo ostetrica all'ospedale Fatebenefratelli di Roma, uno dei più antichi e suggestivi della capitale, costruito sull'isola Tiberina. Un'oasi appartata tra le correnti del Tevere, ma nel pieno centro della città. Da lei ci facciamo raccontare come sia riuscita, da molti anni, a realizzare il progetto di ampliare la presenza ostetrica in tutte le aree relative alla salute della donna e del bambino.

Dottoressa Pellegrini, che radici ha il modello organizzativo proposto dalla Fnco, articolato su tre aree di intervento?
Circa 15 anni fa la Federazione, attraverso il Comitato Centrale e il Consiglio nazionale, varò il progetto di inserimento delle ostetriche in tutti i percorsi del materno infantile, o meglio della salute della donna e del bambino. La difficoltà a realizzare il progetto fu duplice, trovando ostacoli sia con le colleghe che con il mondo sanitario. Quando ho cominciato a portare in ospedale questa idea, le più contrarie erano proprio le ostetriche, abituate ad avere il loro "regno" in sala parto. Ma qualcuna di noi più "pasionaria" e che ha trovato appoggio nella sua realtà da parte delle amministrazioni è riuscita a realizzare qualcosa che somiglia a questo progetto.

Anche lei ci è riuscita?
Ho avuto la fortuna di poter inserire nel corso di laurea, che ho diretto per dodici anni, moduli di assistenza che andavano verso i diversi settori. Questo ha fatto sì che le ostetriche che si diplomavano con noi uscissero con una mentalità pronta alla complessità del dipartimento. Poi, una volta che la squadriglia è stata pronta, ho avuto la fortuna di incontrare un Direttore Generale, Fra Pietro Cicinelli, che ha capito immediatamente come questo progetto rappresentasse un vantaggio per l'ospedale, dal

zione professionale piena. Un dato preoccupante, su cui occorre riflettere per comprenderne le ragioni. La più immediata è che, spesso, i ruoli ostetrici vengono occupati da personale assistenziale non specifico, e questo in contraddizione con la "carenza infermieristica" spesso lamentata nelle sedi istituzionali e sui mass media.
Ma, probabilmente, sul ritardo nell'inserimento professionale gioca un ruolo importante anche l'aspirazione a trovare una collocazione pienamente soddisfacente, che per molte coincide ancora soltanto con un'attività in area ostetrica. Il modello organizzativo articolato su tre aree, ovvero ostetrica, neonatale e ginecologica, che consente un pieno dispiegamento della professionalità ostetrica a tutela della salute di donna e bambino, fatica a realizzarsi, incontrando molte resistenze nelle direzioni delle strutture sanitarie, ma anche qualche incertezza nelle stesse ostetriche.
Una ricerca esplorativa condotta dall'ostetrica Paola Bettelli su un campione di ostetriche, mette in evidenza alcuni dati interessanti. Riguardo all'inserimento delle ostetriche nelle tre aree di competenza quasi il 60% ne coglie il significato di "valorizzazione della professione ostetrica", ma il 30% delle intervistate lo interpreta invece come "un mezzo per contenere la carenza infermieristica".
Quando è stato chiesto esplicitamente quanto condividessero il modello organizzativo proposto dalla Fnco per l'inserimento delle ostetriche nelle tre aree di competenza, le risposte delle intervistate sono state ancora più indicative. Riguardo all'area ostetrica si sono infatti dichiarate "totalmente d'accordo" il 61%, che scende al 42% per l'area neonatale e al 35% per l'area ginecologica. Molto più ampio il consenso alle politiche della Federazione se si sommano anche le risposte "molto d'accordo" e "abbastanza d'accordo": per il modello in area ostetrica si raggiunge un'adesione del 91%, per l'area neonatale dell'85% e per l'area ginecologica dell'82%.
Interessante sottolineare che la ricerca, sulla quale torneremo più estesamente in un'altra occasione, è stata rivolta a due gruppi di intervistate, uno circoscritto alla sola realtà bresciana e l'altro invece su scala nazionale. Le risposte alle domande del questionario fanno registrare percentuali molto simili tra i due gruppi, quasi che l'universo ostetrico si manifesti con le stesse articolazioni un po' ovunque.

Modelli assistenziali innovativi: e cosa succede in Italia?

A partire da questo numero di Lucina vogliamo avviare una panoramica sull'applicazione dei modelli assistenziali nelle realtà del nostro Paese.

Le colleghe che vogliano inviare contributi su questo tema, illustrando cosa avviene nel proprio ambito di lavoro in merito a cure ostetriche. ginecologiche e neonatali e sulla organizzazione del lavoro ostetrico in ospedale e sul territorio, possono indirizzarle via e mail a: presidenza@fnco.it

punto di vista della gestione delle risorse umane.
È stata una vera battaglia su molti fronti: ostetriche e infermiere, amministrazione e dirigenti. Ma alla fine abbiamo tolto tutte le infermiere dall'ostetricia e dalla ginecologia e le abbiamo sostituite con ostetriche.

Come funziona oggi la vostra organizzazione?
Il fulcro è la rotazione: ogni ostetrica fa tre mesi in sala parto, due mesi in ostetricia, due mesi in ginecologia, un mese in accettazione ostetrica e poi si ricomincia da capo. Se non si sa governare questo sistema il rischio è invece quello che, mi dicono, accade in alcuni ospedali dell'Umbria o della Toscana, dove le ostetriche anziane si riservano la sala parto, lasciando alle colleghe giovani solo la ginecologia e il neonatale. Ma togliendo la complessità della rotazione resta solo l'assistenza diretta, e così le colleghe giovani si sentono frustrate e perdono identità professionale, assimilandosi alle infermiere.

Ma non è complicata la gestione di questa rotazione così serrata del personale ostetrico?
È sufficiente creare condizioni organizzative simili: carrelli, armadietti, quaderni, organizzati sugli stessi colori, protocolli dello stesso tipo. Il vantaggio è che si alternano fasi diverse: l'adrenalina e il rischio della sala parto, i ritmi più lenti e noiosi di ostetricia, l'approfondimento della clinica in ginecologia, la velocità del triage in accettazione ostetrica. E tra queste diverse esperienze, che si rafforzano e completano l'una con l'altra, in comune c'è la capacità di affrontare l'emergenza. Oggi noi riusciamo a fare un cesareo di emergenza in quindici minuti, cosa che non era possibile quando in ostetricia c'erano le infermiere.

In tempi di parcellizzazione delle competenze, questo modello sembra in controtendenza.
Io credo che, in genere, la parcellizzazione delle competenze soddisfi soprattutto i professionisti, mentre il mio punto di riferimento sono le donne e credo che intorno a loro si debba svolgere la nostra professione.
Nella nostra realtà questo modello ci garantisce la salvaguardia del percorso assistenziale e la "protezione" del personale ostetrico. Ma sia chiaro: un modello non si può replicare "copiando", ma deve adattarsi alle condizioni, alla cultura, alle dimensioni di ciascuna struttura.

La relazione della presidente Miriam Guana al Consiglio nazionale Fnco del 18-19 novembre 2011

UN MOMENTO GRAVE PER IL PAESE E PER I PROFESSIONISTI

Quest'Assemblea coincide con un momento politico ed economico nazionale ed internazionale che, come noto, è grave. Una gravità che ci coinvolge tutti, non solo come cittadini e professionisti ma anche come rappresentanti istituzionali degli Ordini professionali.
Con tutta probabilità siamo nel momento di non ritorno verso quello che si profila come un vero e proprio cambiamento del sistema delle professioni. Per questo motivo la relazione che andrò a presentare si incentrerà, in particolare, sulle recenti riforme in materia di liberalizzazione delle professioni e future trasformazioni degli Ordini (quanto mai prossime!) le cui competenze non sono ancora ben definite. Sin da ora deve essere chiaro che gli ordinamenti professionali dovranno essere riformati entro 12 mesi dalla data del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138. Quindi entro agosto 2012.

Cambiamento del sistema delle professioni

Prima di entrare nel merito delle novità legislative nazionali della scorsa settimana vorrei ripercorre brevemente quanto è accaduto in questi ultimi mesi ed in particolare da quando, poco prima dell'estate, si è aggravata la crisi economica e finanziaria dell'Italia in una misura tale da far intervenire il governo anche sul mondo delle professioni.
Questo mio excursus spero possa essere di utilità anche per le neopresidenti del mandato 2012-2014 e per i commissari straordinari dei collegi interprovinciali neo costituiti, oggi presenti per la prima volta in Assemblea nazionale della Fnco.
Con e-mail del 30/06/2011, del 15/07/2011, del 3/8/2011 e del 20/9/211 vi abbiamo tenuto aggiornarti sulla riforma delle professioni e sulle novità che si appalesavano in Parlamento.
Fin dall'inizio dell'attuale legislatura sono pendenti alla Camera e al Senato progetti di riforma sia delle professioni intellettuali e sia specificatamente delle professioni sanitarie. Se da un lato il progetto di riforma delle professioni intellettuali, capeggiato e monitorato dal Cup nazionale (Comitato unitario delle professioni), non ha incontrato una reale volontà politica, se non alcuni vacui proclami, che ne accelerasse i lavori parlamentari, dall'altro lato la riforma delle professioni sanitarie pendenti al Senato aveva fatto ritenere di essere in dirittura di arrivo.
In particolare, dopo numerose discussioni e dopo che la Fnco era intervenuta, tramite i propri referenti parlamentari nel 2009/2010, per far introdurre alcune proposte emendative (condivise anche con tutte le Presidenti di Collegio), in data 2 agosto 2011 la 12° Commissione Igiene e Sanità del Senato, in un clima bipartisan, aveva finalmente licenziato il disegno di legge n.1142 (Boldi), Istituzione degli ordini e albi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico - sanitarie e della prevenzione.
Il ddl n. 1142 (Boldi), approvato e licenziato dalla Commissione, era stato trasmesso all'Aula del Senato per la calendarizzazione, discussione ed auspicata approvazione da parte dell'Assemblea. Nelle giornate del 13 e 14 settembre 2011 il ddl è stato discusso nell'Aula del Senato ed il dibattito, contrariamente ad ogni auspicio, non è stato positivo. Sono emerse infatti alcune opinioni contrastanti circa l'opportunità di istituire nuovi Ordini ed Albi alla luce della crisi economica in atto. Alla luce di questa situazione politica e di alcune esigenze correttive emerse nel dibattito e riferibili, almeno ufficialmente, alle misure sanzionatorie previste nel testo in esame, di fatto l'Aula ne ha sospeso i lavori per un rinvio in Commissione.
Con il senno di poi, di fatto, si è trattato di uno stop definitivo che ovviamente ha creato diffuse perplessità tra le professioni sanitarie che auspicavano in una celere approvazione della riforma. Gli organi d'informazione nei giorni suc-

cessivi hanno commentato negativamente questa riforma delle professioni sanitarie proprio per la prevista introduzione di nuovi Ordini ed Albi.
Il punto è che la discussione del ddl 1142 è avvenuta in un momento politico e nel corso di una grave crisi economica che ha reso difficile ed impossibile un sereno confronto sugli Ordini professionali e nel calderone dell'esigenza di liberalizzare il sistema economico e delle professioni si sono assottigliati i doverosi distinguo in tema di salute pubblica e di garanzie per la collettività.
Dunque in contemporanea la Camera dei Deputati, precisamente nella seduta del 14 settembre u.s., ha approvato definitivamente con legge di conversione, il Decreto Legge 13 Agosto 2011, n. 138 "Ulteriori misure urgenti per la Stabilizzazione finanziaria e per lo sviluppo" già pubblicato nella G.U. 13 agosto 2011 n. 188.
La Legge n. 148 del 14 settembre 2011 (di conversione del suddetto decreto) pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 216 del 16 settembre 2011 ha apportato alcune modifiche al decreto legge sul quale il Governo ha posto la fiducia presentando un maxiemendamento.
Vorrei ricordare che nei giorni antecedenti l'approvazione del decreto legge del 6 luglio 2011 n. 98 alcune anticipazioni, sulla manovra finanziaria che il Consiglio dei Ministri stava per varare, rivelavano un progetto che, secondo numerosi organi di stampa e secondo alcuni ordini, poteva significare un'abolizione totale degli ordini professionali. In tale occasione la Fnco, a differenza delle altre professioni sanitarie che esprimevano un'interpretazione/valutazione decisamente cauta, nel valutare invece come allarmante questo progetto di liberalizzazione, diede indicazione al proprio Ufficio Stampa di voler diramare un Comunicato (vedi Quotidiano Sanità ed altri) che esplicitasse le nostre perplessità e timori e che ribadisse il ruolo di tutela della salute pubblica da parte dell'ordine professionale.
L'intervento del Cup nazionale, delle professioni ma soprattutto di alcuni parlamentari della maggioranza fece sì che il dispositivo in questione venisse stralciato dalla manovra finanziaria e venisse sostituito da un dispositivo che, tutelando in qualche maniera le professioni con un Esame di Stato, prevedeva una riforma delle professioni da realizzarsi entro 12 mesi dall'entrata in vigore della legge.
Nello specifico le norme introdotte in sede di conversione (nei mesi di agosto/settembre) del Decreto legge 13 agosto 2011 e che riguardano da vicino gli Ordini professionali sono contenute esattamente negli articoli 2 e 3 del decreto-legge.
All'art. 2 sono introdotte delle misure disciplinari da applicarsi da parte degli Ordini professionali "Qualora siano state contestate a carico di soggetti iscritti in albi ovvero ad ordini professionali, nel corso di un quinquennio, quattro distinte violazioni dell'obbligo di emettere il documento certificativo dei corrispettivi compiute in giorni diversi..";

Nelle misure economiche varate negli ultimi mesi sono entrate anche norme che riguardano gli Ordini professionali

All'art. 3 sono state introdotte le tanto dibattute misure sulle liberalizzazioni, anche delle professioni. In particolare si prevede che, entro 12 mesi dall'entrata in vigore del decreto legge di agosto, gli ordinamenti professionali dovranno essere riformati per recepire i seguenti principi, sostanzialmente condivisibili:

- libertà di accesso alla professione;
- obbligo formazione continua e conseguenti sanzioni disciplinari in caso d'inottemperenza;
- tirocinio con equo compenso e in concomitanza con il corso di studi (non applicabile alle professioni sanitarie);
- pattuizione scritta del compenso per il professionista con riferimento alle tariffe professionali ed anche in deroga alle stesse;
- stipula d'idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale;
- possibilità di negoziazione, in convenzione, di polizze assicurative da parte dei Consigli Nazionali e dagli enti previdenziali;
- separazione delle funzioni disciplinari dalle funzioni amministrative (non applicabile alle professioni sanitaria);
- libertà nella pubblicità informativa.

All'interno del decreto sono valutate positivamente le opportune distinzioni e deroghe laddove si tratta di salute umana o professioni sanitarie.
Come ben noto le misure economiche adottate con questa seconda manovra finanziaria (del mese di settembre) sono state valutate molto negativamente dai mercati finanziari tanto da spingere le agenzie di rating internazionale (ovvero organismi di valutazione della salute finanziaria ed economica dei paesi) ad un declassamento dell'Italia, motivandolo anche per la mancata liberalizzazione dei servizi e delle professioni. Anche le istituzioni dell'Unione europea, ed in particolar modo la nota Bce (Banca Centrale Europea), sono intervenute chiedendo all'Italia misure economiche sulla crescita che fossero più incisive, ivi compresa la liberalizzazione delle professioni.
È storia recente, alla luce dei fatti appena descritti, l'intervento del Capo dello Stato Giorgio Napolitano (definito di recente dal direttore del TG La7 Enrico Mentana "un'ostetrica speciale" nel momento in cui ha contribuito alla nascita del nuovo Governo Monti) e le successive dimissioni del Governo Berlusconi all'indomani dell'approvazione della terza manovra correttiva inserita nella nota Legge di stabilità 2012 ovvero la Legge 12 novembre 2011, n. 183 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2012) - (GU n.265 del 14-11-2011 - Suppl. Ordinario n. 234. Note: con entrata in vigore del provvedimento: 01/01/2012).
Questa legge è stata approvata con una ben rara velocità proprio per l'incalzare dei mercati finanziari e per il susseguente rischio di default (inadempienza) che ha portato ad un nuovo governo tecnico, il neonato Governo Monti. È stata

dunque approvata (in febbrili sedute notturne) e già promulgata.
La norma relativa alla liberalizzazione delle professioni è prevista all'art. 10 "Riforma degli ordini professionali e società tra professionisti".
Oltre che la costituzione di società tra professionisti e l'abolizione delle tariffe, la norma prevede che:
"1. All'articolo 3, comma 5, alinea, del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, le parole: «Gli ordinamenti professionali dovranno essere riformati entro 12 mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto per recepire i seguenti principi:» sono sostituite dalle seguenti: «Con decreto del Presidente della Repubblica emanato ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, gli ordinamenti professionali dovranno essere riformati entro 12 mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto per recepire i seguenti principi:».
"2. All'articolo 3 del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, dopo il comma 5 è inserito il seguente: «5-bis. Le norme vigenti sugli ordinamenti professionali sono abrogate con effetto dall'entrata in vigore del regolamento governativo di cui al comma 5».
È evidente la portata rilevante della legge laddove prevede che tutte le norme vigenti sugli ordinamenti professionali siano abrogate contestualmente alla emanazione ed entrata in vigore del DPR che regolamenterà, entro 12 mesi dall'entrata in vigore del Decreto legge 13 agosto 2011 come modificato dalla legge di conversione del mese di settembre, la materia delle professioni.
Dunque sarà fatta tabula rasa di tutte le norme istitutive delle professioni ivi incluse anche la Legge 233/46 ed il DPR 221/1950. Non si prevede dunque la modifica delle norme esistenti ma una regolamentazione ex novo che passa solo ed esclusivamente attraverso un atto di natura regolamentare e non attraverso una legge istitutiva.
Dunque lo strumento previsto nella legge appena pubblicata in G.U. e che regolamenterà gli ordini professionali si presta ad essere sicuramente meno garante del sistema ordinistico. Altro timore deriva dal non sapere esattamente quante e quali professioni verranno regolamentate.
L'aspetto tecnico-legislativo è stato poco rilevato dagli organi di stampa però tali perplessità sono state condivise anche con la Presidente del Cup che ho provveduto personalmente a contattare il giorno 8 novembre 2011 e che ha confermato le enormi perplessità tanto da parlare di "effetto devastante" di tale norma. Anche l'avvocato De Tilla, dell'avvocatura, ha espresso notevoli perplessità su tale norma tanto da pensare che si sia trattato di una svista legislativa.
Il fatto è che questa norma è ora legge dello Stato e nelle more che si faccia luce sulle conseguenze la Fnco, unitamente a tutte le altre professioni, deve vigilare attentamente su quella che, in ogni caso ed in brevissimo tempo, sarà la riforma delle professioni.
L'auspicio, come peraltro si evince anche da alcune disposizioni del decreto-legge di agosto, è che si facciano i dovuti distinguo all'interno delle professioni intellettuali. Questo perché la tutela della salute pubblica, garantita dalle professioni sanitarie, non può essere oggetto di mera concorrenza tra i professionisti che se ne occupano. Un sistema di vigilanza che assicuri anche il cittadino da ciarlatani della salute è essenziale.
Nei prossimi mesi è quindi imperativo che gli organismi di vertice della Fnco siano prioritariamente pronti e capaci di vigilare ed argomentare la riforma delle professioni, che ormai sembra essere un passaggio obbligato ed imminente.
Una riforma che peraltro sopraggiunge proprio alla conclusione del mandato istituzionale sia dei Consigli Direttivi che del Comitato Centrale. Pertanto è necessario che su tale argomento tutti i Presidenti, e mi riferisco soprattutto ai nuovi eletti, siano debitamente informati e competenti così da offrire il massimo sostegno e contributo al Comitato Centrale, così da traghettare insieme sinergicamente la dirigenza verso il nuovo sistema ordinistico delle professioni.
Il clima d'incertezza sul futuro degli ordini e la ben nota impasse politica hanno inciso inevitabilmente, soprattutto in quest'ultimo anno, su alcuni obiettivi politici della Fnco, come ad esempio la reiterata necessità di modifica del Regolamento interno.
Ciò nonostante questo Comitato Centrale ha continuato a compiere ogni sforzo possibile per realizzare tutti gli obiettivi inseriti nel programma politico adottato all'inizio del triennio e che ha rappresentato la cornice di riferimento di ogni impegno e delle scelte strategiche. Ed in tale direzione questo Comitato Centrale ha sempre lavorato in armonia e con un forte senso di responsabilità per il raggiungimento dei traguardi prefissati. Si riportano di seguito le principali attività poste in essere nel corrente anno e collocate, come di consueto ormai, nel quadro del programma politico triennale, declinato in precise aree d'intervento.

PEC – Commissariamento dell'ordine inadempiente

Si fa presente che nella Legge di stabilità 2012 è stato introdotto un altro elemento di rilevante novità e che ci coinvolge tutti. Il professionista, come noto, deve comunicare l'indirizzo PEC all'ordine e/o collegio. Questi sono poi obbligati a stilare un elenco aperto alla consultazione delle pubbliche amministrazioni che ne facciano richiesta. L'omessa pubblicazione di tali elenchi o il rifiuto di comunicare con le PA costituiscono causa di scioglimento e commissariamento dell'ordine/collegio inadempiente.
Precisamente all'art. 25 "Impiego della Pec nel processo civile" ai commi 4 e 5 è previsto:
comma 4 "All'art. 13 del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185 convertito con modificazioni, dalla legge 28 gennaio 2009, n. 2, dopo il comma 7 è inserito il seguente: "7-bis. L'omessa pubblicazione dell'elenco riservato previsto dal comma 7, ovvero il rifiuto reiterato di comunicare alle pubbliche amministrazioni i dati previsti dal medesimo comma, costituiscono motivo di scioglimento e di commissariamento del collegio o dell'ordine inadempiente".
comma 5 – "Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano decorsi trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge".
(Per una rassegna completa delle attività della Fnco nel 2011 si rinvia all'articolo a pag. 9)

Bilancio di previsione 2012

In questo Consiglio Nazionale sarà presentato dalla Tesoriera Maria Pompea Schiavelli il Preventivo Finanziario 2012 della Fnco.
L'elemento del Bilancio di previsione che vorrei qui mettere in evidenza per la connessione con gli obiettivi di questo Comitato Centrale è la ristrutturazione degli appartamenti di proprietà della Fnco e sede degli uffici. Tale progetto ha impe-

segue a pagina 17 ➡

4 ° Meeting Nemir - Network of Euorpean Regulators of Midwives. Bruxelles, 27 maggio 2011

LE ATTIVITÀ DELLA FNCO NELL'ANNO 2011

Incontri istituzionali, Convegni internazionali e tante proposte elaborate dalla Federazione, in un anno di crisi economica e politica che purtroppo lascia molte iniziative in sospeso

a cura di Cristiana Pavesi, segretaria Fnco

L'anno 2011 che sta per terminare coincide anche con la conclusione del mandato istituzionale triennale del Comitato Centrale della Fnco. Per tale ulteriore ragione è doveroso riassumere tutte le attività istituzionali poste in essere nel corso dell'ultimo anno, a conclusione, quindi, anche di un triennio politico.
In relazione al programma politico adottato all'inizio del triennio e che ha rappresentato la cornice di riferimento, questo Comitato Centrale ha lavorato in armonia e con un forte senso di responsabilità per il raggiungimento dei traguardi prefissati.
È necessario premettere che la situazione politica nazionale ha in qualche maniera condizionato lo sviluppo sereno e propositivo che pure certi atti politici, di natura prettamente sanitaria, avevano stimolato, come ad esempio la bozza di Piano sanitario Nazionale 2011-2013 che purtroppo non è ancora in vigore.
È stato l'anno della crisi del sistema Italia e tante riforme annunciate, che pure hanno impegnato incessantemente questo Comitato Centrale, non hanno visto luce. In particolare si fa riferimento alla riforma delle professioni sanitarie.

La riforma delle professioni sanitarie e la loro liberalizzazione

L'Europa politica, economica e finanziaria ritiene che il sistema ordinistico attuale provochi un ingessamento dell'economia e chiede all'Italia la cosiddetta "liberalizzazione delle professioni". In tale visione complessiva, che certamente non si condivide e sulla quale più volte abbiamo scritto per dire che l'Ordine professionale ha un ruolo di tutela della collettività, le professioni sanitarie rischiano di pagare un prezzo troppo alto ed ingiusto. È ingiusto apparentare liberalizzazione e salute. Non si può concorrere in salute ed i professionisti che se ne occupano non possono e non devono agire in un sistema concorrenziale ma in un sistema, certamente moderno, che sia garante e garantito. C'è da dire, fortunatamente, che nelle varie proposte di liberalizzazione che si sono susseguite in questi ultimi mesi, il legislatore si mette una mano sulla coscienza provvedendo a fare dei tenui distinguo riguardo alla salute dei cittadini. Di fatto nell'ultima proposta di liberalizzazione delle professioni, nella versione licenziata dal governo Berlusconi nelle ultime ore del suo mandato e per il tramite del noto ddl stabilità, c'è un comprensibile obiettivo di riordino/regolamentazione entro dodici mesi tramite però un provvedimento di natura regolamentare che affiancato ad un'agghiacciante tabula rasa di tutte le leggi vigenti istitutive degli ordinamenti professionali, rischia di assestare un duro colpo alla natura costituiva degli ordini professionali snaturandoli in qualche maniera della loro veste pubblica e garantista.
La Fnco ha provveduto, in ogni sede opportuna, a rimarcare la necessità che, a fronte di una giusta esigenza di ammodernamento del sistema ordinistico, non si debba penalizzare il ruolo di garanzia e di tutela della salute pubblica, svolto dagli ordini delle professioni sanitarie.
Ed è proprio in tale ruolo che la Fnco, anche nel corrente anno, ha svolto costantemente tutte quelle attività istituzionali che hanno come precipuo scopo la tutela ed il miglioramento del sistema salute.
Si riportano di seguito le principali attività poste in essere e collocate, come di consueto ormai, nel quadro del programma politico triennale, declinato in precise aree d'intervento.
Tra le attività prettamente istituzionale come già anticipato la Fnco ha partecipato attivamente al dibattito aperto sulla riforma delle professioni presenziando in particolare a numerose riunioni presso il Comitato Unitario delle Professioni (Cup), organismo cui aderiscono le professioni intellettuali anche non sanitarie e che si occupa delle problematiche comuni alle professioni. In tali occasioni la Fnco ha avuto modo di condividere ulteriormente una linea e posizione comune con tutte le professioni, come sopra citata e come argomentata approfonditamente nell'Editoriale del presente numero della rivista..

Rapporti con le istituzioni. Il contributo della Fnco ed il riordino dei Punti Nascita

Nell'ambito dei rapporti con il Ministero della Salute o delle attività che comunque ne discendono si ricorda il proficuo scambio istituzionale con il dicastero nel riordino dei Punti Nascita al quale ne è conseguito, come noto, l'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010. A seguito di tale codificazione gli addetti ai lavori del settore materno-infantile, quindi anche la Fnco, stanno realizzando un progetto che ha come principale scopo quello di costruire un sistema di qualità e lo sviluppo di un modello di miglioramento continuo all'interno dei percorsi relativi alla gravidanza fisiologica, alla gravidanza a rischio, al neonato fisiologico e al neonato patologico in Ospedali pubblici e privati.
Tale progetto ha trovato la sua ispirazione nonché importanti elementi di supporto proprio nell'Accordo Stato/Regioni del 16 dicembre 2010 sui Punti Nascita e nella bozza del Piano Sanitario Nazionale 2011-2013.
L'Accordo prevede infatti la realizzazione di un programma nazionale, articolato in dieci linee di azione, per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione della pratica del taglio cesareo e sancisce come in questa nuova e rilevante fase programmatoria sia necessario

> "L'Europa politica, economica e finanziaria ritiene che il sistema ordinistico attuale provochi un ingessamento dell'economia e chiede all'Italia la cosiddetta "liberalizzazione delle professioni

prevedere ed attuare la più volte auspicata riorganizzazione della rete assistenziale del percorso nascita ed in particolare della rete dei punti nascita.

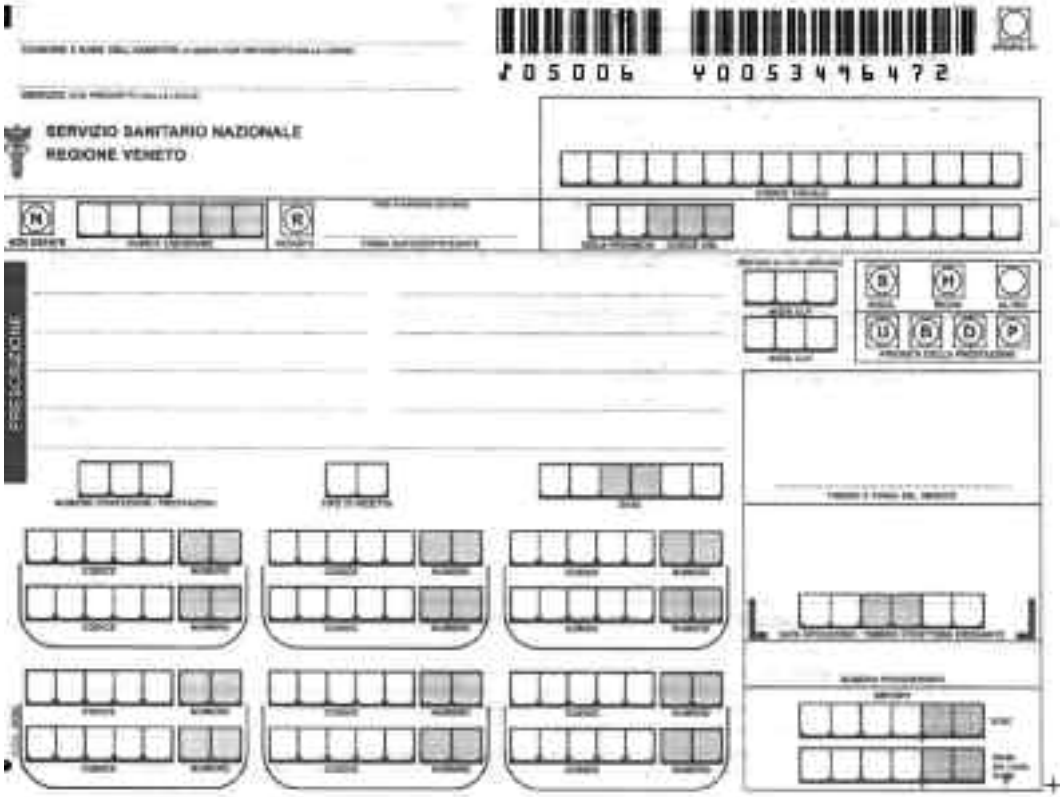
Gins - Gruppo Italiano Nascita Sicura
Estensori del progetto di sviluppo di un sistema di qualità sono tutte le società scientifiche e sociali del settore riunite in un gruppo di studio (Gruppo Italiano Nascita Sicura) cui partecipa regolarmente Antonella Cinotti, vicepresidente della Fnco.

Audizione Fnco presso la 12ª Commissione Igiene e Sanità del Senato
Sempre in relazione ai Punti nascita c'è da far menzione che il giorno 14 giugno 2011 presso la 12° Commissione Igiene e Sanità del Senato si è svolta l'audizione della presidente e della vicepresidente della Fnco nell'ambito della Indagine conoscitiva sul percorso nascita e sulla situazione dei punti nascita con riguardo all'individuazione di criticità specifiche circa la tutela della salute della donna e del feto e sulle modalità di esercizio dell'autodeterminazione della donna nella scelta tra parto cesareo o naturale.
In tale occasione la Fnco ha avuto modo di illustrare il ruolo e l'esperienza dell'ostetrica nei corsi di preparazione al parto negli ospedali e nelle diverse realtà territoriali, con particolare riferimento al loro numero, al tasso di adesione, alle criticità emerse e agli aspetti qualitativi, e nella promozione dell'allattamento al seno. È stata inoltre illustrata la situazione delle Case da Parto sul territorio nazionale, ricordando come alcune aziende abbiano creato spazi diversi da quelli ospedalieri, denominati Case di Maternità. In tal senso, la Fnco si è resa anche disponibile a realizzare un'indagine quantitativa e qualitativa su tali strutture ed ha citato come esempio apprezzabile il Centro Nascita Margherita dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi di Firenze che oggi rappresenta l'unico modello operante a totale autonomia gestionale dell'ostetrica. Al termine dell'audizione i rappresentanti della Fnco hanno messo a disposizione dei componenti la 12° Commissione un cospicuo materiale documentale ad integrazione del loro intervento e che, come comunicato dal presidente della Commissione, è stato reso disponibile per la pubblica consultazione.

Campagna promozione allattamento al seno
Particolarmente intenso è stato il contributo della Fnco sulla Promozione dell'Allattamento al seno. Si ricorda che la Fnco fa parte del Comitato Nazionale Multisettoriale Allattamento Materno, un organismo permanente di monitoraggio, tutela e sostegno all'allattamento al seno. Tale organismo, come noto, ha promosso anche per l'anno 2011, in occasione della Festa della Mamma, la campagna Festa della mamma e dell'allattamento al seno. Alla luce dei riscontri positivi registrati in occasione dell'analoga campagna condotta nel 2010, sia in termini di sensibilizzazione degli operatori che di gradimento presso le mamme, anche nel 2011 il Ministero della Salute – su proposta della sottosegretaria alla salute onorevole Eugenia Roccella, di concerto con il Comitato multisettoriale per l'allattamento al seno (di cui è parte la Fnco per il tramite dei propri referenti Maria Vicario e Maria Pompea Schiavelli) – ha deciso di organizzare nuovamente tale campagna strutturata secondo il modello precedentemente collaudato, vale a dire una manifestazione itinerante nei territori dove l'allattamento esclusivo o predominante registra indici più bassi rispetto alla media nazionale. Le regioni individuate per le iniziative di quest'anno sono state la Calabria e la Puglia e Roma per il Lazio. Per il 2011 è stato organizzato un tour più lungo, della durata di circa un mese, e così articolato in diverse tappe. Per l'occasione sono stati diramati diversi comunicati stampa di concerto con il Ministero della Salute.

Ricettario rosa per la prescrizione gratuita degli esami alle gestanti
Per quest'ultima questione è stato risollecitato un incontro con il Ministero ed è stato ulteriormente richiesto quale sia l'iter legislativo da seguire anche alla luce della bozza di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 predisposta dal Ministero della Salute che riporta, nella parte concernente la nascita, anche la prescrivibilità delle analisi per la gravidanza a basso rischio da parte dell'ostetrica, quale strategia da intraprendere per un miglioramento del percorso nascita e per una riduzione di T.C.
È opportuno ricordare che da un'ultima indagine effettuata dall'ISS sulle cure prenatali erogate alle donne straniere ed italiane, è risultato che è seguito dalle ostetriche solo l'11% della popolazione di donne gravide, di cui l'8% sono donne straniere e il 3% donne italiane. Questo dato è stato comunicato ai nostri referenti ministeriali che si occupano di programmazione del sistema salute.

È doveroso sottolineare nuovamente la distinzione tra la possibilità di prescrizione e la dotazione del ricettario del Ssn. La possibilità di prescrivere gli esami alle gestanti attraverso un proprio ricettario ostetrico rientra tra le competenze dell'ostetrica riconosciute dalla legge (v. Fig.1); si tratta di una procedura oramai diffusa tra le ostetriche impegnate nella sorveglianza, e nell'accompagnamento delle gravide in salute. Il ricettario ostetrico sul quale sono stati prescritti gli esami viene consegnato dalla donna gravida al proprio medico di fiducia del Ssn, quale prescrittore previsto dalla normativa, che utilizzerà il ricettario "rosa". Ampia trattazione su questo tema verrà riservata nel prossimo numero di *Lucina-La rivista dell'ostetrica/o*.



Attività di natura internazionale

Direttiva 24/2011/EU per la futura applicazione dei diritti dei pazienti all'assistenza sanitaria transfrontaliera

Presso il Ministero della Salute la Fnco ha partecipato anche ad un incontro, promosso dalla Commissione Europea, inerente la Direttiva 24/2011/EU per la futura applicazione dei diritti dei pazienti all'assistenza sanitaria transfrontaliera. La Fnco è intervenuta stimolando alcune riflessioni circa le possibili implicazioni che la Direttiva potrebbe produrre per le ostetriche italiane e le loro competenze rispetto alle colleghe europee. La Direttiva è rivolta ai singoli pazienti che decidono di ricorrere all'assistenza sanitaria in uno Stato membro diverso dallo Stato membro di residenza, potendosi anche avvalere di un rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera che comprenda non solo l'assistenza sanitaria in sé (cure e interventi), ma anche la prescrizione, la somministrazione e la fornitura di medicinali e dispositivi medici. Gli Stati membri in ottemperanza ai loro doveri dovrebbero riconoscere ai pazienti il diritto di ricevere nello Stato membro di accoglienza almeno le stesse prestazioni previste dalla legislazione dello Stato membro di residenza (secondo la propria legislazione).

Ammodernamento della Direttiva Europea sulla Libera circolazione delle professioni nell'UE

La Fnco ha partecipato a tutti i lavori del Network delle Ostetriche Europee (Nemir). Si ricorda che tale organismo si pone come interlocutore ufficiale in seno al Parlamento Europeo sulle problematiche delle ostetriche, con particolare attenzione in questo caso all'applicazione della Direttiva 2005/36/CE ed al suo prossimo ammodernamento entro il 2012.

In particolare si segnala la partecipazione al meeting del Policy working group del Nemir. L'evento è stata un'occasione importante per la neonata collaborazione con l'EMA, collaborazione rinsaldata nel successivo Summit tenutosi a Bruxelles il 27 maggio 2011 (v. Fig.2). L'Italia era rappresentata dalla presidente Fnco Miriam Guana e dal consulente legale della Fnco, avvocato Vania Cirese.

Il Summit era teso a determinare quali fossero le aree di accordo e le differenze tra gli Stati europei sui requisiti minimi di formazione e di competenza ai fini del riconoscimento delle qualifiche professionali delle ostetriche. Le proposte emerse dal dibattito sono orientate a dimostrare che i regolatori ed i formatori delle ostetriche sono in grado di parlare con una sola voce di fronte ad una sfida così importante come la mobilità delle ostetriche.

Il Summit è stata l'occasione per fare il punto sulla consultazione pubblica circa la direttiva europea 2005/36/CE, consultazione che rientra nel progetto di revisione della Direttiva a distanza di 5 anni dalla sua emanazione. L'intento specifico era quello di verificare i benefici e le criticità della Direttiva nella sua attuazione. In tale ottica la Commissione Europea aveva aperto un processo di consultazione pubblica rivolto a tutte le parti in causa tra cui gli ordini professionali (in questo contesto il Nemir ha co-

ordinato i contributi proposti dai suoi aderenti fra cui la Fnco), le associazioni di categoria, le Autorità dei paesi membri ed anche i singoli professionisti. In tale processo la Fnco, nel fornire il proprio contributo per il tramite del Nemir, ha messo in evidenza anche la necessità di scorporare dalla direttiva le professioni sanitarie.
A seguito di tale consultazione conclusasi 15 Marzo 2011, la Commissione europea il 22 Giugno 2011 ha pubblicato il Libro verde sulla revisione della direttiva sul riconoscimento delle qualifiche professionali (2005/36/CE).
Si precisa che la revisione di questa direttiva è parte delle dodici priorità della Legge sul mercato unico approvata lo scorso aprile. Per ciascuna di queste priorità, le azioni chiave devono essere attuate entro la fine del 2012, modificando profondamente il calendario originario per la revisione della direttiva. Pertanto, le prime proposte legislative in materia di modernizzazione della direttiva 2005/36/CE saranno presentate alla fine del 2011.
Il 2 settembre 2011 si è tenuto a Londra un meeting del Pwg del Nemir, cui hanno partecipato la presidente Guana e l'avvocato Cirese, nel corso del quale sono state formulate le risposte alla consultazione sul Libro verde.
L'8 settembre una rappresentanza Nemir ha incontrato Emma Mc Clarkin (membro del parlamento europeo e relatore sull'implementazione della direttiva); in particolare sono state presentate all'europarlamentare le preoccupazioni del Nemir (condivise anche con i medici) riguardo il concetto di mobilità temporanea, che deve essere ulteriormente chiarito per non mettere a rischio la salute pubblica.
L'argomento cruciale su cui le autorità competenti e la Commissione europea dovranno lavorare sarà l'accorciamento dei tempi per ottenere il riconoscimento delle qualifiche, stanti le difficoltà connesse allo sviluppo di un sistema informatico di supporto alle carte professionali e l'armonizzazione della formazione.

> “Il meeting dell'Ema è stato occasione per sottolineare l'importanza del rapporto one to one ostetrica/o donna, che nella maggior parte dei servizi per la nascita non è garantito.

Giornata internazionale dell'Ostetrica/o, 5 maggio 2011
Nel contesto di questa visione internazionale della professione anche quest'anno la Fnco non ha mancato di celebrare la Giornata internazionale dell'Ostetrica/o, il 5 maggio 2011. In tutto il mondo le ostetriche hanno organizzato una passeggiata simbolica per ribadire l'impegno a lottare con le donne e per le donne, contro il dramma della mortalità materna e neonatale, ancora frequente in troppe aree del mondo, e per migliorare ovunque l'offerta delle prestazioni ostetriche. Le ostetriche camminano per e con le donne del mondo, è stato questo lo slogan lanciato dall'Icm (International Confederation of Midwives, la Confederazione internazionale delle ostetriche) per tale giornata
La Fnco ha diramato comunicati stampa ed ha sollecitato tutti i Collegi ad organizzare eventi che si collegassero o a questa celebrazione internazionale ed ha divulgato il materiale il proprio materiale informativo proprio in assonanza con l'evento mondiale.

Ema Annual general meeting, Firenze 23-24 settembre 2011
Il 23 e 24 settembre si è svolto a Firenze il consueto Annual General Meeting dell'Ema (European Midwives Association), organizzazione in cui confluiscono le maggiori associazioni di categoria e società scientifiche della midwifery europea.
L'Italia è stata rappresentata dalla Fnco che, grazie alla collaborazione del Collegio delle ostetriche locale, ha ospitato l'evento a Firenze nella suggestiva cornice dell'Istituto degli Innocenti, e come da tradizione, in qualità di organizzazione ospitante, ha proposto due autorevoli e prestigiosi relatori per affrontare un tema di midwifery particolarmente attuale nella propria realtà nazionale.
La scelta della Fnco è ricaduta sul ruolo dell'ostetrica/o nel contenimento del tasso dei tagli cesarei, i cui aspetti sono stati brillantemente discussi dal dottor Bruno Rusticali, rappresentante dell'Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) all'interno del panel che ha elaborato la Linea Guida “Taglio Cesareo: una scelta appropriata e consapevole” e dalla dottoressa Antonella Cinotti, presidente del Collegio delle ostetriche di Firenze/Prato/Arezzo/Grosseto e Siena, coordinatrice del Corso di Laurea in Ostetricia dell'Università degli Studi di Firenze nonché vicepresidente della Fnco.
La presidente della Fnco Miriam Guana ha aperto ufficialmente il meeting, nel corso del quale è stato sottolineato come il Ministero della Salute, attraverso la produzione di Linee Guida dedicate, stia tentando di arginare il preoccupante fenomeno dell'incremento nascite per via chirurgica cui si assiste da dieci anni a questa parte.
Questa è anche la motivazione alla base dell'accordo Stato Regioni denominato “linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”.
È stato inoltre evidenziato il ruolo strategico delle cure erogate durante il percorso nascita dalle ostetriche, professioniste che, come indicato dalla letteratura scientifica più autorevole, con le loro competenze relazionali e cliniche incidono favorevolmente sul contenimento dei T.C.
Il rafforzamento dell'empowerement delle donne è per le ostetriche un aspetto da presidiare: è quindi fondamentale che a livello europeo le ostetriche si impegnino per

sostenere l'autodeterminazione nelle scelte responsabili. Questo meeting è stato inoltre occasione per sottolineare l'importanza del rapporto one to one ostetrica/o donna, rapporto che invece, nella maggior parte dei servizi per la nascita, non è garantito.
Le ostetriche italiane in questa sede pertanto hanno condiviso con le colleghe europee il proprio impegno nel proporre modelli organizzativi volti al contenimento dei T.C. garantendo una continuità delle cure nel percorso nascita.

Formazione e sapere disciplinare

Riforma del sistema universitario (Riforma Gelmini)
I primi due anni del mandato istituzionale di questo Comitato Centrale sono coincisi con la legge di Riforma del sistema universitario, nota come Riforma Gelmini, che, divenuta legge alla fine dell'anno 2010, prevede per la sua concreta realizzazione l'adozione di numerosi decreti attuativi, circa 42 tra decreti legislativi, deleghe e decreti ministeriali.
Di precipuo interesse per la Fnco era l'art. 15 ove è previsto che entro 60 gg dalla data di entrata in vigore della legge il Ministro, con proprio decreto di natura non regolamentare, sentito il Cun, definisce, secondo criteri di affinità, i settori concorsuali in relazione ai quali si svolgono le procedure per il conseguimento dell'abilitazione di cui all'art. 16. I settori concorsuali sono raggruppati in macrosettori concorsuali. Ciascun settore concorsuale, secondo la legge di riforma, può essere articolato in settori scientifico-disciplinari.
Questo articolo è la declinazione normativa entro il quale è collocato il lavoro, già svolto dal Cun nel corso degli anni 2009-2010, sulla revisione dei settori scientifico disciplinari. Tale lavoro di revisione si è concretizzato con la pubblicazione sulla GU n. 203, suppl. ord. 200 del 1 settembre 2011, del Decreto 29 luglio 2011 n. 336 di "Determinazione dei settori concorsuali, raggruppati in macrosettori concorsuali", di cui all'art. 15 della L. 240 del 30 dicembre 2010.
Rispetto ai lavori preparatori del Cun è stata confermata l'appartenenza del settore disciplinare di nostra pertinenza al Settore 06 Scienze Mediche ed al Macrosettore 06/N la cui declaratoria risulta essere in armonia con la linea politica del Consiglio nazionale della Fnco e dei Coordinatori dei Corsi di laurea che ebbero modo di condividere in appositi consessi la posizione della Fnco.

È opportuno evidenziare che la nuova denominazione del sapere disciplinare dell'ostetrica ha perso la parola "infermieristica" per diventare Scienze ostetrico-ginecologiche e neonatali, a differenza del vecchio MED47 che si riferiva a "Scienze infermieristiche ostetrico-ginecologiche". In questa nuova denominazione vengono esplicitate chiaramente le autonomie disciplinari rispetto all'attività scientifica, didattico-formativa ed assistenziale .

Tutela delle competenze dell'ostetrica

L'intervento della Fnco sul caso "doula"
Nell'ambito di tale area c'è da segnalare l'intervento della Fnco sul caso "doula". L'Ansa del 9 febbraio 2011 aveva lanciato la notizia: "Le ostetriche dichiarano guerra alle doula, le operatrici che prestano assistenza alle donne durante il travaglio: le accusano di esercizio abusivo della professione medica. Un esposto, firmato dal Collegio interprovinciale delle ostetriche di Torino e Asti, è stato consegnato in questi giorni alla procura del capoluogo piemontese ed e' stato raccolto dal pm Raffaele Guariniello, che si occuperà della questione per vedere se ci sono risvolti di carattere giudiziario".
Il problema della doula non è un fatto recente per la Fnco e neppure è circoscrivibile a tale appellativo, giacché esistono varie definizioni e/o figure complementari e sovrapponibili che, per quanto diversamente identificate, si propongo con lo stesso tipo di attività pseudo professionale (supporto alla maternità) e sono la Mother Assistant e l'Educatrice prenatale.
La Fnco sostenuto ha totalmente il Collegio provinciale di Torino/Asti in questa battaglia che può definirsi ormai annosa e che negli ultimi tempi ha assunto connotati sempre più critici.
La Fnco ha, per tali ragioni, individuato le seguenti strategie volte a tutelare le competenze dell'ostetrica:

- realizzare una indagine quali-quantitativa per studiare il fenomeno, attraverso la quale è stato rilevato che secondo i dati provenienti dai diversi Collegi delle ostetriche si tratta di un fenomeno per ora isolato a 3-4 città, prevalentemente del Centro Nord Italia;
- con il supporto dell'ufficio legale reiterare la denuncia al Ministero della Salute, fornendo ogni dato utile che ne evidenzi il grado di espansione e le criticità connesse;
- sensibilizzare le Associazioni Scientifiche e di categoria per dare avvio ad ogni azione congiunta utile ad arginare il fenomeno;
- informare la Commissione Nazionale Clo, il Miur, il Ministero delle Finanze e la Conferenza Stato-Regioni.

L'argomento inoltre sarà oggetto di discussione e dibattito in seno alla riunione di Consiglio nazionale del mese di novembre 2011 onde disporre di un chiaro mandato dall'assemblea circa le eventuali azioni legali che la

Fnco dovrà intraprendere nei confronti di coloro che promuovono e/o formano le "doula".

Tutela legale del profilo professionale dell'ostetrica
Nell'ambito della tutela legale si segnala la predisposizione di pareri inerenti l'esercizio della professione redatti dall'avvocato Vania Cirese. I pareri finora elaborati, riguardanti la competenza ad eseguire il pap-test, l'ecografia office in gravidanza e il posizionamento dei trasduttori per l'esecuzione del tracciato cardiotocografico, sono integralmente riportati a pagina 28.

Valorizzazione immagine dell'ostetrica
Il 2011 è stato anche l'anno della nuova visibilità dell'ostetrica. Si è tenuto il 32° Congresso nazionale delle Ostetriche, riguardo al quale abbiamo dato ampia trattazione nel precedente numero della rivista. Vale solo la pena ricordare e ribadire che le ostetriche, riunite a Bologna dal 19 al 21 maggio, hanno voluto affermare e valorizzare, con rinnovato orgoglio, le competenze acquisite e le potenzialità evolute dell'ostetrica italiana.
È uscito il primo numero della nuova rivista della professione, è stata implementata la Newsletter ed è stato finalmente istituito un Ufficio stampa.
Sono stati inoltre numerosi gli eventi scientifici e congressuali, sia nazionali che locali, cui la Fnco ha avuto modo di partecipare nell'ottica di sviluppare un importante confronto scientifico e culturale tra le ostetriche, tra i professionisti dell'area materno-infantile e tra cultori della disciplina ostetrica e ginecologica.
Si segnala in particolare la consueta sessione scientifica in occasione del Congresso nazionale della Sigo. Il titolo dell'evento, svoltosi nel mese di settembre, è stato: L'approccio olistico dell'ostetrica nella presa in carico della donna.

Conclusioni

Dall'analisi delle attività poste in essere dalla Fnco e facendo un doveroso raffronto con il programma politico del triennio emerge che i principali "gap" sono presenti laddove l'impegno della Fnco non ha trovato una risposta esaustiva dalla politica italiana che, in quest'ultimo anno, come noto, si è arenata in un grave impasse istituzionale e finanziario.
È evidente che tutto ciò ha avuto le sue ripercussioni anche nelle attività politiche della Fnco che con grande sforzo e ostinazione ha comunque cercato di rinsaldare il ruolo della professione sul territorio nazionale e sul panorama europeo ed internazionale. Ciò nella convinzione/obiettivo che fosse necessario rinsaldare la figura dell'ostetrica prima di ogni altra cosa, così da essere pronte ad ogni sfida politica veramente moderna e liberale.
L'ostetrica è pronta! Questo è stato il motivo dominante del Congresso nazionale. Ora attendiamo la Politica.

UNA LETTERA DELLA PRESIDENTE GUANA A TUTTE LE OSTETRICHE

TUTELA LEGALE: L'UNIONE FA LA FORZA

2° avviso

Gentili colleghe e colleghi,
la Federazione nazionale dei Collegi delle Ostetriche intende testare il Vostro gradimento riguardo la possibilità che venga attivata una convenzione per tutte le ostetriche/i iscritti all'Albo per la copertura delle spese di tutela legale in convenzione con l'Ufficio di Tutela Legale della Fnco.
La convenzione garantirebbe la copertura delle spese per l'intervento del legale fiduciario della Fnco e responsabile del servizio legale della Fnco specialista del settore, di un consulente tecnico di fiducia anche a scelta dell'ostetrica; di accertamenti su soggetti, proprietà, modalità e dinamica dei sinistri; di indagini per la ricerca di prove a difesa. La garanzia riguarda la tutela legale dei diritti delle ostetriche, qualora nell'ambito dell'esercizio della professione siano sottoposte a procedimento civile e/o penale per delitto colposo e/o contravvenzione; e/o procedimento disciplinare. La convenzione include anche i procedimenti penali per violazione delle norme di cui al D.Lgs. 81/2008 e successive modifiche e leggi successive in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e quelli derivanti da violazioni di norme in materia fiscale ed amministrativa. Fatto salvo quanto sopra, la convenzione non prevede la copertura per le controversie ed i procedimenti penali riferibili a beni immobili diversi da quelli ove viene svolta l'attività indicati in polizza; i procedimenti penali per delitto doloso; le vertenze e procedimenti derivanti dalla guida e/o proprietà di veicoli, ecc.; la materia fiscale ed amministrativa. A fronte di un minimo di 6.000 adesioni, la convenzione avrà un costo annuo lordo per ogni iscritta/o intorno ai 30,00 euro, con un massimale di 18.000,00 euro per sinistro, illimitato per anno.
Il costo annuo della convenzione potrebbe ridursi, laddove si raggiungano almeno 10 mila adesioni.

Alla luce di quanto sopra descritto, Vi invito a notificare all'indirizzo e-mail segreteria@fnco.it, entro e non oltre il **15 marzo 2012**, il Vostro eventuale gradimento riguardo a questa iniziativa utilizzando la seguente formula:

Oggetto: gradimento convenzione copertura spese tutela legale.

La/Il sottoscritta/o ……, Ostetrica/o iscritta/o al Collegio di …., presa visione di quanto pubblicato sull'organo di stampa di categoria n.2/2011, con la presente manifesta il proprio gradimento riguardo la convenzione per la copertura delle spese di tutela legale.

Nella foto il Giuramento del Ministro della Salute **Renato Balduzzi** davanti al Presidente della Repubblica **Giorgio Napolitano**

NUOVO GOVERNO E NUOVO MINISTRO: cosa cambia per Sanità e Ordini professionali

Renato Balduzzi è stato nominato ministro della Salute nel governo tecnico guidato da Mario Monti. Nella manovra economica di fine anno il finanziamento 2012 per la sanità non viene intaccato, mentre arriva qualche segnale di attenzione verso la funzione degli Ordini professionali

Un governo di "professori", guidato da un economista di grande credito europeo come Mario Monti, e una manovra economica d'emergenza, centrata soprattutto sui tagli alla previdenza.
Le ultime settimane del 2011, dopo le dimissioni di Silvio Berlusconi, ruotano tutte interno ai temi (e alle paure) della crisi economica. Poco lo spazio per altre questioni e, in particolare, per la sanità. Significativo, però, che pur riducendo il numero dei ministri si sia deciso di conservare il ministero della Salute, affidandolo a Renato Balduzzi, costituzionalista molto esperto di sanità, direttore fino al momento del nuovo incarico dell'Agenas, Agenzia per i servizi sanitari regionali, struttura tecnica di raccordo tra le Regioni e il Governo centrale.

Le priorità secondo il ministro Balduzzi

Tra i primissimi atti del nuovo ministro le due audizioni parlamentari, la prima con la Commissione Igiene e Sanità del Senato e la seconda con la Commissione Affari sociali della Camera. L'impostazione proposta da Balduzzi è quella di una "manutenzione" del Ssn, che consenta di avere maggiore qualità e maggiore appropriatezza: "In un momento in cui siamo in presenza di un temuto e forte rallentamento della crescita – ha detto il ministro - è indispensabile fare dell'appropriatezza il faro che illumina tutta la materia. Altrimenti, si ridurrebbe il grado di soddisfazione del cittadino in modo considerevole, come accade in presenza di un razionamento delle prestazioni, dell'allungamento dei tempi di attesa e di un'eccessiva compartecipazione".

Tra i temi indicati come prioritari dal nuovo ministro della Salute, la necessità di "precisare le regole tra le aziende e la politica a partire dalle nomine". Stabilire poi "regole trasparenti e chiare tra professionisti e pazienti, evitando la medicina difensiva, attiva e passiva", puntando di più su "quei profili professionali che valorizzano l'alleanza terapeutica". Urgente anche la ripresa di un tavolo di lavoro tra Stato e Regioni sui nuovi Lea, che attendono da anni di essere rivisti, anche per poter inserire, come ha sottolineato lo stesso Balduzzi "le malattie rare, l'epidurale, la disabilità".

Il finanziamento 2012 per la sanità

La manovra economica di fine anno non intaccherà il finanziamento pubblico per la sanità. Si dovranno dunque ripartire tra le Regioni gli oltre 106 miliardi già destinati a questo capitolo di spesa, anche se entro il prossimo mese di aprile

è previsto che venga approvato un nuovo Patto per la Salute tra Stato e Regioni. Proprio il Patto per la Salute sarà, con ogni probabilità, il terreno di intervento in materia sanitaria, a cominciare dalla annunciata "rimodulazione" dei ticket.

> Sugli Ordini professionali Mario Monti ha annunciato di voler procedere con un metodo europeo, raccogliendo in un "Libro verde" i pareri di tutti i soggetti coinvolti

Le novità in materia di Ordini professionali

Sebbene il nuovo Governo si caratterizzi per una decisa impronta liberale, la questione aperta con la manovra del precedente Governo in materia di Ordini professionali non sembra essere una priorità assoluta.
Lo stesso Mario Monti, nella lunga conferenza stampa del 4 dicembre scorso,che illustrava i cardini del "decreto salva Italia", ha spiegato che su questo tema intende procedere secondo il metodo europeo, raccogliendo i pareri di tutti i soggetti coinvolti in un "libro verde" prima di assumere qualsiasi decisione.
Un primo parere è già stato fornito al Governo, nel corso di una audizione, dalla presidente del Comitato Unitario delle Professioni, Marina Calderone, che ha chiesto di procedere con celerità alla riforma degli Ordini professionali. "Le modifiche da apportare – ha detto Calderone a margine dell'incontro - sono praticamente pronte e sono state depositate da tempo al Ministero della Giustizia. Da parte nostra c'è la massima disponibilità ad intervenire immediatamente sugli ordinamenti, per dare chiari segnali di rinnovamento che le professioni italiane richiedono da molto tempo. Unica nostra richiesta è che le innovazioni non minino le basi del sistema ordinistico, che ha un grande valore sociale e che è produttivo di sviluppo e di occupazione nel nostro Paese. Minare il sistema ordinistico nelle sue fondamenta creerebbe un irrisolvibile vulnus nel delicato equilibrio di triangolazione tra la Pubblica Amministrazione e il cittadino. La tutela della fede pubblica insita nell'esercizio delle professioni – ha aggiunto la presidente del Cup - è la garanzia che i cittadini meritano di avere sapendo di essere al cospetto di un soggetto dalle caratteristiche ben determinate e riconosciute. La tutela del diritto alla salute, alla difesa, al lavoro e di tutti gli altri diritti costituzionalmente garantiti è principio generale posto a base della nostra società. Per questo motivo è indispensabile che ci sia un'azione di coordinamento tra le varie normative emanate negli ultimi mesi, onde evitare che si possano creare conflitti legislativi molto pericolosi".

E.A.

➥ *segue da pagina 8*

gnato notevolmente questo Comitato Centrale e gli uffici per la natura complessa della procedura che rientra a tutti gli effetti nel Codice degli appalti pubblici. Dopo che due procedure sono state interrotte per cause non imputabili alla Fnco finalmente siamo in dirittura d'arrivo nella conclusione della gara di procedura negoziata che individuerà, già il prossimo mercoledì 23 novembre, la ditta affidataria dei lavori di ristrutturazione e manutenzione straordinaria. Dopo l'aggiudicazione definitiva che avverrà nell'arco di circa un mese, potranno iniziare i lavori. L'auspicio è che un appartamento possa essere pronto già il prossimo mese di marzo e magari consentire lo svolgimento in sede delle elezioni. Certamente il nuovo Comitato Centrale potrà godere di nuovi uffici decorosi e rispettosi dell'attività altamente istituzionali che in essi si svolge. Nel Bilancio di previsione 2012, pertanto, non ci sarà più lo stanziamento di competenza della ristrutturazione che, proprio in ragione degli esiti di gara assai prossimi, entro il 2011, sono definitivamente impegnati con il bilancio corrente. Troverete solo l'uscita di cassa in ragione del fatto che i pagamenti saranno effettuati nel corso del 2012.
Altro elemento interessante o di rilievo è la previsione di uno stanziamento per la creazione di un sistema centralizzato degli iscritti all'albo che consentirà a tutti i Collegi di gestire online l'Albo degli iscritti ed ai singoli iscritti di gestire la propria posizione individuale con il Collegio. Questo progetto si rende necessario proprio alla luce del progetto di riforma delle professioni che, in ogni caso, richiede modernità ed accessibilità.

Conclusioni

Dall'analisi delle attività poste in essere dalla Fnco e facendo un doveroso raffronto con il programma politico del triennio emerge che i principali "gap" sono presenti laddove l'impegno della Fnco non ha trovato una risposta esaustiva dalla politica italiana che, in quest'ultimo anno, come detto in incipit, si è arenata in un grave impasse istituzionale e finanziario.
È evidente che tutto ciò ha avuto le sue ripercussioni anche nelle attività politiche della Fnco che con grande sforzo e ostinazione ha comunque cercato di rinsaldare il ruolo della professione sul territorio nazionale e sul panorama europeo ed internazionale. Ciò nella convinzione/obiettivo che fosse necessario rinsaldare la figura dell'ostetrica prima di ogni altra cosa, così da essere pronte ad ogni sfida politica veramente moderna e liberale.Inoltre la classe dirigente delle ostetriche locale e nazionale si troverà nei prossimi mesi di fronte ad una panorama politico ed una nuova cornice normativa molto delicati che richiederanno un forte impegno e competenza in questo processo di rinnovamento degli Ordini professionali e dei rispettivi professionisti.

Miriam Guana

Contenuti emotivi di frasi libere scritte durante l'attesa del travaglio e a parto avvenuto

Magurano M.R., Paparella R., Marturano M., Scarpa A., Nardangeli A., Pelino L., Paparella P.
Dipartimento per la Tutela della Salute della Donna e della Vita Nascente- Università Cattolica del Sacro Cuore- Roma.

Riassunto
Tra il 1990 e il 2006 sono state raccolte 632 frasi scritte dai parenti in attesa fuori della sala parto del Policlinico Agostino Gemelli dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.
La loro suddivisione in due gruppi (frasi scritte durante il travaglio e dopo la nascita) e la successiva distinzione in categorie (una basata sul contenuto delle frasi stesse ed una basata sul grado di parentela dell'autore delle frasi) ci ha permesso di analizzarle nel dettaglio.

Introduzione

Tra il 1990 e il 2006, sono state raccolte un totale di 632 frasi presso la sala d'attesa della sala parto del Policlinico Gemelli dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Alcune erano scritte sui muri, altre su cartelloni informativi, altre ancora su di un apposito registro messo a disposizione per gli ospiti.
È stato possibile dividere inizialmente le frasi in due grandi gruppi, a seconda del momento in cui sono state scritte (grazie al loro contenuto si risale al momento in cui sono state scritte):

- frasi scritte durante l'attesa del travaglio (130);
- frasi scritte a parto avvenuto (502).

La fase iniziale del lavoro, che da un esame della letteratura risulta essere il primo, ha consentito di distinguere due gruppi: un primo gruppo basato sui contenuti che è stato possibile estrapolare da ogni frase; un secondo gruppo denominato come "parentale", che si basa sul grado di parentela dell'autore o degli autori delle frasi.

Le categorie di contenuto sono le seguenti:

- frasi, viene indicato il loro numero, l'eventuale indicazione dell'ora in cui sono state scritte e della durata del travaglio;
- nome, viene indicato il nome da attribuire al neonato, nelle frasi scritte durante il travaglio, e al neonato, nelle frasi scritte a parto avvenuto;
- esortazioni, incitamenti, consigli o ammo-

nizioni;
- espressioni emotive, frasi, parole o gruppi di parole con un esplicito contenuto emozionale in cui l'autore descrive sia i propri stati d'animo che quelli altrui;
- auguri;
- preghiere – benedizioni;
- metafore.

Le categorie definite come "parentali" sono le seguenti:
- padre;
- madre, categoria presente solo nelle frasi scritte a parto avvenuto;
- genitori, categoria presente solo nelle frasi scritte a parto avvenuto;
- sorella – fratello;
- nonna;
- nonno;
- nonni, categoria presente solo nelle frasi scritte a parto avvenuto;
- zia;
- zio;
- zio e zia;
- zie;
- zii, solo i maschi;
- cugini;
- sconosciuti, autori che non hanno specificato il loro grado parentale.

Descrizione delle categorie di contenuto

1 – Frasi

Per quanto riguarda le frasi riferite al momento del travaglio, la maggior parte è riferibile alla categoria parentale "zia", che è anche quella che ha il maggior numero di indicazioni sull'ora in cui sono state scritte. Poche, in generale, le citazioni sulla durata del travaglio, ma anche in rapporto al numero di frasi scritte il padre è quello che lo ha indicato più spesso.
Per quanto riguarda, invece, le frasi scritte al momento della nascita, il maggior numero appartiene alla categoria degli "sconosciuti", cioè a coloro che non hanno scritto il loro grado di parentela, seguiti dalla categoria "zia" e "padre". Sono le frasi in cui viene indicata l'ora in cui sono venuti al mondo i neonati. Infine, anche se sporadicamente, alcune frasi contengono indicazioni sulla durata del travaglio. Infine, è possibile notare come nel momento della nascita sono presenti delle frasi scritte sia dalla puerpera da sola che con il marito o il compagno.

2 – Nome

In quasi tutte le frasi, che siano state scritte nel momento del travaglio oppure dopo la nascita, il feto e il neonato vengono indicati spesso con il loro nome proprio. Molte volte, comunque, compaiono anche soprannomi o nomignoli che manifestano chiaramente sentimenti di amore ed affetto. Questi sentimenti possono essere espressi sia in maniera esplicita (Es. amore; nostra gioia; gioia di casa) che sotto forma di vezzeggiativi o metafore (cucciolo; stella; tesoro; principessa; angioletto; piccolo gioiello).

3 – Esortazioni

Le esortazioni sono presenti quasi esclusivamente durante il travaglio. Nella maggior parte dei casi riguardano il feto e sono incitazioni a fare presto (Es. sbrigati; esci subito), mentre sporadicamente si leggono esortazioni rivolte alla partoriente, tutte di incoraggiamento (Es. dai che ce la fai; forza dacci dentro).
Le pochissime esortazioni che si trovano dopo la nascita riguardano il neonato ed hanno una valenza educativa (Es. ascolta papà; comportati bene) oppure sono di incitamento (Es. fatti forza; fatti valere).

4 – Espressioni emotive

Gli stati emotivi dominanti nella fase del travaglio sono quelli legati all'ansia e all'angoscia dell'attesa (Es. trepida attesa; ci stai facendo aspettare le ore; attesa con ansia; non ce la facciamo più; non vediamo l'ora che nasca) anche se è possibile notare delle espressioni riferite al feto in cui sono presenti parole di amore ed affetto (Es. amore mio; più bello del mondo; mondo di bene; ti amiamo tutti; un bacio).
Nelle frasi scritte dopo la nascita il contenuto emozionale cambia nettamente e i sentimenti di ansia e angoscia lasciano il posto a quelli di gioia e felicità da parte di tutti (Es. persona più felice del mondo; gioia grande; non stiamo nella pelle; è successo qualcosa di meraviglioso). Per il neonato, oltre alle solite espressioni di amore ed affetto si aggiungono quelle di benvenuto.

5 – Auguri

Sono presenti esclusivamente nelle frasi riguardanti la nascita in buon numero e all'interno di quasi tutte le categorie parentali e sono generalmente di gioia, felicità e fortuna. Nella maggior parte dei casi sono rivolti al neonato.

6 – Preghiere e benedizioni

All'interno delle frasi scritte durante il travaglio la presenza di preghiere è molto sporadica e sono delle richieste di protezione e aiuto. Due le preghiere sul totale delle frasi scritte dal padre e dalla nonna (una per il feto e una per la partoriente), due preghiere anche per le frasi scritte dalla zia (entrambe per il feto) e una per le frasi scritte dagli sconosciuti (per il feto).
Per quanto riguarda le frasi scritte dopo la nascita, la percentuale di preghiere aumenta, sia come numero generale, sia come presenza all'interno di quasi tutte le categorie parentali. In quest'ultimo caso, si nota che in proporzione sono di più le preghiere presenti nella categoria "padre".
Le preghiere sono dedicate in maggioranza al neonato e sono spesso di ringraziamento e benedizione oltre che di speranza per un futuro felice.

7 – Metafore
Pochissime le metafore presenti nelle frasi scritte durante il travaglio, sia come numero, sia come appartenenza alle varie categorie parentali. Le metafore, sia sotto forma di singola parola che di frase, sono quasi tutte a carattere più o meno spirituale, sia in forma "laica" (Es. stella più splendente che illumina e rallegra tutti) che in forma esplicitamente religiosa (Es. angioletto).
Molte di più, invece, le parole o le frasi metaforiche presenti dopo la nascita, quasi esclusivamente rivolte al neonato. Anch'esse sono dello stesso tipo di quelle scritte durante il travaglio (Es. piccolo angelo dono del signore; stella più lucente del firmamento; arrivato come un angelo caduto dal cielo).

Descrizione delle categorie parentali

1 – Padre
Nelle frasi scritte nell'attesa durante il travaglio si nota un uso quasi esclusivo del nome proprio del feto con qualche sporadico appellativo connotato di tenerezza per le femmine (Es. piccola di papà, angioletto).
Sono presenti delle esortazioni rivolte al feto, tutte improntate allo sbrigarsi con due eccezioni: un'incitamento pieno di amore (forza amore ho voglia di riinnamorarmi) ed uno in cui si mostra pazienza (esci? Prendi il tempo che ci vuole). Solo un'esortazione è rivolta alla madre in sala travaglio (dai!).
Le espressioni emotive sono in maggioranza legate all'ansia e soprattutto autoriferite (Es. sfinito; attesa penosa).
Infine, sono presenti solo due riferimenti di natura spirituale, un ringraziamento per il figlio (dio mi ha regalato un sogno, mio figlio) e una richiesta di protezione per madre e figlio (Dio assistili).
Per quanto riguarda le frasi scritte dopo la nascita, resta forte l'utilizzo del nome proprio del neonato ma, rispetto al travaglio, aumenta l'uso di appellativi metaforici (Es. gioiello, stella, angelo).
Le espressioni emotive lasciano trasparire sentimenti di gioia e felicità, mostrando una propensione maggiore per parole di amore, bellezza e benvenuto nei riguardi del neonato con qualche ringraziamento e complimento in più per le femmine. Seguono le espressioni sul proprio stato d'animo (Es. gioia, felicità), sulla fine del travaglio (Es. finalmente) e i ringraziamenti e complimenti nei riguardi delle madri (Es. grazie amore per avermi dato tanto; coraggiosissima).
Sono presenti auguri e ringraziamenti di tipo religioso oltre ad un certo numero di frasi metaforiche, alcune delle quali di natura spirituale (Es. oggi è nata nuova stella; Dio mi ha regalato il sogno della mia vita).

2 – Madre
Nel gruppo di frasi scritte dopo la nascita, sono presenti alcune frasi materne in cui tutto ruota intorno al neonato. Viene identificato soprattutto con il nome proprio, con qualche appellativo metaforico dello stesso tipo usato dai padri. Sono inoltre presenti delle espressioni di tipo emozionale in cui si dà il benvenuto e si mostra amore ed affetto (Es. amore; benvenuta) e frasi di auguri e ringraziamento a Dio. Una sola frase di tipo metaforico (credevo di avere 3 gioielli ma ora sono convinta che sono 4).

3 – Genitori
Alcune frasi riguardanti la nascita sono firmate da entrambi i genitori e si nota come i neonati siano chiamati quasi tutti con il loro nome. Le espressioni emotive sono quasi tutte per i neonati ed esprimono soprattutto gioia, affetto e benvenuto. Sono presenti frasi di auguri oltre a ringraziamenti e preghiere. Assenti parole o frasi di tipo metaforico.

4 – Sorelle/Fratelli
In generale, nelle frasi appartenenti a questa categoria scritte durante il travaglio ci si rivolge al feto sia con il nome

proprio che con appellativi di tipo parentale (fratello, sorella). Non ci sono esortazioni e le poche espressioni emotive sono riferite quasi tutte all'attesa. Non ci sono preghiere e metafore.
Nelle frasi scritte dopo la nascita il neonato viene identificato soprattutto con il nome proprio e poi con il grado parentale. Le espressioni emotive sono in maggioranza verso il neonato (Es. più bella del mondo; bellissimo e bravo) ma sono presenti anche alcune sul proprio stato emotivo (Es. attesa con ansia; l'ho presa in braccio è stato stranissimo). Qualche frase metaforica (Es. capelli colore del sole, occhi colore del cielo è la nostra piccola meteorite venuta dall'immenso; raggio di sole nella nostra vita).

5 – Nonna
Durante il travaglio sono pochi i riferimenti al feto, chiamato spesso con il nome proprio e non ci sono esortazioni. Poche le espressioni emotive che nella maggior parte dei casi sono riferite all'evento anche se non sembrano trasparire né ansia né angoscia (Es. attesa lieto evento; imminente e tanto desiderato). Sporadiche le preghiere (Es. signore stai accanto a mia figlia e assistila insieme alla nipotina, fai che vada tutto bene e proteggi mia nuora e la bimba).

Per quanto concerne il gruppo di frasi scritte a parto avvenuto, il neonato viene nominato quasi sempre, in maggioranza col nome proprio ma anche con appellativi di tipo parentale (nipote; nipotino) e, sporadicamente, con metafore (angelo; fiore; stella di casa; rosellina). Le espressioni emotive sono nettamente superiori rispetto al travaglio e sono rivolte soprattutto al neonato (Es. grandissimo amore di nonna; bellissimo; desiderato e amato). È anche presente un certo numero di riferimenti al proprio stato emotivo (Es. sono nonna di nuovo; dopo tanta attesa una immensa gioia; stracontenta). Sono presenti auguri (gioia, lunga vita e felicità) ed un certo numero di preghiere e raccomandazioni religiose.
Infine, sono presenti un certo numero di metafore o frasi di tipo metaforico (Es. bello come il sole; avevo tre gioielli adesso ho anche un brillante; il cielo si è illuminato; è nato un altro fiore nel nostro giardino).

6 – Nonno
Durante il travaglio sono pochi i riferimenti al feto, che viene chiamato soprattutto con il nome proprio. C'è qualche espressione emotiva in più, in particolare riguardo l'attesa (Es. non ci far attendere troppo per favore; ancora non si decide). Sono presenti preghiere ed un'espressione metaforica sottende la speranza per un futuro migliore (il mondo attende in ansia che tu venga per aiutarci a migliorarlo).
Dopo la nascita sono state scritte molte più frasi rispetto al travaglio con i bambini chiamati quasi totalmente per nome. Sono presenti un maggior numero di descrizioni di stati emotivi, soprattutto riguardo al bambino con alcune ricercatezze metaforiche (Es. piccolo grande uomo; hai già fatto tanto hai creato mamma, papà, zii, nonni…; bellissima e tenerona). Sono molto presenti anche espressioni emotive autoriferite (Es. emozione grandissima diventare nonno di te; tanto desiderato). Sono presenti parole e frasi di augurio e di ringraziamento a Dio, protezione e benedizione.

7 – Nonni
Questa categoria è presente solo nelle frasi scritte dopo il parto. Il neonato è chiamato sempre per nome proprio mentre le poche espressioni emotive sono riferite al neonato (Es. bacione; benvenuto) e all'evento (Es. finalmente dopo lunga attesa; grande gioia)

8 – Zia
È la categoria che ha scritto il maggior numero di frasi durante il travaglio. Non sempre il feto viene chiamato col proprio nome ma spesso si usano nomignoli o metafore (Es. fagiolino; piccolo angelo; cucciolo; tesoro). Tante le fra-

si in cui si esortano i bambini a sbrigarsi mentre nelle espressioni di natura emozionale spicca una maggioranza uniformemente distribuita tra riferimenti al bambino (Es. amore; stai comodo nel grembo; mondo di bene; bellissimo; benvenuta), riferimenti in generale all'attesa e all'ansia di coloro che stanno aspettando ed all'evento in sé (Es. manca poco; non vediamo l'ora che nasca; attesa a braccia aperte; stiamo tirando la corda).
Anche per quanto riguarda le frasi scritte dopo la nascita si può osservare che i bambini vengono chiamati oltre che con il nome proprio anche con nomignoli di vario genere. Per quanto concerne le espressioni emotive sono maggiori quelle riguardanti i bambini, con parole che esprimono amore ed affetto (Es. lo adoro; bacio grande; benvenuta al mondo). In generale, si riscontra una presenza superiore di frasi augurali, ringraziamenti e preghiere. Anche le frasi metaforiche elaborate sono più numerose (sei il collegamento tra il cielo e la terra, la luna e il sole; finalmente un'altra stella in un cielo splendido; una giornata piovosa è stata schiarita con luce dei tuoi occhi ed è uscito un arcobaleno col tuo sorriso).

9 – Zio
Poche le frasi scritte durante il travaglio, in cui, comunque, il feto viene indicato esclusivamente con il nome proprio. Poche anche le esortazioni. È presente qualche espressione emotiva in più, in cui prevale lo stato emotivo dell'attesa.
Il numero delle frasi scritte durante il travaglio è superiore ed il neonato è nominato quasi esclusivamente con il nome proprio. La discreta quantità di espressioni emotive mostra una preponderanza sia per il neonato, con parole di affetto, benvenuto e ringraziamento, sia per il proprio stato emotivo (sentimenti di emozione ed orgoglio). Qualche augurio e cenni di ringraziamento a Dio e una sola metafora (una nuova stellina si è unita nel firmamento della vita che nasce).

10 – Zio e Zia
Poche le frasi scritte durante il travaglio in cui emerge una preponderanza di parole ed espressioni a carattere emotivo sul feto (Es. sarai bellissimo; ti vogliamo bene).
Anche nelle frasi scritte dopo il parto si trova una preponderanza di espressioni emotive rivolte al neonato (in maggioranza di benvenuto). Cenni di auguri e discreta presenza di espressioni metaforiche (Es. 3,260kg di dolcezza, 49 cm di bellezza, una vita d'amore; si contano 7 meraviglie nel mondo ma non si sono aggiornati: oggi è nata l'ottava; la stella più bella del firmamento).

11 – Zie
Nelle frasi scritte durante il travaglio le identificazioni del feto sono quasi esclusivamente per nome proprio con la presenza di qualche esortazione che incita a sbrigarsi. Le espressioni emotive sono in maggioranza autoriferite, lasciando trasparire sentimenti di attesa e trepidazione (Es. siamo ancora in attesa ma sembra che sarai qui a momenti; attesa con ansia e fame).
Le frasi scritte a parto avvenuto sono poche e con poche espressioni emotive, riferite al neonato (amore di tutti) e

> Le frasi scritte dopo la nascita spesso utilizzano espressioni metaforiche, auguri e ringraziamenti di tipo religioso. Nelle frasi scritte durante il travaglio il nascente è più spesso nominato con il nome proprio

alla madre (splendida e coraggiosa come sempre). È presente una metafora abbastanza lunga (ci ha chiamato la luna piangendo perché non trova la sua stella più bella… le abbiamo detto di non preoccuparsi perché stai arrivando da noi).

12 – Zii
Soltanto tre le frasi scritte nel periodo del travaglio, in cui si nota un'attenzione verso la partoriente (una esortazione ed un paio di espressioni emotive) oltre alla descrizione dei propri stati d'animo (attesa e ansia) ed un paio di metafore (Es. stella splendente; la vita è un'altra cosa: luci, colori e musica favolosa).
Qualche frase in più rispetto al travaglio, in cui il neonato è identificato prevalentemente col nome proprio e a cui viene dedicata qualche espressione emotiva in più (Es. benvenuto tra noi; bacioni). Da notare che vengono fatti molti auguri, sia al neonato che alla mamma ed al papà. Sono presenti due metafore (il mondo è ancora più rosa con tua faccetta rosa; nel mese più bello dell'anno è nata bimba più bella del mondo).

13 – Cugini
Le frasi scritte durante il travaglio sono soprattutto delle cugine per le femmine, in cui spiccano le espressioni emotive descrittive dell'attesa e dell'ansia (Es. è stata dura eppure ci stringiamo; attesa con ansia; ancora non ti sei decisa come mai?).
Diversamente da quanto rilevato nel travaglio, le frasi scritte a parto avvenuto sono in maggior numero e comprendono quelle dei cugini. Sono preponderanti le identificazioni con il nome proprio ma ci sono anche diminutivi a carattere affettivo (sofficina mia; cucciolo). Le espressioni emotive di gioia e affetto sono quasi tutte per il neonato, con alcuni riferimenti anche alla felicità generale per il lieto evento. Vi è la presenza di alcune metafore elaborate in alcune frasi scritte dalle cugine per le femmine (Es. La differenza tra lei ed una stella è che lei brilla anche di giorno; ho chiesto a Dio una goccia e mi ha dato il mare, ho chiesto un albero e ha dato un bosco, ho chiesto angelo e mi ha dato te).

14 – Sconosciuti
Sono la seconda categoria più numerosa nel travaglio e nella quasi totalità delle frasi chiama il feto con il nome proprio. Le esortazioni al bambino sono incitamenti a sbrigarsi e le espressioni emotive sono soprattutto per il feto (Es. ti vogliamo bene; c'è bisogno anche di te; stupenda) e per l'attesa (Es. dolce attesa; ci stai facendo aspettare le ore). Sono presenti, sporadicamente, alcune preghiere e metafore (Es. ti fai desiderare come una principessa).
È la categoria col maggior numero di frasi scritte dopo il parto. Il neonato viene identificato quasi sempre con il nome proprio, con l'aggiunta di qualche soprannome spesso di tipo metaforico (Es. semolino; nostra luce; angelo sceso sulla terra; stellina). Sono molte le espressioni emotive rivolte al bambino (Es. benvenuta; bellissima; piccola ma tanto bella; gioia, grazie di esistere) seguite da quelle per le mamme (Es. gioia; grazie per averlo fatto nascere; grazie per la bambina; congratulazioni per questo regalo stupendo). Sono presenti un certo numero di frasi di augurio, soprattutto per le femminucce, di ringraziamenti di natura religiosa e di metafore, sia semplici che elaborate, quasi tutte di natura spirituale (Es. è spuntata una stella; sei un regalo del signore da meritare giorno per giorno; sei la stella più lucente del firmamento; una vita nasce, un angelo entra a far parte della vita di ognuno).

Analisi del contenuto
Vengono scritte frasi che possono essere più o meno lunghe oppure semplici parole che esprimono preghiere, speranze, angosce, aspettative, sogni e progetti.
La tendenza generale è quella di manifestare i vissuti emotivi con metafore o espressioni dialettali, ma anche con punti esclamativi, lettere maiuscole o giganti che sembrerebbero rappresentare il desiderio di voler "urlare" il proprio stato d'animo.
Circa il 20% delle frasi vengono scritte durante il travaglio e in esse sono presenti alti livelli di ansia e la dimensione dell'attesa. La maggior parte delle frasi (80%) sono scritte dopo la nascita e si nota come l'ansia e l'attesa lascino spazio alla gioia e, a volte, allo "sfinimento" fisico e psicologico di chi ha dovuto attendere.
Le categorie parentali sono tutte rappresentate, dal padre ai cugini, e tra coloro che non esprimono il loro grado di parentela (la categoria degli "sconosciuti") potrebbero esserci anche amici o conoscenti.
Infine è interessante notare che i padri vengono dopo gli zii e gli "sconosciuti" nel numero di frasi scritte (soprattutto durante il travaglio) e che, dopo aver partorito, anche alcune madri scrivono pensieri in cui esprimono i loro vissuti emotivi.

Analisi psicologica
Il fatto che la presenza di un libro a disposizione per scrivere non abbia impedito ad alcuni di scrivere frasi anche sul muro può essere indice, oltre che di maleducazione, anche di una certa quantità di egocentrismo e/o protagonismo, che porta a voler fare qualcosa di originale in modo da essere visto da tutti.
Risulta difficile elaborare un'analisi psicologica sui contenuti liberi di frasi scritte su di un quaderno o sulle pareti di una sala d'attesa per il parto a causa della scarsità di informazioni su aspetti socio-culturali come età, lavoro, grado di istruzione, luogo di provenienza e sul grado di parentela (che può essere carnale o acquisita oppure non esserci affatto). Inoltre, non ci sono informazioni oggettive sulla tipologia di parto (naturale, cesareo, epidurale con anestesia o senza) e sugli imprevisti avvenuti prima del parto con le loro conseguenze. Questo è dovuto al fatto che le poche informazioni supplementari trovate scritte in alcune frasi non possono essere verificate tramite riscontri ogget-

tivi.
Inoltre, se è vero che l'assenza di qualsiasi minima forma di strutturazione e standardizzazione favorisce la massima libertà di espressione di pensieri e sentimenti sul diventare genitori o nonni, zii, ecc. è anche vero che le persone possono scrivere più di una frase o essere influenzate dalle frasi scritte in precedenza, possono influenzarsi tra loro o mettersi d'accordo per scrivere qualcosa che rappresenti un pensiero collettivo. In alcuni casi potrebbe anche essere il bisogno di dimostrare o poter dire "c'ero anche io". Ad ogni modo, il numero totale di frasi è abbastanza ampio da consentire delle riflessioni sulle possibili dinamiche psicologiche sottostanti il contenuto analizzato.
Risulta abbastanza evidente che prima del parto chi scrive è pervaso da sentimenti di ansia, nervosismo e preoccupazione, esprimendo in maniera più o meno esplicita l'angoscia dovuta al fatto che lo svolgersi degli eventi è indipendente dalla propria volontà e ci si trova nella condizione di non poter prestare nessun tipo di aiuto. In questo senso, è verosimile che siano proprio i padri a subire maggiormente questa sensazione di forzata passività che porta ad associare agli elevati livelli di ansia ed angoscia anche sensi di frustrazione e di impotenza. Forse esprimere le proprie emozioni ed i propri sentimenti, soprattutto tramite le esortazioni, rivolte principalmente al feto, possono essere interpretate anche come un modo per dare il proprio contributo come se fosse una sorta di aiuto. Inoltre, è probabile che i padri sentano gravare su di loro anche il carico di responsabilità che segue la nascita di un figlio, specie se si tratta del primo e, in quest'ultimo caso, il cambiamento di ruolo che lo porta ad essere oltre che marito anche padre.
Occorre però dire che non si può caratterizzare un'emozionalità come l'angoscia solo come forza distruttiva, in quanto quest'ultima, come qualsiasi altro disturbo, può avere anche una funzione costruttiva. Ad esempio, l'ansia e l'angoscia causata dall'impossibilità di controllare e/o intervenire sull'evento "parto" può portare ad un lavoro di introspezione e ricerca interiore per soddisfare quei bisogni (fisici, sociali e cognitivi) che emergono prepotentemente nel momento in cui si trasformano in scrittura. E dal punto di vista dei bisogni, soprattutto nelle frasi scritte dopo il parto, si riconoscono due dei bisogni della scala di Maslow (1954, 1968): il bisogno della "realizzazione di sé", soprattutto per i padri, e il bisogno di "trascendenza".
Maslow formula una logica di crescita per motivi e il suo modello motivazionale, nella prima versione del 1954, comprende cinque fasi che si formano l'una dopo l'altra: la fase dei bisogni fisiologici, dopo la nascita, in cui l'uomo mira a soddisfare di volta in volta il bisogno attuale; la fase dei bisogni di sicurezza, in cui il bambino si preoccupa della presenza dei genitori poiché si attende da essi protezione; la fase dei bisogni di appartenenza e amore, in cui nasce il desiderio di dare e ricevere amore da intendere come desiderio di scambio sociale che aspira a più della semplice assistenza e sicurezza; la fase del bisogno di riconoscimento, in cui ci sono i bisogni di dare prova di sé dinanzi ad un compito e di ottenere il riconoscimento per il rendimento raggiunto; il bisogno di realizzazione di sé, in cui "Quello che un uomo può essere lo deve anche essere" (Maslow, 1954). Successivamente, Maslow, nel 1968, aggiunge il bisogno di trascendenza, con il quale si intende il bisogno di superare se stessi e di entrare a far parte di un mondo superiore del cosmico e del divino.
Maslow definisce la sua teoria come "globale e dinamica" (Maslow, 1954). Globale perché le fasi superiori comprendono sempre anche le fasi inferiori e dinamica in quanto anche in essa, come nelle concezioni di psicologia del profondo, si ipotizzano forze la cui distribuzione sulle varie fasi costituisce un processo dinamico e una fissazione ad una fase elementare può far crollare l'impalcatura della fase superiore. Nel modello di Maslow lo sviluppo motivazionale non procede semplicemente da una fase all'altra abbandonando quelle precedenti, ma ogni stadio nuovo comprende in sé gli stadi precedenti.
Infine, sempre per quanto riguarda le frasi scritte dopo il parto, si nota un leggero aumento di immagini e metafore, dovuto probabilmente ad una diminuzione dello stato d'ansia e di angoscia (che rimangono presenti, come si può notare in particolar modo dalla presenza di preghiere e richieste di protezione divina) le quali lasciano più spazio alla fantasia ed alla produzione di pensieri immaginifici più elaborati.

Conclusioni

Scrivere sulle pagine di un libro, o sul muro della sala d'attesa, offre la possibilità di esprimere liberamente il proprio pensiero, i propri sentimenti e le proprie emozioni. Di questa possibilità non si sono avvalsi solo i padri, ma anche tutti gli altri parenti e amici. Addirittura, in qualche occasione, anche le madri hanno desiderato lasciare una loro testimonianza.
Questo lavoro può essere utile per dare delle indicazioni nel caso si vogliano sviluppare e validare questionari più standardizzati per la valutazione dei molteplici aspetti psicologici riguardanti il travaglio e il parto. Ciò potrebbe essere di grande aiuto non solo nel sostegno psicologico della partoriente e del padre ma anche nello sviluppo di adeguate forme di comunicazione tra loro, lo staff medico-infermieristico e gli altri parenti.

Bibliografia

Maslow A.H., Motivazione e personalità (1954), trad. it., Armando Editore, Roma 1973.
Maslow A.H., Various meanings of trascendence, Journal of Transpersonal Psychology, 1 (1968), pp. 56-66.

"L'analisi delle frasi raccolte intorno alla sala parto può essere di grande aiuto nell'elaborare non solo il sostegno psicologico della partoriente e del padre ma anche nello sviluppo di adeguate forme di comunicazione tra loro, lo staff medico-infermieristico e gli altri parenti.

Importante

PER LA DIFFUSSIONE DEL SAPERE DISCIPLINARE DELL'OSTETRICA/O

Care colleghe e cari colleghi, per favorire la diffusione all'interno della comunità delle ostetriche del nostro sapere disciplinare, consolidato anche attraversi le vostre tesi di laurea, sarebbe molto gradito ricevere presso la sede della Federazione nazionale Collegi Ostetriche (FNCO) un abstract delle vostre tesi, riguardanti sia il corso di laurea in ostetricia, sia la laurea magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche, sia master di settore. In questo modo la Fnco costruirà una banca dati, che sarà poi disponibile a chiunque ne abbia interesse.

Le aree tematiche possono riguardare: assistenza ostetrica, neonatale, ginecologica, ostetricia di comunità, management ostetrico, ostetricia transculturale, formazione di base, permanente, coordinamento ostetrico, storia della professione, tecnologie applicate alla pratica clinica, modelli organizzativi, risk management, interventi sdi salute pubblica, studi epidemiologici sulla salute di genere, nel percorso nascita, ecc.

Nei limiti dello spazio disponibile, vorremo pubblicare i titoli anche sui prossimi numeri della nostra rivista.

ELEMENTI CHIAVE PER LA STESURA DELL'ABSTRACT

1 - Titolo
2 - Autore/i
3 - Ente provenienza autore/i
4 – Area tematica - Parole chiave (numero 5-6)
5 – Introduzione)
6 - Scopo del lavoro
7 - Materiale e metodi
8 - Risultati
9 - Conclusioni e prospettive future

Ogni abstract non dovrà eccedere le 300 parole.

L'ostetrica può essere il "secondo operatore"?

Oggetto: Possibilità che l'ostetrica assista agli interventi di taglio cesareo, non solo come strumentista, ma anche in funzione di secondo operatore
Parere condiviso dal Comitato centrale e dall'Ufficio legale della Fnco

Premesso che

Il caso prospettato richiede, per gli interrogativi che suscita, la preliminare disamina del ruolo e delle funzioni che i membri di un'équipe operatoria e in particolare il secondo operatore sono chiamati a svolgere in un qualsiasi intervento chirurgico, dunque anche in un parto cesareo.
A proposito del lavoro d'équipe in generale, la giurisprudenza ha più volte (cfr. ad es. Cass, Sez. IV, 1 ottobre 1999, A. e altri; Cass., 2 marzo 2004, n.24036) avuto modo di precisare che nel caso in cui ci si trovi di fronte ad ipotesi di cooperazione multidisciplinare nell'attività medico-chirurgica, ogni sanitario, oltre che al rispetto dei canoni di diligenza e prudenza connessi alle specifiche mansioni svolte, è tenuto ad osservare gli obblighi ad ognuno derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso il fine comune ed unico.
In virtù di tali obblighi, "in sostanza, ogni sanitario non può esimersi dal conoscere e valutare l'attività precedente o contestuale svolta da altro collega, sia pure specialista in altra disciplina, e dal controllarne la correttezza, se del caso ponendo rimedio o facendo in modo che si ponga opportunamente rimedio ad errori altrui che siano evidenti e non settoriali" e, come tali, rilevabili e non emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze specifiche del professionista medio.
In particolare, con riguardo al secondo operatore, costituisce principio consolidato quello secondo cui al chirurgo primo operatore è demandata la responsabilità dell'intervento ma, poiché la funzione del secondo operatore potrebbe diventare di primo operatore in altra turnazione, normalmente vale la regola che egli si debba poter sostituire al primo operatore in caso di sua impossibilità a proseguire l'intervento per i più disparati motivi (dagli eventi imprevisti alle improvvise necessità di reparto) e dal momento che il secondo operatore assiste e collabora con il primo offrendogli assistenza nella verifica della correttezza dell'intervento, appare evidente come tale ruolo non possa che essere ricoperto da un medico chirurgo che abbia il più possibile analoghe conoscenze e competenze tecniche rispetto a quelle vantate dal primo operatore.
Il primo operatore potrebbe dunque ricoprire tale ruolo solo per motivi di maggiore esperienza o perché figura apicale di équipe o del reparto o perché diretto responsabile del paziente-suo cliente (in situazioni di interventi programmati a pagamento).
Il ruolo del secondo operatore non è pertanto solo quello di supporto ad un'azione sanitaria e come tale deve essere attribuito ad un medico chirurgo.

Conclusione

Sulla base di tali premesse, non si vede in alcun modo come un'ostetrica possa essere chiamata a svolgere la funzione di secondo operatore in un intervento di parto cesareo.
L'ostetrica infatti non è un medico, bensì una diversa figura professionale con proprie specifiche competenze; se ne rinviene un elenco nelle varie fonti normative italiane (DM 740/94) ed europee: ex art. 48 del D. Lgs. 206/2007, attuativo della dir. 2005/36 CE.
I contenuti del 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 pre-

I pareri legali pubblicati in queste pagine sono curati dall'avvocato Vania Cirese

stazioni 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).

Ostetriche libero professioniste: quante partite iva?

Oggetto: Possibilità per l'ostetrica libero professionista di realizzare un'attività commerciale di prodotti destinati alle gravide e neomamme associata ad un'attività di natura professionale mediante un'unica partita Iva
Parere condiviso dal Comitato centrale e dall'Ufficio legale della Fnco

Premesso che

- Si definisce "attività commerciale" l'attività svolta da chiunque professionalmente acquisti merci in nome e per conto proprio e le rivenda utilizzando uno dei seguenti modi: all'ingrosso, al dettaglio, in spacci interni, per il tramite di forme speciali (es: per corrispondenza). Ognuno di questi separatamente disciplinato.
- Il libero professionista è un prestatore d'opera intellettuale che esercita in regime di autonomia scientifica e gerarchica nei confronti del cliente con ampia discrezionalità (sotto il profilo della tecnica professionale) e con propria organizzazione di lavoro.
- L'attività professionale è regolata dall'articolo 2229 c.c. secondo il quale "la legge determina le professioni intellettuali per l'esercizio delle quali è necessaria l'iscrizione in appositi albi o elenchi." Questa iscrizione individua tutte quelle attività professionali denominate "protette" in quanto non esercitabili in difetto di tale iscrizione, generalmente subordinata al controllo del possesso di requisiti e titoli idonei.
- Tutte le attività professionali protette dispongono di organismi di gestione del proprio ordine o albo e organismi di controllo del rispetto del codice deontologico, fonte normativa interna che disciplina l'esercizio della professione.
- La professione di ostetrica rientra a pieno titolo tra le professioni denominate "protette".
- Il Codice Deontologico dell'ostetrica/o, approvato il 19.06.2010 e attualmente vigente, all'art. 5.4 prevede che "l'ostetrica eviti ogni conflitto di interesse economico e non, che si possano manifestare nei rapporti individuali, nella prescrizione, nei rapporti con enti, organizzazioni, istituzioni ed industrie".

Si deduce che

Il primo insuperabile ostacolo all'avvio di un'attività commerciale di prodotti destinati a gravide e neomamme nell'ambito dell'attività professionale ostetrica è l'evidente conflitto d'interesse tra il fine di lucro tipico dell'attività commerciale e il bene primario della paziente, fine ultimo della prestazione professionale. Inoltre è ben ipotizzabile anche un conflitto d'interessi tra fornitori, informatori farmaceutici e industrie di settore.
Il secondo ostacolo è rappresentato anche dalla disciplina generale delle attività professionali che sono svolte autonomamente o in forma associata; infatti qualora più professionisti vogliano operare in modo collettivo, essi possono costituire un'associazione professionale ai sensi della L. n. 1918/39 ma anche in tale ipotesi, per salvaguardare il rapporto fiduciario tra il professionista e il cliente da eventuali conflitti d'interesse, è prevista l'esclusività dell'oggetto societario, di modo che tutti gli associati possano svolgere solo prestazioni professionali, facendo salva la possibilità di differenziare la prestazione professionale in senso multidisciplinare. Pertanto si pone un esplicito divieto alla associabilità di attività lavorative estremamente differenti sia per quanto attiene alle finalità sia per quanto riguarda la delicatezza degli interessi e dei valori in gioco.
È da rilevare che anche se si volesse non considerare tutti questi impedimenti normativi, la formazione di un organismo che eroghi prestazioni professionali e che al contempo affianchi un'attività commerciale incontrerebbe ostacoli insormontabili sia per quanto riguarda l'apertura della partita IVA – in quanto classificate diversamente – sia per quanto riguarda l'ottemperanza a vari requisiti richiesti per le due tipologie di attività (es. iscrizione alla Camera di Commercio, Industria e Artigianato o al relativo Ordine professionale, iscrizione all'Ente previdenziale che varia nei due casi). Oltre a ciò vi sono anche rilevanti diversità sotto il profilo tributario.

Conclusione

Non essendo applicabile il criterio dell'attività prevalente ai fini dell'individuazione della relativa disciplina applicabile, anche così argomentando, non risulta possibile ritenere fattibile il progetto di un'attività che affianchi le due sotto un'unica gestione, impresa e partita IVA, ma è necessario per l'ostetrica optare per una netta separazione tra le due attività, ovvero attività commerciale da quella professionale.

L'ostetrica può effettuare l'ecografia office?

Oggetto: Possibilità per l'ostetrica/o di effettuare l'ecografia office in gravidanza
Parere condiviso dal Comitato centrale e dall'Ufficio legale della Fnco

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

1) l'ostetrica/o è autorizzata a
- e) assistere la partoriente durante il travaglio e sorvegliare lo stato del feto nell'utero con i mezzi clinici e tecnici appropriati;
- g) individuare nella madre o nel bambino i segni di anomalie che richiedono l'intervento di un medico e assistere quest'ultimo in caso d'intervento; prendere i provvedimenti d'urgenza che si impongono in assenza del medico e, in particolare, l'estrazione manuale della placenta seguita eventualmente dalla revisione uterina manuale;

2) le linee guida SIEOG 2010 definiscono che:
- l'ecografia office (o ecografia di supporto) in ostetricia e ginecologia è un esame ecografico eseguito a sostegno alla visita ed è finalizzato alla ricerca di dati diagnostici che possono essere utilizzati a completamento della visita;
- non vi è evidenza scientifica che sia utile effettuare un esame ecografico durante ogni visita ostetrico-ginecologica (Evidenza I-b. Livello di raccomandazione A);
- non è necessario che sia rilasciato un referto specifico, ma i parametri rilevati dall'Office ecografia devono sempre essere scritti nella cartella clinica della paziente;
- è necessario spiegare alla donna il significato dell'office ecografia e la differenza rispetto agli esami ecografici "formali" che vanno comunque eseguiti o consigliati ove indicato;

Premesso che le indicazioni alla office ecografia sono:
in ostetricia (Evidenza IV. Livello di raccomandazione C):
- visualizzazione della presenza in utero della camera ovulare, dell'embrione e dell'attività cardiaca embrio-fetale,
- valutazione della presentazione fetale,
- valutazione della quantità di liquido amniotico;

in ginecologia:

- valutazione dell'ecogenicità di una tumefazione diagnosticata con l'esplorazione bimanuale (cistica/solida),
- controllo della localizzazione di IUD.

Inoltre

- L'ecografia office può essere effettuata per via transaddominale o trans vaginale con ecografo real time dotato di sonda addominale di almeno 3,5 MHz e/o di sonda vaginale di almeno 5 MHz (Evidenza I-c. Livello di raccomandazione A).

I parametri valutabili possono essere:
- identificazione in utero del feto e numero di feti;
- presenza o assenza dell'attività cardiaca embrio-fetale;
- parte presentata del feto;
- quantità di liquido amniotico rilevata soggettivamente;
- conferma di presenza di tumefazioni pelviche e loro ecogenicità;
- posizione di IUD in utero.

- Nella comunità scientifica dell'area ostetrico-ginecologica internazionale e nazionale è ormai largamente condiviso che l'office ecografia, per le sue peculiarità intrinseche, è un esame che può essere effettuato anche da operatori che non possiedano una formazione specifica in campo ecografico purché abbiano una conoscenza di base della metodica.
- Dalla letteratura scientifica più accreditata risulta che l'impiego della diagnostica ad ultrasuoni nella sorveglianza del benessere materno/fetale anche da parte delle ostetriche di fatto è ormai un'attività consolidata nella midwifery internazionale.
- La refertazione (1), ossia la relazione scritta dal medico per certificare l'attività svolta ed attestare i risultati delle indagini diagnostiche cliniche, strumentali e di laboratorio, è di competenza medica

Si evince che

per l'ostetrica l'ecografia office può rappresentare uno strumento di supporto per la rilevazione dei parametri materni e fetali in gravidanza ed in travaglio di parto al fine di interpretare e valutare con tempestività e maggiore accuratezza la normale evoluzione della gravidanza e del parto.

L'ostetrica deve inserire la data dell'esame ecografico eseguito con "office ecografia" in concomitanza della visita ostetrica, e ha il dovere di trascrivere i parametri rilevati a supporto della visita nel corso della gravidanza e/o del travaglio parto nella cartella clinica della paziente e dovrà informare il medico specialista dei risultati che deviano dalla normalità e fisiologia.
I parametri rilevati con l'ecografia office non danno esito ad alcun referto, piuttosto si integrano a quelli di una tradizionale visita ostetrica a supporto della diagnosi.

All'ostetrica/o non compete la refertazione dell'ecografia office, ossia una relazione sulle risultanze di una indagine diagnostica che è invece un atto medico.
La Fnco, sulla base delle risultanze dei processi di interazione e di confronto avviati con le società scientifiche più accreditate e nello specifico con la SIEOG, per quanto riguarda la tematica del ruolo dell'ostetrica/o nella Ecografia office in area ostetrica e ginecologica, provvederà ad inviare ulteriori specificazioni rispetto a nuovi ambiti di utilizzo e di competenza.

Conclusioni

L'ostetrica/o , tenuto conto delle normative D.M. 740/94; L. 42/99; L. 251/2000; D 2005/36 CE, ecc, si avvale nel proprio esercizio professionale della ecografia office in concomitanza della visita ostetrica, quale strumento di supporto per la rilevazione dei parametri materni e fetali in gravidanza ed in travaglio di parto al fine di interpretare e valutare con tempestività e maggiore accuratezza la normale evoluzione della gravidanza e del parto.
L'ostetrica/o ha il dovere di trascrivere i parametri rilevati con l'ecografia office nella cartella clinica e dovrà informare il medico specialista dei risultati che deviano dalla normalità e fisiologia.
All'ostetrica/o non compete la refertazione (1) dell'esame ecografico, ossia la stesura di una relazione sulle risultanze di una indagine diagnostica che è invece un atto medico.

> "Per l'ostetrica l'ecografia office può rappresentare uno strumento di supporto per la rilevazione dei parametri materni e fetali in gravidanza ed in travaglio di parto al fine di interpretare e valutare con tempestività e maggiore accuratezza la normale evoluzione della gravidanza e del parto

---

1 Nel linguaggio clinico si parla di "referto" (es. per esame ecografico) nel senso di "refertazione", ossia relazione scritta dal medico sulle risultanze di indagine diagnostica (fisiche e strumentali) a seguito di attività compiuta dal medico o caduta sotto la sua diretta percezione.
Quando si tratta di attività di rilevazione dati, esecutiva di un esame/accertamento strumentale o attività diagnostica del benessere-materno fetale e gravidanza fisiologica, ben può essere svolta dall'ostetrica.
Se, invece, si tratta di "refertazione" nel senso di "atto medico", certificazione, ossia attestazione di fatti di cui l'atto è destinato a provare la verità, è attività del medico. Invero la refertazione dell'esame ecografico sembra piuttosto destinata a provare la verità di fatti morbosi o fisiologici al terzo interessato e presuppone necessariamente (anche se implicitamente) che il medico stesso abbia proceduto direttamente all'accertamento di malattia-anomalia o fisiologia mediante l'esame sulla paziente, anche se non mera visita, ma accertamento strumentale. In altre parole il medico certifica di aver compiuto un'attività dando atto dei risultati.

L'esecuzione del pap test è una competenza anche dell'infermiere?

Oggetto: Possibilità di esecuzione del Papanicolau test (pap test) da parte dell'infermiere
Parere condiviso dal Comitato centrale e dall'Ufficio legale della Fnco

Premesso che

1. Tra le professioni sanitarie non mediche, l'attività di diagnosi, è una competenza attribuita all'ostetrica svolta in autonomia o quale membro dell'equipe sanitaria. Essa nello specifico include le seguenti responsabilità: accertare la gravidanza, valutare gli esami per il controllo dell'evoluzione della gravidanza fisiologica e per l'individuazione di gravidanza a rischio, identificare segni e sintomi d'anomalia nella madre e nel bambino, esaminare il neonato e partecipare alla prevenzione e all'accertamento dei tumori della sfera genitale femminile. Invero, l'ostetrica ha il potere dovere di riconoscere e distinguere le situazioni fisiologiche e quelle potenzialmente patologiche in ambito ostetrico, ginecologico e neonatale, come chiaramente indicato nelle normative nazionali ed europee, ovvero, il D.M. 740/94; il Codice deontologico dell'ostetrica/o del 2010; la l. 42/99; il D. Lgs. 206/2007; la Dir. EU 2005/36/CE).
2. Saper riconoscere e distinguere le situazioni fisiologiche e quelle potenzialmente patologiche in ambito ostetrico, ginecologico e neonatale, è una responsabilità acquisita dall'ostetrica attraverso il percorso formativo universitario, Laurea in Ostetricia della durata triennale, il cui Esame di Stato abilita alla professione. Il training formativo include tra gli obiettivi irrinunciabili anche l'apprendimento teorico pratico specifico nell'ambito della prevenzione dei tumori della sfera genitale femminile incluse le metodiche di screening per la diagnosi precoce, tra cui il paptest.
3. Per quanto concerne l'infermiere, diversamente la normativa di settore, nazionale e comunitaria (DM 739/94; l. 42/99; l. 251/2000; Dir. 2005/36/CE), fa riferimento a questa figura professionale come "responsabile dell'assistenza generale" i cui ambiti di competenza specifica non includono le attività assistenziali in ambito ostetrico ginecologico.

Si deduce che

Affidare all'infermiere, sebbene di sicura esperienza nel proprio settore disciplinare, l'esecuzione del Pap test non risulta appropriato dovendo essere svolte da un medico esperto o da un'ostetrica, in quanto esami che richiedono una formazione specialistica. Nello specifico, il D.M.740/94 Art.1 lettera d prevede che l'ostetrica per quanto di sua competenza, partecipa alla prevenzione e all'accertamento dei tumori della sfera genitale femminile.
L'esecuzione del Pap test non è un semplice prelievo di materiale biologico. Tale metodica richiede conoscenze specifiche ed aggiornate, abilità manuali, competenze relazionali considerata la sfera emozionale ed intima della donna. Le ostetriche oltre ad eseguire la metodica con perizia (procedura e strumenti adeguati al caso clinico) vedono mettere in atto una raccolta anamnestica ostetrico ginecologica necessaria per inquadrare lo stato di salute della donna, per riconoscere anche le caratteristiche anatomiche dei genitali esterni da virgo e non, di un parto avvenuto per via vaginale, di anomalie anatomiche e funzionali dei genitali, processi infettivi ecc; devono riconoscere eventuali segni e sintomi che meritano un approfondimento diagnostico a carico dei genitali interni ed esterni, in regione periuretro anale, ecc.
Nell'ipotesi che venga attribuito all'infermiere l'esecuzione del Pap Test ancorché non rientri nella sua sfera di competenza, , l'ostetrica, tanto più se ricopre un ruolo dirigenziale e di coordinamento, ha l'obbligo di segnalarlo alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Generale, a tutela della

salute della paziente al fine di garantire prestazioni di qualità ed in sicurezza. Invero, il professionista non in grado di affrontare un'attività o che venga incaricato di eseguire interventi a lui non attribuiti dalle normative vigenti, ha l'obbligo, per non cadere in responsabilità, di rifiutare l'adempimento, piuttosto che mettere a rischio la paziente non astenendosi.
In tali casi il delegante (medico specialista, responsabile dell'UO, dirigente/coordinatore delle professioni sanitarie) può rispondere per "culpa in eligendo", mentre al subordinato potrebbe muoversi la censura di colpa per "imprudente assunzione" . Infatti, nel momento in cui si instaura un rapporto tra la paziente che richiede una prestazione sanitaria ed il sanitario chiamato ad effettuarla, quest'ultimo assume una "posizione di garanzia" che può essere trasmessa anche ad altri soggetti in organico alla struttura, la cui scelta rimane affidata al capo o al responsabile della struttura stessa potendosi profilare estremi di responsabilità per "culpa in eligendo".
L'ostetrica in ottemperanza ai poteri doveri giuridici impeditivi, per scongiurare condotte colpose altrui che si configurano nei suoi confronti, dovrebbe prontamente informare la figura apicale (D. Lgs. 229/99) la cui responsabilità dell'organizzazione e gestione della struttura assegnata, non può non comprendere anche l'attività infermieristica.
A ciò va aggiunta anche un'ulteriore considerazione, con riferimento ai modelli organizzativi adottati dalle singole strutture, all'interno delle quali si verificano sovrapposizione di competenze di categorie professionali differenti; tale fenomeno, peraltro assai frequente, è indice di una inefficace strategia aziendale, quale espressione di una inappropriata analisi della domanda specifica di salute riproduttiva richiesta alla singola struttura dalla quale può conseguire attribuzione di prestazioni a figure non abilitate.
È riscontrabile spesso la circostanza che nelle Aziende Sanitarie si susseguano concorsi per posizioni interne da infermiere, piuttosto che da ostetrica, in quanto ritenute figure professionali maggiormente poliedriche e meglio adattabili a molteplici situazioni di necessità interna. Tale modus operandi, si traduce frequentemente in un aggravio delle modalità operative del settore ostetrico/ginecologico, cui non vengono destinate sufficienti risorse umane, con l'inevitabile conseguenza che il personale infermieristico travalichi le proprie attribuzioni, invadendo le competenze del personale ostetrico nonostante le chiare e numerose normative nazionali, europee e gli specifici percorsi formativi universitari.
In proposito, ha avuto modo di esprimersi nel 1999 anche il Consiglio Superiore della Sanità, che sebbene sia un organo consultivo, tra le righe tradisce le finalità che sottintendono a tale impostazione, in un momento storico dove si registrava sul territorio nazionale una carenza della figura ostetrica. Ed infatti, in un parere (CSS, II sez., del 14/04/99, ma anche CSS, III sez., del 23/04/82), si esprimeva favorevolmente rispetto all'espletamento di accertamenti, normalmente di competenza del personale ostetrico, effettuati da infermieri, avendo tenuto conto sia delle rilevanza sociale dell'accertamento sia della mole quantitativa dello stesso e sia delle similari tendenze seguite anche nell'UE, e sosteneva che in caso di carenza della figura professionale ad esse deputata, tali accertamenti potevano essere effettuati, appunto, dall'infermiera responsabile dell'assistenza generale, previa frequenza di un corso specifico di formazione teorico pratico.
Si fa presente che a distanza di 12 anni il sistema salute italiano si trova in una situazione completamente ribaltata in tema di occupazione e di disponibilità di personale infermieristico ed ostetrico; da diverse e recenti indagini su tassi di occupazione delle professioni sanitarie e tenuto conto dei diversi comunicati stampa da parte degli organi ufficiali di categoria infermieristica e ostetrica si rileva oggi una carenza di infermieri e contrariamente si registra una preoccupante disoccupazione tra le ostetriche italiane.
Alla luce di questo pronunciamento si può argomentare a contrario che in presenza di un accertamento specialistico, quale quello del prelievo citologico ai fini della diagnosi precoce del carcinoma della cervice,nel caso del l PAP TEST non può considerarsi sufficiente la specializzazione di una figura professionale ascrivibile al personale infermieristico responsabile dell'assistenza generale. Pertanto risulta evidente che tale riparto di competenze è reso necessario da una linea di discrimine tra l'attività ordinaria di carattere assistenziale e supporto ed un'altra, caratterizzata da un quid pluris di specializzazione, conseguibile soltanto attraverso un percorso formativo accademico diversamente abilitante ed orientato ad acquisire conoscenze e tecniche di intervento specialistico nell'ambito dell'assistenza ostetrica, ginecologica, altrimenti non possedute.
Certamente non può essere una carenza di personale o di professionalità all'interno della Struttura a poter giustificare l'espletamento di accertamenti specialistici a personale non sufficientemente qualificato, tantomeno abilitato dallo Stato. Vi è un preciso onere della dirigenza ospedaliera affinché all'interno della struttura tutti i servizi pubblici erogati siano orientati, organizzati e gestiti nel rispetto del principio del buon andamento della pubblica amministrazione, che si traduce nell'improntare l'azione amministrativa, quale è la predisposizione dei servizi sanitari, ai parametri dell'efficienza, sicurezza ed efficaci delle prestazioni fornite. In questo contesto, rispettando tali vincoli, dovrebbe ottenersi un servizio effettuato da personale atto ad espletarlo, all'interno di livelli di qualità prefissati e con il minor impiego di risorse.
Non è infatti più ammissibile che vi sia un servizio predisposto con personale non allo scopo qualificato che sopperisce alle carenze di organico non giustificate dal normale bilanciamento tra domanda ed offerta di salute ri-

> Alla luce delle normative italiane ed europee appare evidente che gli esami specialistici in ambito ginecologico, come appunto il pap test, non rientrino tra le competenze dell'infermiere responsabile dell' assistenza infermieristica generale

spetto a quel tipo di prestazione sanitaria. Invero di accertamenti ed i prelievi specialistici, come il PAP TEST, di regola effettuati da personale ostetrico, ma eseguiti da personale infermieristico responsabile dell'assistenza generale, previa formazione teoricopratica. In presenza di una simile situazione si potrebbe anche ipotizzare una responsabilità che chiama in causa l'ente per deficit organizzativo o strutturale (non corretta gestione delle liste di attesa, omesso o insufficiente approntamento di presidi, disorganizzazione dei reparti, carenze dell'organico). Potrebbe cioè individuarsi una responsabilità della struttura, autonoma, non fondata sui fatti illeciti dei singoli medici dipendenti. La struttura ha infatti l'obbligo di garantire la sicurezza delle cure predisponendo la dovuta organizzazione, potendosi rinvenire anche collegamenti causali tra organizzazione deficitaria e danni al paziente per inosservanza degli standard di sicurezza imposti dalla legge. L'art. 8 quater Dlgs 502/1992 p.4, determina l'obbligo per le strutture accreditate di garantire dotazioni strumentali e tecnologiche appropriate per quantità, qualità, funzionalità, adeguate condizioni di organizzazione interna, con specifico riferimento alla dotazione quantitativa e qualificazione professionale del personale impiegato.

Conclusioni

Alla luce delle normative italiane ed europee in materia di attribuzione di responsabilità specifiche al personale sanitario, appare evidente che gli esami specialistici in ambito ginecologico, come appunto il pap test, non rientrino tra le competenze dell'infermiere responsabile dell' assistenza infermieristica generale. Il pap test deve essere eseguito rigorosamente da personale qualificato e abilitato, che abbia frequentato un percorso formativo specialistico universitario. In questo caso oltre al medico specialista anche l'ostetrica/o. Nello specifico, il D.M.740/94 Art.1 lettera d prevede che l'ostetrica per quanto di sua competenza, partecipa alla prevenzione e all'accertamento dei tumori della sfera genitale femminile. L'esecuzione del Pap test non è un semplice e banale prelievo di materiale biologico. Tale metodica necessita di conoscenze specifiche e costantemente aggiornate, abilità manuali, competenze relazionali considerata la sfera emozionale ed intima della donna, nonché capacità nel saper riconoscere segni e sintomi che deviano dalla normalità nell'ambito della sfera riproduttiva. Dell'autorevole parere del CSS, organo consultivo (CSS, II sez., del 14/04/99, ma anche CSS, III sez., del 23/04/82), si condivide il principio che il pap test riveste una importate rilevanza sociale nella tutela della salute della popolazione femminile. Mentre si ritiene che attribuire l'esecuzione del pap test, in carenza di personale ostetrico abilitato, all'infermiere adeguatamente formato, sia una indicazione in conflitto con l'art. 8 quater Dlgs 502/1992 p.4, che determina l'obbligo per le strutture accreditate di garantire dotazioni strumentali e tecnologiche appropriate per quantità, qualità, funzionalità, adeguate condizioni di organizzazione interna, con specifico riferimento alla dotazione quantitativa e qualificazione professionale del personale impiegato o e abilitato. A distanza di 12 anni dal parere del CSS il sistema salute italiano si trova in una situazione completamente ribaltata in tema di occupazione e di disponibilità di personale infermieristico ed ostetrico; oggi si registra, rispetto al passato, una carenza di infermieri e contrariamente un preoccupante fenomeno di disoccupazione per la categoria delle ostetriche.

È riscontrabile spesso la circostanza che nelle Aziende Sanitarie si susseguano concorsi per posizioni interne da infermiere, piuttosto che da ostetrica, in quanto ritenute figure professionali maggiormente poliedriche e meglio adattabili a molteplici situazioni di necessità interna. Tale modus operandi, si traduce frequentemente in un aggravio delle modalità operative del settore ostetrico/ginecologico, cui non vengono destinate sufficienti risorse umane, con l'inevitabile conseguenza che il personale infermieristico travalichi le proprie attribuzioni, invadendo le competenze del personale ostetrico nonostante le chiare e numerose normative nazionali, europee e gli specifici percorsi formativi universitari.

Nell'ipotesi che venga attribuito all'infermiere il prelievo di materiale biologico utilizzato per il Pap Test ancorché non rientri nella sua sfera di competenza, l'ostetrica, tanto più se ricopre un ruolo dirigenziale e di coordinamento, ha l'obbligo, anche deontologico, di segnalarlo alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Generale, a tutela della salute della paziente al fine di garantire prestazioni di qualità ed in sicurezza. Invero, il professionista non in grado di affrontare un'attività o che venga incaricato di eseguire interventi a lui non attribuiti dalle normative vigenti, ha l'obbligo, per non cadere in responsabilità, di rifiutare l'adempimento, piuttosto che mettere a rischio la paziente non astenendosi.

Chi posiziona i trasduttori del cardiotocografo?

Oggetto: Posizionamento dei trasduttori da parte dell'infermiere per l'esecuzione del tracciato cardiotocografico
Parere condiviso dal Comitato centrale e dall'Ufficio legale della Fnco

Premesso che

a) Dalla Legge 42/99 in poi l'ostetrica/o svolge con autonomia le attività dirette alla cura, alla prevenzione ed alla salvaguardia della salute individuale e collettiva e del benessere materno fetale, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive il profilo professionale, il codice deontologico e gli ordinamenti didattici.

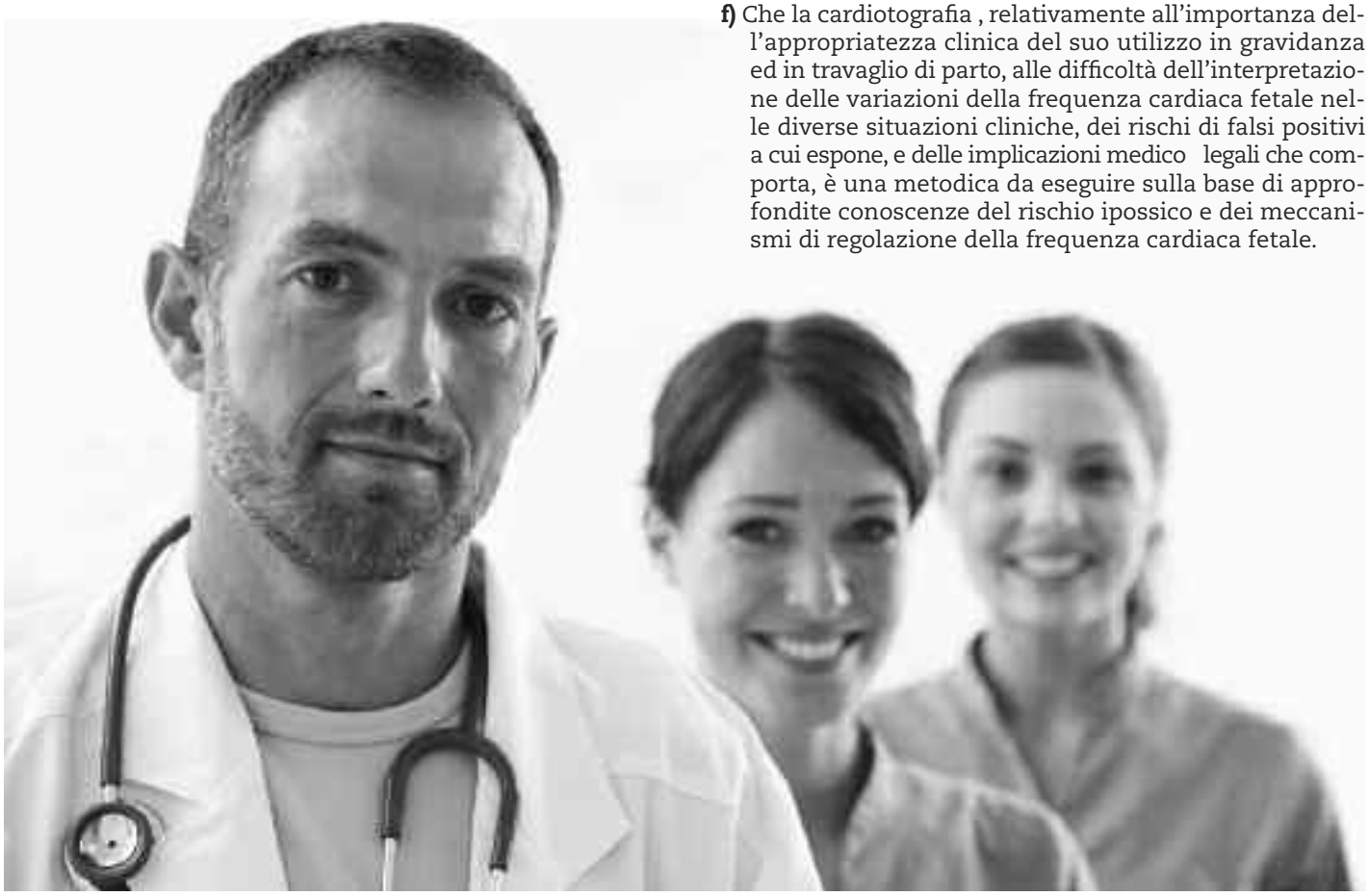
b) Che la sentenza della Corte di Cassazione IV Penale 29.01.2004 n. 21709 attribuisce all'ostetrica/o responsabilità specifiche e dirette nell'ambito dell'applicazione e della valutazione della cardiotocografia.

c) Che la Laurea in Ostetricia predispone una preparazione nelle discipline di base indispensabili ad un'adeguata comprensione dei processi fisiopatologici del comparto materno fetale e dei segni clinici per la diagnosi di situazioni potenzialmente patologiche che richiedono l'intervento medico e di praticare, se occorre, le relative misure di particolare emergenza.

d) Che il percorso formativo dell'ostetrica/o certifica l'acquisizione delle competenze e delle abilità indispensabili a comprendere l'appropriato utilizzo della cardiotocografia, ad interpretare i tracciati cardiotocografici nelle diverse situazioni cliniche della gravidanza e del travaglio di parto ed a predisporre gli interventi adeguati, compresi quelli di emergenza urgenza, nell' attesa dell'intervento medico.

e) Che la cardiotocografia è una metodica da utilizzare nelle situazioni cliniche a rischio di insulto ipossico per valutare la risposta fetale allo stesso e la sua applicazione appropriata presuppone conoscenze avanzate nell'ambito della fisiopotalogia materno/fetale nonché dei criteri di effettuazione e di valutazione/interpretazione del tracciato cardiotocografico rispetto alle diverse situazioni cliniche della gravidanza e del parto.

f) Che la cardiotografia , relativamente all'importanza dell'appropriatezza clinica del suo utilizzo in gravidanza ed in travaglio di parto, alle difficoltà dell'interpretazione delle variazioni della frequenza cardiaca fetale nelle diverse situazioni cliniche, dei rischi di falsi positivi a cui espone, e delle implicazioni medico legali che comporta, è una metodica da eseguire sulla base di approfondite conoscenze del rischio ipossico e dei meccanismi di regolazione della frequenza cardiaca fetale.



g) Che l'esecuzione della cardiotocografia, non può essere considerata un mero atto tecnico di posizionamento dei trasduttori cardio – tocografici e, in qualunque caso, il posizionamento corretto di quest'ultimi richiede capacità tecniche specifiche nonché esperienza nell'ambito della semeiotica clinica ostetrica per l'individuazione della posizione fetale e per la corretta individuazione del BCF nei diversi livelli di complessità clinica (gemellarità, bassa epoca gestazionale, obesità materna ecc).

Si deduce che:

L'infermiere non ha le competenze adeguate al posizionamento dei trasduttori per l'effettuazione di un tracciato cardiotocografico in nessuna condizione clinica e in alcun tipo di contesto di degenza e di prestazione assistenziale.

All'infermiere non possono essere attribuite alcune responsabilità rispetto all'esecuzione della cardiotocografia.

L'infermiere, non avendo competenze certificate verso l'indicazione, l'applicazione e l'esecuzione della cardiotocografia, non deve essere delegato al posizionamento dei trasduttori ed all'esecuzione del tracciato cardiotocografico nonché al controllo e alla manutenzione routinaria del cardiotocografo, anche se "addestrato" da personale sanitario qualificato .

Qualora l'ostetrica delegasse all'infermiere o ad altri operatori tali attività si vedrebbe esposta a sicure inadempienze per deleghe improprie ed inappropriate. In tali casi il delegante, avendo demandato tali attività a profili professionali di non specifica competenza e responsabilità, può rispondere "per culpa in vigilando o in eligendo", mentre al subordinato potrebbe muoversi la censura di colpa "per imprudente assunzione". Il rimprovero di imprudenza (per entrambi i soggetti) potrebbe comportare più gravi censure per omissioni penalmente rilevanti e responsabilità in caso di danni al paziente per mancato rilievo e/o tempestivo intervento in caso di criticità.

> "L'ostetrica/o non può delegare l'infermiere (in quanto non abilitato) o altri operatori , anche se addestrati, al posizionamento dei trasduttori cardio-tocografici per l'esecuzione del tracciato CTG, nonché al controllo e alla manutenzione routinaria del cardiotocografo.

Diversamente, la normativa di settore, nazionale e di matrice comunitaria (Decreto ministeriale 14 settembre 1994 n. 739; Legge 26 febbraio 1999, n. 42; Legge 10 agosto 2000, n. 251; direttiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 7 settembre 2005), per quanto concerne l'infermiere fa riferimento a questa figura professionale come "responsabile dell'assistenza generale" che contempla la conoscenza delle scienze alla base di detta assistenza infermieristica (funzioni fisiologiche, organismo, comportamento delle persone, ambiente) la formazione e la collaborazione nel settore sanitario.

Il personale infermieristico in situazioni che esulino la propria competenza ha il dovere di attivarsi nel chiedere l'intervento della figura professionale allo scopo deputata (Direttiva 2005/36/CE, art. 38 lett. d, e).

Nell'ipotesi in cui ciò non avvenga, l'ostetrica ha l'obbligo di segnalare alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Generale, a tutela della salute della paziente, la ricorrenza di prestazioni svolte da infermieri ancorché non rientranti nella sfera di loro competenza. Invero il professionista non in grado di affrontare un'attività, o che venga incaricato di eseguire interventi non di sua competenza, ha l'obbligo, per non cadere in responsabilità, di rifiutare l'adempimento, piuttosto che mettere a rischio la paziente/feto non astenendosi. In tali casi il delegante può rispondere "per culpa in eligendo", mentre al subordinato potrebbe muoversi la censura di colpa "per imprudente assunzione". L'ostetrica, in ottemperanza ai poteri doveri giuridici impeditivi, per scongiurare condotte colpose altrui che si configurano nei suoi confronti, dovrebbe prontamente informare la figura apicale (Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229) la cui responsabilità dell'organizzazione e gestione della struttura assegnata, non può non comprendere anche l'attività infermieristica.

Conclusioni

L'ostetrica/o non può delegare l'infermiere (in quanto non abilitato) o altri operatori , anche se addestrati, al posizionamento dei trasduttori cardio tocografici per l'esecuzione del tracciato CTG, nonché al controllo e alla manutenzione routinaria del cardiotocografo. Qualora l'ostetrica/o delegasse all'infermiere o ad altri operatori tali attività, si vedrebbe esposta a sicure inadempienze per deleghe improprie ed inappropriate. In tali casi il delegante, avendo demandato tali attività a profili professionali di non specifica competenza e responsabilità, può rispondere "per culpa in vigilando o in eligendo", mentre al subordinato potrebbe muoversi la censura di colpa "per imprudente assunzione". Il rimprovero di imprudenza (per entrambi i soggetti) potrebbe comportare più gravi censure per omissioni penalmente rilevanti e responsabilità in caso di danni al paziente per mancato rilievo e/o tempestivo intervento in caso di criticità. L'ostetrica, in ottemperanza ai poteri doveri giuridici impeditivi e per scongiurare condotte colpose altrui che si configurano nei suoi confronti, dovrebbe prontamente informare la figura apicale (Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229) la cui responsabilità dell'organizzazione e gestione della struttura assegnata, non può non comprendere anche l'attività infermieristica.

LUCINA – LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

Organo di informazione della Federazione nazionale dei Collegi delle Ostetriche, inviato per posta a tutte le ostetriche italiane iscritte all'Albo professionale e a tutti i rappresentanti delle istituzioni di interesse per la professione.
È consultabile on-line sul sito web www.fnco.it

Periodicità: bimestrale
La rivista si propone di diffondere tra le ostetriche maggiori informazioni relative all'attività della Fnco, temi di attualità professionale, di politica sanitaria, attinenti la gestione della sanità pubblica e la tutela della salute, in particolare di genere ed in ambito riproduttivo, sia in ambito nazionale che internazionale, attraverso la realizzazione di articoli, report e interviste.
Sono trattate anche problematiche legali di interesse professionale.
Sono inoltre pubblicati studi prevalentemente in ambito organizzativo (management e formazione, storia) a firma delle ostetriche; contributi riguardo ad esperienze professionali e di vita associativa.
Gli articoli firmati impegnano soltanto i loro Autori e non riflettono necessariamente gli orientamenti della rivista.
Sono inoltre dedicati spazi inerenti la vita dei Collegi e delle associazioni di settore (iniziative di tipo politico, sociale, scientifico, formativo, ecc.)
La rivista promuove l'aggiornamento dei più importanti eventi formativi che si svolgono in tutta Italia e all'estero.

COME RICEVERE LA RIVISTA

La rivista viene inviata in omaggio a tutte le ostetriche iscritte all'Albo professionale, pertanto coloro che non la ricevono sono pregati di segnalarlo al Collegio di appartenenza. Per quanto di competenza, il Collegio provvederà ad effettuare una verifica dell'esattezza dell'indirizzo contenuto nel database dell'Ente e/o apportarvi l'eventuale correttivo indicato dall'interessato.
Si rammenta che il Collegio di appartenenza è tenuto ad inoltrare alla Fnco – con cadenza bimestrale – il proprio database aggiornato. Pertanto, onde evitare disguidi, le ostetriche che cambiano domicilio sono pregate di informare tempestivamente il Collegio di appartenenza.

Informiamo che secondo quanto disposto dall'art. 13, comma 1, della legge 675/96 sulla "Tutela dei dati personali", ciascun iscritto ai Collegi ha il diritto, in qualsiasi momento e del tutto gratuitamente, di consultare, far modificare o cancellare i Suoi dati o semplicemente opporsi al loro trattamento per l'invio della presente rivista.
Tale diritto potrà essere esercitato semplicemente scrivendo una mail al Collegio di appartenenza e per conoscenza alla Federazione nazionale dei Collegi delle Ostetriche.

NORME EDITORIALI

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

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

Ogni articolo è sotto la responsabilità diretta del Autore/ degli Autori.
Gli autori dovranno firmare l'articolo e fornire:

- nome e cognome
- funzione professionale
- sede lavorativa
- indirizzo completo
- recapito telefonico
- un indirizzo di posta elettronica da pubblicare in calce all'articolo e/o un indirizzo di posta elettronica dove poter essere contattati.

È preferibile che gli articoli siano in formato elettronico e nella forma più semplice, evitando l'uso di soluzioni grafiche complesse che saranno poi realizzate in fase di impaginazione

Gli articoli in copia cartacea e su supporto informatico devono essere inviati a:
Federazione Nazionale
Collegi Ostetriche
Piazza Tarquinia 5/d - 00183 Roma
e-mail: presidenza@fnco.it
web: www.fnco.it
Tel. 06 7000943 - Fax 06 7008053

LUCINA

La rivistadell'ostetrica/o
organo ufficiale
della Fnco

FNCO

Federazione
Nazionale Collegi
Ostetriche

www.fnco.it