

NUMERO 4/2012

ANNO II



4/2012

# LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

ORGANO UFFICIALE DELLA  
FEDERAZIONE NAZIONALE  
COLLEGI OSTETRICHE

Anno di pubblicazione 4 - Bimestrale - Poste Italiane spa - Sped. in Abb. Post. 70% - Dcb Roma



## EDITORIALE

Il bilancio del 2012,  
gli auspici per il 2013

## ATTUALITÀ

Tutte le novità  
della miniriforma  
Balduzzi

## FNCO

Il sistema  
delle cure primarie  
e le ostetriche



# SOMMARIO

## EDITORIALE

- 3 Il bilancio del 2012, gli auspici per il 2013

## ATTUALITÀ

### Il Decreto Balduzzi è legge

- 4 Al centro della mini-riforma gli interventi sulle cure primarie con nuovi spazi per le ostetriche

## FNCO

- 9 Le Attività della Federazione nel 2012 e i progetti per il 2013

## PROFESSIONE

- 20 Il sistema delle cure primarie e le ostetriche. Fondamenti, sviluppi e proposte

## RICERCA IN OSTETRICIA

- 25 Parto anonimo. Le esperienze in Lombardia e nel Lazio e il ruolo delle ostetriche

## RAPPORTI INTERNAZIONALI

- 28 I lavori del Nemir per rivedere la Direttiva Europea che riguarda la professione ostetrica

## PARERI

### TECNICO-PROFESSIONALI

- 30 L'ostetrica può effettuare l'episiotomia, l'episiorrafia e la sutura di lacerazioni semplici

- 32 Chi può effettuare il tampone vaginale presso un consultorio?

## IN BIBLIOTECA

- 34 Le competenze infermieristiche e ostetriche



**LUCINA**  
**LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O**



Organo della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche

Anno II numero 4  
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  
Iolanda Rinaldi  
Silvia Vaccari, 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 srl**  
Edizioni e servizi di interesse sanitario

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 2012

# *Il bilancio del 2012, gli auspici per il 2013*

di **Miriam Guana**

*“Senza un sostegno di protezione sanitaria e sociale alle donne si rischia di non tutelare la salute delle generazioni future”*. Il nostro agire parte da questa convinzione e, per questo, la Federazione nazionale dei Collegi delle Ostetriche ha aderito e partecipato alla manifestazione del 27 ottobre scorso, nella convinzione che i tagli alla sanità siano stati effettuati indistintamente e senza un processo di riorganizzazione sostanziale del sistema e dell'offerta assistenziale a livello ospedaliero e territoriale e volendo invece richiamare l'importanza di sostenere un sistema di salute pubblico equo, universalistico, di qualità e accessibile alle donne e ai loro bambini.

Con il *“Decreto Balduzzi”* il governo Monti ha tentato di apportare delle misure strategiche di compensazione a quei tagli e la Fnco ha seguito con attenzione l'iter della normativa e, pur comprendendo la precauzione atta ad evitare il collasso del sistema di salute pubblica, ha da subito ritenuto che la decretazione d'urgenza non avrebbe consentito riforme organiche.

Proprio per questo, il giudizio complessivo non può pertanto essere positivo.

I tagli e i blocchi delle assunzioni stanno aggravando i contesti di lavoro ed in più occasioni la Fnco ha segnalato la situazione di eccessivi carichi di lavoro e di turni estenuanti per le ostetriche che, al di là dei disagi, espongono all'aumento del rischio di errore i professionisti, rendendo i cittadini sempre più insoddisfatti anche dalla mancanza di un'adeguata presa in carico.

Nell'anno della crisi la figura professionale dell'ostetrica ha sofferto anche della crescente disoccupazione, aggravata anche da una sua inappropriata collocazione nelle strutture del Ssn; purtroppo, infatti, il 53% delle neolaureate a distanza di un anno dalla laurea in Ostetricia non trovano lavoro nel servizio pubblico, in quanto le aree di propria competenza (assistenza ostetrica, ginecologica e neonatale – *neonato sano*), continuano ad essere occupate in gran parte da laureati infermieri. Problema costantemente rimarcato dalle nuove generazioni di categoria, in attesa di lavoro e più volte segnalato dalla Fnco alla dirigenza del sistema salute sia nel 2011 e sia nel 2012, con scarsi risultati.

Il 2013 sarà probabilmente un ulteriore anno di crisi ed in questo senso permane un certo pessimismo sugli esiti occupazionali. Sarà però anche l'anno di un nuovo governo politico, che auspichiamo possa agire con meno vincoli *“tecnici”* e possa fare una scelta chiara sulla tutela reale della natura pubblica del sistema salute.

L'auspicio per il 2013 è pertanto quello di un rientro dei bilanci attraverso strategie volte a riprogettare i modelli operativi ed i percorsi di assistenza alla nascita – dall'accesso alla dimissione protetta ospedale-territorio – in funzione dei criteri dell'efficienza e del beneficio e sulla base dei valori della centralità della donna, dei suoi bambini e dell'intero nucleo familiare.

Ovviamente è per noi un imperativo la costante ed efficace *lotta all'abusivismo professionale*, fenomeno più volte segnalato non solo dalla Fnco ma anche da diverse professioni della salute (medici, infermieri, psicologi, fisioterapisti ecc.). Nel caso specifico, è sempre più frequente nel panorama *“nascita-maternità”* il fiorire (anche on line) di figure non abilitate che, dopo aver seguito incontri formativi di 3-4 settimane, si autoqualificano *“professionisti della relazione”* ed *“esperti nella presa in carico di madre e bambino durante la gravidanza e nel post-partum”*, sovrapponendosi alle competenze delle ostetriche. Anche questo fenomeno è stato più volte segnalato alle autorità competenti.

Non si può inoltre non sperare che nel 2013 venga approvata la *Riforma degli Ordini delle professioni mediche e sanitarie*, bruciata sul filo di lana nella trascorsa legislatura, e venga istituito quanto prima il *tavolo tecnico* per la *revisione ed implementazione delle competenze avanzate del profilo ostetrico* presso il ministero della Salute, come più volte dichiarato dai rappresentanti dello stesso ministero. Tutto ciò servirà per fare chiarezza sulle competenze distintive ed evolute delle ostetriche nel percorso nascita, in merito alla tutela della salute della donna ed in ambito riproduttivo.



**Miriam Guana**

Presidente della Federazione Nazionale Collegi Ostetriche

IL DECRETO BALDUZZI È LEGGE

## AL CENTRO DELLA MINI-RIFORMA GLI INTERVENTI SULLE CURE PRIMARIE CON NUOVI SPAZI PER LE OSTETRICHE



■ Il decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”, è entrato ufficialmente in vigore dopo la sua pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale n. 263 del 10 novembre 2012.

Molti i cambiamenti che toccano punti nevralgici della sanità e non solo: dalla riorganizzazione della medicina territoriale alle norme per la nomina dei direttori generali e dei primari, fino all’attività intramuraria. Ma il provvedimento contiene anche tempi certi per l’aggiornamento dei Lea e delle malattie croniche e rare, nuove regole per prevenire la ludopatia e scoraggiare il gioco d’azzardo. Ed anche disposizioni in materia di emergenze veterinarie, farmaci e innovatività terapeutica, prontuario e altre norme su farmaci. Di seguito la sintesi dei 16 articoli del provvedimento approvato, ampiamente commentato nella relazione della presidente Miriam Guana che pubblichiamo nelle pagine seguenti

## RIFORMA DELLE CURE PRIMARIE (ART. 1)

### AFT e UCCP, con medici di medicina generale, specialisti e ostetriche

Le Regioni organizzano l'assistenza primaria secondo modalità operative monoprofessionali denominate Aggregazioni funzionali territoriali (Aft) e forme organizzative multiprofessionali denominate Unità complesse di cure primarie (Uccp) che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Ssn, degli infermieri, delle ostetriche, delle tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. Le unità complesse di cure primarie sono costituite in reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione. Le unità complesse operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere. Le Regioni, attraverso sistemi informatici, assicurano l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria nonché la partecipazione attiva all'implementazione della ricetta elettronica.

Le Aft e le Uccp erogano l'assistenza primaria attraverso personale convenzionato con il Ssn. Le Regioni possono, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, prevedere la presenza, nelle medesime strutture sulla base della convenzione nazionale, anche di personale dipendente del Ssn in posizione di comando ove il soggetto pubblico incaricato dell'assistenza territoriale sia diverso dalla struttura di appartenenza.

### Per i medici di medicina generale arriva il ruolo unico

Il personale convenzionato è costituito dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dagli specialisti ambulatoriali. Per i medici di medicina generale è istituito il ruolo uni-

co, disciplinato dalla convenzione nazionale, fermi restando i livelli retributivi specifici delle diverse figure professionali. Le attività e le funzioni disciplinate dall'accordo collettivo nazionale sono individuate tra quelle previste nei Lea nei limiti delle disponibilità finanziarie complessive del Ssn, fatto salvo quanto previsto dalle singole regioni con riguardo ai livelli di assistenza ed alla relativa copertura economica a carico del bilancio regionale.

Nell'ambito del Patto della salute vengono definite modalità, criteri e procedure per valorizzare, ai fini della formazione specifica in medicina generale, l'attività remunerata svolta dai medici in formazione presso i servizi dell'azienda sanitaria e della medicina convenzionata.

### Convenzioni da adeguare

Entro 180 giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione del Decreto devono essere adeguati gli Acn che disciplinano i rapporti con i Mmg, Pls e gli specialisti ambulatoriali. Entro i successivi 90 giorni, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica, sono stipulati i relativi accordi regionali attuativi. Decorso il termine il ministro della Salute di concerto con quello dell'Economia, sentita la Conferenza delle Regioni e i Sindacati emana le disposizioni per l'attuazione in via transitoria.

### Mobilità del personale delle aziende sanitarie

Le Regioni per esigenze di riorganizzazione della rete assistenziale possono attuare, previo confronto con le organizzazioni sindacali firmatarie dei Ccnl, processi di mobilità del personale dipendente dalle aziende sanitarie con ricollocazione del personale presso altre Aziende sanitarie della Regione anche al di fuori dell'ambito provinciale.

## INTRAMOENIA (ART. 2)

La realizzazione delle strutture per l'attività intramuraria dovrà avvenire entro il 31 dicembre 2014. La ricognizione degli spazi disponibili e la valutazione dei volumi delle prestazioni ef-

fettuate entro gli ultimi due anni, dovrà essere realizzata entro il 31 dicembre 2012. Se necessario, è prevista la possibilità di acquistare e affittare, presso strutture sanitarie autorizzate non accreditate e stipulare convenzioni con altri soggetti pubblici, spazi ambulatoriali esterni, aziendali e pluridisciplinari per l'Alpi sia istituzionale, sia ordinaria. È assicurata la tracciabilità delle prestazioni e dei relativi pagamenti. Per assicurare trasparenza ai pazienti, sarà descritta voce per voce nella ricevuta fiscale la composizione degli importi corrisposti al medico.

## TARIFFARIO MASSIMO PER LA REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI (ART. 2 BIS)

Istituita una commissione per l'aggiornamento delle tariffe. Le aziende tratteranno il 5% dei compensi degli operatori per programmi di prevenzione o riduzione delle liste d'attesa.

## RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE E RISCHIO CLINICO (ART. 3)

### Se ci si è attenuti alle linee guida si risponderà dei danni solo in caso di dolo o colpa grave

L'esercente delle professioni sanitarie che si attiene a linee guida e a buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale risponde dei danni solo in caso di dolo o colpa grave.

### Arriva il fondo ad hoc per la copertura assicurativa del rischio professionale

Disciplinati entro il 30 giugno 2013 le procedure e i requisiti minimi e uniformi per l'idoneità dei contratti assicurativi. Obbligo di copertura assicurativa con un Fondo ad hoc per alcune categorie a rischio professionale finanziato dal contributo dei professionisti che ne facciano espressa richiesta e da un ulteriore contributo a carico delle imprese assicuratrici. Cancellato invece l'obbligo di assicurazione per responsabilità civile per le strutture sanitarie pubbliche e private.

Il danno biologico è risarcito sulla base delle tabelle previste dalla legge 209/2005.

### GESTIONE E MONITORAGGIO DEI RISCHI SANITARI (ART. 3 BIS)

Cassata la norma che prevedeva la costituzione di unità di risk management nelle Asl. Ci si limita a generiche indicazioni per implementare l'attività di prevenzione e controllo dei rischi sanitari.

### DIRIGENZA SANITARIA E GOVERNO CLINICO (ART. 4)

#### Arriva l'albo dei Direttori generali

I Dg delle aziende e degli enti del Ssr (possono accedere anche gli over 65) sono nominati attingendo obbligatoriamente da un elenco regionale di idonei, o da analoghi elenchi di altre Regioni. I criteri di costituzione degli elenchi sono individuati da una commissione costituita dalla Regione. Gli elenchi sono aggiornati almeno ogni due anni. Ai manager è richiesta, oltre alla laurea anche un'esperienza dirigenziale almeno quinquennale in campo sanitario o settennale in altro settore. Garantita attraverso Internet pubblicità e trasparenza di tutte le procedure. I dirigenti medici e sanitari sono sottoposti a valutazione annuale sulla base di linee guida.

### DISPOSIZIONI IN MATERIA DI ASSUNZIONI NELLE REGIONI DEI PIANI DI RIENTRO (ART. 4 BIS)

Al fine di garantire i Lea, gli Enti del servizio sanitario delle Regioni con piano di rientro sottoposte al blocco automatico del turn over dal 2012 possono procedere a nuove assunzioni di personale a tempo indeterminato, nel limite massimo del 15% del personale cessato dal servizio, previo accertamento del raggiungimento anche parziale degli obiettivi previsti dal Piano di rientro.



### AGGIORNAMENTO DEI LEA (ART. 5)

Un decreto del presidente del Consiglio, da emanare entro il 31 dicembre 2012, aggiornerà il Lea per le malattie croniche, per le malattie rare e la ludopatia. Sparisce il fondo alimentato dalle entrate dei giochi che avrebbe finanziato i nuovi Lea per le ludopatie.

### EDILIZIA SANITARIA (ART. 6)

La procedura dei lavori di ristrutturazione, di adeguamento, di realizzazione di strutture ospedaliere da realizzarsi attraverso contratti di partenariato pubblico privato può prevedere la cessione all'aggiudicatario, come componente del corrispettivo, di strutture ospedaliere da dismettere, anche nel caso questo comporti il cambiamento di destinazione d'uso.

### FUMO, ALCOL, LUDOPATIA E CERTIFICATI SPORTIVI (ART. 7)

#### Vietata la vendita di sigarette e alcol ai minori, fino a 25mila euro

È previsto inoltre il divieto su ogni tipo di media (giornali, riviste, tv, radio, teatro, cinema e internet) alle pubblicità che inducono al gioco dove è prevista vincita in denaro a meno che: non siano ben presenti formule di avvertimento sul rischio.

#### Certificazione medica per attività sportiva non agonistica

Al fine di salvaguardare la salute dei cittadini che praticano un'attività sportiva non agonistica o amatoriale la Salute, con decreto, adottato di concerto con il Ministro delegato al turismo e allo sport, dispone e definisce garanzie

sanitarie mediante l'obbligo di idonea certificazione medica, e comunque dal compimento dei 6 anni di vita ad eccezione delle attività di educazione fisica durante l'orario scolastico.

### **Più controlli sull'attività sportiva non agonistica, ma niente fondo ad hoc per nuovi defibrillatori**

Con decreto della Salute si dispongono garanzie sanitarie mediante l'obbligo di idonea certificazione medica, linee guida per l'effettuazione di controlli sanitari sui praticanti e per la dotazione e l'impiego di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita, da parte di società sportive professionistiche e dilettantistiche.

### **NORME IN MATERIA DI SICUREZZA ALIMENTARE E DI BEVANDE (ART.8)**

Previste nuove disposizioni per la vendita di pesce e latte con sanzioni fino a 20.000 euro.

Nelle bevande analcoliche deve esserci almeno il 20% di succo naturale.

### **DISPOSIZIONI IN MATERIA DI EMERGENZE VETERINARIE (ART. 9)**

Previsti tempi più precisi per affrontare le emergenze in caso di malattie infettive del bestiame.

### **FARMACI E INNOVATIVITÀ TERAPEUTICA (ART. 10)**

#### **Autorizzazione per la produzione di materia prima. Meno burocrazia**

La produzione di una specifica materia prima farmacologicamente attiva destinata esclusivamente alla produzione di medicinali sperimentali da utilizzare in sperimentazioni cliniche di fase I non necessita di specifica autorizzazione se, previa notifica all'Aifa da parte del titolare dell'officina, è effettuata nel rispetto delle norme di buona fabbricazione in un'officina autorizzata.

Entro il 31 dicembre 2014 l'Aifa trasmet-

te al ministro della Salute e pubblica sul suo sito internet una relazione sugli effetti di questa disposizione e sui possibili effetti della estensione della disciplina ai medicinali sperimentali impiegati nelle sperimentazioni cliniche di fase II.

#### **Trasmissione dei dati di vendita dei farmaci. Abolite le sanzioni per chi trasgredisce**

Le aziende titolari di Aic e le aziende responsabili della commercializzazione dei medicinali sono tenute alla trasmissione dei dati di vendita secondo le modalità previste dal decreto del ministro della Salute 15 luglio 2004. Abrogata la previsione della sanzione amministrativa da 10 mila euro a 60 euro per chi viola la norma.

#### **Sospensione dell'Aic**

Può essere disposta quando siano anche di lieve entità le irregolarità previste non solo dal comma 2, ma anche dal comma 3 dell'articolo 141 del D.lgs 219/2006 e successive modificazioni.

#### **Farmaci innovativi. La disponibilità sarà immediata**

Indipendentemente dall'inserimento nei prontuari terapeutici ospedalieri o regionali, le Regioni devono assicurare l'immediata disponibilità agli assistiti dei medicinali ad "innovatività terapeutica" così come definito dell'Accordo Stato Regioni 18 novembre 2010 – secondo il giudizio della Commissione tecnico scientifica dell'Aifa - a carico del Ssn ed erogati attraverso gli ospedali e le Asl. Le Regioni sono tenute ad aggiornare ogni sei mesi i prontuari terapeutici ospedalieri e ogni altro strumento analogo regionale allo scopo di razionalizzare l'impiego dei farmaci da parte delle strutture pubbliche, di consolidare prassi assistenziali e di guidare i clinici in percorsi diagnostico-terapeutici specifici. La copia dei prontuari aggiornati dovrà essere trasmessa all'Aifa.

Presso l'Aifa è istituito un tavolo permanente di monitoraggio dei prontuari terapeutici ospedalieri, al quale partecipano, a titolo gratuito, rappresen-

tanti della stessa Agenzia, delle Regioni e del Ministero della salute. Il tavolo discute eventuali criticità nella gestione dei prontuari e fornisce linee guida per l'armonizzazione e l'aggiornamento degli stessi, anche attraverso audizioni periodiche delle organizzazioni civiche di tutela della salute maggiormente rappresentative a livello nazionale.

### **PRONTUARIO E ALTRE NORME SU FARMACI E FARMACIE (ART. 11)**

#### **Revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale**

Entro il 30 giugno 2013 l'Aifa, sulla base delle valutazioni della Commissione consultiva tecnico-scientifica e del Comitato prezzi e rimborso, provvede ad una revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale, collocando in Fascia C i farmaci considerati terapeuticamente superati.

I medicinali equivalenti ai medicinali di cui è in scadenza il brevetto o il certificato di protezione complementare non possono essere classificati come farmaci a carico del Ssn prima della data di scadenza del brevetto o del certificato di protezione complementare, pubblicata dal Ministero dello sviluppo economico. Se un farmaco viene escluso dalla rimborsabilità, l'Aifa può stabilire che venga ulteriormente dispensato a carico del Ssn fino al completamento della terapia in pazienti già in trattamento.

#### **Dosaggi e confezioni personalizzate. Via libera alle sperimentazioni**

Le Regioni sono autorizzate a sperimentare sistemi di riconfezionamento, anche personalizzato, e di distribuzione dei medicinali agli assistiti in trattamento presso strutture ospedaliere e residenziali, al fine di eliminare sprechi di prodotti e rischi di errori e di consumi impropri. Le operazioni di sconfezionamento e riconfezionamento dei medicinali sono effettuate nel rispetto delle norme di buona fabbricazione con indicazione del numero di lotto di ori-

gine e della data di scadenza. L'Aifa, su richiesta della regione, autorizza l'allestimento e la fornitura alle strutture sanitarie che partecipano alla sperimentazione di macroconfezioni di medicinali in grado di agevolare le operazioni predette.

## FARMACI EROGABILI DAL SSN (ART. 12)

### Domande e autorizzazioni

La domanda di classificazione di un medicinale fra i medicinali erogabili a carico del Ssn è istruita dall'Aifa contestualmente alla contrattazione del relativo prezzo. L'azienda farmaceutica interessata può presentare all'Aifa la medesima richiesta soltanto dopo aver ottenuto l'autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale. La domanda riguardante farmaci orfani o altri farmaci di eccezionale rilevanza terapeutica e sociale previsti in una specifica deliberazione dell'Aifa o medicinali utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in strutture assimilabili può essere presentata anteriormente al rilascio dell'autorizzazione all'immissione in commercio.

I medicinali che ottengono un'autorizzazione all'immissione in commercio comunitaria a norma dei regolamenti CE sono automaticamente collocati in apposita sezione, dedicata ai farmaci non ancora valutati ai fini della rimborsabilità, della classe C.

Ciascun medicinale che abbia le caratteristiche di medicinale generico o di medicinale biosimilare è automaticamente collocato, senza contrattazione del prezzo, nella classe di rimborso a cui appartiene il medicinale di riferimento qualora l'azienda titolare proponga un prezzo di vendita di evidente convenienza per il Servizio sanitario nazionale.

Quando è autorizzata una estensione delle indicazioni terapeutiche di un medicinale autorizzato all'immissione in commercio secondo la procedura prevista dai regolamenti comunitari e già classificato come farmaco erogabile dal

Ssn, il medicinale non può essere prescritto per le nuove indicazioni con onere a carico del Ssn prima della conclusione della procedura di contrattazione del prezzo e della correlata conferma della rimborsabilità del medicinale medesimo, nonché della pubblicazione, da parte dell'Aifa, del nuovo prezzo ai sensi della normativa vigente. Quando è autorizzata una estensione delle indicazioni terapeutiche di un medicinale autorizzato all'immissione in commercio, e già classificato come farmaco erogabile dal Servizio sanitario nazionale, il provvedimento che autorizza l'estensione delle indicazioni terapeutiche contiene, altresì, il prezzo concordato in seguito alla nuova procedura di contrattazione del prezzo e di conferma della rimborsabilità del medicinale.

### Riorganizzazione dei Comitati etici

Entro il 30 giugno 2013 ciascuna delle Regioni provvede a riorganizzare i comitati etici del proprio territorio, attenendosi ai seguenti criteri:

- a) a ciascun comitato etico è attribuita una competenza territoriale di una o più province, in modo che sia rispettato il parametro di un comitato per milione di abitanti, fatta salva la possibilità di prevedere un ulteriore comitato etico, con competenza estesa a uno o più istituti di ricovero e cura a carattere scientifico;
- b) la scelta dei comitati da confermare tiene conto della numerosità dei pareri unici per sperimentazione clinica di medicinali emessi nel corso dell'ultimo triennio;
- c) la competenza di ciascun comitato può riguardare, oltre alle sperimentazioni cliniche dei medicinali, ogni altra questione sull'uso dei medicinali e dei dispositivi medici, sull'impiego di procedure chirurgiche e cliniche o relativa allo studio sull'uomo di prodotti alimentari generalmente rimessa, per prassi internazionale, alle valutazioni dei comitati;
- d) è assicurata l'indipendenza di ciascun comitato e l'assenza di rapporti gerarchici fra diversi comitati.

A partire dal 1° luglio 2013 la documentazione riguardante gli studi clinici sui medicinali in fase di sperimentazione clinica sarà gestita esclusivamente in modalità telematica.

## DISPOSIZIONI SU ALTRI FARMACI (ART. 13)

### Procedure semplificate per i farmaci omeopatici

Modifica l'art. 20 del dlgs 219/2006 prevedendo che i medicinali omeopatici presenti sul mercato italiano alla data del 6 giugno 1995 siano soggetti alla procedura semplificata di registrazione prevista dallo stesso decreto. In alternativa alla documentazione richiesta le aziende titolari possono presentare una dichiarazione autocertificativa sottoscritta dal legale rappresentante recante specifiche informazioni sulla sicurezza, i dati di vendita ed eventuali segnalazioni di farmacovigilanza. L'autocertificazione non vale, però, per i farmaci omeopatici di origine biologica o preparati per uso parenterale o con concentrazione ponderale di ceppo omeopatico. del 6 giugno 1995; estensione della disciplina ai medicinali antroposofici).

## RAZIONALIZZAZIONE DI ENTI SANITARI (ART. 14)

Prevista la riorganizzazione dell'Agenzia per le erogazioni in agricoltura (Agea) e dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (Inmp) e dell'Onaosi.

## TRASFERIMENTO DELLE FUNZIONI DI ASSISTENZA AL PERSONALE NAVIGANTE E ALTRE NORME SULLE PRESTAZIONI RESE DAL MINISTERO (ART. 15)

L'assistenza sanitaria al personale navigante marittimo e dell'aviazione civile e le funzioni di PS aeroportuale, con alcune eccezioni, passa alle Regioni.



## LE ATTIVITÀ DELLA FEDERAZIONE NEL 2012 E I PROGETTI PER IL 2013

Pubblichiamo la relazione della presidente Miriam Guana, approvata all'unanimità dal Comitato Centrale della FncO e presentata al Consiglio nazionale riunito a Roma il 23 e 24 novembre scorsi: una puntuale rassegna del lavoro compiuto nell'anno che si chiude e una ricca agenda di impegni per il prossimo anno

**V**orrei introdurre questa relazione (che coincide con la prima seduta ordinaria dell'assemblea nazionale) evidenziando che la FncO, i collegi delle ostetriche, come del resto gli organi di rappresentanza delle diverse categorie professionali e tutti i loro iscritti si trovano al centro di uno scenario sociale, politico e legislativo in grande fermento sia per le grandi riforme in atto e sia per gli indirizzi del governo in carica orientati al contenimento della spesa pubblica italiana. In questa mia esposizione si affronteranno gli aspetti più significanti dell'attuale scenario politico, e la loro ricaduta sul sistema salute, sulla categoria delle ostetriche e sui rispettivi organi di rappresentanza; inoltre saranno descritti gli adempimenti assunti ad oggi dalla FncO, quelli in progress e quelli futuri. Si tratta di risposte alle richieste della società, della nostra comunità e delle istituzioni nazionali ed internazionali.

**Il Documento delle Regioni per la ridefinizione delle competenze dell'ostetrica/o e le proposte della FncO**  
L'inizio del triennio di governo dell'attuale comitato centrale è stato caratterizzato dall'adunanza dell'Assemblea in via straordinaria nel mese di giugno.

Vi era l'esigenza di confrontarci sulla ridefinizione, implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'ostetrica/o, alla luce della proposta avanzata dalla Commissione Salute del Coordinamento delle Regioni sull'istituzione di uno specifico Tavolo tecnico Ministero della Salute e Assessorati regionali alla sanità, con il compito di elaborare proposte per l'implementazione delle competenze delle professioni sanitarie e per introdurre per tali professionisti le specializzazioni previste dall'art.6 della legge 43/06.

In tale circostanza avevamo condiviso una bozza di documento elaborata dalla FncO, rivista poi con il contributo di tutti i collegi. Ora si è in attesa di indicazioni dal Ministero della Salute sull'avvio dei lavori del tavolo tecnico del profilo ostetrico. È stata fatta una formale richiesta al dottor Proia a seguito delle sue recenti dichiarazioni su "Quotidiano sanità" per avere informazioni sullo stato dei lavori. Delle professioni sanitarie

sono stati attualmente elaborati documenti di revisione delle competenze per gli infermieri, in progress quello dei tecnici di radiologia, come si rileva dalla stampa.

Le attività intraprese dalla FNCO sino ad oggi si collocano nel rispetto della continuità politica del precedente governo al fine di completare quelle azioni



ancora in itinere, inoltre connesse alle numerose ed emergenti novità in ambito professionale, sanitario, sociale e politico, formativo (sistema Ecm).

Come ben noto, in questo ultimo anno si è assistito a due importanti provvedimenti; la riforma delle professioni regolamentate, e "la riforma Balduzzi" la cui applicazione, di entrambi, coinvolgerà la Fnco, i collegi, i coordinamenti regionali, le colleghe tutte.

Prima di entrare nello specifico, vorrei comunque riassumere le novità di rilievo inerenti i rapporti e le attività istituzionali di questi primi 8 mesi del mandato 2012/2013.

### **RAPPORTI E ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DI RILIEVO NAZIONALE**

#### **Il Tavolo Ministero-Regioni su "Ruolo, funzioni, formazione e programmazione del fabbisogno dell'operatore sociosanitario"**

La Federazione ha partecipato attivamente alla stesura del documento di proposta del Tavolo Ministero-Regioni sul "Ruolo, funzioni, formazione e programmazione del fabbisogno dell'operatore sociosanitario". Il documento approvato nel luglio scorso dalla commissione Tecnica è ora all'esame del Ministro della Salute e della Conferenza delle Regioni cui spetta il compito di valutare le iniziative da intraprendere per dare seguito al progetto riorganizzativo di inserimento su tutto il territorio nazionale della figura dell'OSS. Referente della Fnco, la segretaria Cristiana Pavesi.

#### **Il Manuale sulla sicurezza in sala parto. Progetto Gins**

Ricordo che la Federazione è stata chiamata a dare il proprio contributo in seno al Progetto Gins (Gruppo italiano nascita sicura) finalizzato allo sviluppo di un sistema di accreditamento dei punti nascita, per il miglioramento continuo all'interno dei percorsi relativi alla gravidanza fisiologica, alla gravidanza a rischio, al neonato fisiologico e al neonato patologico in strutture sanitarie pubbliche e private. Referente della Fnco, la vicepresidente Antonella Cinotti. Il Manuale sulla sicurezza in sala par-

to sarà presentato ufficialmente in occasione del Convegno *I professionisti gli utenti e la sicurezza dei punti nascita: problemi strumenti e progetti* che avrà luogo il 5 dicembre prossimo presso il Senato della Repubblica.

#### **Progetto di ricerca "Sorveglianza della mortalità materna: progetto pilota in Regioni del Nord, Centro e Sud Italia" (Iss)**

Nel mese di settembre u.s. la Federazione è stata formalmente invitata a partecipare al progetto di ricerca *Sorveglianza della mortalità materna: progetto pilota in Regioni del Nord, Centro e Sud Italia*. Lo studio, promosso e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e finanziato dal Ministero della Salute, ha l'obiettivo di implementare e validare un sistema pilota di sorveglianza attiva della mortalità materna in 7 Regioni (Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia). La Fnco farà parte del gruppo di esperti che avrà il compito di promuovere, sostenere e diffondere il sistema di sorveglianza. Il progetto sarà presentato e discusso in occasione della prima riunione calendarizzata per il prossimo 27 novembre.

#### **Programma Bollini Rosa, dei parametri sulla qualità dell'assistenza relativa alla nascita prematura (Onda)**

Nel mese di maggio l'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (Onda) ha promosso la costituzione di un Comitato di esperti per identificare ed inserire come parte dei criteri per la valutazione del Programma Bollini Rosa, dei parametri sulla qualità dell'assistenza relativa alla nascita prematura in ottica multi-disciplinare (componente ginecologico/ostetrica, neonatologica e pediatrica) e di continuità delle cure (tra ospedale e tra ospedale e territorio). La Fnco è stata formalmente coinvolta in seno ai lavori del Comitato di esperti.

#### **SVILUPPO DELLA RICERCA OSTETRICA E DELL'IMMAGINE PROFESSIONALE**

##### **Diffusione della ricerca ostetrica**

Tenuto conto dell'importanza di una capillare valorizzazione e diffusione della ricerca ostetrica, il Comitato cen-

trale ha ritenuto opportuno incentivare la redazione di articoli scientifici estratti da studi e ricerche recenti condotte anche per la stesura di tesi del Corso di Laurea in Ostetrica o Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche o Master e da pubblicare su numeri dedicati di "Lucina: la rivista dell'ostetrica/o".

A tal fine si sono formalmente sensibilizzati i Collegi, i Coordinatori ed i Presidenti CLO. Questa iniziativa ci si auspica che possa avere successo e che rappresenti anche un'opportunità per fare il punto della situazione sulla quantità e sulla qualità della nostra attività scientifica realizzata dai nostri colleghi.

#### **Bandi di concorso per ostetriche**

Alla luce della recente riforma Balduzzi in cui all'art. 1 si dà ampio valore alla riorganizzazione delle cure primarie, si è deciso di promuovere un bando di concorso rivolto alle ostetriche per l'attribuzione di un premio ai primi due migliori progetti organizzativi su "Modelli assistenziali innovativi delle cure primarie ostetriche".

Inoltre al fine di promuovere e valorizzare il ruolo sociale e sanitario dell'ostetrica/o, il Comitato centrale ha convenuto sull'opportunità di indire un altro bando di concorso rivolto alle ostetriche per l'attribuzione di tre premi per il miglior videoclip, la migliore brochure/poster, il miglior gadget.

Ovviamente ciò potrà realizzarsi previa approvazione del Bilancio preventivo 2013.

#### **TUTELA E VALORIZZAZIONE DELLA PROFESSIONE NEL MONDO DEL LAVORO**

##### **Valorizzazione della professione nelle strutture del Ssn**

A seguito di una segnalazione formalizzata da parte di una presidente di Collegio della Regione Emilia Romagna, nel mese scorso la Fnco ha avuto modo di intervenire a sostegno delle azioni attivate in sede locale volte a tutelare gli ambiti specifici di competenza e responsabilità della professione ostetrica.

In particolare segnalò che alla luce dei contenuti di una nota sottoscritta dalla presidente nazionale Ipasvi indirizzata anche alla Fnco, si è colta l'opportunità di elaborare un format comparativo delle competenze core dell'ostetrica/o e dell'infermiere, favorendo quindi un momento di riflessione, confronto e chiarimento tra le due famiglie professionali sia in sede locale e sia nazionale.

La tavola sinottica prodotta dalla FNCO (pubblicata a pag...) dovrebbe ulteriormente far chiarezza sulle competenze distintive delle due professioni; ci si auspica che ciò possa essere di aiuto all'interno delle istituzioni quando ci si trova di fronte all'annosa questione su chi compete l'assistenza in ambito ostetrico, ginecologico-neonatale.

A breve si provvederà pure a reiterare la diffusione, presso le strutture ospedaliere e territoriali del sistema salute, di una nota esplicativa sulle prerogative professionali delle ostetriche nelle aree di competenza; si è deciso di ampliare la trasmissione di questo documento anche alle associazioni scientifiche mediche dell'area ostetrica, ginecologia, neonatale, dei medici di famiglia, chiedendo un sostegno finalizzato alla valorizzazione delle ostetriche nelle strutture del sistema sanitario pubblico.

### **LOTTA ALL'ABUSIVISMO PROFESSIONALE. COSTITUZIONE DI UNA TASK FORCE FNCO**

Il Comitato Centrale ha deliberato all'unanimità la costituzione di una *task force* sul monitoraggio dell'abusivismo composto da A. Cinotti, S. Vaccari, I. Rinaldi e M. P. Schiavelli. Le funzioni della *task force* sono: monitoraggio dei siti e dei corsi di formazione, punto di accordo con i Collegi. Il gruppo si è impegnato a declinare quanto prima le funzioni e le relative attività da porre in essere per ottemperare alla funzione di "vigilanza" rispetto al problema dell'abusivismo.

### **SOSTEGNO ALLA LIBERA PROFESSIONE**

La Fnco, inoltre, ha attuato anche una politica propositiva verso lo sviluppo

della libera professione che, dai dati pervenuti dai Collegi, oggi costituisce una scelta per il solo 3% delle nostre iscritte, a differenza degli anni Settanta dove invece rappresentava ben il 24% delle colleghe (1978).

A titolo informativo si fa presente che sono state aperte ad oggi solo 200 partite Iva (fonte Agenzia Entrate). Il dato attuale sulla libera professione non è comunque attendibile in quanto per il 34% delle ostetriche non conosciamo al momento la reale occupazione. Si auspica che la nuova piattaforma anagrafica iscritti possa essere di utilità per la realizzazione di studi statistici sulla popolazione delle ostetriche italiane, che ci vengono sempre più richiesti dalle istituzioni e dai media.

In particolare la Fnco, sollecitata anche dall'intensificarsi dell'interesse sull'argomento, ha diffuso informazioni sull'esercizio della libera professione cercando di risolvere sia i problemi di natura fiscale e previdenziale e sia i problemi connessi all'autonomia dell'esercizio professionale.

Si coglie l'occasione per spendere alcuni minuti sul problema ossitocina, utilizzata dalle ostetriche che assistono i parti a domicilio; l'Aifa ha dato parere negativo in merito all'attivazione di un registro nazionale per l'approvvigionamento del farmaco in quanto ravvisa il pericolo dell'utilizzo *off-label*. Inoltre l'Aifa ritiene che ciò debba essere richiesto presso gli Assessorati alla Salute delle Regioni. Quindi anche questo sarà un impegno dei Collegi per sostenere le colleghe nella dotazione del farmaco syntocinon secondo le linee guida dell'assistenza al parto.

### **RIFORMA DELLE PROFESSIONI**

È stato pubblicato sulla "Gazzetta Ufficiale" del 14 agosto 2012 n. 189 il D.P.R. 7 agosto 2012 n. 137 "Regolamento recante riforma degli ordinamenti professionali, a norma dell'articolo 3, comma 5, del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148".

Il mondo delle professioni è stato oggetto, in questi ultimi anni, di numerosi interventi volti a favorire i principi

della liberalizzazione e della concorrenza e gli interventi più incisivi sono stati fatti nel corso dell'attuale legislatura.

Con il decreto-legge n. 138 del 2011 (convertito dalla legge n. 148 del 2011) è stata infatti delineata la riforma delle professioni regolamentate che ha disposto che i principi indicati all'art. 3 avrebbero dovuto orientare il Governo nell'opera di delegificazione degli ordinamenti professionali (da realizzare entro il 13 agosto 2012).

Infatti la delega è stata realizzata con il D.P.R. 7 agosto 2012, n. 137 e si riferisce esclusivamente alle professioni regolamentate (ordinistiche). Nello specifico, in questo dispositivo si evidenzia che gli elementi più rilevanti, che interessano da vicino la nostra professione, oltre che una nuova definizione di "professione regolamentata", sono: l'albo unico nazionale, la formazione continua, l'obbligo di un'assicurazione, la pubblicità informativa (v. sito [www.fnco.it](http://www.fnco.it)).

#### **• La pubblicità informativa.**

La normativa prevede la possibilità di una pubblicità informativa con ogni mezzo e che abbia come oggetto, oltre all'attività professionale esercitata, anche i titoli e le specializzazioni del professionista, l'organizzazione dello studio ed i compensi praticati.

#### **• L'istituzione dell'Albo Unico Nazionale, tenuto dalle Federazioni**

Dalla norma si evince che al fianco degli Albi territoriali (dei collegi ostetriche) è stato istituito l'Albo Unico Nazionale, tenuto dalla Fnco e la cui portata anagrafica e pubblica è la medesima di quelli territoriali. In buona sostanza se prima di tale DPR la tenuta di un Albo nazionale da parte della Fnco aveva carattere ufficioso, atto a soddisfare esigenze interne (es. per l'invio della rivista o per la rilevazione di dati statistici, ecc.) con l'entrata in vigore di questo DPR l'Albo Nazionale, tenuto dalla Fnco, ha carattere ufficiale e pubblico; dunque, è fatto obbligo a tutti i collegi territoriali di fornire telematicamente alla Fnco i dati relativi agli Albi territoriali, regolarmente aggiornati ed integrati con i procedimenti disciplinari.



Pertanto alla luce di ciò, come già comunicato con nota circolare n. 8/2012, tutti i Collegi devono adempiere alla corretta costituzione dello stesso.

La politica lungimirante della Fnco, laddove ha provveduto ad istituire l'Albo unico centralizzato degli iscritti già prima dell'entrata in vigore di questa legge, consente a tutti i collegi di soddisfare tale obbligo aggiornando telematicamente l'Albo unico già consultabile sul sito della Fnco. Si precisa che laddove i Collegi abbiano costituito degli Albi telematici dovranno comunque garantire l'aggiornamento dell'Albo Unico Nazionale della Fnco utilizzando esclusivamente le modalità previste dal sistema ed utilizzando le credenziali di accesso fornite a ciascun Collegio territoriale.

Ad oggi solo 12 Collegi su 73 non hanno mai acceduto alla piattaforma della Fnco; ovviamente ci deve essere un impegno sinergico, in quanto un solo collegio inadempiente andrebbe a vanificare la buona riuscita dell'intero sistema, si ricorda che tale piattaforma è funzionale anche all'anagrafica richiesta dal Cogeaps (Consorzio gestione anagrafica professioni sanitarie).

La Fnco intende non transigere su questo dovere dei Collegi, si provvederà quindi ad un monitoraggio continuo ed alla segnalazione dei collegi rispettosi di tale obbligo sancito dallo Stato attraverso circolari e rivista di categoria. Rispetto alle indicazioni relative alla comunicazione dei procedimenti disciplinari da includere nell'Albo nazionale vi saranno fornire informazioni più dettagliate nei prossimi mesi.

- **L'obbligo di un'assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale, della quale deve essere data notizia al cliente.**

La riforma delle professioni, come delineata dal DPR 137/2012, tra le diverse innovazioni ha introdotto, per garantire una maggiore tutela del cliente ma anche dello stesso professionista, l'obbligatorietà dell'assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale e la violazione di tali disposizioni costituisce illecito disciplinare. Si ricorda inoltre che ai sensi del decreto-legge n. 1/2012 anche le so-

cietà tra professionisti, per essere validamente costituite, dovranno indicare nello statuto la copertura dei rischi derivanti dalla responsabilità civile.

È attribuito ai soli Consigli nazionali degli Ordini e Collegi ed agli enti previdenziali dei professionisti (non quindi anche ad associazioni professionali) la possibilità di negoziare polizze collettive. E, proprio per consentire la negoziazione degli accordi, il regolamento differisce di 12 mesi gli obblighi assicurativi (entro il 13 agosto 2013).

Appare necessario ribadire che l'obbligo assicurativo vale solo per coloro che svolgono la libera professione e assumono un incarico dal cliente e che tale obbligo acquista efficacia nell'agosto 2013.

L'obbligo assicurativo per le professioni sanitarie ed il concreto realizzarsi di polizze collettive come delineato con il DPR 137/2012 non risolve però le notevoli criticità del settore sanitario, sia privato che pubblico, considerata la disomogeneità delle aree di competenza dei professionisti della salute, le diverse specializzazioni ed i diversi rischi ecc. Tale mancata uniformità rende infatti difficile la definizione dei massimali che potranno essere richiesti ai professionisti, i rischi da coprire, gli scoperti o le franchigie ammissibili. Peraltro anche la copertura assicurativa dei professionisti dipendenti dal Ssn presenta notevoli criticità sia per i costi del Ssn (al collasso!) sia per il grado di copertura offerto a fronte di un proliferare di contenziosi giudiziari per colpa lieve.

Sarà premura della Federazione attivare una indagine a campione tra le ostetriche dipendenti del Ssn in merito al tipo di copertura assicurativa garantita dall'azienda di appartenenza e/o di quella garantita dalla polizza stipulata personalmente.

È per questo motivo che, entro la scadenza dell'obbligo assicurativo per tutti i pro-

**La politica lungimirante della Fnco, laddove ha provveduto ad istituire l'Albo unico centralizzato degli iscritti già prima dell'entrata in vigore di questa legge, consente a tutti i collegi di soddisfare tale obbligo aggiornando telematicamente l'Albo unico già consultabile sul sito della Fnco**

fessionisti (agosto 2013) e nel tempo necessario ai Consigli/Federazioni nazionali di stipulare idonee polizze collettive per gli iscritti, si è reso necessario un ulteriore intervento del legislatore in ambito sanitario, volto a tutelare sia la salute del cittadino e sia il professionista della salute. Ed in tal senso si colloca proprio l'art. 3 del Decreto-legge Balduzzi che va ad integrare il disposto del DPR 137/2012.

Dalla lettura dell'articolo 3 emerge quindi la necessità che gli ordini delle professioni sanitarie attendano la definitiva regolamentazione del Ministero della Salute (entro il 30 giugno 2013) prima di attivare le polizze collettive. Il provvedimento necessiterà di un attento monitoraggio da parte della Fnco laddove presumibilmente si andranno a determinare i casi nei quali, sulla base di definite categorie di rischio professionale, prevedere l'obbligo, in capo ad un fondo appositamente costituito, di garantire idonea copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie.

Infatti l'esercente delle professioni sanitarie che si attiene a linee guida e a buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica, nazionale e internazionale, risponde dei danni solo in caso di dolo o colpa grave. Le competenze della professionista ostetrica sono infatti oggi desumibili non solo dall'insieme coordinato del profilo, della deontologia e della formazione universitaria ma anche da tutte quelle linee guida fondate sulle evidenze scientifiche e patrocinata anche dalla Fnco. La Fnco si ricorda che ha fatto parte del panel degli esperti per la stesura delle seguenti leggi: Gravidanza fisiologica, Taglio Cesareo 1<sup>^</sup> e 2<sup>^</sup> parte e Counseling preconcezionale.

Pertanto nelle more che il sistema assicurativo sia delineato compiutamente dal legislatore, appare opportuno che tutte le professioniste ostetriche conformino il loro esercizio professionale

alle linee guida e alle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica.

#### • Formazione continua

Si evidenzia che la formazione continua è totalmente demandata agli ordini che “dovrebbero” quindi elaborare entro un anno dall'entrata in vigore del decreto un regolamento (che sarà approvato dal Consiglio Nazionale della Fnco e dal Ministero vigilante) che disciplina la formazione continua del professionista.

La Fnco inizierà quanto prima ad elaborare una bozza di regolamento sulla formazione continua, in analogia ai lavori che altre Federazioni e/o Consigli Nazionali stanno approntando. Per l'esame e l'approvazione di questo regolamento sarà convocato un Consiglio Nazionale straordinario *ad hoc*.

Tale regolamento dovrebbe essere operativo entro il gennaio 2014.

#### E.C.M.

Si coglie l'occasione per ricordare che tra le novità di rilievo in tema di ECM nell'Accordo Stato Regioni 2012 è previsto il ruolo di certificatore del collegio (entro giugno 2014). Nel frattempo ogni collegio dovrà provvedere a chiedere ai propri iscritti di trasmettere la documentazione relativa ad esoneri, attività formative svolte all'estero, autoapprendimento (attività tutoriale, attività scientifica, stage, partecipazione a progetti di ricerca, ecc.).

A breve la Fnco fornirà una tavola sinottica in cui si illustrano le diverse attività formative previste dal sistema ECM nel triennio 2011-2013, in particolare per quanto attiene l'autoapprendimento e doterà i rispettivi Collegi di *form* per la registrazione dei crediti per l'autoformazione.

#### DECRETO BALDUZZI

È stata pubblicata nella Gazzetta n. 263 del 10-11-2012 - Suppl. Ordinario n.201 - la Legge n. 189/2012 recante ad oggetto: “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un

più alto livello di tutela della salute”.

La Fnco ha seguito con attenzione l'iter di formazione di questa legge in ragione del notevole impatto sul sistema salute. Occorre in primis precisare che tale provvedimento è nato come decretazione d'urgenza per compensare i prodromici provvedimenti che, noti come “spending review” ovvero come tagli lineari al Ssn, necessitavano di provvedimenti urgenti compensativi, atti ad evitare il collasso del sistema di salute pubblica. Ad esempio compensare il taglio di posti letto con misure di implementazione delle cure primarie e territoriali; oppure riordinare la responsabilità professionale per abbattere i costi relativi alla medicina difensiva e via dicendo.

Ciò nonostante la Fnco ha ritenuto opportuno intervenire nella convinzione che il ruolo sociale e sanitario dell'ostetrica sia un punto di forza per abbattere, soprattutto nel settore materno-infantile, tutti quei costi socio-sanitari susseguenti al progressivo processo di ospedalizzazione e di medicalizzazione e *overtreatments*, penalizzante non solo per la figura professionale dell'ostetrica ma anche per la donna e la salute di genere.

Pertanto, previa condivisione unanime in Comitato Centrale, all'indomani dell'approvazione del Decreto Legge ed in fase di conversione in legge alla Camera dei Deputati, la Fnco, oltre ad avere assunto una posizione pubblica sul provvedimento (vedi dibattito su *Quotidiano sanità*), si è attivata per contattare i relatori del disegno di legge di conversione, il Presidente e tutti i componenti della 12° Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati, inviando loro una nota che li sensibilizzasse verso la necessità di apportare emendamenti che prestassero la dovuta attenzione al ruolo dell'ostetrica, per la migliore tutela della salute della donna, della coppia e del bambino.

La nota della Fnco, in particolare, lamentando una generale impostazione medico-centrica del provvedimento, sensibilizzava sulla necessità che nel riordino dell'assistenza territoriale fosse necessario garantire la presenza dell'ostetrica, figura storicamente deputata al territorio ed alla comunità. Con

la medesima nota è stata anche richiesta la necessità di allargare l'intramoenia (per garantire l'agognata continuità assistenziale) e l'opportunità che nel quadro dirigenziale fosse garantito pari accesso a tutte le professioni sanitarie. La portata riformatrice del Decreto Balduzzi, da ultimo, non poteva esimersi dal richiedere, per l'ennesima volta, l'attuazione della legge 43/2006 ovvero la trasformazione dei Collegi in Ordini, in sintonia anche con tutte quelle professioni sanitarie in attesa di Albo.

Questa volta la Fnco ha avuto l'onore di muovere rilievi che solo in un secondo momento sono stati pubblicamente resi noti dal mondo delle professioni sanitarie, rilievi che diffusamente espressi sono stati in parte accolti nella stesura definitiva del testo pubblicato in Gazzetta Ufficiale ed in parte assunti come impegno politico immediato del Ministro della Salute.

Precisamente il testo ha incluso nel sistema di riordino delle cure territoriali e primarie anche il ruolo della figura professionale dell'ostetrica, esplicitamente citata nella versione pubblicata in gazzetta ufficiale. Infine, per quanto riguarda la trasformazione dei Collegi esistenti in Ordini e l'istituzione degli Albi delle professioni non regolamentate, il Ministro si è impegnato, sia pubblicamente sia attraverso l'approvazione di un ordine del giorno, ad includere tale riforma nel DDL Fazio il cui iter legislativo, come di fatto sta avvenendo in questi giorni, sarebbe stato prontamente riavviato, per consentire quelle riforme organiche del sistema salute che non risultavano compatibili con la decretazione d'urgenza.

Il riordino delle cure primarie e territoriali è una partita che in realtà si giocherà a livello regionale e pertanto tutti i Collegi, ed ancora meglio i coordinamenti regionali, ove esistenti, dovranno vigilare con attenzione e partecipare attivamente sull'attuazione della legge laddove per l'appunto è demandata alle Regioni l'implementazione e la riorganizzazione del sistema assistenziale sul territorio. Certamente questa “mini-riforma” a costo zero implica delle difficoltà di partenza facilmente immaginabili laddove esiste un

sensibile divario tra il sistema di salute delle diverse regioni nonché risorse economiche e umane davvero scarse.

### **DDL FAZIO SU "SPERIMENTAZIONE CLINICA E RIFORMA DEGLI ORDINI DELLE PROFESSIONI SANITARIE"**

Come appena detto, il Ministro Balduzzi si è pubblicamente impegnato ed è stato sollecitato dal Parlamento a voler inserire ulteriori elementi di riforma organica del sistema salute nel ddl Fazio che, si ricorda, sotto l'egida del governo Berlusconi, era stato approvato alla Camera dei Deputati ma che, per le note vicende politiche ed economiche, aveva subito uno stop.

La 12° Commissione del Senato ha prontamente riavviato la discussione con la volontà di attribuire al disegno di legge l'esame in sede deliberante che prevede la sola approvazione in Commissione, senza il passaggio nell'Aula del Senato. Il disegno di legge è stato comunque modificato rispetto alla versione approvata alla Camera dei Deputati sia in relazione a quegli elementi che sono già stati assorbiti nel decreto legge Balduzzi sia per eliminare le deleghe al governo.

L'art. 6 del disegno di legge prevede la riforma delle professioni sanitarie di cui al DLCP 233/46 ovvero la nostra legge istitutiva, prevedendo la trasformazione in Ordini dei Collegi esistenti e l'introduzione dell'Ordine delle professioni tecniche, inglobate con i TSRM. Gli organi di stampa hanno diffuso prima una bozza di riforma avanzata dalla Fnomceo (condivisa da un consiglio nazionale straordinario all'uopo convocato) e nel tardo pomeriggio di ieri la notizia che il Ministro della Salute ha trasmesso al Senato la nuova versione del ddl.

Nelle more di esaminare compiutamente la nuova versione del testo disponibile, la Fncò nel ritenere comunque necessario un coinvolgimento di tutte le professioni sanitarie laddove, in qualunque forma ed a qualunque titolo, s'intenda riformare la propria legge istitutiva, ha prontamente provveduto ad inviare a tutti i Presidenti nazionali delle professioni sanitarie, me-

diche e non, una richiesta urgente d'incontro così da condividere, come già avvenuto in passato, la riforma in questione. La proposta della Fncò è stata accolta positivamente da tutti i Presidenti e l'incontro avrà luogo nel corso della prossima settimana.

### **RIORDINO PROVINCE**

Sulla Gazzetta Ufficiale n. 259 del 6 novembre scorso è stato pubblicato il Decreto-legge 5 novembre 2012, n. 188 recante "Disposizioni urgenti in materia di Province e Città metropolitane". Ai sensi del provvedimento il numero delle province delle Regioni a statuto ordinario si ridurrà da 86 a 51, ivi comprese le città metropolitane (si ricorda che la fine anticipata del Governo Monti ha impedito il voto delle norme attuative di questo provvedimento, ndr).

Sulla questione di riordino delle Province dovrà essere verificato quale sarà l'impatto sugli Ordini professionali considerato che numerosi ordini e collegi, proprio come quello delle ostetriche, sono territorialmente istituiti in afferenza alla provincia. È storia recente la costituzione, con decreto del Ministero della salute, di nuovi Collegi interprovinciali a seguito dell'istituzione di nuove province. In tal senso il legislatore oppure il Ministero della salute dovranno chiarire la portata del provvedimento nei confronti degli ordini e collegi provinciali.

### **BOZZA SUI NUOVI STANDARD QUALITATIVI, STRUTTURALI, TECNOLOGICI E QUANTITATIVI PER L'ASSISTENZA OSPEDALIERA**

Altra novità di questi giorni è la bozza di regolamento che, ai sensi del DL 95/2012 come convertito con legge 135/2012, fissa i nuovi standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi per l'assistenza ospedaliera. La bozza di regolamento è stata inviata alla Conferenza Stato Regioni per la necessaria condivisione.

L'obiettivo di questo regolamento è di rendere razionale e non lineare il taglio dei posti letto e ridefinire quindi la rete ospedaliera alla luce dei nuovi bisogni assistenziali, dell'implementazio-

ne della Clinical Governance e della sicurezza delle cure.

Il provvedimento parte affermando che la garanzia degli obiettivi assistenziali deve operare secondo il principio di efficacia, qualità, appropriatezza e sicurezza delle cure, dell'efficienza, della centralità del paziente e dell'umanizzazione, nel rispetto della dignità della persona e attraverso l'integrazione con la medicina territoriale.

Il raggiungimento di tali obiettivi richiede di costruire un sistema basato da un lato sull'integrazione tra i servizi ospedalieri, dall'altro con l'integrazione della rete ospedaliera e la rete dei servizi territoriali.

Elementi determinanti per questa riorganizzazione sono rappresentati dai volumi di attività e dalla conseguente valutazione degli esiti. E per quanto concerne i punti nascita si applicano le soglie di volume di attività di cui all'Accordo Stato Regioni del 16/12/2010.

Inoltre si rileva che all'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia, che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale. Tra le diverse reti ospedaliere è prevista anche la rete neonatologica e dei punti nascita. Per la definizione di tali reti le regioni adottano specifiche disposizioni tenendo conto delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni contenute negli appositi accordi sanciti dalla Conferenza Stato Regioni nelle rispettive materie. Dunque, da quanto appena evidenziato e come era facile intuire, questo provvedimento va ad allargare all'intera rete ospedaliera quanto, in realtà, per il settore materno-infantile era stato già fatto con il riordino dei punti nascita, purtroppo ancora disatteso in alcune Regioni. Tanto ciò è vero che il provvedimento in questione rimanda esplicitamente a tale Accordo per quanto riguarda il settore materno-infantile (Accordo Stato-Regioni 16/12/2010).. Novità rilevante è invece la codificazione di principi, quali l'umanizzazione, la continuità, la territorialità che, diffusamente ed in più occasioni, sono stati ribaditi dalla Fncò proprio quale inevitabile misura organizzativa e risolutiva degli elevati costi umani (inci-



La consolidata strategia politica europea della Fnco sta ponendo le basi per una fattiva risoluzione delle problematiche connesse al non corretto recepimento della Direttiva 2005/36/CE

denza di tagli cesarei) ed economici connessi alla medicalizzazione ed alla ospedalizzazione del percorso nascita. Ciò detto fa sicuramente un certo effetto vedere riportato nel provvedimento in questione l'ospedale di comunità a gestione infermieristica laddove la professione ostetrica ancora non vede diffusamente realizzato un Centro Nascita dedicato a totale conduzione ostetrica (vedi midwifery led-unit nel Regno Unito)!

La sede del dibattito e delle problematiche ancora aperte per la nostra professione è in ogni caso quella attuativa dell'Accordo stato regioni sul riordino dei punti nascita, cui il provvedimento Balduzzi esplicitamente fa riferimento. Ed è pertanto in quella sede che i rappresentanti della professione ostetrica, sia nazionali che locali, dovranno sempre di più efficacemente far valere i principi, certamente condivisibili, declinati in questi standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi per l'assistenza ospedaliera.

Resta ovviamente inteso che, pur apprezzando il tentativo di riordino efficiente e qualitativo del Ssn, la Fnco non può complessivamente condividere le misure economiche fatte sulla sanità italiana e che si sono tradotte in un taglio ai

monitorare e ad intervenire nei dibattiti pubblici e nelle sedi istituzionali.

### ATTIVITÀ DI CARATTERE INTERNAZIONALE

La consolidata strategia politica europea della Fnco sta ponendo le basi per una fattiva risoluzione delle problematiche connesse al non corretto recepimento della Direttiva 2005/36/CE.

In particolare si evidenzia che in data 14 settembre 2012 a Parigi si è riunito il gruppo di lavoro internazionale del NEMIR per completare le proposte di emendamenti di modifica della Direttiva 2005/36 EC, sul riconoscimento della qualifica e libera circolazione delle professioni. Nel corso della riunione le richieste di emendamenti del gruppo di lavoro NEMIR sono state tutte accordate ed in particolare è stata recepita tutta la riformulazione degli artt. da 40 a 42 della proposta di Direttiva. Nell'auspicio che tale dispositivo sia approvato con gli emendamenti proposti si fa presente che successivamente sarà precipuo impegno della Fnco seguire con attenzione il recepimento da parte dello Stato italiano verificando che sia assicurata un'applicazione conforme al contenuto dello strumento legislativo dell'UE. Questa sa-

servizi dei cittadini. Per tale giudizio complessivo la Fnco ha condiviso lo spirito della manifestazione del 27 ottobre u. s. ed ha deciso di aderire a tale evento. In rappresentanza della Fnco, una delegazione del collegio delle ostetriche di Roma in primis la presidente Iolanda Rinaldi.

Tutte queste novità normative, rese incalzanti dalla crisi economica attuale, hanno inevitabilmente stressato l'attività istituzionale della Fnco, diffusamente impegnata a

ra un'ulteriore sfida per la Fnco; sembra che non vi siano orientamenti diversi presso le istituzioni preposte al recepimento della Direttiva.

Il successo di questa strategia garantirà l'autonomia delle ostetriche e valorizzerà il loro profilo professionale, eliminando i problemi e gli inconvenienti dell'errata e restrittiva ricezione della precedente versione ministeriale italiana (dlgs 206/2007 art. 48). Da sottolineare che vi è stato pertanto un lavoro sinergico e produttivo con le due rappresentanze principali della midwifery europea EMA e NEMIR; la Fnco era presente in entrambi i tavoli di lavoro. Rispetto al cronogramma del parlamento europeo la nuova direttiva dovrebbe essere approvata nei primi mesi del 2013.

### 33° CONGRESSO NAZIONALE DELLE OSTETRICHE

In questa Assemblea sarà condivisa la sede dove si svolgerà il 33° Congresso Nazionale delle Ostetriche che si terrà presumibilmente nell'ottobre 2014. Al bando di candidatura promosso nel mese di maggio u.s. hanno risposto tre collegi: il Collegio di Trento, il Collegio di Roma ed il Collegio di Palermo. Nella seconda giornata di questo Consiglio Nazionale sarà data l'opportunità ai tre presidenti di illustrare la loro candidatura per poi procedere alla votazione.

### RISTRUTTURAZIONE DELLA SEDE FNCO

I lavori di ristrutturazione della sede della Fnco, iniziati nel mese di marzo u.s., sono terminati proprio in questi giorni. Colgo l'occasione per ringraziare pubblicamente, anche a nome del CC tutti coloro che hanno collaborato nella realizzazione di questo progetto il cui iter è iniziato nel 2011 in particolare la dottoressa Moro quale RUP, gli architetti Paccosi e Dominicis, l'avvocato Balducci, la ditta aggiudicataria dei lavori ed ovviamente le altre nostre impiegate tutte, che oltre ad essere di supporto per tutte le attività amministrative poste in essere hanno garantito con efficienza l'attività di segreteria della Fnco nonostante le non poche difficoltà legate ai lavori di ristrutturazione ed al trasloco. Al termine della giornata odierna ab-

biamo allestito un cocktail per brindare con tutti Voi alla nuova sede degli uffici della Fnco.

Avremmo gradito un'inaugurazione in loco che non è stata però possibile per motivi di capienza, pertanto abbiamo raccolto le immagini che vedete qui riportate e che rendono l'idea dell'intenso lavoro richiesto dalla ristrutturazione e che ci consentono di condividere con tutti voi questo importante obiettivo raggiunto che testimonia non solo la realizzazione di un luogo ottimale per chi lavora in quegli uffici ma anche il decoro istituzionale della professione e di chi la rappresenta.

I nuovi uffici della Fnco sono dislocati nello stesso stabile di Piazza Tarquinia 5/d. Al piano terra vi sono gli uffici di rappresentanza, ovvero un ingresso di attesa con divani e reception, un'ampia sala riunioni con un tavolo ovale la cui capienza consente anche di realizzare gruppi di lavoro di circa 15 persone, l'ufficio di presidenza e due bagni. Al secondo piano sono invece dislocati gli uffici amministrativi con un ingresso dotato di zona attesa, un ufficio di protocollo e di amministrazione, un ufficio di contabilità, un ampio archivio e due bagni.

## BILANCIO DI PREVISIONE ANNO 2013

In questa Assemblea sarà inoltre approvato il Bilancio di previsione per l'anno 2013 e sarà illustrato dalla Tesoriera della FNCO (M.P. Schiavelli).

In fase di approvazione del preventivo si è ragionato molto sulla strategia da adottare per la crescita e la visibilità dell'ostetrica, aspetto più volte stressato anche nel precedente triennio di governo della Fnco.

Un capitolo dedicato all'aggiornamento ed all'organizzazione eventi è stato per tanti anni finanziato senza che pe-

# COMPETENZE OSTETRICHE E INFERMIERISTICHE A CONFRONTO

## CAMPO PROPRIO DI ATTIVITA' E RESPONSABILITA' DELL'OSTETRICA/O

Parere Comitato Centrale FNCO

L'ordinamento della professione ostetrica ha fonte nell'art. 1 della legge n. 42/1999 che, al comma 2 che così recita.

*"Il campo proprio di attività responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le "altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali".*

Ai sensi dell'art. 1, la disciplina della professione ostetrica, è, pertanto, integrata:

- dalle disposizioni del DM 14 settembre 1994, n. 740 che ha dato attuazione al citato art. 1.
- dall'ordinamento didattico dei corsi di laurea della professione e dei corsi di formazione post-base;
- dalle disposizioni del Codice deontologico della Federazione Nazionale dei Collegi FNCO.

Alla luce del quadro normativo appena rassegnato è dato osservare che

- Quella ostetrica è una professione autonoma (art. 1, L. n. 42/1999 e art. 1, comma 1, L.251/2000), essendo stata abrogata la definizione di "professione sanitaria ausiliaria";
- L'oggetto della professione ostetrica è costituito dall'assistenza ostetrica, ginecologica e neonatale.

Attua interventi adeguati ai bisogni di salute riproduttiva, nell'esercizio delle funzioni di sua competenza per la prevenzione, cura, salvaguardia e recupero della salute individuale e collettiva l'assistenza ostetrico-

## CAMPO PROPRIO DI ATTIVITA' E RESPONSABILITA' DELL'INFERMIERE

(parere presidente IPASVI A. Silvestro)  
Prot. 832/2012/13

L'ordinamento della professione infermieristica ha fonte nell'art. 1 della legge n. 42/1999 che, al comma 2, così recita:

*"Il campo proprio di attività responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le "altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali".*

Ai sensi dell'art. 1, la disciplina della professione infermieristica è, pertanto, integrata:

- dalle disposizioni del DM 14 settembre 1994, n. 739 che ha dato attuazione al citato art. 1.
- dall'ordinamento didattico dei corsi di laurea della professione e dai corsi di formazione post-base;
- dalle disposizioni del Codice deontologico della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI.

Alla luce del quadro normativo appena rassegnato è dato osservare che:

- quella infermieristica è una professione autonoma (art. 1, L. n. 42/1999 e art. 1, comma 1, L.251/2000), essendo stata abrogata la definizione di "professione sanitaria ausiliaria" ex art.1 comma 1;
- l'oggetto della professione è costituito dall'assistenza generale infermieristica. L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei



rò facesse riscontro una concreta realizzazione di eventi formativi. Questa mancata realizzazione, unitamente ad altri fattori (es. vendita immobile Via Sicilia), ha determinato negli anni la crescita e la persistenza dell'avanzo di amministrazione. Il problema di fondo è che l'organizzazione di eventi richiede anche un'inevitabile investimento di risorse per gestire sia le fasi contrattuali e sia le fasi organizzative. L'esperienza precedente in merito alla gestione di Congressi Nazionali e di Corsi di Aggiornamento ha dimostrato che, la crescente complessità delle procedure

di gara e delle procedure di accreditamento che la Fnco è tenuta ad osservare e stante l'esiguità delle risorse umane in organico (tre unità), non è possibile realizzare più di due eventi l'anno. Questa riflessione ha dunque portato alla scelta strategica, condivisa all'unanimità dal Comitato centrale, di potenziare l'organico della Fnco con un'unità a tempo indeterminato di area B e che supporti le competenze già avanzate del personale attualmente in organico, competenze che saranno ulteriormente implementate investendo in formazione superiore. La nuova assunzione partirà dal

mese di giugno 2013 e riguardo all'equilibrio di bilancio susseguente all'assunzione di quella che si configura come un'uscita corrente, il consulente fiscale della Fnco ne ha chiarito la sostenibilità. Nel contempo si è deciso di spostare una parte delle risorse economiche dall'organizzazione di eventi all'investimento in prodotti e servizi ed è stato creato un apposito capitolo "Comunicazione e Marketing", con uno stanziamento di €20.000,00, che consente di investire sulla figura della professionista ostetrica con ridotti strumenti organizzativi interni. Da qui l'idea di conferire dei pre-

**segue CAMPO PROPRIO DI ATTIVITA' E RESPONSABILITA' DELL'OSTETRICA/O**  
ginecologica-neonatale è di natura preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, nonché di natura tecnica, relazionale, educativa.

- C) Le funzioni proprie della professione ostetrica sono definite "dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché degli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione degli obiettivi dell'assistenza (art. 1., L. 251/2000 - Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza...)
- D) Anche per l'ostetrica ulteriori funzioni nelle aree di competenza, possono essere stabilite dallo Stato e dalle regioni "nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative.

Premesso quanto sopra si evince in modo chiaro che l'impiego della professione ostetrica è previsto nelle seguenti aree specialistiche di competenza: ambito ostetrico - ginecologico - neonatale. L'ostetrica/o, come si evince dal Codice deontologico FNCO 2010

- a) è responsabile dell'assistenza ostetrica, ginecologica e neonatale;
- b) attua interventi adeguati ai bisogni di salute riproduttiva, nell'esercizio delle funzioni di sua competenza per la prevenzione, cura, salvaguardia e recupero della salute individuale e collettiva.
- c) Il suo intervento è di natura intellettuale e tecnico-scientifica, in ambito assistenziale, relazionale, educativo e gestionale, svolto con responsabilità, in autonomia e/o in collaborazione con altri professionisti sanitari.
- d) Tutela la dignità e promuove la salute femminile in ogni età, individuando situazioni di fragilità, disagio, privazione e violenza, fornendo adeguato supporto e garantendo la segnalazione alle autorità preposte, per quanto di sua competenza
- e) Nel rispetto dei programmi di salute multidisciplinari, integra le attività di sua competenza a quelle degli altri professionisti e si impegna a fornire informazioni complete e corrette sui

**segue CAMPO PROPRIO DI ATTIVITA' E RESPONSABILITA' DELL'INFERMIERE**  
disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria; (art. 1 DM 739/94);

- c) Le funzioni proprie della professione sono definite "dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché degli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione degli obiettivi dell'assistenza (art. 1, comma 1, L. 251/2000)
- d) ulteriori funzioni possono essere stabilite dallo Stato e dalle regioni "nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative.

Premesso quanto sopra si evince in modo chiaro che la professione infermieristica ha una connotazione generale che vede l'impiego di detto personale in ogni ambito sanitario in quanto l'art. 1 commi 2 e 3 dispongono letteralmente: L'assistenza infermieristica, preventiva, curativa palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili e di tutte le età e l'educazione sanitaria. L'infermiere:

- a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività
- b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
- c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;
- d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
- f) per l'espletamento delle funzioni, si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;
- g) svolge la sua attività in strutture sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero-professionale.

*segue* ➔

mi previa emanazione di due bandi come descritti all'inizio della relazione. Inoltre è stato ampliato il capitolo relativo alle consulenze legali (per €20.000,00) nella convinzione che sia costante e prioritaria la necessità di una tutela legale del professionista ostetrico.

### PROPOSTA DI RIFORMA DEL REGOLAMENTO DI AMMINISTRAZIONE E CONTABILITÀ DELLA FNCO

Infine, in questa sede il Comitato centrale sottopone all'attenzione del-

l'assemblea la proposta di riforma del Regolamento di amministrazione e contabilità della Fnco approvato con delibera del Consiglio nazionale della Fnco del 31/06/2006 e trasmesso ai Ministeri competenti con nota, raccomandata /ar, prot. 4181 del 03/11/2006.

Corre l'obbligo rammentare che la Fnco ha adottato un proprio Regolamento di amministrazione e contabilità ai sensi della L. 208/99, approvato dall'assemblea di Consiglio Nazionale del 31 marzo 2006. Inoltre, buona parte dei Collegi territoriali hanno adottato uno

schema simile di regolamento all'uopo predisposto dalla Fnco, cui hanno conferito mandato per acquisire il parere e l'approvazione presso le autorità competenti previa delibera di adozione in seno ai rispettivi Consigli Direttivi.

Allo stato attuale appare necessario procedere ad una modifica diffusa del Regolamento soprattutto per quanto concerne la parte contrattuale ed adeguarla alla normativa vigente sui contratti pubblici, con particolare attenzione al Codice dei contratti pubblici (d.lgs 163/06 – come aggiornato da ul-

#### segue CAMPO PROPRIO DI ATTIVITA' E RESPONSABILITA' DELL'OSTETRICA/O

- programmi di prevenzione, assistenza/cura, riabilitazione e palliazione, utilizzando metodologie di comunicazione efficaci e favorevoli i processi di comprensione della persona.
- f) Prende parte alla pianificazione dei percorsi diagnostico-terapeutici dell'area ostetrico-ginecologica e neonatale ed attua i relativi programmi di prevenzione, assistenza/cura e riabilitazione.
  - g) Sulla base delle competenze acquisite in ambito ginecologico, orienta il proprio operato a favore della continuità e della qualità dell'assistenza; partecipa alle procedure diagnostico-terapeutiche e sostiene in modo attivo il percorso di salute della donna.
  - h) Promuove e si impegna a garantire la continuità assistenziale accompagnando e prendendosi cura della donna, della coppia, del nascituro durante la gravidanza, il travaglio, il parto ed il puerperio, al fine di garantire una salute globale degli assistiti
  - i) Si impegna nella tutela e nella sorveglianza dei processi fisiologici della sessualità, della fertilità e della salute riproduttiva della donna e della coppia.
  - j) Garantisce cure appropriate al neonato favorendo i processi fisiologici di adattamento alla vita post-natale.
  - k) Con il consenso della persona interessata, promuove le tecniche di contenimento del dolore nella donna e nel neonato per quanto di sua competenza attraverso una scelta clinicamente ed eticamente appropriata.
  - l) Favorisce l'attaccamento precoce madre/padre e bambino, promuove l'allattamento al seno e supporta il ruolo genitoriale.
  - m) Favorisce una informazione corretta ed appropriata sulla donazione/raccolta di materiale biologico ai fini terapeutici e di ricerca, per mettere la donna/coppia nelle condizioni di poter fare una scelta consapevole.
  - n) Si impegna a promuovere la salute globale e riproduttiva della persona fornendo un'informazione corretta, appropriata e personalizzata rispetto agli stili di vita.
  - o) Per la tutela e l'attuazione del diritto alla procreazione cosciente e responsabile, presta ed assicura con ogni mezzo a sua disposizione, sostegno ed informazioni sui temi della sessualità, della riproduzione e della contraccezione.
  - p) Assicura il rispetto del diritto della madre a conservare l'anonimato riguardo al concepito e al parto, salvo quanto previsto da specifiche normative

#### segue CAMPO PROPRIO DI ATTIVITA' E RESPONSABILITA' DELL'INFERMIERE

timo con il decreto legge 22 giugno 2012, n. 83 e con il decreto legge 6 luglio 2012, n. 95) ed al relativo Regolamento di esecuzione approvato con DPR 207/2010 e s. m. e i.. Tale modifica è altresì necessaria alla luce della disciplina sulla tracciabilità dei flussi finanziari, di cui all'art. 3 della L. 136/2010.

Per la modifica complessiva del regolamento la Fnco richiede tempi di istruttoria, analisi ed approvazione più lunghi per cui ne rimanda alla prossima Assemblea di Consiglio Nazionale la modifica e l'approvazione complessi-

va. Ciò nonostante, nell'immediato è necessario procedere ad alcune modifiche che consentano di arginare problemi di gestione contrattuale e di incongruenza legislativa, onde garantire che dal 1° gennaio 2013 la Federazione sia nelle condizioni di sottoscrivere contratti conformi alla normativa vigente.

Pertanto, congiuntamente alla presente relazione l'assemblea approverà un Documento a riguardo (il testo è disponibile sul sito [www.fnco.it](http://www.fnco.it)).

Alla luce di quanto sopra, si invitano tutti i Collegi che hanno adottato il Re-

golamento di amministrazione e contabilità sopra richiamato ad apportare analoga modifica in seno ai propri Consigli direttivi ed alle rispettive assemblee degli iscritti. Si auspica inoltre che anche quei Collegi che non avevano adottato suddetto regolamento, vogliano quanto prima adeguarsi.

In merito a queste nuove disposizioni che dovranno necessariamente essere adottate anche da tutti i Collegi, la Fnco si farà carico di momenti informativi da condividere con i Consigli direttivi ed il personale dipendente dei Collegi.

#### segue CAMPO PROPRIO DI ATTIVITA' E RESPONSABILITA' DELL'OSTETRICA/O

Tali attribuzioni sono altresì in linea con quanto determinato nel processo di Bologna e nell'applicazione dei descrittori di Dublino.

Il D.Lvo 206/07 mira alla formazione di una/un professionista ostetrica/o competente nella pianificazione realizzazione e valutazione delle cure sanitarie in ambito ostetrico-ginecologico-neonatali, nel rispetto degli standard delle Direttive europee.

L'ostetrica/o, come si evince nel DM 740/94 art. 1

- Assiste e consiglia la donna nel percorso nascita (della gravidanza, parto e puerperio), conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato.

- Partecipa:

- a) ad interventi di educazione sanitaria e sessuale sia nell'ambito della famiglia che nella comunità;
- b) alla preparazione psicoprofilattica al parto;
- c) alla preparazione e all'assistenza ad interventi ginecologici;
- d) alla prevenzione e all'accertamento dei tumori della sfera genitale femminile;
- e) ai programmi di assistenza materna e neonatale.

Gestisce, come membro dell'équipe sanitaria, l'intervento assistenziale di propria competenza (area ostetrica, ginecologica e neonatale).

Contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.

È in grado di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono intervento medico e di praticare, ove occorra, le relative misure di particolare emergenza, in ambito ostetrico, ginecologico e neonatale.

Svolge la sua attività in strutture sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero-professionale.

#### segue CAMPO PROPRIO DI ATTIVITA' E RESPONSABILITA' DELL'INFERMIERE

Tali attribuzioni sono altresì chiaramente in linea con quanto determinato nel Processo di Bologna e nell'applicazione dei Descrittori di Dublino. Anche il D.Lvo 206/07 sottolinea che la formazione dell'infermiere è mirata a pianificare, dispensare e valutare cure sanitarie globali.

Di contro il profilo dell'Ostetrica (DM 740/1994 art. 1) dispone che l'ostetrica "assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato".

Si ritiene necessario quindi sottolineare che:

- l'infermiere è responsabile dell'assistenza generale infermieristica, rivolta a tutti indistintamente, sia relativamente alla patologia che all'età del paziente.
- Il profilo DM 739/94 inoltre prevede espressamente una formazione infermieristica post-base per la pratica specialistica intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche anche nell'area della pediatria.

# IL SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE E LE OSTETRICHE. FONDAMENTI, SVILUPPI E PROPOSTE

Iolanda Rinaldi

Consigliera FncO, Presidente Collegio Ostetriche di Roma, Dirigente Ausl RM A titolare posizione organizzativa e responsabile dell'area ostetrica nel servizio delle professioni infermieristiche e ostetriche

**L**e cure primarie rappresentano una vera e propria area-sistema dotata di caratteristiche peculiari e profondamente diverse da quelle, altrettanto tipiche, dell'assistenza ospedaliera. Il Sistema delle cure primarie trova le sue radici nell'articolo 32 della Costituzione Italiana che così recita: *La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana*. La Costituzione Italiana, nel sancire la tutela della salute come "diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività", di fatto obbliga lo Stato a promuovere ogni opportuna iniziativa finalizzata ad adottare precisi comportamenti per la tutela della salute in termini di generalità e di globalità. Il mantenimento di uno stato di completo benessere psico-fisico e sociale costituisce un diritto fondamentale per l'uomo, per i valori di cui egli stesso è portatore, e costituisce anche un interesse per la collettività, per l'impegno ed il ruolo che l'uomo stesso è chiamato ad assolvere nel sociale per lo sviluppo e la crescita della società civile.

La salute, in quanto indispensabile presupposto per il godimento di tutti gli altri diritti costituzionali, costituisce un diritto fondamentale e, tradizionalmente, col diritto al rispetto dell'integrità fisica dell'individuo. Nella concezione solidaristica della Costituzione il diritto alla salute obbliga lo Stato ad assicurare le prestazioni sanitarie e farmaceutiche non solo agli indigenti, ma anche a tutta la popolazione. La protezione della salute, intesa come diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche, è stata inserita anche nella Carta dei diritti fon-

damentali dell'Unione europea. Il diritto alla salute comporta anche il diritto alla salubrità dell'ambiente, poiché la prevenzione di alcune patologie impone di eliminare le cause dell'inquinamento ambientale, di cui esempio emblematico è il provvedimento adottato di recente, dalla Magistratura e diretto ad interrompere le attività delle acciaierie di Taranto. Il sistema di governo della sanità obbliga, quindi, lo Stato a fornire ogni servizio ritenuto utile, essenziale e indispensabile alla tutela della salute fornendo le risorse necessarie senza alcuna limitazione attraverso il Servizio Sanitario Nazionale. La Costituzione Italia, in maniera lungimirante e nel rispetto dei principi di uguaglianza e giustizia sociale e nella prospettiva della garanzia del diritto alla salute come diritto umano universale ed inalienabile, non limita la garanzia di tale diritto a soli cittadini o ai residenti, ma lo estende a tutti gli individui, affermando così di fatto il diritto alla salute anche per i migranti. Il D.Lgs n. 286/1998 (T.U. sull'immigrazione) fa propri i principi dell'articolo 32 stabilendo all'art. 2 "Diritti e doveri dello straniero".

La norma di carattere generale che il comma 2 stabilisce che "allo straniero comunque presente alla frontiera o nel territorio dello Stato sono riconosciuti i diritti fondamentali della persona umana previsti dalle norme di diritto interno, dalle convenzioni internazionali in vigore e dai principi di diritto internazionale generalmente riconosciuti" e prosegue al comma 3 stabilendo che "la Repubblica Italiana, in attuazione della convenzione dell'OIL n. 143 del 24 giugno 1975, ratificata con legge 10 aprile 1981, n. 158, garantisce a tutti lavoratori stranieri regolarmente soggiornanti nel suo territorio e alle loro famiglie parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai lavoratori italiani". Il Sistema Sanitario Nazionale, riconosciuto come uno dei migliori esistenti al mondo, è strutturato



in un complesso di funzioni, strutture, servizi ed attività destinate alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione alcuna e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini verso il servizio.

#### **Sistema delle cure primarie**

Con i Decreti Legislativi n. 502/1992 e n. 229/1999 e successive integrazioni e modificazioni il Sistema Salute è stato profondamente innovato con l'aziendalizzazione delle UU.SS.LL., dotando le nuove strutture di personalità giuridica pubblica, di autonomia imprenditoriale, di strumenti operativi innovativi e improntando la gestione delle risorse economiche, strumentali ed umane ad esse destinate a criteri di efficienza, efficacia ed economicità. Le prestazioni erogate sono fornite da strutture pubbliche e private accreditate presso il Servizio Sanitario Nazionale o sono prodotte dalle stesse aziende, come nel caso di prestazioni specialistiche ambulatoriali ed ospedaliere. Le stesse sono, inoltre, chiamate a gestire direttamente tutta una serie di servizi preposti ad attività finalizzate alla prevenzione ed alla ria-

abilitazione nei diversi campi e con riferimento ai diversi utenti per garantire i livelli essenziali di assistenza quali definiti dal piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute espresso, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità della cura, della loro appropriatezza riguardo le specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse disponibili per il miglior uso possibile delle stesse. Ne deriva la necessità di programmare attività fissando priorità ed obiettivi specifici che, nell'ambito delle cure primarie, presentano caratteristiche peculiari e profondamente diverse da quelle dell'assistenza ospedaliera. Secondo la storica dichiarazione di Alma Ata del 1978 le cure primarie possono essere così definite: "l'assistenza sanitaria di base è quella assistenza sanitaria essenziale, fondata su metodi pratici e tecnologie appropriate, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie nella collettività, attraverso la loro piena partecipazione, a un costo che la collettività e i pae-

*segue a pagina 23 ➔*

## La proposta Fncp per una nuova declinazione delle competenze ostetriche

### Area cure primarie in ambito riproduttivo: assistenza nelle cure primarie

L'ostetrica/o ha competenza per:

- gestire i bisogni socio-sanitari e sanitari delle donne coppie e famiglie in tutte le fasi della vita;
- utilizzare strumenti standardizzati per l'identificazione precoce dei fattori di rischio di potenziali stati patologici (ostetricia-ginecologia di opportunità e di iniziativa, medicina di genere);
- definire criteri per la classificazione del livello di complessità assistenziale in campo ostetrico-ginecologico e neonatale basati sullo stato funzionale cognitivo e di stabilità clinica;
- elaborare con l'equipe multiprofessionale il percorso clinico-assistenziale della persona assistita (donna, coppia e/o neonato) avvalendosi del sistema informativo al fine di garantirne la tracciabilità;
- monitorare le condizioni di stabilità della persona assistita in funzione alla patologia in ambito ostetrico, ginecologico e neonatale;
- proporre un intervento socio-assistenziale sulla base delle interpretazioni relative ai dati clinico-assistenziali e sociali della persona assistita;
- trattare in autonomia problemi specifici di ambito ostetrico-ginecologico e neonatale sulla base di percorsi clinico assistenziali o protocolli condivisi nell'equipe multi professionale;
- collaborare all'attività di sorveglianza e farmaco-vigilanza nelle condizioni croniche identificando gli eventuali segnali di destabilizzazione specifici per patologia ostetrica e ginecologica;
- garantire supporto-educazione terapeutica alla donna, coppia-famiglia assistite;
- proporre e realizzare l'assistenza domiciliare per una adeguata vigilanza, assistenza e sostegno alla donna, coppia e neonato in carico;
- riconoscere segni e/o segnali di disagio psichico e cognitivo ed attivare interventi specialistici e la rete del percorso nascita per la donna in epoca peri-gravidica, gravidica e puerperale;
- attivare la rete dei servizi a supporto e in collaborazione con gli altri profili professionali sanitari e sociali, le comunità, le associazioni di volontariato e gli stakeolders;
- utilizzare l'ecografia e altri strumenti di diagnostica semplice in campo ostetrico, ginecologico a sostegno dell'esame clinico e dell'attività assistenziale;
- riconoscere le condizioni potenzialmente patologiche e mettere in atto le prime procedure di sicurezza;
- garantire la presa in carico della persona assistita e della famiglia in condizione di fragilità e/o con disagio psico-sociale in generale, agendo con particolare attenzione nel percorso gravidanza puerperio e menopausa.
- realizzare un'assistenza ostetrica centrata sui problemi di salute e sulle necessità della persona assistita e/o della famiglia in relazione all'età, al grado di autonomia, alla necessità di mantenere e sviluppare legami affettivi e sociali
- svolgere una funzione di accoglienza e di filtro rispetto alle richieste della persona assistita orientandola verso i servizi territoriali (casa della salute-consultori) e verso gli operatori adeguati al bisogno di salute espresso
- favorire l'applicazione delle raccomandazioni di buone pratiche nella gestione complessiva della persona assistita e degli schemi terapeutico-assistenziali individuati
- collaborare alla gestione del processo di prevenzione, programmazione diagnostica e d'intervento per il rischio infettivo nella persona assistita
- gestire il processo assistenziale ostetrico-ginecologico-neonatale nell'ambito della continuità assistenziale, della domiciliari età, nei punti unici d'accesso (PUA) e nei distretti sanitari
- applicare i processi assistenziali nei contesti di comunità
- gestire il bilancio di salute della donna della gestante e del neonato assistiti sulla base di protocolli condivisi
- gestire, in collaborazione con altri professionisti, programmi di screening per le popolazioni a rischio
- garantire e attuare l'assistenza ostetrica nello screening di 1°, 2° e 3° livello per la prevenzione dei tumori della sfera genitale e

riproduttiva

- organizzare campagne vaccinali (esempio HPV - ed anti-Rubeo) in particolar modo orientate alla salute sessuale e di genere
- organizzare programmi di sorveglianza, prevenzione e di controllo delle infezioni in ambiente ospedaliero e/o comunità, orientati sia agli utenti che agli operatori
- garantire assistenza alla donna in tutte le fasi della vita riproduttiva: fase pre-puberale, puberale, pre-concezionale gravidanza, post-partum, puerperio, età fertile, menopausa/climaterio
- garantire l'ADIGO (Assistenza domiciliare integrata ginecologica neonatale/ostetrica)
- gestire la terapia su protocolli concordati e collaborare all'attività di sorveglianza e farmacovigilanza nelle condizioni acute identificando gli eventuali segni di destabilizzazioni specifici per ogni patologia.

### Area cure primarie in ambito riproduttivo: educazione-informazione-formazione

- promuovere il processo educativo in area ostetrico-ginecologica-neonatale
- realizzare, in collaborazione con gli insegnanti delle scuole, specifici programmi di educazione sessuale rivolti agli studenti e ai genitori per il controllo dei fattori di rischio in rapporto alle fasce d'età ed alla differenza di genere
- realizzare momenti formativi inerenti la medicina di genere rivolti al personale socio-sanitario
- educare la persona assistita e la sua famiglia a corrette abitudini di vita, tenendo conto della loro rappresentazione della malattia e delle differenze comportamentali legate alla cultura di appartenenza, con particolare riferimento alla prevenzione delle M.G.F. (mutilazioni genitali femminili)
- realizzare interventi educativi alla gravida lavoratrice rispetto alle tutele normative previste, inclusa la sicurezza dei luoghi di lavoro
- realizzare interventi educativi rivolti al personale socio-sanitario rispetto a problematiche inerenti la promozione, la prevenzione e l'educazione sanitaria.
- attivare percorsi assistenziali secondo il modello della continuità delle cure alla donna, alla coppia, al neonato, alla famiglia
- creare una rete multidisciplinare, multi professionale di professionisti da consultare quando è opportuno, al fine di garantire alla donna e alla coppia un'assistenza integrata
- realizzare interventi educativi su corretti stili di vita (es fumo e alcol) ed alimentari in particolare rivolti alle donne, coppie e famiglie
- implementare indagini sulla salute della popolazione utilizzando metodi e strumenti di ricerca idonei.

### Conclusioni

Le "Cure Primarie rappresentano il primo livello di contatto delle persone, della famiglia e della comunità con il Servizio Sanitario Nazionale. La riorganizzazione delle cure primarie ha importanti ricadute anche sulla qualità della risposta ai bisogni socio-sanitari complessi, che vedono agire accanto a determinanti sanitari, anche, determinanti sociali, in cui spesso la mancata presa in carico congiunta dei servizi sociali tende a vanificare anche il più complesso intervento sanitario. Nell'ambito delle Cure Primarie le forme organizzative multiprofessionali denominate unità complesse di cure primarie (UCCP) che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il SSN, delle ostetriche, degli infermieri, dei tecnici della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria, rivestono un ruolo centrale. L'Istituzione del Dipartimento delle cure primarie, all'interno di ogni singola Azienda sanitaria, articolato per distretto sanitario, acquisterebbe un significato del tutto particolare in quanto strumento capace di realizzare un "governo" effettivo del complesso delle attività di assistenza primaria i cui momenti fondamentali passano attraverso la predisposizione di piani di intervento specifici per le diverse aree assistenziali e la gestione unitaria delle risorse umane e professionali.

“

L'assistenza sanitaria di base fa parte integrante sia del sistema sanitario nazionale, di cui è il perno e il punto focale, sia dello sviluppo economico e sociale globale della collettività

➔ segue da pagina 21

si possono permettersi ad ogni stadio del loro sviluppo nello spirito di responsabilità e di autodeterminazione". L'assistenza sanitaria di base fa parte integrante sia del sistema sanitario nazionale, di cui è il perno e il punto focale, sia dello sviluppo economico e sociale globale della collettività. È il primo livello attraverso il quale gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il sistema sanitario nazionale, avvicinando il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di pro-





tezione sanitaria. Nelle Cure primarie prevale il cosiddetto paradigma “dell’iniziativa” con il quale si intende un pattern assistenziale orientato alla “promozione attiva” della salute e al rafforzamento delle risorse personali (auto-cura e family learning) e sociali (reti di prossimità e capitale sociale) a disposizione dell’individuo, specie se affetto da malattie croniche o disabilità. Nell’assistenza ospedaliera è invece prevalente il paradigma “dell’attesa” con il quale si evidenzia un pattern assistenziale ad elevata standardizzazione ed intensità tecnico-assistenziale che si attiva e si mobilita in presenza di un evento “nuovo” e con caratteristiche prevalentemente di acuzie, di urgenza od emergenza. I due paradigmi assistenziali identificano bisogni e fasi diverse ma che in ogni caso, per essere entrambi centrati sulla persona e riuscire a garantire presa in carico e continuità nelle cure, devono necessariamente integrarsi tra loro in una unica rete assistenziale. Elementi fondamentali dell’area delle cure primarie sono dunque l’estensività ed equità nell’assistenza e nell’accesso alle cure, la prossimità delle cure ai luoghi di vita dei cittadini, l’integrazione tra attività sanitaria e sociale. Le cure primarie riconoscono dunque come proprio livello di riferimento quello più prossimo ai cittadini e cioè il territorio il cui ambito organizzativo specifico è quello distrettuale. Il Distretto, quale articolazione unitaria del sistema sanitario dove avviene la programmazione dei servizi, al suo interno prevede, un’ulteriore suddivisione dello spazio assistenziale in aree sub distrettuali, consentendo che l’erogazione dei servizi e delle cure avvenga in prossimità dei cittadini, ivi compreso il livello domiciliare. Il sistema Primary care, quale sistema complesso ed articolato, necessita di una forte valorizzazione all’interno del sistema salute come sembra prospettarsi con il “Decreto Legge recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di tutela della salute”. Il D.L., già approvato dalla Camera al Capo I articolo 1 “Riordino dell’assistenza territoriale e mobilità del per-

**Nelle Cure primarie prevale il cosiddetto paradigma “dell’iniziativa” con il quale si intende un pattern assistenziale orientato alla “promozione attiva” della salute e al rafforzamento delle risorse personali (auto-cura e family learning) e sociali (reti di prossimità e capitale sociale) a disposizione dell’individuo, specie se affetto da malattie croniche o disabilità**

sonale delle Aziende Sanitarie” affronta, appunto, la riforma delle cure primarie. La norma, ancora al vaglio del Senato, affida alle Regioni la riorganizzazione dell’assistenza primaria secondo modalità operative monoprofessionali denominate aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e forme organizzative multiprofessionali denominate unità complesse di cure primarie (UCCP) che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l’integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il SSN, delle ostetriche, degli infermieri, dei tecnici, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. Le unità complesse di cure primarie sono costituite da reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l’arco della giornata, nonché nei giorni pre-festivi e festivi con idonea turnazione. Le aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e le unità complesse di cure primarie (UCCP) erogano l’assistenza primaria H24 attraverso personale convenzionato con il Ssn.

#### **L’ostetrica e le cure primarie**

L’assistenza distrettuale comprende le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all’assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, Sert, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche). La Federazione nazionale dei Collegi delle Ostetriche, nello spirito di predisporre una revisione delle competenze dell’ostetrica/o e nello specifico delle competenze nell’ambito delle cure primarie e quindi all’interno del distretto, ha condiviso con il Consiglio nazionale, una nuova declinazione delle competenze, riportata nel box a pagina 22.



# PARTO ANONIMO. LE ESPERIENZE IN LOMBARDIA E NEL LAZIO E IL RUOLO DELLE OSTETRICHE

## Abstract

Ogni anno in Italia sono circa 410 le donne che decidono di non essere nominate al momento del parto, di ricevere assistenza ospedaliera in totale segretezza e poi non riconoscere il proprio figlio lasciandolo alle cure dell'equipe sanitaria (art. 30 del DPR 396/00). Eppure questo fenomeno è ancora poco studiato anche se, come tutte le situazioni che evidenziano disagio sociale, meriterebbe maggiore attenzione, soprattutto da parte delle strutture sanitarie che si confrontano sempre più spesso con esso.

Poiché la figura professionale che maggiormente si trova ad affrontare questo evento è l'ostetrica/o (d'ora in avanti, per semplicità, ostetrica) i principali obiettivi di questa indagine conoscitiva sono: capire meglio quale sia l'approccio ostetrico diffuso nel Lazio nei riguardi delle donne anonime e confrontarlo con i requisiti di assistenza indicati dal progetto Madre Segreta a Milano

## AUTRICI

- **Veronica Ricciuto**  
Ostetrica - Libera Professionista  
Viale Francesco Caltagirone, 251  
cap 00132 - Roma - email: veronica.ricciuto@libero.it
- **Alessandra Palattella**  
Medico Chirurgo specialista in Psichiatria - Ricercatore sezione di Ginecologia e Ostetricia dipartimento di biomedicina e prevenzione Università degli Studi di Roma Tor Vergata
- **Simona De Luca**  
Ostetrica - Fondazione Ptv  
Policlinico Tor Vergata, Roma
- **Simona Sarta**  
Ostetrica - Coordinatore Didattico Corso di Laurea in Ostetrica - Università degli Studi di Roma Tor Vergata

che affronta da diversi anni questa tematica; comprendere meglio le difficoltà di ordine burocratico e psicologico che possono emergere in questi casi nelle ostetriche e come queste influenzino, in termini di assistenza alla paziente, l'attività lavorativa; testare il grado di preparazione del campione intervistato sia in ambito epidemiologico del fenomeno che in quello legislativo.

## Introduzione

Sin dal 1927, in Italia, alle donne era garantito l'anonimato al momento del parto unicamente nei confronti di figli illegittimi, e una storia lunga di discriminazione si è conclusa solo nel 1994 quando la Corte di Cassazione ha definitivamente confermato la possibilità di esercitare questo diritto anche sui figli legittimi. Ciò che di diverso viene chiesto all'ostetrica in questi casi è di accettare in primis la difficile decisione della donna e poi sostenerla in un'esperienza non solo straziante ma anche priva di emozioni positive. Diversi gruppi di lavoro che hanno approfondito le conoscenze riguardo la maternità difficile, sostengono la necessità di un confronto sulle prassi in atto nelle diverse strutture ospedaliere con l'obiettivo di definire e condividere specifiche e comuni linee operative. Tra essi ritroviamo il progetto Madre Segreta a Milano, che nel 2006 ha elaborato un manuale di comportamento per gli operatori sanitari elencante le procedure corrette e gli strumenti adeguati per la ge-



stione di questi casi, ed il Progetto Salvamamme-Salvabebè, attivo a Roma, che nel 2007 ha divulgato un elaborato simile. I due documenti concordano su quanto sia fondamentale, nei casi di parto anonimo, per un operatore sanitario mantenere una posizione neutrale e rispettosa delle motivazioni della donna, competente sulle norme giuridiche del riconoscimento/non riconoscimento e garante della riservatezza, sollecitando le strutture ad individuare una figura di riferimento, atta a limitare quegli interventi estemporanei e frammentati che possano verificarsi in questi casi.

Si è quindi deciso di effettuare un'indagine conoscitiva per constatare quali fossero effettivamente le conoscenze delle ostetriche sul fenomeno, le modalità più diffuse di approccio alla donna e quale importanza abbia l'esperienza lavorativa in questi casi.

### Materiali e metodi

Per raggiungere gli obiettivi espressi si è deciso di somministrare un questionario, composto di 23 domande a risposta multipla ed una aperta (che non tratteremo per mancanza di spazio), ad un campione rappresentativo di 150 ostetriche/i (d'ora in avanti, per semplicità, ostetriche) esercenti la professione nelle seguenti sei strutture ospedaliere della regione Lazio:

- Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
- Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata
- Ospedale San Giovanni Calibita - Fatebenefratelli - Isola Tiberina
- Ospedale San Giuseppe - Marino / ASL RMH
- Ospedale Sandro Pertini / ASL RMB

Il questionario è stato ideato sulla base delle conoscenze che sono state approfondite in questo ambito, con particolare riferimento al manuale "Ospedali e nascite: impossibilità materna - procedure e strumenti" realizzato dal progetto Madre Segreta di Milano ed al "Protocollo d'intesa per le Buone Prassi da attuare negli ospedali in caso di parto anonimo" (prot. N° 56854 del 29 ottobre 2007), realizzato dal Comune di Roma (V Dipartimento) d'intesa con il Tribunale dei Minorenni di Roma. Dopo aver ottenuto l'autorizzazione dalle Strutture sopra elencate si è proceduto all'autosomministrazione dello strumento utilizzato, consegnato in forma cartacea e ritirato subito dopo la compilazione, rispettando la privacy e l'anonimato dei compilatori.

### Risultati

Il campione è composto da 150 operatori in possesso della laurea in ostetricia o titolo equipollente e così rappresentati: il 40% operante in Sala Parto da più di 10 anni, il 36% da meno di 10 anni ma più di 3 ed il restante 24% da meno di 3 anni. Il 42% ha assistito a più parti anonimi, il 18% ad uno solo nel corso della propria carriera professionale, il 16% non ha mai assistito direttamente ma ha visto un collega farlo, mentre il restante 24% è completamente estraneo a tale esperienza. In questo ultimo gruppo il 66,7% si sentirebbe pronto ad assistere in autonomia un parto anonimo, mentre il 30,6% solo se affiancato da un collega con maggiore esperien-

za e la restante percentuale crede di non riuscire a relazionarsi con la donna. Invece tra chi ha avuto modo di vedere almeno una volta un collega assistere uno, queste percentuali sono rispettivamente del 70,8%, 29,2% e 0%. Tra le 100 ostetriche che hanno assistito direttamente o indirettamente ad almeno un parto anonimo solo il 13,6% ha dichiarato di aver avuto problemi a relazionarsi con la donna. Di esse il 40% ha individuato la maggior difficoltà circoscrivendola al periodo del travaglio, contro il 26,7% che sembra averla avuta durante tutto il periodo travaglio-parto, per un altro 26,7% solo dopo il parto e la restante percentuale soprattutto al momento del parto. Inoltre il 61,3% dell'intero campione ha dichiarato di essere sfavorevole all'uso esclusivo di una figura adeguatamente formata per assistere ai parti in anonimato e reperibile per essi, contro un 24% che invece lo ritiene utile ed un 14,7% che considera necessaria questa direttiva se attuata esclusivamente per i casi più complessi.

Suddividendo l'intero campione in tre gruppi (d'ora in avanti, per semplicità, g.) in ordine di esperienza:

- g.1: comprensivo di 60 ostetriche senza alcuna esperienza diretta del caso;
- g.2: comprensivo di 27 ostetriche che hanno assistito ad un solo parto anonimo;
- g.3: comprensivo di 63 ostetriche che hanno assistito in media a 5 parti anonimi ciascuno;

si è notato che l'esperienza delle ostetriche di fronte al parto anonimo gioca un ruolo fondamentale nel far acquisire ad esse maggior sicurezza, infatti con il crescere del numero di parti anonimi assistiti sono sempre di più quelle che non sentirebbero la necessità di delegare questa attività all'ostetrica formata: 53,3% nel g.1, 55,6% nel g.2 e 71,4% nel g.3.

Ma l'80,7% dell'intero campione ritiene indispensabile, soprattutto in caso di parto anonimo, che una stessa ostetrica segua la donna durante tutto il travaglio ed il parto. E nel g.3 questa percentuale tocca il 76,2%, confermando quindi quanto sia complesso instaurare una relazione con le donne anonime anche per le ostetriche più "esperte" in materia e che questo impegno possa essere ripagato solo dal poter seguire la donna fino a conclusione del parto.

Per quanto riguarda il grado di conoscenza del fenomeno tra le ostetriche:

- solo il 17,3% del campione intervistato sa o almeno pensa che il numero dei parti anonimi in Italia sia in un range compreso tra 350 e 450 all'anno;
- il 51,3% sa che la maggior parte delle donne che in Italia dal 2005 ad oggi hanno fatto/fanno ricorso al parto anonimo sono straniere; ma poiché questo dato varia molto da regione a regione non è del tutto infondata la considerazione fatta da quel 40% di ostetriche che ritiene vi sia una certa parità tra il numero di donne anonime italiane e quelle straniere;
- il 43,3% ritiene che la fascia d'età di appartenenza di queste donne sia quella compresa tra i 19 ed i 30 anni, confermando quindi il dato dell'Osservatorio di Madre Segreta. Si ricorda, infatti, che l'Istat dal 1998 non ha più raccolto e pubblicato le informazioni a tal riguardo;
- riguardo all'informazione dal punto di vista legislativo, la

percentuale di intervistate a conoscenza del fatto che la donna anonima ha 10 giorni di tempo dal momento del parto per poter decidere di riconoscere il figlio e può anche chiedere al tribunale dei minori di porre la sospensione dello stato di adottabilità per un periodo massimo di 60 giorni, è del 61,7% nel g.1, 74,1% nel g.2 e scende al 60,3% nel g.3.

Si è poi cercato di studiare meglio quale fosse l'approccio ostetrico alla donna anonima, considerando il campione rappresentativo della regione Lazio che, come altre regioni, manca di uno strumento che uniformi questa assistenza dal punto di vista pratico e relazionale. L'indagine condotta ha fatto emergere quanto segue:

- il 69% del campione non ha lasciato/lascerebbe alla donna anonima la possibilità di decidere da quale delle ostetriche presenti farsi assistere o non ritiene questo aspetto fondamentale;
- il 13,3% non sa che si possono dare alla donna anonima informazioni riguardo il sesso e lo stato di salute del nascituro;
- il 27,3% delle 110 ostetriche che ha assistito di persona almeno ad un parto anonimo o collaborato con una collega ha concesso alla donna che lo aveva richiesto di vedere il neonato al momento del parto, il 51,8% ha provato a capire quale fosse il desiderio di quest'ultima laddove non esplicitamente espresso, e la restante parte ha lasciato che il neonato fosse portato via subito o per mancanza o per esplicita richiesta della madre;
- il 68,7% ha dichiarato di rispettare la scelta delle donne di partorire in anonimato e un 30% ha invece provato/proverebbe a farle cambiare idea, l'1,3% non ha risposto a tale domanda;
- il 60% non ritiene difficile eseguire in questi casi il monitoraggio cardiocotografico e un ulteriore 33% ha dichiarato di aver diminuito il volume del monitor;
- il 61,3% ha dichiarato di provare per le donne anonime comprensione e dispiacere, un 16% pena e compassione, un 2% indifferenza, un altro 2% rabbia e il 18% non ritrovava tra i sentimenti sopra elencati quello provato.

Per ultimo, ma non meno importante, si riporta un ulteriore dato raccolto: il totale delle donne anonime assistite dalle ostetriche intervistate ammonta a 333 e se suddivise per tipologia di parto si osserva che di esse l'85,9% ha espletato un parto spontaneo, il 12,6% un taglio cesareo ed il restante 1,5% un parto operativo.

### Conclusioni

La percentuale di ostetriche che hanno vissuto almeno una volta questa esperienza conferma quanto il fenomeno trattato sia in continua crescita nel nostro paese.

Sembrerebbe circoscritta ad una piccola parte del campione intervistato la paura di non riuscire a relazionarsi con la donna. In ogni caso quasi tutte concordano sulla mancanza di una reale necessità di delegare questi parti ad una ostetrica di riferimento, indicando quindi la capacità di questa professione ad affrontare anche le situazioni con le quali ci si confronta meno. Ma pur sentendosi in grado di offrire anche alle "donne anonime" l'adeguata assistenza, molte sostengono l'importanza che al presentarsi di queste situazioni una sola ostetrica tra quelle in turno sia individuata per seguire la donna durante tutto il travaglio e il parto. Complessivamente si può ritenere buona la conoscenza delle ostetriche intervistate riguardo tale fenomeno, ma diversamente da quanto ci si sarebbe aspettati, la percentuale di ostetriche con minore esperienza in materia di parto anonimo che conosce le leggi a riguardo è più alta rispetto al g.3.

Si è però potuto apprezzare tramite le risposte fornite la capacità di molte di saper: garantire una posizione neutrale ed il dovuto rispetto a queste donne; di non dover convincere la donna a cambiare idea proprio al momento del parto, perché luogo e momento meno indicato; offrire alla donna la possibilità di vedere il figlio appena nato, di dare notizie circa lo stato di salute ed il sesso e di permettere ad essa di scegliere da chi farsi assistere al travaglio/parto. Dati questi rassicuranti soprattutto alla luce del numero di donne anonime che partoriscono spontaneamente e che quindi si confrontano soprattutto con l'ostetrica. A tal proposito si sottolinea come questa tipologia di donne fa di tutto per evitare un taglio cesareo, proprio perché lascerebbe loro una cicatrice, segno di quanto avvenuto e che potenzialmente metterebbe in pericolo la vita di molte che hanno vissuto la gravidanza in totale segretezza. Alla luce dei dati ottenuti si evidenzia la necessità di realizzare progetti atti a colmare lacune che indubbiamente si hanno di fronte ad un fenomeno relativamente nuovo e che possano uniformare l'approccio ostetrico soprattutto in un contesto delicato come questo. Si dovrebbe affrontare la tematica all'interno dei corsi di Laurea, creare giornate di aggiornamento professionale e divulgare su tutto il territorio nazionale un manuale simile ad "Ospedali e Nascite" che sottolinei soprattutto le procedure ed i comportamenti più idonei da adottare nei casi di parto anonimo e ogni volta che si pensi di avere di fronte una gravidanza difficile. Bisognerebbe istituire anche in altre regioni Osservatori simili a quello di Madre Segreta che possano costantemente monitorare il fenomeno e l'assistenza erogata ed approfondire la ricerca effettuata utilizzando un campione più vasto che delinei la realtà del fenomeno studiato su scala nazionale.

### Bibliografia

1. Bonnet Catherine, *La possibilità di non riconoscere il proprio nato: La situazione in Europa, Prospettive assistenziali*, n. 142, aprile-giugno 2003
2. Comune di Roma (V Dipartimento) *d'intesa con il Tribunale dei Minorenni di Roma, Nascita e abbandono in ospedale: Protocollo d'intesa per le buone prassi*, prot. N° 56854 - 29 ottobre 2007
3. Licheri A., Passeri G., *Maternità estrema - Gravidanza segreta - Parto in anonimato*, Sallustiana editrice, 2007
4. *Madre Segreta, L'esperienza di un servizio per la difficoltà materna*, Provincia di Milano, 2009
5. *Madre Segreta, Manuale ospedali e Nascite - Impossibilità materne - Strumenti e procedure*, Provincia di Milano
6. *Madre Segreta, Osservatorio permanente - Dati sulle nascite senza riconoscimento materno nelle province di Milano e Monza - Brianza*, Provincia di Milano, 2010

# I LAVORI DEL NEMIR PER RIVEDERE LA DIRETTIVA EUROPEA CHE RIGUARDA LA PROFESSIONE OSTETRICA

di Vania Cirese

Avvocato, in rappresentanza della FncO presso il Nemir

**I**l 14 settembre scorso a Parigi, presso l'Ordre National des Sages-femmes (168-Rue de Grenelle), si è riunito il gruppo di lavoro internazionale per completare di comune accordo le proposte di emendamenti della Direttiva Europea del Parlamento Europeo e del Consiglio, di modifica della Direttiva 2005/36 EC, sul riconoscimento della qualifica e libera circolazione delle professioni.

## Cos'è e cosa fa il Nemir

Val la pena ricordare che il Nemir (*Network of European Midwifery Regulators*, struttura che riunisce le rappresentanze istituzionali delle ostetriche nei Paesi Europei) nella massima lungimiranza è costituito da un lato dal versante "giuridico", con i legali dei *regulators*, avvocati specializzati in materia sanitaria e diritto comunitario, e dall'altro lato dal versante tecnico-decisionale ossia le presidenti o vicepresidenti (o loro delegati) degli Enti rappresentativi e organi disciplinari, omologhi della FncO, Consigli/Ordini nazionali (*regulators*).

Il Nemir si è costituito nel 2009 su iniziativa dell'Ordre National des Sages-femmes e il Nmc (UK).

Tale network degli European Midwifery Regulators, rappresenta l'insostituibile forum di cooperazione a livello europeo dei regulators delle Ostetriche, raccoglie oltre 25 paesi europei e consente lo scambio di informazioni e il più alto livello di comunicazione tra gli Ordini Nazionali delle Ostetriche fra loro e con le Istituzioni europee.

Il forum (network) è il luogo privilegiato per l'esame, il confronto e la discussione di ogni novità a livello normativo delle singole nazioni e dell'Unione Europea, consente il confronto delle prassi e delle problematiche, il raggiungimento degli obiettivi comuni e il perseguimento della più moderna ed efficace politica sanitaria e tutela degli interessi del profilo professionale delle ostetriche e della tutela del bene salute anche nell'ambito materno-infantile.

Il Nemir ha "rotto" l'isolamento delle ostetriche, confinate nei singoli Stati Membri, permettendo anche alle ostetriche italiane, in un assoluto salto di qualità, di essere ufficialmente rappresentate e ascoltate a livello europeo, con una partecipazione attiva ai lavori preparatori degli strumenti normativi europei, potendo così ricevere informative con assoluta priorità e seguire gli sviluppi della politica sanitaria europea per poter influire sulle decisioni in sede istituzionale europea e presso le proprie realtà nazionali, regionali, locali.

La Francia e l'Inghilterra hanno tenuto particolarmente a conferire una caratteristica imprescindibile per ogni foro internazionale che si rispetti, e cioè la co-partecipazione dei legali e dei Presidenti degli Enti. In vero il progresso sul versante tecnico, scientifico-sanitario, la tutela degli interessi e del profilo professionale, la tutela di valori costituzionalmente garantiti, necessitano della trasposizione degli obiettivi prefissi nel linguaggio tecnico-giuridico da parte di legali con esperienza di settore sui versanti della sanità (ginecologia ostetrica), diritto comunitario, redazione di disegni di legge, lingue (inglese e francese a livello elevato) per poter garantire discussioni tecniche e stesura dei testi, incontri nelle sedi istituzionali.

La presente premessa si è resa necessaria per valorizzare la lungimiranza e l'importanza del forum per la FncO. Tutto ciò premesso, l'attenzione va richiamata sull'incontro di settembre che ha avuto ad oggetto l'accordo sul contenuto dei principali emendamenti

ti da consegnare alla Parlamentare Mme Vergnaud e la strategia di sostegno da parte di ciascuna nazione al rapporto Vergnaud a mezzo degli Eurodeputati dei singoli Stati Membri. Su tale aspetto la Presidenza e il Comitato dovrà prendere delle decisioni per attivarsi al più presto. Il prossimo impegno della presidente FncO e del Comitato è necessariamente quello di seguire presso il Ministe-



ro della Salute il recepimento con decreto ministeriale della nuova Direttiva che finalmente, se sarà assicurata un'applicazione conforme al contenuto dello strumento legislativo dell'UE, garantirà l'autonomia delle ostetriche e valorizzerà il loro profilo professionale, eliminando i problemi e gli inconvenienti dell'errata restrittiva recezione della precedente versione ministeriale italiana (dlg 206/2007 art. 48).

È con viva soddisfazione che porto alla vostra attenzione che la riunione di Parigi ha consentito di rilevare che le richieste di emendamenti del gruppo di lavoro Nemir sono state tutte accordate dal rapporto Vergnaud ed in particolare è stata recepita tutta la riformulazione degli art. da 40 a 42 della proposta di Direttiva.

Io stessa, alla precedente riunione tenutasi in luglio a Londra, ho chiesto e ottenuto la formulazione dei punti 1 e 2 da lett. c) ad i) dell'art.42, nell'assoluto interesse della Fnco; nell'incontro di settembre è stato interamente confermato il contenuto, approvato da Mme Vergnaud, con la sola eliminazione della parola "sound" alla lett. a).

Il NEMIR dal 2009 si è riunito numerose volte sia in seduta plenaria, sia come gruppo di lavoro oltre ad aver comunicato in varie call conference per l'accordo sui documenti. Personalmente sono stata sempre presente e ringrazio la presidente Guana e la vicepresidente Cinotti della loro preziosa partecipazione.

Nei primi mesi di quest'anno dovrebbe tenersi la sessione del Parlamento Europeo per licenziare la Direttiva. La fase successiva passerà ai Ministri degli Stati Membri per il recepimento del testo e la sua attuazione.

Oltre alla faticosa riformulazione dell'art.42, Direttiva che consacra la battaglia a tutela delle ostetriche italiane, vanno segnalate alcune significative disposizioni in materia di formazione. In particolare: la durata della formazione (12 anni), il numero delle ore consacrate al tirocinio prati-

“

La riunione di Parigi ha consentito di rilevare che le richieste di emendamenti del gruppo di lavoro Nemir sono state tutte accordate dal rapporto Vergnaud ed in particolare è stata recepita tutta la riformulazione degli art. da 40 a 42 della proposta di Direttiva



Network of European  
Midwifery Regulators

co (almeno 2.300 delle 5.000 totali), la carta professionale europea, lo strumento informatico per la registrazione e il monitoraggio delle attività delle ostetriche, il requisito delle lingue e concreta preparazione per la circolazione e mobilità temporanea e per il diritto di stabilimento ed esercizio della professione nel territorio UE; (negli altri Stati Membri), il requisito degli ECTS.

Mi è gradita l'occasione per ringraziare le partecipanti: Mme Marianne Benoit, Truong Canh, Ursula Byrne, Mme Claudette Farrugia, Thresanne Howland, la Presidente Fnco Miriam Guana, la Presidente dell'Ordre National Sages-femmes Marie Josée Keller che ha ospitato il gruppo di lavoro e Charlotte Creiser che tanto si adopera per far pervenire a tutti precocissime, preziose informative e utili documenti, consentendo la più fruttuosa collaborazione. Giova, infine, ricordare che l'impegno della Fnco nell'ammendamento della direttiva europea è stato anche menzionato nella relazione su "Stato di salute nel Paese anno 2011", pubblicato dal Ministero della Salute (pag. 125).

La prossima riunione, calendarizzata per l'8 febbraio 2013, si terrà a Londra presso la sede dell'NMC.

## SVILUPPO DELLA RICERCA OSTETRICA

# CERCHIAMO STUDI DA PUBBLICARE SU "LUCINA: LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O"

Tenuto conto dell'importanza di una capillare valorizzazione e diffusione della ricerca ostetrica, la Fnco ritiene opportuno incentivare la redazione di articoli scientifici estratti da studi e ricerche recenti condotte anche per la stesura di tesi del Corso di Laurea in Ostetrica o Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche o Master e da pubblicare su numeri dedicati di "Lucina: la rivista dell'ostetrica/o". Sperando che l'iniziativa possa rappresentare un'opportunità per fare il punto della situazione sulla quantità e sulla qualità dell'attività scientifica realizzata dalla collettività ostetrica, si fa presente che le aree di interesse dovranno riguardare temi di

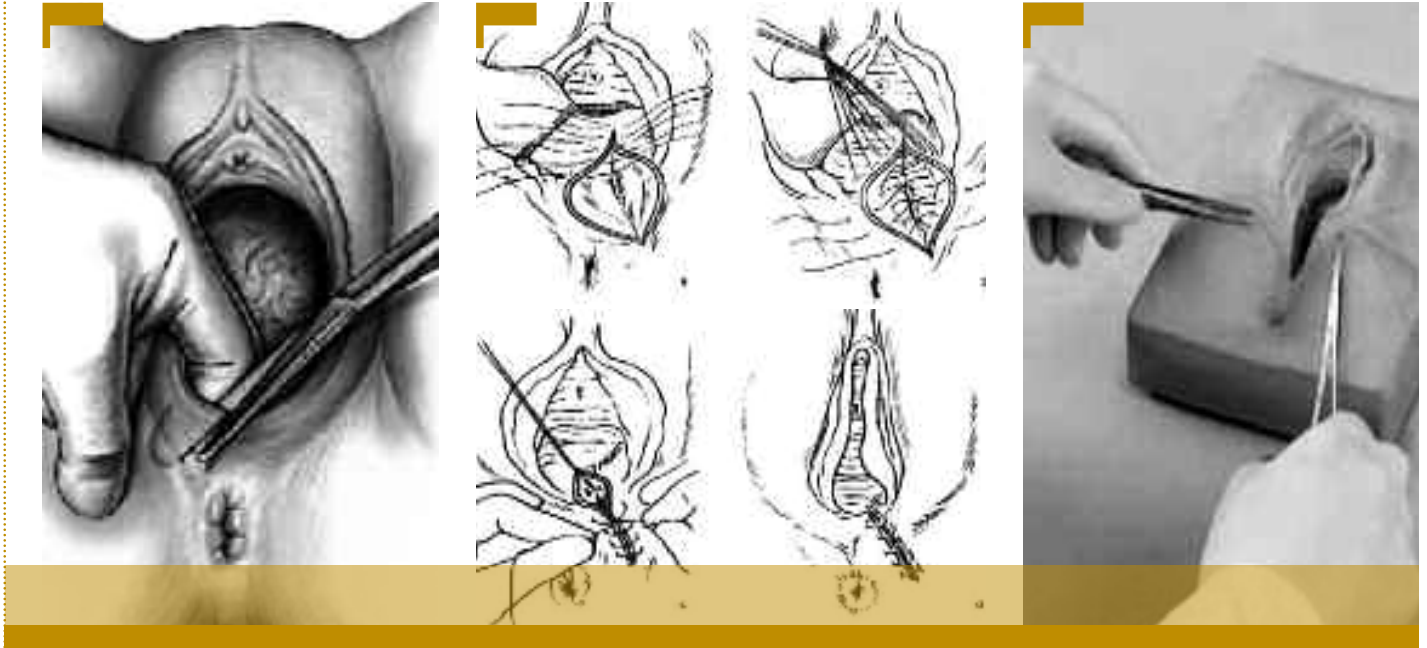
rilevanza professionale nei diversi settori di applicazione delle Scienze ostetrico-ginecologiche-neonatali tra cui: l'area clinico assistenziale, il management e la formazione.

Per la redazione degli articoli scientifici si rimanda alla lettura di quanto pubblicato a pag. 34 del precedente numero (Lucina n. 3/2012).

Gli elaborati dovranno essere trasmessi alla redazione esclusivamente al seguente indirizzo di posta elettronica dedicato: [redazione@lucina@gmail.com](mailto:redazione@lucina@gmail.com)

# L'ostetrica può effettuare l'episiotomia, l'episiorragia e la sutura di lacerazioni semplici

Parere tecnico condiviso all'unanimità dal Comitato Centrale della Fnco nella seduta del 13 ottobre 2012



## Premesso che

Sulla base di quanto disposto dalle normative vigenti nazionali ed europee:

Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 740 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'ostetrica/o"

Art. 1  
L'ostetrica/o ... "assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato".

Legge 26 febbraio 1999, n. 42 Disposizioni in materia di professioni sanitarie (G.U. 02-03-1999, n. 50, Serie Generale)

"...Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione postbase nonché degli specifici codici deontologici.."

Legge 10 agosto 2000, n. 251 Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica (G.U. 06-09-2000, n. 208, Serie Generale)

Art. 1  
1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.

Art. 1. "Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica"

DIRETTIVA 2005/36/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 7 settembre 2005 relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali (Testo rilevante ai fini del SEE)

V.5.1. Ostetrica "Insegnamento pratica e insegnamento clinico"  
5.5.1. Programma di studi per ostetriche (tipi di formazione I e II) Il programma di studi per il conseguimento dei titoli di formazione di ostetrica comprende le seguenti due parti: Insegnamento teorico e tecnico ... Tra gli insegnamenti impartiti sotto opportuna sorveglianza: "Pratica dell'episiotomia e iniziazione alla sutura. L'iniziazione comprenderà un insegnamento teorico ed esercizi clinici. La pratica della sutura comprende la sutura delle episiotomie e delle lacerazioni semplici del perineo, che può essere realizzata, se assolutamente necessario, in modo simulato ..." L'insegnamento teorico e tecnico (parte A del programma di formazione) e l'insegnamento clinico (parte B del programma di formazione) devono essere impartiti in modo equilibrato e coordinato, per consentire un'acquisizione adeguata delle conoscenze ed esperienze di cui al presente allegato. L'insegnamento ostetrico clinico

5.5.1 Programma di studi per le ostetriche (tipi di formazione I e II).

segue a lato ➔

**Sulla base delle evidenze scientifiche:**

L'episiotomia, uno degli interventi più frequentemente utilizzati durante il parto vaginale, è divenuto un intervento di routine senza che vi fossero prove della sua efficacia né nel ridurre – a breve termine – la gravità delle lacerazioni perineali e la intensità del dolore in periodo espulsivo, né – a medio-lungo termine – la frequenza di incontinenza

urinaria e fecale. I risultati della ricerca indicano, invece, che contenere il ricorso all'episiotomia (sia mediana che mediolaterale) presenta dei benefici ([www.saperidoc.it](http://www.saperidoc.it)). Gli studi clinici controllati randomizzati condotti sull'episiotomia hanno dimostrato che l'uso routinario di questo intervento dovrebbe essere evitato o contenuto. Vedi linea guida per riparazioni perineo Perineal Repair following De-

<p>↳ segue</p> <p><b>DIRETTIVA 2005/36/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 7 settembre 2005 relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali (Testo rilevante ai fini del SEE)</b></p> <p><b>5.5.1 Programma di studi per le ostetriche (tipi di formazione I e II).</b></p>	<p>deve essere effettuato sotto forma di tirocinio guidato presso un centro ospedaliero o un altro servizio sanitario riconosciuti dalle autorità o dagli organismi competenti. Nel corso di tale formazione le candidate ostetriche partecipano alle attività dei servizi in questione nella misura in cui tali attività contribuiscono alla loro formazione. Esse vengono iniziate alle responsabilità inerenti al lavoro delle ostetriche.</p>
<p><b>Decreto Legislativo 6 novembre 2007, n. 206 "Attuazione della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali.."</b></p> <p><b>Comma 2, lettere e), f), g) dell' art. 48 "Esercizio delle attività professionali di ostetrica"</b></p>	<p><b>Art. 48</b> Le ostetriche sono autorizzate all'esercizio delle seguenti attività:...</p> <p>e) assistere la partoriente durante il travaglio e sorvegliare lo stato del feto nell'utero con i mezzi clinici e tecnici appropriati;</p> <p>f) praticare il parto normale, quando si tratti di presentazione del vertex, compresa, se necessario, l'episiotomia e, in caso di urgenza, praticare il parto nel caso di una presentazione podalica;</p> <p>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;</p>
<p><b>Decreto Interministeriale 19 febbraio 2009</b> <b>Determinazione delle classi delle lauree delle professioni sanitarie (G.U. 25-05-2009, n. 119)</b></p>	<p><b>Art. 7</b> 1. Ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni, la prova finale dei corsi di laurea afferenti alle classi di cui al presente decreto ha valore di esame di Stato abilitante all'esercizio professionale. La prova finale si compone di:</p> <p>a) una prova pratica nel corso della quale lo studente deve dimostrare di aver acquisito le conoscenze e abilità teorico-pratiche e tecnico-operative proprie dello specifico profilo professionale;</p> <p>b) redazione di un elaborato di una tesi e sua dissertazione</p> <p>Allegato A L/SNT/1 Classe delle lauree in PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROFESSIONE SANITARIA OSTETRICA/O ... "Nell'ambito della professione sanitaria di ostetrica/o, i laureati sono professionisti sanitari cui competono le attribuzioni previste dal D.M. Ministero della sanità 14 settembre 1994, n. 740 e successive modificazioni ed integrazioni;.. " Le attività pratiche e di tirocinio vanno svolte, sia qualitativamente che quantitativamente, in applicazione delle relative norme comunitarie vigenti, in particolare lo standard formativo deve rispettare la direttiva 2005/36/CE</p>
<p><b>Codice deontologico dell'ostetrica/o 2010</b></p> <p><b>Articolo 3, punto 3 e punto 10</b></p> <p><b>DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 7 agosto 2012, n. 137 Regolamento recante riforma degli ordinamenti professionali, a norma dell'articolo 3, comma 5, del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148.</b></p> <p><b>Art.1, comma 1, lettera a) "Definizione e ambito di applicazione"</b></p> <p><b>Art. 2, commi 1 e 2 "Accesso ed esercizio dell'attività professionale"</b></p>	<p><b>Art. 3</b> a) 3.3 L'ostetrica/o si attiva per garantire un'assistenza scientificamente validata ed appropriata ai livelli di necessità...</p> <p>b) 3.10 L'ostetrica/o, al di fuori dei casi di emergenza-urgenza, prima di intraprendere sulla persona qualsiasi atto professionale, garantisce l'adeguata informazione al fine di ottenere il consenso informato, sulla base di una vera e propria alleanza terapeutica con la persona.</p> <p><b>Art. 1. Definizione e ambito di applicazione</b> 1. Ai fini del presente decreto: a) per «professione regolamentata» si intende l'attività, o l'insieme delle attività, riservate per espressa disposizione di legge o non riservate, il cui esercizio è consentito solo a seguito d'iscrizione in ordini o collegi subordinatamente al possesso di qualifiche professionali o all'accertamento delle specifiche professionalità;</p> <p><b>Art. 2. Accesso ed esercizio dell'attività professionale</b> 1. Ferma la disciplina dell'esame di Stato, quale prevista in attuazione dei principi di cui all'articolo 33 della Costituzione, e salvo quanto previsto dal presente articolo, l'accesso alle professioni regolamentate è libero. Sono vietate limitazioni alle iscrizioni agli albi professionali che non sono fondate su esposte previsioni inerenti al possesso o al riconoscimento dei titoli previsti dalla legge per la qualifica e l'esercizio professionale, ovvero alla mancanza di condanne penali o disciplinari irrevocabili o ad altri motivi imperativi di interesse generale. 2. L'esercizio della professione è libero e fondato sull'autonomia e indipendenza di giudizio, intellettuale e tecnico. La formazione di albi speciali, legittimanti specifici esercizi dell'attività professionale, fondati su specializzazioni ovvero titoli o esami ulteriori, è ammessa solo su previsione espressa di legge.</p>

livery (Northern Health and Social Care Trust del 29/04/2010).

### Conclusioni

L'episiotomia, la sutura dell'episiotomia (episiiorrafia) e la sutura delle lacerazioni semplici in quanto incluse tra gli standard formativi irrinunciabili [Direttiva 2005/36/CE] rientrano nell'insegnamento teorico-pratico del corso di laurea in Ostetricia, abilitante alla professione di Ostetrica/o (Decreto Interministeriale 19 febbraio 2009 Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 25 maggio 2009 n. 119 Determinazione delle classi delle lauree delle professioni sanitarie). Infatti tra gli insegnamenti impartiti sotto "controllo di personale ostetrico qualificato e in istituti autorizzati..." (art. 46, lettera d, D.Lgs. 206/2007) compresa la "Pratica dell'episiotomia e iniziazione alla sutura. L'iniziazione comprenderà un insegnamento teorico ed esercizi clinici. La pratica della sutura comprende la sutura delle episiotomie e delle lacerazioni semplici del perineo..." (allegato V, punto 5.5.1, D.Lgs 206/2007). Secondo la normativa italiana vigente (L. 42/99) tali abilità cli-

niche rientrano nel campo di attività e responsabilità dell'ostetrica/o. Infatti l'art 1 comma 2 così recita "...Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione postbase nonché degli specifici codici deontologici..."

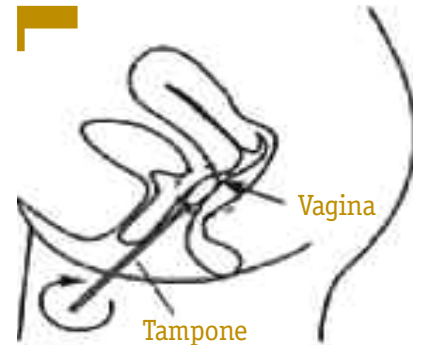
Nel caso dell'episiotomia, l'ostetrica/o non deve effettuare in modo routinario tale pratica considerate le evidenze scientifiche disponibili ed i propri doveri deontologici (CD 2010 art. 3.3 "L'ostetrica/o si attiva per garantire un'assistenza scientificamente validata ed appropriata ai livelli di necessità..."). In conclusione l'ostetrica/o è abilitata ad effettuare l'episiotomia, l'episiiorrafia e la sutura perineale semplice secondo le normative vigenti (L.42/99).

Per approfondimento si invita a prendere visione della letteratura scientifica pubblicata nella sessione FAQ del sito [www.fnco.it](http://www.fnco.it)

## Chi può effettuare il tampone vaginale presso un consultorio?

**Possibilità per l'infermiere pediatrico di effettuare il tampone vaginale presso un consultorio**

Parere tecnico approvato all'unanimità dal Comitato Centrale della Fnco nella seduta del 22 settembre 2012



### Premesso che

• Il tampone vaginale è un esame diagnostico che viene eseguito tramite un tampone ovattato (una specie di cotton fioc) e il cui scopo è quello di verificare l'eventuale presenza di microrganismi patogeni responsabili di processi infettivi a carico della vagina oppure della cervice uterina; in quest'ultimo caso si dovrebbe parlare più cor-

rettamente di tampone cervicale; molto spesso però con l'espressione generica tampone vaginale si indica sia il tampone vaginale vero e proprio sia il tampone cervicale. La prescrizione di uno o dell'altro (o di entrambi) viene fatta dallo specialista in base sia ai disturbi che la donna segnala che alle osservazioni fatte durante la visita ginecologica.



- L'esecuzione del tampone vaginale non è un semplice prelievo di materiale biologico. Tale metodica richiede conoscenze specifiche ed aggiornate sulle modalità di esecuzione, sulle norme comportamentali da far adottare alla persona prima dell'esame, abilità manuali, competenze relazionali considerata la sfera emozionale ed intima della persona. Invero saper riconoscere e distinguere le situazioni fisiologiche e quelle potenzialmente patologiche in ambito ostetrico, ginecologico, 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.
- Per le ostetriche/ci, 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 pap-test, nonché l'apprendimento teorico-pratico delle indagini microbiologiche (il tampone vaginale ad esempio) per la diagnosi di infezioni dell'apparato genitale femminile anche in età pediatrica ed adolescenziale, o da effettuarsi in donne in stato di gravidanza o per lo studio dell'infertilità.
- Le ostetriche oltre ad eseguire l'indagine con perizia (procedura e strumenti adeguati al caso clinico) mettono in atto la raccolta anamnestica ostetrico-ginecologica necessaria per inquadrare lo stato di salute della persona, sanno riconoscere le caratteristiche anatomiche dei genitali esterni ed interni o le anomalie anatomiche e funzionali dei genitali, anche legate a processi infettivi, ecc.; sanno riconoscere eventuali segni e sintomi che meritano un approfondimento diagnostico a carico dei genitali interni ed esterni ed in regione periuretro-ale, ecc.
- In riferimento al D.M. 17 gennaio 1997 n. 70 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere pediatrico", la persona adulta non costituisce il soggetto fruitore delle cure dell'infer-



miere pediatrico, il quale, in riferimento all'art. 1, comma 4, è responsabile dell'assistenza infermieristica pediatrica, rivolta pertanto ai neonati, ai bambini ed a soggetti con età inferiore ai 18 anni. In tale dispositivo non sono menzionate attività assistenziali in ambito ostetrico-ginecologico.

### Conclusioni

Tenuto conto del percorso formativo accademico, le figure più appropriate per l'esecuzione del tampone vaginale (vero e proprio e cervicale) sono il medico specialista e l'ostetrica/o.

Tale metodica in età pediatrica viene effettuata di norma dal ginecologo specialista in ginecologia dell'infanzia.

Il tampone vulvare (per la raccolta di secrezione a livello vulvare) e vaginale (raccolta di secrezione a livello vaginale) a soggetto con età inferiore a 18 anni, può essere effettuato da parte dell'infermiere pediatrico, su prescrizione medica.

In caso di tampone cervicale si ritiene che debba essere inevitabilmente svolto da un medico esperto o da un'ostetrica, in quanto esami che richiedono competenze avanzate specialistiche ostetrico-ginecologiche.

È auspicabile che negli ambulatori di ginecologia dell'infanzia e adolescenza, o presso i consultori, i medici specialisti siano coadiuvati dall'ostetrica/o in quanto in possesso di competenze avanzate ostetrico-ginecologiche nella presa in carico della donna in tutto il suo ciclo vitale, come del resto avviene in molte realtà del Servizio sanitario pubblico e privato.

## Le competenze infermieristiche e ostetriche

**D**a alcuni mesi è in corso un processo di ridefinizione, implementazione e approfondimento delle competenze delle professioni sanitarie; tutto ciò alla luce della proposta avanzata dalla Commissione Salute del Coordinamento delle Regioni sull'istituzione di uno specifico Tavolo tecnico Ministero della Salute e Assessorati regionali alla sanità.

In origine, l'esigenza di ampliare le competenze delle professioni sanitarie, è stata formulata dalle regioni che hanno ravvisato tale necessità sia per la consolidata evoluzione formativa ed ordinamentale delle stesse e sia per la dinamica evoluzione dell'organizzazione del lavoro, anche alla luce dei progressi scientifici e tecnologici nel settore sanitario.

Dall'attuale dibattito italiano, attorno al tema del riconoscimento e gestione delle competenze, scaturisce l'interesse delle due autrici, ad individuare e delineare le competenze distintive dei propri profili professionali: infermiere ed ostetrica/o.

La pubblicazione di questo testo non poteva quindi av-

venire in un momento più opportuno.

In Italia le scienze ostetriche ed infermieristiche sono saperi ben distinti, come emerge dalle normative e dall'analisi dei rispettivi curricula dei percorsi formativi accademici; hanno una propria storia, uno specifico quadro etico-filosofico, dei propri modelli concettuali, degli esclusivi ambiti di applicazione delle conoscenze e propri strumenti operativi.

Il contributo di Maria Rosaria Mascolo, ostetrica, è ovviamente focalizzato sulla "costrizione e comunicazione" delle competenze core nel settore materno-infantile ed associate alla salute di genere e sessuale-riproduttiva.

Nello specifico, nel testo l'autrice offre una descrizione internazionale della disciplina ostetrica (meglio nota con il termine *midwifery*), dei suoi scopi e delle sue finalità; offre una lettura epistemologica nel proprio sapere ed un excursus storico della professione (formazione ed assistenza). Attraverso la traslazione delle teorie descritte nei capitoli vengono proposti strumenti operativi di grande utilità per il lettore; ad

esempio, è puntualmente declinato un modello di "bilancio individuale delle competenze base dell'ostetrica", nonché di *job description* dell'ostetrica/o". Inoltre è tracciato il percorso metodologico per la costruzione delle competenze nelle macroaree assistenziali: ostetricia, ginecologia e neonatologia, nonché relative al coordinamento ostetrico.

Apprezzabile l'idea e l'impegno delle due autrici di "unire le forze" nell'affrontare un tema di grande attualità ed interesse per le famiglie professionali coinvolte. Un esempio che ci si augura possa essere imitato sempre di più in quanto un confronto intellettuale, costruttivo e sinergico non può che facilitare o consolidare un'alleanza culturale ed operativa tra ostetriche ed infermieri dell'attuale e delle future generazioni.

Questo testo è consigliato vivamente a tutte le ostetriche, per la sua originalità e per la completezza dei contenuti.

Il testo pubblicato è tratto dalla presentazione al volume curata da Miriam Guana, Presidente Federazione Nazionale Collegi Ostetriche



Maria Camera,  
M. Rosaria Mascolo

### LE COMPETENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE

libreriauniversitaria.it, 2012  
208 pagine, euro 14,50

## 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](http://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 apporparvi l'eventuale correttivo indicato dall'interessato.

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

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](mailto:presidenza@fnco.it)  
web: [www.fnco.it](http://www.fnco.it)  
Tel. 06 7000943 - Fax 06 7008053



**LUCINA**

La rivista dell'ostetrica/  
organo ufficiale  
della Fnco

**FNCO**

Federazione  
Nazionale Collegi  
Ostetriche

[www.fnco.it](http://www.fnco.it)