

NUMERO 1/2012

ANNO II



I/2012

# LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

ORGANO UFFICIALE DELLA  
FEDERAZIONE NAZIONALE  
COLLEGI OSTETRICHE



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



## EDITORIALE

Tre anni di lavoro  
per la professione  
ostetrica

## ATTUALITÀ

La Relazione sui Punti  
nascita discussa alla  
Camera dei deputati

## FNCO

I nuovi vertici dei Collegi  
delle ostetriche per il  
triennio 2012-2014

# SOMMARIO

## EDITORIALE

- 3 Tre anni di lavoro  
per la professione ostetrica

## ATTUALITÀ

- 5 Punti nascita. La Camera si impegna  
a migliorare efficacia e efficienza

I vantaggi del fisco  
per le giovani ostetriche  
in libera professione

## FNCO

- 8 Chi si occupa della madre  
e del bambino?  
L'impegno della Fnco per la difesa della  
professione ostetrica

## L'AGENDA

- 13 L'agenda per  
la professione ostetrica

## 15 NUOVI VERTICI DEI COLLEGI DELLE OSTETRICHE PER IL TRIENNIO 2012/2014

## PROFESSIONE

- 23 Come affrontare un concorso  
pubblico per la professione ostetrica

## STUDI

- 27 Punti nascita: i risultati della  
Commissione d'inchiesta

## PARERI LEGALI NELLA PROFESSIONE OSTETRICA

- 31 Autonomia professionale,  
responsabilità e contenzioso legale.  
Ecco le ragioni dei "Pareri legali nella  
professione ostetrica"

- 32 L'ostetrica può somministrare  
boli analgesici alla partoriente  
in caso di partoanalgesia?

- 33 L'ostetrica può utilizzare-sostenere  
il manipolatore uterino durante un  
intervento di isterectomia  
laparoscopica?

- 34 L'ostetrica può eseguire  
il prelievo venoso?



LUCINA  
LA RIVISTA DELL'OSTERICA/O



Organo della Federazione  
Nazionale dei Collegi  
delle Ostetriche

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

**Direttore Responsabile**  
Miriam Guana

**Comitato editoriale**  
Antonella Cinotti  
Maria Pompea Schiavelli  
Cristiana Pavesi  
Ivana Gerotto, Iolanda Rinaldi  
Maria Vicario

**Segreteria di redazione**  
A. Cinotti, I. Rinaldi

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

**Consulenza redazionale**



**Edizioni Health Communication**  
via Vittore Carpaccio 18  
00147 Roma  
Telefono 06.594461

**Stampa**  
Union Printing, Viterbo

Autorizzazione Trib. di Roma  
n. 224/2011 del 19/7/2011  
Issn 1590-6353  
**Finito di stampare**  
Marzo 2012

## *Tre anni di lavoro per la professione ostetrica*

Gentili colleghe e colleghi,  
questo numero della rivista di categoria coincide con la fine del mandato politico triennale 2009/2011; colgo quindi l'occasione per ringraziare tutto il Comitato Centrale, il Collegio dei Revisori dei Conti, tutte le Presidenti di Collegio, tutte voi ostetriche ed ostetrici e l'efficiente personale della Fnco per il sostegno avuto in questo triennio, tradottosi diffusamente in partecipazione, condivisione e suggerimenti finalizzati alla valorizzazione delle ostetriche italiane ed alla tutela della salute pubblica.

È stata un'esperienza che ha richiesto molte energie personali e professionali, indubbiamente prestigiosa ed onorifica ma soprattutto, così mi auguro, produttiva e migliorativa per la professionista ostetrica e per lo stato di salute delle donne, dei bambini, delle famiglie e della collettività.

Come auspicio ricorderete, all'inizio del triennio sono stati posti obiettivi politici di rilievo e sostanzialmente identificabili in due linee di azione: la ridefinizione dei tratti distintivi della professionista ostetrica nel mondo del lavoro e nella collettività e la visione e collocazione sovranazionale del suo ruolo e delle sue competenze.

All'inizio del triennio abbiamo affermato quanto fosse necessario che la professionista ostetrica aggiornasse la sua "identità professionale" per armonizzare il suo ruolo tradizionale (la sua matrice) con l'evoluzione delle sue competenze in ambito ostetrico-ginecologico-neonatale, della sua professionalità, del sistema salute e della società intera.

Quali elementi identificano la professionista ostetrica se non la sua formazione, la sua etica deontologica e il suo esercizio professionale?

In tale ottica il Comitato Centrale ha innanzi tutto agito sulla formazione delle ostetriche: rispetto al nuovo assetto dei Settori scientifico disciplinari (Ssd), previsto dalla riforma universitaria dell'ex Ministro Gelmini, ha suggerito l'inclusione del SSD MED 47 "Scienze Inf. ostetrico-ginecologiche" nel macrosettore delle "professioni sanitarie" anziché delle "scienze infermieristiche"; ha poi operato per la diffusione della proposta di un percorso formativo del Corso di laurea in Ostetricia (ordinamento didattico), alla luce della riforma universitaria di cui al DM 270/2004, e per il monitoraggio dei Corsi di laurea in Ostetricia in cui sono stati rilevati i punti di forza ed i punti di debolezza delle sedi universitarie. Inoltre, ha aperto un nuovo confronto con i coordinatori dei Corsi di Laurea nell'auspicio di condividere un miglioramento permanente della formazione ostetrica. Il Comitato Centrale ha avuto altresì l'onore di condividere ed approvare, nell'anno 2010, il nuovo Codice Deontologico dell'ostetrica, rendendolo disponibile non solo alle colleghe ma anche e soprattutto all'intera collettività che di esso maggiormente ne beneficia, quale principale destinatario di etica professionale e di competenze eccellenti. Altra punta d'orgoglio è stata la realizzazione del 32° Congresso nazionale della Fnco, a Bologna ed in collaborazione con il collegio delle ostetriche locale.

In questo triennio la Fnco ha sempre partecipato attivamente, con i propri rappresentanti, per ridefinire e riaffermare le competenze dell'ostetrica nel settore materno-infantile e della salute di genere attraverso contributi fattivi volti a produrre Linee Guida operative ovvero strumenti moderni d'implementazione

*segue a pag 4* ►

◀ segue da pag 3

della buona pratica sanitaria e di una concezione moderna ed effettiva del diritto alla salute; in tal senso sono state condivise le Linee Guida alla gravidanza fisiologica ed al taglio cesareo, nonché il riordino dei punti nascita che, attraverso l'Accordo Stato Regioni e l'elaborazione di una Linea Guida sull'accreditamento dei punti nascita (in progress), ha l'auspicio di rendere più efficiente il settore.

La FncO è intervenuta su tutto il territorio nazionale e precisamente in ogni Direzione Generale del Ssn per suggerire la necessità di intervenire e di innovare i propri modelli organizzativi, nell'ambito della "salute della donna" e del "percorso nascita", affinché fosse garantita la giusta, qualitativa ed efficiente allocazione del personale ostetrico, ivi compresa l'attribuzione del coordinamento del personale nelle Unitè Operative del Dipartimento Materno Infantile, nell'ottica di assicurare appropriati livelli di assistenza alla donna e alla famiglia, sia in ospedale e sia sul territorio.

L'intervento sulla tutela delle prerogative professionali è stato costantemente corollato dalla puntuale richiesta nelle sedi istituzionali competenti affinché l'ostetrica fosse messa nelle condizioni di poter adottare tutti gli strumenti necessari ad un autonomo esercizio professionale: il ricettario ostetrico, la diagnosi di gravidanza fisiologica, l'approvvigionamento dell'ossitocina, l'utilizzo delle strumentazioni.

A sostegno della tutela della professione non si può scordare il nostro ufficio di tutela legale della professione che ci ha supportato nella elaborazione di risposte a quesiti indicati dalle colleghe e che sono stati diffusi sul sito della FncO al link delle Faq.

Notevoli sono stati pure gli interventi di tutela della professionista ostetrica al fine di contrastare la presunzione di soggetti pseudo-esperti nella presa in carico di madre e bambino nel percorso nascita, non riconosciuti dallo Stato.

Una ridefinizione dei caratteri distintivi della professionista ostetrica non poteva prescindere da una visione sovranazionale ed anzi era necessaria la presa di coscienza che la professionista di oggi trae la sua principale linfa vitale e la sua maggiore garanzia d'esistenza proprio da tale visione, codificata da apposite Direttive Europee e testimoniata da una progressiva europeizzazione del diritto alla salute e della qualità formativa dei professionisti, in un sistema di reciprocità e di garanzia sovranazionale. Europeizzazione che, peraltro, come ben noto a tutti, è arrivata a caratterizzare il sistema politico, sociale ed economico italiano in una maniera tanto palese quanto, forse, irreversibile.

In tale contesto e con tale visione sovranazionale, dunque, la FncO ha ripensato il proprio ruolo in ambito internazionale garantendo una rappresentanza prestigiosa nell'ambito del Nemir (Network of European Midwifery Regulators) e, per suo tramite, nell'EmA (European Midwives Association) in particolare in questa fase storica in cui è in atto la modernizzazione delle attuali direttive europee.

La mission di ridefinizione di una nuova identità professionale è stata inoltre accompagnata da una vasta operazione di restyling della piattaforma comunicativa della FncO e della professionista ostetrica. Si è voluto dare la giusta visibilità, la doverosa pubblicità e la necessaria condivisione di questa nuova "carta d'identità" e in tale ottica è stato creato il portale della FncO, la newsletter, l'Ufficio Stampa e, con grande orgoglio, la nuova rivista sulla quale ho il pregio di scrivere questo editoriale.



**Miriam Guana**

*Presidente della Federazione Nazionale Collegi Ostetriche*

## Dibattito a Montecitorio sulle strutture per il parto

# PUNTI NASCITA. LA CAMERA SI IMPEGNA A MIGLIORARE EFFICACIA E EFFICIENZA

“Punto di partenza per migliorare il percorso nascita”. **Leoluca Orlando**, presidente della Commissione sugli errori e i disavanzi sanitari, ha definito così la corposa relazione elaborata dalla sua Commissione e presentata in Parlamento alla fine del mese di dicembre.

Una relazione importante, che sintetizziamo a pagina 27, realizzata attraverso i dati forniti dagli assessorati regionali alla sanità, per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, e dalle Procure di tutta Italia, per quanto riguarda invece gli aspetti legali.

In tutto sono state prese in esame 344 strutture su un totale di 570 punti nascita operanti in Italia. In media i punti nascita italiani effettuano circa 90 parti al mese e quindi oltre 1.000 l'anno. Ma in 86 strutture il numero di parti mensili si



**Leoluca Orlando**

presidente della Commissione sugli errori e i disavanzi sanitari

“

La Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori e i disavanzi in sanità ha lavorato per un anno alla Relazione sui Punti nascita in Italia

ferma a 28, pari a soli 336 parti l'anno, ben al di sotto della quota “500” indicata dal piano nazionale punti nascita come livello minimo accettabile.

Ma il dato più evidente è la varietà delle strutture, oltre che per il numero di parti, anche per numero di letti e personale in organico.

La Commissione ha diviso infatti le strutture in tre classi (cluster):

- A, a sua volta suddivisa in A1 (< 500 parti anni), A2 (fino a 1.000) e A3 (oltre 1.000), che comprende 249 unità più piccole dove si effettuano in media 56 parti al mese, con 19 posti letto accreditati, 9 medici e 10 ostetrici in organico;
- B, con 74 unità di medio/grandi dimensioni, con in media 136 parti/mese, 39 letti, 18 ginecologi e 23 ostetrici in organico;
- C, con i 18 presidi maggiori, che effettuano in media 288 parti/mese, con 65 posti letto, 23 medici e 52 ostetrici in organico.

“Fuori classe”, si segnalano poi tre strutture: il Sant’Anna di Torino, il Fatebenefratelli di Milano e gli Ospedali civili di Brescia che presentano livelli di attività, di strutture e di organico complessivo molto superiori alla media, anche se questo non sempre è vero per i ruoli di ostetrica.

L’analisi della Commissione muove dai ripetuti casi di cronaca che negli ultimi anni hanno descritto come fortemente critica la situazione dei punti nascita in Italia, tanto da portare, nel 2010, l’allora ministro della Salute Ferruccio Fazio ad avviare un Piano per i punti nascita, approvato dalla conferenza Stato Regioni, che prevedeva, anzitutto, la chiu-

sura dei punti nascita che effettuavano meno di 500 parti all'anno.

Primo risultato ottenuto dalla Relazione della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori e i disavanzi sanitari è stata la discussione nell'Aula di Montecitorio, introdotta dal relatore, Benedetto Fucci (Pdl). "La discussione – ha dichiarato Fucci – va a coronare un lavoro iniziato a marzo 2010 e condotto in collaborazione con le società scientifiche di ostetricia e ginecologia. La risoluzione che metteremo ai voti, probabilmente domani, potrà costituire un supporto per Governo e Regioni al fine di indirizzarli verso tutte quelle deci-



**A febbraio la Relazione sui punti nascita è stata discussa in Aula alla Camera, che ha poi votato una risoluzione**

sioni tese a rendere più sicuro il momento della nascita". Secondo Leoluca Orlando "la relazione sui punti nascita, elaborata ed approvata all'unanimità dalla Commissione che presiedo, ha indicato criticità e possibili anomalie che possono concorrere, in alcuni casi, a trasformare il momento della nascita in tragedia, come è accaduto e accade tuttora, in particolare in alcune regioni". "Molto c'è da fare ancora in questa direzione e l'indagine condotta dalla Commissione ha mostrato in modo organico e dettagliato la situazione dei punti nascita, non limitandosi ad analizzare il singolo presunto caso di malasanità, ma conducendo un'analisi delle cause degli episodi critici registrati. Questo lavoro – ha concluso Orlando – non è punto d'arrivo ma di partenza, affinché si continui a monitorare il tema e si offra qualificata assistenza a mamme e bambini".

Al termine della discussione in Aula, la Camera ha approvato una risoluzione che impegna il Governo ad adottare iniziative finalizzate a migliorare l'efficienza e l'efficacia su tutto il territorio nazionale dei punti nascita (v.box).

## Gli impegni del Parlamento

Impegno a migliorare l'efficienza e l'efficacia dei punti nascita su tutto il territorio nazionale. È questo il senso della risoluzione votata alla Camera il 21 febbraio scorso, al termine della discussione sui temi posti dalla Relazione della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori e i disavanzi sanitari. Sette i punti su cui la risoluzione invita a porre particolare attenzione:

1. attivazione, nell'ambito delle linee d'azione approvate dalla Conferenza Stato-Regioni-Province autonome

nell'accordo del 16 dicembre 2010, di un'organica azione di monitoraggio periodico sui punti nascita, con particolare riferimento all'accorpamento di quelli con un numero di parti insufficiente a garantire un adeguato auto-addestramento degli operatori, nonché con riferimento al numero e all'appropriatezza dei parti cesarei e all'applicazione delle relative linee guida;

2. presenza della guardia medica ostetrica e ginecologica e di pediatri neonatologi 24 ore su 24 in tutti i punti nascita;

3. emanazione di linee-guida relative al trasporto in utero (STAM) verso i centri di terzo livello, nelle gravidanze a rischio materno e/o fetale;

4. diffusione del Servizio di trasporto d'emergenza neonatale (STEN);

5. promozione, di concerto con le Regioni e le Province autonome, di misure o azioni volte a garantire a tutte le donne uguali opportunità nell'accesso a servizi completi di salute riproduttiva, così come ad incrementare la loro consapevolezza sui loro diritti e sui servizi

disponibili;

6. diffusione della classificazione del rischio al momento del ricovero a cui devono seguire specifici «percorsi assistenziali» differenziati per la corretta valutazione del rischio della donna in occasione del primo parto, che rappresenta la base per una valida impostazione di un piano di assistenza appropriato e per la precoce individuazione delle potenziali complicanze;

7. promozione di iniziative legislative per contenere il problema della malpractice riducendo così i condizionamenti dei medici al momento della scelta dei trattamenti da intraprendere.

## *Le nuove norme del regime fiscale di vantaggio*

# I VANTAGGI DEL FISCO PER LE GIOVANI OSTETRICHE IN LIBERA PROFESSIONE

di Adalberto Camisasca, dottore commercialista, consulente Fncso

**S**otto il profilo tributario l'esercizio della libera professione di ostetrica rientra nel quadro generale dell'esercizio di arti e professioni e pertanto la disciplina fiscale di riferimento è la stessa che si applica a tutte le altre professioni, siano esse svolte in dipendenza dell'iscrizione ad un albo professionale o meno. L'esercizio libero professionale dell'ostetrica svolto in maniera non occasionale implica in primis la dichiarazione di inizio attività all'Agenzia delle Entrate di competenza (ciò che viene comunemente definita "apertura di partita IVA") ai sensi dell'art. 35 del d.p.r. 26 ottobre 1972, n. 633; conseguentemente l'ostetrica libero professionista è assoggettata agli obblighi di fatturazione e di tenuta delle scritture contabili, alla presentazione delle dichiarazioni fiscali (Irpef, Iva, Irap, sostituti d'imposta) ed alla tassazione da effettuarsi a mezzo di autoliquidazione. Normalmente e a determinate condizioni le prestazioni rese dall'ostetrica sono esenti Iva ai sensi dell'art. 10 del citato d.p.r. 633, senza che per questo venga meno l'obbligo di emissione di fattura. Sotto il profilo previdenziale, l'ostetrica libero professionista deve iscriversi alla gestione Inps "commercianti" ai sensi della legge 7 agosto 1990, n. 249, che ha sciolto l'Ente Nazionale di Previdenza di categoria. La normativa fiscale dell'ultimo decennio ha cercato di agevolare i giovani liberi professionisti nella fase di avvio della loro attività con provvedimenti che di volta in volta hanno semplificato gli adempimenti contabili e dichiarativi e/o introdotto aliquote di tassazione ridotte; da ultimo il decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011 n. 111, ha riordinato il sistema introducendo un regime agevolato le cui vantaggiose caratteristiche meritano un approfondimento. Il nuovo regime contabile (cosiddetto regime contabile di vantaggio per l'imprenditoria giovanile e lavoratori in mobilità) prevede alcune importanti agevolazioni: in primo luogo la tassazione è

limitata ad un'imposta sostitutiva dell'Irpef e delle addizionali regionali nella misura del 5% con l'esclusione dell'applicazione dell'Irap, dell'Iva e della ritenuta d'acconto; in secondo luogo i contribuenti sono esonerati dagli obblighi di tenuta delle scritture contabili; l'imposta sostitutiva ridotta può comportare un risparmio fiscale consistente (sia pure da valutare caso per caso) mentre l'esonero dagli obblighi contabili consente una riduzione delle spese di gestione. Le condizioni per accedere al regime sono molto restrittive: in estrema sintesi (e senza la pretesa di fornire un'indicazione esaustiva che richiederebbe un'esposizione eccessivamente dettagliata) possono adottare il nuovo regime di vantaggio le ostetriche che iniziano una nuova attività (senza che la stessa costituisca mera prosecuzione di altra attività anche sotto forma di lavoro dipendente o assimilato) ovvero che proseguono la stessa avendola iniziata dal 2007 in poi usufruendo del precedente regime agevolato; si può rimanere nel regime contabile di vantaggio almeno per 5 anni e comunque fino al compimento del 35° anno di età; vi sono alcune ipotesi di uscita obbligatoria dal regime (con conseguente applicazione del regime ordinario) la più importante delle quali è il superamento di un ammontare di ricavi annui di € 30.000. Nel riordino dei regimi contabili effettuato dal citato decreto 98 continuano a sopravvivere a determinate condizioni i regimi agevolati preesistenti quali quello dei cosiddetti "contribuenti minimi" (art. 96 legge 24 dicembre 2007, n. 244) ed il "regime per le nuove iniziative imprenditoriali e di lavoro autonomo" (art. 13 della legge 23 dicembre 2000, n. 388); di conseguenza l'avvio di un'attività professionale deve essere oggetto di un'accorta ed approfondita valutazione al fine di usufruire nella maniera più proficua possibile delle opportunità di risparmio fiscale, tanto più importanti nella fase iniziale di una libera professione quando normalmente le risorse e gli introiti tendono ad essere contenuti.

## *L'impegno della Fnco per la difesa della professione ostetrica*

### CHI SI OCCUPA DELLA MADRE E DEL BAMBINO?

Negli ultimi anni si è andata creando una pletora di figure “addette” ai processi di cura e di assistenza alla madre e al bambino, che erode il valore sociale della professione ostetrica. La Fnco è intervenuta con diverse iniziative per ribadire l'importanza di un'assistenza fondata sulla formazione e sulla qualità, che solo le ostetriche possono pienamente garantire

**Antonella Cinotti**  
vicepresidente Fnco

**O**biiettivo primario di questo intervento è quello di presentare una fotografia degli scenari che si stanno delineando a fianco della professione ostetrica in modo che tutta la categoria possa partecipare attivamente alle azioni di governo che si renderanno necessarie per contenere tutti i fenomeni che concorrono alla perdita del valore della professione nel mondo sociale ed occupazionale.

Già sul n. 1/2011 di Lucina fu richiamata l'attenzione sulla necessità di favorire prospettive di analisi e di riflessione più estese affinché tutto il gruppo professionale, nei diversi ambiti di attività, si rendesse operativo

nel comprendere le opportunità e le sfide del momento. In quell'occasione fu evidenziato anche che la storia della professione ci può rendere più consapevoli di quanto l'occupazione, l'impiego, le peculiarità ed i livelli di autonomia e di prestigio della professione ostetrica siano fortemente caratterizzati, più che per altre occupazioni dell'area sanitaria, dai fattori socioculturali dei contesti di riferimento.

A distanza di pochi mesi, si registra una diffusa preoccupazione per l'influenza che la crisi del nostro paese può esercitare su un'ulteriore riduzione di impiego e di occupazione della professione in ambito sia pub-

blico che privato ed in tal senso appare più che mai opportuno convergere l'attenzione di tutti verso la condivisione di strategie adeguate a contenere le cause che concorrono ad aggravare l'incertezza del futuro professionale, e quindi sull'importanza di una sinergia nelle azioni da intraprendere a tutela delle peculiarità della professione.

Per motivi di spazio non analizzeremo in questo intervento i fattori che hanno determinato il dilagarsi di figure non regolamentate nella presa in carico della madre, del bambino e della famiglia nel percorso nascita, argomenti che saranno però oggetto di discussione e di ap-





profondimento in un prossimo numero della rivista.

### Uno scenario preoccupante

A fronte di una recente riaffermazione del modello professionale che valorizza l'arte maieutica e la presa in carico della persona secondo un approccio olistico, si sta assistendo ad una progressiva ed incalzante crescita di figure che, con matrice e denominazione diversa, offrono alla mamma, al bambino e alla coppia, prestazioni diversificate di aiuto e di accompagnamento alla gravidanza, al parto e al puerperio, assicurando protezione, incoraggiamento e tutela dei vissuti positivi della nascita nonché interventi di counseling, di informazione ed educazione alla salute. Doule, consulenti, educatori prena-

tali, Mother Assistant e quant'altro, si stanno immettendo sempre di più nel mercato del lavoro offrendo servizi e prestazioni di specifica competenza ostetrica.

Il sostegno emotivo, la presa in carico, l'incoraggiamento, l'empowerment e la valorizzazione delle competenze della donna nei diversi momenti del suo ciclo vitale, la cura del neonato, dell'allattamento e dell'attaccamento precoce mamma/bambino, fanno parte del bagaglio culturale e scientifico dell'ostetrica/o che nei percorsi formativi di base e post base, acquisisce i titoli e le abilitazioni per l'esercizio professionale. Il nuovo codice deontologico ha tracciato un modello professionale fondato su valori che orientano l'ostetrica a coniugare gli aspetti naturali ed umani del-



## In Italia una progressiva e incalzante crescita di figure invade il campo delle competenze dell'ostetrica nel percorso nascita

l'arte ostetrica a quelli dell'efficacia scientificamente dimostrata degli interventi, a rispettare e proteggere la centralità della donna, a valorizzare il sostegno e le competenze della donna nei diversi momenti del suo ciclo vitale.

La medicalizzazione della nascita, la separazione della madre/bambino, la parcellizzazione delle attività assistenziali, la mancanza di una presenza adeguata di ostetriche nel percorso nascita e di una presa in carico precoce e continuativa della donna e del bambino, hanno determinato l'insoddisfazione dei bisogni del cittadino e la progressiva perdita del valore sociale della professione ostetrica.

A fronte di tutto questo, in un contesto aggravato dalla crisi e dalla insostenibilità dei sistemi, dalla perdita di valori, dalla sfiducia nelle istituzioni, dall'incertezza e dalla precarietà del lavoro che vede sempre meno tutele, ad iniziare dalla maternità che, con sempre maggiore frequenza, nel pubblico impiego non viene più sostituita, si sta assistendo ad un preoccupante aumento dell'offerta "formativa" – anche a livello istituzionale (Asl, assessorati, Università, Comuni, ecc.) – per figure di supporto e/o di consulenza alla nascita, di cui spesso le ostetriche stesse si fanno promotrici o di cui comunque si rendono partecipi in qualità di docenti o discenti.

Se da un lato la molteplicità di valori e di filosofie che caratterizzano i diversi approcci all'assistenza alla nascita spiega la diversità di giudizio che il gruppo professionale esprime nei riguardi del senso e del ruolo di queste diverse figure, dall'altro, la

questione del depauperamento dei ruoli e delle funzioni sociali e sanitarie dell'ostetrica/o, riguarda deontologicamente, al di là dei convincimenti personali, ogni ostetrica/o. Si sta andando verso una concezione dell'assistenza ostetrica-neonatale sempre più schizofrenica e diversificata. Dalla più esasperata ricerca di sicurezza per la madre ed il bambino, si arriva alla più scellerata banalizzazione dell'arte della cura e del sapere scientifico, con travisamenti e distorsioni della cultura dell'auto aiuto e del mettere a disposizione dei propri simili l'esperienza e le competenze acquisite nel vissuto di determinati eventi. All'interno di questa forbice la presenza di questa folta schiera di "improvvisati" addetti alla cura della madre e del bambino rischia di porre all'ombra i connotati del modello professionale dell'ostetrica e quindi il valore della sua concezione olistica, umana e sociale della cura.

### Il fenomeno della doula in Italia

Se qualcuno avesse ancora delle perplessità rispetto ai fenomeni sopra descritti, può navigare su internet e rendersi conto di quante pagine web sono reperibili in materia Doule, consulenti, educatori prenatali, Mother Assistant e quant'altro.

Tra la folta schiera degli improvvisati, la figura più conosciuta è sicuramente quella della Doula che fra le tante cose, dice di occuparsi dei bisogni fisici ed emozionali delle donne in travaglio. Sulla prima pagina del sito <http://www.doula.it/> si legge:

"L'Educatrice Prenatale, chiamata anche 'Mother Assistant' o più semplicemente 'Doula', è una figura professionale in grado di assistere, affiancando l'opera del personale sanitario, la neomamma (anche il neopapà!) durante il periodo prenatale e durante il puerperio nelle delicate fasi di avvio al rapporto madre-bambino".

All'indirizzo <http://www.mondo-doula.it/> si può prendere visione anche della carta etica della Doula, promossa da una delle associazioni che si sono costituite in questi ultimi anni. Ne riportiamo di seguito alcune righe significative: "Doula per definire una nuova pratica assistenziale ed una nuova professione che parte dall'importanza della relazione tra donne, della cura da donna a donna e da veri e propri movimenti, quali quelli per il parto attivo, per la continuità dell'assistenza, per l'importanza della scelta e della responsabilità da parte della donna che partorisce"

Navigando su internet, chiunque può rendersi conto di chi è la Doula e di cosa si occupa; sono particolarmente esaustivi i programmi, i temi e gli obiettivi formativi dei corsi per la sua "formazione". Dalle diverse segnalazioni pervenute in Fnco e dalla diffusione territoriale ed on-line di questi corsi per Doule è purtroppo emerso quanto già sopra accennato, ovvero che anche alcune ostetriche partecipano attivamente alla sua formazione e frequentano gli eventi nei quali questa è partecipe e/o docente.

### La posizione del ministero della Salute

Il ministero della Salute, su richiesta della Federazione, ha dichiarato il non riconoscimento di queste figure. ma in un'era di liberalizzazioni le rivendicazioni sul riconoscimento dei profili e dei titoli professionali abilitanti nonché le politiche di repressione verso l'abuso di professione rischiano di non essere sufficienti. Questi "esercenti" peraltro non si identificano in area sanitaria e non rilasciano prestazioni prettamente sanitarie ma bensì di aiuto e di sostegno. In tal senso, la difesa della professione rischia di essere ricondotta alle cosiddette logiche di corporativismo e di difesa di interessi, sebbene la questione arrivi ad investire aspetti di tutela della salute pubblica, materna e neonatale.

Al momento appare comunque fondamentale intervenire rispetto ai programmi dei corsi che trattano materie di dimostrata competenza ostetrica e chiederne la sospensione. È inoltre importante valutare se nei contenuti propagandistici di eventi e/o corsi, siano rintracciabili elementi riconducibili ad una pubblicità ingannevole e richiamare formalmente le colleghe che promuovono e partecipano attivamente alla "formazione" di queste figure.

Anche se può apparire paradossale, è inoltre importante aprire altri spunti di riflessione dettati dall'ipotesi che in un prossimo futuro la difesa del prestigio e la tutela dell'esclusività delle competenze possa rimanere appannaggio dei poteri forti e/o delle

## LA POSIZIONE FNCO SUL FENOMENO DOULA

L'assemblea nazionale, costituita dalle presidenti di Collegio, ad unanimità dei presenti, approva la linea politica proposta dalla Fnco per contrastare il fenomeno doula.

**Nello specifico:**

Contrastare la figura della doula in Italia, attraverso interventi e opportune azioni legali sul territorio da parte dei Collegi con il supporto della Fnco, per ogni fondato caso specifico lesivo dei diritti

delle ostetriche e del loro profilo professionale.

Adottare una strategia unitaria condivisa nel corso e all'esito delle azioni intraprese territorialmente, con il supporto della Fnco per assicurare omogeneità.

La Fnco promuove la più ampia tutela dell'ostetrica presso le istituzioni nazionali ed Unione Europea definendo/favorendo nel contempo una politica occupazionale sul territorio maggiormente garantista e di valorizzazione della figura dell'ostetrica/o, professionista deputata all'assistenza olistica alla madre, al bambino, alla coppia ed alla famiglia."

professioni di maggiore prestigio. Da questo punto di vista, non sarebbe da escludere il fatto che nell'arena del mercato del lavoro, le professioni più forti individuino nelle sfide inferte da queste figure, delle opportunità per contenere ed escludere le professioni "minori" a sè confinanti. La legge 42/1999 "Disposizione in materia di professioni sanitarie" oltre ad eliminare l'attributo di ausiliarietà ha conferito all'ostetrica/o un "campo proprio e riservato" di attività e responsabilità determinato dal profilo professionale, dal codice deontologico e dall'ordinamento didattico.

È importante riferire anche quanto indica l'art. 5 della L. 43/2006:

*comma 1* – L'individuazione di nuove professioni sanitarie, da ricomprendere in una delle aree di cui agli artt. 1, 2, 3 e 4 della legge 251/2000, il cui esercizio deve essere riconosciuto su tutto il territorio nazionale, avviene in sede di recepimento delle direttive comunitarie ovvero per iniziativa dello Stato e delle regioni, in considerazione dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti nel piano sanitario nazionale o nei Piani sanitari regionali, che non trovano rispondenza in professioni già riconosciute.

*comma 2* – L'individuazione avviene mediante Accordi della Conferenza

## ESERCIZIO ABUSIVO DELLA PROFESSIONE OSTETRICA

*Rispetto all'esercizio abusivo della professione ostetrica c'è da rilevare che questo è un reato penale (ex art. 348 c.p.), rilevabile personalmente dalla parte lesa e nei confronti di uno o più soggetti determinati ed in relazione a fatti più o meno specifici. Tale norma punisce chiunque eserciti abusivamente una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato. Questa disposizione è considerata nel nostro ordinamento una "norma penale in bianco" la quale contiene un rinvio ad altre norme per la determinazione delle professioni per le quali è richiesta una speciale abilitazione dello Stato.*

Stato-regioni (come avvenuto anche per l'operatore socio-sanitario) e subordinatamente ad un parere tecnico-scientifico di apposite commissioni operanti nell'ambito del Consiglio superiore della sanità cui partecipano tra gli altri anche i rappresentanti degli ordini professionali.

*comma 3* – La definizione delle funzioni caratterizzanti le nuove professioni avviene evitando parcellizzazioni e sovrapposizioni con le professioni già riconosciute o con le specializzazioni delle stesse.

### L'ostetrica/o ed il personale di supporto

A tutela della salute pubblica, il D.lgs 229/99, l'art. 3 del D.lgs 502/92 ed i successivi Accordi Stato-Regioni del 22/02/2001 e del 16/01/2003, hanno dettagliato e chiarito gli ambiti nei quali collocare l'operatore socio-sanitario. Ai sensi di questa normativa l'operatore socio-sanitario è la figura che ha conseguito una formazione complementare in assistenza sa-

nitaria che gli consente di collaborare con l'ostetrica e con l'infermiere. L'operatore socio-sanitario svolge alcune attività assistenziali di base conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza ostetrica o infermieristica e sotto la sua supervisione.

### Il ruolo della Fnco, dei Collegi e dei propri iscritti

Alla luce di queste prospettive di analisi, la Federazione, per le funzioni istituzionali di sua competenza si impegna a tutelare la salute della donna ed i diritti dei propri iscritti, con azioni di vigilanza e di intervento ogni qual volta si configurano situazioni di danno al ruolo ed all'immagine della professione nel tessuto sanitario e sociale nonché a supportare i collegi nell'esercizio delle funzioni di sua competenza. La Fnco inoltre raccomanda alle Presidenti di Collegio e a ciascuna iscritta/o di esercitare con tempestività le funzioni e le attività declinate dal codice deontologico e dalle normative vigenti.

## FACCIAMO IL PUNTO DELLA SITUAZIONE

# Gli interventi della Fnco e dei collegi

### 1999

la Fnco ebbe modo di adire il ministero della Salute e di intervenire legalmente in merito ai Corsi organizzati dal M.I.P.A. e riferibili all'educatrice

prenatale. Interventi reiterati anche nel corso del 1998/1999.

### 2001

la Fnco ha fatto un esposto alla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Roma proprio in

relazione alla doula ed alle attività che questa proponeva per il tramite di siti internet ovvero funzioni di sostegno alla donna durante il parto ed il puerperio. L'esposto nelle intenzioni della Fnco voleva

*sollecitare un intervento della procura per "valutare l'eventuale sussistenza dei requisiti che connotano il reato di abusivo esercizio della professione ex art. 348 c.p."*

### 2001

la Fnco è intervenuta presso le autorità ministeriali in relazione al Progetto Pilota transnazionale H.O.M.E. (Home Obstetrical Mothercare Experience) – Programma Leonardo – della Commissione Europea Istruzione, Formazione,

Gioventù – che aveva come organismo contraente proprio l'Assessorato alla Sanità della regione Umbria e i cui partner di riferimento erano, tra gli altri, il Marsupio di Firenze ed il MIPA di Brescia. Questo progetto prevedeva, tra l'altro, la formazione e la creazione di nuove figure professionali: "assistenti alla madre ed al bambino". È agli atti della Fnco un documento nel quale si espongono le osservazioni della Fnco a tale progetto formativo inviato per competenza al Ministero della salute.

## **dal 2002 al 2008**

Negli anni 2002, 2003, 2004, 2005, 2006 e 2008 la Fnco ha reiterato al ministero della Salute la segnalazione in merito alla presenza di queste figure definite impropriamente professionali sollecitando un intervento che si è risolto sostanzialmente con la conferma da parte del ministero della Salute che "tali figure non rientrano nel novero delle professioni dell'area sanitaria.

## **2003**

Proprio nell'ambito ed in attuazione del Progetto H.O.M.E., sono stati organizzati in Umbria corsi di formazione patrocinati sempre dall'Assessorato alla Sanità della regione ed addirittura in collaborazione con le strutture sanitarie della Regione. Alla luce di ciò la Fnco ha inoltrato al Ministero della Salute, all'Assessorato alla Sanità della Regione, alla Corte dei Conti ed alla Procura della Repubblica un atto di diffida formale ad adempiere per la rimozione di tutti gli ostacoli che si frappongono al trasparente e compiuto esercizio della professione delle ostetriche e ad inibire qualunque iniziativa



## **E dal 1999 che la Federazione e i Collegi provinciali denunciano la presenza di figure non professionali nella sfera della gravidanza, con interventi presso le istituzioni sanitarie e anche con azioni giudiziarie**

lesiva della dignità e dell'autonomia professionale dell'ostetrica/o sia nell'esercizio della propria attività specialistica che nella formazione del proprio personale, nell'insegnamento e nella didattica del personale di supporto.

## **2010**

La questione della doula si è riproposta, anche su segnalazione di diversi Collegi (Firenze/Prato/Arezzo/Grosseto/Siena, Pisa/Massa Carrara, Torino/Asti Milano/Lodi, Venezia, Udine/Pordenone, Varese), forse in maniera ancora più incisiva, a seguito della diffusione sempre più capillare dei corsi di formazione per doule ed addirittura anche per la presenza di queste figure in alcune strutture sanitarie del nord. Un articolo pubblicato sul Corriere della Sera l'8 dicembre 2010 ha comportato una pronta replica da parte della Fnco pubblicata il 18 dicembre 2010 ed anche uno specifico focus in seno alla newsletter della Fnco. Segnalato il caso di un'ostetrica (ma non è certamente l'unico), iscritta al Collegio interprovinciale delle ostetriche di Pisa/Massa Carrara, che svolge un ruolo attivo nei corsi di formazione per doula. La Fnco ha pertanto sollecitato questo Collegio ad intervenire, per quanto di competenza, nei confronti della propria iscritta. Collegio interprovinciale delle

ostetriche di Torino/Asti, sostenuto anche dalla Fnco, a seguito della diffusione di corsi e seminari di formazione per doula nel territorio di propria competenza, ha proceduto ad una denuncia alla procura della Repubblica di Torino per esercizio abusivo della professione. Il fatto ha avuto una risonanza anche negli organi di stampa e rappresenta sicuramente un atto incisivo sulla problematica i cui esiti saranno attentamente seguiti dalla Fnco per ogni utile sostegno e per ogni azione analoga e/o di supporto.

## **2011**

Delegazione della Regione Lombardia allarmata dalla diffusione della doula sul proprio territorio, richiede un intervento radicale da parte della Fnco. Indagine esplorativa qualitativa da parte della Fnco per studiare il fenomeno doula sul territorio nazionale; dai dati raccolti emerge che la doula è presente nel nord e centro Italia. Il Consiglio nazionale Fnco nella seduta del 18 e 19 novembre 2011 approva ad unanimità la linea politica proposta dalla Fnco per contrastare il fenomeno doula. Nello specifico: "Contrastare la figura della doula in Italia, attraverso interventi e opportune azioni legali sul territorio da parte dei Collegi con il supporto della Fnco, per ogni fondato caso specifico lesivo dei diritti delle ostetriche e del loro profilo professionale. Adottare

una strategia unitaria condivisa nel corso e all'esito delle azioni intraprese territorialmente, con il supporto della Fnco per assicurare omogeneità. La Fnco promuove la più ampia tutela dell'ostetrica presso le istituzioni nazionali ed Unione Europea definendo/favorendo nel contempo una politica occupazionale sul territorio maggiormente garantista e di valorizzazione della figura dell'ostetrica/o, professionista deputata all'assistenza olistica alla madre, al bambino, alla coppia ed alla famiglia." Intervento della Fnco presso il panel esperti elaborazione linee guida "Taglio Cesareo – 2^ parte" sulla raccomandazione "Sostegno emotivo offerto alla donna durante il travaglio di parto": proposta di formulazione alternativa del quesito 15/2, ovvero che il supporto emotivo in travaglio dovesse essere fornito da "personale adeguatamente formato".

## **2012**

Collegio interprovinciale delle ostetriche di Pisa/Massa Carrara/Livorno: provvedimento disciplinare nei confronti di una collega attivamente coinvolta nella formazione della doula. Intervento della Fnco e del collegio interprovinciale delle ostetriche di Belluno, Padova, Rovigo, Treviso, Venezia, Vicenza presso l'Università degli Studi di Padova – Facoltà di Scienze della formazione – per chiedere la sospensione dei Corsi aggiornamento/perfezionamento o per educatore prenatale. Intervento del Collegio interprovinciale delle ostetriche di Milano/Lodi/Monza/Brianza e dalla Fnco per chiedere al Comune di San Donato Milanese la sospensione dell'iniziativa "Niente panico, ci pensa la doula".



## L'agenda per la professione ostetrica

### Tutte le ostetriche devono avere la Pec

La Pec, ovvero Posta Elettronica Certificata, è un particolare strumento di email utilizzando il quale un messaggio di posta elettronica assume lo stesso valore legale di una raccomandata con avviso di ricevimento tradizionale.

Già con il decreto anti-crisi del novembre 2008 (decreto-legge n.185/2008, convertito con modificazioni nella legge n.2/2009) la Posta Elettronica Certificata era stata resa obbligatoria per pubbliche amministrazioni, società e professionisti.

La norma prevedeva anche che tutti i professionisti dovessero comunicare il proprio indirizzo Pec all'Ordine o Collegio di appartenenza, che avrebbe quindi stilato un elenco aperto alla consultazione delle pubbliche amministrazioni che ne facciano richiesta.



Ora la legge di stabilità 2012 (legge n. 183/2011) rafforza questo obbligo dei professionisti e dei loro Ordini o Collegi, indicando all'art. 25, comma 4, che l'omessa pubblicazione di suddetti elenchi o il rifiuto di comunicare con le pubbliche amministrazioni costituiscono causa di scioglimento e commissariamento dell'Ordine/Collegio inadempiente.

Una ragione in più per tutte le ostetriche ad aprire una casella di Pec e a comunicarne rapidamente

l'indirizzo al proprio Collegio provinciale: rispetteranno in questo modo un obbligo di legge e si doteranno di un utilissimo strumento professionale, indispensabile per comunicare rapidamente, e a basso costo, con tutta la P.A.

### Equipollenza dei titoli professionali: le ostetriche non devono chiedere il riconoscimento

Dopo la pubblicazione, nel luglio scorso, del Dpcm (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) che indicava "Criteri e modalità per il riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento", ci sono state alcune interpretazioni che hanno generato confusione e qualche preoccupazione.

È quindi importante chiarire che il riconoscimento dell'equivalenza riguarda esclusivamente quei titoli del pregresso ordinamento che non sono stati dichiarati equipollenti ai diplomi universitari nei decreti del Ministero della Sanità emanati nell'anno 2000, ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge 42/1999 (DM 24/07/2000). La procedura quindi non riguarda i titoli, come quello di ostetrica, già resi equipollenti ai diplomi universitari con quei decreti.

Di conseguenza tutti i professionisti che, come le ostetriche, sono in possesso di un titolo che è già stato dichiarato equipollente ai diplomi universitari non devono presentare nessuna domanda di riconoscimento.

### Meno certificati: le nuove norme per la semplificazione

Dal 1° gennaio 2012 sono entrate in vigore le nuove norme in materia di certificazioni rilasciate dalle Pubbli-



che Amministrazioni (articolo 15, comma 1, della legge n. 183/2011 al D.P.R. n. 445/2000 sulla documentazione amministrativa).

In particolare il Dipartimento della Funzione Pubblica, con la circolare n.14 del 22 dicembre 2011, ha sottolineato che le nuove norme sono volute a consentire una completa "de-certificazione" nei rapporti tra Pubbliche Amministrazioni e privati: quindi le amministrazioni interessate potranno procedere all'acquisizione diretta dei dati presso le amministrazioni certificanti o, in alternativa, i diretti interessati potranno produrre dichiarazioni sostitutive di certificazione o dell'atto di notorietà.

Dal 1° gennaio 2012, quindi, i certificati hanno validità solo nei rapporti tra privati, mentre le amministrazioni non potranno più chiedere ai cittadini certificati o informazioni già in possesso di altre PA.

Queste nuove disposizioni riguardano anche i Collegi delle ostetriche che, in qualità di Enti Pubblici non economici, dal 1° gennaio 2012 non possono più rilasciare certificati di iscrizione destinati a rapporti con altre Pubbliche Amministrazioni, ma possono fornirli solo ed esclusivamente per eventuali rapporti fra privati.

Proprio per questo, dal 1° gennaio 2012 sui certificati di iscrizione e altri certificati rilasciati dal Collegio deve essere apposta, a pena di nullità, la dicitura: "Il presente certificato non

può essere prodotto agli organi della pubblica amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi".

Per ulteriori approfondimenti si può consultare la documentazione acclusa alla Circolare n.3/2012, disponibile al sito internet [www.fnco.it](http://www.fnco.it)

### Ossitocina: la Fnco sollecita l'intervento dell'Aifa per garantire l'approvvigionamento alle ostetriche

Sollecitata da varie ostetriche ed in particolare da coloro che svolgono assistenza domiciliare, la Fnco ha richiesto all'Aifa chiarimenti in merito alla criticità di approvvigionamento di Syntocinon, farmaco indispensabile per la prevenzione ed il trattamento dell'emorragia post-partum. Un primo passo è stata una lettera con la quale è stato fatto presente il crescente disagio subito dalle ostetriche libero professioniste nel riuscire a garantire un tempestivo approvvigionamento di presidi farmacologici essenziali per la sicurezza delle cure domiciliari, per la prevenzione e la gestione delle emergenze ostetriche.

Differentemente dal passato, sottolineava la lettera della Fnco rivolta all'Aifa, le professioniste lamentano ora difficoltà nel reperire gli utero tonici come il Syntocinon (ossitocina), in quanto farmaco in fascia H, pertanto utilizzabile solo in ambito ospedaliero, nonostante il Syntocinon venga invece identificato dalla letteratura scientifica come un farmaco salvavita, utilizzato per la prevenzione e il trattamento dell'emorragia post-partum.

La lettera si concludeva con una richiesta di confronto e sottolineando l'urgenza di individuare strategie volte a garantire alle ostetriche la possibilità di svolgere appieno ed in sicurezza l'assistenza domiciliare al parto, modello assistenziale sempre più richiesto dalle donne in gravidanza.



Il secondo passo è avvenuto lo scorso 23 gennaio, con un incontro avvenuto nella sede dell'Aifa cui hanno partecipato una rappresentanza della Fnco e anche Marta Campiotti, ostetrica libero-professionista e presidente dell'Associazione Nazionale Ostetriche Parto a Domicilio e Casa Maternità.

L'incontro si è rivelato costruttivo e si sono valutate le strategie per addivenire ad una soluzione. A sostegno della richiesta la Fnco ha ricordato come nel 2009 il WHO abbia prodotto delle linee guida sulla prevenzione dell'emorragia post partum e come, anche in Italia, le società scientifiche più accreditate raccomandino la somministrazione di 10 UI di ossitocina per via intramuscolare al momento del coronamento della spalla fetale e comunque entro un minuto dalla nascita.

Poiché l'ostetrica esercita in piena autonomia e responsabilità le prestazioni professionali di propria competenza, con l'obbligo di praticare le idonee misure di emergenza in assenza del medico, è stato ribadito che risulta ormai improcrastinabile l'individuazione di strategie utili ad assicurare a tutte le donne italiane che decidono di partorire a casa un'assistenza appropriata e rispettosa delle raccomandazioni scientifiche.

L'ossitocina infatti è sempre stato l'uterotonico per eccellenza, utilizzato anche dalle ostetriche condotte; quest'ultimo, insieme ad altri farma-

ci, strumenti e ferri chirurgici, fa ancora oggi parte del corredo della cosiddetta "borsa ostetrica".

Per tutte queste ragioni è stato formalmente richiesta la possibilità di approvvigionamento di ossitocina per tutte le ostetriche iscritte all'Albo e l'apertura di un "registro elettronico Aifa" per una puntuale registrazione del suddetto farmaco, recante la data ed il nominativo della donna alla quale è stata effettuata la somministrazione, la storia del parto, la quantità di farmaco richiesta ecc., al fine di monitorare l'appropriatezza del suo approvvigionamento/impiego. L'attivazione di questo un registro elettronico Aifa potrebbe inoltre divenire uno strumento essenziale per l'impostazione di studi epidemiologici sull'assistenza alla nascita domiciliare, oggi di difficile realizzazione.

### Insediato presso il Miur il nuovo Osservatorio Nazionale delle Professioni Sanitarie

Il 21 febbraio scorso si è tenuta la riunione d'insediamento dell'Osservatorio nazionale per le professioni sanitarie, ricostituito con decreto interministeriale del 30-12-2010, ai sensi della Legge 251/00 e del DM 19-02.2009. Rappresentante per la Fnco all'interno dell'Osservatorio è la presidente Miriam Guana, nominata con decreto direttoriale del 20 gennaio 2012.

### Al via la nuova Commissione nazionale Ecm

Il 24 gennaio scorso, alla presenza del ministro della Salute professor Renato Balduzzi, si è tenuta, presso il Ministero della Salute, la riunione di insediamento della Commissione nazionale per la Formazione Continua che resterà in carica per tre anni. Rappresentante per la Fnco all'interno della commissione è la tesoriera Maria Pompea Schiavelli.

## NUOVI VERTICI DEI COLLEGI DELLE OSTETRICHE PER IL TRIENNIO 2012/2014

### Agrigento/Caltanissetta

#### Presidente

Insalaco Angela (mandato confermato da precedente triennio)

#### Vicepresidente

Andaloro Concetta

#### Segretario

Migliore Raimonda

#### Tesoriere

Galiano Anna Maria

#### Consiglieri

Carlino Graziella, Drago Calogera,

Privitera Maria Luisa

#### Revisori dei Conti

Gammacurta Luigia, Diana Patrizia, Giuliana Adriana, Geremia Calogero (supplente)

### Alessandria

#### Presidente

Palmisano Angela (mandato confermato da precedente triennio)

#### Vicepresidente

Hilviu Aida

#### Segretario

Testa Michela

#### Tesoriere

Bisoglio Maria Clotilde

#### Consigliere

Drusian Cinzia

#### Revisori dei Conti

Agostena Antonella, Motta Martina, Fanin Lisa, Sartore Lucia (supplente)

### Ancona

#### Presidente

Piermaria Margherita (mandato confermato da precedente triennio)

#### Vicepresidente

Bontempi Daniela

#### Segretario

Riccardi Tonina

#### Tesoriere

Cristofanelli Graziella

#### Consiglieri

Allessandrini Dorian, Cortesi Noemi,

Gregoretti Carmen

#### Revisori dei Conti

Cingolani Caterina, Appoloni Elisa,

Cerasa Giulia, Bartolucci Manuela

(supplente)

### Aosta

#### Presidente

Fazari Stefania (nuovo mandato)

#### Vicepresidente

Raffi Antonella

#### Segretario

Nasso Valentina

#### Tesoriere

Vivoli Nicoletta

#### Consigliere

Thoux Simona

#### Revisori dei Conti

Del Sindaco Ilaria, Furci Barbara,

Vicquery Christine,

Ferrari Trecate Cosetta (supplente)

### Ascoli Piceno/Fermo

#### Presidente

Martelli Stefania (nuovo mandato)

#### Vicepresidente

Gaetani Luana

#### Segretario

Ciucci Chiara

#### Tesoriere

Verdecchia Luana

#### Consiglieri

Mattioli Manuela,

Nardinocchi Rita, Recchioni Vincenza

#### Revisori dei Conti

Marzetti Irene, Ionni Martina,

De Angelis Giuliana, Mari Elena

(supplente)

### Avellino

#### Presidente

Saccardo Teresa (mandato confermato da precedente triennio)

#### Vicepresidente

Maruotto Teodora

#### Segretario

Flamma Elena

#### Tesoriere

Ambrosone Paola

#### Consiglieri

Di Pietro Simona,

Petrosino Rosa,

Sorece Clelia

#### Revisori dei Conti

Barbarisi Alfonsina,

D'Andrea Incoronata, Sullo Maria,

Morra Maria (supplente)

### Bari/Barletta/Adria/Trani

#### Presidente

Schiavelli Maria Pompea (mandato confermato da precedente triennio)

#### Vicepresidente

Ricci Raffaella

#### Segretario

Olive Silvia

#### Tesoriere

Mirizzi Luciana

#### Consiglieri

Antolini Maria Rosaria, Colazzo

Elisabetta, Sgobba Antonia

#### Revisori dei Conti

Vitale Elisabetta, Ruggieri Cosima,

Zingarelli Adelaide, Dell'Orco

Marianna (supplente)

### Belluno/Padova/Rovigo/Treviso/Venezia/Vicenza

#### Presidente

Gerotto Ivana

#### Vicepresidente

Guarisoni Barbara

#### Segretario

Busa Emanuela

#### Tesoriere

Panizza Cristina

#### Consiglieri

Bottarel Mery, Casagrande Michela,

Perissinotto Orietta, Altissimo

Sandra, Schiavon Annalisa

#### Revisori dei Conti

Dal Mas Bruna, Casagrande Lucia,

Granci Martina, Zoccarato Emanuela

(supplente)

### Benevento

**Presidente** Tancredi Ciro Clemente (nuovo mandato)

#### Vicepresidente

Foggi Giuseppina Binda

#### Segretario

Mirra Margherita

#### Tesoriere

Mancini Maria Giocondina

#### Consiglieri

Scarano Assunta, Gagliardi Roberta,

Capobianco Raffaella

#### Revisori dei Conti

Pirchio Sanità, Acinelli Roberta, Corbo Giuseppina, Amore Amelia (supplente)

## Bergamo

### Presidente

Midali Gabriella (mandato confermato da precedente triennio)

### Vicepresidente

Dondossola Graziella

### Segretario

Milesi Eleonora

### Tesoriere

Melli Valeria

### Consiglieri

Baroni Laura, Silveti Nadia, Vitali Monica

### Revisori dei Conti

Possenti Giancarla, Ravasi Cristina, Santini Annamaria, Sinatra Francesca (supplente)

## Bologna

### Presidente

Parma Dila (mandato confermato da precedente triennio)

### Vicepresidente

Leonelli Giovanna

### Segretario

Marinaro Elena

### Tesoriere

Gnan Vianella

### Consiglieri

Mitri Elena, Girelli Maria Rosa, Maddaluno Ornella

### Revisori dei Conti

Bucella Cristiana, Leccese Vincenza, Fantuz Francesca, Bedini Elisa (supplente)

## Bolzano

### Presidente

Di Bella Astrid (mandato confermato da precedente triennio)

### Vicepresidente

Rizzi Mirco

### Segretario

Zamboni Camilla

### Tesoriere

Brillo Arianna

### Consiglieri

Mureda Gaia, Sanoll Kathrin, Beraldin Nicole

### Revisori dei Conti

Delago Irene, Rubner Barbara, Stampfer Christina, De Felice Elisa (supplente)

## Brescia

### Presidente

Guana Miriam (mandato confermato da precedente triennio)

### Vicepresidente

Rossa Paola

### Segretario

Romano Maddalena

### Tesoriere

Novaglio Antonella

### Consiglieri

Benini Nicole, Romano Raffaella, Vaccari Erika

### Revisori dei Conti

Busca Pier Domenica, Maturilli Fernanda, Tortelli Baetrice (supplente)

## Brindisi

### Presidente

Pichierri Doriana (mandato confermato da precedente triennio)

### Vicepresidente

Civino Giovanna

### Segretario

Bruno Laura

### Tesoriere

Alemanno Germana

### Consiglieri

Bafaro Anna, Renna Mirella, Santoro Anna

### Revisori dei Conti

Meo Filomena, Vergine Anna Rita, De Nuzzo Cosima, Andrisano Roberta (supplente)

## Cagliari/Oristano/Nuoro/Medio Campidano/Ogliastra

### Presidente

Lai Maria Rosaria (mandato confermato da precedente triennio)

### Vicepresidente

Pilloni Dina

### Segretario

Campus Patrizia

### Tesoriere

Boi Rosalba

### Consiglieri

Contu Anna Maria, Guido Roberta, Spiga Mariangela

### Revisori dei Conti

Angius Rita, Melis Lucia, Raspa Rita, Pia Anna Rosa (supplente)

## Campobasso/Isernia

### Presidente

Iasevoli Fabiana (nuovo mandato)

### Vicepresidente

Panzeri Antonella

### Segretario

D'Alauro Alessandra

### Tesoriere

Picciano Giovanna

### Consiglieri

Picciano Anna Maria, Palladino

Francesca B., Vitolone Giuseppina

### Revisori dei Conti

Russo Dora, De Lellis Silvia, Mastromonaco Patrizia, Fratangelo Patrizia (supplente)

## Caserta

### Presidente

Vigliotti Maria (mandato confermato da precedente triennio)

### Vicepresidente

Ciervo Carmela

### Segretario

Iovino Stefania

### Tesoriere

Fragola Valentina

### Consiglieri

Lepore Pierina Laura, Raucci Vittoria, Trinchese Michele

### Revisori dei Conti

Bellopede Carmela, Parlapiano Michela, Turco Saverio, Farina Michela (supplente)

## Catania

### Presidente

Taverna Rosaria (mandato confermato da precedente triennio)

### Vicepresidente

Nicolosi Serafina

### Segretario

Fagone Carmela

### Tesoriere

Marra Rosa Maria Catena

### Consiglieri

Cusini Angelina, Mangano Maria, Di Bella Giusi

### Revisori dei Conti

Musumeci Carmelina, Reitano Antonino, Galvagno Alfina, Interlandi Maria (supplente)

## Catanzaro/Crotone/Vibo Valentia

### Presidente

Ludovico Concetta (mandato confermato da precedente triennio)

### Vicepresidente

Russo Maria Giovanna

### Segretario

Macrillò Gisella

### Tesoriere

Gugliotta Pamela

### Consiglieri

Ferragina Rosaria, Marasco Maria Carmela, Nesticò Rosalba



**Revisori dei Conti**

Crichi Grazia Giorgina,  
Corinno Carmela,  
Carnovale Maria Rosaria,  
Procopio Pietra (supplente)

**Chieti****Presidente**

Campitelli Concetta (mandato  
confermato da precedente triennio)

**Vicepresidente**

Di Matteo Cinzia

**Segretario**

Di Martino Maria Elena

**Tesoriere**

Leonzio Adele

**Consiglieri**

Gasbarri Enrica, Orsini Franca,  
Tilli Eleonora

**Revisori dei Conti**

Cinalli Anna Rita, Di Cesare Maria  
Loreta, Lozzi Anna Lucia,  
Miucci Rita (supplente)

**Como/Lecco****Presidente**

De Pietro Flavia (mandato  
confermato da precedente triennio)

**Vicepresidente**

Iacchia Valentina

**Segretario**

Vincifori Elena

**Tesoriere**

Campostori Petra

**Consiglieri**

Ambrosoni Francesca, Ballerini  
Giovanna, Monterisi Sara

**Revisori dei Conti**

Secchi Maria Luisa,  
Consonni Mariella, Rossini Elisabetta,  
Bottalico Anna Maria (supplente)

**Cosenza****Presidente**

Mignuoli Anna Domenica  
(nuovo mandato)

**Vicepresidente**

Ciardullo Concetta

**Segretario**

Forte Maria Carmela

**Tesoriere**

Scaglione Laura

**Consiglieri**

Argento Rosetta, Azzinnari Stefania,  
Caloiero Katia

**Revisori dei Conti**

Colella Pasqualina, Pugliese Maria,  
Serianni Maria Francesca, Tarsitano  
Francesca (supplente)

**Cremona****Presidente**

Cristiani Anna Maria (mandato  
confermato da precedente triennio)

**Vicepresidente**

Parma Paola

**Segretario**

Ruffini Edoarda

**Tesoriere**

Rotondi Manuela

**Consigliere**

Fanti Sylvie

**Revisori dei Conti**

Ce' Raffaella, Iondini Giancarla,  
Valenti Marina, Lodi Cosetta  
(supplente)

**Cuneo****Presidente**

Simarco Giulia (mandato confermato  
da precedente triennio)

**Vicepresidente**

Casale Roberta

**Segretario**

Torta Erica

**Tesoriere**

Maggiore Nunzia

**Consiglieri**

Giordano Gisella, Numico Mariagrazia,  
Fornero Simona

**Revisori dei Conti**

Mandrile Isabella, Salomone Cinzia,  
Levrone Noemi, Montagna Marta  
(supplente)

**Enna****Presidente**

Ristagno Oriana (mandato confermato  
da precedente triennio)

**Vicepresidente**

Calabrese Giuseppe

**Segretario**

Profeta Stefania

**Tesoriere**

Mastrandrea Maria Rita

**Consigliere**

Rabbene Pietrina

**Revisori dei Conti**

Tosetto Luigi, Di Pasqua Erica, Grillo  
Mario, Lavuri Salvatore (supplente)

**Ferrara****Presidente**

Turazza Gianna (mandato confermato  
da precedente triennio)

**Vicepresidente**

Cappadona Rosaria

**Segretario**

Siciliano Chiara

**Tesoriere**

Gaiani Cinzia

**Consiglieri**

Beccati Antonella, Pavani Chiara,  
Lunghini Roberta

**Revisori dei Conti**

Bolognesi Eurika, Grandi Giulia,  
Bonazzi Angela,  
Bocca Donata (supplente)

**Firenze/Prato/Arezzo/  
Grosseto/Siena****Presidente**

Cinotti Antonella (mandato  
confermato da precedente triennio)

**Vicepresidente**

Mascia Maria Rosa

**Segretario**

Chiarello Giovannina

**Tesoriere**

Iop Paola

**Consiglieri**

Torrini Dianora, Piazzini Irene, Marras  
Alessia, Faralli Eleonora,  
Aringhieri Luciana

**Revisori dei Conti**

Morbino Marisa, Bensi Laura, Creatini  
Patrizia, Magonio Elisa (supplente)

**Foggia****Presidente**

Di Portogallo Marianna  
(nuovo mandato)

**Vicepresidente**

Lagonigro Filomena

**Segretario**

Gallo Valentina

**Tesoriere**

Panniello Alessia

**Consiglieri**

Coppolella Giovanna, D'Ecclesia  
Loredana, Tosco Rosaria

**Revisori dei Conti**

Cuttano Rita, Bizzarri Rosa, De Cata  
Lucia A., Nicastro Marilù (supplente)

**Forlì-Cesena/Rimini****Presidente**

Sarti Claudia (mandato confermato  
da precedente triennio)

**Vicepresidente**

Carlini Paola

**Segretario**

Daniele Daniela

**Tesoriere**

Di Biase Elvira

**Consiglieri**

Colonna Iliana, D'Altri Rita,  
Venturi Fiorenza

### Revisori dei Conti

Brazioli Roberta, Catte Raffaella,  
Ferrini Anna,  
Di Giacomo Patrizia (supplente)

### Frosinone

#### Presidente

Di Palma Morena (mandato confermato da precedente triennio)

#### Vicepresidente

Truppa Elia Generosa

#### Segretario

Prò Elide

#### Tesoriere

Battisti Renata

#### Consiglieri

Tagliaferri Impera, Alonzi Restituata,  
Urbani Maria Grazia

#### Revisori dei Conti

Savelli Pasqualino, Pantanella Simona,  
Parmeni Emanuela,  
Oriotti Gigliola (supplente)

### Genova/La Spezia

#### Presidente

Valvasori Ubriana (mandato confermato da precedente triennio)

#### Vicepresidente

Cerutti Fiorenza

#### Segretario

Benussi Monica

#### Tesoriere

Vinerbi Paola

#### Consiglieri

Cataldi Patrizia, Scapparino Teresa,  
Trudu Gianluigi

#### Revisori dei Conti

Pellecchia Teresa, Foà Roberta, Villino  
Alice, Budassi Rossella (supplente)

### L'Aquila

#### Presidente

Pecce Maria Rita (nuovo mandato)

#### Vicepresidente

Pucci Virginia

#### Segretario

Carrozza Alessia

#### Tesoriere

Fontanazza Emanuela

#### Consiglieri

Lucci Giulia, Minisgallo Maria Grazia,  
Morgante Palma

#### Revisori dei Conti

Carosa Pia, Di Febo Annalisa,  
Perilli Maria Pia,  
Evangelista Daniela (supplente)

### Latina

#### Presidente

Coluzzi Marilisa (mandato confermato da precedente triennio)

#### Vicepresidente

Sibio Bruna

#### Segretario

De Petrillo Adonella

#### Tesoriere

Turchi Rosalba

#### Consigliere

Rossi Giovanna

#### Revisori dei Conti

Pistilli Sabrina, Zampieri Paola, Grasso  
Teresa, Liberati Rita (supplente)

### Lecce

#### Presidente

Mariano Maria Annina (mandato confermato da precedente triennio)

#### Vicepresidente

De Virgilio Nadia

#### Segretario

Brogna Adriana

#### Tesoriere

Feri Anna

#### Consiglieri

Chirivi Giuseppina, Invidia Anna  
Maria, Spedicato Addolorata

#### Revisori dei Conti

Coluccia Adele, Margiotta Casaluci  
Patrizia, Rossetti Maria,  
Carluccio Adriana (supplente)

### Lucca/Pistoia

#### Presidente

Pisani Maria Assunta (mandato confermato da precedente triennio)

#### Vicepresidente

Cristiano Elena

#### Segretario

Alampi Anna

#### Tesoriere

Sari Cristina

#### Consiglieri

Giannini Giuliana, Modena Sara,  
Gori Luisa

#### Revisori dei Conti

Alberigi Maria Rachele,  
Lencioni Lilia, Belluomini Maria Paola,  
Bernardini Paola (supplente)

### Macerata

#### Presidente

Pica Diana (mandato confermato da precedente triennio)

#### Vicepresidente

Branchesi Federica

### Tesoriere

Ricci Loriana

### Segretario

Garbuglia Elisa

### Consiglieri

Di Pietrantonio Patrizia,  
Ciurlanti Stefania, Giovagnetti Samuela

### Revisori dei Conti

Wierz Bicka Grazyna Urszula,  
Romagnoli Mara, Paperi Rita,  
Lattanzi Barbara (supplente)

### Mantova

#### Presidente

Antuono Monica (nuovo mandato)

#### Vicepresidente

Vanella Mara

#### Segretario

Barbiani Ivana

#### Tesoriere

Cuzzocrea Arianna

#### Consiglieri

Grossi Loretta, Crestani Elena,  
Panzetta Grazia

#### Revisori dei Conti

Tonelli Monica, Braglia  
Maria Rosa, Arrighi Viola,  
Molinari Manuela (supplente)

### Matera

#### Presidente

Fiorino Concetta (nuovo mandato)

#### Vicepresidente

Bellomo Carmela

#### Segretario

Stella Doriana

#### Tesoriere

Ruggieri Francesco

#### Consigliere

De Lucia Cinzia

#### Revisori dei Conti

Carlucci Chiara, Carlucci Raffaella,  
Quintano Concetta,  
Bellomo Maria (supplente)

### Messina

#### Presidente

Santo Maria (mandato confermato da precedente triennio)

#### Vicepresidente

Nibali Daniela

#### Segretario

Bonfiglio Claudia

#### Tesoriere

D'Arrigo Francesca

#### Consiglieri

Alessi Caterina, Vadalà Lorenza,  
Samperi Giovanna

**Revisori dei Conti**

Micò Maria Assunta, Manganaro Donatella, Grisafi Franca, Bonaddio Moena (supplente)

**Milano/Lodi/Monza Brianza****Presidente**

Sieve Simona (mandato confermato da precedente triennio)

**Vicepresidente**

Zorzan Stefania

**Segretario**

Della Volpe Rosaria

**Tesoriere**

Bozzini Sonia

**Consiglieri**

Nespoli Antonella, Domenighini Serena, Trussardi Elena, Villa Cristina, Visconti Elena

**Revisori dei Conti**

Grasso Clelia, Mapelli Margherita, Mauri Paola Agnese, Navone Emanuela (supplente)

**Modena****Presidente**

Vaccari Silvia (mandato confermato da precedente triennio)

**Vicepresidente**

Finelli Eugenia

**Segretario**

Rimondi Nadia

**Tesoriere**

Guerra Silvia

**Consiglieri**

Bortolotti Fiorella, Di Matteo Simona, Vai Cristina

**Revisori dei Conti**

Danza Franca, Cioni Cristiana, Masi Maria Grazia, Ruscigno Giulia (supplente)

**Napoli****Presidente**

Piacente Giuseppina (mandato confermato da precedente triennio)

**Vicepresidente**

Di Lorenzo Giuseppina

**Segretario**

Paribello Salvatore

**Tesoriere**

Iuliano Alessandra

**Consiglieri**

Di Domenico Giuseppina, Lamboglia Bianca, Raimondo Carmelina, Pastore Annamaria, Vicario Maria

**Revisori dei Conti**

Carotenuto Letizia, Nappo Lucia, Zapparella Rosanna, Turco Maddalena (supplente)

**Novara/Verbanò Cusio Ossola/Vercelli/Biella****Presidente**

Ticozzi Graziella (mandato confermato da precedente triennio)

**Vicepresidente**

Pedroni Anna Rita

**Segretario**

Uglietti Chiara

**Tesoriere**

De Regibus Virginia

**Consiglieri**

Beggiato Emanuela, Peraldi Simona

**Revisori dei Conti**

Bottega Emanuela, Buratti Beatrice, Marangon Alessia, Costanza Gisella (supplente)

**Palermo****Presidente**

Lopresti Elio (mandato confermato da precedente triennio)

**Vicepresidente**

Auci Maria Antonella

**Segretario**

La Susa Giovanna

**Tesoriere**

Madonia Carolina Giuseppina

**Consiglieri**

Amato Rosaria, Benenati Salvatori, Ruggieri Giuseppina

**Revisori dei Conti**

Campanella M. Teresa, Famulari Gabriella, Sgammeglia Graziella Maria, Ardizzone Laura (supplente)

**Parma/Piacenza****Presidente**

Pavesi Cristiana (mandato confermato da precedente triennio)

**Vicepresidente**

Lombardini Rita

**Segretario**

Illari Simona

**Tesoriere**

Copelli Monica

**Consiglieri**

Faniello Caterina, Cacciatore Roma, Romano Elisa

**Revisori dei Conti**

Cervi Manuela, Ostan Claudia, Cassinelli Monica, Villagran Paulina (supplente)

**Pavia****Presidente**

De Bo Elsa (mandato confermato da precedente triennio)

**Vicepresidente**

Tamai Catia

**Segretario**

Raffaelli Erica

**Tesoriere**

Alvaro Eva

**Consiglieri**

Marchetti Beatrice, Orzi Ilaria, Salvini Diana

**Revisori dei Conti**

Cantoni Marzia, Scrivanti Margherita, Balduzzi Silvia, Chiesa Daniela (supplente)

**Perugia****Presidente**

Di Paolo Anna Maria (mandato confermato da precedente triennio)

**Vicepresidente**

Bassini Luciana

**Segretario**

Bartolucci M.Valentina

**Tesoriere**

Fiandra Francesca

**Consiglieri**

Baldassarri Ivana, Cruciani Nazzareno, Bettarelli Nadia

**Revisori dei Conti**

Angelelli Francesca, Freddio Simona, Garofoli Rosamaria, Falini Marica (supplente)

**Pesaro/Urbino****Presidente**

Luppino Gabriella (mandato confermato da precedente triennio)

**Vicepresidente**

Pacassoni Ilaria

**Segretario**

Del Pivo Silvia

**Tesoriere**

Caramanico Daniela

**Consigliere**

Casoli Silvia

**Revisori dei Conti**

Vicci Rosina, Bartolo Lucia, Zazzeroni Elena, Stafoggia Michela (supplente)

## Pescara

### Presidente

Colasante Maria Eufemia (mandato confermato da precedente triennio)

### Vicepresidente

De Angelis M. Assunta

### Segretario

Di Giovanni Maura

### Tesoriere

D' Addamio Rosaria

### Consigliere

Mancini Fabiola

### Revisori dei Conti

Spera Maria Damiana, La Rocca

Barbara, Sablone Monica, Campanelli

Rita (supplente)

## Più/Massa Carrara/ Livorno

### Presidente

Bruschi Elisa (mandato confermato da precedente triennio)

### Vicepresidente

Pacini Sara

### Segretario

Traupe Martha

### Tesoriere

Cocchiararo Paola

### Consiglieri

Mancini Mara, Vignoni Stefania,

Maccario Anna Maria

### Revisori dei Conti

Ballatori Alice, Luzi Cinzia, Panattoni

Alessandra, Monti Lidia (supplente)

## Potenza

### Presidente

Summa Maria (mandato confermato da precedente triennio)

### Vicepresidente

Putignano Vita Maria

### Segretario

Smaldone Lucia

### Tesoriere

Pesce Antonella

### Consigliere

Salvati Caterina

### Revisori dei Conti

Claps Daniela, Petrocelli Paola,

Venezia Giovanna,

Corrado Francesca (supplente)

## Ragusa

### Presidente

Falco Clara (mandato confermato da precedente triennio)

### Vicepresidente

Parisi Maria

### Segretario

Scribano Salvatore

### Tesoriere

Firrito Giovanna

### Consigliere

Cusseddu Maria Antonietta

### Revisori dei Conti

Migliorisi Giorgio, Giaquinta Maria

Occhipinti Giovanna, Gulino Daniela

(supplente)

## Ravenna

### Presidente

Bini Norma (mandato confermato da precedente triennio)

### Vicepresidente

Gasperoni Oriana

### Segretario

Angelini Magda

### Tesoriere

Gallo Tiziana

### Consiglieri

Di Tizio Laura, Facchini Emanuela

Locatelli Annalisa

### Revisori dei Conti

Ghini Teresa, Landi Angela,

Lazzari Luciana, Rebecchi Donatella

(supplente)

## Reggio Calabria

### Presidente

Infortuna Paola (mandato confermato da precedente triennio)

### Vicepresidente

Strati Giuseppina

### Segretario

Porcino Lucia

### Tesoriere

Ravenda Annunziata

### Consiglieri

Garreffa Concetta, Polimeni Rita,

Spanò Angelina

### Revisori dei Conti

Sisinni Anna, Tardivo Francesca,

Marmoro Antonella,

Sirna Ilenia (supplente)

## Reggio Emilia

### Presidente

Borgognoni Patrizia

(nuovo mandato)

### Vicepresidente

Riccò Roberta

### Segretario

Bagnacani Giulia

### Tesoriere

Anceschi Giulia

### Consiglieri

Camurri Morena, Bonilauri Alessia,

Turrini Cristina

### Revisori dei Conti

Bassoli Valentina, Bertani Sara, Nesti

Simona, Rocchi Gianna (supplente)

## Rieti

### Presidente

Ceci Franca (mandato confermato da precedente triennio)

### Vicepresidente

Belli Natascia

### Segretario

Inches Paola

### Tesoriere

Avenali Anna

### Consigliere

De Gasperis Ivana Dina

### Revisori dei Conti

Feroci Roberta, Strinati Valentina,

Vitale Carmelina,

Valentini Laura (supplente)

## Roma

### Presidente

Rinaldi Iolanda (nuovo mandato)

### Vicepresidente

Innocenzi Fabio

### Segretario

Proietti Patrizia

### Tesoriere

Parisi Francesca Romana

### Consiglieri

Antolini Sabrina, Burlon Barbara,

Massari Bianca, Nichinonni Stefania,

Spera Antonella

### Revisori dei Conti

Pontesilli Eleonora, Santoni Giancarlo,

Vecchione Celeste, Pellegrini

Maria Grazia (supplente)

## Salerno

### Presidente

Muccione Carmela (mandato confermato da precedente triennio)

### Vicepresidente

D' Arminio Rosa

### Segretario

Sapere Roberta

### Tesoriere

Falivene Margherita

### Consiglieri

Fenza Agueda Antonella,

Avigliano Rosaria, Apicella Nadia

### Revisori dei Conti

Cirigliano Maria Maddalena,

Carratù Raffaella, Anastasio Anna,

Mazzotta Barbara (supplente)

## Sassari /Olbia Tempio

### Presidente

Tedde Maddalena (mandato confermato da precedente triennio)

### Vicepresidente

Piga Maria Domenica

### Segretario

Porcu Daniela

### Tesoriere

Canu Maria Caterina

### Consiglieri

Arca Graziella Rita, Lubinu Paola, Pintore Rita

### Revisori dei Conti

Bertoli Daniela, Spanu Barbara, Trucchetti Natascia, Catta Grazia (supplente)

## Savona/Imperia

### Presidente

Ferrari Rossana (nuovo mandato)

### Vicepresidente

Belletti Paola

### Segretario

Fontana Enrica

### Tesoriere

Franchi Elisabetta

### Consiglieri

Morese Angelo, Tabò Maria Rina, Zunino Elena

### Revisori dei Conti

Cervar Elda, Minetti Emilia, Bianchi Barbara, Rossi Cristina (supplente)

## Siracusa

### Presidente

Pullara Maria (mandato confermato da precedente triennio)

### Vicepresidente

Di Grande Domenica

### Segretario

Augello Pasquale

### Tesoriere

Buccheri Francesca

### Consigliere

Caldarella Viviana

### Revisori dei Conti

Rando Ramona, Mazzarino Elisabetta, Musco Carbonaro Ilenia, Messina Alessandra (supplente)

## Sondrio

### Presidente

Patrino Flavia (nuovo mandato)

### Vicepresidente

Corvi Giannina

### Segretario

Ponti Federica

### Tesoriere

Foppoli Carla

### Consigliere

Abbiati Paola

### Revisori dei Conti

La Sala Anna, Mosconi Emanuela, Mossini Cristina, Volonte' Paola (supplente)

## Taranto

### Presidente

Tursi Silvia (mandato confermato da precedente triennio)

### Vicepresidente

Epifani Annamaria

### Segretario

Tocci Antonia

### Tesoriere

De Franciscis Giuseppa

### Consiglieri

De Donato Elena, Minelli Anna, Pulpito Rita

### Revisori dei Conti

Ambrosi Antonella, Civitillo Ada, Zagaria Delfina, La Torre Rosa (supplente)

## Teramo

### Presidente

Di Giorgio Allegrina (mandato confermato da precedente triennio)

### Vicepresidente

Sulpizi Maurizia

### Segretario

Marone Lorena

### Tesoriere

Di Febo Milena

### Consigliere

Piersanti Grazia

### Revisori dei Conti

De Antonii Danila, Capparuccini Chiara, Di Paolo Maria, Guardiani Giada (supplente)

## Terni

### Presidente

Bianco Maria Antonietta (mandato confermato da precedente triennio)

### Vicepresidente

Bruschini Nicoletta

### Segretario

Giacobbi Ersilia

### Tesoriere

Martoni Antonella

### Consigliere

De Vincenzi Denise

### Revisori dei Conti

De Angelis Laura, Pallozzi Luisella, Longhi Alesia, Panfilì Diana (supplente)

## Torino/Asti

### Presidente

Cantoira Sara (mandato confermato da precedente triennio)

### Vicepresidente

Vollaro Maria Grazia

### Segretario

Baratto Maria Cristina

### Tesoriere

Zizzo Roberta Maria

### Consiglieri

Composto Daniele, Guerra Virginia, Marelo Edi Angela, Serralunga Alessandro, Useo Valerie

### Revisori dei Conti

Fiorello Federica, Longo Francesca, Mantegazza Lorella, Boscarato Erika (supplente)

## Trapani

### Presidente

Napoli Francesca (mandato confermato da precedente triennio)

### Vicepresidente

Cascarano Francesca

### Segretario

Bica Romina

### Tesoriere

Lombardo Giuseppe

### Consiglieri

D'Angelo Laura, Loria Maria Stella, Prinzivalli Angela

### Revisori dei Conti

Emanuele Angela, Grillo Angela, Zicchitella Maria, Peraino Luisa (supplente)

## Trento

### Presidente

Masè Caterina (mandato confermato da precedente triennio)

### Vicepresidente

Guareschi Cristina

### Segretario

Moltrer Erika

### Tesoriere

Klein Catherine

### Consigliere

Barberi Annalisa, Campestrini Roberta, Chiodega Vanda

### Revisori dei Conti

Bernardi Alessandra, Bona Laura, Bertolini Maddalena, Benini Elena (supplente)

## Trieste/Gorizia

### Presidente

Dussich Valentina (mandato confermato da precedente triennio)

### Vicepresidente

Di Tommaso Francesca

### Segretario

Tedisco Ingrid

### Tesoriere

Troiano Chiara

### Consiglieri

Gruden Matejka, Dovier Enrica, Longo Maria Diletta

### Revisori dei Conti

Oltremonte Graziella, De Carli Francesca, Menegolli Chiara, Di Cosimo Caterina (supplente)

## Udine/Pordenone

### Presidente

Toninato Antonella (mandato confermato da precedente triennio)

### Vicepresidente

Ossanna Laura

### Segretario

Passoni Ferraro Elena

### Tesoriere

Milia Patrizia

### Consiglieri

Fasan Jessica, Croatto Francesca, Missana Sara

### Revisori dei Conti

Gobbo Raffaella, Galluzzo Consuelo, Michelutti Anna, Ronsivalle Mariella (supplente)

## Varese

### Presidente

Magnoli Clara (mandato confermato da precedente triennio)

### Vicepresidente

Malaggi Marisa

### Segretario

Miriani Elena

### Tesoriere

Tedesco Raffaella

### Consiglieri

Mancon Mariangela, Iovino Nellina Libralato Sara

### Revisori dei Conti

Bussolati Antonella, Fizio Franca, Beati Angela, Monza Carolina (supplente)

## Verona

### Presidente

Dall'Olio Rosalba (mandato confermato da precedente triennio)

### Vicepresidente

Morbioli Sabrina

### Segretario

Pezzini Daniela

### Tesoriere

Zanotelli Angelica

### Consiglieri

Benedetti Maria Grazia, Biondani Simonetta, Padoanello Maria Elisa

### Revisori dei Conti

Bergamasco Annapaola, Valletta Sabrina, Ferrin Luisa, Colonna Carmela (supplente)

## Viterbo

### Presidente

Pasqualetti Roberta (mandato confermato da precedente triennio)

### Vicepresidente

Barbanti Rosella

### Segretario

Sola Giuseppina

### Tesoriere

Bibbiani Stefania

### Consigliere

Brillante Immacolata

### Revisori dei Conti

Faccenda Eleonora, Martini Gianna, Migliorelli Francesca, Anselmi Annalisa (supplente)

## COME AFFRONTARE UN CONCORSO PUBBLICO PER LA PROFESSIONE OSTETRICA

Un avvocato amministrativista analizza i diversi aspetti che possono rendere difficile partecipare ad un concorso: graduatorie, commissioni esaminatrici, prove scritte e orali. Per saperne di più e affrontare con più consapevolezza un momento professionale importante

**Pierluigi Balducci**  
avvocato

**A**nche per le ostetriche esiste una difficoltà a partecipare a concorsi pubblici nei quali sia effettivamente garantita l'effettiva parità ai concorrenti, nonché la trasparenza delle prove d'esame.

Le vicende relative ad alcuni concorsi (in particolare quello di Senigallia), pervenute all'attenzione della Presidenza della FncO, inducono ad una riflessione e, soprattutto, alla attivazione di misure preventive per affrontare queste prove selettive.

In particolare la Federazione mi chiede, in qualità di avvo-

cato amministrativista, di elencare una serie di accorgimenti e di avvertenze da fornire alle ostetriche che partecipano ai concorsi pubblici al fine di evitare soprusi ed irregolarità.

Il tema, comunque, mi appare generale e non specificamente riferito alla professione ostetrica.

Le modalità di svolgimento dei concorsi per la copertura di posti di ostetrica sono, difatti, identiche a quelle di tutti gli altri concorsi pubblici (del comparto sanità).

I concorsi per operatore professionale sanitario e per col-



laboratore professionale sanitario, nel cui ambito sono inserite le aspiranti ostetriche pubbliche (artt. 30 e 39 del DPR 27/3/2001 n. 220), al di là delle specificità dei titoli necessari per la partecipazione, non presentano particolari specificità.

Pertanto, le questioni da affrontare, possono essere rinvenute fra i temi generali della materia concorsuale, analizzando il Regolamento recante norme sull'accesso agli impieghi nella P.A. e le modalità di svolgimento dei concorsi (DPR 9/5/1994 n. 487), il Testo Unico sul Pubblico Impiego (D.Lgs. 30/3/2001 n. 165, artt. 35 e 36) e il regolamento recante la disciplina concorsuale del personale non dirigenziale del SSN (DPR 27/3/2001 n. 220). La contrattazione collettiva ed il Regolamento relativo ai concorsi del personale Ssn dirigenziale (DPR 10/12/1997 n. 483) non contengono, difatti, norme particolari che possano modificare le previsioni contenute nelle suddette tre fonti normative.

### 1) Legittimazione della Federazione e dei Collegi

Preliminarmente mi pare opportuno sgombrare il campo da ogni equivoco circa la possibilità per la Federazione e per i Collegi di intervenire direttamente davanti ai Giudici per tutelare le eventuali posizioni soggettive, lese dai comportamenti delle PP.AA., delle singole ostetriche.

Ogni qual volta i concorsi pubblici risultino totalmente o parzialmente illegittimi gli unici soggetti legittimati a rilevare tali illegittimità davanti all'Autorità Giudiziaria sono gli stessi partecipanti ai concorsi.

Identica certezza non posso invece esprimere nei casi in cui si tratti di contestare il contenuto dei bandi di concorso che, in qualche misura, abbia pretermesso (o comunque compromesso) la figura professionale dell'ostetrica. Mi riferisco ai casi in cui (teoricamente possibili, seppure illegittimamente) la P.A. nei bandi confonda la figura professionale dell'ostetrica con altre figure professionali sanitarie consentendo la copertura di posti necessariamente destinati ad ostetriche ad altre figure (ad esempio, agli infermieri). Ovvero, decida soppressione di posti e/o ristrutturazioni in danno della figura professionale dell'ostetrica.

Orbene, in questi casi, può ipotizzarsi un intervento diretto della Federazione o dei Collegi davanti all'Autorità Giudiziaria (anche se l'esperienza pratica mi porta a consigliare, comunque sia, la presentazione dei ricorsi anche da parte di singoli interessati, unitamente al Collegio della zona territoriale coinvolta).

### 2) Efficacia e scorrimento delle graduatorie

Sostanzialmente tutti i concorsi attraversano tre fasi: l'indizione, lo svolgimento e l'approvazione finale degli atti con le conseguenti assunzioni.

La prima fase (indizione) è sottoposta alla preliminare verifica da parte della P.A. della possibilità di attivare il concorso stesso.

Sul punto le valutazioni delle Asl sono considerevolmente cambiate negli anni.

La necessità di contenere la spesa pubblica è, difatti, divenuta determinante con ogni conseguenza in tema di blocco/limitazione del turn over e, in genere, alle assunzioni. Inoltre, ha assunto un diverso e più penetrante ruolo la contrattazione aziendale.

In base all'art. 35, c. 4, D.Lgs. n. 165/2001, difatti, "le determinazioni relative all'avvio di procedure di reclutamento sono adottate da ciascuna amministrazione o ente sulla base della programmazione triennale del fabbisogno di personale deliberata ai sensi dell'art. 39 della legge 27 dicembre 1997 n. 449 e successive modificazioni ed integrazioni". In base a tale programmazione deve quindi essere predisposto un piano occupazionale attraverso la contrattazione aziendale. In questa sede, pertanto, sono determinate le scelte che incidono sulla possibilità di assunzione anche delle ostetriche. Ne deriva che la figura professionale delle ostetriche facilmente può soccombere di fronte al peso di altre categorie (si pensi agli infermieri) in sede di contrattazione aziendale.

È questo quindi il luogo dove i Collegi possono far sentire la propria voce (pur nella consapevolezza che non possono, però, svolgere un ruolo meramente sindacale).

Fatta questa premessa più generale, ogni indizione di concorso va poi valutata alla luce della esistenza di graduatorie ancora vigenti.

Il comma 5 ter del suddetto art. 35 D.Lgs. n. 165/2001, introdotto dal comma 87, art. 3, L. n. 244/2007, modificato dal comma 1, art. 51, D.Lgs. n. 150/2009, ha stabilito che le graduatorie dei concorsi per il reclutamento del personale presso le amministrazioni pubbliche rimangono vigenti per un termine di tre anni dalla data di pubblicazione (salve le diverse previsioni dei legislatori regionali).

Al momento della indizione, pertanto, è teoricamente possibile che sia in vigore la graduatoria di un precedente concorso.

L'art. 15 del DPR n. 487/1994 (che fissava una validità delle graduatorie di diciotto mesi per eventuali coperture di posti successivamente resisi disponibili, poi estesa a ventiquattro mesi dall'art. 18 del DPR n. 220/2001 per il personale del comparto Ssn, con l'eccezione della copertura di posti istituiti successivamente alla data di indizione del concorso) ha quindi ammesso l'ultrattività delle graduatorie.

Occorre però specificare che gli idonei non vincitori di concorso non hanno diritto allo scorrimento della graduatoria ma sono titolari soltanto di un interesse legittimo alla assunzione. Ne consegue che il potere della P.A. di utilizzo della graduatoria vigente è discrezionale. Le Asl possono, cioè, decidere volta per volta, ovviamente con motivazione adeguata.

Tale decisione può, però, essere assunta preventivamente in sede di bando di gara attraverso un'espressa previsione in tal senso.

In ogni caso, la decisione di ricorrere allo scorrimento (che comunque comporta un utile risparmio di spesa) deve essere formale e non può essere demandata alla scelta del



capo del personale ma deve afferire all'azienda complessivamente (deliberazione del Direttore Generale).

Afferma difatti Cass. Sez. Lavoro n. 21509 dell'11/8/2008 che: "in materia di procedure concorsuali della P.A. preordinate all'assunzione dei dipendenti, l'istituto del cd scorporamento della graduatoria presuppone necessariamente una decisione dell'amministrazione di coprire il posto; pertanto, l'obbligo di servirsi della graduatoria entro il termine di efficacia della stessa preclude all'amministrazione di bandire una nuova procedura concorsuale ove decida di reclutare personale, ma non la obbliga all'assunzione dei candidati non vincitori in relazione a posti che si rendano vacanti e che l'amministrazione stessa non intenda coprire, come è reso palese dall'espressione "eventuale copertura di posti che dovessero rendersi disponibili" adoperata tanto nell'art. 15, comma 7, del DPR n. 487 del 9 maggio 1994, per i concorsi delle pubbliche amministrazioni in genere, quanto nell'art. 91, comma 4, del D.Lgs n. 267 del 18 agosto 2000, per i concorsi degli enti locali, norme entrambe sopravvissute alla privatizzazione del pubblico impiego".

In conclusione sul punto, dunque, nella fase preliminare appare opportuno approfondire lo stato del fabbisogno di personale dell'azienda indicente il concorso e verificare l'esistenza di graduatorie in vigore controllando in particolare il contenuto del bando di tali graduatorie preesistenti.

### 3) Commissioni di concorso

Effettuate le valutazioni preliminari relative alla possibilità di bandire il concorso e ai contenuti del bando, date per chiare le modalità di predisposizione delle domande nonché i requisiti di partecipazione, una particolare attenzione va posta sulla nomina delle Commissioni di concorso.

Queste devono vedere la partecipazione di almeno un terzo di donne (art. 5, c. 2, DPR n. 220/2001 e art. 9 DPR n. 487/1994) e devono essere composte da tecnici esperti. Sono quindi esclusi i politici ed i sindacalisti. Tale previsione secondo l'avviso del legislatore con tutta evidenza ha inteso evitare eventuali conflitti d'interesse.

Qualche incertezza può sorgere nella individuazione degli esperti. Ha affermato TRGA Bolzano 10/9/2010 n. 266, con riferimento ad una Commissione composta da due infermieri professionali in possesso della laurea in scienza infermieristiche ed ostetriche e da un'ostetrica coordinatrice, che: "la scelta della composizione della Commissione da parte della Azienda Sanitaria appare immune dai vizi denunciati dalle ricorrenti, potendo i tre membri prescelti essere tutti considerati "esperti" nella materia delle ostetriche, come richiesto dalla disposizione sopra citata".

In mancanza dello svolgimento della professione di docente nella materia oggetto del concorso si ritiene che l'esperienza debba essere dimostrata in base al curriculum del membro.

In ogni caso questa disposizione ha inteso assicurare il principio dell'imparzialità e del buon andamento della P.A. È importante inoltre sottolineare che le Commissioni costituiscono un collegio perfetto; pertanto, devono deliberare in composizione totalitaria (devono essere presenti in ogni fase deliberativa tutti i componenti) a pena di nullità degli atti che adottano.

I componenti della Commissione sono soggetti alle cause di incompatibilità (valide per i giudici) di cui agli artt. 51 e 52 del codice di procedura civile.

Infine si sottolinea l'importanza della verifica degli adempimenti preliminari dei lavori della Commissione.

Questa deve nella prima riunione (o comunque prima di prendere cognizione del contenuto degli elaborati) predefinire i criteri e le modalità di valutazione delle prove concorsuali (art. 12 DPR n. 487/1994) al fine di garantire esigenze di trasparenza.

### 4) Svolgimento delle prove. Prova scritta

Lo svolgimento delle prove è informato a diversi criteri. Fra questi assorbenti appaiono esseri quelli di: autenticità; originalità; di rispetto dell'anonimato.

Al fine di assicurare l'autenticità delle prove è prescritto che gli elaborati siano scritti su carta portante il timbro dell'ufficio e almeno la firma di un commissario (art. 13 DPR n. 487/1994 e art. 12 DPR n. 122/2001).

Inoltre quando si accerti che i compiti risultino copiati (fra loro o rispetto ad un testo terzo) è disposta l'esclusione nei confronti di tutti i candidati coinvolti in ossequio del principio di originalità e di rispetto dell'anonimato.

Lo stato di confusione lamentato da alcune candidate in diversi concorsi se dà vita a questi fenomeni può, pertanto, diventare motivo di esclusione di alcuni candidati.

Le ragioni di annullamento dell'intero concorso sono invece più rare.

Possono riguardare la composizione della Commissione allorché i profili di illegittimità emergano dopo lo svolgimento delle prove ovvero il mancato rispetto di alcuni termini fissati dalla legge.

Fra questi si segnalano: il termine di venti giorni per lo svolgimento della prova orale dopo l'effettuazione della prova scritta e pratica e quello entro cui devono essere completate le procedure concorsuali (entro sei mesi dalla prova scritta - art. 10 DPR n. 220/2001).

Del pari compromette la legittimità del concorso la violazione dell'obbligo di pubblicità nello svolgimento della prova orale.

La violazione del termine di preavviso (15 giorni) per lo svolgimento del concorso può invece essere fatto valere soltanto da coloro che non partecipano al concorso (Cons. Stato, VI, 11/3/2008 n. 1023).

I tempi medi molto ristretti di correzione degli elaborati scritti invece non sono considerati favorevolmente dalla giurisprudenza. Addirittura, per la prova abilitante alla professione di Avvocato sono stati ritenuti sufficienti tempi

medi di correzione di ogni elaborato pari a tre minuti (Cons. Stato, VI, 8/4/1999 n. 538).

L'art. 12 DPR n. 220/2001 in ogni caso prevede che la Commissione il giorno stesso dell'espletamento della prova scritta predisponga una terna di temi o questionari a risposte sintetiche fissando il tempo a disposizione dei candidati per lo svolgimento della stessa. Nell'ambito della terna uno dei candidati nei locali di svolgimento della prova sorteggia il tema o il questionario da svolgere.

5) Svolgimento delle prove. Prova pratica e orali

In ordine alle prove orali già si è detto con riferimento all'obbligo di pubblicità e ai tempi entro cui deve svolgersi rispetto alle prove precedenti.

Devono comunque svolgersi alla presenza dell'intera Commissione (art. 16 DPR n. 220/2001).

La prova pratica consiste invece nella esecuzione di tecniche specifiche (artt. 37, 43 e 49 DPR n. 220/2001).

Si segnala, in materia di prova pratica, un caso affrontato dalla giurisprudenza e relativo all'accertamento di distocie. L'art. 4 DPR n. 163/1975 (come è noto alle ostetriche) dispone che l'ostetrica che assiste al parto deve richiedere l'intervento del medico quando rilevi la sussistenza di fattori di rischio o quando accerti distocie.

Si è quindi discusso in giurisprudenza se la presentazione di un neonato di spalla e la padronanza delle cognizioni pratiche necessarie per affrontare la situazione possa legittimamente essere materia attinente a una prova pratica di un concorso per posti di ostetrica (attesa la necessità della presenza del medico per completare tale tipo di parti).

Afferma Cons. Stato, V, 24/10/2006 n. 6339 che: "poiché la distocia fa parte dell'assistenza al parto è legittimo che la prova pratica possa anche consistere nell'accertare se la candidata sia in possesso delle cognizioni necessarie per assistere la paziente sino all'arrivo del medico e che lo svolgimento della stessa non richieda l'uso di strutture o attrezzature ma solo l'individuazione e dimostrazione delle manovre essenziali da effettuare" (di identico tenore, TAR Piemonte, II, 7/7/1997 n. 364).

## 6) Questioni generali e conclusive

In base alle regole da sempre vigenti in materia di concorsi pubblici e da ultimo secondo le espresse indicazioni dell'art. 35 D. Lgs. n. 165/2001 i principi ispiratori, aventi altresì carattere cogente, di queste procedure possono indicarsi nei seguenti: pubblicità; imparzialità; economicità e celerità;

trasparenza; pari opportunità.

Di certo permane un evidente formalismo nella disciplina della materia in commento. Addirittura Cons. Stato, V, 19/6/2003 n. 3647 ha affermato che: "È legittima l'esclusione da un concorso per la copertura di un posto di ostetrica presso una Usl, di una concorrente già dipendente della medesima Unità che aveva bandito il concorso, in ragione del mancato possesso, nella sede d'esame, del documento d'identità, quand'anche la sua identità personale sia conosciuta da alcuni dei componenti la Commissione. Dato che le procedure concorsuali sono dominate dal principio della rigidità della forma a salvaguardia della fondamentale esigenza della parità di condizioni in cui il confronto tra i concorrenti deve svolgersi, in vista di una scelta del migliore non inquinata da particolarismi".

Nel quadro descritto rimane da ricordare soltanto che la valutazione dei titoli deve precedere la valutazione delle prove scritte.

Infine un cenno sull'attinenza alla specificità del posto messo a concorso delle materie di cui alle prove concorsuali, nonché sulla valutazione discrezionale da parte della Commissione delle prove svolte.

Si tratta di questioni nel cui ambito la valutazione della Commissione appare difficilmente sindacabile.

La giurisprudenza si è da sempre esercitata nella distinzione fra valutazione tecnica (insindacabile) e ricostruzione dell'iter logico, seguito dalla amministrazione nella assegnazione di un determinato punteggio, tale da sottrarlo al vizio dell'eccesso di potere per illogicità ed arbitrarietà.

A mio avviso l'accesso sostanziale al merito delle valutazioni delle Commissioni di concorso quasi mai consente di annullarle davanti al Giudice Amministrativo; anche se in queste pieghe si nasconde quasi sempre l'illegittimità delle scelte operate dalla P.A.

In conclusione, appare doveroso informare i lettori e le ostetriche che un vademecum per assicurarsi il regolare svolgimento dei concorsi non può esistere.

Si consiglia ai partecipanti ai concorsi una lettura delle norme richiamate nel presente scritto (in particolare del DPR n. 487/1994 e del DPR n. 220/2001) e, soprattutto, un'attenta disamina (possibilmente preventiva) del bando di concorso. Fatto ciò, in caso di ritenute violazioni, non resta che rivolgersi agli esperti per accertare l'effettiva sussistenza di situazioni da far valere davanti all'Autorità Giudiziaria.

## PUNTI NASCITA: I RISULTATI DELLA COMMISSIONE D'INCHIESTA

Riportiamo i principali risultati contenuti nella relazione sui punti nascita elaborata dalla Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario, presieduta da Leoluca Orlando. Il dato più clamoroso: la doppia guardia ostetrica, indispensabile per garantire la sicurezza assistenziale, è presente in meno della metà delle strutture

**I**l primo risultato originale della Relazione riguarda l'elaborazione statistica che è stata effettuata: in genere si tende a classificare i punti nascita in funzione del numero dei parti (meno di 500, tra 500 e 1.000, oltre 1.000). Nella elaborazione a disposizione della Commissione è stata fornita una classificazione secondo raggruppamenti, "cluster", che permettono di caratterizzare il punto nascita non solo secondo il numero dei parti/anno, ma comprendendo anche il numero di letti accreditati, medici in organico, ostetriche/i in organico, numero di parti/mese.

Tale classificazione permette quindi di suddividere gli ospedali in tre classi: la classe A è stata attribuita alle strutture più piccole (la gran maggioranza, il 72%), B e C alle strutture più "robuste", con maggior numero di parti/letti/personale e dotazioni.

La classe A appare quella più interessante per la Commissione per vari aspetti di criticità: per tale motivo è stata suddivisa nelle tre classi tradizionali A1 fino a 500 parti, A2 tra 500 e 1.000, A3 oltre 1.000 parti anno.



Tale classificazione permette di identificare due caratteristiche importanti:

1. La classe A è molto grande (72.4%), la maggior parte dei punti nascita italiani sono "fragili" per numero di

parti, di medici/ostetrici.

2. All'interno della classe A convivono difformità di assistenza molto importanti: coesistono unità con pochi parti/anno e altri punti nascita con un numero di nati/anno maggiore

ma sottodimensionati per dotazioni di organici.

### Distribuzione regionale dei punti nascita

La distribuzione dei punti nascita nelle Regioni è quanto mai varia: vi sono regioni che privilegiano le strutture di classe B e C e Regioni che sono ricche di piccoli ospedali di Classe A1. Non è facile comprendere questa difformità di strategia assistenziale, soprattutto tenendo conto delle indicazioni della letteratura scientifica, dell'economia sanitaria, delle caratteristiche geografiche e demografiche delle regioni, della disponibilità di collegamenti stradali adeguati, e delle indicazioni nazionali per i requisiti minimi e di accreditamento.

### Supporto da parte del Direttore generale, del Direttore sanitario; Carta dei Servizi

Ci si aspetterebbe il 100% di copertura e di attenzione da parte dei manager, coloro che sono preposti a indirizzare le attività delle strutture ospedaliere a loro affidate: nella realtà la percentuale media di non interesse è circa il 5%, con punte del 9%. La Carta dei Servizi, biglietto da visita delle strutture ospedaliere, non è disponibile in media in quasi 9 strutture su 100, con punte di oltre 15% nelle strutture A1 (quelle più "piccole e fragili").

### Accreditamento regionale/nazionale dei punti nascita

In media, sono accreditate circa 85 strutture su 100, ma nella classe A1 quasi 3 strutture su 10 non appaiono accreditate. Per le strutture accreditate, appare assai interessante confrontare la classificazione di questo studio (A1, A2, A3, B, C) con l'accREDITamento di I°, II° e III° livello. Appare degno di interesse e di eventuali approfondimenti verificare che nella classe A1 il 20% delle strutture siano accreditate come appartenenti a livelli II° e III°.

### Parti per mese e tagli cesarei per mese

In media, i punti nascita italiani effet-

NUMERO DI MEDICI IN ORGANICO	
Cluster	Media
A1	7.3
A2	10.3
A3	11.2
B	17.6
C	22.8
Outliers	74.3
Totale	12.4

tuano circa 90 parti al mese, ma nella classe A vi sono strutture che effettuano quasi 28 parti al mese e nella classe C quasi 290 parti al mese. I tagli cesarei seguono un andamento simile, tenendo conto che nelle strutture piccole la percentuale di tagli cesarei è, in genere, maggiore.

### Numero di posti letto accreditati (ostetricia e ginecologia)

In media, il numero di posti letto accreditati per punto nascita è di 27,3. Le strutture A1 hanno 13,7 posti letto accreditati contro i 38,9 della classe B e 64,8 per la classe C. Le classi A2 e A3 oscillano tra 20,4 e 25,1 posti letto.

### Numero di medici e ostetriche/i in organico

È un parametro assai interessante, varia in media da 7,3 per la classe A1 a 22,8 per la classe C. In pratica, in una struttura di tipo A che effettua circa 30 parti al mese vi sono circa 8 medici, in una struttura di tipo C meno di 25. La struttura di tipo C effettua circa 10 volte il numero di parti a fronte di un organico che viene raddoppiato o poco più. Le ostetriche/i seguono un andamento simile, anche se il numero di ostetriche/i è maggiore rispetto a quello dei medici.



**NUMERO DI OSTETRICHE/  
I IN ORGANICO**

Cluster	Media
A1	8,2
A2	11,3
A3	13,1
B	23
C	52,1
Outliers	97
Totale	16,1

**Letti accreditati  
per medico in organico**

Cluster	Media
A1	2,4
A2	2,1
A3	2,3
B	2,4
C	3
Outliers	3,2
Totale	2,3

**Disponibilità della doppia guardia di  
medici ginecologi e di ostetriche/i  
durante le 24 ore**

La doppia guardia, per i medici e le ostetriche/i, è ritenuta indispensabile per garantire la sicurezza assistenziale: permette, tra l'altro, di effettuare un taglio cesareo in tempi rapidi, di gestire le situazioni complesse, di assistere parti che avvengono contemporaneamente. I risultati del questionario sono particolarmente significativi: in media, la doppia guardia medica è disponibile nel 40% dei punti nascita italiani e la doppia guardia dell'ostetrica/o è disponibile nel 48.3%; negli ospedali A1 la percentuale media di disponibilità di doppia guardia è del 23.3% e cresce fino al 94.4% nei punti nascita classificati C. È interessante notare che nei punti nascita classificati come "B" la percentuale media di "doppia guardia" è del 54.1%. Per quanto riguarda ostetriche/i la percentuale media di doppia guardia varia dal 16.3 negli ospedali A1 fino al 100% nel caso di punti nascita "C".

**Parto analgesia: disponibilità senza  
ticket e percentuale effettuata per i  
parti naturali**

La disponibilità di parto analgesia senza ticket è in media del 25.6% per i punti nascita A1 e

sale fino al 77.8% per le strutture classificate "C". Parallelamente la percentuale media di reale

effettuazione di parto analgesia parte da 9.7% nelle strutture A1 fino a 34.6% per i punti nascita C.

In media in Italia la parto analgesia per i parti naturali viene effettuata nel 15.3% dei casi.

**Percentuale di parti di pazienti  
immigrate e disponibilità  
di mediatore culturale**

La percentuale di parti di pazienti immigrate è in continua ascesa: varia dal 14% (A1) al 25% (C). La disponibilità del mediatore culturale durante le 24 ore varia dal 3.5% (A1) al 38.9% (C). Il mediatore culturale è disponibile "part time" in media nel 31.4% dei punti nascita A1 e nel 44.4% di quelli "C" e in media nel 42% dei punti nascita.

**Terapia intensiva neonatale,  
neonatologia/pediatria  
dedicata, STEN e STAM**

Dall'analisi della tabella si può notare che la terapia intensiva neonatale è presente, in media, nel 27.6% dei punti nascita. Stranamente è presente nel 9.3% delle strutture A1 e nel 54.1% delle strutture B. I punti nascita C, come atteso, sono dotati di terapia intensiva neonatale nel 100% dei casi. In me-

**Vi sono almeno 2 medici di guardia in ospedale 24h tutta la settimana?**

CLUSTER	N.D.		Si		No		TOTALE N
	N	%	N	%	N	%	
A1	1	1.2	14	16.3	71	82.6	86
A2	.	.	45	36.9	77	63.1	122
A3	.	.	28	68.3	13	31.7	41
B	.	.	58	78.4	1	21.6	74
C	.	.	18	100	.	.	18
Outliers	.	.	3	100	.	.	3
TOTALE	1	0.3	166	48.3	177	51.5	344

dia, nel 19.2% dei punti nascita non vi sono strutture dedicate di neonatologia/pediatria (43% negli A1, 2.7% nei punti nascita B). Il trasporto postnatale in culla o prenatale in utero (STEN/STAM) non è disponibile in una percentuale media variabile da 31% (STEN) a 39.5% (STAM).

#### **Pubblicazione dei dati del punto nascita**

Solo le strutture "C" pubblicano i propri dati nel 100% dei casi. I punti nascita "B" lo fanno nell'81.1% dei casi, gli "A1" nel 64% dei casi.

#### **Corso di preparazione al parto**

In Italia, in media, nell'82.6% dei punti nascita vi è la disponibilità di corsi di preparazione al parto (62,8% nei punti nascita "A1", 88.9% per i punti nascita "C").

#### **Età media delle madri e delle madri alla prima gravidanza**

I dati confermano l'aumento di età media delle madri (31.4 anni), lievemente più elevata nei punti nascita "C" (32.4). L'età media al primo figlio (29.1 anni) e il basso tasso di fecondità (di poco superiore a 1.34) sono un indicatore importante della situazione sociale/demografica del paese.

#### **Assistenza durante la gravidanza: ginecologo, ostetrica/o e consultorio**

Ostetrica/o e ginecologo sono presenti nella quasi totalità dell'assistenza alla gravidanza (80.2% e 95.6% rispettivamente). E' particolarmente interessante analizzare le percentuali di assistenza presso il consultorio: in media, nel 77% dei casi la paziente è assistita anche presso il consultorio (80.2% nel caso dei punti nascita A1 e 55.6% per le strutture "C"). Le pazienti che si rivolgono ai punti nascita C utilizzano il consultorio in poco più del 50% dei casi, verosimilmente perché il punto nascita offre i servizi richiesti dalla paziente.

#### **Patologia insorta in gravidanza e patologia preesistente alla gravidanza**

Se la paziente sa di essere affetta da patologia prima della gravidanza si rivolge o dovrebbe essere indirizzata alla struttura con assistenza più completa. La percentuale media di patologie preesistenti è 6.5%. La percentuale di pazienti affette da patologie preesistenti che si rivolgono ai punti nascita C è 13.4%, il doppio della percentuale che afferisce ai punti nascita A1 (6.2%).

Nel caso della patologia insorta in gravidanza, le percentuali seguono un andamento simile a quello descritto precedentemente. Nei punti nascita A1 la percentuale è 11.5% e nei punti na-

punti nascita italiani. I letti (media) accreditati/ginecologo variano da 2.4 per i punti nascita A1 a 3 per i punti nascita C, ma la media del numero di parti mese/ginecologo passa da 4.7 per gli A1 a 14 per le strutture C. Nei punti nascita A1 un ginecologo effettua circa 1 parto alla settimana. Il suo collega che lavora nei punti nascita C assiste quasi 4 parti. La situazione è simile per le ostetriche/i, anche se le percentuali sono più livellate.

#### **Percentuale di taglio cesareo nei punti nascita**

Varia dalla media del 44% nei punti nascita A1 al 32.8% nei punti nascita C, quelli che concentrano patologia materna preesistente alla gravidanza, patologia insorta in gravidanza, maggiori percentuali di gravidanze di pazienti immigrate, età materna più elevata, maggiore carico di lavoro per i medici e le ostetriche, disponibilità di parto analgesia, di neonatologia/terapia intensiva neonatale.

#### **Considerazioni**

I risultati del questionario sono molto interessanti e costituiscono una risorsa straordinaria per comprendere quanto stia succedendo nei punti nascita. Si ha la sensazione che i livelli assistenziali siano molto diffusi, che vada ripensata l'assistenza nei piccoli ospedali, che il punto nascita non sia considerato una priorità per le direzioni generali e per le direzioni sanitarie e che non si sia proceduto alla necessaria "manutenzione" di strutture progettate e realizzate secondo criteri ormai superati. In conclusione, l'economia sanitaria potrebbe essere chiamata a esaminare i punti nascita secondo un criterio scientifico e contribuire indicando i parametri di equilibrio costo-beneficio sia economici, sia scientifici e assistenziali/clinici.

*Il testo e le tabelle sono tratte dall'abstract della Relazione presentata al Parlamento.*

#### **Letti accreditati per ostetrico in organico**

Cluster	Media
A1	2.1
A2	2
A3	2.1
B	2
C	1.4
Outliers	3
Totale	2

scita C è 24%. Anche le strutture più piccole sono chiamate a trattare una percentuale sensibile di patologia insorta in gravidanza e quindi anche nel punto nascita più piccolo l'organizzazione assistenziale deve prevedere assistenza adeguata per circa il 10% di gravidanze/parti patologici.

#### **Posti letto accreditati per ginecologo/ostetrico, parti/mese per ginecologo/ostetrico**

È uno dei risultati più interessanti della elaborazione del questionario: permette di comprendere la distribuzione dell'esperienza e dell'assistenza nei

## Autonomia professionale, responsabilità e contenzioso legale. Ecco le ragioni dei “Pareri legali nella professione ostetrica”

**Vania Cirese**  
Avvocato, Ufficio Legale Fnco

**N**ella relazione annuale dell'Ania, l'associazione che rappresenta le imprese di assicurazione operanti in Italia, si rilevano oltre 34mila denunce l'anno da parte di cittadini per danni subiti in ospedale o negli studi medici; il crescente fenomeno di litigiosità nel settore salute ha ormai raggiunto livelli di massima allerta. Dalla messe di dati giornalistici, assicurativi, di associazioni private è di tutta evidenza che anche la professione ostetrica sia fortemente esposta al rischio di contenzioso (civile e penale) e comunque debba orientarsi prudenzialmente per prevenire o attenuare il coinvolgimento in azioni giudiziarie. Le ragioni sono molteplici. L'accanimento dei mass-media, al grido della presunta o reale medical malpractice, ha determinato una sfiducia diffusa nell'operato dei professionisti sanitari. Il contenzioso in ambito sanitario, quindi, si è trasformato in una sorta di “rischio professionale” con il quale tutti gli ostetrici oggi sono chiamati a misurarsi, giustamente anche in coerenza di quell'autonomia professionale così faticosamente conquistata durante una lunga evoluzione normativa inaugurata negli anni Novanta (L. 42/99; 251/2000 D. 2005/36 CE). Negli ultimi anni, infatti, si è delineata una tendenza giurisprudenziale mirata a vigilare sull'esercizio della professione ostetrica commisurandolo a parametri di diligenza e pre-



parazione di elevato livello, con conseguente tendenza a condannare gli esercenti la predetta professione ogniqualvolta detto esercizio si discosti da tali parametri, con l'effetto dell'irrogazione di sanzioni civilistiche corrispondenti all'obbligazione di risarcimento dei danni, se non addirittura di carattere penalistico implicanti responsabilità commissive e/o omissive per colpa professionale. Il convergere dell'incremento continuo delle richieste risarcitorie e del loro effettivo riconoscimento in sede giudiziali, ha provocato la crescente difficoltà anche per le ostetriche di reperire coperture assicurative adeguate al rischio in un mercato assicurativo che si è progressivamente

contratto spuntando condizioni contrattuali sempre più onerose in termini di costi e minore estensione delle garanzie delle coperture proposte. In questa ottica, la Fnco non ha voluto lasciare sole le proprie iscritte e i propri iscritti e per questo ha ritenuto utile pubblicare a partire dal precedente numero di Lucina, la rivista dell'ostetrica/o alcuni dei pareri predisposti dal proprio Ufficio Legale tra quelli di maggiore interesse e attualità per la comunità delle ostetriche, specificatamente approfonditi in modo rigoroso sotto l'aspetto giuridico e tecnico per diffondere “best practice”, quali indirizzi condivisi dal Comitato Centrale della Federazione e della Presidenza.

## *L'ostetrica può somministrare boli analgesici alla partoriente in caso di partoanalgesia?*

**Oggetto: Il ruolo dell'ostetrica nella somministrazione di boli analgesici per il controllo del dolore da travaglio**  
*Parere condiviso dal Comitato centrale e dall'Ufficio legale della Fnco*

### **Premesso che**

Secondo la letteratura medica le tecniche di analgesia regionale, come l'epidurale o l'analgesia combinata epidurale-spinale, rappresentano le tecniche più efficaci per il controllo del dolore del travaglio. Una volta che l'analgesia è iniziata, o attraverso l'epidurale o la tecnica combinata epidurale-spinale (CSE), il mantenimento dell'analgesia per tutta la durata del travaglio, fino al momento del parto, può essere ottenuta con tecniche diverse.

La somministrazione di boli epidurali intermittenti di soluzioni analgesiche da parte dell'anestesista attraverso il catetere epidurale rappresenta la tecnica standard in diversi Paesi, nei travagli normali e quando vi sia la disponibilità dello staff anestesilogico in sala parto. Tali somministrazioni effettuate anche dall'ostetrica, su indicazione medica, sono normalmente regolate in base al dolore delle partorienti o ad intervalli regolari, basati sulla durata dell'azione di ciascuna dose.

Questo tipo di regime, comunque, presenta delle limitazioni: per prima cosa, se le dosi non vengono somministrate negli intervalli che precedono la seguente fase di dolore, la partoriente lo avvertirà, a causa della riduzione dell'effetto analgesico. In secondo luogo, la somministrazione intermittente richiede interventi frequenti da parte dell'anestesista e controlli assidui.

Di queste tecniche anestesilogiche (in caso di partoanalgesia), responsabile diretto è il medico anestesista che sotto la sua vigilanza può chiedere assistenza e collaborazione all'ostetrica. È l'anestesista che prepara e prescrive (in termini di quantità e temporalità) la soluzione analgesica in catetere epidurale da applicare alla paziente.

Va notato in proposito che è sempre più frequente l'utilizzo, in alcune strutture sanitarie, della tecnica PCEA (Patient Controlled Epidural Analgesia) che permette alla partoriente di autosomministrarsi "piccoli boli" di soluzione analgesica nel catetere epidurale fino a raggiungere il livello analgesico desiderato, permettendole di controllare il dolore. Invero tale attività è impostata e diretta dal medico anestesista, in accordo con il ginecologo e l'ostetrica, non trattandosi di una gestione totalmente autonoma della partoriente, in quanto ad eccezione della meccanica ripetizione delle somministrazioni che ben può essere demandata a terzi, la più specifica attività di monitoraggio delle condizioni materno-fetali e la scelta d'intervenire



**L'ostetrica, sotto la vigilanza e indicazione del medico anestesista, potrà supportare la partoriente nella somministrazione dei boli analgesici secondo l'esperienza che le appartiene in stretta sinergia col medico specialista che sarà tenuta a far intervenire tempestivamente in caso di constatate complicanze materno-fetali**

eventualmente, modificando le prescrizioni, è responsabilità specifica degli specialisti.

Sotto questo profilo l'ostetrica, sotto la vigilanza e indicazione del medico anestesista, certamente potrà supportare la paziente nella somministrazione dei boli analgesici secondo l'esperienza che le appartiene in stretta sinergia col medico che interverrà tempestivamente in caso di documentate complicanze a carico di madre e feto.

### **Conclusioni**

Nelle tecniche anestesilogiche (in caso di partoanalgesia), responsabile diretto è il medico anestesista che sotto la sua vigilanza può chiedere assistenza e collaborazione all'ostetrica anche in merito alla somministrazione dei boli epidurali intermittenti di soluzioni analgesiche. È sempre più frequente l'utilizzo, in alcune strutture sanitarie, della tecnica PCEA (Patient Controlled Epidural Analgesia) che permette alla partoriente di autosomministrarsi "piccoli boli" di soluzione analgesica nel catetere epidurale fino a raggiungere il livello analgesico desiderato, permettendole di controllare il dolore. In base a questo profilo l'ostetrica, sotto la vigilanza e indicazione del medico anestesista, certamente potrà supportare la partoriente nella somministrazione dei boli analgesici secondo l'esperienza che le appartiene in stretta sinergia col medico specialista che sarà tenuta a far intervenire tempestivamente in caso di constatate complicanze materno-fetali.



## *L'ostetrica può utilizzare-sostenere il manipolatore uterino durante un intervento di isterectomia laparoscopica?*

**Oggetto: Responsabilità dell'ostetrica nell'intervento di isterectomia laparoscopica con utilizzo del manipolatore uterino**

*Parere condiviso dal Comitato centrale e dall'Ufficio legale della Fnc*

### **Premesso che**

Pare opportuno ricordare che l'isterectomia laparoscopica è operazione delicata ove le nuove tecniche, per una migliore riuscita dell'intervento, prevedono l'utilizzo del manipolatore uterino, strumento considerato indispensabile per assicurare sicurezza ed efficienza.

Tale tecnica, estremamente sofisticata (il manipolatore posizionato dal medico-ginecologo attraverso il canale cervicale, permette lo spostamento antero-posteriore e laterale dell'utero), è certamente di competenza propria del medico chirurgo che sotto la propria responsabilità e direzione può coinvolgere l'equipe chirurgica in suo ausilio, quindi anche l'ostetrica/o. Considerate, tuttavia, le possibili complicanze che possono insorgere durante l'operazione (in un contesto di equipe multi professionale), sarebbe prudente che l'ostetrica si adeguasse a precisi protocolli clinico/organizzativi, modulando il proprio intervento al contesto in cui agisce ed assiste e alla complessità della casistica.

La valutazione della responsabilità professionale inerente l'attività sanitaria di tipo chirurgico comporta necessariamente l'analisi del lavoro svolto da ciascuno dei componenti dell'equipe.

La partecipazione simultanea di personale medico e sanitario non medico per l'effettuazione dell'intervento chirurgico ha reso talvolta difficile, nel caso di contenzioso giudiziario conseguente ad un danno occorso al paziente in sala operatoria, l'individuazione di una precisa responsabilità dei singoli operatori che a vario titolo hanno partecipato alla prestazione chirurgica.

In analogia con le differenti mansioni attribuite ai vari componenti dell'equipe chirurgica, la dottrina giuridica ha da tempo elaborato il cosiddetto "principio dell'affidamento" in virtù del quale ogni componente dell'equipe risponde personalmente della correttezza nell'espletamento delle mansioni a lui affidate, permanendo l'obbligo degli altri medici di intervenire, in caso di necessità, per supportare o correggere l'evidente errato operare altrui. Peraltro al capo-equipe rimane affidato il compito di sovrintendere all'operato dei componenti dell'equipe stessa, essendo egli esposto al rischio di vedersi attribuita dalla Magistratura una "culpa in vigilando" nel caso di una mancata sorveglianza sull'operato di quanti facciano parte del suo gruppo di lavoro.

Tuttavia, secondo la Giurisprudenza corrente, anche il medico dell'equipe che abbia una posizione subordinata nei riguardi del chirurgo operatore, risponde di un eventuale danno provocato al paziente in sede chirurgica, non potendo egli invocare una passiva sudditanza nei confronti del capo-equipe e conservando la possibilità di esprimere il proprio dissenso rispetto alle decisioni del Primario cui è affidata la responsabilità dell'atto medico-chirurgico.

Queste premesse si sono rese necessarie per mettere in correlazione le complicanze del medico-ostetrico con quelle specificamente previste dal profilo professionale delle ostetriche anche alla luce delle fonti normative che completano la disciplina: ordinamento didattico, codice deontologico, direttive comunitarie, ecc. infatti, com'è noto (e pacifico) l'ostetrica gode di autonomia profes-

sionale nelle mansioni che svolge da sola o integrandosi nell'equipe medica come nel caso di interventi chirurgici in ambito ostetrico e ginecologico. In particolare potendosi occupare in piena indipendenza della gravidanza, travaglio, parto fisiologico e/o collaborando con gli altri operatori sanitari e con i medici-ostetrici quando la gestione del caso clinico sia assunta dal medico per presenti o potenziali criticità e/o elementi che sconfinino dalla fisiologia alla patologia. In sala operatoria non v'è dubbio che si rientri (differentemente dalla sala parto - per nascita fisiologica) nella competenza (ostetrico-chirurgica) del medico ed in particolare del capo equipe che ha tra i suoi principali doveri quello di verificare e sorvegliare l'effettiva capacità tecnica ed esperienza dei collaboratori, membri dell'equipe, coordinando, dando direttive e prevalentemente occupandosi dei passaggi più delicati dell'intervento.

### **Conclusioni**

Il posizionamento e tenuta in sito del manipolatore può dunque essere pertinenza dell'ostetrica sotto le direttive e controllo del medico-ostetrico che procede all'intervento e che ne verifica anche la correttezza d'esecuzione. Incombe all'ostetrica il dovere di riconoscere casi (estremi) di direttive palesemente errate o di emergenze che si verifichino a riguardo, per farle presente, sollecitando gli opportuni e tempestivi rimedi. In caso di persistenza di (rare) direttive francamente errate corre l'obbligo all'ostetrica di lasciare traccia in cartella clinica o partogramma in merito al suo dissenso nella gestione clinica della paziente.

## L'ostetrica può eseguire il prelievo venoso?

**Oggetto: Il ruolo ostetrico in una prestazione non specialistica**

*Parere condiviso dal Comitato centrale e dall'Ufficio legale della Fnco*

### Premesso che

La necessità di effettuare un prelievo venoso è una delle prime condizioni che possono mettere in relazione l'ostetrica e la persona assistita.

Da sempre all'ostetrica/o è riconosciuta questa metodica dalle normative italiane, come del resto ad altre professioni sanitarie abilitate, come ad esempio l'infermiere, il medico ecc.. Già nell'art. 8 del DPR 7 marzo 1975 n. 163 "Regolamento per l'esercizio professionale delle ostetriche" si desume che l'ostetrica/o può praticare "tutto quanto è consentito dalle disposizioni in vigore agli infermieri professionali"; tra cui "il prelievo capillare e venoso del sangue".

Seppur tale normativa sia stata abrogata con l'approvazione della legge 42/99, la pratica "prelievo venoso e capillare" è sempre riconosciuta all'ostetrica in quanto acquisita nel percorso formativo teorico-pratico della laurea in Ostetricia con valore abilitante. Nelle diverse sedi di tirocinio può essere sperimentata dalla tirocinante ostetrica sia su pazienti maschi, femmine, su adulti e bambini.

Attualmente il profilo professionale dell'ostetrica, arricchito di nuove e più specifiche competenze nel percorso universitario e nella formazione post-universitaria, postula l'esecuzione di una vasta gamma di attività connessa all'assunzione di una più completa autonomia professionale. Va inoltre rammentato che l'ostetrica/o può svolgere la sua prestazione in strutture sanitarie sia pubbliche e sia private (ospedali, ambulatori, consultori, studi sanitari ecc.).

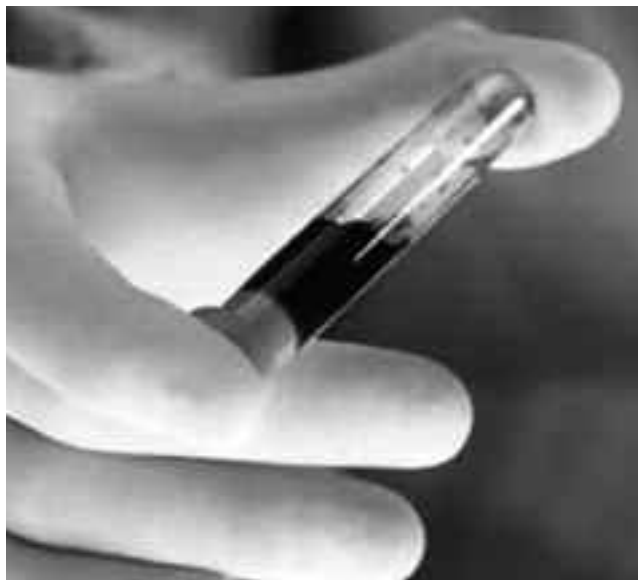
Naturalmente pertinente e coerente con le prestazioni previste nel proprio profilo (DM 740/94) e quelle indicate nelle direttive Europee è il prelievo venoso alle donne ed ai bambini; tuttavia qualora le prestazioni professionali siano accettate in ambito privatistico, in regime di libera professione con regolare contratto, esplicitamente e consensualmen-

te, il titolo professionale di ostetrica/o di per sé non costituisce un elemento ostativo all'accettazione di una proposta di lavoro, seppur si tratti dello svolgimento di una attività generica e non specialistica in ambito extraospedaliero. Né potrebbe profilarsi una violazione dell'art. 348 c.p. non ravvisandosi allo stato una norma extrapenale impositiva di un divieto in tal senso, anche nel caso tali azioni siano rivolte al paziente maschio.

### Conclusioni

Le prestazioni assistenziali di base, generiche, non specialistiche, tra cui il prelievo venoso e capillare, sono da sempre parte integrante del campo proprio di attività e responsabilità professionale come previsto nelle precedenti (art. 8 del DPR 7 marzo 1975 n. 163 "Regolamento per l'esercizio professionale delle ostetriche" si desume che l'ostetrica/o può praticare "tutto quanto è consentito dalle disposizioni in vigore agli infermieri professionali"; tra cui "il prelievo capillare e venoso del sangue") ed attuali normative (l. 42/99) che regolano la professione di ostetrica. Il prelievo di sangue venoso e capillare rientra tra gli obiettivi di apprendimento teorico/pratico inclusi nel percorso formativo triennale abilitante (laurea in Ostetricia) alla professione di ostetrica/o, pertanto in virtù della legge 42/99 l'ostetrica è autorizzata dallo Stato a eseguire tale pratica nelle strutture pubbliche e private.

Vale la pena notare che il Ministero della salute in data 8.7.2002, con sua nota, ha precisato che: "pervengono a questo ministero continue richieste sulla possibilità che oltre ai medici, agli infermieri ed alle ostetriche, per i quali esiste una espressa previsione normativa, altri professionisti sanitari possano essere autorizzati ad operare prelievi di sangue venoso e capillare", con ciò ammettendo pacificamente la possibilità da parte delle ostetriche di effettuare i prelievi venosi.



## 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 apportarvi l'eventuale correttivo indicato dall'interessato.

Si rammenta che il Collegio di appartenenza è tenuto ad inoltrare alla Fnco – con cadenza bimestrale – il proprio database aggiornato. Pertanto, onde evitare disguidi, le ostetriche che cambiano domicilio sono pregate di informare tempestivamente il Collegio di appartenenza.

Informiamo che secondo quanto disposto dall'art. 13, comma 1, della legge 675/96 sulla "Tutela dei dati personali", ciascun iscritto ai Collegi ha il diritto, in qualsiasi momento e del tutto gratuitamente, di consultare, far modificare o cancellare i Suoi dati o semplicemente opporsi al loro trattamento per l'invio della presente rivista.

Tale diritto potrà essere esercitato semplicemente scrivendo una mail al Collegio di appartenenza e per conoscenza alla Federazione nazionale dei Collegi delle Ostetriche.

## NORME EDITORIALI

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

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

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

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

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

Gli articoli in copia cartacea e su supporto informatico devono essere inviati a:

Federazione Nazionale  
Collegi Ostetriche  
Piazza Tarquinia 5/d - 00183 Roma  
e-mail: [presidenza@fnco.it](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 Fngo

**FNGO**

Federazione  
Nazionale Collegi  
Ostetriche

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