

2/2012

# LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O





EDITORIALE Il rinnovo dei vertici Fnco nel segno della continuità ATTUALITÀ Le ostetriche nei giorni del terremoto in Emilia Romagna

PROFESSIONE Rinascita e crescita della libera professione

## **SOMMARIO**

#### **EDITORIALE**

3 Il rinnovo dei vertici Fnco nel segno della continuità

#### **ATTUALITÀ**

- 5 Il terremoto dell'Emilia Romagna. Tutti contro "Terry"!
- 13 I lavori del Tavolo tecnico del Ministero Regioni sulla figura professionale OSS. Criticità e potenzialità dell'inserimento degli Operatori Socio sanitari

#### **PROFESSIONE**

7 La libera professione dell'ostetrica/o. Rinascita e crescita di un settore professionale

#### **UNIVERSITÀ**

- 15 I risultati dell'indagine della Commissione nazionale dei Corsi di Laurea in Ostetricia. La formazione dell'ostetrica in Italia
- 24 L'ostetrica e il nuovo sistema di formazione continua in medicina

#### **STUDI**

27 VIII Rapporto CeDAP. Come sta cambiando l'evento nascita in Italia

#### **FNCO**

33 Tavoli tecnici al ministero per ridefinire le competenze dell' infermiere e dell'ostetrica/o



### LUCINA LA RIVISTA DELL'OSTERICA/O



Organo della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche

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

#### **Direttore Responsabile**

Miriam Guana

#### Comitato editoriale

Antonella Cinotti Maria Pompea Schiavelli Cristiana Pavesi, 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* Luglio 2012

## Il rinnovo dei vertici Fnco nel segno della continuità

di Miriam Guana

#### Care Colleghe/i

Il secondo numero di guesta rivista coincide con l'inizio del mandato politico del nuovo Comitato Centrale della Fnco per il triennio 2012/2014. La pressoché integrale conferma del Comitato Centrale uscente garantisce un processo di stabilità e di continuità di governo della Fnco in Italia ed all'estero. La situazione nella quale si trova oggi il nostro paese e il particolare momento politico sociale ed economico inducono a ritenere che la continuità nel governo della Fnco sia un elemento di garanzia per meglio dirigere le strategie fino ad oggi intraprese. Il nuovo Comitato Centrale pertanto si trova di fronte alla necessità/urgenza di salvaguardare e rafforzare il valore sociale della professione, e l'unica strada perseguibile appare essere il proseguimento di tutte le attività avviate a livello istituzionale per la riorganizzazione e l'accreditamento dei punti nascita, per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dei processi assistenziali dell'aerea ostetrica, neonatale e ginecologica, per il cambiamento dei modelli organizzativi dell'area nascita e per un'adeguata allocazione delle risorse professionali nei servizi, ospedalieri e territoriali, per la salute della donna e del bambino.

A ciò si aggiunge la strategia che il nuovo Comitato Centrale ha condiviso di volere perseguire: il rafforzamento e l'incentivazione alla libera professione. Già nel precedente numero della rivista, e così anche in questo, è stato dedicato ampio spazio a questa opportunità di lavoro a fronte della crisi economica incalzante ed a fronte dei recenti provvedimenti sulla spesa pubblica, sulla sanità in particolare, che si rivelano sempre più come tagli di risorse al personale. Questa strategia è peraltro funzionale anche al processo, in atto, di liberalizzare le professioni intellettuali; nell'ambito di tale sviluppo è stata infatti introdotta una nuova forma di esercizio della professione intellettuale: la società di capitale tra i professionisti.

Inoltre, il triennio che segue vedrà realizzarsi la riforma ordinistica che, varata

segue a pag 4 🕨



Miriam Guana Presidente della Federazione Nazionale Collegi Ostetriche

#### ◀ segue da pag 3

presumibilmente entro l'agosto 2012, comporterà un decisivo processo di innovazione degli ordini in termini di riorganizzazione e di attribuzione di funzioni agli stessi.

A tutto questo si aggiunge anche il necessario controllo e l'interpretazione delle nuove regole della governance universitaria, ivi incluse le procedure concorsuali. L'europeizzazione della crisi economica e sociale e la susseguente richiesta/esigenza di soluzioni europee uniformi impongono ulteriormente alla Fnco il rafforzamento della visione europea e sovranazionale delle problematiche della nostra professione. Pertanto il lavoro svolto per l'ammodernamento delle direttive europee ed il loro recepimento a livello nazionale, nonché gli sforzi riposti per lo sviluppo della midiwifery internazionale ed italiana attraverso l'intensificazione dei rapporti con le associazioni professionali europee governative e non (NEMIR, EMA) non solo si sono rivelate strategiche ma necessitano di una ulteriore implementazione.

Il processo di comunicazione/interazione tra Fnco, Collegi ed iscritte, che nel passato triennio ha visto l'attivazione delle newsletter ed il restailing del sito e della rivista di categoria, sarà ulteriormente migliorato attraverso la recente implementazione dell'Albo centralizzato degli iscritti.

Dunque il programma del triennio sarà caratterizzato dalla continuazione delle attività già avviate nel precedente triennio 2009-2011, orientato, come ricorderete, dalle parole chiave: Innovazione, Progettualità, Determinazione, Alleanza. E particolare impegno dovrà essere assicurato nei prossimi anni alla risoluzione delle problematiche che ostacolano il pieno esercizio della professione, alle politiche occupazionali, lavorative e di solidarietà professionale, nonché alla salute di genere ed alla riorganizzazione dei percorsi di cura dell'area nascita in coerenza alla diversità dei bisogni delle donne e della collettività. Anche in questo triennio 2012/2014 contiamo sulla collaborazione di tutte le Presidenti di Collegio, dei Coordinatori dei corsi di laurea e di tutte le ostetriche e, pertanto, vi sollecitiamo ulteriormente a non lesinare qualsiasi contributo vogliate darci e che coglieremo con la consueta disponibilità.

### IL COMITATO CENTRALE FNCO 2012/2014

presidente Miriam Guana
vicepresidente Antonella Cinotti
segretaria Cristiana Pavesi
tesoriera Maria Pompea Schiavelli
consigliera Silvia Vaccari
consigliera Iolanda Rinaldi
consigliera Maria Vicario

## IL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI FNCO 2012/2014

presidente componente effettivo componente effettivo componente supplente Anna Maria Di Paolo Maria Grazia Pellegrini, Gianna Turazza Francesca Napoli

## Il terremoto dell'Emilia Romagna

# **TUTTI CONTRO "TERRY"!**

di Silvia Vaccari\*

l 20 maggio la vita degli abitanti dell'Emilia Romagna è cambiata. Due delle 2.200 scosse di terremoto hanno modificato e vanificato il lavoro di tante generazioni, le aspirazioni, i sogni, il futuro dei nostri giovani.

La prima scossa, appunto il 20 maggio alle 4 del mattino, ci ha in un attimo riportato con i piedi per terra. I danni erano stati importanti, la paura anche: piano piano ma senza indugi, la popolazione con coraggio e determinazione contava i danni e si rimetteva all'opera.

Gli ospedali erano parzialmente funzionanti: nell'area nord della provincia di Modena e nella porzione limitrofa della provincia di Ferrara si contavano i danni maggiori, ma nel complesso la sanità modenese e ferrarese reggeva l'impatto. Ma il 29 maggio, alle ore 9 del mattino, una scossa di magnitudo di poco inferiore a 6 ci rigettava nella paura: distruzione, morti, soprattutto tra i lavoratori e gli imprenditori che stavano cercando di riavviare l'economia di importanti distretti produttivi modenesi.

La scossa è stata forte, ed anche noi che operiamo in un ospedale nella zona pedemontana modenese, uscite incolumi dalle precedenti scosse, ci siamo immediatamente rese conto che qualcosa stava velocemente cambiando.

Mentre tranquillizzavamo le nostre mamme ed i familiari ed attuavamo tutta la procedura "Terremoti", mi sono resa conto che non funzionavano più i telefoni né le connessioni internet: a maggior riprova della gravità di ciò che stava succedendo.

Un televisore in lontananza trasmetteva un telegiornale straordinario, il mio udito e la mia percezione fisica percepì "Evacuati gli ospedali di Carpi e Mirandola ed il Policlinico di Modena..."

In brevissimo tempo, la mia mente attua con una rapida ricognizione mentale, lo scenario della sanità locale. Modena circa 8.000 parti/anno, Carpi ostetricia, Policlinico di Mode-



na ostetricia, Mirandola ostetricia, quindi rimaneva solo l'Ostetricia di Sassuolo S.P.A., nella quale lavoro, e l'ostetricia di Pavullo ospedale della montagna modenese ma distante dalle zone del sisma, ed in ogni caso a noi strettamente connesso.

Il mio ruolo di Coordinatore di Unità Operativa di Ostetricia e Sala Parto, il mio ruolo di ostetrica Presidente Provinciale di Collegio ecc..ecc per un attimo svanì e prese piede quello di team leader.

Ricognizione veloce dei presidi, posti letto disponibili, risorse umane ed iniziai ad immaginare il più idoneo scenario. Chiamate a raccolta tutte le ostetriche ed il personale di supporto, individuate figure quali case manager all'interno del team, eravamo pronte ad accogliere tutte le donne in difficoltà.

Non tardarono molto ad arrivare: accompagnate da ostetriche di Carpi le prime mamme arrivarono verso le 11:30, ed a seguire gli specializzandi di Ostetricia e Ginecologia del Policlinico.

Ognuno portava qualcosa, donne, cardiotocografi, ferri, ognuno cercava di rendersi utile in qualsiasi modo ed in maniera spontanea, palla avanti e pedalare, umiltà e tanta dignità.

Gli ospedali colpiti ed offesi si stavano organizzando con tende, gazebi, dove le donne nei primi momenti ricevevano riparo e con non poche difficoltà riuscivano a partorire.

Non si aveva la percezione di ciò che effettivamente stava succedendo, noi così presi ad accogliere, fare sentire le persone, le famiglie protette e sul territorio evacuare interi ospedali per mettere in sicurezza la popolazione.

Direttori Generali, Sanitari, Dirigenti, tutte le cariche al lavoro, nei campi, nelle tende, in prima linea ad evacuare ospedali, strutture sanitarie, non c'erano più ruoli ma donne ed uomini. Con un unico obiettivo: mettere in sicurezza una popolazione e garantire i servizi indispensabili, tra i quali l'Ostetricia riveste un ruolo di primo piano, insieme a Pediatria.

Le Unità di crisi degli ospedali fornivano informazioni dettagliate a Coordinatori, Primari, Diri¬genze, lavorando in sinergia; il coordinamento territorio/ospedale/Università, integrandosi, ha speri¬mentato con successo che solo la solidarietà è la carta vincente nelle emergenze, e senza di essa a poco serve anche una grande professionalità.

Tutti al lavoro, e che lavoro, per un attimo non esistevano più protocolli o procedure o linee guida: esisteva solo la natura, la vita, erano le stesse donne che con generosità scandivano i tempi dei travagli e capivano chi aveva più bisogno, partorivano in silenzio sentendosi al sicuro, proteggendo il loro bambino, la loro speranza nel futuro, dimenticandosi e facendoci dimenticare ciò che stava succedendo fuori.

E mentre al di là delle nostre mura si scatenava il terremoto, le scosse proseguivano incessanti ed a ritmo serrato, la natura con la nascita di questi bambini fortunati faceva dimenticare a tutti i nostri dolori.

Tutto andava seguendo binari retti, cosa stranissima si lavora tanto, i nuovi nati stavano bene, pochissimi cesarei, mamme, ostetriche, studentesse C.L.O. stanche ma appagate, che la natura sia proprio questo?

Ogni tanto mi isolavo per riprendere energie, per sostenere gli altri e me stessa, il mio pensiero correva lontano e la mia preoccupazione cresceva.

Le nostre case erano state rase al suolo, con i luoghi di lavoro, le nostre chiese, le nostre opere d'arte, tutto ciò che connota l'origine, la storia, le radici e la dignità di una popolazione era andato distrutto.

Ma ciò che spaventava di più chi come me lavora in sanità, era la preoccupazione per il futuro: le ditte di apparecchiature e presidi elettromedicali, l'indotto del nostro territorio era a terra, come avremo fatto a garantire prevenzione, cu-



Ci siamo strette forti in un abbraccio simbolico e ricco di energia positiva. Questo è il forte senso di appartenenza ad una professione nobile, antica ed indispensabile

re e salute a tutti i cittadini italiani?

Il Dipartimento Materno Infantile è stato il più colpito, ma la grande professionalità delle ostetriche e delle nostre studentesse (che abbiamo laureato sul campo "honoris causa") hanno fatto la differenza, non c'è stato bisogno di andare a declinare le Skills, le competenze avanzate le abbiamo innate, abbiamo scelto una professione d'aiuto, ed è un lavoro che si può fare solo amandolo e la nostra professionalità è spendibile a 360 gradi.

Solo chi ha vissuto un terremoto è capace di capire la violenza della natura a cui non ci si può contrapporre.

Forse il terremoto ha voluto per un attimo farci apprezzare le cose semplici, la famiglia, la casa, la libertà. Per riportarci ad una dimensione più umana.

Ha sicuramente rimotivato il personale sanitario nella propria mission, l'umiltà di imparare qualcosa anche dagli altri, stare uniti, essere generosi.

Cosa dire di tutte quelle persone silenziose ed abili, i volontari che la sanità italiana usa senza mai nominare e che, presenti, sostengono senza risparmiarsi tutti i percorsi? La Protezione Civile, i Vigili del Fuoco, i Volontari, l'Esercito, la Croce Rossa, ecc.

Ma non bastano le parole anche per raccontare di tutta la popolazione, italiana e non, che ha messo a disposizione tutto quel poco che ancora ha.

Nella provincia modenese è forte l'integrazione fra popoli diversi e questo è stato sicuramente un valore aggiunto. E soprattutto ci ha sostenuto e ci sostiene, chi con messaggi, chi con parole e fatti, tutti ci sono stati e tuttora ci sono molto vicini: le ostetriche modenesi hanno sentito forte questo aiuto, sono andate avanti senza mai fermarsi.

Ci siamo strette forti in un abbraccio simbolico e ricco di energia positiva.

Questo è il forte senso di appartenenza ad una professione nobile, antica ed indispensabile, ricca di sapere, che con umiltà e dedizione contribuisce a far crescere una popolazione sana e ricca di valori, il senso di appartenenza ad un Paese.

Un ringraziamento di cuore e con il cuore all'ospedale in cui lavoro "Nuovo Ospedale Civile di Sassuolo S.P.A.", all'Azienda Unita Sanitaria Locale, all'Azienda U.O. Policlinico di Modena e a tutte quelle persone che in modo spontaneo ci hanno sostenuto e permesso di poter lavorare serene e dare il nostro contributo.

Un bacio grande ed un grazie alle mie ragazze, le ostetriche di Modena, che hanno dimenticato per un lungo attimo le proprie famiglie, le case e hanno operato ben oltre i loro obblighi, in modo spontaneo e senza essere chiamate:"c'erano". "Teniamo botta" è lo slogan che ci sta sostenendo e che ci fa andare avanti nonostante Terry, il terremoto.

\*presidente Collegio ostetriche di Modena, consigliere FNCO

## La libera professione dell'ostetrica|o

# RINASCITA E CRESCITA DI UN SETTORE PROFESSIONALE

**di Miriam Guana** presidente FNCO

uesto articolo ha la finalità di fornire indicazioni e informazioni sulla libera professione che, alla luce delle crescenti difficoltà del mondo del lavoro, si sta affermando sempre più diffusamente soprattutto tra le nuove generazioni.

La libera professione non deve essere vista come un ripiego ma come una reale opportunità lavorativa per le ostetriche del terzo millennio, un'opportunità che rappresenta, peraltro, la massima esplicazione della dimensione intellettuale della professione.

La libera professione dell'ostetrica/o è un'importante opportunità per le mamme ed i loro bambini che possono contare su una figura di riferimento abilitata e compente durante la gravidanza, il parto e nel post-partum, come è sempre stato nel passato. Verrà pertanto garantita un'assistenza olistica, one to one come sostenuto dalle evidenze scientifiche.

La libera professione valorizza il modello di midwifery partnership ostetrica/o donna (Karen Guilliland e Sally Pairman, 2011).

La libera professione consentirà anche di colmare un vuoto assistenziale che si è venuto a creare in questi ultimi trent'anni, nei confronti delle donne portatrici di bisogni socio-sanitari soprattutto in momenti di grande vulnerabilità, come può essere il dopo parto a domicilio.

Purtroppo lo scarso interesse da parte delle istituzioni riguardo la presa in carico delle puerpere e dei loro bisogni, una volta dimesse dall'ospedale, quale luogo privilegiato della nascita, ha creato il substrato per la nascita anche nel nostro paese di figure non abilitate che si improvvisano esperte nella presa in carico di madre e bambino come, ad esempio, la doula.

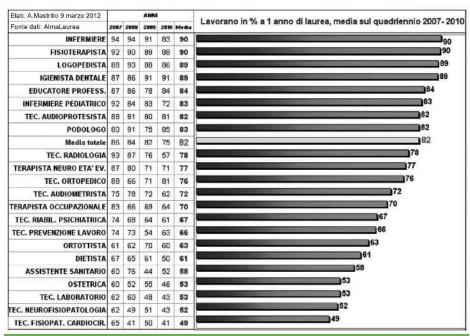


#### L'attuale scenario socio-politico

È crisi economica stagnante e l'onda della disoccupazione progressiva è inarrestabile. L'ostetrica è dinanzi ad un bivio: cavalcare l'onda o rimaneme sommersa

I dati statistici sullo status occupazionale rivelano una situazione grave per tutti gli italiani e, tra tutte le professioni sanitarie, il dato occupazionale delle ostetriche non è certamente il più confortante. Nella tabella n. 1, elaborata da A. Mastrillo (marzo 2012), si rileva che le ostetriche a distanza di un anno dalla laurea (quadriennio 2007/2010) lavorano per il 53%, mentre il 47% di loro resta in attesa di occupazione. Rispetto alle altre 21 professioni sanitarie, la professione ostetrica si colloca al quart'ultimo posto insieme agli assistenti sanitari. Chi invece si trova in una situazione più rassicurante sono gli infermieri ed i fisioterapisti, seppure anche per queste figure si comincia ad intravedere il fenomeno della disoccupazione (10% dei neolaureati), come del resto è indicato anche dalle rispettive associazioni professionali. La Fnco, rispetto alla difficoltà dell'inserimento delle ostetriche/ci nel mondo del lavo-

### Tab. 1 - Tassi di occupazione nelle professioni sanitarie



Fonte: A. Mastrillo, 2012

ro dipendente, è intervenuta proponendo una riduzione del fabbisogno del corso di laurea in Ostetricia per l'AA 2012/2013; tale suggerimento, peraltro solo parzialmente accolto dal Ministero della Salute e dal Miur, è il risultato

anche di una valutazione del fabbisogno di ostetriche nelle aree di competenza (ostetricia, ginecologia e neonatologia) del Ssn, qualora si attivasse su tutto il territorio nazionale un processo di revisione del modello assistenzia-

### Tab.2a – Attività professionale delle ostetriche nel dicembre 1978

#### Totale iscritte ai Collegi: 17.568

Tipo di occupazione delle ostetriche	Condotte 1	ospedaliere	ambulatoriali	Cliniche private
1979	4.312	4.509	1.584	574
%	24.5%	25.6%	8.9%	3.2

### Tab.2b - Attività professionale delle ostetriche nel dicembre 2011

#### Totale iscritte ai Collegi: 17.819

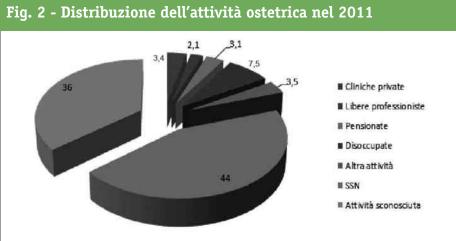
Tipo di occupazione dell'ostetrica	Attività sconosciuta	Dipendenti (Ospedale + Cliniche universitarie)	Cliniche private + Territorio	Libere professioniste	Pensionate
2011 %	36.4 %	44 %	3.4%	2.1 %	3.1 %
70	30,4 %	44 %	5,4%	2,1 %	3,1 %

le che porti ad una corretta collocazione delle ostetriche negli ambiti assistenziali di pertinenza, come più volte indicato dalla Fnco nelle sedi opportune. Lo stato del Ssn è al collasso a fronte di una spesa pubblica ingestibile e di bisogni di salute in continua evoluzione. Bisogni di salute ma soprattutto di "care" e di assistenza specialistica e dedicata. Il Governo ha licenziato un nuovo provvedimento, noto come "spending review", che si appalesa come l'ennesimo taglio lineare alla spesa pubblica ed alla sanità in particolare. La libera professione: il recupero di un settore professionale. In questo contesto economico ed occupazionale s'inserisce anche il cosiddetto processo di liberalizzazione delle professioni che, al di là dei meccanismi di riforma istituzionale ancora da definire e da condividere, sembra avere l'auspicio di rendere libero e agevole il mondo dei professionisti soprattutto per i giovani neolaureati. I laureati nelle professioni sanitarie non hanno mai particolarmente sofferto di barriere all'entrata nel mondo del lavoro ed un processo di riforma di tale natura, almeno sotto questo punto di vista, non costituisce un limite quanto piuttosto un'opportunità. Eppure dietro questa crisi c'è

Libere professioniste	Pensionate
4.677	1.912
26.7%	10.9%

Disoccupate	Altra attività
7.5 %	3.5 %





una occasione per recuperare la libera professione, settore occupazionale sicuramente fecondo fino agli anni '70, come risulta nella tab. 2, ovvero prima che prorompesse il fenomeno della medicalizzazione della nascita ed il susseguente passaggio del parto dalle mura domestiche verso gli ospedali, con l'abrogazione della condotta ostetrica avvenuta nel 1978 con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale (Legge 23 dicembre 1978, n. 833). Tale cambiamento radicale del modello di cure ostetriche nel percorso nascita ha fatto prevalere il lavoro dipendente delle ostetriche all'interno delle strutture ospedaliere pubbliche. Inversamente, la libera professione è crollata dal 26,7% del 1979 a circa il 2% del 2011, sebbene questo dato non sia del tutto attendibile, considerato che si conosce il settore d'impiego solo per circa il 64% delle iscritte. Altro motivo di scarsa propensione all'esercizio della libera professione va ricercato nella carenza dell'offerta formativa-informativa di questi ultimi trent'anni; i percorsi curriculari hanno infatti trascurato l'esercizio della libera professione sotto l'aspetto professionale, legale, fiscale, contributivo, imprenditoriale, deontologico ecc. La spinta verso la libera professione, pertanto, va colta sapientemente cercando di comprenderne tutte le potenzialità e le opportunità, come indicato nella tab. 4, e le responsabilità sottese, inclusa quella deontologica (v. Codice Deontologico dell'ostetrica/o anno 2010).

Già nel precedente numero della nostra rivista è stato dedicato uno spazio volto a descrivere il quadro amministrativo e fiscale nel quale l'esercizio della libera professione si colloca, evidenziando quelle agevolazioni fiscali che possono rappresentare uno stimo-

# Tab. 4 Un esempio di prestazioni fornite dalle ostetriche libere professioniste

PRESTAZIONI IN GRAVIDANZA
Prima visita ostetrica (anamnesi, piano di assistenza, selezione fisiol./patolog. ect. )
Visita ostetrica in studio
Visita ostetrica a domicilio
Consulenza ostetrica
Corsi di preparazione alla nascita in gruppo
Corsi di preparazione alla nascita individuale
Auscultazione B.C.F.
Consulenza ai futuri genitori

ASSISTENZA AL TRAVAGLIO PARTO POST PARTUM Accompagnamento in Ospedale Sostegno/supporto alla partoriente in Ospedale Reperibilità ostetrica (24 ore) dalla 38° settimana alla 41° settimana Assistenza al travaglio fisiologico a domicilio e/o struttura accreditata Assistenza al travaglio parto e post partum a domicilio Assistenza al travaglio parto post partum c/o struttura accreditata

Strumentazione T.C.

lo ad intraprendere questa opportunità di lavoro (v. Lucina. La rivista dell'ostetrica/o, n.1/2012, p.12)

L'esercizio della libera professione, in realtà, oltre ad essere un'opportunità lavorativa è anche la massima esplicazione della dimensione intellettuale posta all'origine del lavoro e della deontologia professionale dell'ostetrica. La libera professione valorizza l'autonomia del professionista. Infatti il lavoratore autonomo, come definito dall'art. 2222 del Codice Civile, è colui che si obbliga a compiere, verso un corrispettivo, un'opera o un servizio, con lavoro prevalentemente proprio e senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente. Il lavoratore subordinato è definito invece dall'art. 2094 del Codice Civile: "È prestatore di lavoro subordinato chi si obbliga mediante retribuzione a collaborare nell'impresa, prestando il proprio lavoro intellettuale o manuale alle dipendenze e sotto la direzione dell'imprenditore"; è attualmente la forma lavorativa più diffusa nel mondo economico.

La modalità dell'esercizio libero professionale richiede:

- l'organizzazione in proprio dell'attività:
- il rapporto di fiducia tra professionista e cliente e la non subordinazione nei confronti del cliente;
- la responsabilità diretta dell'attività

Visita domiciliare in puerperio Visita domiciliare al neonato Promozione e sostegno all' allattamento individuale Incontri dopo il parto in gruppo Consulenza dopo il parto individuale Massaggio al neonato

**GINECOLOGIA** 

ASSISTENZA AL PUERPERIO

Screening per la prevenzione dei tumori della sfera genitale femminile Prestazioni varie (pessario, diaframma, regolazione naturale della fertilità, ect. ) Educazione sessuale Prevenzione e trattamento delle disfunzioni del pavimento pelvico

PRESTAZIONI EROGATE ALLA COMUNITÀ Incontri con le scuole per educazione sessuale Incontri gruppi di donne sulla problematica della menopausa

COLLABORAZIONE CON ALTRI PROFESSIONISTI O ISTITUZIONI Collaborazione con lo specialista in corso di visita ginecologica, ed indagini strumentali Test Diagnostici sul Neonato Rapporti di Docenza e/o Consulenza con istituzioni pubbliche e/o private

svolta rispetto alle norme, legislative, fiscali e deontologiche;

• il diritto a ricevere il giusto onorario. Il Collegio professionale è l'Ente cui è demandato il compito di vigilare sull'esercizio della professione e tutelare il decoro e l'indipendenza delle ostetriche

La libera professione è destinata a crescere parallelamente alla crescita del processo di professionalizzazione e sarà la modalità di esercizio professionale che favorisce la possibilità all'ostetrica di affermare il proprio Status professionale in ambito sanitario e sociosanitario.

Lo Stato italiano definisce i criteri minimi per esercitare una professione attraverso la così detta "regolamentazione dell'accesso". Solitamente l'iter di regolamentazione prevede:

- la definizione di un titolo di studio (laurea in Ostetricia, abilitante alla professione di ostetrica/o);
- l'espletamento di un tirocinio (effettuato nel percorso di studi della Laurea in ostetricia);
- il superamento di un esame valutativo delle competenze acquisite (Esame di Stato che consiste in una prova pratica e discussione della tesi);
- l'iscrizione ad un Albo o Collegio professionale; tale requisito configura l'esclusività della prestazione intellettuale.

Chi esercita in assenza di questi requisiti, commette il reato di esercizio abusivo di attività professionale ai sensi dell'art. 348 del codice penale.

Il rapporto intercorrente tra il professionista ed cliente, regolato dagli articoli 2222 (lavoro autonomo), 2225 (corrispettivo) e 2229 (Esercizio delle professioni intellettuali) del Codice Civile, al di là dell'ottimale relazione giuridica prescelta, è l'ottimizzazione massima del rapporto fiduciario intercorrente tra chi esprime un bisogno di salute e chi è in grado di soddisfarlo.

L'ostetrica quindi appartiene sotto il profilo civilistico alla categoria delle professioni intellettuali. La sua attività viene definita indifferentemente professione intellettuale o prestatore d'opera intellettuale. L'elemento aggiuntivo di "intellettualità" consente di esercitare un'attività, in base a scienza (possesso di un sapere scientifico) e coscienza (doveri deontologici) e trasforma il concetto di prestatore d'opera in libero professionista. L'esercizio della libera professione è per l'ostetrica un'esperienza in realtà atavica, risalente all'epoca in cui la donna e la famiglia avevano la "loro ostetrica" condotta o libera professionista cui fare riferimento.

La libera professione può giuridicamente esplicitarsi nella maniera che segue: 1. forma individuale;

- 2. forma associativa;
- 3. forma cooperativa;
- 4. forma societaria.

Può svolgersi al domicilio dell'utente, del proprio studio, in ambulatori, presso strutture sanitarie private, convenzionate o pubbliche. In ogni caso il libero professionista dovrà dotarsi di un'assicurazione che copra la responsabilità civile, la tutela giudiziaria e gli infortuni.

Le recenti norme sulle liberalizzazione impongono in tal senso l'obbligo di comunicare al cliente la copertura assicurativa sottoscritta e prevedono che il l'organismo nazionale di rappresentanza della professione possa costituire delle convenzioni assicurative in tal senso.

L'ostetrica che vuole avviare la libera professione dovrà:

- acquisire un numero di partita IVA aderendo al regime fiscale ordinario o agevolato (v. articolo su Lucina n. 1/2012); nel caso di forma associativa o societaria la partita sarà riferibile alla società
- aprire una posizione previdenziale presso l'Inps (v. articolo su Lucina n. 1/2012) come indicato nella Legge 7 agosto 1990 n. 249 che all'art. 2 così recita: "a decorrere del 1 luglio 1990 le ostetriche iscritte all'albo professionale esercenti la libera professione sono obbligatoriamente iscritte alla gestione dei contributi e delle prestazioni previdenziali degli esercenti attività commerciali istituita presso l'Istituto nazionale di previdenza sociale (Inps)". In passato, proprio per il prevalere dell'esercizio libero professionale, con legge del 13 aprile 1948 era stato costituito l'Enpao (Ente nazionale di assistenza e previdenza per le ostetriche) che verrà sciolto nel 1990 con la L. 7 agosto 1990 n. 249 (Scioglimento dell'ente nazionale di previdenza ed assistenza per ostetriche - Enpao).

Tra le leggi di maggior rilievo che regolamentano l'attività libero professionale dell'ostetrica/o segnaliamo:

a) la legge 23.11.1939 n. 1815, che regolamenta il funzionamento degli studi professionali di assistenza e con-

### TAVOLA SINOTTICA – LA LIBERA PROFESSIONE NEL CODICE CIVILE E NEL CODICE PENALE

**L'articolo 2231 C.C.** Quando l'esercizio di una attività professionale è condizionato all'iscrizione in un albo o elenco, la prestazione eseguita da chi non è iscritto non gli da azione per il pagamento della retribuzione.

**L'articolo 348 C.P.** Chiunque abusivamente esercita una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello stato (c.c. art. 2229), è punito con la reclusione fino a sei mesi, o con la multa da lire 200.000 a lire 1.000.000".

**L'articolo 2222 C.C.** Il lavoratore autonomo è colui che si obbliga a compiere, verso un corrispettivo, un'opera o un servizio, con lavoro prevalentemente proprio e senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente.

**L'articolo 2094 C.C.** È prestatore di lavoro subordinato chi si obbliga mediante retribuzione a collaborare nell'impresa, prestando il proprio lavoro intellettuale o manuale alle dipendenze e sotto la direzione dell'imprenditore.

sulenza;

- b) la legge 8.11.1991 n. 381, che disciplina le cooperative sociali e la legge 3.4.2001 n. 142 che ha modificato la posizione del socio lavoratore;
- c) il DM n. 740 del 14.9.1994, che individua e disciplina il profilo professionale dell'ostetrica/o;
- d)la legge n. 42 del 1999, che ha abrogato il mansionario e aperto la via per una completa ridefinizione della professione ostetrica;
- e) il dlgs n. 196/2003 o testo unico della Privacy e i suoi effetti sulla documentazione ostetrica;
- f) la Legge di Stabilità per il 2012, che ha abrogato l'obbligo all'esercizio associato della professione solo nella forma classica dello studio associato (legge 1815 del 1939);
- g) l'articolo 61 del D.lgs.276/2003 e l'art.4 della Legge n.30, dove viene disciplinata la prestazione occasionale per il dipendente pubblico;
- h) l'articolo 61 del D.lgs.276/2003 e l'art.4 della Legge n.30, che prevedono l'abolizione del tariffario;
- i) art. 53 D, lgs 165/2001, che dà indicazioni sulla incompatibilità della libera professione per il pubblico impiego.

#### Esercizio individuale

Questa è la forma di esercizio professionale autonomo per eccellenza dove si esplicano le caratteristiche specifiche del lavoro autonomo previste dal Codice civile, con particolare riferimen-

to all'esclusività del rapporto tra il professionista e l'utente. Questa forma non richiede generalmente strutture organizzative particolari a meno che un'ostetrica non decida di aprire un ambulatorio privato nel qual caso deve garantire il rispetto dei requisiti igienico sanitari posti a tutela dell'utente. L'onere maggiore consiste nell'assunzione totale del rischio d'impresa e degli adempimenti fiscali, assicurativi, contabili, etc. Generalmente questa forma viene utilizzata da coloro che instaurano rapporti professionali di collaborazione con enti e/o aziende pubbliche o private, con studi medici, laboratori analisi, scuole di formazione, università ecc.

#### Esercizio associato

Considerata la poliedricità dei bisogno di salute riproduttiva e considerata la progressiva specializzazione degli interventi di salute pubblica, e considerata anche l'onerosità connessa all'apertura di un'attività commerciale autonoma, molto più spesso il professionista organizza il proprio esercizio professionale in forma associata, collaborando con più professionisti, soddisfacendo così il bisogno globale di salute dell'utente e assicurando un'effettiva presa in carico dell'utente e una effettiva continuità delle cure. La forma associativa oltre che essere di sicuro vantaggio per l'utente permette di godere dei vantaggi sotto il profilo fiscale ed amministrativo, consentendo, ad esempio l'apertura di un'unica partita Iva.

# Esercizio Cooperativo ( Legge 8.11.1991 n. 381 e Legge 3.4.2001 n. 142)

Questa forma societaria è adatta per l'organizzazione complessa di attività socio-sanitarie ovvero per creare delle vere e proprie strutture socio-sanitarie (es. strutture assistenziali residenziali), soddisfacendo quindi diverse esigenze connesse all'intervento socio-sanitario. La figura del socio lavoratore può essere di due tipi: quello associativo (come socio) e quello lavorativo autonomo o subordinato. Tutti i soci devono essere iscritti all'Albo professionale.

#### Società professionali

Le recentissime misure sulla liberalizzazione delle professione ed in particolare la Legge di Stabilità per il 2012 ha abrogato l'obbligo all'esercizio associato della professione solo nella forma classica dello studio associato (legge 1815 del 1939). L'articolo 10 comma 3 della legge 183/2011 abolisce il divieto di adottare la forma societaria, consentendo ai professionisti regolarmente iscritti agli Ordini di esercitare l'attività professionale secondo uno dei modelli societari previsti dai titoli V e VI del libro V del codice civile.

Pertanto a partire da quest'anno è possibile la costituzione di società tra professionisti, che potranno essere società di persone, di capitali (anche uninominali) e società cooperative.

Nel caso in cui si scelga la forma societaria è necessario che si evidenzi la sua natura nella denominazione sociale, cioè, inserendo nella ragione sociale l'espressione "società tra professionisti" o l'abbreviazione "STP" (articolo 10 com-

I soci della società tra professionisti possono essere:

- i professionisti iscritti agli Ordini, Albi o Collegi;
- i cittadini degli stati membri dell'Unione Europea in possesso dei requisiti professionali;
- i soggetti non professionisti, soltanto

per le prestazioni tecniche che svolgano servizi secondari rispetto ai servizi professionali (soci d'opera);

• i soggetti non professionisti, che hanno soltanto finalità d'investimento (soci di capitali).

L'atto costitutivo delle società tra professionisti deve prevedere l'esercizio in via esclusiva dell'attività professionale da parte dei soci e l'incarico professionale conferito alla società tra professionisti deve essere eseguito solo dai soci abilitati, con designazione del professionista effettuata per iscritto dal cliente. La costituzione della società tra professionisti può avvenire anche per l'esercizio in comune di più attività professionali, dando luogo così a società interprofessionali con l'applicazione delle regole previste per quel tipo di società e le relative norme in tema di responsabilità patrimoniale dei soci.

#### Prestazione occasionale

La prestazione occasionale è un rapporto di lavoro con durata non superiore a 30 giorni e un rimborso non superiore a cinquemila euro nel corso dello stesso anno solare. La prestazione occasionale è un rapporto di lavoro che si instaura tra un lavoratore e un soggetto committente (impresa o privato). Il lavoratore non ha l'obbligo di apertura della partita Iva. Il rimborso della prestazione lavorativa è assoggettata al regime della ritenuta di acconto con aliquota fissa pari al 20%. Entro i limiti fissati dalla legge la prestazione occasionale non è soggetta all'obbligo contributivo. La prestazione occasionale si distingue dal lavoro autonomo e dal lavoro accessorio in virtù della mancanza del coordinamento e della continuità della prestazione. La fattispecie della prestazione occasionale è disciplinata dal legislatore italiano nell'articolo 61 del D.lgs.276/2003 e dall'art.4 della Legge n.30. Il legislatore ha coniato questa fattispecie per disciplinare forme di collaborazioni lavorative non subordinate per lavori saltuari di brevissima durata. Nel caso in cui il reddito del lavoratore superi i cinquemila euro in un anno solare il lavoratore ha l'obbligo di iscriversi alla gestione separata dei collaboratori. La prestazione occasionale non deve, inoltre, oltrepassare la durata di trenta giorni nell'arco del medesimo anno solare, per durate superiori è necessario inquadrare il rapporto di lavoro nei contratti di lavoro a progetto o come lavoro autonomo.

#### Compatibilità ed incompatibilità

In linea generale la libera professione è incompatibile con il pubblico impiego ed è consentita solo nel caso si svolga nella misura pari o inferiore al 50% (art. 53 D, lgs 165/2001), previa autorizzazione dell'amministrazione di appartenenza che valuta il possibile conflitto d'interessi o l'interesse dell'amministrazione da tutelare. Generalmente non è consentito svolgere la professione di ostetrica nel medesimo bacino d'utenza in cui si lavora come ostetrica dipendente.

Tale autorizzazione è necessaria anche nel caso di prestazione occasionale.

#### Tariffario e pubblicità sanitaria

Il D. L. 233/2006, noto come Decreto Bersani, e tutte le recenti norme sulla liberalizzazione, hanno abrogato il minimo tariffario. In ogni caso, nell'esercizio libero professionale, fermo restando il principio dell'intesa diretta tra professionista e cittadino e nel rispetto del decoro professionale, l'onorario deve essere commisurato alla difficoltà, alla complessità e alla qualità della prestazione, tenendo conto delle competenze e dei mezzi impegnati. Per l'ostetrica/o la pubblicità del proprio operato si può concretizzare attraverso l'utilizzo di un logo, biglietto da visita, carta intestata, ricettario intestato, brochure, locandine, telefono, internet, ecc. L'ostetrica/o è tenuta a far conoscere il suo onorario preventivamente all'utente. La corresponsione dei compensi per le prestazioni professionali non deve essere subordinata ai risultati delle prestazioni medesime. Le medesime misure hanno abrogato anche il divieto di pubblicità sanitaria. In ogni caso la pubblicità dell'informazione in materia sanitaria non può prescindere da principi di correttezza informativa, responsabilità e decoro professionale. La pubblicità promozionale e comparativa è in ogni caso vietata.

## I lavori del Tavolo tecnico del Ministero Regioni sulla figura professionale OSS

# CRITICITÀ E POTENZIALITÀ DELL'INSERIMENTO DEGLI OPERATORI SOCIO SANITARI

di Cristiana Pavesi\*

l 4 Luglio 2012, alla fine di una lunga seduta di lavori, la commissione Tecnica composta da rappresentanze regionali, organismi sindacali, esponenti del Ministero della Salute, della Fnco e dell'Ipasvi ha approvato un documento che affronta, in un'ottica complessiva, tutte le problematiche relative al futuro della figura professionale dell'Operatore Socio Sanitario.

Il testo – Proposta di documento del "Tavolo Ministero-Regioni su ruolo, funzioni, formazione e programmazione del fabbisogno dell'operatore sociosanitario" – è frutto di un lungo confronto tra le parti iniziato nel 2010 con la convocazione del Ministero che aveva l'intento di porre l'attenzione su quanto dell'Accordo Stato-Regioni del 2001 fossa applicato e/o abbisognasse di ulteriori integrazioni. La premessa esplicita i quattro punti cardine che caratterizzano il Welfare socio-sanitario:

- la centralità della persona e della sua famiglia;
- la priorità delle risorse umane;
- il concetto di servizio pubblico;
- il corretto utilizzo delle risorse pubbliche.

Già nella premessa sono stati inserite alcune specifiche importanti rispetto alla integrazione da un lato e la carenza dei servizi socio-assistenziali sul territorio; proprio in questa parte della premessa è stato possibile inserire anche una riflessione sul tema dell'abusivismo professionale: "....tale carenza di servizi e di interventi socio sanitari assistenziali, ha portato l'utenza a chiedere aiuto a operatori improvvisati, aumentando quindi il fenomeno dell'abusivismo professionale più volte evidenziato da molti professionisti della salute. ..."

Ma al di là delle istanze di ciascuna componente del Tavolo, è parso chiaro a tutti che occorreva analizzare criticità e bisogni. Tali presupposti hanno reso evidente che il con-

testo nazionale appare molto diversificato rispetto a numeri di operatori formati, modalità di impiego della figura, programmi formativi e tipologie di corsi ecc.

Durante i lavori sono apparsi particolarmente critici due aspetti:

- la difficoltà a conoscere il numero preciso di OSS formati;
- la grande disomogeneità nei percorsi di riconversione e di formazione con evidente discrepanze nei diversi livelli di performance e quindi di effettivo utilizzo della figura stessa da parte delle equipe assistenziali.

Tali criticità condizionano in modo importante la pianificazione e la progettazione di modelli assistenziali innovativi che mettano ostetriche, infermieri e professionisti sanitari in genere, nelle "migliori condizioni operative possibili"; è noto a tutti che attualmente i professionisti sono sovraccaricati di un insieme di attività, spesso "improprie", che comprime sensibilmente il loro tempo e tale condizione si ripercuote negativamente sulle modalità e sui tempi da dedicare alla presa in carico del paziente e nella personalizzazione dell'assistenza.

A tale riguardo, tra gli obiettivi lungimiranti del documento approvato, vi è quello, dopo aver attuato le opportune verifiche e sperimentazioni, di inquadrare con maggior precisione il ruolo e le funzioni dell'Oss e dell'Osss nei contesti organizzativi dei servizi.

È intuitivo pensare che anche per l'area assistenziale ostetrica, sia in ambito ospedaliero che in ambito territoriale, l'applicazione programmatica di questi presupposti influisca in modo importante sia sui modelli assistenziali da applicare, sia sulle potenzialità di intervento delle equipe. Come già nello scorso mandato, la Fnco ha avuto modo di evidenziare la proposta di un modello assistenziale oste-

trico che è stato inviato a tutte le Aziende Sanitarie, anche oggi è possibile allargare la riflessione sulla costituzione delle equipe sanitarie: vi è infatti la necessità di operare una razionalizzazione dell'uso delle risorse umane per consentire una reale valorizzazione delle conoscenze, delle competenze e della preparazione dell'ostetrica.

Oggi più che mai diventa importante dedicare attenzione alla costruzione delle nostre équipe assistenziali: tale modalità, per altro sostenuta anche dal nuovo Codice Deontologico che richiama l'attenzione del professionista alle condizioni organizzative dell'ambiente nel quale opera, offre la possibilità di valutare un azione mirata nell'ambito della formazione del personale Oss, orientando in modo specifico il tipo di collaborazione che risulta efficace ed appropriata per la nostra area assistenziale.

In conclusione sembra importante sottolineare che l'argomentare il futuro del ruolo di una figura professionale significa inevitabilmente parlare del ruolo di tutte, e tale concetto risulta calzante nel momento attuale nel quale si parla di ridefinizione di competenze e di competenze
avanzate dei professionisti sanitari: "L'inserimento di nuovi operatori all'interno di una struttura lavorativa è sempre un processo di una certa complessità: in questo caso
lo è ancora di più, poiché definisce competenze, ruoli e re-

# LA STRUTTURA DEL DOCUMENTO

Il documento licenziato è costituito da sette parti:

- Premessa
- Evoluzione e percorso professionale dell'Oss
- Motivazioni culturali per il percorso Oss
- Motivazioni organizzative per il percorso Oss
- Formazione
- ■Inserimento operativo di Oss in tutte le Regioni
- Obiettivi del percorso

sponsabilità di tutte le figure che sono coinvolte nel processo assistenziale (...) tra i vantaggi quali e quantitativi vi è quello di consentire alle professioni sanitarie di esprimere al meglio le proprie competenze di diagnosi, relazione interpersonale, programmazione, gestione, valutazione e leadership".

\*segretaria nazionale Fnco, rappresentante FNCO nel tavolo tecnico ministeriale su ruolo funzioni e formazione e programmazione del fabbisogno dell'operatore sociosanitario



## Un'indagine presso i Corsi di Laurea in Ostetricia

# LA FORMAZIONE DELL'OSTETRICA IN ITALIA

#### di Walter Costantini

Professore Associato SSD MED/40 - Ginecologia e Ostetricia Università degli Studi Statale di Milano; Presidente Corso di Laurea in Ostetricia

#### **INTRODUZIONE**

La formazione di un professionista è un evento complesso che si sviluppa fra la realtà e gli interessi che la realtà stessa esprime. Ambedue gli estremi del percorso vivono la variabilità di questo sistema, su cui influisce l'ambiente in cui avviene il processo formativo e la storia che modula gli obiettivi professionali, adattandoli alla società che li accoglie. Le variazioni legislative provvedono a perfezionare gli obiettivi con una frequenza proporzionale alla velocità di trasformazione della società. È compito del Governo, invece, adeguare le diverse realtà locali per renderle compatibili con gli obiettivi generali.

L'Università è l'istituzione che si muove lungo questo percorso ed è suo compito individuare e segnalare le criticità che interferiscono con la qualità, l'uniformità e la costanza del risultato.

Con questo obiettivo, il direttivo della Commissione nazionale dei Corsi di Laurea in Ostetricia (CNCLO), negli ultimi sei anni, mi ha incaricato di svolgere ricerche biennali sulla situazione formativa dell'ostetrica italiana.

#### **DISCUSSIONE**

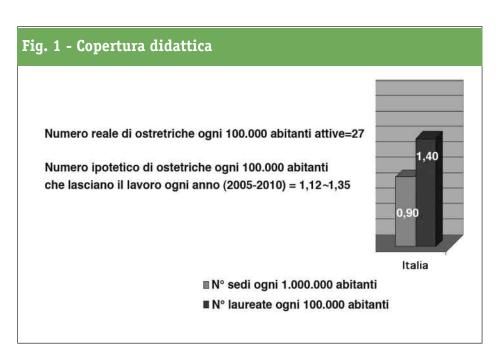
Analizzeremo ora i risultati della III Indagine conclusasi nel marzo 2012, individuando, attraverso alcuni dei suoi dati, otto specifiche criticità del sistema.

I dati qui discussi provengono da 106 questionari distribuiti a Presidenti e Coordinatrici dei 53 Corsi di Laurea in Ostetricia italiani. Le risposte hanno coperto il 100% delle sedi intervistate che si distribuiscono per il 38% nelle regioni del Nord Italia (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Piemonte e Veneto), per il 32% nelle regioni del Centro Italia (Abruzzo, Lazio, Marche, Molise, Toscana e Umbria) e per il 30% nelle regioni del Sud Italia e delle Isole (Basilicata, Calabria, Campania, Puglia, Sardegna e Sicilia).



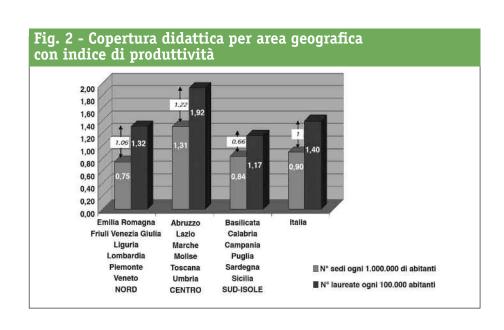
## CRITICITÀ 1: PROGETTUALITÀ PROFESSIONALE

In Italia esiste quasi una sede di Corso di Laurea ogni milione di abitanti che diploma, in media, 1,4 ostetriche all'anno ogni 100.000 ab. (Fig. 1). Se si considera che sono attive, in media, 27 ostetriche ogni 100.000 ab. e che da 1,12 a 1,35 ostetriche lasciano il lavoro ogni anno, si deduce che il trend di copertura ostetrica in Italia, con il fisiologico incremento della popolazione (1%/anno negli ultimi 10 anni), è decisamente discendente. Questo dato riveste ulteriore importanza programmatica se si considera che il rapporto fra numero di ostetriche e di ginecologi - che legge la condizione ottimale, per efficienza ed economia, dell'approccio alla fisiologia rispetto alla patologia ostetrica – è di poco superiore all'1, in Italia, mentre è superiore a 5, in Europa, con la punta di 8,7, in Inghilterra. Tutto ciò va naturalmente a scapito di un auspicabile rapporto assistenziale "one to one" fra ostetrica e donna.



### **CRITICITÀ 2: EFFICIENZA FORMATIVA**

Nel Centro Italia (Fig. 2), si ha il numero maggiore di sedi per milione di abitanti (1,31), con il numero maggiore di laureati per 100.000 ab. (1,92). Segue il Sud Italia con le Isole (0,84) con il numero di laureati più basso (1,17) e quindi il Nord Italia (0,75) che, però, presenta un numero di laureati intermedio (1,32). Se poniamo uguale a 1 la relazione fra numero di sedi attive e numero di laureati in Italia - che chiameremo "indice di produttività" - vediamo che tale indice si mantiene vicino alla media nazionale nel Nord e si presenta più elevato nel Centro, mentre si abbassa evidentemente nel Sud. Ciò dimostra una diversa capacità media regionale di far completare alla popolazione stu-



dentesca il proprio impegno formativo nel percorso triennale, correlabile o a regionali concentrazioni di studenti ad elevata capacità di apprendimento o ad eccessiva elasticità dei corpi docenti nella valutazione del profitto.

Sia per la diversa distribuzione dei Corsi di Laurea che per la differente popo-

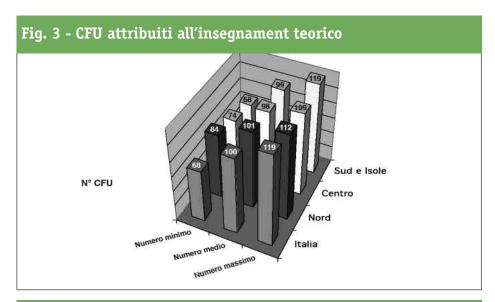
lazione di laureati prodotta, è comunque evidente l'esistenza di una disomogenea efficienza formativa sul territorio nazionale non chiaramente esplicabile.

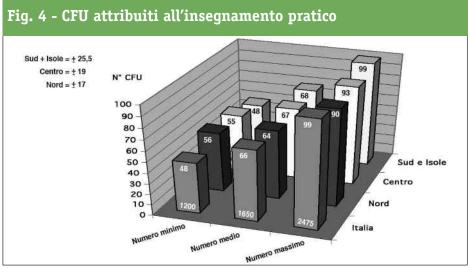
### CRITICITÀ 3: ADEGUATEZZA DIDATTICA

La media dei CFU attribuiti all'insegnamento teorico in Italia è 100, con un range di variabilità a valori decrescenti dal Sud, al Centro, al Nord (Fig. 3). Il valore medio riscontrato è accettabile, ma la variabilità, soprattutto nei valori più bassi (68 CFU) è incompatibile con l'entità del bagaglio culturale e tecnico professionale imposto dal titolo accademico concesso dal Corso di studi (laurea) e dall'ingresso in "accademia" del ruolo docente della categoria professionale formata (MED/47 op. 06/N secondo la nuova nomenclatura)

La media dei CFU attribuiti invece all'insegnamento pratico, in Italia, è 66, pari a 1650ª ore di tirocinio (considerando questo CFU pari a 25 ore), con un range di variabilità più elevato al Sud, dove il numero di ore di tirocinio spazia da 1200ª a 2475ª e, progressivamente, meno nel Centro (± 19) e nel Nord (± 17) (Fig. 4). Il valore medio di CFU attribuito al tirocinio è basso, considerando sia il significato che riveste in una laurea professionalizzante il particolare rischio legale connesso all'esercizio in autonomia della professione e sia il rapporto con la durata del tirocinio ritenuto valido, solo pochi anni fa, nei due ordinamenti formativi previsti per l'esercizio della professione ostetrica, precedenti al D.M. 509/99 che richiedevano, rispettivamente, 3600 ore (DPR 168 del 24-07-96) e 5000 ore (DPR 1029 del 27-09-80).

A questo si aggiunge la estrema variabilità del range che, soprattutto per il valore più basso (1200<sup>a</sup> ore), risulta incompatibile con una formazione professionale sicura ed accettabile dalla





normativa europea.

Si può quindi affermare che il territorio nazionale mostra una discreta uniformità della didattica "al ribasso", lasciando occasionalmente aree ove quest'ultima appare nettamente inadeguata.

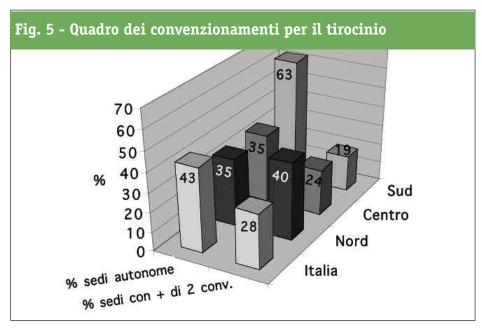
<sup>&</sup>lt;sup>a</sup>Nel caso si interpreti il CFU del tirocinio pari a 30 ore, i valori qui indicati s'innalzano, seppure in modo non significativo, portandosi a: 1440, 1980 e 2970.

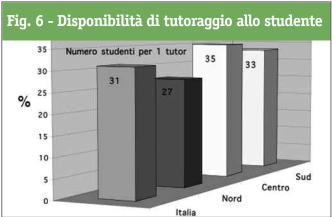
### **CRITICITÀ 4: ADEGUATEZZA FORMATIVA**

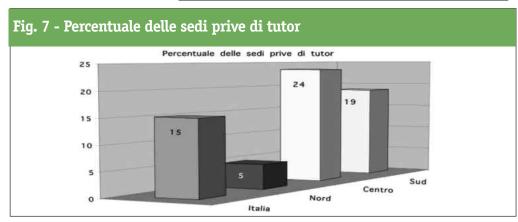
Come è noto, i Corsi di Laurea in Ostetricia possono accordarsi, per assicurare l'attività di tirocinio, con una sede ospedaliera (sede principale) che, a sua volta, può attivare sub-convenzioni con altre sedi (sedi periferiche) nel caso non sia in grado di fornire tutti i servizi richiesti dalla convenzione. Quando il tirocinio si svolge in una sede autonoma, lo studente vive il vantaggio di una minore perdita di tempo per i trasferimenti ed una probabile maggiore - e, sicuramente, più omogenea e coerente - assistenza tutoriale nel corso delle esercitazioni. La completa autonomia di una sede, d'altra parte, riduce, se non in casi eccezionali, l'entità del tirocinio offerto, favorendo la sua "casuale" settorializzazione.

Dai dati raccolti (Fig. 5), risulta che il 43% delle sedi in Italia è completamen-

te autonomo, con una punta nel Sud e nelle Isole (63%), mentre risulta una maggiore incidenza dell'impiego di contributi esterni pluriconvenzionati nel Nord (40%) e monoconvenzionati nel Centro (41%). A fronte della completa autonomia di tirocinio, bisogna peraltro ricordare che il servizio che inevitabilmente ha maggiore probabilità di risultare penalizzato è quello "territoriale".







Per assicurare l'assistenza formativa allo studente – al di là delle esigenze di assistenza pratica nei reparti gestita dagli Assistenti di tirocinio – si assegna, in media in Italia, 1 tutor didattico ogni 31 studenti (Fig. 6). Il rapporto aumenta a 1:27 al Nord ed incontra il suo minimo (1:35) al Centro. Questi valori si arricchiscono di ulteriore significato considerando l'incidenza delle sedi universitarie ove i tutor sono del tutto assenti (Fig. 7). Riscontriamo co-

sì che tale condizione si presenta nel 15% dei Corsi di Laurea in Italia, nel 19% al Sud, nel 24% nel Centro e nel 5% al Nord. Ricordando che nella maggioranza dei "Protocolli d'Intesa" stabiliti tra Regione ed Università il rapporto concordato varia tra 1:15 e 1:25, appare evidente che la situazione italiana mostra dei tratti di inadeguatezza dell'assistenza formativa, in particolare nelle regioni del Centro.

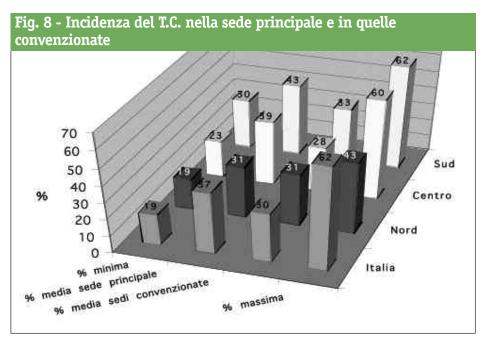
### CRITICITÀ 5: COMPATIBILITÀ EUROPEA

Uno dei principali vincoli per la libera circolazione delle professioni all'interno dell'Unione Europea che la normativa impone alla figura ostetrica è il completamento del curriculum di apprendimento pratico, ove sia documentato un definito numero di singole attività di tirocinio, fra le quali spicca l'assistenza al parto fisiologico.

A tale proposito risulta (Fig. 8) che, in Italia, l'incidenza dei TC nelle sedi di tirocinio varia dal 30% al 37%, con punte minime del 19% e massime del 62%. Nel Nord, i valori percentuali, come il range di variabilità, sono più bassi, mentre nel Centro e nel Sud, i valori progressivamente crescono insieme al range di variabilità che raggiunge il ± 21,5.

Questi dati sottolineano l'esistenza, in Italia, di aree ove la presenza di parti fisiologici è sostanzialmente ridotta rispetto alla potenzialità della struttura ostetrica.

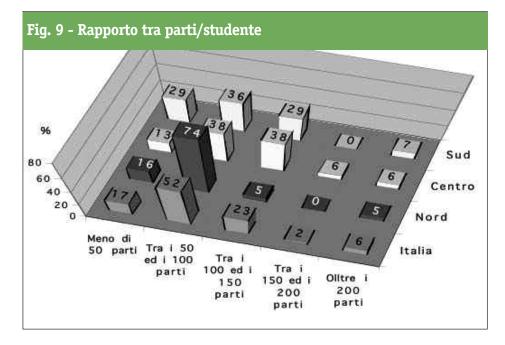
Con la figura successiva (Fig. 9), consideriamo due anni accademici consecutivi (2008-2010) disponibili per il ti-



rocinio degli studenti del 2° e del 3° anno di corso. Si osserva che, in Italia, l'83% delle sedi offre ogni anno ad ogni singolo studente un numero di parti (>50) compatibili con la numerosità di

assistenze al parto richiesta dalla normativa, mentre il 17% potrebbe teoricamente incontrare difficoltà nell'ottemperare a tali obblighi di legge. Tale percentuale scende al 16% nel Nord, al 13% nel Centro, mentre sale al 29% nel Sud

Tutto ciò potrebbe significare che, in Italia, da 1 sede di CdL su 5, fino ad 1 sede su 3, non offre una qualità formativa compatibile con gli standard imposti sia dalla legge italiana che dalla normativa europea.



Il calcolo esclude i TC e si estende su due anni accedemici, considerando la popolazione studentesca del 2° e del 3° anno di corsa

### **CRITICITÀ 6: TEMPISTICA FORMATIVA**

Nel triennio 2007-2010 (Fig. 10), un terzo dei CdL italiani presenta una media di 6 fuori corso all'anno. Questi valori sono più bassi al Nord (1 su 4), si riportano alla media nel Sud (1 su 3) ed aumentano drasticamente al Centro (1 su 2), assegnando, in questa regione, a quasi la metà della popolazione studentesca una lunghezza del percorso di apprendimen-

to superiore ai 3 anni (da 4 a 5). Studiando invece la popolazione studentesca solo al termine del triennio (2010), notiamo (Fig. 11) che in Italia la percentuale di abbandoni è pari al 17%. Questa percentuale si porta al 10% nel Nord, al 28% nel Centro e al 14% nel Sud. Un dato che ulteriormente segnala la perdita di studenti che il normale excursus ac-

cademico deve registrare nelle regioni centrali italiane; dato che viene confermato (Fig. 12) dalla percentuale di non completamento triennale del Corso di Laurea (fuori corso + abbandoni) che in Italia è pari a 1/4 della popolazione studentesca, ma che si riduce a 1/5 al Sud e ad 1/6 al Nord, mentre si eleva a 1/3 nel Centro Italia.

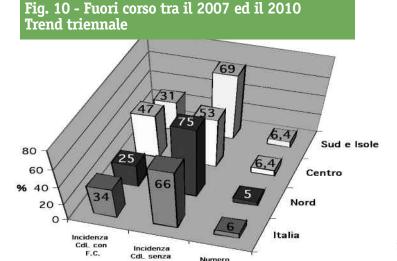


Fig. 11 - Abbandoni triennali calcolati al 2010

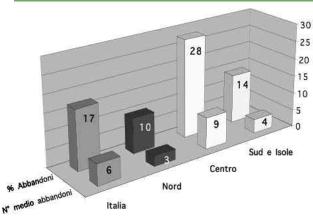
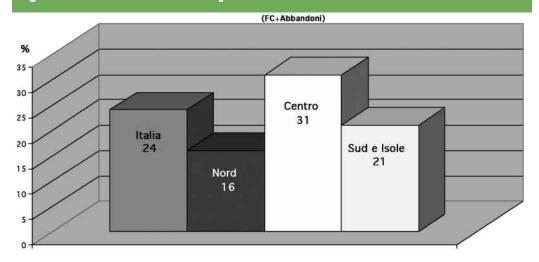


Fig. 12 - % media del non completamento triennale del Corso



### CRITICITÀ 7: CAPACITÀ DI CRESCITA

Nei Corsi di Laurea italiani (Fig. 13) si riscontra genericamente una buona disponibilità ad allestire corsi di aggiornamento dedicati al proprio corpo docente e tutoriale, con una maggiore predisposizione, soprattutto nelle sedi del Centro Italia (82%), per i temi che riguardano specificatamente la professionalità ostetrica.

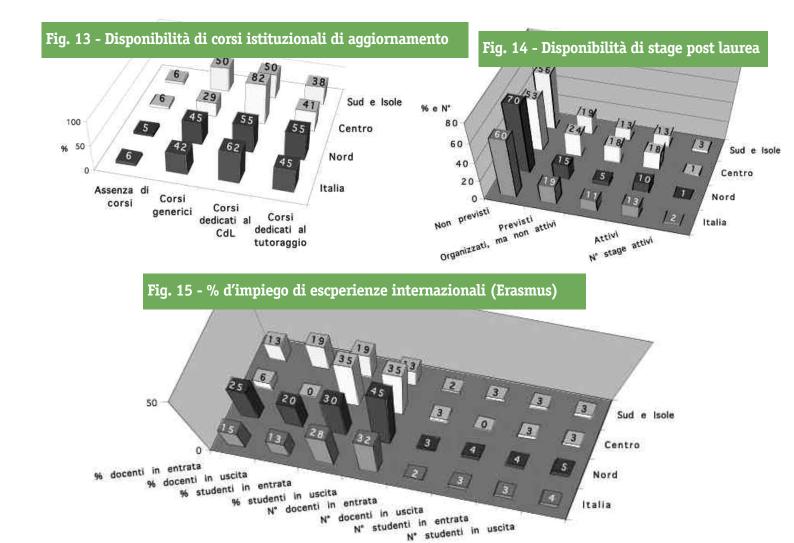
All'opposto (Fig. 14), è ridotta la disponibilità ad organizzare per gli ex-studenti stage post-laurea (13%), con pun-

te di inattività in tal senso del 70% al Nord ed un relativo maggiore impegno nelle sedi del Centro Italia (18%).

Il confronto con la professionalità europea (Fig.15) attrae un numero limitatissimo di studenti (0,23% all'anno) appartenente a solo 1/3 delle sedi italiane, con una lieve prevalenza nelle aree del Nord Italia (45%). Ancora più limitato è il numero dei docenti che si recano all'estero per un interscambio culturale e didattico (0,11% all'anno in Ita-

lia), con un lievissimo incremento nel Nord (0,15%) ed un azzeramento nel Centro.

Un quadro distributivo, questo, che rivela una tendenza dei Corsi di Laurea italiani ad occuparsi più della propria crescita interna che del mantenimento o della crescita della preparazione raggiunta dai professionisti che ha creato, esprimendosi, peraltro, attraverso un prevalente atteggiamento autarchico e discretamente provinciale.



### **CRITICITÀ 8: SODDISFAZIONE GESTIONALE**

L'indagine si è conclusa raccogliendo fra tutti i presidenti e le coordinatrici un parere, espresso in una scala da 1 a 10, sul grado di soddisfazione complessivo che gli ordinamenti didattici, succedutisi negli ultimi 10 anni, ispiravano, messi a confronto con due diverse ipotesi formative (Fig. 16). Le risposte ottenute su tale quesito sono state numerose (90-96 % degli intervistati) ed hanno registrato una discreta soddisfazione per l'ordinamento 509/99 e 270/04 (7,2 e 7,1), una soddisfazione superiore per un ordinamento che porti la durata del Corso a 4 an-

ni (8,1) ed una soddisfazione elevata (9) per un ordinamento di tipo "magistrale a ciclo unico". Queste opinioni, al Nord, sono più critiche con la 270/04 e più disponibili per i 4 anni di corso (Fig. 17). Al Centro, la variabilità fra le soddisfazioni espresse si riduce, con incremento di quelle riservate agli ordinamenti già esperimentati e lieve riduzione per quelli ipotetici. Al Sud si riscontra invece un atteggiamento molto più radicale con valori di soddisfazione che crescono progressivamente dall'ordinamento 509/99 al 270/04, per alzarsi ulterior-

mente con l'ipotesi dei 4 anni e toccare il tetto del 9,4 con la laurea magistrale. Con valori diversi, quindi, l'intera dirigenza italiana ha comunque espresso chiaramente l'esigenza di intervenire sulla durata del Corso di Laurea, sottolineando così l'inadeguatezza del tempo a disposizione per ottenere quel risultato professionale che la legge prevede, ma che anche il senso di responsabilità del dirigente impone, attraverso un impegno che, per qualsiasi serio docente, non può discostarsi molto dalla soddisfazione personale.

Fig. 16 - Grado medio complessivo di soddisfazione della dirigenza didattica italiana in merito agli ordinamenti

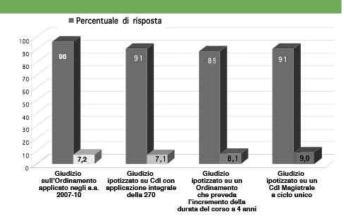
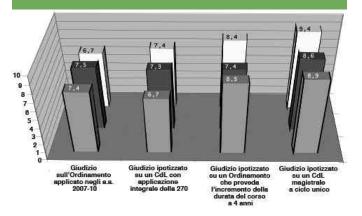


Fig. 17 - Grado medio di soddisfazione per area geografica della dirigenza didattica in merito agli ordinamenti



#### CONCLUSIONI

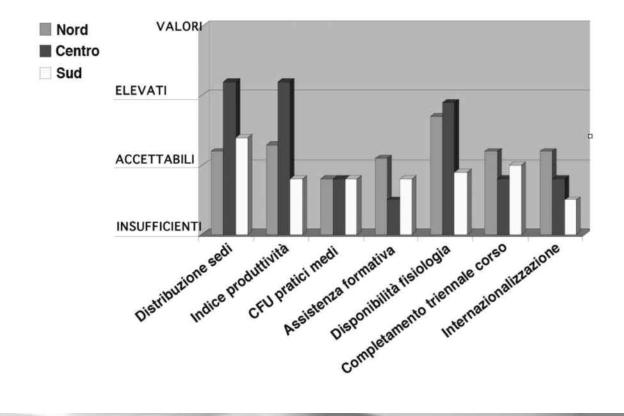
L'analisi sopra descritta non è in grado di identificare responsabili, ma solo errori e necessità, più o meno urgenti, di riparazione. Nel quadro riassuntivo (Fig. 18), nel quale offriamo un confronto qualitativo delle diverse situazioni regionali, notiamo infatti che, a fronte di difficoltà evidenti in alcuni settori, possiamo riscontrare, in altri, eccellenze o viceversa.

Come si è detto nell'introduzione, quin-

di, gli obiettivi inevitabili devono essere raggiunti attraverso modalità che siano rispettose dell'ambiente ove la formazione è calata e che dalla comprensione di quest'ultimo traggano gli strumenti adeguati. Il razionale qui fornito può aiutare in questo lavoro a patto che venga rivisto, con onestà e coerenza, nella realtà ove si intenda operare. I risultati che invece confermano l'uniformità del disagio in tutti i CdL in Ostetricia italiani devono essere assun-

ti come una chiara indicazione al miglioramento che, attraverso la precisione e la tempestività dell'azione, possono, nei tempi tecnici richiesti, aprire la strada ad una figura professionale di Ostetrica efficace ed europea. Fra questi obiettivi d'intervento non possiamo che ricordare, concludendo, la necessità di incrementare il carico del tirocinio, l'assistenza formativa, la durata del Corso di Laurea e la sua internazionalizzazione.

Fig. 18 - Quadro riassuntivo





## ECM, quali novità per le ostetriche

# L'OSTETRICA E IL NUOVO SISTEMA DI FORMAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

#### Maria Pompea Schiavelli\*

iassumiamo in questo articolo i punti salienti del nuovo Accordo Stato-Regioni, siglato lo scorso 19 aprile, che completa la messa a regime del sistema Ecm sotto l'intestazione: "Il nuovo sistema di formazione continua in medicina – Linee guida per i Manuali di accreditamento dei provider, crediti formativi triennio 2011/2013, federazioni, ordini, collegi e associazioni professionali, sistema di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità, liberi professionisti".

#### 1. Crediti formativi

a) Confermati in 150 i crediti formativi complessivi richiesti per il triennio 2011-2013. Per ogni anno tutti i professionisti devono acquisire 50 crediti (minimo 25 crediti e massi-

- mo 75); inoltre è possibile farsi riconoscere un massimo di 45 crediti riportati dal triennio precedente 2008-2010. Per i professionisti del territorio abruzzese colpito dal terremoto del 2009, i crediti formativi richiesti per il 2011 sono ridotti a 30 (minimo 15).
- b) I crediti acquisiti all'estero verranno riconosciuti con un valore di crediti ECM non superiori al 50% di quelli assegnati dal provider straniero.
- c) I Liberi professionisti e disoccupati possono acquisire i crediti formativi annuali attraverso modalità flessibili. Per rispondere alle loro esigenze formative si è data la possibilità ad Ordini, Collegi e Associazioni professionali riconosciute ai sensi del DM del 19 giugno 2006 – qualora accredi-
- tati in qualità di provider di presentare e assicurare un'offerta formativa che preveda Piani Formativi su materie tecnico-professionali di particolare rilevanza, oltre che etica e deontologica, che però non potranno avere sponsorizzazioni commerciali e dovranno essere gratuiti o a costo minimo necessari alla copertura delle spese sostenute dal provider.
- Si fa presente che viene considerata flessibile una formazione blended¹ che utilizza tipologie formative diverse:
- a) formazione residenziale (congressi, convegni, corsi, seminari);
- b) formazione residenziale interattiva (formazione sul campo, tirocini, affiancamento di supervisore);
- c) stage con ruolo di discente (tipo formazione sul campo, tirocini, affida-

1 Rif. Glossario ECM - BLENDED LEARNING: Modello di formazione mista basata sull'insieme di momenti formativi in presenza e a distanza. Un tipico programma di corso in blended learning prevede l'alternanza o la sequenza di incontri in aula (lezioni, seminari) e di fasi di studio, realizzato mediante gli strumenti della Formazione a Distanza, siano essi dei CD-Rom da installare sul proprio computer oppure dei veri e propri percorsi formativi fruibili in Internet con modalità sincrone o asincrone. Si ritiene

attualmente che un apprendimento efficace ed esaustivo possa essere realizzato meglio se prevede il contemporaneo ricorso a più strategie e a più strumenti formativi. Dunque, aule reali con docenti e discenti in presenza ma anche aule virtuali, tutor on-line, tutorship di rete, libri e dispense cartacee e materiali evoluti su CD-Rom. La complessità di un progetto di blended learning richiede il ricorso a professionalità specifiche sia a livello didattico (progettisti di formazione in Rete) sia tecnologico.



menti di supervisore);

- d) gruppi di miglioramento (tipo commissioni, linee guida);
- e) attività di ricerca (tipo progetti obiettivo, gruppi di studio finalizzati);
- f) autoapprendimento senza tutor (tipo riviste scientifiche, programmi di formazione a distanza);
- g) autoapprendimento con tutor (tipo FAD con interattività);
- h) attività di docenza (tipo stage, tutoring, presentazione a convegni e pubblicazioni scientifiche);

Per gli argomenti di interesse generale sarà è possibile acquisire crediti fino ad un massimo complessivo del 20% del debito triennale. Con le attività di docenza sarà possibile acquisire crediti fino ad un massimo complessivo del 35% del debito triennale. L'accordo del 19 aprile 2012 non indica i crediti da attribuire per attività di tutoraggio (solitamente erano quantificati nel 50% di quelli acquisibili annualmente<sup>2-3</sup>); la definizione dei crediti per tale attività e relativa attestazione resta in capo all'Ordine, Collegio o Associazione professionale: "L'attività di tutoraggio ef-

fettuata per tirocini di valutazione e/o obbligatori (esame di abilitazione-internato studenti in medicina - formazione medici di medicina generale - professioni sanitarie), previa attestazione della documentazione a cura dell'Ente erogatore dell'attività di tutoraggio, deve essere inviata all'Ordine, Collegio o Associazione professionale di cui al citato decreto del Ministro della salute 19 giugno 2006 per la definizione del numero dei crediti formativi e attestata dai predetti soggetti, per la successiva trasmissione al CO.GE.A.P.S".

#### 2. Obiettivi formativi

Nell'accordo 2012 sono indicati i 29 obiettivi generali, che vanno a comporre il dossier formativo di ogni singolo professionista e/o di équipe, all'interno del quale assumono rilievo tre tipologie di obiettivi formativi:

 a) tecnico-professionali, "finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico professionali individuali nel settore specifico di attività, acquisendo crediti formativi inerenti eventi specificatamente ri-

- volti alla professione o disciplina di appartenenza";
- b) di processo, "finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie. Questi obiettivi si rivolgono dunque ad operatori ed équipe che intervengono in un determinato segmento di produzione";
- c) di sistema, "finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari. Questi obiettivi si rivolgono, di norma, a tutti gli operatori avendo quindi caratteriste interprofessionali".

#### 3. Ruolo degli Ordini, Collegi, Associazioni professionali e delle rispettive Federazioni

Nel documento viene sottolineato, come stabilito nell'accordo del 2007, il ruolo di garanti delle professioni sanitarie e certificatori della formazione continua rivestito dagli Ordini, Collegi, Associazioni professionali e dalle rispettive Federazioni. Per tale finalità è operativo il Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie (Cogeaps) cui è affidato il compito di gestire l'anagrafica nazionale dei crediti formativi.

## 4. Sanzioni per mancato aggiornamento

È tutto ancora da chiarire in materia.

- 2 Rif. Determinazione CNFC del 29/03/2007 Attività tutoraggio triennio 2005/2007: Per un periodo di tutoraggio uguale o superiore a 6 mesi è possibile riconoscere la metà dei crediti previsti per l'anno di riferimento; per un periodo di tutoraggio inferiore a 6 mesi è possibile riconoscere la quota mensile di 1.25 per mese di attività effettivamente svolta (arrotondamento per eccesso). L'attestazione dei crediti in qualità di tutor deve essere rilasciata dall'Ordine/Collegio di appartenenza. L'interessato potrà chiedere all'Ordine l'attestazione previa presentazione di apposita documentazione relativa allo svolgimento di attività di tutor. Il numero massimo di crediti che possono essere attestati al tutor non può
- superare il 50% dei crediti acquisibili nell'anno di riferimento.
- 3 Rif. Determinazione CNFC del 18/06/2009 e Documento per l'assegnazione dei crediti del 13/01/2012 -Attività tutoraggio triennio 2008/2010: Sono riconosciuti 4 crediti per mese di tutorato. L'attestazione dei crediti in qualità di tutor deve essere rilasciata dall'Ordine/Collegio di appartenenza. L'interessato potrà chiedere all'Ordine l'attestazione previa presentazione di apposita documentazione relativa allo svolgimento di attività di tutor. Il numero massimo di crediti che possono essere attestati al tutor non può superare il 50% dei crediti acquisibili nell'anno di riferimento.

### LINK UTILI

- Sul sito internet www.forumecm.it è presente una sezione denominata "La Commissione risponde", in cui sono pubblicate le domande più frequenti poste dai professionisti e gli altri attori coinvolti nel sistema di formazione ECM, ed attraverso la quale è possibile porre quesiti direttamente alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua.
- Sul portale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (www.agenas.it) è presente una sezione denominata "Normativa" ove,
  oltre agli Accordi Stato-Regioni, sono consultabili tutte le determine adottate dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua.

In ottemperanza a quanto sancito con legge 214/2011 (art. 33), così come nel precedente DPR 138/2011 convertito con modificazioni dalla legge 148/2011, entro il 12 agosto 2012 un nuovo decreto dovrebbe stabilire come gli Ordini professionali dei medici chirurghi e quelli delle professioni sanitarie dovranno sanzionare i professionisti che non ottemperano all'obbligo di acquisire ogni anno i crediti ECM previsti dalle norme.

5. Accreditamento dei provider ECM L'accordo 2012 indica le linee guida per l'accreditamento dei provider che dovranno essere utilizzati da tutti gli enti accreditanti con manuali che dovranno comunque essere validati dalla Commissione nazionale per la Formazione Continua. Tra i requisiti minimi che ogni aspirante provider deve dimostrare di possedere all'atto della richiesta di accreditamento provvisorio vi sono scrupolose indicazioni sulle caratteristiche societarie, risor-

se finanziarie e organizzative, procedure per il controllo della qualità dell'offerta formativa e la massima chiarezza su sponsorizzazioni e patrocini dell'attività svolta. Il percorso è complesso e prevede due fasi:

- accreditamento provvisorio, concesso entro sei mesi dopo la verifica dei requisiti e valido due anni;
- accreditamento standard, che può essere richiesto dopo i primi 12 mesi se il provider vanta una esperienza almeno triennale in materia; dopo 18 mesi per i neo-provider.

L'ente accreditante (Commissione nazionale, Regioni e/o Provincie autonome) dovrà visitare ogni anno almeno il 10% dei soggetti selezionati, verificando il permanere di requisiti e qualità richiesti.

### 6. Albo nazionale dei provider accreditati

L'Albo nazionale dei provider ECM, curato dalla Commissione nazionale per la Formazione Continua, include sia i provider accreditati a livello nazionale che quelli accreditati a livello regionale/provinciale. Nell'Albo saranno raccolte anche le segnalazioni di criticità rilevate dal sistema di controllo della qualità.

## 7. Controlli, verifiche e monitoraggio qualità

Confermati i compiti degli organismi di controllo.

- Il Comitato di garanzia, già previsto dall'accordo Stato Regioni del 2009, costituito in seno alla Commissione nazionale ECM e composto di 5 membri; in analogia le Regioni e le Province potranno approntare Comitati di Garanzia locali.
- L'Osservatorio nazionale sulla formazione continua, previsto già nel 2007, e "replicato" poi negli Osservatori regionali.

\*Tesoriera Fnco, componente Commissione nazionale Formazione Continua

### Dal 13 agosto obbligatoria l'Assicurazione per la Responsabilità Civile professionale

Dal 13 agosto 2012 la stipula della polizza RC diverrà un obbligo giuridico per tutti i professionisti iscritti in Ordini/Collegi professionali. Infatti, tra le recenti novità normative che apportano modifiche agli ordinamenti professionali, introdotte con il decreto-legge 138/2011 convertito, con modificazioni, dalla legge 148/2011, vi è l'obbligo per ogni professionista di stipulare una idonea assicurazione di responsabilità professionale a tutela del cliente, i cui estremi ed il cui massimale devono essere comunicati al momento dell'assunzione dell'incarico (1).

La norma istitutiva dell'obbligatorietà è stata introdotta al fine di garantire la qualità del servizio al cliente, assicurandogli il diritto al risarcimento dei danni derivanti da eventuali inadempienze/negligenze/errori del professionista, nonché per tutelare il professionista da eventuali richieste di risarcimento danni. È utile evidenziare che, sino ad ora, le assicurazioni professionali erano fortemente consigliate, ma dal prossimo 13 agosto, la stipula della polizza RC diverrà un obbligo giuridico per tutti i professionisti inscritti in Ordini/Collegi professionali e, pertanto, la violazione del suddetto obbligo costituirà illecito disciplinare, così come altresì indicato nello schema di DPR di riforma degli ordinamenti professionali in attuazione dell'art. 3, comma 5, del DL 138/2011.

Corre l'obbligo di segnalare che il Consiglio di Stato, con parere nr. 5262 del 10 luglio 2012, nell'esprimere parere favorevole allo schema di DPR di riforma degli ordinamenti professionali, ha posto in evidenza diverse criticità rilevate nei punti cardine del provvedimento; in particolare il Consiglio di Stato ha specifica-

to che "appare preferibile utilizzare il termine contenuto nella norma primaria, che stabilisce che le condizioni generali delle polizze assicurative possono essere 'negoziate, in convenzione con i propri iscritti, dai Consigli Nazionali e dagli enti di previdenza dei professionisti' in luogo della possibilità per il professionista, prevista nello schema, di "stipulare anche per il tramite di convenzioni collettive negoziate dai consigli nazionali degli ordini o collegi o da associazioni professionali o da casse o enti di previdenza, idonea assicurazione".

Tenuto conto che la norma dell'obbligatorietà imposta dal legislatore si limita ad indicare che l'assicurazione RC dovrà essere "idonea" senza specificare in cosa consista tale idoneità e quali siano i rischi professionali oggetto di copertura, la Fnco si riserva di porre in essere ogni attività utile al fine di individuare una compagnia assicurativa solida con cui negoziare le condizioni di un accordo quadro volto a garantire una reale copertura assicurativa dei rischi derivanti da qualsiasi attività professionale svolta dall'ostetrica/o.

1 legge 148/2011, art. 3, comma 5, lettera e): "A tutela del cliente, il professionista è tenuto a stipolare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale. Il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale e il relativo massimale. Le condizioni generali delle polizze assicurative di cui al presente comma possono essere negoziate, in convenzione coi propri iscritti, dai Collegi Nazionali e dagli Enti previdenziali dei professionisti."

# VIII Rapporto CeDAP

## COME STA CAMBIANDO L'EVENTO NASCITA IN ITALIA

#### di Maria Vicario\*

consigliere FNCO; Operatore Professione Dirigente Seconda Università degli Studi di Napoli

a rilevazione dei dati del Certificato di assistenza al parto (CeDAP), che ha avuto inizio il 1° gennaio 2002, fornisce informazioni di carattere sanitario, epidemiologico e socio-demografico e viene effettuata secondo criteri generali dettati dal Decreto del Ministero della Sanità 16 luglio 2001, n. 349, mentre le modalità di attuazione sono indicate dalla Circolare del Ministero della Salute n. 15 del 19/12/2001. I dati più recenti, riferiti all'analisi dell'evento nascita nell'anno 2009 e che si riferiscono ad un totale di 549 punti nascita, risultano di buona qualità in termini sia di correttezza sia di completezza. Rimandando ad una più approfondita analisi dell'VIII Rapporto CeDAP, si evidenziano, per esigenze di spazio in questa sede, solo alcuni indicatori quali:

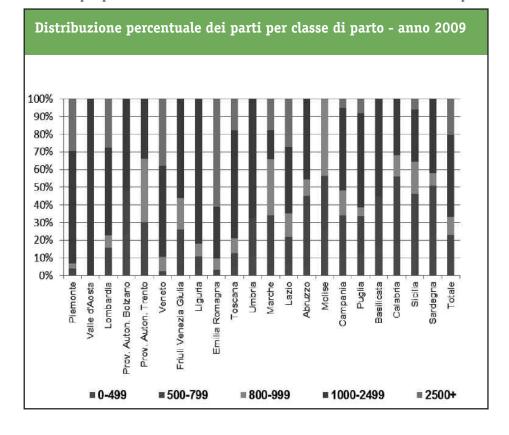
- luogo del parto;
- · caratteristica delle madri;
- la gravidanza- le indagini diagnostiche in gravidanza;
- il parto;
- taglio cesareo.

Il 66,7% dei parti nell'anno 2009 è avvenuto in strutture dove avvengono almeno 1.000 parti annui e che rappresentano il 37,2% dei 549 punti nascita analizzati che sono stati classificati per numerosità dei parti annui,

#### ovvero:

- meno di 500 parti annui;
- almeno 500 e fino a 799 parti annui;
- almeno 800 e fino a 999 parti annui;
- almeno 1.000 e fino a 2.499 parti annui;
- 2500 e più parti annui.

Nelle regioni del nord (Piemonte/Valle D'Aosta/Veneto/E. Romagna) il 90% dei parti avviene in punti nascita di grandi dimensioni (oltre 1.000 parti annui), mentre nelle regioni del sud si osserva una prevalenza dei parti nelle strutture con meno di 800 parti



annui. L'VIII Rapporto CeDAP 2009, seppur con diversa distribuzione geografica, conferma un crescendo delle madri di cittadinanza non italiane (18%) con aree geografiche più rappresentative Africa ed Unione Europea. Nell'anno 2009 è ulteriormente aumentata l'età media delle madri straniere con valori mediani di 28.3 anni vs. 32.3 anni delle madri italiane.

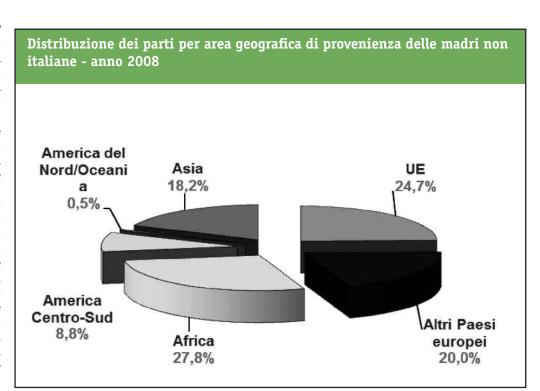
Oltre l'84% delle gravide ha effettuato più di 4 visite in gravidanza con correlazioni significative con le caratteristiche sociodemografiche delle madri che, se di bassa scolarità, effettuano la prima visita oltre la 12° settimana, con un numero di ecografie superiori a 3 per ogni gravidanza ed una variabilità geografica che oscilla tra 4 ecografie della Provincia Autonoma di Trento e 6.7 della Regione Basilicata.

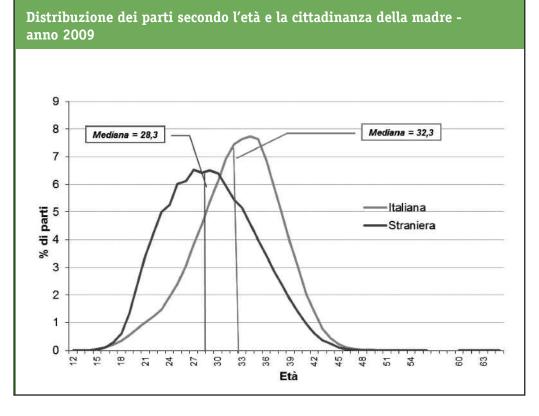
La tecnica diagnostica prenatale invasiva più diffusa è l'amniocentesi con un tasso diversificato a livello regionale che varia dal12% delle regioni del sud al 28% della Valle d'Aosta.

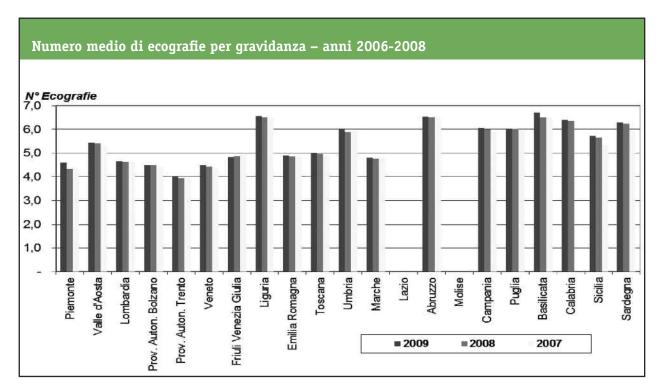
I dati relativi alla durata della gestazione derivano da una classificazione in quattro classi le settimane di gravidanza:

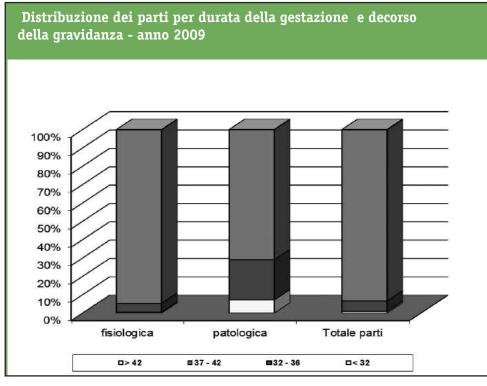
- meno di 32 W;
- tra 32 e 36 W parti pretermi-
- 37- 42 dei parti a temine;
- maggiore di 42 W.

L'analisi delle modalità di espletamento del parto, effettuata sia rispetto al luogo sia rispetto alla









presentazione del feto, conferma il ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica (38.0%) con notevoli differenze regionali,

Rispetto al luogo del parto si registra, anche per l'anno 2009, una elevata propensione del ricorso al T.C. nelle case di cura accreditate dove si effettuano circa il 58.3% dei T.C.

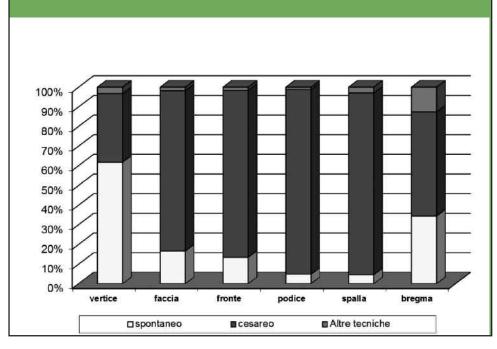
La distribuzione regionale, secondo i professionisti sanitari presenti al parto, è molto varia: nel 90.36% dei parti è presente la figura del ginecologo e nel 96.68% la figura ostetrica, mentre la distribuzione regionale dei parti vaginali secondo la persona di fidu-

#### Distribuzione regionale della percentuale dei parti cesarei sul totale dei parti - anno 2009 Valore % 70,0 60,0 50.0 40,0 30,0 20,0 10,0 Lombardia Auton. Trento Veneto Toscana Puglia Sicilia Friuli Venezia Giulia Emilia Romagna Prov. Auton. Sampania Calabria

cia della donna presente in sala parto oscilla da un 100% della figura paterna del Molise ad un 42% della Campania come dato italiano più basso in assoluto per una regione dove nell'anno 2006 è stata emanata la legge n. 12 del 6 marzo 2006 "Norme per la promozione del parto fisiologico".

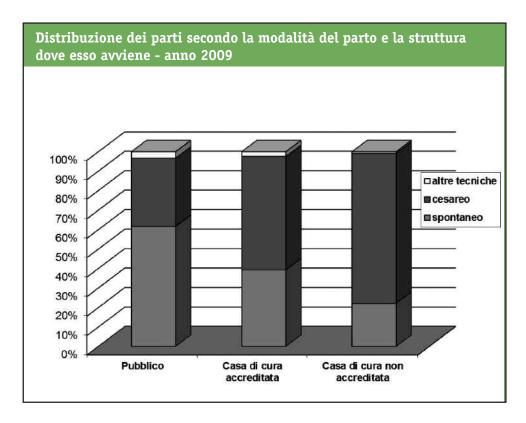
La procedura chirurgica è più frequente nella donne con cittadinanza italiana (40.1%) rispetto alla madri di cittadinanza straniera (28.6%)







Nelle regioni del Nord (Piemonte, Valle D'Aosta, Veneto, Emilia Romagna) il 90% dei parti avviene in punti nascita di grandi dimensioni (oltre 1.000 parti annui), mentre nelle regioni del Sud si osserva una prevalenza dei parti nelle strutture con meno di 800 parti annui.



# Distribuzione regionale dei parti vaginali secondo la persona di fiducia della donna presente in sala parto

Regione	Padre	Altro Familiare	Persona di fiducia	Totale	% Non Indicato errato
Piemonte	95,02	4,12	0,86	100,00	9,49
Valle d'Aosta	95,97	2,86	1,17	100,00	14,16
Lombardia	95,61	3,54	0,85	100,00	9,69
Prov. Auton. Bolzano	97,75	1,64	0,61	100,00	7,94
Prov. Auton. Trento	95,28	3,62	1,10	100,00	13,65
Veneto	96,93	2,27	0,80	100,00	14,00
Friuli Venezia Giulia	96,36	3,02	0,62	100,00	11,55
Liguria	94,73	4,25	1,02	100,00	10,11
Emilia Romagna	92,20	6,16	1,63	100,00	17,83
Toscana	94,29	4,40	1,31	100,00	17,02
Umbria	91,25	7,41	1,34	100,00	11,74
Marche	93,44	5,31	1,25	100,00	15,61
Lazio					100,00
Abruzzo	85,67	6,78	7,55	100,00	41,00
Molise	100,00	-	-	100,00	99,83
Campania	42,96	56,72	0,32	100,00	75,03
Puglia	85,44	12,11	2,45	100,00	58,06
Basilicata	88,57	11,01	0,42	100,00	49,04
Calabria	71,80	26,91	1,29	100,00	36,08
Sicilia	89,76	9,12	1,12	100,00	28,91
Sardegna	90,74	8,07	1,19	100,00	21,26
Totale	92,27	6,57	1,16	100,00	30,17

### Distribuzione regionale dei parti vaginali secondo la persona di fiducia della donna presente in sala parto

Regione	Cittadinanza		Totale parti	% Non indicato /	
	Italiana	Straniera		errato	
Piemonte	32,7	27,3	35.512	0,06	
Valle d'Aosta	27,9	24,3	1.231	-	
Lombardia	29,2	27,0	98.871	0,06	
Prov. Auton. Bolzano	24,0	23,0	5.371	2,0	
Prov. Auton. Trento	27,2	23,9	4.995	1,2	
Veneto	30,1	28,2	46.772	1,2	
Friuli Venezia Giulia	24,0	25,1	10.340	1,1	
Liguria	37,8	29,8	11.694	0,5	
Emilia Romagna	31,2	26,8	41.752	0,2	
Toscana	25,3	18,6	32.228	0,7	
Umbria	34,0	29,4	8.407	9,3	
Marche	35,0	30,4	14.313	1,2	
Lazio	44,5	37,4	54.404	0,0	
Abruzzo	44,4	33,8	10.464	12,0	
Molise	44,9	31,0	2.185	0,0	
Campania	60,8	40,6	58.758	0,8	
Puglia	48,0	34,4	34.744	0,5	
Basilicata	47,1	45,0	4.466	0,2	
Calabria	46,0	35,5	15.316	2,1	
Sicilia	53,4	38,4	44.230	0,1	
Sardegna	39,6	33,5	12.517	0,1	
Totale	40,1	28,6	548.570	0,1	

#### Conclusioni

La progettazione dei flussi informativi è finalizzata a regolare gli interscambi tra le componenti del sistema sociosanitario per la condivisione di tutti i dati disponibili. Rientra in tale ambito il flusso informativo relativo alla nascita ottenuto tramite i certificati di assistenza al parto (CeDAP) e realizzato con nuove modalità di gestione che prevedono l'invio dei dati per via telematica.

L'ostetrica-o, cui competono responsabilità in una serie di "scritture" che vanno dal certificato di assistenza al parto, la dichiarazione di nascita, la compilazione del registro parti, fino alla registrazione delle procedure per l'abbandono del neonato, ha una specifica competenza nella gestione del flusso informativo CedAP. Il certificato viene redatto, non oltre il decimo giorno dalla nascita, a cura dell'oste-

trica/o o del medico che ha assistito il parto o del medico responsabile dell'unità operativa in cui è avvenuta la nascita. I certificati compilati affluiscono ai competenti Uffici regionali, i quali trasmettono i dati, semestralmente, al Ministero della Salute; quest'ultimo trasmette a sua volta, annualmente, all'Isti-

tuto nazionale di statistica (ISTAT), copia dell'archivio nazionale, priva di elementi identificativi diretti. La modalità cartacea di compilazione è, attualmente, in via di sostituzione con la modalità informatica, che permette una più rapida raccolta, trasmissione, analisi ed archiviazione dei dati.



All'ostetrica/o competono responsabilità in una serie di "scritture" che vanno dal certificato di assistenza al parto, alla dichiarazione di nascita, alla compilazione del registro parti, fino alla registrazione delle procedure per l'abbandono del neonato. Per questo l'ostetrica/o ha una specifica competenza nella gestione del flusso informativo CedAP

# TAVOLITECNICI AL MINISTERO PER RIDEFINIRE LE COMPETENZE DELL'INFERMIERE E DELL'OSTETRICA/O

Cristina Pavesi\*

esigenza di aumentare le competenze delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione di ostetrica è un'esigenza formulata dalle Regioni, che hanno constatato tale necessità sia per la consolidata evoluzione formativa ed ordinamentale delle stesse che per la dinamica evoluzione in corso dell'organizzazione del lavoro sanitario anche alla luce dei progressi scientifici e tecnologici nel settore.

L'obiettivo, come ha dichiarato il coordinatore del tavolo Ministero-Regioni presso il ministero della Salute Saverio Proia, è quello di espandere le competenze di ogni professione sanitaria, dando pertanto per acquisito e consolidato il contenuto di competenze di ogni profilo professionale ed implementandolo di nuove più avanzate, mentre non c'è alcuna volontà di contaminazione delle competenze proprie tra ciascuna delle 22 professioni

Come indicato dallo stesso Proia, Il ministero della Salute ha deciso di iniziare dalla questione, forse più complessa e complicata, del nuovo rapporto tra la professione infermieristica e la professione medica esaminando quali nuove competenze, perlopiù ora formalmente esercitate dai medici, possano essere ulteriormente affidate agli infermieri, sulla base delle esperienze positive di alcune Regioni e di quelle consolidate in altri sistemi sanitari degli altri Stati dell'Unione Europea e extra U.E. (per approfondire v. Quotidiano Sanità: http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\_id=8895)

Come risultato di questo lavoro, il 13 aprile scorso il ministero della Salute ha trasmesso a tutte le Federazioni/Associazioni, per una valutazione di merito, la bozza di Accordo Stato Regioni per la "ridefinizione, implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pe-



diatrico", quale primo step di un progetto di ridefinizione delle competenze ed introduzione delle specializzazioni per tutte le professioni sanitarie, ai sensi dell'art. 6 della L. 43/2006.

Il documento, elaborato da uno specifico Tavolo Tecnico tra il Ministero della Salute e gli Assessorati regionali della Sanità, è stato diffuso dagli organi di stampa ancor prima dell'invio da parte del Ministero.

## La posizione della Fnco sulla ridefinizione delle competenze infermieristiche

Il Comitato Centrale della Fnco, convocato d'urgenza in data 20 aprile 2012 a fronte dei tempi stretti richiesti dal Ministero della Salute, al quale entro una settimana occorreva inviare un parere, dopo una minuziosa analisi della proposta di Accordo Stato-Regioni e dei relativi allegati contenenti le competenze declinate per gli infermieri, tra l'altro pubblicati anche dagli organi di stampa, ha ritenuto opportuno comunicare al Ministero di non condividere tale documento in quanto, in molti punti delle diverse aree di intervento (ad esempio area chirurgica, competenze trasversali, cure primarie, educazione alla salute), si ravvisava una potenziale erosione e sovrapposizione con le competenze proprie della professione ostetrica/o (v. Quotidiano sanità http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\_id=8454)

Ciò perchè il nostro profilo, come quello infermieristico, ed a differenza di altri profili del comparto sanitario, rientra specificatamente nell'area assistenziale. È stata pertanto sottolineata la necessità che dal documento si dovesse evincere che le competenze avanzate infermieristiche non riguardano l'area assistenziale ostetrica, ginecologica e neonatale per tutti gli ambiti delle cure primarie, chirurgiche e trasversali.



E stato annunciato che presto si apriranno i lavori da parte di nuovi tavoli tecnici per la ridefinizione, implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità di altri profili sanitari tra cui l'ostetrica/o. La Fnco ha già discusso e messo a punto una bozza di documento per fornire un proprio contributo tecnico ai lavori

Il Comitato Centrale della Fnco ha inoltre ritenuto opportuno comunicare al ministero della Salute la non condivisione del metodo adottato specificando che, pur condividendo il progetto volto a ridefinire, implementare ed approfondire le competenze e le responsabilità di tutti i profili delle professioni sanitarie, tale processo non può prescindere da un approccio sistemico alla particolare complessità nella quale oggi versa il nostro sistema sanitario, e quindi dalla realizzazione di un programma che, nel tenere in considerazione tutte le interconnessioni professionali, sia in grado di garantire l'ottimizzazione delle risorse e delle peculiarità di ciascun profilo.

Il Comitato Centrale, inoltre, nell'intento di esprimere una posizione quanto più possibile oggettiva e finalizzata ad individuare proposte migliorative della qualità assistenziale negli ambiti di competenza della professione ostetrica nel Ssn, ha ritenuto imprescindibile realizzare anche un momento di confronto con i rappresentanti di tutti i Collegi provinciali/interprovinciali delle ostetriche presenti sul territorio.

Pertanto il 22 giugno scorso è stata convocata un'Assemblea straordinaria del Consiglio nazionale della Fnco su questi temi. Ciò ha consentito di condurre una più approfondita analisi sulla bozza di Accordo Stato Regioni per la "ridefinizione, implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico", apportandovi modifiche la cui necessità poteva emergere solo confrontando le diverse esperienze riportate da chi opera in una realtà variegata quale è il Ssn.

Tale ulteriore analisi, scaturita dall'Assemblea e dal confronto con tutti i Collegi, è stata inviata al ministero della Salute.

## A proposito della ridefinizione delle competenze ostetriche

È stato annunciato in diverse occasioni che, concluso il documento degli infermieri, seguiranno i lavori da parte di nuovi tavoli tecnici (dei quali faranno parte anche rappresentanti della categoria delle ostetriche, per il nostro pro-

filo) in merito alla ridefinizione, implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità del tecnico di radiologia, fisioterapista, tecnico di laboratorio, ostetrica/o, audioprotesista.

La Fnco, al fine di esser pronta nel fornire un proprio contributo tecnico di fronte ad una richiesta urgente da parte del Ministero, ha attivato dal mese di maggio un processo di ridefinizione, implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità pro-

fessionali dell'ostetrica/o.

Sempre durante la riunione straordinaria dell'Assemblea nazionale è stata pertanto condivisa la bozza del documento elaborato dalle componenti del Comitato Centrale, già diffuso in via preliminare a tutti i Collegi delle ostetriche ed ai coordinatori CLO per un democratico ed doveroso confronto. Alcuni Collegi hanno inoltre diffuso tale bozza anche ai propri iscritti per un puntuale feedback con chi lavora "sul campo".

Ora aspettiamo che il ministero della Salute avvii i tavoli tecnici.

\*segretaria Fnco



### LUCINA – LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

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

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

#### Periodicità: bimestrale

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

Sono trattate anche problematiche legali di interesse professionale.

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

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

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

## COME RICEVERE LA RIVISTA

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

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

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

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

### NORME EDITORIALI

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

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

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

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

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

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

Federazione Nazionale Collegi Ostetriche Piazza Tarquinia 5/d - 00183 Roma e-mail: presidenza@fnco.it web: www.fnco.it Tel. 06 7000943 - Fax 06 7008053





LUCINA

La rivistadell'ostetrica/o organo ufficiale della Fnco

**FNCO** 

Federazione Nazionale Collegi Ostetriche

