



I/2014

LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

ORGANO UFFICIALE DELLA
FEDERAZIONE NAZIONALE
COLLEGI OSTETRICHE



FNCO
La relazione annuale della
presidente sulle attività
della Federazione

DOCUMENTI
Come procede il progetto
di sorveglianza della
mortalità materna

FORMAZIONE
La prima parte degli atti del
corso di formazione sulla
libera professione ostetrica

SOMMARIO

- EDITORIALE**
- 3 **FNCO 2014**
Investimento di risorse e concrete opportunità per le nuove generazioni di ostetriche
-
- FNCO**
- 4 La relazione annuale sulle attività della FNCO
- 4 Governance della FNCO - anno 2014
Le priorità
- 10 Report sulle attività dell'anno 2013 del Tavolo tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'allattamento al seno
- 13 Proposte di integrazioni al Codice Deontologico dell'ostetrica/o
- 14 Ad ottobre a Roma il 33° Congresso Nazionale della FNCO
- 16 Le doule chiedono il "riconoscimento professionale".
Ma ad occuparsi della salute di mamme e bambini ci sono già le ostetriche

- 17 **Bandi di concorso il 5 luglio la FNCO premia le idee innovative delle ostetriche**

RECENSIONI

- 15 **Mondostetrica: una nuova rivista-web dedica all'ostetrica dell'ostetrica**

FORMAZIONE

- 18 **FNCO: piano formazione permanente per l'anno 2014**

- 18 **La prevenzione e la gestione dell'emorragia del post-partum**

- 19 **La libera professione. L'ostetrica imprenditrice di se stessa**

FAQ

- 33 **È possibile aprire un'attività commerciale associata ad attività di natura professionale?**
- 34 **Quale autorità italiana rilascia l'attestazione di good character per esercitare all'estero?**



LUCINA
LA RIVISTA DELL'OSTERICA/O



Organo della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche

Anno IV numero 4
Bimestrale
Poste Italiane SpA -
spedizione in abbonamento postale
70% Roma Aut. n. C/RM/56/2011

Direttore Responsabile
Miriam Guana

Comitato editoriale
Antonella Cinotti
Maria Pompea Schiavelli
Cristiana Pavesi, Iolanda Rinaldi,
Silvia Vaccari,
Maria Vicario

Segreteria di redazione
A. Cinotti, I. Rinaldi

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

Consulenza redazionale



Edizioni Health Communication
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
maggio 2014

FNCO 2014

Investimento di risorse e concrete opportunità per le nuove generazioni di ostetriche

di Miriam Guana

La FNCO, nel Comitato Centrale e nell'Assemblea nazionale, in questo momento storico mostra particolare attenzione alle giovani colleghe soprattutto per la loro difficoltà nel realizzarsi nel mondo del lavoro. Da alcuni anni infatti il fenomeno della disoccupazione nella nostra categoria sta dilagando su tutto il territorio nazionale.

Quali azioni ha intrapreso la FNCO per sostenere le giovani colleghe?

Anche per l'anno 2014 intende continuare nella valorizzazione del modello della libera professione particolarmente rilevante fino agli anni '70, quando coinvolgeva il 25% delle ostetriche; mentre oggi le stime si aggirano intorno al 3-5%, ma con un trend in ascesa. La libera professione dell'ostetrica/o è un'importante opportunità per le donne, per le mamme ed i loro bambini, in quanto possono contare su una figura di riferimento abilitata, competente nella gestione della fisiologia e della promozione della salute, in questo caso, di una propria ostetrica durante la gravidanza, il parto e nel post-partum, come è sempre stato anche nel passato garantendo quindi una continuità delle cure ed una assistenza one to one, quale modello assistenziale sostenuto da evidenze scientifiche.

La valorizzazione della nostra figura attraverso la libera professione consente di contrastare pure l'abusivismo professionale, sempre più presente per la scarsa presenza di figure abilitate e dedicate alla presa in carico della diade madre-bambino e della famiglia nel percorso nascita.

Inoltre FNCO ha deciso di investire notevoli risorse sulla formazione continua delle giovani colleghe non ancora stabilmente inserite nel mondo del lavoro, per le quali la partecipazione ad eventi formativi accreditati non è sempre facile a causa dei costi di iscrizione e di spostamento verso le sedi presso cui tali corsi si svolgono. Grazie ad uno sforzo organizzativo notevole è stato possibile realizzare una duplice iniziativa di formazione a distanza che consentirà alle ostetriche di accedere gratuitamente a diversi corsi con crediti ECM (Provider nazionale ECM standard Zadig).

Si è inoltre deciso di riproporre tre edizioni del corso formativo residenziale accreditato ECM dal titolo La libera professione: l'ostetrica imprenditrice di se stessa a Palermo, Cagliari e Napoli. L'analogo corso tenutosi nell'anno 2013 a Bari, Milano e Roma che ha ottenuto 3,5 crediti ECM. Anche all'interno del 33° Congresso nazionale della FNCO si è dato ampio risalto al tema, promuovendo uno specifico corso teorico pratico precongressuale, Progettazione di un'attività libero professionale, ed inserendo una sessione plenaria dove si confronteranno coloro che svolgono tale attività.

Auspicio che quanto proposto sia apprezzato e considerato come un tangibile impegno della FNCO nel sostenere le giovani colleghe, anche verso il recupero di un modello assistenziale molto diffuso fino alla metà del secolo scorso. Dalle parole ai fatti!



Miriam Guana

Presidente della Federazione Nazionale Collegi Ostetriche

LA RELAZIONE ANNUALE SULLE ATTIVITÀ DELLA FNCO

Relazione della presidente Miriam Guana, approvata all'unanimità il 27 febbraio 2014 dal Comitato Centrale della FNCO e presentata al Consiglio nazionale riunito il 28 febbraio - 1 marzo 2014

Care/i presidenti, care/i colleghe/i, a distanza di un mese ci ritroviamo in questa sede per la consueta assemblea ordinaria annuale. Le ultime adunanze nazionali straordinarie indette per l'approvazione del Bilancio di previsione 2014, se da un lato hanno richiesto energie e creato alcune difficoltà di varia natura, dall'altro sono state anche motivo di profonda riflessione e di impulso propositivo per il Comitato Centrale, che solo però da questo mese si è trovato "tecnicamente" nelle condizioni di imprimere una forte accelerazione alle proprie attività istituzionali, già prospettate nella relazione di novembre 2013 come obiettivi istituzionali dell'anno in corso e che nel resoconto di oggi si andranno a esplicitare in azioni già poste in essere e da realizzare nel medio e lungo periodo.

Prima di entrare nel merito della Governance della FNCO relativa ai prossimi mesi è opportuno porre l'attenzione sull'attuale scenario politico per percepire le possibili ricadute sul sistema salute e sulle professioni coinvolte.

Il panorama politico nazionale, come è noto, in questi giorni è cambiato repentinamente con l'insediamento del nuovo premier Matteo Renzi. Viste le note programmatiche dell'attuale Governo si prospetta un cambiamento di marcia della politica economica nazionale ed internazionale.

Tra le priorità del nuovo governo c'è la creazione di nuovi posti di lavoro, ed il primo auspicio è che ci sia dunque un intervento incisivo sullo stato occupazionale generale tale che anche le ostetriche ne possano beneficiare. Si ricorda che da

Bruxelles sono giunte preoccupanti stime della disoccupazione in Italia che quest'anno sale al 12,6%.

In questo nuovo assetto del Governo Beatrice Lorenzin è stata confermata alla guida del Ministero della Salute. In una sua prima uscita mediatica il Ministro Lorenzin ha ribadito la sua road map: il Patto per la Salute e l'applicazione della Legge Balduzzi sulla riorganizzazione della sanità territoriale. Dopo le importanti novità programmatiche introdotte dall'allora Ministro Balduzzi, tutti gli atti che in qualche maniera avrebbero dovuto riorganizzare il SSN a fronte dei rilevanti tagli subiti, di fatto non sono stati realizzati e nella migliore delle ipotesi sono stati rinviati, come ad esempio la questione della responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, l'implementazione diffusa e coordinata delle cure primarie sul territorio, la revisione delle competenze delle professioni sanitarie (funzionale e indispensabile ad una riorganizzazione sostenibile del sistema salute) e la riforma degli ordini e delle rispettive federazioni. Per la verità stanno prendendo avvio le prime Case della salute, luoghi concepiti come supporto alla rete ospedaliera, di coordinamento della rete di assistenza domiciliare e d'integrazione socio sanitaria. Altre esperienze erano già realizzate prima della riforma Balduzzi, ma il tutto appare ancora in maniera sporadica e comunque senza un protocollo operativo che soprattutto sciogla dei nodi irrisolti: il finanziamento ed il coordinamento operativo con la rete ospedaliera.

Governance della FNCO - anno 2014 Le priorità

Aspetti giuridico-amministrativi Trasparenza e anticorruzione

Un auspicio è che questo Governo intervenga sulla semplificazione amministrativa (altra priorità del premier Renzi) tale che tutti gli onerosi adempimenti posti a carico delle amministrazioni pubbliche siano realmente sostenibili anche per gli enti, come i nostri, di dimensioni più contenute.

È evidente che c'è un problema di sostenibilità economica e organizzativa delle attività correlate in particolare alle nuove norme sulla trasparenza e sulla prevenzione del-

la corruzione nonché al nuovo sistema di assistenza transfrontaliera, che il legislatore deve e dovrà risolvere quanto prima, pena la paralisi dell'intero sistema degli enti pubblici vigilati. Alcuni Ordini professionali, ed in particolare dell'area sanitaria, nonché il direttivo del CUP, spingono per una soluzione che li esenti dall'ambito di applicazione di tali normative.

In particolare il CUP ha acquisito un parere sull'applicabilità della normativa in questione dal Presidente Emerito della Corte Costituzionale, Prof. Capotosti, nel quale si sostiene la inapplicabilità agli Ordini professionali delle leggi sulla Trasparenza e sull'Anticorruzione, prendendo spun-



to dalla recente sentenza della Corte di giustizia europea secondo cui all'Ordine dei Medici di uno Stato tedesco non si applica la normativa in materia di appalti pubblici, e della L. 125/2013 di conversione del DL 101/2013 che ha escluso l'integrale applicazione della normativa sul pubblico impiego agli Ordini professionali (se non previa adozione di appositi regolamenti).

Il CUP ha inviato il parere del Prof. Capotosti all'ANAC (Autorità indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche) ex CIVIT, di fatto bloccando l'applicazione della normativa anticorruzione e trasparenza agli ordini professionali. Inoltre ha avviato un confronto con il Dipartimento della Funzione Pubblica, al momento senza esiti conclusivi. Ancora oggi anche la FNCO è in attesa di una risposta dallo stesso Dicastero. Il 26 febbraio scorso si è tenuta una riunione del Direttivo del CUP cui ha partecipato la presidente FNCO e l'avv. Balducci, consulente legale della FNCO. Nel corso dell'incontro è emerso che gli Ordini rimarrebbero Enti Pubblici Non Economici ma che diverse normative, tra cui quella sull'anticorruzione, sulla separazione fra gestione e direzione politica, sulla verifica delle performances proprie di tali enti, non vi troverebbero applicazione. Anche in materia di appalti pubblici l'obbligo di gara risulterebbe attenuato. Si rammenta che il Ministero della Salute, con nota circolare del 17 gennaio 2014 (inviata a tutti i Collegi) ha dato

invece indicazione di adeguarsi a tali leggi.

A completamento delle informazioni, il 14 febbraio 2014 sul sito della Funzione Pubblica è apparsa la notizia che l'ex Ministro ha firmato una circolare esplicativa sull'ambito di applicazione di tali norme agli enti pubblici e alle società partecipate. Il testo non è ancora reso pubblico perché al vaglio della Corte dei Conti ma si presume e si auspica che chiarisca questa situazione alquanto confusa. In ogni caso è opportuno sottolineare, che qualsiasi soluzione individuata, non intacca la natura pubblica degli Ordini professionali, come evidenziato dai rappresentanti dell'area giuridica nella riunione del CUP del 26 febbraio 2014. La FNCO pertanto terrà monitorata l'evoluzione della questione appena descritta per opportuni chiarimenti ai Collegi, con il puntuale supporto del nostro consulente legale.

INI-PEC

(l'Indice Nazionale degli Indirizzi di Posta Elettronica Certificata istituito dal Ministero dello Sviluppo Economico)

Come noto a tutti è attivo già da tempo il sistema INI-PEC ovvero l'Indice Nazionale degli Indirizzi di Posta Elettronica Certificata istituito dal Ministero dello Sviluppo Economico. L'INI-PEC raccoglie tutti gli indirizzi di PEC dei professionisti presenti sul territorio italiano ed obbligati a do-

tarsi di una casella di posta elettronica certificata ed è pensato per chiunque abbia la necessità di ottenere l'indirizzo di PEC di un professionista. L'indice viene puntualmente aggiornato con i dati provenienti dagli Ordini e dai Collegi di appartenenza, nelle modalità stabilite dalla legge. La sezione del portale dell'INI-PEC dedicata agli ordini professionali è il punto di riferimento per la PEC dei professionisti in Italia e fornisce a chiunque ne abbia la necessità, gli strumenti necessari per ricercare gli indirizzi PEC di un professionista attivo sul territorio italiano. La sezione relativa ai professionisti deve essere aggiornata dagli Ordini e Collegi professionali presenti sul territorio italiano. Le modalità e le tempistiche di aggiornamento sono stabilite nell'articolo 5 del decreto attuativo del 19 marzo 2013 che introduce l'obbligo da parte di ogni Ordine e Collegio di comunicare all'INI-PEC:

- i dati relativi ad ogni nuovo iscritto;
- i cambiamenti delle PEC degli iscritti già presenti nell'Indice;
- le cancellazioni di iscritti;
- l'assenza di modifiche, qualora non risultasse alcuna variazione rispetto ai dati già comunicati all'INI-PEC.

Per i primi sei mesi, quindi fino al mese di settembre 2013, l'aggiornamento dei dati doveva essere fatto ogni trenta giorni. Passati i primi sei mesi, l'aggiornamento dei dati deve avere frequenza giornaliera. L'aggiornamento può essere fatto on line direttamente dai referenti degli Ordini e Collegi attraverso i servizi dedicati messi a disposizione su questo portale.

Il Ministero della Salute, su sollecitazione del Ministero dello Sviluppo Economico, con nota del 12 febbraio 2014 ha comunicato che numerosi Collegi non eseguono tali adempimenti richiedendo interventi in merito. Pertanto si sollecitano tutti i Collegi a volere eseguire questi adempimenti con la dovuta puntualità. A fronte di alcune difficoltà di ordine tecnico segnalate dai Collegi nell'esecuzione delle procedure di inserimento ed aggiornamento dati la FNCO individuerà strategie volte al loro superamento.

Richiesta costituzione Collegi interprovinciali

Si veda tabella iscritti ai Collegi nella Relazione

Con circolare del 18 ottobre 2013 questa FNCO ha invitato i Collegi a valutare responsabilmente l'opportunità di procedere agli accorpamenti tra Collegi afferenti a province finitime. Tali accorpamenti sono ritenuti necessari nell'ottica di potenziare la qualità e l'efficienza rappresentativa e politica della professione e per offrire sia ai cittadini e sia ai professionisti servizi qualificati in vista anche della gravosa attività cui sono tenuti i Collegi nella certificazione dei crediti ECM acquisiti dagli iscritti.

Ad oggi hanno correttamente formulato richiesta di accorpamento i Collegi di Como/Lecco e Sondrio e Firenze/Prato Arezzo/Grosseto/Siena e Lucca/Pistoia.

Tutela e sviluppo Competenze professionali Revisione dei profili

La revisione delle competenze, iniziata come noto dal profilo infermieristico, è in realtà in una fase di stallo perché laddove gli organi di stampa ne avevano annunciato

l'accordo, di fatto, per l'opposizione dei sindacati medici, pare che sia ancora in stand by.

Sull'argomento, anche per il profilo ostetrico, il Dr. Saverio Proia, rappresentante del Ministero della Salute, ha preso per ora solo contatti con la FNCO per iniziare il percorso da seguire.

Si ricorda che già nel mandato precedente con l'assemblea nazionale si era condivisa una matrice di riferimento per l'individuazione delle competenze avanzate del profilo ostetrico all'interno di ben definiti domini professionali quali l'area ostetrica neonatale e ginecologica.

Attendiamo pertanto concreti sviluppi sulla questione con il Ministero della Salute.

Comunicazione e valorizzazione dell'immagine professionale

Ufficio stampa FNCO

Tra le diverse priorità condivise all'unanimità da questa Assemblea nelle precedenti adunanze nazionali vi è la necessità di rafforzare l'area della comunicazione istituzionale attraverso l'attivazione di un ufficio stampa che delinei una strategia di diffusione delle informazioni efficaci, affinché la FNCO e la comunità delle ostetriche abbia non solo maggior visibilità sui media, ma anche una maggiore incisività presso i tavoli di confronto con diversi soggetti istituzionali (Ministeri, Regioni, ecc.), ciò con lo scopo di rafforzare il ruolo sociale, sanitario, e solidaristico della professione ostetrica, quale figura chiave nella sistema salute da sempre.

Nell'ambito di tale obiettivo, appena approvato il Bilancio di previsione 2014, sono state attivate tutte le procedure amministrative per acquisire la consulenza e l'apporto professionale di un esperto giornalista che si occupi della comunicazione istituzionale e dell'ufficio stampa della FNCO.

Bandi a premio

Sempre nell'ambito della valorizzazione dell'immagine e delle competenze professionali nel sistema salute, rientrano certamente i bandi promossi alcuni mesi fa dalla FNCO giunti al termine di scadenza il 31 gennaio 2014. Si evidenzia con orgoglio un enorme successo dell'iniziativa che ha visto una diffusa partecipazione all'interno della nostra categoria: ostetriche e studenti.

Il Comitato Centrale ha dedicato quasi un'intera riunione per definire i criteri di composizione della Commissione giudicatrice che dovrà valutare nel rispetto dell'anonimato i progetti ed i prodotti (101 provenienti da tutte le parti d'Italia). L'idea sottesa è quella di dare risonanza e pregio a questo evento, primo nella storia della FNCO, coinvolgendo numerosi soggetti, appartenenti ad istituzioni di rilievo.

Per quanto concerne i bandi A e B:

Bando A

Progetto organizzativo su Modelli assistenziali innovativi delle cure primarie ostetriche nel territorio

Sono pervenuti 27 progetti

1° premio 3.000 euro

Bando B**Progetto organizzativo su Modelli assistenziali innovativi delle cure ostetriche in ospedale (area ostetrica, ginecologica, neonatale)**

Sono pervenuti 18 progetti
1° premio 3.000 euro

Si è deciso di costituire due commissioni composte da esponenti del Ministero della Salute ed esperti di chiara fama dell'area sanitaria nonché da ostetriche sorteggiate dagli elenchi che i 10 Collegi estratti random invieranno alla FNCO sulla base dei requisiti che quest'ultima ha indicato in area del management e della ricerca.

Pertanto i 10 Collegi sorteggiati che riceveranno tra qualche giorno la richiesta di inviare i suddetti nominativi, dovranno rispondere nel più breve tempo possibile.

Per quanto riguarda il bando C, ovvero:**Bando C****Promozione e valorizzazione dell'immagine dell'ostetrica/o tra le donne, nella collettività e presso le istituzioni****4 premi:**

a) 2.500 euro al miglior videoclip
Sono pervenuti 14 progetti

b) 1.500 euro al miglior gadget promozionale
Sono pervenuti 14 progetti

c) 1.500 euro alla migliore brochure
Sono pervenuti 18 progetti

d) 1.500 euro al miglior poster
Sono pervenuti 10 progetti

I criteri di composizione della commissione giudicatrice, sono ovviamente diversi stante la differente natura dei prodotti e pertanto vi sarà la necessità di individuare anche degli esperti della comunicazione e dell'immagine oltre alla presenza di colleghe.

La tempistica di premiazione prevista originariamente, in occasione di questa assemblea nazionale, è ovviamente modificata anche per inaspettata numerosità delle risposte da parte delle colleghe; il cronoprogramma è stato quindi rimodulato in maniera tale che entro il 30 giugno si pervenga all'individuazione e alla premiazione dei vincitori dei rispettivi bandi (A,B,C).

Questo bando a premi è una tangibile affermazione per la categoria tutta già solo per il coinvolgimento spontaneo di molte colleghe. Si auspica che lo sia ancora di più riguardo alla risonanza della premiazione e alla visibilità dell'ostetrica nella realtà italiana ed internazionale. Si tratta inoltre di un prezioso patrimonio che permetterà alla FNCO di attingere a proposte e/o progetti spendibili sia nel campo sanitario (quanto ai bandi A e B) e sia nel campo della comunicazione, dell'immagine e della promozione dell'ostetrica/o.

Si spera che la valorizzazione dell'immagine della professione nella collettività possa avere un effetto proattivo nel contrastare l'abusivismo professionale.

Alle premiate sarà inoltre resa visibilità in occasione dell'apertura del 33° congresso nazionale di Roma in modo da garantire la doverosa diffusione dei loro progetti/prodotti tra i partecipanti all'evento.

Formazione di base, permanente ed eventi della/per la categoria**Piano formazione permanente per l'anno 2014**

Sollecitato dalle osservazioni e dagli interventi fatti nelle ultime assemblee di CN e alla luce del notevole stanziamento in Bilancio riguardo alla formazione per le colleghe ostetriche, il Comitato Centrale ha immediatamente approvato e condiviso all'unanimità il Piano di formazione per l'anno 2014 avviando immediatamente ed operativamente tutte le procedure necessarie; il piano di formazione è articolato come segue.

- **Riedizione del Corso sulla Libera professione** – Considerata la proficua esperienza dell'anno 2013 e rilevata dalla dirigenza ostetrica la necessità di continuare ad incentivare la libera professione, anche e soprattutto per ovviare all'esteso problema occupazionale delle ostetriche, è stato deciso di rieditare tale corso, tra l'altro apprezzato dai partecipanti e dai rappresentanti dei Collegi che avevano collaborato con la FNCO (Bari, Milano, Roma).

Per l'anno 2014 è stato deciso di sostenere ulteriormente quelle regioni con un elevato tasso di disoccupazione. Rispetto alla metodologia adottata, come è avvenuto per la precedente edizione, sono stati individuati i collegi capoluogo delle Regioni Campania, Sicilia e Sardegna ovvero di Napoli, Palermo e Cagliari (interprovinciale). In via preliminare i Collegi individuati hanno già manifestato la loro collaborazione con la FNCO rilevando la necessità di tale corso nelle proprie realtà.

Il format scientifico e formativo degli eventi sarà identico a quello dello scorso anno, cambieranno solo le ostetriche libere professioniste che parteciperanno alla tavola rotonda i cui nominativi saranno anche indicati dai Collegi di pertinenza. Come già annunciato, è previsto una modesta quota di iscrizione pari a 10 euro per la copertura di un light lunch.

- **Formazione a distanza: FadinMed e Fado.** È stata deliberata l'acquisizione di diversi pacchetti formativi a distanza che copra il fabbisogno formativo delle ostetriche per circa il 100%, tutti gratuiti e con una media di circa 15 crediti ECM per ciascun corso. Potenzialmente una singola ostetrica può anche coprire l'intero fabbisogno formativo annuale, in termini di crediti ECM ed in totale gratuità.

In particolare saranno acquisiti:

1.n. 4 pacchetti formativi FadinMed sulla governance sanitaria così strutturati:

- Audit (12 crediti ECM)
- Sicurezza dei pazienti e degli operatori (15 crediti ECM)
- Appropriatelyzza delle cure (15 crediti ECM)
- Governo clinico: innovazioni, monitoraggio performance cliniche, formazione (20 crediti ECM)

2.n. 2 pacchetti formativi Fado sullo specifico ruolo dell'ostetrica così strutturati:

- la gestione della donna in gravidanza (12 crediti ECM);

- la gestione del puerperio (12 crediti ECM).
Il sistema di formazione a distanza come sopra descritto partirà al termine delle pratiche contrattuali e dell'accreditamento Agenas, si ipotizza tra circa un mese. Ovviamente perché tal iniziativa abbia successo tra le ostetriche, che si desumerà da una consistente adesione a tali corsi FAD, i colleghi avranno un ruolo determinante nella diffusione dell'iniziativa tra i propri iscritti utilizzando le modalità e gli strumenti di comunicazione che riterranno più efficaci. Sarà possibile da parte del provider ZADIG srl (azienda impegnata nella comunicazione e nella formazione su temi di medicina) monitorare l'interesse all'iniziativa anche in relazione degli iscritti agli specifici Collegi di appartenenza.

Incontro Presidenti di Collegio e Coordinatori dei Corsi di Laurea

È stata condivisa la necessità, come espresso anche da questa assemblea di rieditare l'incontro tra Coordinatori e Presidenti di collegio al fine di assicurare il miglior governo della categoria nonché una proficuo scambio di punti di forza e criticità. La data dell'incontro è ancora da definirsi, così pure i contenuti del programma. A tal proposito si chiederà sia ai coordinatori CLO e sia ai presidenti di collegio di proporre degli argomenti di maggior rilievo, come, ad esempio, le linee guida per la prova finale del CLO proposte dalla Commissione nazionale CLO e condivise dalla FNCO.

Fabbisogno formativo AA 2014-2015

Il 21 dicembre 2013 è stata spedita a tutti i Collegi e p.c. ai coordinatori CLO la consueta Circolare avente per oggetto: "dati fabbisogno formativo Corso di Laurea in Ostetrica e Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche a.a. 2014/2015 - raccolta situazione occupazionale iscritti ai Collegi al dicembre 2013". Purtroppo anche quest'anno il 31 % dei Collegi non ha fornito i dati richiesti quindi sono stati ritenuti validi quelli indicati nell'anno precedente. In allegato alla relazione si è ritenuto opportuno accludere lo schema del fabbisogno formativo CLO e CLMSIO AA 2014-15 inviato al Ministero della salute. Rispetto all'AA 2013/14 si rileva una riduzione di n.58 iscritti al CLO.

33° Congresso nazionale della FNCO

Le attività organizzative del 33° Congresso, considerati i tempi, sono sempre più intense e proficue e questo grazie alla collaborazione sinergica del Comitato Scientifico (composto sia dal CC e sia dal CD del Collegio di Roma) e della Segreteria organizzativa prescelta con bando: la Triumph srl. La sede dell'evento è l'Hotel Ergife, a Roma. Grazie all'espletamento di una procedura di gara è stato inoltre possibile abbassare, sensibilmente rispetto agli anni precedenti, il costo d'iscrizione per le colleghe ostetriche. Sarà inoltre prevista anche l'iscrizione ai soli workshop pregressuali che saranno quindi accreditati indipendentemente dal Congresso, fermo restando che l'iscrizione contestuale al Congresso permette di partecipare ai workshop ad un costo ridotto ottenendo sicuramente maggiori cre-

diti ECM, sia per le attività congressuali e sia per la partecipazione ai corsi pregressuali.

È stata individuata la grafica del Congresso (locandina), definiti i topics ed i workshop pregressuali (nr.12). A breve, entro il mese di marzo sarà attivo un sito web dedicato con possibilità d'iscrizione al Congresso, nonché per la presentazione di comunicazioni scientifiche e di poster, che saranno valutate nel rispetto dell'anonimato dai referee coincidenti con i componenti il Comitato Scientifico, per l'eventuale accoglimento dei lavori scientifici. Si auspica che, in analogia con quanto avvenuto per i bandi di concorso a premi sopra descritti, vi sia una risposta altrettanto considerevole da parte delle ostetriche e delle studenti iscritti ai vari corsi (di base e postbase).

Quanto prima si inizierà una campagna di promozione del nostro massimo evento nazionale attraverso gli organi di comunicazione ufficiali della FNCO.

Particolare cura e attenzione è stata prestata alla lista degli sponsor proposta dalla segreteria organizzativa, affinché non venissero incluse, come da previsione contrattuale, quelle aziende che violano apertamente il Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno, ed in ogni caso a tutte le aziende coinvolte sarà richiesto da parte della segreteria organizzativa di pubblicizzare quei prodotti che non si pongano in contrasto con il suddetto Codice. Ad oggi, attraverso un lavoro di selezione sono state escluse, per opportuna conoscenza di tutti i partecipanti quelle produttrici di latte, tettarelle, biberon, succhiatti.

Abusivismo ed erosione delle competenze professionali da parte di varie figure - Collaborazione con le altre professioni

Tra gli obiettivi condivisi nella precedente assemblea ordinaria e con lo scopo di combattere l'abusivismo professionale c'era la necessità di creare una rete comune tra le diverse professioni per rappresentare con efficacia sul piano politico tale problema. La FNCO si è fatta promotrice di tale rete, sollecitando in particolare quelle professioni ordinate particolarmente coinvolte dal fenomeno come, ad esempio, gli odontoiatri. Sulla base di tale input la FNOMCeO ha indetto per il 13 febbraio 2014 un incontro cui hanno partecipato i rappresentanti delle Federazioni di Medici ed Odontoiatri, Veterinari, TSRM, Infermieri e Psicologi; per la FNCO è intervenuta la vicepresidente Cinotti. Dell'incontro è stato redatto un verbale che in sintesi riferisce che tutte le professioni soffrono, sebbene in diversa misura, del problema dell'erosione delle proprie competenze da parte di figure che non adeguatamente formate. La crisi occupazionale in atto, inoltre, spesso induce la parte politica ad aprire i servizi professionali anche a categorie che non hanno alle spalle il necessario percorso di studi.

A questo panorama si aggiunge il controverso tema dell'individuazione del fabbisogno dei professionisti per determinare i "numeri" dell'accesso ai corsi di laurea, governati esclusivamente dall'Università senza un reale riferimento a quelli espressi dal Ministero della Salute di concerto con le Regioni e le professioni, legati invece alle esigenze del territorio e del SSN.

Un ulteriore problema è rappresentato dalle iniziative promozionali scorrette e poco trasparenti che pubblicizzano le attività professionali come se fossero meri servizi commerciali. In conclusione è emerso che un primo aspetto da tenere presente è quello relativo alle direttive comunitarie: l'Europa è na-

Elezioni rinnovo Organi direttivi dei Collegi (triennio 2015 - 2017)

Convocazione delle assemblee elettive per elezioni nuove cariche dei Collegi delle ostetriche

Il Ministero della Salute ritiene che per la convocazione delle assemblee elettive finalizzate alle elezioni delle nuove cariche nei Collegi delle ostetriche sia opportuno utilizzare il periodo temporale compreso tra il 15 settembre e il 30 novembre 2014, considerato che la convocazione delle assemblee elettorali a ridosso delle ferie estive potrebbe ostacolare il raggiungimento del quorum richiesto per la validità delle elezioni. Inoltre la data oltre il 30 novembre consentirà un adeguato insediamento del nuovo direttivo al 1° gennaio 2015 anche in caso sia necessaria una seconda convocazione dell'assemblea elettiva.

Per ulteriori dettagli consultare la circolare della FNCO 2-2014 ed i relativi allegati scaricabili sul sito FNCO <http://www.fnco.it/news/circolare-2-2014.htm>

ta nel campo dell'economia e le logiche premianti sono sempre quelle riconducibili al mercato, ed è pertanto necessario modificare questo quadro cercando di far comprendere l'autonomia delle professioni intellettuali le cui problematiche non possono sempre e comunque essere riconducibili a quelle delle imprese e dei servizi commerciali.

Si è convenuto di chiedere un incontro ai Ministri della Salute, dell'Università e degli Affari Esteri per condividere le considerazioni emerse nel corso dell'incontro nell'auspicio che se ne facciano latori presso le Istituzioni comunitarie per trovare soluzioni vincolanti e decisive.

L'intento è quello di:

- sollecitare interventi legislativi volti a correggere le problematiche comuni sentite dalle professioni sanitarie, in primis una modifica dell'art. 348 del Codice Penale che attualmente punisce in modo molto blando il reato di esercizio abusivo delle professioni, tutelando così i cittadini dai rischi derivanti dall'affidare la propria salute a professionisti senza adeguato titolo;
- migliorare i percorsi formativi attuali e difendere la programmazione degli accessi ai corsi di laurea proponendo l'individuazione di "un numero programmato europeo" che limiti la migrazione di studenti italiani verso sedi universitarie comunitarie ed extra comunitarie allo scopo di ottenere un diploma di laurea che consenta poi loro l'iscrizione agli Ordini italiani con il correlativo diritto all'esercizio della professione.

Co.Ge.A.P.S. La certificazione della continuità formativa del professionista

Come promesso nella precedente assemblea ordinaria e considerate le diverse difficoltà emerse nell'accesso alla banca dati COGEAPS nella giornata di domani 1° marzo 2014 si terrà un intervento da parte di esponenti del COGEAPS per supportare

i Collegi nell'espletamento del compito istituzionale connesso alla registrazione nell'Anagrafica nazionale ECM degli esonerati, delle esenzioni e dei crediti degli iscritti. Parteciperanno il Dr. Bovenga, presidente del COGEAPS e l'ing. Cestari, informatico del COGEAPS. (ved. allegato).

Ricordo che tutte le professioni della salute sono inserite nella piattaforma Co.Ge.A.P.S., in quanto l'Anagrafica nazionale ECM contiene la registrazione complessiva dei crediti individuali di ogni professione, in parte trasmesse dai provider ed in parte dai Collegi in virtù della Determina della Commissione Nazionale Formazione Continua del 17 luglio 2013. La vigente normativa in materia di ECM assegna agli Ordini, Collegi e Associazioni professionali la verifica della continuità formativa dei professionisti sanitari.

I Collegi hanno il compito istituzionale di attestare, su richiesta del professionista, il numero di crediti acquisiti o certificare che sia stato soddisfatto l'intero fabbisogno formativo individuale. Per adempiere a tale compito istituzionale i Collegi dovranno accedere alla piattaforma Co.Ge.A.P.S. la cui gestione è un onere a carico delle Federazioni e delle Associazioni delle professioni sanitarie.

Ogni singolo Collegio ha ricevuto direttamente dal Consorzio le linee guida per connettersi all'Anagrafica nazionale dei crediti ECM e su come procedere per la registrazione al suo interno dei crediti ECM di competenza.

Pertanto, domani, insieme agli esponenti ed esperti del COGEAPS, sarà possibile affrontare con maggiore precisione tutte le difficoltà emerse e le iniziative future tra cui la possibilità di realizzare, solo per un periodo ben definito, la gestione straordinaria da parte del COGEAPS degli esonerati, esenzioni e crediti mancanti, al fine di supportare i collegi e gli ordini in tale adempimento.

Rendiconto finanziario 2013

In data odierna si procederà all'esame del Rendiconto finanziario dell'anno 2013. Senza nulla togliere alla doverosa competenza della Tesoriera, vorrei qui evidenziare che la situazione finanziaria della FNCO e la relativa gestione effettuata nell'anno 2013 non rilevano criticità. La situazione delle quote contributive è sensibilmente migliorata con una percentuale di incasso in c/competenza aumentata dall'82% dell'anno 2012 all'86% dell'anno 2013, con una riscossione in c/residui (che si riferisce, come è noto, alla riscossione dei crediti degli anni precedenti) passata dall'86% al 95%.

Le attività istituzionali sono quantificate nella maniera che segue:

Conclusioni

Care/i Presidenti, care/i colleghe/i questa relazione e il bilancio che esaminerete sono la testimonianza di un impegno costante e trasparente da parte di tutti i componenti degli organi istituzionali della FNCO che agiscono, sempre e comunque, per il bene della categoria. Certamente tutto è perfezionabile e pertanto siamo aperti ad ogni vostro ulteriore contributo che possa sollecitare un qualsiasi ulteriore miglioramento.

Grazie a tutte Voi.
La presidente della FNCO
Miriam Guana

Report sulle attività dell'anno 2013 del Tavolo tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'allattamento al seno

Di Maria Vicario
Referente e consigliere FNCO

Con Decreto istitutivo del Ministero della Salute del 12/12/2012 è stato attivato il Tavolo tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'allattamento al seno (Tavolo tecnico), che ha proseguito i lavori già avviati nel precedente triennio dal Comitato nazionale multisettoriale per l'allattamento materno (CNMAM) che ha chiuso i suoi lavori proprio nel 2012.

Il Tavolo tecnico, presieduto dal professor Riccardo Davanzo, istituito in seno al "Dipartimento sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e organi collegiali per la tutela della salute", risulta costituito da rappresentanti di diverse Istituzioni tra le quali la FNCO è rappresentata dalla consigliera Maria Vicario.

Come previsto dall'articolo 3 del Decreto istitutivo il Tavolo tecnico svolge funzioni di promozione, implementazione e monitoraggio in merito all'applicazione delle raccomandazioni indicate nelle "Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, promozione e difesa dell'allattamento al seno" del 21 dicembre 2007, nonché, elaborazione, evidence medicine based di documenti e Position Paper sul tema dell'allattamento.

Le più aggiornate evidenze scientifiche epidemiologiche confermano che il mancato allattamento al seno, ed in particolare il mancato allattamento esclusivo al seno durante i primi sei mesi di vita, sono importanti fattori di rischio e possono causare una maggio-

re mortalità e propensione ad ammalarsi dei neonati e dei bambini, oltre a una maggiore difficoltà nelle attività scolastiche, una minore produttività e un diminuito sviluppo intellettuale e sociale. In adeguamento al mandato istituzionale il Tavolo tecnico svolge tutta una serie di attività dirette alla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno e di cui, di seguito, si riportano quelle realizzate nel primo anno di attività (2013).

Protezione dell'allattamento al seno

Per l'ambito della protezione il Tavolo tecnico, riconoscendo il valore etico racchiuso nel Codice Internazionale di Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno (Codice Internazionale), segnala situazioni/episodi riferibili a pratiche commerciali scorrette e a pubblicità ingannevole dirette alle mamme o che minano la reputazione dello stesso allattamento naturale. Il Tavolo tecnico, attraverso i canali istituzioni e specifica procedura, provvede a dare immediata comunicazione ai Dirigenti del Dipartimento per episodi di violazioni al DM 9 aprile 2009, n. 82 "Regolamento concernente l'attuazione della direttiva 2006/141/CE per la parte riguardante gli alimenti per lattanti e gli alimenti di proseguimento destinati alla Comunità europea ed all'esportazione presso Paesi terzi. (09G0093)"

Un esempio è rappresentato dalle foto apparse in un articolo pubblicato su un rotocalco ad ampia tiratura nell'anno 2013, che mostrava la marca di latte ti-

po 1 scelta da una nota show-girl con una chiara violazione del Codice Internazionale, del DM 82/2009 e del Codice del Consumo (D. Lgs 206/2005 e s. m. e i.). Ai sensi dell'articolo 27 comma 6 del Codice del Consumo l'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni ha giudicato "la pratica commerciale in esame scorretta" commutando alle Società commerciali coinvolte una sanzione amministrativa pecuniaria complessiva di euro 190.000.

Sul tema della protezione il Tavolo tecnico ha coinvolto Associazioni ed Enti per un continuo scambio di informazioni e suggerimenti e per definire sinergie d'intervento e piani comuni per alcune particolari situazioni tra le quali la pratica, alla dimissione del neonato nel punto nascita, della prescrizione generalizzata del tipo di latte di formula anche nel caso di neonato allattato esclusivamente al seno, procedura che viola sia il Codice Internazionale che il D.M. 82/2009.

Le donne che però non possono o non desiderano allattare, o quelle i cui figli, sulla base di valide ragioni mediche necessitano di essere nutriti con latte di formula, necessitano, prima della dimissione di informazioni personalizzate in modo che l'alimentazione sostitutiva risponda al criterio di essere afaSS (Acceptable, Feasible, Affordable, Sustainable and Safe; ossia accettabile, fattibile, conveniente, sostenibile e sicura) per quella coppia madre-figlio/a/i.

La normativa sanzionatoria del 19 mag-

gio 2011, in relazione alla quale il Tavolo tecnico sta predisponendo un Protocollo per sanzioni e violazioni del DM 82/2009, identifica le ASL (SIAN) come "autorità competenti" a livello locale per le procedure sanzionatorie.

Altro tema "caldo" affrontato dal Tavolo tecnico è stato quello dei contaminanti il latte materno per il quale si è deciso di raccogliere la documentazione attualmente disponibile per formulare successivamente la richiesta di monitoraggio alle Autorità competenti.

Promozione dell'allattamento al seno

Per l'ambito della promozione, il Tavolo tecnico ha prodotto una serie di documenti diretti a promuovere l'applicazione di soluzioni organizzative nei punti nascita, la revisione di procedure routinarie e ad eliminare false controindicazioni mediche ad allattare al seno tra le quali la contemporaneità fra gravidanza e allattamento, il ricorso ad indagini radiologiche anche con mezzi di contrasto, l'assunzione di farmaci durante l'allattamento (es. eparine a basso peso molecolare, contraccettivo progestinico o anche di combinazione etc.).

Nelle attività di promozione rientrano tutta una serie di attività che sono state condivise in seno al Tavolo tecnico con i referenti Unicef e dell'ASL Milano 1 per quanto riguarda la Baby Friendly University (BFU) realizzata in collaborazione con l'Università Bicocca di Milano e con i Referenti della Roma B per la Comunità Amica dei Bambini per l'Allattamento Materno (Baby Friendly Community Initiative, BFCI). Questa ultima iniziativa, lanciata a livello nazionale nel 2007, coinvolge un territorio molto vasto (14 consultori di cui uno pediatrico e due presidi ospedalieri di riferimento, centri vaccinali, 59 asili nido) nel quale si registrano circa 7.000 nascite di cui circa 1.700 seguite nei consultori familiari.

Nel corso dei lavori il Tavolo ha analizzato, inoltre, altre attività che promuovono l'allattamento al seno come la Baby Friendly Hospital Initiative - (BFHI), lanciata a livello nazionale nel 1992, e che prevede un percorso di accreditamento con costi elevati a carico di ASL/AO che intendono accreditarsi. Attualmente la percentuale dei nati in strutture BFHI è di tutto rispetto (Friuli Venezia Giulia circa il 19 %, Toscana circa il 25 %, nel Veneto circa il 10%, e

Val d'Aosta il 100 %).

Il Tavolo Tecnico, nel marzo 2013 ha predisposto il documento "Allattamento al seno: raccomandazioni sulla formazione del personale sanitario" anche in adeguamento a quanto previsto per la formazione pre-service nelle "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo". È necessario che vengano previsti sistemi per la verifica ed adeguamento dei livelli formativi teorico - pratici delle scuole di specializzazione in ginecologia ed ostetricia." (ACSR del 16 dicembre 2010). Per quanto attiene, invece, la formazione in service, anche attraverso la formazione continua in medicina (ECM), nel suddetto documento il Tavolo tecnico ha declinato i diversi percorsi formativi strutturati disponibili (v. tavola). Il latte della propria madre, fresco o adeguatamente conservato risulta essere alimento ideale anche per i neonati pretermine. Quando questo alimento non è disponibile o non è sufficiente il latte umano donato rappresenta la migliore alternativa in quanto si associa ad una bassa incidenza di en-

Al via il piano di formazione a distanza gratuita per le giovani ostetriche

Fino al 14 aprile 2015 le ostetriche iscritte negli anni 2010, 2011, 2012 e 2013 accederanno gratuitamente a FADO. La Federazione ha ottenuto anche, attraverso un accordo con il provider Zadig, che tutte le altre ostetriche abbiano diritto a uno sconto del 30% sul prezzo di vendita dei corsi. Per iscriversi andare sulla piattaforma: www.saepe.it

La FNCO ha deciso di investire notevoli risorse nella formazione continua delle ostetriche iscritte all'albo, con particolare riguardo a quelle giovani professioniste non ancora stabilmente inserite nel mondo del lavoro e per le quali la partecipazione ad eventi formativi accreditati non è sempre facile a causa dei costi di iscrizione e di spostamento verso le sedi presso cui tali corsi si svolgono. Grazie ad uno sforzo organizzativo notevole è stato possibile realizzare una duplice iniziativa di formazione a distanza che consentirà alle ostetriche di accedere gratuitamente a diversi corsi con crediti ECM (Provider nazionale ECM standard Zadig).

La FNCO è lieta di annunciare che è già possibile per le ostetriche iscritte all'albo accedere ai corsi previa registrazione sulla piattaforma www.saepe.it.

Per ulteriori dettagli sui corsi ed i termini di gratuità si rimanda alla lettura degli articoli dedicati a Fadinmed e FADO su questa newsletter.

Si evidenzia che per registrarsi con successo alla piattaforma è indispensabile che i propri dati identificativi siano correttamente riportati nel database dell'albo centralizzato della FNCO. La piattaforma SAEPE, infatti, utilizza l'elenco dei codici fiscali delle ostetriche estratti dall'albo web centralizzato inseriti ed aggiornati da ogni Collegio provinciale/inteprovinciale relativamente ai propri iscritti.

Qualora si riscontrassero problemi nella registrazione, è opportuno innanzitutto far riferimento all'help desk tecnico messo a disposizione dalla Zadig; nel caso in cui pur essendo regolarmente iscritti all'albo ed in possesso dei requisiti richiesti per l'accesso ai corsi, la registrazione fosse negata a causa di dati mancanti o errati (assenza del proprio nominativo nel database albo centralizzato o codice fiscale errato) è necessario segnalare il disservizio al proprio Collegio che dovrà procedere alle opportune modifiche nella piattaforma albo web centralizzato della FNCO.

terocolite necrotizzante, ridotta incidenza di sepsi ed altre infezioni, ridotta incidenza di displasia broncopolmonare, elevata tolleranza alimentare e ad una prevenzione dell'ipertensione arteriosa e dell'insulinorresistenza (TTOIPAS: allattamento al seno: raccomandazioni sulla formazione del personale sanitario - Marzo 2013).

Il Tavolo tecnico considerando il latte di banca una importante strategia per la promozione dell'allattamento materno in Terapia Intensiva Neonatale ha plaudito alla pubblicazione dell'ASR "Linee di indirizzo nazionale per l'organizzazione e la gestione delle banche del latte umano donato nell'ambito della protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno". Il documento elaborato dal CNMAM è rivolto agli operatori sanitari delle Banche del Latte e delle Unità Operative di Neonatologia e di Terapia Intensiva Neonatale, nonché a tutti gli operatori del percorso nascita (ASR 5 dicembre 2013).

Il Tavolo tecnico, intendendo fornire un contributo in vista dell'Expo di Milano 2015 "Nutrire il Pianeta, Energia per la Vita", ha predisposto un documento da veicolare, attraverso il MIUR e il Ministero della Salute. Nel documento, intitolato "Proposta per l'EXPO 2015 di Milano LATTE MATERNO nell'ambito del theme statement", è stato proposto l'inserimento del tema dell'allattamento al seno, considerato che il leitmotiv dell'EXPO è appunto "la nutrizione".

Forte impegno il Tavolo tecnico ha profuso nell'organizzazione della Festa della mamma che, con grande successo di pubblico e Operatori Sanitari, si è svolta per l'anno 2013 nelle città di Trieste (1-2 giugno) Ravenna (8-9 giugno) ed Ancona (11-12 giugno). L'evento è stato descritto ed illustrato in una monografia, predisposta dal Ministero, e di prossima pubblicazione.

Sostegno dell'allattamento al seno

Per l'ambito del sostegno dell'allattamento al seno il Tavolo tecnico ha trattato specifiche tematiche tra le quali le modalità di ricostituzione del latte in polvere in quanto manca, a tutto oggi, una regolamentazione peraltro prevista dal DM 82/2009 per "fornire ulteriori specifiche indicazioni sulle norme e le precauzioni da seguire e da indicare in etichetta ...".

Il Tavolo Tecnico in mancanza di sufficienti evidenze scientifiche per il contesto nazionale, nelle more di una evoluzione della specifica normativa europea, sta valutando per una propria posizione sulla base delle indicazioni dell'OMS che sono:

- il consumo del latte in polvere da parte del bambino subito dopo la sua diluizione;
- la conservazione del latte diluito e non consumato ad una temperatura <5°C.

Nelle attività di sostegno alla madre ed alla famiglia rientra il tema della sicurezza che, nell'allattamento al seno nei primi giorni di vita, va conciliata con la problematica recentemente evidenziata della SUPC (sudden unexpected postnatal collapse). Specifiche competenze sono richieste agli Operatori, già nella formazione di base, nel riconoscere e definire la sindrome la cui gestione inadeguata può produrre esiti infausti. Il Tavolo tecnico promuove l'acquisizione di tali competenze, anche, nella formazione in service attraverso la formazione continua e permanente degli Operatori Sanitari.

Per la durata dell'allattamento al seno, considerata priorità di salute pubblica, non esiste uno standard temporale, se non quello biologico della madre e del bambino. Il Tavolo tecnico, nelle sue funzioni, per rispondere alla richiesta di informazioni sull'esistenza di controindicazioni all'allattamento prolungato ha predisposto un documento "Allattamento al seno oltre il primo anno di vita e benefici per lo sviluppo cognitivo, affettivo e relazionale del bambino". Nel documento, sulla base delle migliori evidenze disponibili, il Tavolo tecnico ha espresso una sua posizione per eliminare false controindicazioni ad allattare oltre il primo anno di vita del bambino e contrastare alcune posizioni tra le quali l'ipotesi che un allattamento di lunga durata implichi una mancanza di autonomia infantile.

Conclusioni

Il Tavolo tecnico, che ha la durata di due anni e si è insediato il 19 dicembre 2012, nel continuare il lavoro del CNMAM ha implementato azioni già intraprese come la regolamentazione delle procedure sanzionatorie per violazioni del DM 82/2009 e del Co-

dice Internazionale, elaborazione di proposte per la formazione pre service ed in service degli Operatori Sanitari nell'ambito della protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno. Nel primo anno di attività sono stati analizzati alcuni importanti aspetti della pratica clinica che condizionano l'implementazione delle "Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, promozione e difesa dell'allattamento al seno" pubblicate dal Ministero della Salute nel 2007. Sono state individuate strategie per potenziare la rete dei Referenti regionali dell'allattamento al seno promuovendone, ove necessario, una maggiore sinergia con i Referenti del percorso nascita. Al fine di potenziare la rete il Tavolo tecnico nella riunione allargata del 18 febbraio 2014 ha condiviso con i referenti Regionali la Survey 2014 sui servizi disponibili a livello ospedaliero e territoriale con il coinvolgimento degli Assessorati Regionali. La Survey che, dovrebbe concludersi entro il 30 giugno 2014, è costituita da una prima parte finalizzata ad acquisire elementi relativi alle singole strutture sanitarie sui servizi offerti per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno e da una seconda parte di rilevazione, a livello regionale, a cura del referente regionale per l'allattamento al seno medesimo. Nella finalità, infine, di rendere disponibili documentazioni e position paper, prodotti dal Tavolo tecnico sulla base delle migliori evidenze scientifiche disponibili, è stato allestito specifico "spazio" nel portale del Ministero della salute, area tematica Nutrizione, voce di menù "Allattamento"

http://www.stage.ministerosalute.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3302&area=nutrizione&menu=allattamento.

La documentazione prodotta dal Tavolo Tecnico sarà integrata nel 2014 da ulteriore produzione scientifica la quale sarà resa disponibile sul portale ministeriale e diffusa agli Operatori Sanitari ed al pubblico attraverso classici canali di comunicazione quali i siti e le riviste scientifiche di settore, delle diverse Società Scientifiche (SIGO/SIN/SIP etc.) e delle altre Istituzioni rappresentate al "Tavolo tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'allattamento al seno".

Proposte di integrazioni al Codice Deontologico dell'ostetrica/o

di **Antonella Cinotti**
Vicepresidente FNCO

In occasione dell'assemblea di Consiglio Nazionale tenutasi nel mese di novembre 2013 il Comitato Centrale ha ritenuto opportuno proporre ai presidenti alcune integrazioni del nostro Codice Deontologico, in particolare l'aggiunta di un punto che codifichi l'impegno dell'ostetrica per il superamento delle disuguaglianze nell'accesso alle cure per madri e bambini, e l'integrazione del punto relativo al ruolo dell'ostetrica nel favorire l'allattamento al seno con un esplicito richiamo al Codice Internazionale per la Commercializzazione dei sostituti del latte materno stilato dall'OMS.

La prima integrazione, quella relativa all'impegno solidaristico, nasce dalla necessità di rafforzare un dovere deontologico alla luce delle barriere che spesso purtroppo, anche a livello globale, separano le fasce sociali e le popolazioni più fragili e povere dall'accesso alle cure sanitarie indispensabili.

Il razionale della seconda proposta risiedeva invece nella rilevata necessità di chiarire inequivocabilmente ogni incertezza circa il principio deontologico che deve orientare la linea di condotta tenuta dall'ostetrica che riceve a vario titolo e con diverse modalità richieste di collaborazione da aziende produttrici di sostituti del latte materno.

Successivamente, nel corso del dibattito in aula dell'assemblea tenutasi il 28 febbraio e 1° marzo 2014, sono emerse due ulteriori proposte, di cui una relativa ancora al punto sulla



promozione e sostegno all'allattamento materno, e una sul ruolo dell'ostetrica nella donazione del sangue cordonale.

Si è convenuto altresì di coinvolgere l'intera comunità professionale nella formulazione di alcuni principi che orientano l'agire professionale di noi tutti.

Pertanto, invito tutti a prendere visione delle modifiche ed integrazioni che i presidenti di Collegio ed il Comitato Centrale della FNCO hanno ritenuto di dover inserire nel Codice Deontologico, con l'invito a voler partecipare alla consultazione che i presidenti di Collegio attiveranno in sede locale. Il Vostro prezioso contributo consentirà di addivenire alla stesura di un atto finale che sarà formalmente approvato in occasione di un'assemblea straordinaria di Consiglio Nazionale che si terrà il 5 luglio 2014.

Consiglio nazionale FNCO del 28 febbraio e 1 marzo 2014

Le integrazioni proposte

Aggiunta punto 2.13

"2.13 L'ostetrica/o sostiene la salute globale nel rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e si impegna alla cooperazione per contrastare le disuguaglianze nell'accesso alle cure e promuovere la salute riproduttiva e di genere, nel mondo.

Integrazione al punto 3.6

...omissis...

L'ostetrica/o favorisce l'attaccamento precoce madre/padre e bambino, promuove l'allattamento al seno e supporta il ruolo genitoriale. "L'ostetrica/o altresì aderisce al Codice Internazionale per la Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno, ne promuove il rispetto delle norme e si impegna a denunciarne eventuali violazioni".

Revisione punto 3.7

L'ostetrica/o favorisce una informazione scientificamente validata sulla donazione/raccolta del sangue cordonale e di altro materiale biologico, ai fini terapeutici e di ricerca, per consentire alla donna/coppia una scelta consapevole e responsabile. L'ostetrica/o promuove e sostiene la raccolta e la conservazione allogena del sangue cordonale per la

donazione solidale.

Ulteriore integrazione punto 3.6 (proposta seduta stante)

L'ostetrica/o favorisce l'attaccamento precoce madre/padre e bambino, promuove l'allattamento al seno e supporta il ruolo genitoriale. "L'ostetrica sostiene e diffonde la donazione volontaria del latte materno".

Ad ottobre a Roma il 33° Congresso Nazionale della FNCO

Dal 2 al 4 ottobre 2014 si terrà a Roma il 33° Congresso nazionale della categoria. Ulteriori **informazioni** saranno disponibili sul sito della FNCO www.fnco.it nonché sul sito dedicato predisposto dalla segreteria organizzativa Triumph.

Un particolare ringraziamento da parte della FNCO va al Collegio delle ostetriche di Roma, alla presidente Iolanda Rinaldi ed i componenti del Consiglio Direttivo del Collegio Ostetriche di Roma e provincia per la disponibilità ad ospitare l'evento nella splendida cornice della città eterna.



33° Congresso della Federazione Nazionale
dei Collegi delle Ostetriche

L'Ostetrica/o nel sistema delle cure ostetriche,
ginecologiche e neonatali:

alleanza con la donna e la famiglia nella promozione
della salute e della solidarietà sociale.

NOTIZIE UTILI PER COMUNICAZIONI SCIENTIFICHE E POSTER

Il programma dell'evento prevede anche sessioni relative a comunicazioni scientifiche e poster. Pertanto, chi fosse interessato (ostetriche, studenti) a presentare i propri prodotti scientifici, è inviato a consultare il sito della FNCO ove saranno pubblicate le opportune indicazioni.

Il programma scientifico è visionabile sul sito www.fnco.it

Hotel Ergife Roma
2-4 Ottobre 2014



MONDOSTETRICA: UNA NUOVA RIVISTA-WEB DEDICATA ALLE SCIENZE OSTETRICHE E ALL'OSTETRICA

di **Antonella Cinotti**
Vicepresidente Fnco

prof. **Walter Costantini**
Presidente Corso di Laurea in Ostetricia, Università degli Studi di Milano
walter.costantini@unimi.it CLOUM@unimi.it

Avvicinare le/i future/i ostetriche/ci alla ricerca, stimolando in loro una visione critica della realtà e coinvolgendole/i così, in prima persona, nel processo di crescita o di aggiornamento della loro stessa disciplina, è uno degli obiettivi di tutti coloro che alla laurea professionizzante offrono il loro pieno ed onesto contributo di docente. Consci di questo impegno, abbiamo creato una rivista online – chiamata Mondostetrica – che, da oggi, è abbinata al sito-web www.ostetrica.org, ove potranno accedere studenti, professionisti/i e docenti, per informarsi, aggiornarsi o semplicemente conoscere le aree scientifiche dove le/i nostre/i migliori studenti hanno dato il loro contributo di intelligenza e di originalità nell'interesse di una sempre continua crescita, anche culturale, della categoria. Un pool di 80 Referee, fra i presidenti e le Direttrici Didattiche dei Corsi di Laurea italiani in Ostetricia, hanno accettato la funzione di “filtro” della qualità proposta e la macchina informatica provvederà a rendere fluido il procedimento di acquisizione, anonimizzazione, distribuzione, valutazione e raccolta dell'estratto della tesi che le neolaureate, con i loro relatori ed il benessere della dirigenza accademica, vorranno presentare al sito per la pubblicazione.

L'iniziativa – vera palestra di ricerca – ha come scopo principale il confronto delle future leve della professionalità laureata, con l'accademia che dovrà giudicare la correttezza della comunicazione sotto il profilo del metodo, della originalità e del rigore speculativo, affinché possa diventare, per tutti gli inte-

ressati, un buon esempio d'impegno scientifico.

La rivista-web, inoltre, permetterà alle Ostetriche di aggiornarsi in modo gratuito, semplice ed immediato su temi professionali trattati secondo logica e metodologia scientifica e allargherà, nel contempo, il panorama nazionale della ricerca ostetrica, puntualizzando le esigenze della categoria, omogeneizzando i metodi del suo sapere e sostenendo, in piena collaborazione con le altre discipline, la dignità dei suoi obiettivi.

Naturalmente, il sito provvederà a monitorare il peso dell'attrazione esercitata da ogni pubblicazione sui lettori, fornendo agli Autori delle più consultate – e senza alcuna interferenza redazionale – gli strumenti per accedere a riviste di pregio, ovviamente con le modifiche e/o gli approfondimenti richiesti dalla rivista interessata. Tutti coloro che personalmente – o in quanto docenti – fossero interessati all'impiego di questo strumento pubblicistico, possono accedere al sito Ostetrica.org e scaricare, nell'area Mondostetrica, le istruzioni dettagliate sulla procedura da seguire, considerando che, di norma, verranno accolte alla valutazione anche le proposte delle/dei dottoresse/i in Ostetricia laureate/i nelle sessioni degli ultimi due anni accademici. A tutti costoro voglio rivolgere un sentito ringraziamento per la loro generosa collaborazione in questa iniziativa, ben sapendo che la parte più gratificante del lavoro di chi apprende e di chi insegna emerge proprio dall'eccellenza dei risultati che, con il nostro impegno, riusciamo ad offrire alla Società ed al Futuro che ci attende.

5 maggio Giornata internazionale dell'ostetrica

In occasione della Giornata internazionale dedicata alla professione ostetrica, in tutto il mondo le ostetriche hanno organizzato eventi per ribadire l'impegno a lottare con le donne e per le donne, contro il dramma della mortalità materna e neonatale, ancora frequente in troppe aree del mondo, e per migliorare ovunque l'offerta delle prestazioni ostetriche.

Lo slogan lanciato dall'ICM (International Confederation of Midwives) per la Giornata dell'ostetrica 2014 è “Midwives changing the world one family at a time”.

In Italia sono stati numerosi i Collegi delle

ostetriche ed i corsi di Laurea in Ostetricia che hanno aderito a tale iniziativa internazionale, come risulta dalla documentazione pervenuta in FNCO e pubblicata sul sito www.fnco.it.

In particolare, sono stati inviati report delle iniziative organizzate dai Collegi di Firenze-Prato-Arezzo-Grosseto e Siena, Verona, Matera, Palermo, Lucca-Pistoia, Cremona-Modena, Bari BAT, Taranto, Foggia, Lecce e Brindisi, Roma, Aosta, Novara, Bologna, Trento, Pavia, Brescia, Reggio Calabria e Cosenza, Varese e dai corsi di Laurea in Ostetricia di Milano Bicocca e Brescia.



Le doule chiedono il “riconoscimento professionale”. Ma ad occuparsi della salute di mamme e bambini ci sono già le ostetriche

La presa di posizione del Comitato Centrale FNCO

L'organizzazione ADI (Associazione Doule Italia), d'intesa con altre associazioni analoghe, ha chiesto all'UNI (Ente Nazionale Italiano di Unificazione, preposto per legge alla formazione delle attività professionali), ormai diversi mesi fa, di normare l'attività professionale della doula e di stabilirne i confini alla luce delle previsioni di cui alla L. 14/1/2013 n. 4 (“disposizioni in materia di professioni non organizzate”), in base alla quale è necessario disciplinare le professioni non organizzate in Ordini e Collegi.

L'art.1, c.2, della legge n.4/2013 stabilisce difatti che: “per professione non organizzata in Ordini e Collegi (...) si intende l'attività economica, anche organizzata, volta alla prestazione di servizi o di opere a favore di terzi, esercitata abitualmente e prevalentemente mediante lavoro intellettuale (...) con esclusione delle attività riservate per legge a soggetti iscritti in albi o elenchi ai sensi dell'art. 2229 del codice civile, delle professioni sanitarie e delle attività artigianali, commerciali e di pubblico esercizio disciplinati da specifiche normative”.

Si tenta, in tal modo, di far riconoscere normativamente un'attività in ambito sanitario chiaramente svolta senza competenze specifiche ed in aperta violazione di legge creando grave nocumento alla salute pubblica e certo danno all'attività delle ostetriche.

Le doule hanno affermato improvvidamente di svolgere un'attività distinta in tre fasi (in gravidanza, durante il travaglio parte e nel dopo parto). Si tratta sempre di attività che vista nel suo svolgersi effettivo finisce col sovrapporsi a quella propria delle ostetriche. Al fine di ostacolare il percorso di riconoscimento attivato dalle doule, la FNCO ha partecipato alle prime due riunioni prenormative organizzate dall'UNI a Milano evidenziando, anche a mezzo di specifico parere del nostro consulente legale, che l'attività in questione riguardando la salute delle persone rientra in attività sanitaria e, pertanto, è esclusa dalla possibilità di regolamentazione disciplinata dalla L. n.4/2013.

I nostri rilievi sono sostanzialmente stati fatti propri dal Ministero della Salute che ha formulato specifici quesiti, sino ad ora rimasti inevasi, alle associazioni proponenti.

In particolare la FNCO ha fatto rilevare, circa l'attività delle doule e le loro giustificazioni, che:

1. l'ascolto attivo è attività di competenza delle ostetriche;
2. l'accompagnamento e il sostegno emotivo-pratico comporta attività (quale, ad esempio, il contenimento del dolore con tocco rassicurante) di natura esclusivamente sanitaria e rientra nei doveri deontologici dell'ostetrica/o;
3. il racconto della nascita appare un

espediente, un'astuzia per assicurare la presenza indebita della doula nel momento del parto; è di tutta evidenza che la raccolta ordinata di appunti di quei momenti non può, esse, assicurare uno statuto professionale. Del resto questo processo di raccolta dati sul vissuto della nascita, attraverso il metodo della narrazione, è adottato dalle ostetriche da sempre, sia nella pratica clinica, sia nella ricerca qualitativa di settore;

4. l'assistenza nell'allattamento al seno e l'individuazione di posizione corrette, parimenti, presuppongono competenze tecniche di tipo sanitario proprie delle ostetriche e di altre professioni sanitarie abilitate.

In conclusione, con nota del 15 aprile 2014, indirizzata all'UNI, al Ministero dello Sviluppo Economico e al Ministero della Salute, la FNCO ha invitato l'UNI a non procedere ulteriormente nella attività di regolamentazione normativa richiesta dalle doule in quanto è certa la violazione delle competenze che la legge riconosce in via esclusiva alle ostetriche, nonché il Ministero dello Sviluppo Economico ad esercitare l'attività di vigilanza sulla corretta attuazione della L. n. 4/2013. La FNCO ha, infine, sollecitato il Ministero della Salute a rigettare ogni richiesta di riconoscimento delle associazioni di doule.

Obbligo Pos dal 30 giugno per tutti i professionisti

dott. Giuseppe Lancia
Consulente Fnco

Si conferma l'obbligo, a partire dal 30 giugno 2014, per tutti i professionisti, di accettare i pagamenti con carte di debito, indipendentemente dalle soglie di fatturato.

Sicuramente il continuo susseguirsi di proroghe non ha reso chiare le date a decorrere dalle quali scatteranno gli obblighi e, ancora oggi, in considerazione delle accese proteste, si affidano le speranze a successivi provvedimenti, in grado di definire in maniera puntuale quelli che sono i soggetti interessati dalla disciplina, evitando di estendere l'obbligo in maniera generalizzata a tutti i professionisti.

L'iter normativo

Volendo brevemente ripercorrere quelle che sono state le vicende relative all'obbligo Pos dobbiamo ritornare all'art. 15 del D.L. 179/2012, che aveva introdotto il nuovo obbligo, prevedendo quale data iniziale quella del 1° gennaio 2014.

Tuttavia, in mancanza dei necessari decreti attuativi l'obbligo Pos non è mai entrato in vigore alla data prevista, e si è dovuto attendere il 27 gennaio 2014, quando è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il Decreto del Ministero dello Sviluppo Economico.

Secondo quest'ultimo decreto, fino al 30 giugno 2014, l'obbligo avrebbe riguardato soltanto i soggetti il cui fatturato dell'anno precedente fosse stato superiore a 200.000 euro, mentre a decorrere da tale data l'obbligo sarebbe stato esteso a tutti gli altri soggetti.

È bene ribadire come nel decreto in oggetto non vi fosse traccia di forme di esclusione soggettiva, in quanto veniva fissato l'esonero soltanto per i pagamenti inferiori a 30 euro. Il Milleproroghe ha tuttavia fatto slittare, per tutti, l'obbligo Pos al 30 giugno 2014. È venuto così meno quell'iniziale periodo transitorio, nel quale era prevista un'applicazione limitata ai soggetti con un fatturato superiore a 200.000 euro.

Le proteste dei professionisti

Se è vero che l'obbligo dovrebbe entrare in vigore per tutti dal 30 giugno, è da rilevare come le proteste non siano sicuramente mancate, soprattutto da parte delle principali categorie professionali.

È tuttavia da ricordare come, proprio nei giorni scorsi, il Tar del Lazio con ordinanza 01932/2014, abbia rigettato l'istanza presentata dal Consiglio nazionale degli architetti, con la quale si definivano le disposizioni contenute nel decreto del 24 gennaio come vessatorie e costose.

Bandi di Concorso il 5 luglio a Roma la FNCO premia le idee innovative delle ostetriche

Il 31 gennaio 2014 è scaduto il termine per la presentazione delle candidature ai tre bandi di concorso promossi dalla FNCO per premiare:

- il miglior progetto "Modelli assistenziali innovativi delle cure primarie ostetriche nel territorio" - Bando A;
- il miglior progetto "Modelli assistenziali innovativi delle cure ostetriche in ospedale (area ostetrica, ginecologica, neonatale)" - Bando B;
- il miglior videoclip sull'ostetrica e la sua attività professionale;
- il miglior gadget promozionale che comunichi efficacemente un messaggio, un'idea, un valore, una immagine della professione;
- la migliore brochure che presenti l'ostetrica e la sua attività professionale;
- il miglior poster che rappresenti l'ostetrica e la sua attività professionale (Bando C).

L'iniziativa, realizzata nell'ambito di un ampio progetto che la FNCO ha pensato per valorizzare al meglio

l'immagine e le competenze professionali dell'ostetrica nel sistema salute, ha riscontrato un enorme successo. Sono infatti pervenute agli uffici della FNCO complessivamente 101 candidature.

La tempistica di premiazione inizialmente ipotizzata ha ovviamente risentito della numerosità delle candidature ricevute e pertanto la FNCO, che nel frattempo ha avviato le procedure di formazione delle commissioni di valutazione ed ha stabilito che indicativamente alla fine del mese di maggio 2014 la valutazione dei progetti sarà conclusa.

I vincitori saranno immediatamente informati e contestualmente sarà pubblicato sul sito un annuncio contenente gli esiti della valutazione ove saranno indicati i nominativi dei vincitori di ogni bando.

La premiazione avrà luogo a Roma tra la fine di giugno e l'inizio di luglio 2014 in occasione del già programmato meeting dei presidenti e dei coordinatori dei Corsi di Laurea in Ostetrica.



FNCO: piano formazione permanente per l'anno 2014

Continuando la politica già tracciata nell'anno 2013, la FNCO ha deciso di investire anche per il 2014 notevoli risorse nella formazione continua delle ostetriche iscritte all'albo, con particolare riguardo a quelle giovani professioniste non ancora stabilmente inserite nel mondo del lavoro e per le quali la partecipazione ad eventi formativi accreditati non è sempre facile a causa dei costi di iscrizione e di spostamento verso le sedi presso cui tali corsi si svolgono. Questo il motivo per cui lo stanziamento in bilancio sul capitolo formazione è stato pressoché raddoppiato nel bilancio di previsione dell'anno 2014 approvato dal Consiglio Nazionale il 31 gennaio 2014.

Il 2014 pertanto vedrà la realizzazione di:

1. Formazione residenziale: "La libera professione: l'ostetrica imprenditrice di se stessa"

Il corso, accreditato ECM, sarà replicato in tre edizioni che si terranno a Palermo (6 settembre 2014), Cagliari (ottobre 2014) e Napoli (25 ottobre 2014). L'iscrizione a questo corso prevede il versamento di una quota pari a 10,0 euro. Questo evento è la riedi-

zione dell'analogo corso tenutosi nell'anno 2013 a Bari, Milano e Roma che ha ottenuto 3,5 crediti ECM.

2. Formazione a distanza gratuita FADinMED

Attraverso questo canale saranno disponibili 4 percorsi formativi sulla governance sanitaria:

- Audit (12 crediti ECM);
- Sicurezza dei pazienti e degli operatori (15 crediti ECM);
- Appropriatelyzza delle cure (15 crediti ECM);
- Governo clinico: innovazioni, monitoraggio performance cliniche, formazione (20 crediti ECM).

3. Formazione a distanza dedicata ad ostetriche FADO gratuita per giovani ostetriche disoccupate

Saranno resi disponibili i seguenti corsi:

- la gestione della donna in gravidanza (12 crediti ECM);
- la gestione del puerperio (12 ECM).

Ulteriori informazioni sono state rese disponibili sul portale della FNCO e tramite newsletter dedicate.

La prevenzione e la gestione dell'emorragia del post-partum

Corso di formazione a distanza organizzato da Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con Agenzia di editoria scientifica Zadiq

*Periodo di erogazione: 31 marzo-2014 – 19 marzo 2015
accessibile all'indirizzo: <http://goal.snlq.it>*

Il percorso formativo eroga 12 crediti ECM ed è gratuito grazie alla convenzione dell'ISS con il Ministero della Salute che finanzia il progetto pilota di sorveglianza della mortalità materna e lo studio sui near miss da emorragia del post-partum in 6 regioni italiane. L'emorragia del post partum è un evento raro ma potenzialmente letale che, talvolta, può non essere diagnosticato prima che le condizioni della donna ri-

sultino critiche. La diagnosi precoce, il trattamento tempestivo e appropriato insieme a un efficace lavoro di team, sono i requisiti essenziali per ridurre al minimo il rischio di mortalità e grave morbosità materna.

Il corso, rivolto in particolare ai ginecologi, agli anestesisti e alle ostetriche, ma aperto a tutti i medici, fornisce le nozioni indispensabili per conoscere la rilevanza del problema e le indicazio-

ni delle più importanti linee guida al riguardo.

Il metodo didattico è basato sulla simulazione di casi clinici che permette al partecipante di cimentarsi con la gestione di problemi abituali e di valutare la propria capacità di applicazione nella pratica quotidiana delle nozioni acquisite. Una volta superato il corso, l'attestazione dei crediti ECM sarà immediatamente disponibile on-line.

Atti del corso di formazione - I Parte

LA LIBERA PROFESSIONE. L'OSTETRICA IMPRENDITRICE DI SE STESSA

L'ostetrica imprenditrice di se stessa

dr.ssa Cristina Bertazzoni

docente presso l'Università degli Studi di Brescia, formatore psicosociale, consulente e supervisore, di aziende, organizzazioni pubbliche e private e docente presso Centri di Formazione e Università. Esperta in processi comunicativi, dinamiche di gruppo, psicologia di comunità e delle organizzazioni

La libera professione ostetrica è solo una delle dimensioni con cui si può esercitare, bisogna quindi ragionare su una possibilità, su un'opportunità che non sia intesa solo come un ripiego. L'idea imprenditoriale è un qualcosa che nasce da dentro. Iniziare un per-

corso di imprenditorialità significa pensare ad un progetto, intraprendere un percorso faticoso, non certo privo di difficoltà, imparare e mettersi alla prova per non diventare "analfabeti di ritorno", cioè persone alienate senza stimoli. Il lavoro non deve essere una situazione che ci sta stretta, che non risponde ai propri bisogni, ma deve essere parte integrante di tutta la nostra vita.

Obiettivi del corso:

- sviluppare consapevolezza rispetto alle competenze necessarie per gestire il ruolo imprenditoriale;
- conoscere i passaggi necessari per declinare l'idea imprenditoriale in un progetto operativo;
- acquisire alcune conoscenze di marketing utili per promuovere l'impresa.

L'imprenditore è definito chi esercita professionalmente un'attività economica organizzata al fine della produzione o dello scambio di beni e servizi (definizione data nell'art. n.2082 del Codice Civile). Con questa descrizione viene quindi ad essere necessaria la professionalità, un'attività orientata anche al risultato economico e soprattutto pianificata. È fondamentale la capacità di avere una visione e riuscire a trasformarla in realtà. È un buon esercizio quello di immaginarsi nel futuro, lontano dal proprio presente, creare un progetto, infatti, significa letteralmente "gettare qualcosa in avanti", avere una visione del futuro. Come nell'evento nascita si parte dal concepire il sogno di divenire madre e poi lo si sperimenta sulla propria pelle, anche nell'imprenditorialità si parte dal conce-



pire un'idea provando poi a farla divenire realtà.

L'imprenditorialità è quindi l'insieme delle capacità di concepire ed elaborare un'idea, di realizzare una valida sintesi tra le risorse e le competenze disponibili all'esterno e all'interno dell'impresa, quindi di mettere insieme quelle offerte date dal territorio, e di creare un sistema di servizi che risponda ai bisogni delle clienti/utenti. Questo triangolo formato da idea, risorse e servizi è la base di un business efficace e valido. Rispondere ai bisogni dell'utenza con i servizi offerti significa soddisfare le necessità del cliente al meglio delle possibilità, realizzando un profitto duraturo e valorizzando le competenze e le risorse che si possiedono.

Intraprendere un percorso di auto-imprenditorialità significa vivere il futuro non come un destino già scritto ma come un progetto, come un qualcosa di cui si è artefice. Avere la possibilità di poter decidere come, quando e con chi lavorare, di organizzarsi il proprio tempo autonomamente e di investire le energie dove si vuole. Tutto questo permette l'autorealizzazione nel proprio lavoro. L'auto-imprenditorialità in campo ostetrico va costruita insieme, anche se le difficoltà aumentano la sinergia con le colleghe crea un coagulo di potenzialità molto più ampio rispetto al lavoro fatto da soli. È un percorso di crescita e di apprendimento continuo, di tensione ricorrente all'innovazione e alla ricerca.

Quali competenze sono necessarie per diventare imprenditori di se stessi?

Autovalutazione delle competenze

Le competenze richieste sono le abilità personali legate al sapere, saper fare e saper essere, cioè quelle di tipo teorico, tecnico e di relazione comunicativa (relazione interpersonale, lavoro gruppo, creatività, ecc.). Serve effettuare un bilancio delle proprie competenze per valutare se sono congruenti con l'idea imprenditoriale e per la decisione eventuale di integrarle con altre risorse se l'idea ne prevede di ulteriori rispetto a quelle di cui si dispone. Ad esempio si possono creare delle società con altre colleghe, scelte proprio per le loro diverse competenze.

Vi sono delle domande a cui bisogna dare risposta per effettuare un'autovalutazione e cioè:

- Quali sono le mie risorse, che cosa so fare?
- Quali sono le mie motivazioni e riesco

a coniugare quelle professionali con i miei interessi personali?

- Quali sono le mie prospettive professionali (come mi vedo fra 10 anni)?
- Quali sono i miei interessi economici (quanto voglio guadagnare a lungo termine)?
- Sono a conoscenza che inizialmente ho bisogno di promozione e quindi devo investire risorse?

Competenze necessarie

- Spirito di iniziativa: essere intraprendenti, proattivi, aggredire i problemi, non abbandonarsi, percepire il futuro come progetto di cui si è artefici.
- Spiccata capacità di comunicazione: cogliere le sensazioni, avere una modalità relazionale, non solo nei confronti dell'utenza ma costruendo reti di comunicazione.
- Capacità di far fronte al rischio: essere sicuri nell'insicurezza, muoversi con flessibilità e sicurezza in una situazione che non è mai stabile e sicura, vivere nella dinamicità delle situazioni.
- Flessibilità: capacità di muoversi nel mercato in funzione delle esigenze, di quello che emerge socialmente, economicamente, culturalmente, esercitare altri ruoli con il fine raggiungere l'obiettivo
- Creatività: usare un pensiero divergente, creativo, pensare a qualcosa che si può fare ma non è mai stato fatto, frequentare ambienti diversi, spaziare culturalmente altri settori per farsi venire nuove idee, non fossilizzarsi.
- Indipendenza e autonomia.
- Abilità nel problem-solving: come rispondiamo di fronte a situazioni problematiche, come superiamo gli ostacoli, che progetti proponiamo per uscire da un problema.
- Capacità di pianificazione: organizzazione, progettazione, programmazione, ottimizzazione del proprio tempo.
- Forte convinzione di dominare il proprio destino.
- Capacità di leadership: di influenzare, di ottenere consenso, di organizzare un gruppo e farsi portavoce.
- Capacità di lavorare molto e a lungo: lavorare per il piacere di farlo, come parte integrante della vita che soddisfa e aiuta nell'autorealizzazione di se stessi.

Autovalutazioni

- Valutare la resistenza: quella capacità di andare oltre le prime difficoltà, di superare la frustrazione e di metabolizzare possibili fallimenti per poter arrivare a

realizzare il proprio obiettivo.

- Valutare la motivazione: capire se lo si fa per necessità o per volontà. Riguarda un problema di consapevolezza e questo cambia il modo di approcciarsi al percorso, non si esclude che con una motivazione di necessità, per mancanza temporanea di lavoro, non si possa partire con l'attività libero professionale, ma bisogna esserne consapevoli perché nel momento in cui torna la possibilità di un posto di lavoro l'idea imprenditoriale non la si porta avanti. Una motivazione di necessità quindi non è conciliabile con un atteggiamento orientato in modo sicuro all'auto-imprenditorialità.
- Valutare la disponibilità personale: in termini di tempo, ad apprendere in continuo, alle ore di lavoro, ai possibili spostamenti, ecc.
- Valutare l'esperienza e la competenza.

Come si passa dall'idea al progetto imprenditoriale?

La stesura di un progetto imprenditoriale è un percorso fatto di step e domande a cui rispondere, evitando soluzioni ovvie, uscendo dal consueto per spingersi in profondità.

- Creare l'idea imprenditoriale: definire chiaramente l'idea evidenziandone le parti più deboli per prevenire che esse portino al fallimento (teoria della catastrofe). Chiedersi:

Da dove viene l'idea? (Dal lavoro, dagli studi fatti, dall'ambiente familiare, dagli hobby, da altri contesti, da esigenze insoddisfatte, ecc.).

Cosa si vuol fare? In che modo e per chi? L'ostetrica ha una competenza poliedrica quindi deve decidere se approfondire una linea o mettere in campo tutte le sue competenze differenziandole in servizi o attività.

In che cosa consiste l'idea? Nel dettaglio: È già stata realizzata? Funziona? (mettersi in contatto con chi sta facendo queste cose).

L'idea è coerente con la mia persona, con quello che so fare?

Risponde a dei bisogni specifici dei clienti? Vado incontro a richieste di mercato? Ci sono elementi di interesse per i miei clienti?

Ci sono a priori abbastanza clienti per realizzare un business? Prima valutazione di tipo economico, considerare che il business si potrebbe allargare non solo attraverso clienti-utenti, ma con la formazione, il lavoro per enti pubblici, ecc. È possibile entrare in quel mercato? Ca-

pire anche qual è l'ubicazione del mercato.

Perché si pensa di voler realizzare questa idea? Essere oneste con se stesse (per poter lavorare, per realizzare qualcosa di proprio, per realizzare un sogno, per cogliere un'occasione, per diventare qualcuno, per fare soldi, ecc.).

Quanto è forte questa spinta motivazionale? (Non se ne può fare a meno, è molto importante ma non essenziale, ne va del mio futuro, è uno sfizio, un gioco, una sfida).

Quanto peserebbe un insuccesso? Essendo un percorso rischioso bisogna mettere in conto i possibili momenti di caduta o il verificare a postumi che l'idea non sta in piedi.

Quanto del proprio potenziale personale si è disposti ad investire nell'idea? Quanti soldi, capacità, esperienze, energie, relazioni, volontà si vogliono utilizzare.

Articolare l'idea per farla funzionare. Chiedersi:

A quali bisogni risponde quest'idea? Andare in profondità, facendo un elenco di tutti i bisogni a cui posso rispondere con quest'idea.

Ci sono i possibili utenti-clienti? Che bisogni hanno, quale target potrei avere come riferimento, sappiamo come raggiungerli?

Quanto dobbiamo vendere loro? Primissima valutazione di fattibilità economica dell'impresa.

È già stato sviluppato questo servizio? Se non esiste perché? (perché nessuno ci ha mai pensato oppure perché le condizioni per renderlo redditizio non ci sono).

Quali sono le competenze che ho in questo momento da rendere spendibili sul mercato?

Sappiamo fare da soli o abbiamo bisogno dell'aiuto di qualcuno? Quali competenze dobbiamo integrare e quindi cosa bisogna apprendere? Cosa devo apprendere nell'immediato, per mettere in piedi i servizi che hanno riscontro nel mercato, e per il futuro, cosa si vuole potenziare e quali competenze sono da acquisire?

C'è già qualcuno che offre le nostre competenze come servizio? Cosa fa e come lo fa? Cosa offriamo noi di diverso? Quale convenienza avrebbero le clienti a usufruire del nostro servizio? (minor costo, costo maggiore ma con più servizi offerti che non si trovano da altri, ecc.).

Convenienza e fattibilità. Prima valutazione

Convenienza: rapporto tra costi e bene-

fici, valutare la sostenibilità economica. Fattibilità: rapporto tra quello che voglio fare e le capacità che ho per ottenerle.

Come faccio ad analizzare e conoscere i potenziali bisogni delle mie clienti? Analisi del proprio target di riferimento, studiandone e ricercandone i bisogni, effettuare delle ipotesi utilizzando ricerche già effettuate da altri.

Come faccio a definire quante e come sono le mie clienti? (Sono già in grado, devo imparare qualcosa, devo informarmi da qualcuno, ecc.)

Se potessi avere gli strumenti e le incoronazioni adeguate avrei tempo ed energie sufficienti per fare questa ricerca?

Se non ho le competenze o le informazioni giuste o il tempo sufficiente, ho le risorse economiche per chiedere aiuto? Come faccio a raggiungere e mantenere nel tempo le mie clienti? (Ho già esperienza in questo campo, ho già un certo numero di clienti, ecc.). I clienti saranno fedeli? Le loro esigenze cambieranno, saprò adeguarmi ai loro nuovi bisogni? Avrò bisogno di altre capacità? Quanto mi costerà in impegno, soldi e tempo? (Non so come farlo, devo imparare, devo informarmi da qualcuno, ecc.).

Come faccio a erogare il mio servizio? (Lo so, non ho mai provato, ecc.)

Da chi posso farmi aiutare? Quel qualcuno più esperto di me, lo pago come consulente, lo assumo o lo associo? Diviene importante creare un piccolo gruppo dove vi sono tutte le competenze che servono alla mia idea (non necessariamente solo di ostetriche, ma anche altre professionalità).

Quanti soldi mi servono?

Come faccio a conoscere e battere la concorrenza? Conoscere con chi si compete per differenziarsi da loro, capire che servizi offrono e qual è il loro standard di qualità delle prestazioni vendute, a chi loro si rivolgono, a quale prezzo, dove sono ubicati, come si promuovono. Analisi e ricerca di mercato locale.

Come si mette a punto un piano strategico per posizionarsi sul mercato? Marketing e promozione.

Pubblicizzarsi e promuoversi strategicamente. Lanciare l'idea attraverso il marketing non vuol dire solo farsi pubblicità ma attuare un progetto nel progetto imprenditoriale, comprendendo ricerca e analisi di mercato. Significa definire un piano strategico di orientamento al mercato.

Percorso: parto con l'analisi e scelta di un mercato (quali sono le trasformazioni a livello economico del mio Paese e nel mio

territorio, quali sono le ultime tendenze nei consumi, quali sono i fattori di successo noti di questa impresa, ecc.), passo alla scelta di un target (chi sono e che caratteristiche hanno i nostri clienti effettivi o potenziali e come li raggiungo, quali sono i bisogni e come li soddisfo, all'interno del target esistono sottogruppi con bisogni specifici a cui posso rispondere? Personalizzazione dei servizi), decido il posizionamento (la propria immagine nel mercato, il carattere coerente della mia impresa, la filosofia che voglio far passare comunicandola attraverso l'idea, cosa voglio che pensino le clienti del mio servizio), creo i servizi che offro e ne decido il prezzo (piano di marketing, individuazione degli obiettivi e degli strumenti utili, pianificare le attività, ecc.), mi faccio pubblicità e promozione (attraverso media, web, canali, marketing a costo zero, definisco un budget da investire nella comunicazione per farmi conoscere, decido quali messaggi devo inviare la mio target e qual è il mio obiettivo di marketing).

Aspetti fiscali/amministrativi/previdenziali

Dr. Giuseppe Lancia

Commercialista, Consulente della FNCO

L'attività libero professionale

Definizione

L'attività libero professionale dal punto di vista fiscale viene così definita nell'art 53 del Testo Unico Imposte Dirette: (...) per esercizio di arti e professioni, compreso l'esercizio in forma associata, si intende l'esercizio per professione abituale, ancorché non esclusiva, di attività di lavoro autonomo diverse da quelle d'impresa.

Il fisco, dunque, non inquadra il professionista come un imprenditore, ma come colui che esercita un'attività abituale che non è organizzata in forma di impresa. Questo è frutto della vecchia idea di professionista al quale serve un minor investimento di capitali e pertanto non necessita di un'organizzazione complessa per svolgere la sua attività, come nel caso di un imprenditore. Questo è ovviamente un concetto del passato ma che vige ancora oggi nel nostro Codice Civile, seppur superato dalle nuove e più complesse esigenze organizzative a carico dei professionisti.

Il lavoratore autonomo - Definizione

È colui che si obbliga a compiere, a prez-

zo di un corrispettivo, un servizio con lavoro prevalentemente proprio e senza vincolo di subordinazione (Art.2222 del Codice Civile). Esistono diverse categorie di lavoratore autonomo, tra le quali:

- professioni regolamentate: professioni protette, quelle per le quali è obbligatorio iscriversi ad appositi albi o collegi professionali (Art.2229), i quali hanno l'obbligo di valutare i requisiti del candidato all'iscrizione, sotto la vigilanza dello stato;
- professioni non regolamentate.

L'attività ostetrica rientra perfettamente nella definizione di professione regolamentata; quando questa attività viene svolta con i requisiti di professionalità e abitudine si può considerare libera professione.

La professionalità sussiste quando si pongono in essere una molteplicità di atti coordinati e finalizzati verso un identico scopo, con regolarità, stabilità e sistematicità.

Dal punto di vista fiscale si è incerti sul definire la caratteristica di molteplicità degli atti, poiché, in alcune pronunce del fisco, anche un solo atto di una professionista iscritta al suo albo/collegio (es. un'unica assistenza domiciliare al parto in un anno), seguito da un compenso monetario, potrebbe far scattare l'obbligo dell'apertura di partita IVA.

L'abitudine, in questo contesto, può far riferimento anche a quella molteplicità di atti occasionali (es. 2-3 prestazioni mensili), che quindi presumerebbero l'apertura di partita IVA.

In sintesi i requisiti per l'ostetrica libero professionista sono:

- a) professionalità garantita dall'iscrizione al proprio albo/collegio;
- b) abitudine nello svolgere una molteplicità di atti, ovvero nel predisporre per lo svolgimento di atti professionali (es. apertura di uno studio, l'affissione di una targa, la pubblicità ecc.);
- c) carattere organizzativo dell'attività diverso da quello di un'impresa.

Come aprire una partita IVA

Aprire la partita IVA richiede la compilazione di un modulo, il modello di dichiarazione inizio attività/ditta (modello AA9/11), attraverso un software scaricabile, tramite pc e connessione internet, dal sito dell'Agenzia delle Entrate. Nel sito vi sono delle maschere guidate che aiutano l'utente nel processo di compilazione. Per la compilazione occorre dotarsi di un PIN personale da richiedere all'Agenzia delle Entrate, fornendo i propri dati fiscali (es. ultima dichiarazione

reddituale fatta). La richiesta va effettuata sul sito della Agenzia delle Entrate che provvede poi ad inviarlo per posta dopo una quindicina di giorni. Con questo PIN si può accedere al programma scaricato sul proprio pc e iniziare la compilazione della propria posizione IVA.

Nelle prime fasi non è quindi necessario di rivolgersi ad un intermediario o commercialista.

Nel modello di dichiarazione è necessario indicare, oltre ai dati personali e l'indirizzo, il codice attività 86.90.29, corrispondente alla professione di Ostetrica. Il codice di Attività contraddistingue ogni attività economica e quindi ogni settore nel quale il contribuente opera. Tale codice non viene direttamente dal fisco, ma è preso direttamente dalla classificazione delle Attività economiche che usa l'ISTAT (tabella Istat ATECOFIN) per la contabilità nazionale.

Pertanto la professione di Ostetrica è ricompresa nella classificazione ISTAT nelle altre attività paramediche indipendenti n.c.a. (non classificate altrove). In passato, quando la codifica aveva una valenza solo fiscale le Ostetriche avevano un proprio codice diverso dagli altri operatori sanitari.

Il modello, oltre ad assegnare la Partita Iva per svolgere la Attività permette di esercitare l'opzione per i regimi fiscali. Conclusa la compilazione del modello lo si invia direttamente per via telematica all'Agenzia delle Entrate, avendo cura di utilizzare il proprio PIN.

Il regime fiscale di vantaggio (per l'imprenditoria giovanile o lavoratori in mobilità)

Qualora si inizi l'attività libero professionale e quindi ad aprire per la prima volta la partita IVA, e si presuma, per gli anni successivi di non avere un volume di affari (incassi) che superi i 30.000 euro, e di non acquistare beni strumentali (attrezzature, affitto dello studio) in un triennio maggiori di euro 15.000, si può optare per il regime fiscale di vantaggio (per l'imprenditoria giovanile o lavoratori in mobilità), detto anche dei minimi, che ha una durata di 5 anni, ma può venir prolungato fino al compimento dei 35 anni di età.

Le prestazioni sanitarie e non

Le prestazioni sanitarie dell'ostetrica sono esenti IVA come indicato nell'Art.10, n°18 del D.P.R 633/1972: prestazioni sanitarie di diagnosi, cura e riabilitazione rese alla persona.

Le prestazioni non sanitarie, come ad

esempio consulenze tecniche, consulenze di parte, insegnamento, docenze, funzioni sindacali, sono invece soggette ad IVA con l'aliquota ordinaria del 22%. Quindi per questo tipo di parcella occorre osservare tutti gli obblighi di registrazione, liquidazione e versamento dell'imposta.

Per chi ha optato e si trova nel regime dei minimi, invece, qualsiasi tipo di attività svolta dall'ostetrica non è assoggettata ad IVA.

Posizione INPS - Apertura posizione previdenziale nella Gestione commercianti

Dal giugno 1990 le ostetriche non hanno più la propria cassa di previdenza (ENPAO).

Questo ha portato all'obbligatorietà di aprire la propria posizione previdenziale nella Gestione commercianti, presso l'ufficio INPS competente, entro 30 giorni dall'apertura della partita IVA. L'iscrizione alla Gestione Commercianti comporta l'adempimento di tutti gli obblighi inerenti, come il versamento di un contributo minimo indipendente dal reddito annuo, rivalutato di anno in anno, che supera i 3.000 euro, diviso in 4 rate. Inoltre se il compenso annuale ricevuto supera i 15.357 euro, al contributo minimo va aggiunto il 21.75% dell'eccedenza (se il fatturato è pari ad euro 20.000 occorre versare il 21.75% sulla differenza tra i 20.000 euro ed i 15.357, oltre al contributo minimo).

Questa aliquota arriverà al 24% entro il 2024.

Tale contributo serve come tutela del professionista a livello pensionistico.

Posizione INPS - Quando è possibile iscriversi nella Gestione Separata?

Le dipendenti che già hanno un contratto part-time presso un'altra istituzione e che possono avere partita Iva, per i redditi che traggono dalla libera professione devono iscriversi all'INPS nella Gestione Separata e versare una percentuale all'INPS sul reddito annuo da libera professione. L'ostetrica iscritta alla Gestione Separata deve applicare una maggiorazione del 4% sulla parcella, quota che però rientra nel reddito di lavoratore autonomo e quindi su cui verranno pagate le tasse. Quel 4% sarebbe la parte INPS che paga il cliente e che il professionista riversa all'INPS, come quota parte del suo contributo che si calcola sempre sul reddito senza alcun importo minimo a differenza della Gestione Commercianti. Svantaggi rispetto alla Gestione Commer-

cianti: le aliquote sono più alte e le tutele sono inferiori. Vantaggio: non c'è il contributo minimale (che comunque serve come tutela del professionista a livello pensionistico).

Reddito professionale

Il libero professionista deve eseguire autonomamente una serie di adempimenti fiscali, effettuare una dichiarazione annuale del proprio reddito da libera professione e spedirla autonomamente al fisco dopo ovviamente aver pagato le tasse relative, auto liquidate con la dichiarazione dei redditi. Il reddito professionale può derivare, non solo, da un lavoro autonomo abituale, come quello del libero professionista, ma anche da una collaborazione coordinata e continuativa o da un lavoro autonomo occasionale.

Reddito Professionale: è la differenza tra il totale dei compensi ricevuti in un anno e le spese sostenute inerenti all'esercizio della professione. Oltre ai compensi rientrano anche i rimborsi spese e la rivendita di beni strumentali.

Principio di cassa (disponibilità materiale e giuridica della somma): un compenso diviene entrata del professionista solo quando effettivamente lo percepisce (non conta la data scritta sulla parcella, né la sua emissione, né la data della prestazione), così come le spese non saranno deducibili finché non sono state pagate. Contano solo le spese inerenti alla professione e debitamente documentate.

I pagamenti ricevuti tramite assegno vanno fatturati, e quindi diventano un compenso reddituale, nel momento in cui si riceve l'assegno e non quando lo si versa (un assegno ricevuto a dicembre va fatturato entro l'anno e non a gennaio dell'anno dopo).

Spese integralmente deducibili: spese per il materiale sanitario, diritto annuale per l'iscrizione al collegio professionale, abbonamenti a riviste, divisa e abbigliamento sanitario, cancelleria, premi di assicurazioni per l'attività professionale, interessi passivi per finanziamenti (se si è costretti ad aprire un finanziamento per iniziare l'attività possiamo detrarre gli interessi dal reddito), ecc. Tutte le attrezzature dell'importo inferiore a 516 euro possono essere detratte nello stesso anno (senza dover effettuare un ammortamento cioè detrarre la spesa in più anni).

Spese parzialmente deducibili: per lo

studio-abitazione (deducibili al 50% come affitto, spese condominiali, energia elettrica. Non sono deducibili le spese che competono solo al proprietario come ristrutturazioni, tinteggiature, manuttenzioni), spese relative a convegni e corsi (deducibili al 50%), spese alberghiere o di rappresentanza (deducibili al 75%, ma sempre nel limite che non superino il 2% sul totale del compenso annuale per quelle alberghiere e l'1% per quelle di rappresentanza, es. il regalo fatto alla cliente), spese telefoniche (deducibili all'80%), spese relative all'autovettura (deducibili al 20%, l'importo pagato dell'autovettura va però diviso in 4 anni, si può detrarre il costo di un'autovettura soltanto per persona).

Per i professionisti nel regime dei minimi tutte queste spese parzialmente deducibili sono deducibili con la percentuale del 50%.

Ritenuta d'acconto: la somma ricevuta da un cliente privato, utente generico, non ha bisogno di alcuna ritenuta d'acconto. In caso invece di consulenza o docenza ad un ente, emanando la fattura, dobbiamo applicare una ritenuta d'acconto del 20% che il cliente verserà al fisco come tasse anticipate del professionista che potrà detrarre l'importo trattenuto dalle tasse da pagare nella propria dichiarazione dei redditi. Infatti il cliente che avrà effettuato la ritenuta dovrà rilasciare al professionista una dichiarazione con l'importo versato (dichiarazione del sostituto di imposta)

Limiti all'utilizzo del denaro contante: oggi non si possono trasferire somme in denaro contante tra soggetti diversi che siano uguali o superino 1.000 euro. In tal caso serve effettuare un bonifico o assegno.

POS: la legge di sviluppo 2012 ha decretato che i professionisti debbano accettare pagamenti con carte di debito e quindi prevede il disporre di un POS (Point of sale, dispositivo elettronico che consente di accettare pagamenti tramite bancomat, carte di credito, di debito e prepagate). In realtà la legge rimanda ad un decreto attuativo che deve ancora essere emanato (entro giugno 2014).

Non è più obbligatorio dal 2008 avere un conto bancario dedicato alla professione, anche se rimane consigliabile averlo per le eventuali verifiche che il fisco può fare, che rendono obbligatoria la giustificazione di ogni movimento finanziario.

Le nuove società tra professionisti e le associazioni

Nell'esercizio di arti e professioni sono comprese anche le associazioni tra professionisti, equiparate alle società semplici, e le nuove società di capitali tra professionisti (forme associative). Studio associato: si costituisce con una scrittura privata anche autonomamente, da registrare alla Agenzia delle Entrate per poi aprire una partita Iva come studio associato. A fine anno lo studio associato deve fare la dichiarazione dei redditi. Lo studio associato con la dichiarazione non paga tasse ma divide il reddito tra i professionisti associati in base alle quote di ognuno previste dalla scrittura privata registrata (a quote paritarie o quote divise in base ad altri parametri scelti liberamente). Le quote di divisione degli utili si possono anche decidere di anno in anno, secondo l'attività lavorativa svolta, ma in tal caso occorre registrare ogni anno alla Agenzia delle Entrate le nuove quote pagando la tassa fissa di registrazione). Lo svantaggio della associazione professionale per chi inizia l'attività è che in questa forma non è possibile scegliere il regime fiscale dei minimi, e quindi non poter usufruire delle sue agevolazioni.

Società tra professionisti: Dal febbraio 2013 per svolgere la attività professionale si possono creare anche le Società tra professionisti, prima vietate. Per le Società tra professionisti si può ricorrere ad un qualsiasi tipo previsto dal Codice Civile esempio: srl, cooperative, spa, ecc.. Naturalmente le Società tra professionisti sono strutture più costose da tenere rispetto agli studi associati, ma nelle la novità è che nelle Società tra professionisti possono far parte anche soggetti non professionisti come eventuali soci finanziatori, quando per iniziare l'attività occorre fare degli investimenti. La società va iscritta al collegio di appartenenza dei professionisti soci, per il controllo deontologico a cui si è sottoposti. Si possono creare società tra professionisti interdisciplinari (un team di ostetriche, pediatri, psicologi, ecc.) stabilendo qual è l'attività di predominanza. Queste forme associative rientrano nel lavoro autonomo e quindi sono assoggettate a tutti gli obblighi fiscali e previdenziali previsti (la normativa non si è espressa sul punto ma l'amministrazione finanziaria ha preso già posizione in questo senso).

Dalla condotta ostetrica alla libera professionista moderna attraverso l'istituzione del Ssn. Excursus storico sulla libera professione e sulle ragioni alla base della sua scelta

Su questo argomento si propongo le "chiavi di lettura" delle rappresentanti dei collegi di Bari, Milano e Roma che hanno accolto rispettivamente le tre edizioni di questo corso di formazione realizzate finora

Raffaella Ricci

Vicepresidente del Collegio interprovinciale delle ostetriche di Bari - Barletta Andria Trani

L'ostetrica è l'erede della più antica figura della levatrice, il punto di riferimento per la donna, per la famiglia e per l'intera comunità, sebbene abbia perso nel corso degli anni una parte di prestigio e visibilità a causa di diversi fattori sociali, politici e culturali. Precedentemente alla istituzione dell'Ssn, l'ostetrica condotta svolgeva la propria attività in modo autonomo fornendo assistenza alla partoriente e limitandosi a richiedere l'intervento medico nei casi di insorgenza di patologie.

Il suo lavoro consisteva nel recarsi presso l'abitazione della gravida (che solitamente non era estranea poiché in genere ne aveva seguito le fasi della gravidanza) e nell'assistere, fornendole il sostegno e le cure necessarie. L'immagine dell'Ostetrica, specie nei piccoli centri urbani, era circondata "da un'aurea di sacralità per il suo essere protagonista dello straordinario evento della nascita" (Gissi, 2006) e il suo ruolo era rispettato e indiscusso. Accanto al prete, al sindaco e al medico (laddove quest'ultimo era presente), l'ostetrica era considerata un'istituzione, un personaggio degno di stima e di fiducia. Le basi del suo sapere erano più pratiche che teoriche.

Già con l'ordinamento del 1876, più noto come regolamento "Bonghi", si cercò di porre una prima soluzione al problema dell'esercizio abusivo della professione ostetrica. Altra norma fondamentale per la definizione del ruolo delle levatrici fu la legge Crispi del 1888 sull'ordinamento dell'amministrazione e sull'assistenza sanitaria che introduce l'obbligo per i Comuni di farsi carico dell'assistenza ostetrica e dunque la levatrice era obbligata ad assistere gratuitamente coloro che erano iscritte nella lista dei pove-

ri. In quegli anni il campo d'azione delle levatrici era pressoché limitato all'assistenza al parto e al puerperio, con l'obbligo di denunciare eventuali malattie infettive alle autorità sanitarie. Successivamente, i fondamenti giuridici dell'ordinamento sanitario italiano sono rientrati nel testo unico delle leggi sanitarie del 1907 e in quello successivo del 1934, dove vengono riproposti i concetti di levatrice condotta e di obbligo di assistenza ai poveri. Tali disposizioni verranno poi raccolte ed ampliati nel Regolamento e Istituzione per l'esercizio professionale delle ostetriche del 1940. Il Testo Unico delle Leggi Sanitarie (approvato con Regio Decreto 27 luglio 1934, nr.1265) includeva l'ostetrica nel novero delle professioni sanitarie ausiliarie e di supporto contrapposte alle professioni "principali" costituite dal medico chirurgo, dal farmacista e dal veterinario. L'art. 139 di suddetta norma stabiliva che la levatrice doveva richiedere l'intervento del medico chirurgo non appena nell'andamento della gestazione o del parto o del puerperio di persona alla quale prestava la sua assistenza riscontrasse qualsiasi fatto irregolare. A tale scopo doveva rilevare con diligenza tutti i fenomeni che si svolgevano nella gestante o partoriente o puerpera.

In questo periodo la sanità pubblica era ancora affidata al Ministero dell'Interno in sede centrale e ai Prefetti e ai Sindaci in sede periferica in forza di una vecchia legge emanata dopo l'unificazione. La maggior parte degli ospedali, inoltre, si configuravano come IPAB, ovvero istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza istituite nel 1890 (Vicarelli, 1997). L'emanazione del Regio Decreto nr. 1364 datato 26 maggio 1940 (modificato con DPR 163/75 e successivamente con DM 210/81), introduceva una rigida regolamentazione dell'esercizio professionale dell'ostetrica istituendo il mansionario: atto regolamentare di carattere prettamente esecutivo attributivo di specifici compiti, mansioni appunto. Qualche anno più tardi (1945) la "materia sanitaria" veniva trasferita dal Ministero dell'Interno ad una amministrazione autonoma definita Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica. Il 22 dicembre 1947 fu approvata la Costituzione della Repubblica Italiana dall'Assemblea Costituente promulgata dal capo provvisorio dello Stato Enrico De Nicola il 27 dicembre 1947; pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 298, edizione straordinaria, del 27 dicembre 1947 ed entrò in vigore il 1° gennaio 1948. Nell'art.

32 venne rimarcato il principio della doppia rilevanza, individuale e sociale della salute che avrebbe coinvolto le regioni nel compito di tutela della salute stessa (art. 117 modificato con legge Costituzionale 3/2001).

Le competenze della levatrice (denominata ostetrica dal 1937) si vanno via via ampliando: assistenza alla donna durante la gestazione, il parto, il puerperio normale e assistenza al neonato; vigilanza della madre del bambino fino al terzo anno di età. Nel 1956, con l'istituzione del Ministero della Sanità, si assiste al primo vero tentativo di dare corpo e dignità istituzionale alla sanità pubblica. Il nuovo ministero assume le funzioni svolte dall'Alto Commissariato che viene incaricato per vigilare sugli enti erogatori di assistenza sanitaria e sull'esercizio delle professioni sanitarie. Nel 1968 (L.132/1968) con la riforma ospedaliera si abbandona ufficialmente e definitivamente il criterio assistenziale e caritatevole su cui aveva retto il servizio sanitario, attraverso la costituzione di ospedali autonomi, incorporati dagli enti pubblici (gli ospedali erano distinti in: generali e specializzati, per lungodegenti e convalescenti. Quelli generali poi vennero ulteriormente classificati in ospedali di zona, provinciali e regionali). Questa riforma avvicina il Paese all'istituzione del Ssn che tuttavia sarebbe stata preceduta da altri tre atti legislativi di rilievo che avrebbero determinato: il trasferimento delle funzioni amministrative statali in materia di assistenza sanitaria ospedaliera alle regioni (DPR 4/1972); la previsione dell'assistenza ospedaliera gratuita estesa a tutti i cittadini (L. 386/1974); la soppressione delle mutue (L.349/1977).

Contestualmente si affermava una cultura che in nome di una maggiore sicurezza, imponeva il trasferimento dell'evento parto/nascita all'interno delle strutture ospedaliere. Si assiste così, alla più evidente delle trasformazioni del ruolo dell'ostetrica. Con l'ingresso delle ostetriche condotte in ospedale si sanciva la routinizzazione delle pratiche e la burocratizzazione delle attività. Entrando all'interno dei contesti organizzativi, dove le esigenze gestionali scandivano tempi e modalità lavorative diverse, dove gli adempimenti burocratici diventavano routine e dove il contatto con la professione medica era quotidiana, l'ostetrica iniziava a perdere parte rilevante della propria autonomia.

Si accentuava il carattere ausiliare della sua attività e si rimarcava la natura ancillare delle sue funzioni rispetto a quel-

la medica.

Contestualmente prendeva sempre più vigore un'altra tendenza i cui effetti, sommati a quelli prodotti dall'ospedalizzazione, avrebbero contribuito alla definitiva sottomissione dell'ostetrica al dominio del medico. Il riferimento è alla crescente e inarrestabile tendenza alla medicalizzazione del percorso nascita e in modo particolare del parto.

L'introduzione e il ricorso massiccio alle tecnologie, spesso non utilizzate in modo appropriato, testimoniavano uno sviluppo scientifico senza precedenti contribuendo a diffondere e ad accrescere la fiducia nella medicina. La professione medica ricorreva al concetto di sicurezza e di eliminazione del rischio per legittimare il suo interventismo. Tutto ciò ha permesso ai medici di estendere il loro controllo travalicando i confini delle proprie competenze si tratta cioè di confini segnati dalla differenza tra i concetti di patologia e fisiologia (per esempio portando all'aumento di parti cesarei inappropriati). L'istituzione del Ssn (L.833/1978) modificava significativamente la compagine sanitaria del Paese poiché per la prima volta si invocavano i principi democratici di uguaglianza e partecipazione dei cittadini, di globalità degli interventi e di coordinamento tra istituzioni. Tuttavia tale cambiamento, non apportava variazioni importanti per la professione ostetrica. Il superamento del sistema mansionariale avverrà, infatti, solo più tardi e in epoca recente, con la previsione prima (DLGS 517/93) e l'istituzione poi (DM 740/94) dei profili professionali. Tali disposizioni si collocavano, peraltro, all'interno della seconda riforma sanitaria avvenuta per effetto del DLGS 502/1992 e successive modificazioni. Venivano così trasformate le unità sanitarie locali in aziende sanitarie locali presupponendo con ciò non solo la ricerca di una maggiore efficienza, ma anche il cambiamento della conduzione della sanità sulla base di principi aziendali.

Prendeva avvio (con la seconda riforma) il processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie che poneva le basi per una diversa visione della sanità pubblica come servizio al cittadino. Economicità della gestione, qualità delle prestazioni ed efficienza delle strutture erano i principi ispiratori del nuovo modello di sanità e le premesse per assicurare al cittadino una ef-

fettiva libertà di scelta.

In una logica di competitività del Ssn, le aziende erano chiamate ad avviare percorsi di costante miglioramento della qualità, per rispondere al nuovo e complesso bisogno di salute e a dotarsi di strumenti di verifica delle performance rispetto alle attese espresse dai cittadini. Questa riforma interessava anche le professioni sanitarie non mediche poiché prevedeva nuove regole per la formazione universitaria ed individuava nuove figure professionali da formare. La terza riforma sanitaria, quella che definisce il contesto attuale di riferimento, si produceva per effetto del DLGS 229/99 e successive modifiche e si prefiggeva fondamentalmente l'obiettivo di rivedere i meccanismi di aziendalizzazione della sanità introdotti in precedenza (Vicarelli, 2005). Un'attenzione particolare veniva rivolta alle occupazioni sanitarie non mediche, rispetto alle quali si valorizza la professionalità attraverso l'adozione di una serie di provvedimenti normativi. Si fa riferimento, in particolare a due importanti leggi. Innanzitutto la legge 42/99 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie", interamente dedicata alle professioni sanitarie non mediche, che per la prima volta perdevano la denominazione di "professioni sanitarie ausiliarie". Attraverso questo dettato normativo si superava il modello mansionariale e si sanciva il passaggio da una logica per compiti ed attribuzioni ad una orientata all'autonomia e alla responsabilità. Tale precetto introduceva i profili professionali e gli ordinamenti didattici e attribuiva autonomia e responsabilità ai nuovi professionisti della sanità.

Si apre di fatto la strada alla dirigenza mediante l'istituzione della qualifica di dirigente del ruolo sanitario cui avrebbero potuto accedere i laureati. Successivamente per effetto della legge 251/00 si assiste al completamento del percorso volto a restituire autonomia, responsabilità e adeguati riconoscimenti all'insieme delle professioni sanitarie non mediche. Tale disposto normativo dichiarava espressamente il principio di autonomia professionale nello svolgimento di attività professionali.

Parallelamente al trascorrere degli anni aumentano i riferimenti al libero esercizio. La percentuale delle ostetriche libere professioniste negli ultimi anni sta salendo, dando la possibilità

a tante donne di poter avere accanto un'ostetrica di propria scelta che garantisca con professionalità e competenze una straordinaria continuità nell'assistenza. Si può e si deve cominciare a costruire recuperando i cocci professionali e culturali di quello che la poderosa avanzata medica ha travolto e lasciato alle spalle, a cominciare dalla figura professionale più idonea a seguire la maternità e assistere il parto fisiologico, e cioè l'ostetrica; che non è quella che viene deculturata e subordinata, ma la professionista esperta dell'arte ostetrica, nella capacità di gestire tutte le problematiche della gravidanza e del parto, che non sono solo scientifiche, ma anche umane, intendendo con questo termine comprendere la capacità di affrontare le problematiche psicologiche, emotive, familiari, ambientali, territoriali che caratterizzavano una volta questa professionista e che l'ospedalizzazione della maternità ha eliminato.

Simona Sieve

Presidente del Collegio interprovinciale delle ostetriche di Milano - Lodi - Monza Brianza

Dovendo fare un excursus storico sulla nostra professione ho pensato di iniziare la mia relazione con un breve accenno al lontano passato, in quanto trovo delle analogie sul modo di intendere il nostro ruolo attuale.

Passato remoto (1500-1800): da dove veniamo?

Donne che assistono altre donne. Lo spazio del parto era uno spazio esclusivamente femminile. Una cerchia di donne attorno alla partoriente in una rappresentazione rituale. L'uomo, quando c'era, era fuori dalla scena del parto.

L'assistenza della levatrice non si limitava all'aiuto alla nascita. Ella si occupava delle malattie delle donne e dei bambini, di bellezza, della cura della pelle, di sessualità e di rimedi per numerosi disturbi della salute. Consigliava su come evitare una gravidanza, aiutava le donne che volevano abortire, dava rimedi contro la sterilità. In pratica la levatrice, mammana o comare aveva il controllo del sistema riproduttivo e rappresentava una forza che sfuggiva al controllo della Chiesa e dello Stato. Un'alleanza tra donne, malvista, ritenuta temibile e minacciosa per la società. Questo, per il potere eccle-

siastico e dello Stato, non era accettabile: mancava un controllo esterno sul suo agire. Quindi, attorno alla figura della levatrice si alzò una coltre fatta di sospetti e di superstizioni. Le levatrici/streghe furono accusate di uccidere i bambini alla nascita, di essere responsabili di un nato deforme, di causare sterilità e impotenza. La figura della levatrice era duplice, ambigua, soggetta a scivolare nel mondo della magia. Era necessario riportarla entro i termini di comportamenti leciti, conformi alla fede e alle norme.

Da questa breve sintesi possiamo estrapolare, sinteticamente, il concetto di "carità - solidarietà". Oggi lo stesso concetto lo si definisce "patto/alleanza terapeutica". E, ancora oggi, quando il patto terapeutico tra l'ostetrica e la donna non risponde alle norme, non si conforma, è malvisto, ostacolato e percepito come foriero di possibili disgrazie... In questi termini, possiamo dire che, il ruolo della levatrice di un tempo espresso dal modello classico dei romani o dei greci, non si presenta molto cambiato dal ruolo dell'attuale ostetrica, anche per quanto concerne il clima di diffidenza che ad esso si associa.

Passato prossimo: istituzione delle condotte

L'istituzione delle condotte arriva da lontano. L'esigenza di provvedere all'assistenza delle persone nel loro territorio, cioè nei Comuni di residenza, era già avvertita in Italia nel XVIII secolo. I compiti assegnati alle condotte si riferivano all'assistenza della persona nella sua totalità e nella sua comunità. In questa forma organizzativa troviamo le radici dell'Assistenza Primaria.

È necessario ricordare che partecipavano all'assistenza anche istituzioni di carità ed opere pie, come il Pio Istituto di Santa Corona di Milano che gestiva un certo numero di condotte, delle quali, alcune, provvedevano anche all'assistenza domiciliare e alla distribuzione di alcuni farmaci.

A metà Ottocento, nella provincia di Torino oltre il 40% dei Comuni aveva medici condotti stipendiati dalle Congregazioni di Carità.

Alcuni dati epidemiologici

L'approccio epidemiologico non era diffuso tuttavia le poche inchieste effettuate avevano rilevato la gravità della

mortalità in Italia paragonata agli altri Stati europei.

Queste cifre rappresentano la proporzione dei morti su 1.000 abitanti:

- Italia: 27,9
- Germania: 25,7
- Francia: 22,6
- Belgio: 21,0
- Inghilterra: 19,9

In Italia, Agostino Bertani, medico chirurgo e deputato radicale, per conoscere a fondo le condizioni nelle quali si svolgeva la vita delle povere masse rurali, nel 1872, con l'approvazione del Ministro dell'Interno Agostino Depretis, avviò un'inchiesta mediante l'invio di un questionario, contenente oltre 100 quesiti, indirizzato ai colleghi medici condotti di tutti i Comuni d'Italia. E, successivamente, sempre con il sostegno e il consenso di De Pretis, nel 1885 fu avviata una inchiesta sulle condizioni igieniche e sanitarie di 8000 Comuni Italiani.

Dai risultati, pubblicati nel 1886, emergeva che:

- in 6.404 Comuni mancavano le fognature;
- in 1.286 mancavano le latrine;
- in 1.350 l'immondizia si raccoglieva nei cortili;
- in 1.142 non si provvedeva alla nettezza delle vie.

Nel 1882 la speranza di vita alla nascita era di 35,4 anni e, dal punto di vista sociale, vi era un tasso di analfabetismo che, nel 1881, si attestava attorno al 62%. L'Italia, tra il 1865 e il 1887, aveva subito otto violente epidemie di colera ma, fortunatamente, a fine ottocento si stavano manifestando gli straordinari progressi compiuti nel campo della microbiologia e dell'epidemiologia.

L'origine dell'assistenza territoriale alla madre e al bambino

Con le scoperte di Pasteur e di Kock nasce l'igiene come scienza e, con le scoperte di Max Joseph Pettenkofer, chimico ed igienista tedesco, si fa luce sul rapporto tra ambiente e malattie. In questo quadro, con la nomina a primo ministro di Francesco Crispi, il 7 agosto 1887, si imprimeva una decisa svolta alla questione sanitaria.

Crispi, con l'aiuto del prof. Luigi Pagliani, che dal 1877 era in cattedra a Torino per l'insegnamento dell'igiene, predispose un testo di riforma sanitaria. Il riferimento era al "The Public Health Act for England and Wales del 1848" dopo l'applicazione del quale, in Inghilterra, la mortalità scese dal 22 al 19 per mille". Il dibattito parlamentare si svolse tra marzo e dicembre del 1888. E il 22 dicembre 1888, Crispi riuscì a fare



approvare la sua riforma il cui punto di forza furono le condotte sia mediche che ostetriche e l'istituzione della figura del Medico Provinciale.

Si arrivò così a strutturare un'assistenza sanitaria che poneva particolare attenzione alle fasce deboli. L'assistenza, per i poveri, doveva essere gratuita e i comuni erano obbligati a sostenere le spese per il servizio dei medici, dei chirurghi e delle levatrici. Nella riforma di Crispi si sancì che le levatrici dovevano essere in possesso di un diploma. Nella seduta del 18 giugno 1888, fu lo stesso Crispi a dichiarare che: "Il servizio pubblico, che ha per scopo la tutela dell'igiene e della salute delle popolazioni, doveva essere affidato a cultori delle discipline sanitarie dotati di un sapere tecnico ed una pratica che non sono comuni a persone di altra cultura". Furono anche sollevati i problemi relativi alla formazione del personale per assolvere ai compiti che il nuovo assetto prevedeva. I medici condotti e le levatrici avevano anche il ruolo di ufficiale sanitario. Le loro osservazioni e rilevazioni dovevano tenere conto di diversi fattori come la morbilità prevalente, l'individuazione delle concause delle malattie, l'alimentazione, il tipo e i ritmi di lavoro dei pazienti, delle loro condizioni abitative ed inviare dei rapporti al Medico Provinciale. Questi rapporti sarebbero serviti per migliorare l'assistenza territoriale. La condotta si configurava come presidio sanitario, distribuito su tutto il territorio nazionale, il cui obiettivo era quello di garantire l'assistenza a tutta la popolazione ma, in particolare, ai poveri.

Le condotte, troveranno conferma anche anni dopo, con il RD n. 466 del 1906 in cui si ribadiva l'assistenza gratuita per i poveri e, nel 1934 tramite il RD 1265 TU delle leggi sanitarie, il quale dichiarava:

- la necessità di vigilanza sulle professioni sanitarie ausiliarie (levatrice, infermiera, assistente sanitaria);
- accertamento del titolo di abilitazione;
- obbligo di registrazione dello stesso all'ufficio comunale dove la levatrice esercitava;
- l'obbligo di denuncia di nati deformi;
- l'obbligo per la levatrice di richiedere l'intervento del medico-chirurgo non appena avesse riscontrato delle irregolarità rispetto all'andamento di gravidanza, parto, puerperio.

Processo di professionalizzazione

In tutta Europa vi erano scuole per levatrici già a partire dal 1700 e così anche in Italia con Milano, Torino, Bologna. Il contrasto all'elevata mortalità infantile e materna erano alla base di questo processo.

In Italia, soprattutto dopo la riforma di Crispi, ma prima ancora con il "Regolamento Borghi" (1876) relativo alle scuole per levatrici, si concretizzò il processo di professionalizzazione. Lo scopo era quello di istruire le donne che volevano occuparsi dei parti ed impedire che il mestiere di levatrice si potesse svolgere in modo empirico e senza controllo.

La medicina e la scienza medica ebbero il sopravvento sulla cultura sociale ed empirica delle ostetriche. Si vollero cancellare le tracce di un passato al quale non si volle riconoscere nulla di positivo. Le due culture non si fusero, anzi, divennero alternative. La professionalizzazione delle donne che volevano svolgere l'assistenza alla partorienti creò non pochi conflitti tra coloro che praticavano l'assistenza ai parti in modo empirico e le levatrici "patentate". Ne derivò una frattura tra le une e le altre e, la popolazione, le donne, sentì che erano in atto cambiamenti che avrebbero intaccato i valori e i rituali legati alla nascita. Non pochi problemi ebbero le levatrici che andarono a studiare, uscendo dal contesto sociale, riportando da ciò, un sapere che stentava ad essere riconosciuto. Erano i medici ad insegnare alle ostetriche e, i piani di studio così come il tirocinio, erano molto diversi tra loro. Sempre più si andò verso una medicalizzazione in campo ostetrico e i compiti della levatrice vennero regolamentati. Si definì il suo ruolo subalterno al medico.

Evoluzione dei processi storici e culturali dal 1900 al 1978

Alla fine dell'800 era il Ministero dell'Interno ad occuparsi di Sanità Pubblica (1887). Il Ministero della Salute non esisteva ancora. Si dovrà attendere il 1958 quando, sotto il governo Fanfani, con la promulgazione della legge n. 259, per la prima volta in Italia, si istituì il Ministero della Sanità, scorporandolo dal Ministero dell'Interno. Nel frattempo uscirono norme concorsuali per le condotte (1935) e obblighi per i Comuni in tema di assistenza. Nel 1925 (L. 2227) venne istituito l'ONMI (Opera Nazionale Maternità e Infanzia)

il cui obiettivo era la tutela delle madri bisognose o abbandonate e dei loro figli legittimi o illegittimi. Nelle strutture territoriali dell'ONMI le levatrici prestavano la loro opera. Questo Istituto, che ebbe un ruolo molto rilevante nel periodo fascista, rimase in funzione fino al 1975. Nel periodo post-bellico si assistette ad un miglioramento delle condizioni igieniche della popolazione; la garanzia di un'assistenza alle donne e ai loro bambini migliorò il dato sulla morbilità e mortalità infantile. Non dimentichiamo che, in quegli anni (1923), si ebbero i primi risultati della vaccinazione contro la pertosse e fu dimostrato il potere immunogeno delle anatossine difterica e tetanica. Si avviarono campagne vaccinali e furono proprio le condotte, di medici ed ostetriche, ad occuparsene. Nel 1926 venne istituito il "Sindacato Nazionale Fascista delle levatrici" con compiti di difesa della categoria.

Nel 1934 iniziò la pubblicazione di Lucina. Nel 1937 il termine "levatrice" fu sostituito con quello di "ostetrica".

Il Dlg 233 del 1946 ricostituisce Ordini e Collegi che erano stati sciolti durante il fascismo.

Nel secondo dopoguerra vi fu un'evoluzione rapida a livello sociale: lo sviluppo dell'industria, l'alfabetizzazione e, gli interventi di igiene pubblica, migliorarono nettamente lo stato di salute della popolazione. Si diffuse l'assistenza pubblica mutualistica territoriale e ospedaliera. È di questi anni l'ospedalizzazione della nascita.

Il sistema assistenziale-sanitario era basato su numerosi "enti mutualistici" o "casce mutue". Il più importante tra di essi era l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie (INAM).

Ciascun ente era competente per una determinata categoria di lavoratori che, con i familiari a carico, erano obbligatoriamente iscritti allo stesso e, in questo modo, fruivano dell'assicurazione sanitaria per provvedere alle cure mediche e ospedaliere, finanziata con i contributi versati dagli stessi lavoratori e dai loro datori di lavoro. Il diritto alla tutela della salute era quindi correlato non all'essere cittadino ma all'essere lavoratore (o suo familiare) con conseguenti casi di mancata copertura e disomogeneità delle prestazioni assicurate dalle varie casce mutue.

Nel 1968, con la legge n. 132 (cosiddetta "legge Mariotti", dal nome del ministro Luigi Mariotti, esponente del Par-

tito Socialista Italiano), fu riformato il sistema degli ospedali, fino ad allora per lo più gestiti da enti di assistenza e beneficenza, trasformandoli in enti pubblici ("enti ospedalieri") e disciplinandone il finanziamento, l'organizzazione e le funzioni nell'ambito della programmazione nazionale e regionale.

Nel 1974 la legge n. 386 trasferì i compiti in materia di assistenza ospedaliera alle regioni.

Il 20 marzo 1975, con la L. n. 70 "Disposizione sul riordinamento degli Enti Pubblici e del rapporto di lavoro del personale dipendente" furono regolate le assunzioni del personale dipendente ma, in particolare, la legge indicava allo Stato il termine di tre anni, per abolire servizi ritenuti obsoleti o comunque ridondanti e procedere all'inserimento del personale dipendente in altre strutture.

Il 25 luglio 1975 con la legge 405 furono istituiti i Consulenti familiari (CF). Il processo di riordino continuò fino a sfociare nella "riforma sanitaria del 1978 (L.833) con la quale le condotte cessarono di esistere e le ostetriche, che vi lavoravano, furono inserite nei Consulenti Familiari.

La legge n. 833, che si ispirava al sistema britannico NHS (National Health Service), sopprime il sistema mutualistico ed istituì il Servizio Sanitario Nazionale.

Con la legge n. 70 del '75 e con la 833 del '78, riguardo al personale, si parlò di tre fasce o ruoli:

- amministrativo;
- tecnico;
- professionale.

Per quanto riguarda quest'ultimo, si diceva: "appartengono al ruolo professionale i dipendenti i quali, nell'esercizio dell'attività svolta nell'ambito dei compiti istituzionali dell'ente cui appartengono, si assumono a norma di legge la responsabilità di natura professionale attinente al loro ruolo". Essi devono essere iscritti ad albi professionali.

Si comincia a tracciare la strada che porterà, nel 1994, alla definizione dell'ostetrica come professionista attraverso il Profilo Professionale (n.740/94). Nel 1975 uscì il nuovo regolamento per l'esercizio della professione ostetrica (DPR n. 165). Venne normato il rapporto di lavoro dei pubblici dipendenti rendendolo esclusivo. Cioè le ostetriche, ex condotte in servizio, non avrebbero potuto svolgere alcuna forma di

libera professione. Il passaggio dalle condotte ai CF fu un passaggio difficile e creò una serie di problemi. Sia sul versante delle donne, cui veniva meno questa figura di riferimento, e sia alle ostetriche che si videro venir meno il senso della loro professione per lo più articolata sul domicilio. Spesso le ostetriche furono impiegate per campagne vaccinali o di screening (Pap-test).

Presente: dove siamo? Dalla riforma sanitaria 833 del 1978 ad oggi

Comincia a sentirsi, in questa fase, l'influsso dell'Europa e le ostetriche italiane entrano a far parte della Confederazione Internazionale delle Ostetriche (ICM - International Confederation of Midwives). L'8 luglio 1988 il Parlamento Europeo emana la "Carta dei diritti della partorientista" contenente raccomandazioni rivolte agli Stati membri sui delicati temi di gravidanza, parto e puerperio. Al primo punto recita: "...si ritiene che il parto possa svolgersi in un clima di serenità soltanto quando la donna gode di assistenza adeguata da parte di personale specializzato, sia che abbia scelto di partorire in ambiente ospedaliero o a domicilio, e quando padri e madri futuri dispongono di informazioni adeguate e tutti possono accedere gratuitamente a un'assistenza prenatale sul piano preventivo, medico, psicologico e sociale".

In Italia la formazione, da sempre teorico/pratica, era successiva al corso di infermiera e aperta alle studentesse che provenivano dalla facoltà di medicina.

Nel 1980 l'ordinamento degli studi venne equiparato alle direttive CEE regolamentando così anche la libera circolazione delle ostetriche nell'ambito dei paesi aderenti alla comunità. (Direttive CEE 80/154-80/155).

Il 24 luglio 1996 (DM 168) viene istituito il Diploma Universitario e, al corso, della durata di tre anni, si poteva accedere dopo la scuola media superiore (maturità quinquennale).

Con il DM del 2 aprile 2001 si determinano le classi di laurea e le lauree specialistiche per le professioni sanitarie. Il sapere scientifico trova la sua collocazione nel settore scientifico disciplinare MED 47.

Nello stesso periodo abbiamo l'emanazione di leggi, come la n. 502 del 92, la n. 229 del 1999 di riorganizzazione del SSN. Si modifica profonda-

mente la natura giuridica delle USL, le loro competenze, l'impianto organizzativo, le modalità di finanziamento. Vengono attribuite alle Regioni funzioni rilevanti nel campo della programmazione sanitaria e responsabilità in campo finanziario.

Nel 2000 esce un documento importante per il nostro settore: il POMI "Progetto Obiettivo Materno Infantile" in cui viene data rilevanza alla salute materno-infantile come "fondamentale strategia per il benessere psico-fisico della popolazione in generale".

E le ostetriche?

Oltre al Profilo Professionale del 1994, di cui abbiamo già detto, arrivò la legge n. 42 del 1999 con la quale venne abrogato il termine "ausiliaria" nella definizione della professione di ostetrica. Questo toccò anche ad altri professionisti della sanità. Inoltre, con la legge n. 251 del 2000, si richiama esplicitamente il concetto di autonomia nell'esercizio della professione.

Al l'art. 1 di detta legge si dichiara: "gli operatori (...) della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione alla cura (...) espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché degli specifici codici deontologici, utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi di assistenza".

A questo punto è chiaro, dal punto di vista legislativo, che l'ostetrica è una professionista che lavora in autonomia pianificando l'assistenza per obiettivi e, può prestare la sua opera sia come dipendente che come libera professionista.

E in pratica? (l'ostetrica invisibile)

Con l'aziendalizzazione delle strutture sanitarie è stato indispensabile creare o perfezionare un sistema per la tracciabilità delle prestazioni le quali prevedono un rimborso economico da parte della Regione verso gli Enti erogatori. Lo strumento con cui si codificano le prestazioni è il nomenclatore tariffario che, sostanzialmente, elenca attività ambulatoriali, divise per specialità. C'è un problema, ovvero, che tutte le prestazioni descritte fanno capo ad attività mediche quindi, al fine della retribuzione, sui documenti, è sempre necessaria la firma di un medico. Questo significa che, per l'attività ostetrica (tranne poche eccezioni), laddove venisse svolta in autonomia, non è previsto un codice e una tariffa. Ciò significa che non compare nella ren-

dicontazione delle prestazioni che ogni struttura erogante deve fornire alla Regione.

Libera professione nel Ssn

La libera professione intramuraria chiamata anche "intramoenia" si riferisce alle prestazioni erogate al di fuori del normale orario di lavoro dai medici di un ospedale, i quali utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale stesso a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa detraibile dalle imposte. Le prestazioni sono generalmente le medesime che il medico deve erogare, sulla base del suo contratto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale. Le prestazioni erogate in regime di intramoenia garantiscono al cittadino la possibilità di scegliere il medico a cui rivolgersi per una prestazione. (Ministero Della Salute) Attualmente le ostetriche possono svolgere attività intramoenia (prevalentemente corsi preparto e assistenza al parto) non in autonomia ma in equipe con almeno un medico. Non è possibile per le ostetriche svolgere formalmente tale attività in prima persona.

In Europa

Occorre richiamare inoltre l'attenzione sulla Direttiva dell'Unione Europea 80/155/CE con la quale si indicano le modalità della formazione e le abilità professionali dell'ostetrica che ciascun Paese membro deve adottare per consentire la libera circolazione dei professionisti.

In particolare il punto:

- a) accertare la gravidanza e in seguito sorvegliare la gravidanza normale, effettuare gli esami necessari al controllo dell'evoluzione della gravidanza normale;
- b) prescrivere o consigliare gli esami necessari per la diagnosi quanto più precoce di gravidanze comportanti rischi.

In Italia, il recepimento della normativa, al punto a) dice: accertare la gravidanza e in seguito sorvegliare la gravidanza diagnosticata come normale da un soggetto abilitato alla professione medica, effettuare gli esami necessari al controllo dell'evoluzione della gravidanza normale.

Il punto b) rimane invariato rispetto alla stesura europea anche se il ricettario per le ostetriche non è mai arrivato.

Revisione normativa europea 2013

A questo proposito dobbiamo dire che è in corso una revisione da parte del Parlamento Europeo della normativa in questione (80/155/CE)

La FNCO è stata parte attiva in questo processo di cui si prevedeva la conclusione a giugno 2013. Il termine dell'iter legislativo invece è slittato alla fine del 2013.

Sono stati proposti diversi emendamenti. È stato rivisto e modificato il testo dell'art. 42 (emendamento 62) e si è potuto ottenere che esso consacrò:

- 1) la legittimità dell'esercizio della professione ostetrica in via autonoma;
- 2) l'accertamento e la diagnosi della gravidanza fisiologica;
- 3) la prescrizione dei controlli necessari per l'identificazione di gravidanze a rischio;
- 4) la conduzione di parti spontanei, procedendo se necessario a episiotomia e sutura.

L'articolo così come emendato dal Nemir*, con i suggerimenti della FNCO a tutela del profilo professionale di tutte le ostetriche, è stato interamente approvato dalle Istituzioni Comunitarie. Occorre attendere l'adozione della Direttiva in seduta plenaria e sorvegliare che il successivo recepimento della stessa da parte del Ministro in carica in Italia sia fedele e non apporti mutamenti in danno all'Ostetriche.

Gli stati membri dovranno recepire la normativa entro due anni dalla sua approvazione. Possiamo così considerare raggiunti gli obiettivi della FNCO a livello europeo. Tra le proposte operative del Nemir per il 2013 vi è anche la proposta di un codice Etico-deontologico Europeo per le ostetriche, anche prendendo spunti dai singoli codici deontologici già presenti negli Stati Membri.

*NEMIR. Dal 2009 nasce da una iniziativa congiunta dell'Ordre national des sages-femmes (Francia) ed il Nursing & Midwifery Council (Regno Unito). È un network, un forum informale di cooperazione, che raggruppa le istituzioni che regolamentano la professione ostetrica nei paesi europei. Lo scopo di tale network è il miglioramento della comprensione reciproca e lo scambio delle migliori pratiche, nonché il coordinamento delle comunicazioni congiunte verso i responsabili decisionali dell'UE su questioni di interesse reciproco, in particolare sulla legislazione comunitaria.

Futuro: dove andiamo?

Le trasformazioni profonde, di ordine legislativo e sociale, avvenute negli anni hanno creato una situazione nuova e, l'identità professionale che ha avuto successo nel passato, non è detto che oggi sia quella adatta a cui ispirarsi. La libera professione attrae le ostetriche perché idealmente le riporta ad immaginarsi accanto alle donne durante l'intero ciclo della vita. Perché questo possa verificarsi ed essere efficace è necessario che anche le donne lo vogliano. E' necessario cercare strade nuove e, anche se è certamente utile recuperare ciò che c'è di buono nelle esperienze passate, ricomporre saperi per fornire risposte nuove ad antiche questioni.

Inoltre, occorre ricordare che, l'autonomia professionale va di pari passo all'assunzione di responsabilità.

La condizione di disoccupazione e di crisi può essere l'occasione per sollecitare un nuovo modo di definirsi e dare avvio a nuove strade, a nuove forme organizzative e a nuovi modelli assistenziali che tengano conto, oltre che dei comprensibili desideri individuali, anche degli orientamenti istituzionali.

Se proviamo a dare uno sguardo ai Piani Sanitari Nazionali e Regionali troviamo dei punti interessanti, ad esempio, a proposito del "Percorso nascita" nel PSN 2011-2013 sostiene la demedicalizzazione della gravidanza a basso rischio. Si legge: "...evento parto, non come un intervento medicalmente assistito, ma come un evento biologico familiare e sociale, garantendo comunque un intervento immediato in caso di comparsa improvvisa di fattori di rischio per la mamma e il neonato..." ; "l'auspicabile contenimento dei TC, che rappresenta un importante strumento per la sicurezza della donna e del neonato nel percorso nascita...".

E vi sono indicazioni rispetto ad azioni da attuare a livello regionale: "il doppio percorso gravidanza a basso rischio-gravidanza a rischio, e la prescrivibilità delle analisi per la gravidanza a basso rischio da parte dell'ostetrica...".

Quali sono, oggi, gli elementi nuovi che spingono e limitano la libera professione?

- * disoccupazione;
- * gli organi istituzionali (FNCO e Collegi) si stanno muovendo e mettono a disposizione risorse;
- * medicalizzazione della gravidanza

(le gravidanze fisiologiche e i parti sono circa il 20-25%);

- * incremento delle indagini ecografiche;
- * alto tasso di TC;
- * innalzamento dell'età della donna alla prima gravidanza e PMA;
- * conflittualità all'interno della categoria e identità professionali differenti.

Il percorso verso la libera professione non è facile, anzi, è faticoso, fa paura e genera ansia. È tuttavia una sfida che deve essere alimentata dalla passione, dal desiderio e dalla consapevolezza della propria potenzialità professionale e dei limiti ad essa correlati. Costruire una nuova identità professionale riconosciuta ed apprezzata rinunciando a nostalgie e illusioni legate al passato. Raramente un individuo, da solo, riesce nell'impresa, occorre il gruppo. Occorre la solidarietà che non significa non avere conflitti e contraddizioni. È necessario elaborare tra pari il sapere e, per fare questo, è necessario studiare, scrivere, osservare, pubblicare.

Ritrovare il gusto del piacere nel raggiungere anche piccoli risultati degni d'essere apprezzati. Partecipare alla vita della categoria perché è collettivamente che si possono portare avanti le idee.

Voi sarete le ostetriche del futuro!

Pongo alcuni temi su cui mi piacerebbe riflettere:

- come ci poniamo verso la diagnosi prenatale nel primo trimestre;
- come ci poniamo verso l'eco office come supporto alla visita;
- quale modello assistenziale ostetrico e il rapporto con le istituzioni;
- la prescrizione degli esami;
- il reperimento dell'ossitocina.

Siti consultati

- www.salute.gov.it/
- www.camera.it
- www.miur.it

www.regione.sanita.lombardia.it

- www.fnco.it
- www.ostetrichemilano.it
- <http://www.epicentro.iss.it>

Documenti/testi

- Lezioni di D. Calistri (Corso di laurea Magistrale scienze infermieristiche e ostetriche 2005)
- L'Evoluzione dell'assistenza primaria nell'Italia pre e post unitaria: il

ruolo delle condotte mediche (E.Guzzanti)

- Il bambino e l'acqua sporca (C.Pancino)
- Come Nascevamo? (O.Bertoldini)
- Generare evoluzioni ed opportunità in situazioni di crisi (Studio APS)
- La libera professione (D&D)
- Lucina n. 3/12; 2-3/13
- Contributo dell' Avv. V. Cirese

Iolanda Rinaldi

Presidente del Collegio Ostetriche di Roma e Provincia

Considerazioni storiche

La figura dell'Ostetrica ha origini lontanissime; nell'antica Roma le levatrici erano chiamate "obstetres"; il significato letterale del vocabolo è "colei che sta davanti".

Si presume che potessero esercitare solo le donne che avessero avuto figli ed avessero raggiunto il periodo della menopausa; leggi molto severe punivano le "abortiste" e coloro che favorivano lo scambio del neonato.

Ai tempi di Augusto, agli inizi dell'era cristiana, le Ostetriche erano organizzate in una corporazione, la "obstetricum nobilitas"; le obstetres non curavano soltanto le donne in gravidanza, parto e puerperio, ma venivano consultate per ogni tipo di malattia femminile. Erano in genere delle liberte (schiave successivamente liberate) le quali prestavano la loro opera al servizio della famiglia dalla quale erano state emancipate, non assistevano soltanto la "padrona", bensì tutte le schiave che lavoravano in quella famiglia.

Il lavoro di una levatrice consisteva nel recarsi presso l'abitazione della gravida (che solitamente non le era estranea poiché in genere ne aveva seguito le fasi della gravidanza) e nell'assistere, fornendole il sostegno e le cure necessarie.

Da quello che la tradizione ci tramanda la levatrice era una donna anziana, spesso conosciuta dalla partorienti, la quale non era in possesso di un titolo di studio ma che si era formata in modo del tutto empirico.

Per dirla come Socrate, la levatrice era colei che praticava l'arte della maieutica, tale termine deriva dal greco maieutiké e significa "arte della levatrice". L'arte dialettica viene paragonata da Socrate a quella della levatrice, il filosofo di Atene intendeva "tirar fuori" agli studenti le proprie idee e pen-

sieri, così come una levatrice è in grado di "levare" il neonato dal grembo materno.

È con l'avvento del Rinascimento che si registra il primo vero interesse scientifico per la nascita; da un lato il dibattito sempre più vivace sui temi del concepimento, dall'altro la messa a punto di uno strumentario tecnico efficiente, consentono di guardare al parto in modo innovativo.

Dal Settecento prende avvio un periodo importante per l'ostetrica europea, denso di cambiamenti che stravolgono il tipo di assistenza alla nascita offerta fino ad allora: si accende la questione sulla possibilità di praticare il parto cesareo (tesi sostenuta dal francese Beaudeloque), e la famiglia Chamberlen mette a punto i primi forcipi, in grado di risolvere il problema delle presentazioni non cefaliche del feto, superando in tal modo, con il tecnicismo l'abilità pratica della levatrice empirica.

Questo processo porterà lentamente alla medicalizzazione del parto e, dunque, all'ingresso nel mondo femminile del "potere medico". Il luogo di cura non sarà più la casa ma l'ospedale, le figure presenti sulla scena cambiano: non più la levatrice, ma il medico-chirurgo e l'ostetrica istituzionalizzata, dotata di competenze professionali e responsabilità, regolate da precise leggi dello Stato in adeguamento alle direttive dell'Unione Europea, si cerca dunque di garantire un'istruzione. La prima scuola per levatrici viene ufficialmente fondata nel 1720 a Parigi dove, con l'affermarsi dell'ostetrica per merito di Françoise Moriceau (1637-1709), questa disciplina passa sempre più nelle mani dei chirurghi ostetrici che ne detengono il monopolio.

La prima ondata di cambiamento si verifica con la diffusione sul territorio e in ambienti ospedalieri delle prime levatrici diplomate e/o autorizzate, che esercitano la loro professione alle dipendenze del medico in conflitto con la cultura del parto tradizionale.

La prima città d'Italia ad avere una scuola per levatrici fu Torino nel 1878 si raggiunse la fusione fra l'insegnamento teorico, affidato ai chirurghi, ed il tirocinio pratico rendendo obbligatoria una formazione scolastica per tutte le levatrici. Nel 1886, il Consiglio Comunale di Torino istituisce una condotta ostetrica nel-

la quale operano tre levatrici ordinarie (stipendio mensile: 72 lire) e tre levatrici sostitute (stipendio mensile: 24 lire).

Nel 1986 Papa Leone XII fa istituire delle condotte ostetriche e lo stesso si registra a Milano, Venezia e negli altri Stati in cui era allora divisa l'Italia. Le levatrici vengono mantenute con danaro dello Stato o a spese del pubblico con uno stipendio annuo per l'assistenza che dovranno prestare alle povere partorienti.

Con l'Unità d'Italia viene approvato il "Regolamento delle Scuole di Ostetrica per levatrici" cui segue la legge n.5849/88 meglio conosciuta come "Legge sanitaria Crispi" la quale stabilisce che per l'esercizio delle professioni di medico-chirurgo, veterinario, farmacista, dentista, flebotomo, levatrice è necessario essere maggiorenni e laureati o diplomati presso una Università o scuola del Regno; è obbligatorio, inoltre, far registrare il diploma presso l'Ufficio sanitario del Comune in cui si intende esercitare la professione.

Nel 1906 segue il Regolamento sull'assistenza sanitaria nel quale si precisa che essa è gratuita per i poveri, mediante l'istituto delle condotte: la condotta è un presidio sanitario, distribuito su tutto il territorio nazionale volto ad assicurare l'assistenza sanitaria a tutta la popolazione. La condotta ostetrica, in particolare, assicura a tutte le donne povere ed abbienti l'assistenza ostetrica.

Con la legge 455 nel 1910 vengono istituiti gli ordini delle professioni sanitarie riservati esclusivamente a medici, farmacisti e veterinari per regolamentare le forme associative già esistenti.

Le levatrici non sono ancora ammesse a tale riconoscimento; subito dopo la prima guerra mondiale quando il regime fascista, dopo aver sciolto i partiti politici, scioglie anche i liberi sindacati, crea i sindacati fascisti di categoria e viene istituito il sindacato nazionale fascista delle ostetriche. Quando nasce il sindacato nazionale fascista delle ostetriche, nasce anche la nascita della "Cassa nazionale di assistenza delle levatrici" (R.D. 14 luglio 1937 n.1484).

Il sindacato delle ostetriche svolge compiti di tutela e rappresentanza della categoria secondo i principi del sistema sindacale-corporativo; nel 1934 viene pubblicata Lucina.

Nel 1935, tutti gli ordini professiona-

li vengono sciolti con il trasferimento ai corrispondenti sindacati di categoria di ogni attribuzione, ivi compresa la tenuta dei rispettivi albi; il sindacato delle ostetriche ottenne l'istituzione e la tenuta dell'albo delle levatrici (RDL n. 184/1935).

Tra gli anni Venti e gli anni Quaranta la categoria continua ad evolversi nella funzione pubblica della levatrice già riconosciuta dalla fine del precedente secolo con l'istituzione delle condotte, riceve un nuovo riconoscimento quando vengono affidati alle levatrici alcuni compiti nei consultori ostetrici e nei consultori pediatrici dell'OMNI (Opera Nazionale Maternità e Infanzia), costituiti nel 1925.

La seconda guerra mondiale e il ritorno al regime democratico, segnano anche per le ostetriche italiane una svolta nella vita professionale della categoria; con l'evoluzione sociale del Paese inizia il declino della libera professione un fenomeno socio culturale che interessa tutto il settore sanitario con il diffondersi dell'assistenza mutualistica e di quella ospedaliera. Per recuperare il patrimonio del disciolto sindacato fascista delle ostetriche, fu fondato l'ENPAO (Ente nazionale di assistenza e previdenza per le ostetriche).

Le ostetriche a rapporto di lavoro dipendente (condotte, ospedaliere, ambulatoriali), il cui numero andava progressivamente aumentando, non avvertivano l'esigenza di un trattamento previdenziale e assistenziale autonomo con l'obbligo di versare altri contributi oltre quelli già tratti sugli stipendi.

Tale contraddittorietà andava sempre più accentuandosi con il progressivo ridursi delle ostetriche libere professioniste le uniche interessate al mantenimento dell'ENPAO, per loro unica fonte previdenziale e assistenziale. Con la legge n.127 del 2 aprile 1980 l'ENPAO fu sciolto.

Alla libera professione, retribuita direttamente dall'assistito, si affianca e si sostituisce l'esercizio in convenzione retribuito dai singoli enti mutualistici; fino all'attuazione della riforma sanitaria.

Nel 1975, con la legge 70, viene istituito il "ruolo professionale" per i dipendenti del parastato e l'inclusione in tale ruolo delle ostetriche dipendenti degli enti mutualistici. Con l'attuazione del D.P.R. 761/79 le ostetriche vengono inserite nel "ruolo sanitario", con l'attuazione del DPR n.

163/ 1975 viene emanato un nuovo regolamento per l'esercizio professionale in sostituzione di quello risalente al 1940.

Nel 1978 con la legge 833 entra in vigore la riforma sanitaria che segna una svolta di notevole portata nell'organizzazione della sanità in Italia e di riflesso anche nella professione.

Alla fine degli anni settanta esistevano le "condottate"; le condottate erano le ostetriche condotte, dipendenti comunali, alle quali era fatto obbligo dell'assistenza gratuita alle donne non abbienti (iscritte nell'elenco dei poveri) ed era concesso anche l'esercizio della libera professione. Esistevano per le ostetriche condottate due o tre tariffe, elaborate dal collegio e decretate dal Medico provinciale, differenziate a seconda del ceto sociale delle donne assistite in esercizio libero professionale.

L'immagine dell'ostetrica, specie nei piccoli centri urbani, era circondata "da un'aurea di sacralità per il suo essere protagonista dello straordinario evento della nascita", il suo ruolo era rispettato e indiscusso.

Accanto al prete, al sindaco ed al medico (laddove quest'ultimo era presente), la levatrice era considerata un'istituzione, un personaggio degno di stima e di fiducia.

Il parto era un evento familiare, sociale, intimo, vissuto con la massima delicatezza e nel massimo rispetto del bambino e della madre, una sacralità che ormai si è persa nel tempo.

La gravidanza e il parto sono, sotto il profilo biologico, uguali in ogni parte del mondo e ciò che li caratterizza e li diversifica sono per lo più gli aspetti culturali.

Nel corso degli anni, si è verificato un processo di cambiamento comune a livello internazionale che ha gradualmente modificato il senso dell'evento nascita.

Le cause sono principalmente da ricercare nell'evoluzione socio-culturale e nello sviluppo tecnologico, che hanno ampliato la gamma delle funzioni ostetriche e introdotto nuovi scenari entro cui dispensare l'assistenza e la cura ostetrica.

Ciò ha modificato le basi della relazione assistenziale fino a stravolgerne, per certi versi, i principi e le finalità e ha innescato un processo di ibridazione sociale del ruolo ostetrico, specie se confrontato con quello svolto dalla levatrice.

Prima dell'ospedalizzazione delle gra-

vidanze e della loro progressiva medicalizzazione, precedentemente quindi all'istituzione del Servizio sanitario nazionale (Ssn), l'ostetrica condotta svolgeva la propria attività in modo relativamente autonomo fornendo assistenza alla partoriente e limitandosi a richiedere l'intervento medico nei casi di insorgenza di patologie.

Riferimenti normativi e modello assistenziale in Italia

A seguito dei significativi cambiamenti, la professione ostetrica, non è rimasta tale ma si è evoluta e rinnova rimanendo al passo con i tempi.

I primi riferimenti normativi riguardo la professione di ostetrica risalgono al Testo Unico che distingueva coloro che operavano nel campo della sanità in tre categorie:

- professioni sanitarie principali (medico chirurgo, veterinario, farmacista e, dal 1985, l'odontoiatra);
- professioni sanitarie ausiliarie (levatrice e infermiera diplomata ecc).

Importanti innovazioni in relazione al profilo professionale di suddetta figura, avvengono intorno agli anni '90, il vero punto di svolta è rappresentato dal Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o (introdotto dal D.M. 14.09.1994, n. 740) che, oltre a significare l'impegno da parte del legislatore di favorire il percorso di professionalizzazione, individua chiaramente "chi è l'ostetrica/o" e "cosa fa" e vengono definite, pertanto, le sue competenze: da una preparazione di base infermieristica, prevista dal 1957, si passa con il DM 24 giugno 1996 ad una formazione specifica della durata di tre anni che conferisce il titolo di Diploma universitario (DU) abilitante alla professione, come previsto dalla Legge 341/90. Con questa nuova formazione viene garantita la presenza nel mondo del lavoro di un professionista più adeguato a rispondere in modo autonomo ai bisogni di natura fisica, psicologica/relazionale e socio culturale della persona.

Il DU verrà sostituito, a partire dall'Anno Accademico 2001-02, dal Corso di Laurea per ostetrica/o abilitante all'esercizio della professione Ostetrica.

Con l'entrata in vigore delle L. 42/99 recante "Disposizioni in materia di professioni sanitarie", viene abolito il "mansionario".

Il DM 740/1994, l'ordinamento didattico

del corso universitario, la formazione post-base e il Codice Deontologico dell'ostetrica/o (approvato dal Consiglio Nazionale nella seduta del 19 giugno 2010), diventano definitivamente gli elementi di riferimento per identificare "il campo proprio di attività e responsabilità dell'ostetrica/o", riconosciuta a pieno titolo come professione sanitaria.

Le disposizioni normative hanno quindi eliminato la caratteristica ancillare che in precedenza identificava l'esercente una professione sanitaria "ausiliaria", ridisegnando il ruolo e le competenze dell'ostetrica in modo del tutto diverso dal passato e conferendole maggiore autonomia.

Alla professione di ostetrica, inoltre, è storicamente attribuito dallo Stato pieno riconoscimento giuridico, in virtù del ruolo che essa riveste nell'ambito del sistema di tutela della salute. Definita professione di "pubblica necessità", la peculiarità dell'intervento assistenziale dell'ostetrica/o è di promuovere e tutelare la salute olistica della donna, in campo sessuale/riproduttivo e dell'età evolutiva, rispetto agli eventi naturali/fisiologici relativi alle fasi del ciclo vitale. In tali contesti l'ostetrica si prende cura della persona, sia da un punto di vista clinico (midwifery cure) che di supporto (midwifery care) nonché educativo/informativo (midwifery educator), mettendo a disposizione della donna gli strumenti e le informazioni affinché possa effettuare scelte consapevoli.

Ulteriori aree di operatività e di responsabilità dell'ostetrica/o vengono individuate all'art.1 secondo comma del DM 740/94 e sono rappresentate oltre che dall'area ostetrica e ginecologica anche da quella neonatale. Al quinto comma viene precisato il dovere giuridico dell'ostetrica/o nel riconoscere i casi che deviano dalla normalità, nel formulare una diagnosi e nel richiedere tempestivamente l'intervento del medico. In sua assenza, deve invece essere in grado di prestare le misure sanitarie indispensabili per salvaguardare la vita della persona.

La libertà e l'indipendenza di cui gode l'ostetrica viene ribadita anche nel Codice Deontologico (al cap. 1.1.), in riferimento alla sua pratica professionale. La gravidanza fisiologica viene, pertanto, collocata a pieno titolo nell'ambito della professione ostetrica in termini di autonomia e responsabilità. Eppure, nell'attuale realtà italiana, alcuni degli aspetti che contribuiscono a definire il

profilo professionale dell'ostetrica non trovano riscontro a livello pratico.

L'ostetrica può esercitare la professione in ospedale, nelle strutture territoriali (ambulatori, consultori, domicilio) e/o case di maternità, dove lavorano come professioniste indipendenti. In Italia, però, tali servizi sono scarsamente incentivati: attualmente in Italia sono presenti solo cinque Case Maternità.

Dal vecchio Protocollo di Kloostermann e dalle recenti raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2002) emerge che in presenza di una gravidanza a basso rischio, il parto in Casa Maternità è consigliato. Tale modalità di parto è contemplata anche dal Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI, 2000) che tra i suoi scopi ha anche quello di assicurare processi assistenziali tendenti alla sempre maggiore umanizzazione dell'evento nascita.

L'Italia è al primo posto nella classifica europea dei paesi con un più alto tasso di medicalizzazione dei sistemi legati alla maternità. I risultati raccolti nel 2006 confermano un incremento della medicalizzazione del parto: la media nazionale stimata per la rilevazione è passata dal 29,9% nel 1999-2000 al 35,2% nel 2004-2005 (Istituto Nazionale di Statistica [ISTAT], 2006).

Dagli ultimi aggiornamenti del Rapporto CeDAP (2010) sull'evento nascita in Italia, si attesta che nell'84,6% delle gravidanze il numero di visite ostetriche effettuate è superiore a quattro, mentre nel 73,2% delle gravidanze si effettuano più di 3 ecografie. Inoltre, l'88,2% dei parti è avvenuto in istituti di cura pubblici e il 37,5% di questi è stato effettuato con taglio cesareo.

A complicare il quadro della realtà italiana è la conseguente mancanza di continuità nell'assistenza alla nascita garantita dalla presenza di servizi extraospedalieri, esclusivamente dedicati alle gravidanze a basso rischio. Avere come modello teorico di riferimento, quello dell'Ostetrica Condotta, costituisce un bene prezioso per lo sviluppo della nostra professione.

Portare in Ospedale la personalizzazione, l'attenzione, la cura per le donne, insieme alla professionalità e all'autonomia che le colleghe ci hanno tramandato, immaginando al contempo un rapido rientro a domicilio con la supervisione di un'ostetrica di comunità, credo possa essere l'attuale visione dell'assistenza ostetrica.

È possibile aprire un'attività commerciale associata ad attività di natura professionale?

Premesso che

- Si definisce "attività commerciale" l'attività svolta da chiunque professionalmente acquisti merci in nome e per conto proprio e le rivenda utilizzando uno dei seguenti modi: all'ingrosso, al dettaglio, in spacci interni, per il tramite di forme speciali (es: per corrispondenza). Ognuno di questi separatamente disciplinato.
- Per "professionista" si intende l'esercente la professione regolamentata di cui all'art. 1 del DPR 7 agosto 2012, n. 137 "Regolamento recante riforma degli ordinamenti professionali, a norma dell'articolo 3, comma 5, del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148. (12G0159) (GU n.189 del 14-8-2012) che all'art. n. 1 "Definizione e ambito di applicazione" così recita:
 - a) per "professione regolamentata" si intende l'attività, o l'insieme delle attività, riservate per espressa disposizione di legge o non riservate, il cui esercizio è consentito solo a seguito d'iscrizione in ordini o collegi subordinatamente al possesso di qualifiche professionali o all'accertamento delle specifiche professionalità;
 - b) per "professionista" si intende l'esercente la professione regolamentata di cui alla lettera a). Omissis
- Il libero professionista è un prestatore d'opera intellettuale che esercita in regime di autonomia scientifica e gerarchica nei confronti del cliente con ampia discrezionalità (sotto il profilo della tecnica professionale) e con propria organizzazione di lavoro.
- L'attività professionale è regolata dall'articolo 2229 c.c. secondo il quale "la legge determina le professioni intellettuali per l'esercizio delle quali è necessaria l'iscrizione in appositi albi o elenchi." Questa iscrizione individua tutte quelle attività professionali denominate "protette" in quanto non esercitabili in difetto di tale iscrizione, generalmente subordinata al controllo del possesso di requisiti e titoli idonei.
- Tutte le attività professionali protette dispongono di organismi di gestione del proprio ordine o albo e organismi di controllo del rispetto del codice deontologico, fonte normativa interna che disciplina l'esercizio della professione.
- La professione di ostetrica rientra a pieno titolo tra le professioni denominate "protette".
- Il Codice Deontologico dell'ostetrica/o, approvato il 19.06.2010 e attualmente vigente, all'art. 5.4 prevede che "l'ostetrica eviti ogni conflitto di interesse economico e non, che si possano manifestare nei rapporti individuali, nella prescrizione, nei rapporti con enti, organizzazioni, istituzioni ed industrie".

Si deduce che

Il primo insuperabile ostacolo all'avvio di un'attività commerciale di prodotti destinati a gravide e neo-mamme nell'ambito dell'attività professionale ostetrica è l'evidente con-

flicto d'interesse tra il fine di lucro tipico dell'attività commerciale e il bene primario della paziente, fine ultimo della prestazione professionale. Inoltre è ben ipotizzabile anche un conflitto d'interessi tra fornitori, informatori farmaceutici e industrie di settore. Il secondo ostacolo è rappresentato anche dalla disciplina generale delle attività professionali che sono svolte autonomamente o in forma associata; infatti qualora più professionisti vogliano operare in modo collettivo, essi possono costituire un'associazione professionale ai sensi della L. n. 1918/39 ma anche in tale ipotesi, per salvaguardare il rapporto fiduciario tra il professionista e il cliente da eventuali conflitti d'interesse, è prevista l'esclusività dell'oggetto societario, di modo che tutti gli associati possano svolgere solo prestazioni professionali, facendo salva la possibilità di differenziare la prestazione professionale in senso multidisciplinare.

Pertanto si pone un esplicito divieto alla associabilità di attività lavorative estremamente differenti sia per quanto attiene alle finalità sia per quanto riguarda la delicatezza degli interessi e dei valori in gioco.

È da rilevare che anche se si volesse non considerare tutti questi impedimenti normativi, la formazione di un organismo che eroghi prestazioni professionali e che al contempo affianchi un'attività commerciale incontrerebbe ostacoli insormontabili sia per quanto riguarda l'apertura della partita IVA – in quanto classificate diversamente – sia per quanto riguarda l'ottemperanza a vari requisiti richiesti per le due tipologie di attività (es. iscrizione alla Camera di Commercio, Industria e Artigianato o al relativo Ordine professionale, iscrizione all'Ente previdenziale che varia nei due casi). Oltre a ciò vi sono anche rilevanti diversità sotto il profilo tributario.

Conclusioni

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

Anche in caso di netta separazione delle due attività, professionale e commerciale, il Collegio dovrà vagliare attentamente ogni singolo caso riguardanti le iscritte a sua conoscenza, per evitare che si verifichino quelle sovrapposizioni o interferenze tra l'esercizio della libera professione e le altre eventuali attività commerciali svolte, anche nella stessa comunicazione tra l'Ostetrica e le sue pazienti, che si configurino poco chiare e che danneggino, in qualche modo, la figura ed il prestigio della professionista dell'Ostetrica, nel rispetto dalle Norme Deontologiche qui richiamate. In caso poi di fallimento dell'attività commerciale il Collegio dovrà valutare la permanenza dei requisiti di iscrizione della professionista.

Quale autorità italiana rilascia l'attestazione di good character per esercitare all'estero?

Chiarimenti in merito alla dichiarazione di good professional standing Vs good character per le ostetriche che intendono lavorare all'estero

Frequentemente giungono alla FNCO, da parte sia di Collegi e sia di ostetriche che intendono svolgere la loro attività in un paese comunitario, ed in particolare nel Regno Unito, richieste di chiarimento in merito al rilascio di un certificato che attesti il "good character". Tale attestazione è prevista e così definita nel testo in lingua Inglese dalla Direttiva 2005/36/CE all'art. 50 ed all'allegato VII, laddove la formulazione del testo italiano della medesima norma recita "prove relative all'onorabilità, alla moralità". In ottemperanza a quanto sopra richiamato, pertanto, il Ministero della Salute, in qualità di Autorità Competente per la professione ostetrica in Italia, rilascia agli interessati nel termine di due mesi un certificato di "onorabilità professionale" (good standing). Da ciò si deduce che il certificato di onorabilità professionale (good standing) rilasciato dal Ministero della Salute non è altro che una attestazione formale di "good character" così come inteso nella versione inglese della Direttiva 2005/36/CE.

Si precisa che lo stesso ufficio iscrizioni del Nursing and Midwifery Council, a tale riguardo interpellato dalla FNCO, ha risposto: "As part of our registration process all applicants are required to submit a good professional character declaration

that they have not been found guilty of any misconduct or lack of fitness to practise, and that no cautions or conditions were applied to their registration and their character is sufficiently good to enable safe and effective practice. The 'certificate of good professional standing' issued by the Ministry of Health would be considered but it must confirm the applicant's good professional character".

Conclusioni

Le ostetriche in possesso del titolo professionale conseguito in Italia che intendono esercitare la professione in un altro Paese comunitario, devono inoltrare la domanda di riconoscimento del titolo all'Autorità estera competente del Paese. È possibile che, a tale scopo, le Autorità estere richiedano la presentazione di un "attestato di conformità e del good professional standing" rilasciato in Italia dal Ministero della Salute. In particolare, la dichiarazione di "good character" richiesta dal Nursing&Midwifery Council nel Regno Unito coincide con il good professional standing rilasciato dal Ministero della Salute nel termine di due mesi dalla richiesta. Per richiedere tale attestato bisogna presentare la documentazione richiesta utilizzando la modulistica scaricabile dal portale del Ministero della Salute. Si precisa che analoga indicazione è stata fornita anche da altri Ordini professionali sanitari (ved. comunicazione della FNOMGeO agli Ordini provinciali nr. 38/2013).

TAVOLA SINOTTICA CONFRONTO 2005/36/CE : TESTO UFFICIALE ITALIANO E TESTO UFFICIALE INGLESE

Direttiva testo ufficiale italiano
2005/36/CE
Disposizioni comuni in materia di stabilimento
Articolo 50

Documentazione e formalità

1. Quando deliberano su una richiesta di autorizzazione per esercitare la professione regolamentata interessata ai sensi del presente titolo, le autorità competenti dello Stato membro ospitante possono chiedere i documenti e i certificati di cui all'allegato VII.

I documenti di cui all'allegato VII, punto 1, lettere d), e) e f) al momento della loro presentazione non possono risalire a più di tre mesi.

...omissis...

ALLEGATO VII

Documenti e certificati che possono essere richiesti ai sensi dell'articolo 50, paragrafo 1

1. Documenti

...omissis...

d) L'autorità competente dello Stato membro ospitante che subordina l'accesso a una professione regolamentata alla presentazione di prove relative all'onorabilità, alla moralità o all'assenza di dichiarazione di fallimento, o che sospende o vieta l'esercizio di tale professione in caso di gravi mancanze professionali o di condanne per reati penali, accetta quale prova sufficiente per i cittadini degli Stati membri che intendono esercitare detta professione sul suoterritorio la presentazione di documenti rilasciati da autorità competenti dello Stato membro di origine o dello Stato membro da cui proviene il cittadino straniero dai quali risulti che tali requisiti sono soddisfatti. Le autorità competenti devono far pervenire i documenti richiesti entro il termine di due mesi.

...omissis...

Common provisions on establishment
Article 50

Documentation and formalities

1. Where the competent authorities of the host Member State decide on an application for authorisation to pursue the regulated profession in question by virtue of this Title, those authorities may demand the documents and certificates listed in Annex VII.

The documents referred to in Annex VII, point 1(d), (e) and (f), shall not be more than three months old by the date on which they are submitted.

...omissis...

ANNEX VII

Documents and certificates which may be required in accordance with Article 50(1)

1. Documents

...omissis...

(d) Where the competent authority of a host Member State requires of persons wishing to take up a regulated profession proof that they are of good character or repute or that they have not been declared bankrupt, or suspends or prohibits the pursuit of that profession in the event of serious professional misconduct or a criminal offence, that Member State shall accept as sufficient evidence, in respect of nationals of Member States wishing to pursue that profession in its territory, the production of documents issued by competent authorities in the home Member State or the Member State from which the foreign national comes, showing that those requirements are met. Those authorities must provide the documents required within a period of two months.

...omissis...

LUCINA – LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

Organo di informazione della Federazione nazionale dei Collegi delle Ostetriche, inviato per posta a tutte le ostetriche italiane iscritte all'Albo professionale e a tutti i rappresentanti delle istituzioni di interesse per la professione.

È consultabile on-line sul sito web www.fnco.it

Periodicità: bimestrale

La rivista si propone di diffondere tra le ostetriche maggiori informazioni relative all'attività della Fnco, temi di attualità professionale, di politica sanitaria, attinenti la gestione della sanità pubblica e la tutela della salute, in particolare di genere ed in ambito riproduttivo, sia in ambito nazionale che internazionale, attraverso la realizzazione di articoli, report e interviste.

Sono trattate anche problematiche legali di interesse professionale.

Sono inoltre pubblicati studi prevalentemente in ambito organizzativo (management e formazione, storia) a firma delle ostetriche; contributi riguardo ad esperienze professionali e di vita associativa.

Gli articoli firmati impegnano soltanto i loro Autori e non riflettono necessariamente gli orientamenti della rivista.

Sono inoltre dedicati spazi inerenti la vita dei Collegi e delle associazioni di settore (iniziative di tipo politico, sociale, scientifico, formativo, ecc.) La rivista promuove l'aggiornamento dei più importanti eventi formativi che si svolgono in tutta Italia e all'estero.

COME RICEVERE LA RIVISTA

La rivista viene inviata in omaggio a tutte le ostetriche iscritte all'Albo professionale, pertanto coloro che non la ricevono sono pregati di segnalarlo al Collegio di appartenenza. Per quanto di competenza, il Collegio provvederà ad effettuare una verifica dell'esattezza dell'indirizzo contenuto nel database dell'Ente e/o apporparvi l'eventuale correttivo indicato dall'interessato.

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

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

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

NORME EDITORIALI

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

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

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

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

Gli articoli dovranno essere inviati alla redazione in formato elettronico e nella forma più semplice possibile, evitando l'uso di soluzioni grafiche complesse che saranno poi realizzate in fase di impaginazione. Per l'invio utilizzare esclusivamente il seguente indirizzo di posta elettronica dedicato: redazionelucina@gmail.com.



LUCINA

La rivista dell'ostetrica/
organo ufficiale
della FncO

FNCO

Federazione
Nazionale Collegi
Ostetriche

www.fncO.it

