

NUMERO 3/2012

ANNO II



3/2012

LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

ORGANO UFFICIALE DELLA
FEDERAZIONE NAZIONALE
COLLEGI OSTETRICHE

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



EDITORIALE

Le ostetriche nella
riorganizzazione del
sistema sanitario pubblico

ATTUALITÀ

Riforma delle professioni:
poche novità per il mondo
sanitario

RICERCA IN OSTETRICIA

Concorso Adisco 2012.
Premio ex aequo
per due ostetriche

SOMMARIO

EDITORIALE

- 3 Le ostetriche nella riorganizzazione del sistema sanitario pubblico

ATTUALITÀ

- 4 La riforma delle professioni: poche novità per le professioni sanitarie
7 Il testo del DPR di riforma degli ordinamenti professionali
16 La "pillola dei 5 giorni dopo"

RICERCA IN OSTETRICIA

- 17 Concorso Adisco 2012. Premio ex aequo per due ostetriche
18 Abstract. Donatori di vita alla nascita. Dalle criticità al banking, passando attraverso l'ottimizzazione della raccolta di SCO
19 Abstract. La raccolta del sangue cordonale: strategie attuate per incrementare numero e qualità delle unità di sangue cordonale da donazione solidaristica

RECENSIONE

- 20 The Midwifery partnership. Un modello per la professione ostetrica

STUDI

- 21 Il contenzioso medico-legale in ostetricia. La storia di questo fenomeno nei tribunali italiani

FNCO

- 33 Good professional standing: un certificato che deve essere rilasciato dal ministero
34 Una traccia per l'elaborazione di un articolo scientifico



LUCINA
LA RIVISTA DELL'OSTERICA/O



Organo della Federazione
Nazionale dei Collegi
delle Ostetriche

Anno II numero 3
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
Novembre 2012

Le ostetriche nella riorganizzazione del sistema sanitario pubblico

di **Miriam Guana**

“Senza un sostegno di protezione sanitaria e sociale alle donne si rischia di non tutelare la salute delle generazioni future”. Le ostetriche hanno così comunicato il proprio consenso alla protesta *“per sostenere la tutela di un sistema di salute pubblico equo, universalistico, di qualità e accessibile”.*

La Federazione nazionale dei colleghi delle ostetriche (Fnco) ha esternato la sua adesione alla manifestazione nazionale del 27 ottobre *“Diritto alla cura. Diritto a curare”*, sottolineando l'importanza di sostenere *“un sistema di salute pubblico equo, universalistico, di qualità e accessibile alle donne e ai loro bambini”.*

Sostenere i principi della manifestazione ha significato non solo tutelare il diritto alla salute per i cittadini italiani previsto nella Costituzione, ma anche preservare un valore fondamentale della professione presente nel Codice Deontologico dell'ostetrica/o: *“Tutelare e promuovere la salute di genere in ogni età, individuando situazioni di fragilità, disagio, privazione e violenza, fornendo adeguato supporto e garantendo la segnalazione alle autorità preposte, per quanto di sua competenza”.*

A testimonianza del supporto, una delegazione delle ostetriche appartenenti al collegio di Roma erano presenti in piazza per protestare contro gli ulteriori tagli al Ssn e per sostenere le colleghe che quotidianamente lavorano, sottoposte a turni estenuanti per carenza di personale e che, tuttavia, continuano ad assistere nei consultori nelle Unità Operative di ostetricia e ginecologia le donne, i neonati ed i loro genitori con professionalità e spirito di servizio.

Infine, la Fnco ha rimarcato il possibile avvio di una nuova fase del sistema sanitario pubblico e, in particolare nell'ambito del percorso nascita, auspica:

- la riorganizzazione dei servizi socio-sanitari con l'attuazione di modelli assistenziali che possano contrastare efficacemente l'alta incidenza dei tagli cesarei;
- la valorizzazione di percorsi dedicati in cui sia tutelata la fisiologia della gravidanza/parto, l'appropriatezza e l'equità delle cure anche per le donne e le famiglie fragili in attesa di un figlio e che vivono situazioni di disagio economico;
- l'attivazione del sostegno a domicilio dopo il parto garantendo così la continuità delle cure.

Il potenziamento dei servizi distrettuali (assistenza domiciliare e cure primarie), come indicato nel *“decreto Balduzzi”*, 13 settembre 2012, n. 158, recante *“Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”.* Nel decreto Balduzzi un ruolo determinante sarà rivestito dalle Regioni che dovranno riorganizzare l'assistenza primaria secondo modalità operative monoprofessionali denominate aggregazioni funzionali territoriali (Aft) e forme organizzative multiprofessionali denominate unità complesse di cure primarie (Uccp) che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Ssn, degli infermieri, delle ostetriche, delle tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. L'ostetrica/o è indicata tra le figure professionali che dovranno contribuire nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale. Avrà quindi l'opportunità di esprimere le sue competenze, recuperando la collaborazione con i medici di famiglia e con i pediatri come peraltro già avveniva fino alla fine degli anni '70 prima della soppressione della condotta ostetrica.



Miriam Guana

Presidente della Federazione Nazionale Collegi Ostetriche

*Pubblicato in Gazzetta
Ufficiale il DPR*

LA RIFORMA DELLE PROFESSIONI: POCHE NOVITÀ PER LE PROFESSIONI SANITARIE

di Miriam Guana

Il mondo delle professioni è stato oggetto, in questi ultimi anni, di numerosi interventi volti a favorire i principi della liberalizzazione e della concorrenza, però gli interventi più incisivi si sono avuti nel corso di questa legislatura.

Con il decreto legge n.98/2011 il Governo Berlusconi aveva provato a delineare un primo tentativo di riforma, ma è poi con il decreto legge n.138 del 2011 (convertito dalla legge n.148 del 2011) che è stata concretamente delineata la riforma delle professioni regolamentate prevedendo che gli ordinamenti professionali debbano garantire che l'esercizio dell'attività risponda senza eccezioni ai principi di libera concorrenza. In particolare, l'art. 3, comma 5, del decreto legge 138/2011 ha previsto che gli ordinamenti professionali devono garantire:

1. libertà dell'accesso alla professione ed eliminazione di ogni limitazione territoriali o nazionale del numero di persone abilitate ad esercitare una certa professione, fatte salve ragioni di interesse pubblico;
2. obbligo per il professionista di seguire percorsi di formazione continua permanente;
3. adeguamento del tirocinio all'esigenza di garantire lo svolgimento effettivo dell'attività formativa;
4. pattuizione del compenso professionale tra le parti al momento del conferimento dell'incarico (tariffe derogabili);
5. obbligo, per il professionista, di stipulare idonea assicurazione a tutela del cliente, per i rischi professionali;
6. previsione di organismi disciplinari separati da quelli di natura amministrativa;

7. libertà di pubblicità informativa sulla specializzazione professionale, struttura dello studio e compensi richiesti per le prestazioni.

Le citate norme del decreto legge 138/2011 (anche a seguito della conversione) non facevano però riferimento ad una delega ma si limitavano a stabilire un obbligo di riforma degli ordinamenti professionali, da realizzare entro il termine di 12 mesi. La disposizione presentava un carattere programmatico, volto a orientare il futuro legislatore, ma non un impegno specifico e, per tale ragione, su questo quadro si è inserito l'art. 10 della legge 183/2011 (legge di stabilità 2012) che – modificando il decreto legge 138/2011 – ha disposto che i principi indicati all'art. 3 avrebbero dovuto orientare il Governo nell'opera di delegificazione degli ordinamenti professionali (da realizzare entro il 13 agosto 2012), delegificazione che comporterà – dal momento dell'emanazione dei relativi regolamenti – l'abrogazione delle leggi professionali vigenti. Lo stesso art. 10 della legge di stabilità regolamenta

“

Le norme in materia disciplinare non si applicano alle professioni sanitarie e a tutte le istituzioni professionali costituite prima dell'entrata in vigore della Costituzione



l'esercizio delle professioni in forma societaria, abrogando la legge sulle associazioni professionali.

La legge 183/2011 ha, inoltre, disposto che entro il 31 dicembre 2012 il Governo debba altresì raccogliere in un testo unico compilativo le disposizioni aventi forza di legge che non risultano abrogate per effetto dell'entrata in vigore del regolamento di delegificazione.

Pertanto, dopo che il cosiddetto decreto "liberalizzazioni" (D.L. n. 1/2012) ha abrogato il sistema delle tariffe professionali regolamentate, la delega è stata realizzata con il DPR 7 agosto 2012, n. 137. Il DPR rappresenta dunque il Regolamento in materia di professioni, si riferisce esclusivamente alle professioni regolamentate (ordinistiche), fatte salve le specificità di quelle sanitarie, e prevede:

1. norme per l'effettivo svolgimento dell'attività formativa durante il tirocinio che non potrà durare più di 18 mesi; prevede l'obbligatorietà della formazione continua permanente, la cui violazione costituisce illecito disciplinare;
2. l'obbligatorietà dell'assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale, della quale deve essere data notizia al cliente (si applica solo ai liberi professionisti);
3. nuovi organismi disciplinari diversi da quelli aventi funzioni amministrative; più precisamente è stata introdotta l'incompatibilità della carica di consigliere dell'Ordine territoriale o di consigliere nazionale con quella di membro dei consigli di disciplina territoriali e nazionali corrispondenti (non si applica alle professioni sanitarie);
4. consente la pubblicità informativa con ogni mezzo e stabilisce che questa possa avere ad oggetto, oltre all'attività professionale esercitata, i titoli e le specializzazioni del professionista, l'organizzazione dello studio ed i compensi praticati; dovrà essere funzionale all'oggetto, veritiera e corretta e quindi non equivoca, ingannevole o denigratoria e non deve violare l'obbligo del segreto professionale; il venir meno di tali condizioni costituisce illecito disciplinare (si applica alle professioni sanitarie);
5. detta disposizioni specifiche per la professione forense e

la professione notarile.

Le disposizioni in materia disciplinare non si applicano alle professioni sanitarie (come già previsto dal decreto legge) e a tutte le professioni istituite prima dell'entrata in vigore della Costituzione; ciò perché gli organi disciplinari di tali professioni, come ribadito dalla Corte Costituzionale, hanno "natura giurisdizionale" e risultano pertanto garantiti da una riserva assoluta di legge.

Con l'entrata in vigore del regolamento (15 agosto 2012) sono abrogate tutte le norme incompatibili con i principi contenuti nel D.L. 138 ed entro il 31 dicembre 2012 il Governo dovrà raccogliere in un testo unico le disposizioni aventi forza di legge che non risultano abrogate.

Il testo definitivo approvato dal Consiglio dei Ministri ha accolto le condizioni e le osservazioni rilevate prima dal Consiglio di Stato (con parere del 11/7/2012) e poi della Commissione Giustizia (del 26/07/2012). In particolare:

1. è riportata una nuova definizione di "professione regolamentata" facendo esplicito riferimento all'art. 33 della Costituzione per l'accesso a determinate professioni solo mediante esame di Stato;
2. l'obbligatorietà del tirocinio è vigente solo se prevista dai singoli ordinamenti e viene demandata a regolamenti emanati dai Consigli nazionali la successiva disciplina di dettaglio; inoltre, è stata eliminata l'incompatibilità di svolgimento del tirocinio con il mantenimento di un rapporto di pubblico impiego (non si applica alle professioni sanitarie);
3. è stato affidato ai Consigli nazionali degli ordini e collegi, sentito il Ministro vigilante, il potere di regolamentare gli obblighi di formazione continua;
4. in materia disciplinare è meglio regolamentato il principio di separazione tra organi disciplinari ed organi amministrativi affidando a regolamenti attuativi dei consigli nazionali di Ordini e Collegi le modalità per la ripartizione delle funzioni disciplinari ed amministrative tra i consiglieri degli stessi organi di autogoverno nazionale (non si applica alle professioni sanitarie);



La manifestazione che si è svolta a Roma lo scorso 27 ottobre, per la difesa della sanità italiana, sotto lo slogan "Diritto alla cura. Diritto a curare". Nella foto: Giovani ostetriche e ostetrici con uno striscione della Fnco.

5. in relazione all'assicurazione obbligatoria, è data ai soli Consigli nazionali degli Ordini e Collegi ed agli enti previdenziali dei professionisti (non anche ad associazioni professionali) la possibilità di negoziare polizze collettive; per consentire la negoziazione degli accordi, il regolamento differisce di 12 mesi gli obblighi assicurativi (si applica solo ai liberi professionisti).

Il DPR n.137 del 2012 giunge al termine di un articolato processo di riforma che può farsi risalire al 2009 anno in cui l'Autorità garante della concorrenza e del mercato aveva concluso un'indagine conoscitiva su diversi ordini professionali, rilevando una certa resistenza da parte dei medesimi all'attuazione dei principi concorrenziali in materia di servizi professionali contenuti nella "riforma Bersani" (decreto legge 223/2006, convertito dalla legge 248/2006). L'Autorità antitrust in particolare si soffermava sul mancato adeguamento dei codici deontologici a tali principi, sulla questione dell'abolizione dei minimi tariffari, sui temi dell'accesso alle professioni e della formazione dei professionisti, sulla costituzione di società multidisciplinari.

Il Governo è, come detto sopra, ulteriormente intervenuto nel settore con il cosiddetto decreto legge liberalizzazioni (decreto-legge n.1 del 2012, convertito dalla legge 27/2012), il cui articolo 9 è tornato a disciplinare le professioni regolamentate prevedendo:

1. l'abrogazione delle tariffe professionali (si applica alle professioni sanitarie);
2. la pattuizione del compenso al momento del conferimento dell'incarico; il professionista dovrà predisporre "un pre-

ventivo di massima" che renda preventivamente nota al cliente la misura del compenso (si applica alle professioni sanitarie);

3. l'obbligo per il professionista di dotarsi di una assicurazione per la responsabilità civile (si applica alle professioni sanitarie che esercita l'attività libero professionale);
4. la durata massima del tirocinio in 18 mesi, con la previsione di un rimborso spese forfetario al tirocinante dopo i primi sei mesi di tirocinio. (non si applica alle professioni sanitarie);

L'articolo 9-bis del decreto "liberalizzazioni" modifica, inoltre, la disciplina della società tra professionisti, prevedendo:

1. una presenza minoritaria dei soci di capitale rispetto ai soci professionisti (sia il numero dei soci professionisti che la loro partecipazione al capitale sociale deve comunque determinare la maggioranza di 2/3 nelle deliberazioni o decisioni dei soci); il venir meno di tale condizione costituisce causa di scioglimento della società (si applica alle professioni sanitarie);
2. un minimo di 3 soci per l'eventuale scelta del modello societario cooperativo, l'obbligo di garantire il segreto professionale anche all'interno della società (si applica alle professioni sanitarie);
3. l'obbligo di polizza a copertura della responsabilità civile per danni ai clienti. (si applica alle professioni sanitarie).

Si rimanda ad una scrupolosa lettura del DPR n.137/2012 (v. testo pubblicato all'interno della rivista)

Il testo del DPR di riforma degli ordinamenti professionali

Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n.189 del 14 agosto 2012

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 7 agosto 2012, n. 137
Regolamento recante riforma degli ordinamenti professionali, a norma dell'articolo 3, comma 5, del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148.
Vigente al: 2-10-2012

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'articolo 87, comma quinto, della Costituzione;

Visto l'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400;

Visto l'articolo 3, comma 5, del decreto-legge 13 agosto 2011, n.138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n.148;

Vista la preliminare deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 15 giugno 2012;

Udito il parere del Consiglio di Stato, espresso dalla Sezione consultiva per gli atti normativi nell'Adunanza del 5 luglio 2012;

Acquisiti i pareri delle competenti commissioni della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica; Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 3 agosto 2012;

Sulla proposta del Ministro della giustizia;

Emana
il seguente regolamento:

Capo I Disposizioni generali

Art. 1 Definizione e ambito di applicazione

Fesente decreto:

- a) per «professione regolamentata» si intende l'attività, o l'insieme delle attività, riservate per espressa disposizione di legge o non riservate, il cui esercizio è consentito solo a seguito d'iscrizione in ordini o collegi subordinatamente al possesso di qualifiche professionali o all'accertamento delle specifiche professionalità;
- b) per «professionista» si intende

l'esercente la professione regolamentata di cui alla lettera a).

2. Il presente decreto si applica alle professioni regolamentate e ai relativi professionisti.

Art. 2 Accesso ed esercizio dell'attività professionale

1. Ferma la disciplina dell'esame di Stato, quale prevista in attuazione dei principi di cui all'articolo 33 della Costituzione, e salvo quanto previsto dal presente articolo, l'accesso alle professioni regolamentate è libero. Sono vietate limitazioni alle iscrizioni agli albi professionali che non sono fondate su espresse previsioni inerenti al possesso o al riconoscimento dei titoli previsti dalla legge per la qualifica e l'esercizio professionale, ovvero alla mancanza di condanne penali o disciplinari irrevocabili o ad altri motivi imperativi di interesse generale.

2. L'esercizio della professione è libero e fondato sull'autonomia e indipendenza di giudizio, intellettuale e tecnico. La formazione di albi speciali, legittimanti specifici esercizi dell'attività professionale, fondati su specializzazioni ovvero titoli o esami ulteriori, è ammessa solo su previsione espressa di legge.

3. Non sono ammesse limitazioni, in qualsiasi forma, anche attraverso previsioni deontologiche, del numero di persone titolate a esercitare la professione, con attività anche abituale e prevalente, su tutto o parte del territorio dello Stato, salve deroghe espresse fondate su ragioni di pubblico interesse, quale la tutela della salute. È fatta salva l'applicazione delle disposizioni sull'esercizio delle funzioni notariali.

4. Sono in ogni caso vietate limitazioni discriminatorie, anche indirette, all'accesso e all'esercizio della professione, fondate sulla nazionalità del professionista o sulla sede legale dell'associazione professionale o della società tra professionisti.

Art. 3 Albo unico nazionale

1. Gli albi territoriali relativi alle singole professioni regolamentate, tenuti dai rispettivi consigli dell'ordine o del collegio territoriale, sono pubblici e recano l'anagrafe di tutti gli iscritti, con l'annotazione dei provvedimenti disciplinari adottati nei loro confronti.

2. L'insieme degli albi territoriali di ogni professione forma l'albo unico nazionale degli iscritti, tenuto dal consiglio nazionale competente. I consigli territoriali forniscono senza indugio per via telematica ai consigli nazionali tutte le informazioni rilevanti ai fini dell'aggiornamento dell'albo unico nazionale.

Art. 4 Libera concorrenza e pubblicità informativa

1. È ammessa con ogni mezzo la pubblicità informativa avente ad oggetto l'attività delle professioni regolamentate, le specializzazioni, i titoli posseduti attinenti alla professione, la struttura dello studio professionale e i compensi richiesti per le prestazioni.

2. La pubblicità informativa di cui al comma 1 dev'essere funzionale all'oggetto, veritiera e corretta, non deve violare l'obbligo del segreto professionale e non dev'essere equivoca, ingannevole o denigratoria.

3. La violazione della disposizione di cui al comma 2 costituisce illecito disciplinare, oltre a integrare una violazione delle disposizioni di cui ai decreti legislativi 6 settembre 2005, n. 206, e 2 agosto 2007, n. 145.

Art. 5 Obbligo di assicurazione

1. Il professionista è tenuto a stipulare, anche per il tramite di convenzioni collettive negoziate dai consigli nazionali e dagli enti previdenziali dei professionisti, idonea assicurazione per i danni derivanti al cliente dall'esercizio dell'attività professionale, comprese le attività di custodia di documenti e valori ricevuti dal cliente stesso. Il professionista deve rendere

noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza professionale, il relativo massimale e ogni variazione successiva.

2. La violazione della disposizione di cui al comma 1 costituisce illecito disciplinare.
3. Al fine di consentire la negoziazione delle convenzioni collettive di cui al comma 1, l'obbligo di assicurazione di cui al presente articolo acquista efficacia decorsi dodici mesi dall'entrata in vigore del presente decreto.

Art. 6 Tirocinio per l'accesso

1. Il tirocinio professionale è obbligatorio ove previsto dai singoli ordinamenti professionali, e ha una durata massima di diciotto mesi. Resta ferma l'esclusione delle professioni sanitarie prevista dall'articolo 9, comma 6, del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito dalla legge 24 marzo 2012, n. 27. Il tirocinio consiste nell'addestramento, a contenuto teorico e pratico, del praticante, ed è finalizzato a conseguire le capacità necessarie per l'esercizio e la gestione organizzativa della professione.
2. Presso il consiglio dell'ordine o del collegio territoriale è tenuto il registro dei praticanti, l'iscrizione al quale è condizione per lo svolgimento del tirocinio professionale. Ai fini dell'iscrizione nel registro dei praticanti è necessario, salva l'ipotesi di cui al comma 4, secondo periodo, aver conseguito la laurea o il diverso titolo di istruzione previsti dalla legge per l'accesso alla professione regolamentata, ferme restando le altre disposizioni previste dall'ordinamento universitario.
3. Il professionista affidatario deve avere almeno cinque anni di anzianità di iscrizione all'albo, è tenuto ad assicurare che il tirocinio si svolga in modo funzionale alla sua finalità e non può assumere la funzione per più di tre praticanti contemporaneamente, salva la motivata autorizzazione rilasciata dal competente consiglio territoriale sulla base di criteri concernenti l'attività professionale del richiedente e l'organizzazione della stessa, stabiliti con regolamento del consiglio nazionale dell'ordine o del collegio, previo parere vincolante del ministro vigilante.
4. Il tirocinio può essere svolto, in misura non superiore a sei mesi, presso enti o professionisti di altri Paesi con titolo equivalente e abilitati all'esercizio della professione. Il tirocinio può essere altresì svolto per i primi sei mesi, in presenza di specifica convenzione quadro tra il consiglio nazionale dell'ordine o collegio, il ministro dell'istruzione, università e ricerca, e il ministro vigilante, in concomitanza con l'ultimo anno del corso di studio per il conseguimento della laurea necessaria. I consigli territoriali e le università pubbliche e private possono stipulare convenzioni, conformi a quella di cui al periodo precedente, per regolare i reciproci rapporti. Possono essere stipulate analoghe convenzioni tra i consigli nazionali degli ordini o collegi e il ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione, per lo svolgimento del tirocinio presso pubbliche amministrazioni, all'esito del corso di laurea. Resta ferma l'esclusione delle professioni sanitarie prevista dall'articolo 9, comma 6, del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito dalla legge 24 marzo 2012, n. 27.
5. Il tirocinio può essere svolto in costanza di rapporto di pubblico impiego ovvero di rapporto di lavoro subordinato privato, purché le relative discipline prevedano modalità e orari di lavoro idonei a consentire l'effettivo svolgimento. Sul rispetto di tale disposizione vigila il locale consiglio dell'ordine o collegio.
6. Il tirocinio professionale non determina l'instaurazione di rapporto di lavoro subordinato anche occasionale, fermo quanto disposto dall'articolo 9, comma 4, ultimo periodo, del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27.
7. L'interruzione del tirocinio per oltre tre mesi, senza giustificato motivo, comporta l'inefficacia, ai fini dell'accesso, di quello previamente svolto. Quando ricorre un giustificato motivo, l'interruzione del tirocinio può avere una durata massima di nove mesi, fermo l'effettivo completamento dell'intero periodo previsto.
8. I praticanti osservano gli stessi doveri e norme deontologiche dei professionisti e sono soggetti al medesimo potere disciplinare.
9. Il tirocinio, oltre che nella pratica svolta presso un professionista, può consistere altresì nella frequenza con profitto, per un periodo non superiore a sei mesi, di specifici corsi di formazione professionale organizzati da ordini o collegi. I corsi di formazione possono essere organizzati anche da associazioni di iscritti agli albi e da altri soggetti, autorizzati dai consigli nazionali degli ordini o collegi. Quando deliberano sulla domanda di autorizzazione di cui al periodo precedente, i consigli nazionali trasmettono motivata proposta di delibera al ministro vigilante al fine di acquisire il parere vincolante dello stesso.
10. Il consiglio nazionale dell'ordine o collegio disciplina con regolamento, da emanarsi, previo parere favorevole del ministro vigilante, entro un anno dall'entrata in vigore del presente decreto:
 - a) le modalità e le condizioni per l'istituzione dei corsi di formazione di cui al comma 9, in modo da garantire la libertà e il pluralismo dell'offerta formativa e della relativa scelta individuale;
 - b) i contenuti formativi essenziali dei corsi di formazione;
 - c) la durata minima dei corsi di formazione, prevedendo un carico didattico non inferiore a duecento ore;
 - d) le modalità e le condizioni per la frequenza dei corsi di formazione da parte del praticante nonché quelle per le verifiche intermedie e finale del profitto, affidate a una commissione composta da professionisti e docenti universitari, in pari numero, e presieduta da un docente universitario, in modo da garantire omogeneità di giudizio su tutto il territorio nazionale. Ai componenti della commissione non sono riconosciuti compensi, indennità o gettoni di presenza.
11. Il ministro vigilante, previa verifica, su indicazione del consiglio nazionale dell'ordine o collegio, dell'idoneità dei corsi organizzati a norma del comma 9 sul territorio nazionale, dichiara la data a decorrere dalla quale la disposizione di cui al medesimo comma è applicabile.

cabile al tirocinio.

12. Il consiglio dell'ordine o collegio presso il quale è compiuto il tirocinio rilascia il relativo certificato. Il certificato perde efficacia decorsi cinque anni senza che segua il superamento dell'esame di Stato quando previsto. Quando il certificato perde efficacia il competente consiglio territoriale provvede alla cancellazione del soggetto dal registro dei praticanti di cui al comma 2.
13. Le regioni, nell'ambito delle potestà a esse attribuite dall'articolo 117 della Costituzione, possono disciplinare l'attribuzione di fondi per l'organizzazione di scuole, corsi ed eventi di tirocinio professionale.
14. Le disposizioni del presente articolo si applicano ai tirocini iniziati dal giorno successivo alla data di entrata in vigore del presente decreto, fermo quanto già previsto dall'articolo 9, comma 6, del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27.

Art. 7 Formazione continua

1. Al fine di garantire la qualità ed efficienza della prestazione professionale, nel migliore interesse dell'utente e della collettività, e per conseguire l'obiettivo dello sviluppo professionale, ogni professionista ha l'obbligo di curare il continuo e costante aggiornamento della propria competenza professionale secondo quanto previsto dal presente articolo. La violazione dell'obbligo di cui al periodo precedente costituisce illecito disciplinare.
2. I corsi di formazione possono essere organizzati, ai fini del comma 1, oltre che da ordini e collegi, anche da associazioni di iscritti agli albi e da altri soggetti, autorizzati dai consigli nazionali degli ordini o collegi. Quando deliberano sulla domanda di autorizzazione di cui al periodo precedente, i consigli nazionali trasmettono motivata proposta di delibera al ministro vigilante al fine di acquisire il parere vincolante dello stesso.
3. Il consiglio nazionale dell'ordine o collegio disciplina con regolamento, da emanarsi, previo parere favorevole del ministro vigilante, entro un anno dall'entrata in vigore

del presente decreto:

- a) le modalità e le condizioni per l'assolvimento dell'obbligo di aggiornamento da parte degli iscritti e per la gestione e l'organizzazione dell'attività di aggiornamento a cura degli ordini o collegi territoriali, delle associazioni professionali e dei soggetti autorizzati;
 - b) i requisiti minimi, uniformi su tutto il territorio nazionale, dei corsi di aggiornamento;
 - c) il valore del credito formativo professionale quale unità di misura della formazione continua.
4. Con apposite convenzioni stipulate tra i consigli nazionali e le università possono essere stabilite regole comuni di riconoscimento reciproco dei crediti formativi professionali e universitari. Con appositi regolamenti comuni, da approvarsi previo parere favorevole dei ministri vigilanti, i consigli nazionali possono individuare crediti formativi professionali interdisciplinari e stabilire il loro valore.
 5. L'attività di formazione, quando è svolta dagli ordini e collegi, può realizzarsi anche in cooperazione o convenzione con altri soggetti.
 6. Le regioni, nell'ambito delle potestà a esse attribuite dall'articolo 117 della Costituzione, possono disciplinare l'attribuzione di fondi per l'organizzazione di scuole, corsi ed eventi di formazione professionale.
 7. Resta ferma la normativa vigente sull'educazione continua in medicina (ECM).

Art. 8 Disposizioni sul procedimento disciplinare delle professioni regolamentate diverse da quelle sanitarie

1. Presso i consigli dell'ordine o collegio territoriali sono istituiti consigli di disciplina territoriali cui sono affidati i compiti di istruzione e decisione delle questioni disciplinari riguardanti gli iscritti all'albo.
2. I consigli di disciplina territoriali di cui al comma 1 sono composti da un numero di consiglieri pari a quello dei consiglieri che, secondo i vigenti ordinamenti professionali, svolgono funzioni disciplinari nei consigli dell'ordine o collegio territoriali presso cui sono istituiti. I collegi di disciplina, nei consigli di disciplina territoriali con più di tre componenti, sono comunque

composti da tre consiglieri e sono presieduti dal componente con maggiore anzianità d'iscrizione all'albo o, quando vi siano componenti non iscritti all'albo, dal componente con maggiore anzianità anagrafica.

3. Ferma l'incompatibilità tra la carica di consigliere dell'ordine o collegio territoriale e la carica di consigliere del corrispondente consiglio di disciplina territoriale, i consiglieri componenti dei consigli di disciplina territoriali sono nominati dal presidente del tribunale nel cui circondario hanno sede, tra i soggetti indicati in un elenco di nominativi proposti dai corrispondenti consigli dell'ordine o collegio. L'elenco di cui al periodo che precede è composto da un numero di nominativi pari al doppio del numero dei consiglieri che il presidente del tribunale è chiamato a designare. I criteri in base ai quali è effettuata la proposta dei consigli dell'ordine o collegio e la designazione da parte del presidente del tribunale, sono individuati con regolamento adottato, entro novanta giorni dall'entrata in vigore del presente decreto, dai consigli nazionali dell'ordine o collegio, previo parere vincolante del ministro vigilante.
4. Le funzioni di presidente del consiglio di disciplina territoriale sono svolte dal componente con maggiore anzianità d'iscrizione all'albo o, quando vi siano componenti non iscritti all'albo, dal componente con maggiore anzianità anagrafica. Le funzioni di segretario sono svolte dal componente con minore anzianità d'iscrizione all'albo o, quando vi siano componenti non iscritti all'albo, dal componente con minore anzianità anagrafica.
5. All'immediata sostituzione dei componenti che siano venuti meno a causa di decesso, dimissioni o altra ragione, si provvede applicando le disposizioni del comma 3, in quanto compatibili.
6. I consigli di disciplina territoriale restano in carica per il medesimo periodo dei consigli dell'ordine o collegio territoriale.
7. Presso i consigli nazionali dell'ordine o collegio che decidono in via amministrativa sulle questioni disciplinari, sono istituiti consigli di

disciplina nazionali cui sono affidati i compiti di istruzione e decisione delle questioni disciplinari assegnate alla competenza dei medesimi consigli nazionali anche secondo le norme antecedenti all'entrata in vigore del presente decreto.

8. I consiglieri dei consigli nazionali dell'ordine o collegio che esercitano funzioni disciplinari non possono esercitare funzioni amministrative. Per la ripartizione delle funzioni disciplinari ed amministrative tra i consiglieri, in applicazione di quanto disposto al periodo che precede, i consigli nazionali dell'ordine o collegio adottano regolamenti attuativi, entro novanta giorni dall'entrata in vigore del presente decreto, previo parere favorevole del ministro vigilante.
9. Le funzioni di presidente del consiglio di disciplina nazionale di cui ai commi 7 e 8 sono svolte dal componente con maggiore anzianità d'iscrizione all'albo. Le funzioni di segretario sono svolte dal componente con minore anzianità d'iscrizione all'albo.
10. Fino all'insediamento dei consigli di disciplina territoriali e nazionali di cui ai commi precedenti, le funzioni disciplinari restano interamente regolate dalle disposizioni vigenti.
11. Restano ferme le altre disposizioni in materia di procedimento disciplinare delle professioni regolamentate, e i riferimenti ai consigli dell'ordine o collegio si intendono riferiti, in quanto applicabili, ai consigli di disciplina.
12. Il ministro vigilante può procedere al commissariamento dei consigli di disciplina territoriali e nazionali per gravi e ripetuti atti di violazione della legge, ovvero in ogni caso in cui non sono in grado di funzionare regolarmente. Il commissario nominato provvede, su disposizioni del ministro vigilante, a quanto necessario ad assicurare lo svolgimento delle funzioni dell'organo fino al successivo mandato, con facoltà di nomina di componenti che lo coadiuvano nell'esercizio delle funzioni predette.
13. Alle professioni sanitarie continua ad applicarsi la disciplina vigente.
14. Restano altresì ferme le disposizioni vigenti in materia disciplinare concernenti la professione di notaio.

Capo II Disposizioni concernenti gli avvocati

Art. 9 Domicilio professionale

1. L'avvocato deve avere un domicilio professionale nell'ambito del circondario di competenza territoriale dell'ordine presso cui è iscritto, salva la facoltà di avere ulteriori sedi di attività in altri luoghi del territorio nazionale.

Art. 10 Disposizioni speciali sul tirocinio forense per l'accesso

1. Fermo in particolare quanto disposto dall'articolo 6, commi 3 e 4, il tirocinio può essere svolto presso l'Avvocatura dello Stato o presso l'ufficio legale di un ente pubblico o di ente privato autorizzato dal ministro della giustizia o presso un ufficio giudiziario, per non più di dodici mesi.
2. Il tirocinio deve in ogni caso essere svolto per almeno sei mesi presso un avvocato iscritto all'ordine o presso l'Avvocatura dello Stato o presso l'ufficio legale di un ente pubblico o di un ente privato autorizzato dal ministro della giustizia.
3. Fermo quanto previsto dal comma 2, il diploma conseguito presso le scuole di specializzazione per le professioni legali di cui all'articolo 16 del decreto legislativo 17 novembre 1997, n. 398, e successive modificazioni, è valutato ai fini del compimento del tirocinio per l'accesso alla professione di avvocato per il periodo di un anno.
4. Il praticante può, per giustificato motivo, trasferire la propria iscrizione presso l'ordine del luogo ove intende proseguire il tirocinio. Il consiglio dell'ordine autorizza il trasferimento, valutati i motivi che lo giustificano, e rilascia al praticante un certificato attestante il periodo di tirocinio che risulta regolarmente compiuto.
5. In attuazione del presente decreto, l'attività di praticantato presso gli uffici giudiziari è disciplinata con regolamento del ministro della giustizia da adottarsi entro un anno dalla data di entrata in vigore del presente decreto, sentiti gli organi di autogoverno delle magistrature e il consiglio nazionale forense. I praticanti presso gli uffici

giudiziari assistono e coadiuvano i magistrati che ne fanno richiesta nel compimento delle loro ordinarie attività, e ad essi si applica l'articolo 15 del testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 gennaio 1957, n. 3. Al termine del periodo di formazione il magistrato designato dal capo dell'ufficio giudiziario redige una relazione sull'attività e sulla formazione professionale acquisita, che viene trasmessa al consiglio dell'ordine competente. Ai soggetti previsti dal presente comma non compete alcuna forma di compenso, di indennità, di rimborso spese o di trattamento previdenziale da parte della pubblica amministrazione. Il rapporto non costituisce ad alcun titolo pubblico impiego. Fino all'emanazione del decreto di cui al primo periodo, continua ad applicarsi, al riguardo, la disciplina del praticantato vigente al momento di entrata in vigore del presente decreto.

6. Il praticante avvocato è ammesso a sostenere l'esame di Stato nella sede di corte di appello nel cui distretto ha svolto il maggior periodo di tirocinio. Quando il tirocinio è stato svolto per uguali periodi sotto la vigilanza di più consigli dell'ordine aventi sede in distretti diversi, la sede di esame è determinata in base al luogo di svolgimento del primo periodo di tirocinio.

Capo III Disposizioni concernenti i notai

Art. 11 Accesso alla professione notarile

1. Possono ottenere la nomina a notaio tutti i cittadini italiani e i cittadini dell'Unione Europea che siano in possesso dei requisiti di cui all'articolo 5 della legge 16 febbraio 1913, n. 89, compreso il superamento del concorso notarile, fermo il diritto dei cittadini dell'Unione Europea che, in difetto del possesso dei requisiti di cui ai numeri 4 e 5 dell'articolo 5 della legge 16 febbraio 1913, n. 89, abbiano superato il concorso notarile al quale abbiano avuto accesso a seguito di riconoscimento del titolo profes-

sionale di notaio conseguito in altro Stato membro dell'Unione Europea.

2. Il diploma di specializzazione, conseguito presso le scuole di specializzazione per le professioni legali di cui all'articolo 16 del decreto legislativo 17 novembre 1997, n. 398, e successive modificazioni, è valutato ai fini del compimento del periodo di pratica per l'accesso alla professione di notaio per il periodo di un anno.

Capo IV

Disposizioni transitorie e finali

Art. 12

Disposizione temporale

1. Le disposizioni di cui al presente decreto si applicano dal giorno successivo alla data di entrata in vigore dello stesso.
2. Sono abrogate tutte le disposizioni regolamentari e legislative incompatibili con le previsioni di cui al presente decreto, fermo quanto previsto dall'articolo 3, comma 5-bis, del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, e successive modificazioni, e fatto salvo quanto previsto da disposizioni attuative di direttive di settore emanate dall'Unione europea.

Art. 13

Invarianza finanziaria

1. Dall'attuazione del presente provvedimento non derivano nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. I soggetti pubblici interessati operano nell'ambito delle risorse disponibili agli scopi a legislazione vigente.

Art. 14

Entrata in vigore

1. Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

NOTE

AVVERTENZA:

Il testo delle note qui pubblicato è stato redatto dall'amministrazione competente per materia, ai sensi del-

l'art. 10, comma 3, del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con D.P.R. 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

Note alle premesse:

— L'art. 87 della Costituzione conferisce, tra l'altro, al Presidente della Repubblica il potere di promulgare le leggi e di emanare i decreti aventi valore di legge ed i regolamenti.

— Si riporta il testo dell'art. 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400 (Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri):

«Art. 17 (Regolamenti). — Comma 1. (Omissis). Comma 2. Con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, sentito il Consiglio di Stato e previo parere delle Commissioni parlamentari competenti in materia, che si pronunciano entro trenta giorni dalla richiesta, sono emanati i regolamenti per la disciplina delle materie, non coperte da riserva assoluta di legge prevista dalla Costituzione, per le quali le leggi della Repubblica, autorizzando l'esercizio della potestà regolamentare del Governo, determinano le norme generali regolatrici della materia e dispongono l'abrogazione delle norme vigenti, con effetto dall'entrata in vigore delle norme regolamentari. Commi 3. - 4 -ter (Omissis).».

— Si riporta il testo dell'art. 3, comma 5, del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito dalla legge 14 settembre 2011, n. 148 (Ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e per lo sviluppo):

«Art. 3 (Abrogazione delle indebite restrizioni all'accesso e all'esercizio delle professioni e delle attività economiche). — Commi 1. - 4. (Omissis). Comma 5. Fermo restando l'esame di Stato di cui all'art. 33, quinto comma, della Costitu-

zione per l'accesso alle professioni regolamentate secondo i principi della riduzione e dell'accorpamento, su base volontaria, fra professioni che svolgono attività similari, gli ordinamenti professionali devono garantire che l'esercizio dell'attività risponda senza eccezioni ai principi di libera concorrenza, alla presenza diffusa dei professionisti su tutto il territorio nazionale, alla differenziazione e pluralità di offerta che garantisca l'effettiva possibilità di scelta degli utenti nell'ambito della più ampia informazione relativamente ai servizi offerti. Con decreto del Presidente della Repubblica emanato ai sensi dell'art. 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, gli ordinamenti professionali dovranno essere riformati entro 12 mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto per recepire i seguenti principi:

- a) l'accesso alla professione è libero e il suo esercizio è fondato e ordinato sull'autonomia e sull'indipendenza di giudizio, intellettuale e tecnica, del professionista. La limitazione, in forza di una disposizione di legge, del numero di persone che sono titolate ad esercitare una certa professione in tutto il territorio dello Stato o in una certa area geografica, è consentita unicamente laddove essa risponda a ragioni di interesse pubblico, tra cui in particolare quelle connesse alla tutela della salute umana, e non introduca una discriminazione diretta o indiretta basata sulla nazionalità o, in caso di esercizio dell'attività in forma societaria, della sede legale della società professionale;
- b) previsione dell'obbligo per il professionista di seguire percorsi di formazione continua permanente predisposti sulla base di appositi regolamenti emanati dai consigli nazionali, fermo restando quanto previsto dalla normativa vigente in materia di educazione continua in medicina (ECM). La violazione dell'obbligo di formazione continua determina un illecito disciplinare e come tale è sanzionato sulla base di quanto stabilito dall'ordinamento professionale che dovrà integrare tale previsione;

- c) la disciplina del tirocinio per l'accesso alla professione deve conformarsi a criteri che garantiscano l'effettivo svolgimento dell'attività formativa e il suo adeguamento costante all'esigenza di assicurare il miglior esercizio della professione;
- d) il compenso spettante al professionista è pattuito per iscritto all'atto del conferimento dell'incarico professionale. Il professionista è tenuto, nel rispetto del principio di trasparenza, a rendere noto al cliente il livello della complessità dell'incarico, fornendo tutte le informazioni utili circa gli oneri ipotizzabili dal momento del conferimento alla conclusione dell'incarico. In caso di mancata determinazione consensuale del compenso, quando il committente è un ente pubblico, in caso di liquidazione giudiziale dei compensi, ovvero nei casi in cui la prestazione professionale è resa nell'interesse dei terzi si applicano le tariffe professionali stabilite con decreto dal Ministro della Giustizia;]
- e) a tutela del cliente, il professionista è tenuto a stipulare 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 con i propri iscritti, dai Consigli Nazionali e dagli enti previdenziali dei professionisti;
- f) gli ordinamenti professionali dovranno prevedere l'istituzione di organi a livello territoriale, diversi da quelli aventi funzioni amministrative, ai quali sono specificamente affidate l'istruzione e la decisione delle questioni disciplinari e di un organo nazionale di disciplina. La carica di consigliere dell'Ordine territoriale o di consigliere nazionale è incompatibile con quella di membro dei consigli di disciplina nazionali e territoriali. Le disposizioni della presente lettera non si applicano alle professioni sanitarie per le quali resta confermata la normativa vigente;
- g) la pubblicità informativa, con ogni mezzo, avente ad oggetto l'attività professionale, le specializzazioni ed i titoli professionali posseduti, la struttura dello studio ed i compensi delle prestazioni, è libera. Le infor-

mazioni devono essere trasparenti, veritiere, corrette e non devono essere equivoche, ingannevoli, denigratorie.

Commi 5 -bis - 12 -bis (Omissis).».

Note all'art. 4:

— Il decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206, reca: «Codice del consumo, a norma dell'art. 7 della legge 29 luglio 2003, n. 229.».

— Il decreto legislativo 2 agosto 2007, n. 145, reca: «Attuazione dell'art. 14 della direttiva 2005/29/CE che modifica la direttiva 84/450/CEE sulla pubblicità ingannevole.».

Note all'art. 6:

— Si riporta il testo dell'art. 9, commi 4 e 6, del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito dalla legge 24 marzo 2012, n. 27 (Disposizioni urgenti per la concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività.).

«Art. 9 (Disposizioni sulle professioni regolamentate).— Commi 1.- 3.(Omissis). Comma 4. Il compenso per le prestazioni professionali è pattuito, nelle forme previste dall'ordinamento, al momento del conferimento dell'incarico professionale. Il professionista deve rendere noto al cliente il grado di complessità dell'incarico, fornendo tutte le informazioni utili circa gli oneri ipotizzabili dal momento del conferimento fi no alla conclusione dell'incarico e deve altresì indicare i dati della polizza assicurativa per i danni provocati nell'esercizio dell'attività professionale. In ogni caso la misura del compenso è previamente resa nota al cliente con un preventivo di massima, deve essere adeguata all'importanza dell'opera e va pattuita indicando per le singole prestazioni tutte le voci di costo, comprensive di spese, oneri e contributi. Al tirocinante è riconosciuto un rimborso spese forfettariamente concordato dopo i primi sei mesi di tirocinio.

Comma 5. (Omissis). Comma 6. La durata del tirocinio previsto per l'accesso alle professioni regolamentate non può essere superiore a diciotto mesi; per i primi sei mesi, il tirocinio può essere svolto, in presenza di un'apposita convenzione quadro stipulata tra i consigli nazionali degli ordini e il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, in concomitanza con il corso di studio per il conseguimento della lau-

rea di primo livello o della laurea magistrale o specialistica. Analoghe convenzioni possono essere stipulate tra i consigli nazionali degli ordini e il Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione per lo svolgimento del tirocinio presso pubbliche amministrazioni, all'esito del corso di laurea. Le disposizioni del presente comma non si applicano alle professioni sanitarie, per le quali resta confermata la normativa vigente. Commi 7. - 8. (Omissis).».

— Si riporta il testo dell'art. 117 della Costituzione:

«Art. 117 (Testo applicabile fi no all'esercizio finanziario relativo all'anno 2013). — La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali.

Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie:

- a) politica estera e rapporti internazionali dello Stato; rapporti dello Stato con l'Unione europea; diritto di asilo e condizione giuridica dei cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea;
- b) immigrazione;
- c) rapporti tra la Repubblica e le confessioni religiose;
- d) difesa e Forze armate; sicurezza dello Stato; armi, munizioni ed esplosivi;
- e) moneta, tutela del risparmio e mercati finanziari; tutela della concorrenza; sistema valutario; sistema tributario e contabile dello Stato; perequazione delle risorse finanziarie;
- f) organi dello Stato e relative leggi elettorali; referendum statali; elezione del Parlamento europeo;
- g) ordinamento e organizzazione amministrativa dello Stato e degli enti pubblici nazionali;
- h) ordine pubblico e sicurezza, ad esclusione della polizia amministrativa locale;
- i) cittadinanza, stato civile e anagrafi;
- l) giurisdizione e norme processuali; ordinamento civile e penale; giustizia amministrativa;
- m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale;
- n) norme generali sull'istruzione;
- o) previdenza sociale;
- p) legislazione elettorale, organi di go-

verno e funzioni fondamentali di Comuni, Province e Città metropolitane;

- q) dogane, protezione dei confini nazionali e proflassi internazionale;
- r) pesi, misure e determinazione del tempo; coordinamento informativo statistico e informatico dei dati dell'amministrazione statale, regionale e locale; opere dell'ingegno;
- s) tutela dell'ambiente, dell'ecosistema e dei beni culturali.

Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a: rapporti internazionali e con l'Unione europea delle Regioni; commercio con l'estero; tutela e sicurezza del lavoro; istruzione, salva l'autonomia delle istituzioni scolastiche e con esclusione della istruzione e della formazione professionale; professioni; ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione per i settori produttivi; tutela della salute; alimentazione; ordinamento sportivo; protezione civile; governo del territorio; porti e aeroporti civili; grandi reti di trasporto e di navigazione; ordinamento della comunicazione; produzione, trasporto e distribuzione nazionale dell'energia; previdenza complementare e integrativa; armonizzazione dei bilanci pubblici e coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario; valorizzazione dei beni culturali e ambientali e promozione e organizzazione di attività culturali; casse di risparmio, casse rurali, aziende di credito a carattere regionale; enti di credito fondiario e agrario a carattere regionale. Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato. Spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato.

Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, nelle materie di loro competenza, partecipano alle decisioni dirette alla formazione degli atti normativi comunitari e provvedono all'attuazione e all'esecuzione degli accordi internazionali e degli atti dell'Unione europea, nel rispetto delle norme di procedura stabilite da legge dello Stato, che disciplina le modalità di esercizio del potere sostitutivo in caso di inadempimento.

La potestà regolamentare spetta allo Stato nelle materie di legislazione esclusiva, salva delega alle Regioni. La potestà regolamentare spetta alle Re-

gioni in ogni altra materia. I Comuni, le Province e le Città metropolitane hanno potestà regolamentare in ordine alla disciplina dell'organizzazione e dello svolgimento delle funzioni loro attribuite.

Le leggi regionali rimuovono ogni ostacolo che impedisce la piena parità degli uomini e delle donne nella vita sociale, culturale ed economica e promuovono la parità di accesso tra donne e uomini alle cariche elettive.

La legge regionale ratifica le intese della Regione con altre Regioni per il migliore esercizio delle proprie funzioni, anche con individuazione di organi comuni.

Nelle materie di sua competenza la Regione può concludere accordi con Stati e intese con enti territoriali interni ad altro Stato, nei casi e con le forme disciplinati da leggi dello Stato.

(Testo applicabile a decorrere dall'esercizio finanziario relativo all'anno 2014) La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali.

Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie:

- a) politica estera e rapporti internazionali dello Stato; rapporti dello Stato con l'Unione europea; diritto di asilo e condizione giuridica dei cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea;
- b) immigrazione;
- c) rapporti tra la Repubblica e le confessioni religiose;
- d) difesa e Forze armate; sicurezza dello Stato; armi, munizioni ed esplosivi;
- e) moneta, tutela del risparmio e mercati finanziari; tutela della concorrenza; sistema valutario; sistema tributario e contabile dello Stato; armonizzazione dei bilanci pubblici; perequazione delle risorse finanziarie;
- f) organi dello Stato e relative leggi elettorali; referendum statali; elezione del Parlamento europeo;
- g) ordinamento e organizzazione amministrativa dello Stato e degli enti pubblici nazionali;
- h) ordine pubblico e sicurezza, ad esclusione della polizia amministrativa locale;
- i) cittadinanza, stato civile e anagrafi;
- l) giurisdizione e norme processuali; ordinamento civile e penale; giustizia amministrativa;
- m) determinazione dei livelli essen-

ziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale;

- n) norme generali sull'istruzione;
- o) previdenza sociale;
- p) legislazione elettorale, organi di governo e funzioni fondamentali di Comuni, Province e Città metropolitane;
- q) dogane, protezione dei confini nazionali e proflassi internazionale;
- r) pesi, misure e determinazione del tempo; coordinamento informativo statistico e informatico dei dati dell'amministrazione statale, regionale e locale; opere dell'ingegno;
- s) tutela dell'ambiente, dell'ecosistema e dei beni culturali.

Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a: rapporti internazionali e con l'Unione europea delle Regioni; commercio con l'estero; tutela e sicurezza del lavoro; istruzione, salva l'autonomia delle istituzioni scolastiche e con esclusione della istruzione e della formazione professionale; professioni; ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione per i settori produttivi; tutela della salute; alimentazione; ordinamento sportivo; protezione civile; governo del territorio; porti e aeroporti civili; grandi reti di trasporto e di navigazione; ordinamento della comunicazione; produzione, trasporto e distribuzione nazionale dell'energia; previdenza complementare e integrativa; coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario; valorizzazione dei beni culturali e ambientali e promozione e organizzazione di attività culturali; casse di risparmio, casse rurali, aziende di credito a carattere regionale; enti di credito fondiario e agrario a carattere regionale. Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato.

Spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato.

Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, nelle materie di loro competenza, partecipano alle decisioni dirette alla formazione degli atti normativi comunitari e provvedono all'attuazione e all'esecuzione degli accordi internazionali e degli atti dell'Unione europea, nel rispetto delle norme di procedura stabilite da legge dello Stato, che disciplina le modalità di

esercizio del potere sostitutivo in caso di inadempienza.

La potestà regolamentare spetta allo Stato nelle materie di legislazione esclusiva, salva delega alle Regioni. La potestà regolamentare spetta alle Regioni in ogni altra materia. I Comuni, le Province e le Città metropolitane hanno potestà regolamentare in ordine alla disciplina dell'organizzazione e dello svolgimento delle funzioni loro attribuite.

Le leggi regionali rimuovono ogni ostacolo che impedisce la piena parità degli uomini e delle donne nella vita sociale, culturale ed economica e promuovono la parità di accesso tra donne e uomini alle cariche elettive. La legge regionale ratifica le intese della Regione con altre Regioni per il migliore esercizio delle proprie funzioni, anche con individuazione di organi comuni.

Nelle materie di sua competenza la Regione può concludere accordi con Stati e intese con enti territoriali interni ad altro Stato, nei casi e con le forme disciplinati da leggi dello Stato.».

Note all'art. 7:

— Per il testo dell'art. 117 della Costituzione, vedi nelle note all'art. 6.

Note all'art. 10:

— Si riporta il testo dell'art. 16 del decreto legislativo 17 novembre 1997, n. 398 (Modifica alla disciplina del concorso per uditore giudiziario e norme sulle scuole di specializzazione per le professioni legali, a norma dell'art. 17, commi 113 e 114, della L. 15 maggio 1997, n. 127):

«Art. 16 (Scuola di specializzazione per le professioni legali).

— 1. Le scuole di specializzazione per le professioni legali sono disciplinate, salvo quanto previsto dal presente articolo, ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge 19 novembre 1990, n. 341.

2. Le scuole di specializzazione per le professioni legali, sulla base di modelli didattici omogenei i cui criteri sono indicati nel decreto di cui all'art. 17, comma 114, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e nel contesto dell'attuazione della autonomia didattica di cui all'art. 17, comma 95, della predetta legge, provvedono alla formazione comune dei laureati in giurisprudenza

attraverso l'approfondimento teorico, integrato da esperienze pratiche, finalizzato all'assunzione dell'impiego di magistrato ordinario o all'esercizio delle professioni di avvocato o notaio. L'attività didattica per la formazione comune dei laureati in giurisprudenza è svolta anche da magistrati, avvocati e notai. Le attività pratiche, previo accordo o convenzione, sono anche condotte presso sedi giudiziarie, studi professionali e scuole del notariato, con lo specifico apporto di magistrati, avvocati e notai.

2 -bis . La durata delle scuole di cui al comma 1 è fissata in due anni per coloro che conseguono la laurea in giurisprudenza secondo l'ordinamento didattico previgente all'entrata in vigore degli ordinamenti didattici dei corsi di laurea e di laurea specialistica per la classe delle scienze giuridiche, adottati in esecuzione del decreto 3 novembre 1999, n. 509 del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica.

2 -ter . Le disposizioni di cui al comma 2-bis si applicano anche a coloro che conseguono la laurea specialistica o magistrale in giurisprudenza sulla base degli ordinamenti didattici adottati in esecuzione del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e successive modificazioni. Per tali soggetti, a decorrere dall'anno accademico 2007-2008, con regolamento del Ministro dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della giustizia, adottato ai sensi dell'art. 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, l'ordinamento didattico delle Scuole di cui al comma 1 può essere articolato sulla durata di un anno.

3. Le scuole di cui al comma 1 sono istituite, secondo i criteri indicati nel decreto di cui all'art. 17, comma 114, della legge 15 maggio 1997, n. 127, dalle università, sedi di facoltà di giurisprudenza, anche sulla base di accordi e convenzioni interuniversitari, estesi, se del caso, ad altre facoltà con insegnamenti giuridici.

4. Nel consiglio delle scuole di specializzazione di cui al comma 1 so-

no presenti almeno un magistrato ordinario, un avvocato ed un notaio.

5. Il numero dei laureati da ammettere alla scuola, è determinato con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, di concerto con il Ministro di grazia e giustizia, in misura non inferiore al dieci per cento del numero complessivo di tutti i laureati in giurisprudenza nel corso dell'anno accademico precedente, tenendo conto, altresì, del numero dei magistrati cessati dal servizio a qualunque titolo nell'anno precedente aumentato del venti per cento del numero di posti residui vacanti nell'organico dei notai nel medesimo periodo, del numero di abilitati alla professione forense nel corso del medesimo periodo e degli altri sbocchi professionali da ripartire per ciascuna scuola di cui al comma 1, e delle condizioni di ricettività delle scuole.

L'accesso alla scuola avviene mediante concorso per titoli ed esame. La composizione della commissione esaminatrice, come pure il contenuto delle prove d'esame ed i criteri oggettivi di valutazione delle prove, è definita nel decreto di cui all'art. 17, comma 114, della legge 15 maggio 1997, n. 127. Il predetto decreto assicura la presenza nelle commissioni esaminatrici di magistrati, avvocati e notai.

6. Le prove di esame di cui al comma 5 hanno contenuto identico sul territorio nazionale e si svolgono in tutte le sedi delle scuole di cui al comma 3. La votazione finale è espressa in sessantesimi. Ai fini della formazione della graduatoria, si tiene conto del punteggio di laurea e del curriculum degli studi universitari, valutato per un massimo di dieci punti.

7. Il rilascio del diploma di specializzazione è subordinato alla certificazione della regolare frequenza dei corsi, al superamento delle verifiche intermedie, al superamento delle prove finali di esame.

8. Il decreto di cui all'art. 17, comma 114, della L. 15 maggio 1997, n. 127, è emanato sentito il Consiglio superiore della magistratura.».

— Si riporta il testo dell'art. 15 del D.P.R. 10 gennaio 1957, n. 3 (Testo unico delle disposizioni concer-

nenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato):

«Art. 15 (Segreto d'ufficio) . — 1. L'impiegato deve mantenere il segreto d'ufficio. Non può trasmettere a chi non ne abbia diritto informazioni riguardanti provvedimenti od operazioni amministrative, in corso o conclusione, ovvero notizie di cui sia venuto a conoscenza a causa delle sue funzioni, al di fuori delle ipotesi e delle modalità previste dalle norme sul diritto di accesso. Nell'ambito delle proprie attribuzioni, l'impiegato preposto ad un ufficio rilascia copie ed estratti di atti e documenti di ufficio nei casi non vietati dall'ordinamento.».

Note all'art. 11:

— Si riporta il testo dell'art. 5 della legge 16 febbraio 1913, n. 89 (Ordinamento del notariato e degli archivi notarili.).

«Art. 5. — Per ottenere la nomina a notaro è necessario:

- 1° essere cittadino italiano o di un altro Stato membro dell'Unione europea ed aver compiuto l'età di anni 21;
- 2° essere di moralità e di condotta sotto ogni rapporto incensurate;
- 3° non aver subito condanna per un reato non colposo punito con pena non inferiore nel minimo a sei mesi, ancorché sia stata inflitta una pena di durata minore;
- 4° essere fornito della laurea in giurisprudenza o della laurea specialistica o magistrale in giurisprudenza date o confermate da una università italiana o di titolo riconosciuto equipollente ai sensi della legge 11 luglio 2002, n. 148;

- 5° avere ottenuto l'iscrizione fra i praticanti presso un Consiglio notarile ed aver fatto la pratica per diciotto mesi, di cui almeno per un anno continuativamente dopo la laurea. La pratica si effettua, dopo l'iscrizione nel registro dei praticanti, presso un notaro del distretto, designato dal praticante, col consenso del notaro stesso e con l'approvazione del Consiglio. Su richiesta dell'interessato spetta al consiglio notarile la designazione del notaio presso cui effettuare la pratica. L'iscrizione nel registro dei praticanti può essere ottenuta dopo l'iscrizione all'ultimo anno del corso di laurea o di laurea specialistica o magistrale in giurisprudenza. Il periodo di pratica si deve comunque completare entro trenta mesi dall'iscrizione nel suddetto registro. In caso di scadenza del suddetto termine il periodo effettuato prima del conseguimento della laurea non è computato. Il periodo anteriore al conseguimento della laurea può essere computato, ai fini del raggiungimento dei diciotto mesi di pratica, per un massimo di sei mesi, indipendentemente dalla sua effettiva durata. Per coloro che sono stati funzionari dell'ordine giudiziario almeno per un anno, per gli avvocati in esercizio da almeno un anno, è richiesta la pratica per un periodo continuativo di otto mesi;
- 6° avere sostenuto con approvazione un esame di idoneità, dopo compiuta la pratica notarile;
- 6° -bis aver espletato per almeno centoventi giorni, dopo l'avvenuto superamento della prova orale, un periodo di tirocinio obbligatorio pres-

so uno o più notai, che devono certificarne la durata. Tale periodo deve essere registrato presso i consigli notarili dei distretti in cui viene effettuato. Il candidato notaio può richiedere la designazione del notaio al presidente del consiglio notarile del distretto nel quale è stato ultimato il periodo di pratica ovvero può espletarlo presso notai dello stesso o di altri distretti, i quali lo abbiano designato direttamente. L'eventuale periodo di coadiutorato è computato quale tirocinio obbligatorio.

I requisiti di cui ai numeri 4° e 5° del primo comma possono essere sostituiti dal possesso del decreto di riconoscimento professionale emanato in applicazione del decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 115.».

— Per il testo dell'art. 16 del citato decreto legislativo 17 novembre 1997, n. 398, vedi nelle note all'art. 10.

Note all'art. 12:

— Si riporta il testo dell'art. 3, comma 5 -bis, del citato decreto legge n. 138 del 2011:

«Art. 3 (Abrogazione delle indebite restrizioni all'accesso e all'esercizio delle professioni e delle attività economiche). — Commi 1. - 5. (Omissis).

5 -bis. Le norme vigenti sugli ordinamenti professionali in contrasto con i principi di cui al comma 5, lettere da a) a g), sono abrogate con effetto dalla data di entrata in vigore del regolamento governativo di cui al comma 5 e, in ogni caso, dalla data del 13 agosto 2012. In vigore dal 25 marzo 2012. Commi 5 -ter - 12 -bis (Omissis).».

Un nuovo contraccettivo d'emergenza ora disponibile anche in Italia

LA "PILLOLA DEI 5 GIORNI DOPO"

di Ester Maragò

Dal 2 aprile scorso è disponibile nelle farmacie italiane un nuovo farmaco per la contraccezione d'emergenza a base di Ulipristal acetato, da assumere fino a cinque giorni dal rapporto a rischio di gravidanza indesiderata.

La pillola potrà essere dispensata solo dietro ricetta medica e dopo avere accertato che la donna non sia già incinta, utilizzando ad esempio un test sulle urine basato sul dosaggio dell'HCG, liberamente acquistabile in farmacia.

L'Ulipristal acetato 30 mg è stato approvato dall'EmA come contraccettivo d'emergenza già nel maggio del 2009 e successivamente anche dalla Fda nell'agosto 2010, mentre in Italia ha ricevuto il via libera dell'Aifa l'8 novembre del 2011. Ad oggi è autorizzato in ben 39 Paesi (27 Ue, Norvegia, Islanda, Liechtenstein, Serbia, Croazia, Bosnia, Djibouti, Gabon, Israele, Singapore, Sud Corea e Stati Uniti), e già commercializzato in 28 Stati.

Come ha sottolineato l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la contraccezione di emergenza agisce evitando il concepimento e non ha effetti abortivi. Il meccanismo d'azione principale di Ulipristal acetato 30 mg è, infatti, quello di inibire o ritardare l'ovulazione. In sostanza, riduce la possibilità di incontro dell'ovulo e degli spermatozoi, rendendo potenzialmente non fertile il rapporto a rischio. Non solo, se

assunto immediatamente prima dell'ovulazione, può essere ancora in grado di posticipare la rottura del follicolo.

La nuova pillola va assunta il prima possibile e non oltre le 120 ore dal rapporto non protetto, subito dalla donna in condizione di violenza o costrizione oppure nel caso in cui la donna sia consapevole di un "errore" nell'uso di un altro metodo contraccettivo (ad esempio quando la donna ha dimenticato di assumere 2-3 o più pillole anticoncezionali, c'è stato un distacco del cerotto, la rottura di un preservativo). Non può quindi, e non deve mai, sostituire un metodo contraccettivo di routine.

È molto opportuno che le ostetriche conoscano le caratteristiche di questo nuovo farmaco, essendo spesso il profilo sanitario capace di maggiore empatia e vicinanza con le donne. Tra i compiti delle ostetriche c'è infatti anche quello di offrire alla donna informazioni precise sulle tecniche e i presidi a tutela della sua salute, ancor più quando si trova a fronteggiare una circostanza imprevista e spesso anche drammatica. Per questo pubblichiamo una sintesi del documento messo a punto dalla Società Italiana di Contraccezione (Sic) e dalla Società Medica Italiana per la Contraccezione (Smic), con il supporto della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo), che illustra gli aspetti clinici, medico legali e i percorsi di utilizzo dell'Ulipristal acetato.

Executive Summary del documento firmato da Sic, Smic e Sigo

Ulipristal acetato 30 mg è un farmaco recentemente autorizzato al commercio in Italia. Il prodotto è un modulatore selettivo del recettore del progesterone, che trova indicazione nella contraccezione d'emergenza.

Ulipristal acetato 30 mg in unica somministrazione ha dimostrato di inibire o spostare l'ovulazione, mantenendo tale attività anche in periodo periovulatorio, laddove altri farmaci già approvati per la stessa indicazione non hanno più possibilità di agire.

In Italia, secondo la delibera Aifa, 8 Novembre 2011, il farmaco è stato classificato nella classe di rimborsabilità C (a carico del cittadino), con fornitura di ricetta non ripetibile e prescrizione del farmaco subordinata "alla presen-

tazione di un test di gravidanza (ad esito negativo) basato sul dosaggio dell'HCG beta".

L'iter clinico diagnostico è finalizzato all'esclusione delle controindicazioni al farmaco, che sono l'ipersensibilità al principio attivo o ai suoi eccipienti e la gravidanza in atto, instauratasi in un ciclo precedente.

Il medico, si assume la responsabilità della prescrizione, una volta direttamente constatata la negatività del test. La tracciabilità di tale atto è obbligatoria per i medici operanti in strutture pubbliche e per i medici di medicina generale e raccomandata per i medici operanti nel settore privato.

L'atto prescrittivo si conclude con l'indispensabile counselling per informare la donna e ricordarle che i farmaci per la contraccezione d'emergenza non sono adatti ad un uso regolare. L'Ulipristal acetato, come tutti i farmaci di recente introduzione, è inserito nel registro dei farmaci a monito-

raggio intensivo; è stato inoltre istituito un Registro delle gravidanze per raccogliere informazioni riguardo qualsiasi gravidanza non diagnosticata prima dell'assunzione del farmaco o susseguente al fallimento terapeutico.

Il farmaco

Ulipristal acetato 30 mg (EllaOne®) è un nuovo contraccettivo d'emergenza, approvato dall'EmA il 15 maggio 2009 ed introdotto in Italia con determina Aifa 08 novembre 2011, pubblicata in GU il 17 novembre 2011.

Ulipristal acetato è un modulatore selettivo del recettore del progesterone (Selective Progesterone Receptor Modulator o SPRM) derivato dal 19-norprogesterone.

Ulipristal acetato è stato sviluppato come contraccettivo d'emergenza sulla base di studi preclinici che hanno mo-

segue a pag. 20

Concorso Adisco 2012

RICERCA SULLA DONAZIONE DI SANGUE CORDONALE: PREMIO EX AEQUO PER DUE OSTETRICHE

La borsa di studio in memoria di Elena Lucchesi, socia fondatrice dell'Adisco, è stata assegnata ai lavori presentati da Anna Maria Carbotta e da Carlotta Campagno, premiate nella splendida Abbazia di Spineto.

Lo scorso 30 settembre si è tenuta a Sarteano (SI), all'interno della splendida cornice dell'Abbazia di Spineto, la cerimonia di premiazione per il Concorso Adisco 2012. La borsa di studio messa in palio dall'Adisco (Associazione Donatrici Italiane Sangue Cordonale Nazionale) quest'anno era rivolta a progetti sul tema La raccolta del sangue cordonale: strategie attuate per incrementare numero e qualità delle unità di sangue cordonale da donazione solidaristica.

La commissione giudicatrice, composta da esperti, tra cui la presidente della Fnco per il proprio settore disciplinare, ha deciso di premiare ben due progetti, prevedendo di offrire ad entrambe le vincitrici l'opportunità di proseguire il percorso tracciato dai rispettivi progetti di ricerca.

La borsa di studio del valore di 20.000 euro è stata quindi assegnata sia all'ostetrica Anna Maria Carbotta della Asl BA/4 Stabilimento Ospedaliero Di Venere, per il valore innovativo della proposta volta ad ottimizzare attraverso nuovi indicatori la raccolta di sangue cordonale; sia all'ostetrica Carlotta Campagno dell'Azienda Ospedaliera A.O.O.I.R.M. Sant'Anna di Torino, per la capacità di trat-



La consegna del Premio Adisco 2012. Da sinistra: Anna Maria Carbotta, Carlotta Campagno, Miriam Guana, Elisabetta Cantanna, Carolina Sciomer

tare ad ampio spettro tutta la procedura di raccolta e conservazione del sangue cordonale.

Un risultato che offre a tutte le ostetri-

che italiane motivo di grande soddisfazione e, proprio per questo, nelle pagine seguenti pubblichiamo gli abstract di ambedue i progetti di ricerca.

Concorso Adisco 2012

ABSTRACT DONATORI DI VITA DALLA NASCITA. DALLE CRITICITÀ AL BANKING, PASSANDO ATTRAVERSO L'OTTIMIZZAZIONE DELLA RACCOLTA DI SCO

Responsabile del progetto: Annamaria Carbotta, ostetrica
U.o. di Ostetricia e Ginecologia, Regione Puglia, Asl ba/4, stabilimento ospedaliero "Di Venere"

Progetto vincitore Concorso Adisco nazionale 2012

Donatori di vita dalla nascita. Dalle criticità al banking, passando attraverso l'ottimizzazione della raccolta di SCO

Origine del problema e analisi dati di partenza

In questi tre anni di lavoro abbiamo dovuto individuare le criticità collegate ai 4 momenti della possibile esclusione sia della paziente dalla raccolta del sangue cordonale che delle unità raccolte dal bancaggio. Tali momenti possono essere così riassunti: 1) momento della raccolta del Consenso Informato a donare il sangue cordonale, previo counselling della coppia sulla donazione; 2) momento della raccolta del sangue cordonale in sala parto/sala operatoria; 3) momento della validazione biologica delle unità raccolte presso la Banca Cordonale della Regione Puglia (PUGBB) situata presso l'IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza in San Giovanni Rotondo; 4) momento del controllo sia anamnestico che attraverso test di laboratorio materno-neonatali a 6 mesi dal parto nell'ambulatorio dedicato.

Obiettivi del progetto

- 1 Incremento dell'attività di reclutamento attraverso la sensibilizzazione delle Coppie e la diffusione di informazioni appropriate presso tutti i centri di ascolto/consultori/servizi alla famiglia del territorio. Riduzione dei tempi operativi da parte del personale sanitario al momento del reclutamento della coppia alla donazione.
- 2 Aumento "percentuale" di unità di SCO con contenuto di TNC > 1,2 mi-

liardi attraverso la individuazione di criteri di selezione e ottimizzazione della raccolta di SCO cioè di un "campione tipo" per una raccolta e bancaggio ottimali di cellule staminali da sangue cordonale. Utilizzazione dell'ecografia come mezzo di selezione delle donatrici all'ingresso in sala parto.

- 3 Riduzione delle unità di SCO da inviare alla Banca Cordonale per la validazione

Fasi/Azioni del progetto

1° traguardo.

Abbiamo raggiunto tale traguardo:

- A) sottoponendo alla paziente a 35 settimane, momento della raccolta del consenso informato alla donazione di SCO, un questionario con domande concordate con le Psicologhe finalizzate sia all'informazione che alla sensibilizzazione della paziente a diffondere informazioni mirate alla donazione di SCO; il mezzo più utile nella diffusione della cultura di SCO è il passaparola tra pazienti;
 - B) consegnando alle pazienti brochure, con domande a cui rispondere a domicilio sulla salute dei coniugi, e da riconsegnare alcuni giorni prima del momento del ricovero, con risparmio di tempo alla raccolta del consenso a raccogliere il sangue cordonale.
- L'efficienza della promozione (numero di colloqui pre-donazione / numero dei parti effettuati presso il punto nascita) è evidente quando si è passati dal 37,6% del periodo ottobre 2008-settembre 2010 al 38,2% del periodo gennaio-dicembre 2011.

2° traguardo.

Abbiamo condotto una serie di analisi

statistiche atte ad analizzare le differenze tra 2 gruppi di fattori ostetrici principali: sesso del neonato, le due modalità di parto, numero di gravidanze precedenti la donazione (nullipare contro multipare), peso del neonato ponendo come taglio il peso di 3 kg. Il peso neonatale è il principale fattore fortemente predittivo per il destino di una raccolta. Infatti, rapportando il nuovo tetto di bancaggio (1,2 miliardi di TNC) al peso neonatale, diviso in due categorie principali, al di sopra e al di sotto di 3 kg di peso del neonato, in maniera prospettica, le unità che raccolgono almeno 1,2 miliardi di TNC sono nel 89,3% dei casi provenienti da nati con più di 3kg di peso e solo il 10,7% da nati con meno 3 kg. Sul totale generale delle raccolte (713 unità), il 16,9% dei nati raccolgono 1,2 miliardi di TNC e pesavano almeno 3 kg alla nascita, mentre solo il 2% dei nati che pesano meno di 3 kg hanno raccolto 1,2 miliardi di TNC: in altre parole questa analisi ci dice che sembrerebbe non utile raccogliere da nati di peso inferiore a 3.000 gr.

Andiamo ad analizzare il tipo di parto SP/TC vs TCN inf/sup 1.2 miliardi di cellule. Nel gruppo delle donatrici che raccolgono < 1,2 miliardi di cellule il 57% dei parti è TC ed il 43% sono PS. Nel gruppo delle donatrici che raccolgono > 1,2 miliardi, il rapporto si inverte, cioè il 55,3% delle donazioni proviene da PS, mentre solo il 44,7% proviene dai TC. Nelle maternità bisogna abbassare il numero dei TC a favore dei PS. TCN vs le settimane di gestazione: i nati a 39-42 settimane di gestazione con un numero di TCN > 1.200 milioni sono all'incirca il triplo rispetto ai nati con lo stesso range di TCN ma con 37-38 settimane

ne di gestazione (14,3% vs 5,6% rispettivamente, $p=0,018$). Se consideriamo l'analisi Parità vs TCN: nel nostro studio, con tetto di bancaggio > 800 milioni, le donatrici al primo parto hanno un'età ovviamente minore rispetto alle pluripare, presentano non solo una durata del travaglio più lunga ma anche settimane di gestazione al parto maggiori. Le primipare raccolgono in media 100 milioni di TCN in più rispetto alle pluripare. Nel nostro centro le donne che raccolgono almeno 1,2 miliardi di cellule sono il 18,4% di 713, cioè 131; questo gruppo è composto dal 68,5% da donne al loro primo parto mentre il restante 31,5% è composto da pluripare. Di conseguenza reclutare più primi gravide porterebbe ad una ottimizzazione della raccolta di SCO.

L'ecografia come mezzo di selezione ed ottimizzazione delle donatrici al momento della raccolta di SCO, attraverso la valutazione del peso fetale.

Come visto in precedenza, nel periodo di studio compreso tra gennaio 2011 e dicembre 2011, presso l' U.O. di Ostetricia e Ginecologia Osp. "Di Venere", Bari, hanno partorito 1.492 pazienti portatrici di gravidanza in normale evoluzione. Prendendo in considerazione come fattore ostetrico di selezione delle donatrici il peso fetale alla nascita valutato prima del parto per mezzo dell'esame ecografico, e come cut off 3.250 gr, avremmo individuato prima del parto non solo tutte le 31 unità di sangue cordonale alla fine bancate e le

140 donatrici raccolte perché provenienti da feti di peso >3250 gr da inviare alla banca cordonale, ma anche scartato 164 unità perché provenienti da feti con peso <3250 gr. In termini percentuali il numero di unità di sangue cordonale bancato, 31 unità, andrebbe valutato non su 304 ma su 140 unità raccolte, cioè il 22,1%, superiore al su citato 10,2% e molto vicino al 25,8% del periodo ottobre 2008-settembre 2010 quando però il tetto di bancaggio delle unità di sangue cordonale era TNC>800 milioni.

Avremmo inviato inoltre alla banca cordonale solo 140 unità per la crioconservazione al posto di 304. In termini di costi per la società avremmo risparmiato migliaia di euro.

ABSTRACT LA RACCOLTA DEL SANGUE CORDONALE: STRATEGIE ATTUATE PER INCREMENTARE NUMERO E QUALITÀ DELLE UNITÀ DI SANGUE CORDONALE DA DONAZIONE SOLIDARISTICA

Responsabile del progetto: Carlotta Campagno, Ostetrica

Partecipante associato: Dr.ssa Elisabetta Cantanna

Ente responsabile del progetto: A.O. O.I.R.M. – Sant'Anna di Torino

Progetto vincitore Concorso Adisco nazionale 2012

Amicizia, determinazione, impegno, solidarietà, collaborazione, organizzazione: le nostre strategie per incrementare la donazione del sangue cordonale.

A micizia
D eterminazione
I mpegno
S olidarietà
C ollaborazione
O rganizzazione

Incrementare il numero di raccolte del sangue cordonale non rappresenta solo un obiettivo stipulato sulla carta. Il D.M. 18/11/2009, "Disposizioni in materia di conservazione di cellule staminali da sangue del cordone ombelicale per uso autologo-dedicato", afferma che la donazione del sangue di cordone ombelicale è un interesse primario per il

Ssn. Poiché il 12% delle unità raccolte risulta idoneo alla conservazione, la comunità scientifica afferma la necessità di triplicare le unità disponibili nelle banche Italiane. È fondamentale la collaborazione delle diverse figure che operano all'interno del settore, seguendo un piano volto a migliorare l'attuale situazione. Da novembre 2011 ad aprile 2012 è stato condotto presso l'A.O. OIRM S. Anna di Torino un progetto volto al miglioramento quantitativo e qualitativo delle raccolte ad uso solidaristico. Comprendendo e sottostando ai protocolli aziendali si è cercato di rendere il più produttivi possibile i momenti di incontro/confronto con la donna/coppia attraverso la sensibilizzazione, il reclutamento di potenziali donatrici e la formazione degli operatori sanitari: sono questi i cardini per determinare un concreto miglioramento delle raccolte. L'efficienza della promozione è ri-

sultata pari al 26% grazie al contributo dei CAN, della collaborazione con il Bilancio di Salute e attraverso una sistematica attività di Counselling intraaziendale. Dall'analisi dei risultati preliminari, tenuto conto delle modifiche apportate dal 1° Luglio 2011 dal Registro IBMDR in merito ai requisiti di imbancaggio, l'azione condotta è risultata efficace sia al fine dell'aumento del numero di raccolte sia al fine dell'incremento qualitativo. In particolare, l'efficienza della raccolta è stata pari al 67% tenendo conto della specializzazione materno/fetale della Struttura.

La qualità delle raccolte, introducendo la metodica extra utero routinaria, è migliorata ed è destinata a farlo ulteriormente. Si mira a ridurre nettamente lo scarto per volume e, migliorando le competenze del personale, a diminuire anche quello per mal esecuzione.



Recensione

THE MIDWIFERY PARTNERSHIP. UN MODELLO PER LA PROFESSIONE OSTETRICA

Midwifery Partnership: un modello per la pratica" è un modello teorico-concettuale appartenente alla disciplina ostetrica elaborato dalle colleghe neozelandesi Karen Guilliland e Sally Pairman, pubblicato per la prima volta nel 1995 dall'Ordine delle Ostetriche della Nuova Zelanda ed aggiornato dopo quindici anni dalle stesse autrici.

Il modello di cure ostetriche proposto è stato sostenuto da una cornice di eventi di carattere socio-politico che hanno determinato sia la sua affermazione nel contesto neozelandese, ma pure hanno contribuito alla valorizzazione della figura dell'ostetrica ed al riconoscimento delle sue competenze da parte delle donne. Gli avvenimenti favorevoli sono stati: la particolare sensibilità del governo laburista negli anni '80 e '90 verso le questioni femminili e la tutela dei diritti delle donne e della loro salute; i movimenti di opinione contro la medicalizzazione della gravidanza e del parto ed indirizzati al riconoscimento della nascita come evento normale dell'esistenza in cui la donna deve assumere il controllo sull'esperienza, sul proprio corpo, sul proprio figlio; la costituzione di un'organizzazione di consumatori definita 'Save the Midwives' che riconosceva l'ostetrica come specialista della

nascita ed esperta della fisiologia in un momento storico in cui la Midwifery stava per essere assimilata nel nursing perdendo pertanto la sua autonomia disciplinare, processo sostenuto nel 1986 anche dai medici ginecologi che erano a favore delle nurse-midwives; la "Direct-Entry Midwifery Task force" creata appositamente per ristabilire un accesso specifico alla formazione professionale come modalità per creare forza lavoro per le ostetriche; l'istituzione dell'associazione delle ostetriche nel 1988; l'emendamento del 1990 che autorizzava le donne a scegliere sia il medico o l'ostetrica o entrambi in quanto professionisti autorevoli nel garantire cure di qualità; la convinzione delle donne nelle capacità della Midwifery nel tutelare le loro scelte ed i loro diritti.

Tutti questi avvenimenti, di diversa matrice, in particolare l'alleanza tra le donne e le ostetriche, consentirono la nascita e l'affermazione del Modello di Midwifery Partnership in Nuova Zelanda ed l'attuale riconoscimento sociale delle ostetriche neozelandesi.

Tutto ciò deve costituire uno stimolante esempio di percorso da imitare per le ostetriche italiane per una migliore affermazione e autorevolezza sociale, in par-

ticolare da parte delle donne che individuano, ancora oggi nel nostro paese, nel ginecologo l'unica figura di riferimento nella tutela e nella promozione della loro salute. L'alleanza con le donne è quindi da ritenersi un obiettivo irrinunciabile. Un ringraziamento particolare alle colleghe Antonella Nespole, ricercatrice in Scienze Ostetrico-Ginecologiche-Neonatali presso l'Università degli Studi Milano-Bicocca, e Edda Pellegrini, Coordinatore del Corso di Laurea in Ostetricia, sezione di Bergamo - Università degli Studi Milano-Bicocca, per aver "intercettato" questo modello teorico appartenente alla Scienza Ostetrica attraverso un processo di revisione della letteratura internazionale, per aver posto la giusta attenzione e riconosciuto il suo valore nella prassi, per aver avuto l'idea di diffonderlo nella nostra realtà nazionale, sia alle colleghe ed in particolar modo alle studentesse, ed infine per aver provveduto personalmente alla traduzione del testo.

Miriam Guana

Presidente - Federazione Nazionale Collegi Ostetriche

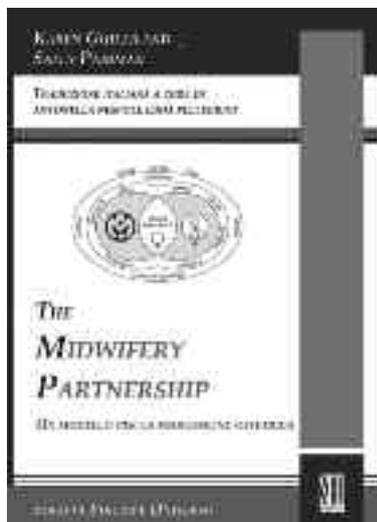
(tratto dalla presentazione del volume)

K. Guilliland e S. Pairman

**The Midwifery partnership -
Un modello per la professione ostetrica**

Prima Edizione Italiana dalla Seconda Edizione Inglese

Società Editrice Universo, 2012
pp. 88, euro 21.00



segue da pag. 16

strato un effetto anti-ovulatorio dose-dipendente, già al dosaggio più basso impiegato (0,5 mg/kg), con una potenza otto volte maggiore rispetto ad altri SPRM. Il meccanismo d'azione primario come contraccettivo d'emergenza consiste nel ritardare o inibire l'ovulazione. Ulipristal acetato è rapidamente assorbito

dopo somministrazione orale, con una C max media pari a 176 ± 89 ng/ml in circa 0.5-2.0 ore post dose, ed un AUC $_{\infty}$ (area sotto la curva) di 556 ± 260 ng.h/ml. L'emivita terminale è stimata pari a 32 ± 6.3 ore. Ulipristal acetato è fortemente legato alle plasma proteine (soprattutto alfa glicoproteina, albumina, HDL e LDL), mentre la quota libera

non supera l'1%. Il suo metabolismo è mediato soprattutto dal CYP3A4, ed uno dei suoi metaboliti identificati in vivo, l'11-demetilato è biologicamente attivo. Il farmaco non inibisce il CYP1A2, CYP2C19 o CYP2E1, e non induce l'attività enzimatica del CYP1A2 e CYP3A4 a dosi più di 10 volte le concentrazioni rilevanti clinicamente.

IL CONTENZIOSO MEDICO-LEGALE IN OSTETRICIA. LA STORIA DI QUESTO FENOMENO NEI TRIBUNALI ITALIANI

Olgia Dhimitri, Ostetrica

Liliana Ravera, Ostetrica, Ospedale Evangelico Internazionale di Genova

Obiettivi. L'individuazione del rischio di contenzioso medico legale in ostetricia è l'obiettivo di questo studio, e per questo la complessità del problema deve essere guardata in correlazione ad altri fattori che fanno parte del sistema sanitario nazionale. Gli errori che i sanitari commettono, infatti, sono spesso il prodotto finale di una serie di criticità all'interno del sistema. Lo studio vuole dare un contributo soprattutto alla figura ostetrica che si trova in una continua evoluzione nell'ambito delle responsabilità e delle competenze riconosciute dalle normative nonché dalla giurisprudenza. Nulla esclude che gli errori in sanità accadono e che questi debbano essere puniti. Ma siamo sicuri che solo infliggendo una pena riusciremo ad eliminarli? Si è mai pensato che le prime "vittime" di questi errori sono gli stessi operatori della salute?

A queste "vittime" non è permessa una seconda possibilità, non del ripetersi dell'errore, ma della fiducia nei loro confronti, dell'immagine della professione, delle loro aspettative in quel sistema formato dalla legislatura, dal codice deontologico e dall'etica. Medici e professionisti della salute rimangono silenziosi di fronte alle persecuzioni legali della loro assistenza, dando invece voce alle polizze assicurative e ai loro avvocati.

In uno studio intrapreso dalla Commissione parlamentare sull'inchiesta degli errori in sanità si sono esaminati in dettaglio gli aspetti organizzativi e strutturali dei punti nascita. Importanti sono anche le analisi dei dati che provengono dalle procure, sui procedimenti legali di una presunta malasanità, con riferimento al secondo semestre del 2010. In Italia rimangono ancora di poco spessore gli studi dedicati

al tema del contenzioso, e ancor più quelli riferiti alle cause del contenzioso.

Lo scopo di questo studio è quello di fare luce sui risultati che più da vicino interessano l'ostetrica, conoscere le cause che sono al centro di questo meccanismo e dare avvio al sostegno legale attraverso la consapevolezza di alcuni degli elementi che emergono dai testi delle sentenze. In particolare vengono esaminati:

- quali sono gli errori principali che causano un contenzioso medico-legale;
- la distribuzione degli errori nel territorio italiano;
- la distribuzione per tipologia di errore;
- la distribuzione per tipologia di struttura sanitaria (pubblica o privata);
- il grado di giudizio delle sentenze pronunciate;
- il numero delle ostetriche coinvolte nei processi (responsabilità diretta e indiretta);
- il danno maggiore, in termini di gravità e frequenza, causato per tipologia dell'errore.

Metodi. Lo studio si edifica su una serie di sentenze pubblicate dai vari tribunali. L'indagine è stata svolta per via telematica e si è estesa sia nel campo del giudizio civile sia in campo penale, consultando gli archivi del Tribunale della Cassazione, della Corte D'Appello, della Corte dei Conti e dei Tribunali di primo livello.

Poiché le possibilità di estrapolare sentenze della medicina Forense erano molteplici, la ricerca è stata condotta tramite le seguenti frasi-chiave:

- errore ostetrica;

- danno ostetrico;
- negligenza ostetrica;
- omissione ostetrica;
- responsabilità ostetrica.

Sono state coinvolte in questo studio:

- donne gravide oltre la 30-esima settimana di gestazione;
- figure professionali, come ginecologhe e ostetriche;
- strutture sanitarie pubbliche e private.

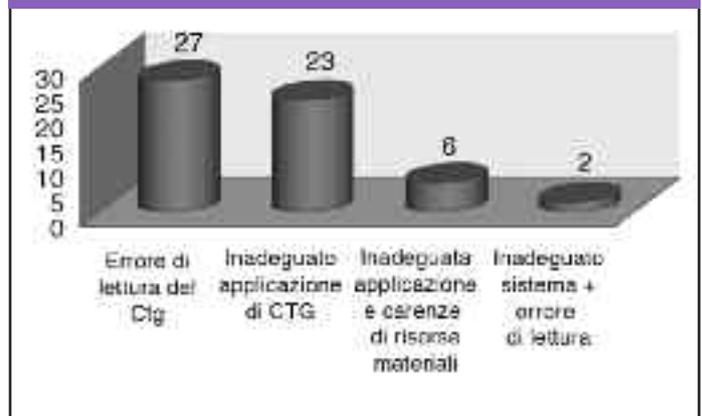
Limitazioni: Le sentenze pubblicate e/o archiviate degli ultimi 11 anni non sono di facile consultazione ed analisi, anche perché, visti i tempi lunghi della giustizia e il periodo disponibile per presentare denuncia, così come la loro registrazione e pubblicazione, alcune cause di contenzioso ci riportano agli anni precedenti al 2000.

Una difficoltà che si è creata durante lo studio, è stata inoltre quella di calcolare la somma totale dei risarcimenti avvenuti, sia perché in alcuni giudizi non è esplicitamente citata, sia perché in alcuni casi i risarcimenti devono essere calcolati in base al grado d'invalidità che si è procurato, utilizzando tabelle di riferimento in vigore in quegli anni.

Risultati. Sono state selezionate circa 115 sentenze, su un totale di 257 sentenze esaminate inerenti l'assistenza ostetrica erogata durante il ricovero alla donna gravida e durante l'assistenza al travaglio e il parto.

Non è facile interpretare l'errore come l'unico motivo di contenzioso in un sistema sanitario in cui è coinvolta una scala gerarchica che coinvolge le direzioni aziendali, le responsabilità di gestione organizzativa (nei suoi vari livelli) e i singoli professionisti. Spesso si tratta di una catena di eventi, dove il risultato finale si esprime nella parola "danno". Per questo in questo studio si è ritenuto più semplice individuare la catena di eventi, descritta più spesso

Grafico 2 - Monitoraggio fetale. Le cause degli errori



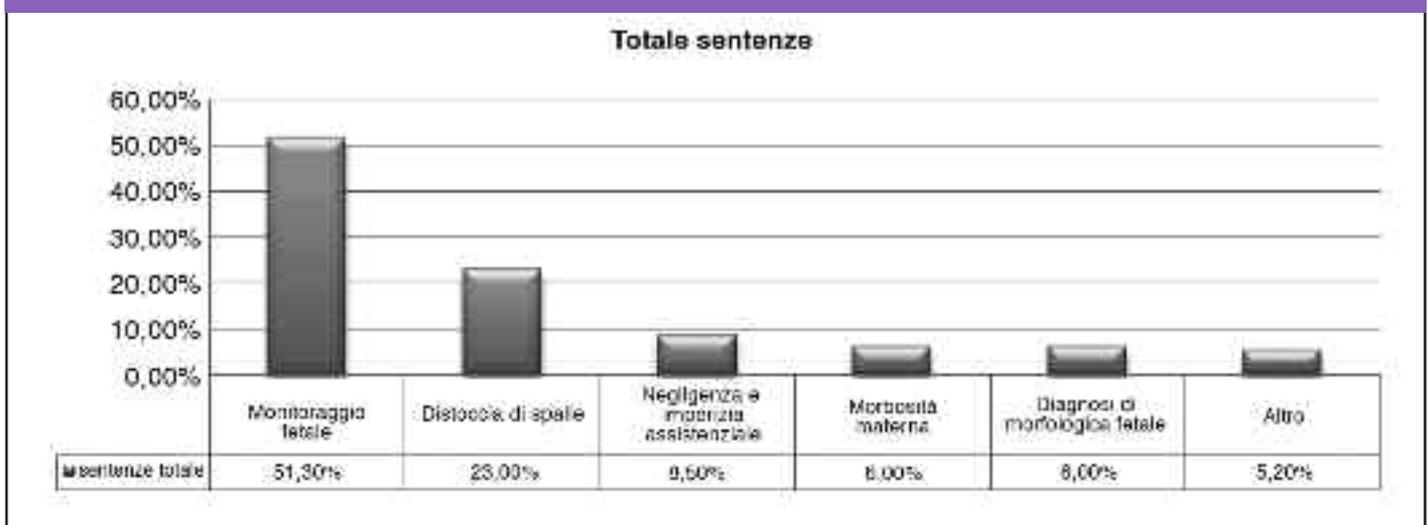
nei testi delle sentenze (Graf. 1).

Di seguito saranno descritti in dettaglio i diversi errori in ordine di frequenza.

Monitoraggio cardio-tocografico (CTG)

Di grande interesse sono le sentenze in cui si presenta come fattore cruciale il monitoraggio del benessere fetale (50,43%) attraverso il CTG. Si tratta di 58 sentenze in cui il monitoraggio fetale cardio-tocografico diventa un punto decisivo per medici e ostetriche. In 27 sentenze (46,5%) di questi 58 processi, consegue una inadeguata interpretazione del monitoraggio cardio-tocografico, in 23 sentenze (39,6%) inadeguata è la prassi di applicazione del CTG durante la gravidanza, il travaglio e il parto, 2 sentenze (3,4%) presentano contemporaneamente tutti e due i motivi sopra indicati e 6 sentenze (10,34%) fanno riferimento a un inadeguato sistema di organizzazione e a carenza delle risorse materiali (Graf. 2).

Grafico 1 - Eventi maggiormente ricorrenti nelle sentenze



Tab.1 - Distribuzione dell'errore ricollegabile al monitoraggio cardio-tocografico (CTG) nella casistica giudiziaria

Regione	Anno dell'evento	Estremi della sentenza (tempi del giudizio)	Trib. I Liv	Cassazione		Struttura Osp.		Resp. Ost.		Danno attribuito ai sanitari	Asfissia/lesione cerebrali	Morte perinatale	Mortalità/morb. materna	Lesioni plesso branchiale/paralisi ost.	Tetra paresi spastica
				CI	PE	PU	PRI	DI	IN						
Trentino															
-Trento	?	25.10.07 (839)	T	X	X			-	-	-Tc tardivo in travaglio di parto con feto non impegnato con Ctg che dimostrava decelerazione del -Bcf	x	x			
-Bolzano	?	05.02.08				X		-	-	-Tc tardivo dopo la bradicardia fetale	x				
Lombardia															
-Magenta	?	16.02.01 (2335)	X		X			X		-non corretta lettura del Ctg -ritardo del TC	x				x
-?(b)	?	12.06.00 (777)	CC			X			X	-omissione del Ctg durante il parto con conseguenza grave sofferenza fetale	x				
-Brescia	?	07.07.08 (37093)			X	X			X	-Ctg patologico con inadeguate organizzazioni di assistenza	x	x			
-?	1983	12.07.10 (403)	CC			X		X		-monitoraggio intrapartum inadeguato	x				x
-Milano	1978	18.12.08 (4941)			X	X			X	- omissione del Ctg in travaglio di parto -omissione di tc tempestivo	x	x			
-Milano	?	16.06.09 (32239)			X	X		-	-	- sottovalutazione del Ctg					x
-Bergamo	?	30.09.09			X	X		-	-	- Errata interpretazione del Ctg con decesso del feto	x	x			
Veneto	1985	30.06.05 (13979)	X		X		X			-imperizia da parte dei sanitari dei monitoraggi in prossimità dal travaglio e parto (Ctg)	x				
-Venezia	?	09.06.11 (12686)		X		X		X		-omissione del Ctg in travaglio di parto	x				
-Venezia	1995	10.10.06	T			X		-	-	-monitoraggi non adeguati in grav. con placenta parzialmente distaccata -errore nella lettura del Ctg -tardivo tc	x	x			
E Romagna															
-?	?	5.03.08 (17648)			X	X		X		-negligenza e imperizia nei confronti del CTG					x
-R. Emilia	1982	10.11.04 (601)			X	X			X	-non lettura tempestiva del Ctg	x				
Toscana															
-Firenze	2001	15.01.08 (7721)	X	X		X				-omissione di attenta lettura del Ctg in Prom con LA tinto di meconio Omissione del Tc in seguito a sofferenza fetale	x				
-Firenze	?	09.02.10 (19034)			X	X			X	-omissione di misure adeguate di monitoraggio fetale -embolia da LA con il decesso della donna	x	x	x		
-Firenze	?	30.09.07	T			X		X		-mancata diagnosi di distacco placentare in travaglio di parto -eseguito CTG non continuo	x				
Umbria															
-Terni	1986	17.07.01 (316)	CC			X			X	-Ctg applicato irregolarmente durante il travaglio -Applicazione di vacuum extractor -Lacerazione dell'utero in seguito al parto strumentale con shock emorragico-	x		x	x	
- Perugia	1985	06.04.06 (8105)		X		X		X		-Gravi mancanze organizzative e strutturali in sala parto (Ctg)	x				
Lazio															
- Roma	1984	18.02.02 (38)	CC	X	X					-Inadeguato monitoraggio del benessere fetale (LA tinto di meconio) -TC tardivo	x				
- Tivoli	1983	16.05.00 (6318)		X		X			X	-omissione di Ctg sistemico in feto prematuro con rottura delle membrane	x				x
- Roma	1994	20.01.04 (32901)			X	X		-	-	-sofferenza fetale in seguito all'ipotensione dell'anestesia epidurale	x				x
- Roma	?	14.07.04 (13066)		X			X	x		-uso della ventosa ostetrica -Bcf irregolare durante il travaglio -omissione del Tc	x	x			
-?	1983	20.01.06 (215)	CC			X		X		-assenza di monitoraggio cardiotocografo nella struttura asl	x				
-Roma	?	21.10.08 (44155)			X	X		-	-	-omissione di lettura corretta del Ctg con conseguenze morte fetale		x			
-Roma	?	16.07.09 (35027)			X	X		-	X	- Ctg patologico con inadeguate organizzazioni di assistenza	x	x			
-Roma	?	06.10.10 (41349)			X	X		x		-mancanza di monitoraggio continuo del feto in donna con febbre	x				
-Roma	?	01.02.11 (2334)		X			X		X	-Ctg non rassicurante -Tc tardivo	x				

segue a pag. 24

segue da pag. 23

Regione	Anno dell'evento	Estremi della sentenza (tempi del giudizio)	Trib. I Liv	Cassazione			Struttura Osp.			Resp. Ost.		Danno attribuito ai sanitari	Asfissia/lesione cerebrali	Morte perinatale	Mortalità/morb. materna	Lesioni plesso branchiale/paralisi ost.	Tetra paresi spastica
				CI	PE	PU	PRI	DI	IN								
-Lazio	1994	12.01.10 (36)	CC			X			-	-	-Ctg non rassicurante -ritardo del TC	x					
-Lazio	1994	30.06.11 (14405)		X			X		-	-	-il protrarsi della sofferenza fetale intesa da Ctg con tardivo tc	x	x				
-Roma	1996	29.01.04(21709)			X	X			X		-ritardo avviso di un Ctg patologico da parte dell'ostetrica ai medici di guardia	x	x				
Abruzzo	?	18.04.07(29318)			X	X				X	-disattenzione al Ctg in gravidanza ad alto rischio (ipertensione, diabete)		x				
-Aquila	?	27.04.10(10060)			X	X				X	-mancato diagnosi di sofferenza fetale per assenza del cardiocotografo	x					
-Avezzano	1990	10.10.08	T				X		-	-	- tardivo tc dopo aver diagnosticato Ctg non rassicurante	x				x	
Campania	1987	16.01.06(1698)		X			X			X	- mancanza di accertamenti e osservazioni in prossimità del parto	x					
-Napoli											-responsabilità di non aver eseguito monitoraggio Ctg all'ingresso in clinica						
-Napoli	?	29.01.08(12347)			X	X			X		- omissione di non aver avvisato il medico in caso di Ctg non rassicurante da parte dell'ostetrica	x					
-Napoli	2001	15.03.11(16370)			X	X			X		-erronea interpretazione del Ctg	x	x				
-Napoli	?	17.02.11(3847)		X			X			X	-insufficienti rilevamenti cardiocografici durante il travaglio	x				x	
-Napoli	?	05.08.10(248)	T			X				X	-Ctg in intermittenza durante il travaglio di parto - tc tardivo	x	x				
-Napoli	1999	20.07.09	T				X		-	-	-mancanza attuazione del Ctg in grav. post termine -omissione del tc in parto podalico	x				x	
Puglia	1998	18.05.01(6822)		X		X			X		-omissione di un programma di monitoraggio durante il travaglio -Errata interpretazione del Ctg	x					
-Puglia	1998	10.04.08(238)	CC			X			X		-Ctg non preso in considerazione,nodo vero la conseguenza dell'ipossia fetale -omissione del tc	x					
-Bari	?	11.12.08(10512)			X	X			-	-	-Errata interpretazione del Ctg -omissione del tc	x	x	x			
-Lecce	?	18.09.08(40809)			X	X			-	-	-lettura non corretta del Ctg -mancato tc	x	x				
-Lecce	?	12.06.08(27563)			X	X			-	-	-errore nell'uso della ventosa ostetrica -Ctg mai eseguiti	x	x				
-Brindisi	1995	02.02.09	T			X			-	-	-assistenza al parto naturale in donna con indicazione al TC per fratture al bacino -Ctg interrotto al momento del parto o fatto sparire	x		x			
Sardegna	?	08.05.08(11215)		X			X	X			-Omissione di monitoraggio corretto durante il travaglio di parto	x				x	
-Cagliari																	
Calabria	1998	07.02.07(7938)			X	X			X		-inadeguatezza di controllo e d'interpretazione del Ctg in grav. alla 35 sett. indotta con PREPIDIL -omissione del Tc	x	x				
-Catanzaro																	
-?	-2001	10.09.08	T			X				X	-sorveglianza durante il ricovero non adeguata di gravida con epatogestosi grave -non esecuzione del monitoraggio fetale in modo sistematico e ritardo esecuzione del Tc	x	x				
Sicilia											-monitoraggio -Ctg mal interpretati		x				
Sicilia	?	16.12.05(19163)			X		X		X		-monitoraggio -Ctg mal interpretati		x				
-Sciacca	1997	31.05.06(25005)			X	X			X		-negligenza del Ctg che evidenziava lo stato di sofferenza fetale	x	x				
-?	1989	24.03.06(1146)	CC				X		X		-Tc intempestivo -Ctg non considerato, malgrado la sofferenza fetale -distruzione dei Ctg dalla cartella clinica	x				x	
-Caltanisset	?	19.05.09(31968)		X		X			X		-negligenza della lettura del Ctg -imperizia in seguito a mancato intervento di un feto macrosomico	x			x		

segue a pag. 25

segue da pag. 24

Regione	Anno dell'evento	Estremi della sentenza (I tempi del giudizio)	Trib. I Liv	Cassazione		Struttura Osp.			Resp. Ost.		Danno attribuito ai sanitari	Asfissia/lesione cerebrali	Morte perinatale	Mortalità/morb. materna	Lesioni plesso brachiale/paralisi ost.	Tetra paresi spastica
				CI	PE	PU	PRI	DI	IN							
-Catania	?	23.09.10(37038)			X		X	X			-negligenza da parte dei sanitari del Ctg		x			
-Messina	?	17.12.10(2586)			X	X		X			- omissione del Ctg in travaglio di parto	x	x			
-Marsala	1997	20.02.08	T			X		-	-		-Ctg diagnosticato anomalo -Tc tardivo	x				
-Messina	2000	17.10.07(47152)			X	X		-	-		-assenza di monitoraggio continuo in parto indotto -Tc non eseguito in caso di bradicardia fetale	x				x
-Palermo	?	01.06.06			X	X			X		Errata interpretazione del Ctg		x			
Totale	1978-2001	2001-2010	17	13	28	47	11	17	24	58		32	26	4	2	10

Tab. 1

Legenda

? = dato non conosciuto,

Ca = Corte d'Appello,

T= tribunale I livello,

Cc = Corte dei Conti

Nei casi relativi alle 58 sentenze sopra nominate, 58 neonati hanno sofferto durante la gravidanza e il parto, 26 di loro sono deceduti, 10 di queste sofferenze si sono manifestate con lesioni irreversibili di tetraparesi spastica, 2 di paralisi ostetrica e lesioni al plesso brachiale dovute al parto. Non sono risparmiati neanche i danni materni, poiché 4 di queste sentenze presentano eventi avversi che riguardano la morbosità materna (tab. 1). Dei 19 bambini per i quali si dichiara solo lo stato di sofferenza, non sappiamo l'evoluzione, in quanto non viene descritta nel testo delle sentenze (Fig. 1).

La non corretta interpretazione del CTG è costata la vita a 26 bambini, dato certo denunciato da queste sentenze. Si tratta di 26 morti, 13 dei quali dovuti al ritardo nell'effettuazione del taglio cesareo, mentre gli altri 13 sono avvenuti per l'assistenza al parto per via vaginale omettendo l'intervento di taglio cesareo.

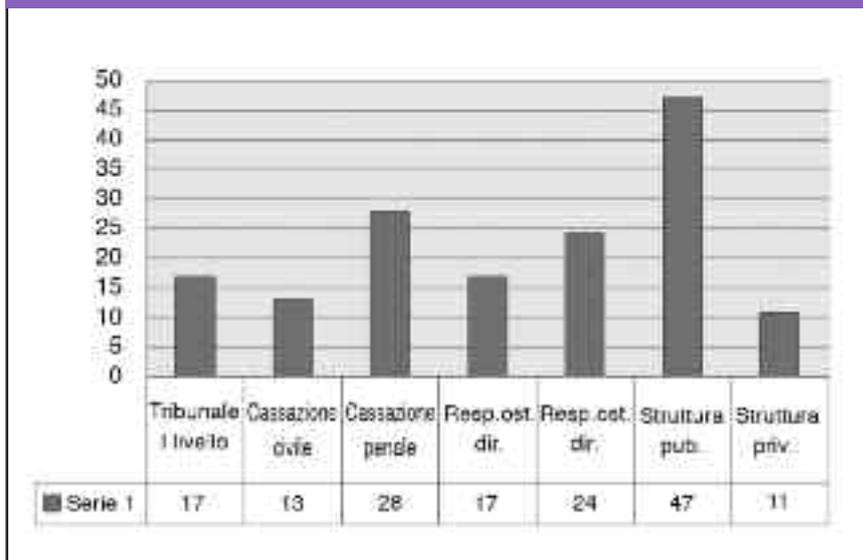
La tabella 1 rappresenta la distribuzione dell'errore ricollegabile al CTG nelle varie Regioni, la struttura sanitaria coinvolta, la responsabilità delle ostetriche in questo errore e il grado di giudizio.

Quest'analisi ha preso in considerazione le sentenze pubblicate riguardanti gli anni dal 1978 al 2001. Le date degli eventi nelle sentenze più recenti, vista la data di pubblicazione, rimangono ancora riservati. Non si può esprimere un giudizio su queste sentenze in merito alla responsabilità ostetrica riguardo al CTG poiché solo con una sentenza del 2004 (29.01.04 nr.21709) l'ostetrica è diretta responsabile, assieme al medico, della lettura e dell'interpretazione del monitoraggio. Si può esprimere però un'opinione riguardo al ritardo della consapevolezza legislativa, nel riconoscere

Figura 1 - Monitoraggio fetale. I danni causati dagli errori



Grafico 3 - Le ostetriche coinvolte nelle cause per errore nel monitoraggio fetale



tempestivamente una responsabilità già prevista, senza rendere imputabile questa figura professionale davanti a un carente sistema giudiziario in merito al fenomeno. Si è verificata in 13 regioni in tutta Italia, più intenso nella regione Lazio (12), Sicilia (9), Lombardia (7) e meno coinvolta la regione Sar-

degn(1).

Si può rilevare dal grafico 3 che 41 ostetriche sono state coinvolte durante i processi giudiziari, 17 sono le sentenze svolte dai tribunali di primo livello, 28 sono sopraggiunte alla cassazione penale e 13 alla cassazione civile. Sono stati coinvolti 47 dipendenti tra ostetriche e medici delle strutture sanitarie pubbliche e 11 professionisti operanti in strutture private.

Molte sono le informazioni che si possono ottenere dalla lettura di queste sentenze (alcune sono state estratte nella tabella 1) ma possiamo comunque arrivare a conclusioni importanti:

- l'errore maggiore riguarda il monitoraggio fetale;
- l'errore si verifica maggiormente dalle strutture pubbliche;
- il coinvolgimento delle ostetriche in questo evento è del 70%;
- il sistema legale che domina nel giudizio di questi processi è quello penale;
- più della metà delle Regioni d'Italia presenta contenziosi con questo tipo di errore;
- la Regione Lazio risente di più di questo fenomeno.

Distocia della spalla

Una seconda causa di evento avverso è la mancata diagnosi di sproporzione feto pelvica in prossimità del parto con l'evoluzione in distocia della spalla (23%). In tutte le sentenze (27), periti e giudici riconoscono responsabilità medica per l'esecuzione di questa diagnosi, ma questo non esclude, da parte delle ostetriche, l'osservanza di misure atte ad un'as-

sistenza più sicura. Non dimentichiamo per altro che quest'omissione comporta degli eventi avversi nella fase espulsiva del parto in cui il coinvolgimento e la responsabilità dell'ostetrica è diretta e il danno subito non è solo neonatale ma a volte anche materno. Le lesioni che conseguono a questo momento si manifestano in lesioni traumatiche del feto, sofferenza fetale, paralisi ostetrica, lesioni gravi al plesso brachiale e più raramente in decesso.

La distocia della spalla è una situazione molto grave e spesso non prevedibile. Questo momento si traduce per l'ostetrica spesso in colpa per aver creato una distocia della spalla iatrogena, per aver eseguito delle manovre incongruenti e violente e non secondo l'arte. Parliamo di un evento del parto che può accadere anche in un feto non macrosomico, ma nel quale si presenta una distocia meccanica in seguito a sproporzione feto pelvica. L'ostetrica possiede le competenze intellettuali e pratiche per riconoscere quelle situazioni che prevedibilmente possono essere individuate. Ma è lecito domandarci, di fronte a una situazione che si può trasformare in imbarazzante, se:

- è permesso all'ostetrica di scegliere il tipo di parto che è meglio attuare?
- quante ostetriche hanno le competenze per intervenire in una situazione simile?

Ci troviamo di fronte a un bivio, medico e ostetrica, che conduce allo stesso punto d'arrivo, ovvero il danno neonatale. Sono stati compromessi da questa condizione 27 bambini che oggi dovranno fare i conti con un'invalidità acquisita alla nascita. Anche per questo fenomeno lo studio è stato am-

Tab. 2 - Distribuzione dell'errore ricollegabile alla distocia della spalla nella casistica giudiziaria

Regione	Anno dell'evento	Estremi della sentenza (tempi del giudizio)	Trib. I Liv	Cassazione		Struttura Osp.		Resp. Ost.		Danno attribuito ai sanitari	Affissia/lesione cerebrali	Morte perinatale	Mortalità/morb. materna	Lesioni plesso brachiale/paralisi ost.	Tetra paresi spastica
				CI	PE	PU	PRI	DI	IN						
Trentino-Trento	?	24.05.01 (35758)			X	-	-	X		-Mancato diagnosi di sproporzione feto pelvica -Applicazione delle manovre di Kristeller e vacuum extractor	x	x			
Lombardia-Milano	1995 ?	22.07.04 (13634) 10.10.07 (21264)		X	X		X			-lesione irreversibile del plesso brachiale sinistro -manovre eseguite in seguito a distocia di spalle di feto macrosomico -mancanza di diagnosi di macrosomia fetale				x	x
E. Romagna-Bologna	1979	28.05.04 (10297)		X		-	-	X		-manovre incongrue in seguito a distocia di spalle				x	
Reggio Emilia	1997	14.11.07	T			X		X		-manovre di trazione in seguito alla distocia di spalle				x	
Liguria-Genova	?	08.05.08(285249)			X	-	-	X		-applicazione della ventosa ostetrica quando il feto non era impegnato allo stretto medio -mancata diagnosi di sproporzione feto pelvica		x			

segue a pag. 27

segue da pag. 26

Regione	Anno dell'evento	Estremi della sentenza (I tempi del giudizio)	Trib. I Liv	Cassazione		Struttura Osp.		Resp. Ost.		Danno attribuito ai sanitari	Asfissia/lesione cerebrali	Morte perinatale	Mortalità/morb. materna	Lesioni plesso brachiale/paralisi ost.	Tetra paresi spastica
				CI	PE	PU	PRI	DI	IN						
Toscana -?	1987	27.09.02 (676)	Cc	X	X					-manovre incongruenti in seguito alla distocia di spalle	x			x	
-?	1978	21.03.02 (179)		X			X	X		-manovre incongruenti in seguito alla distocia di spalle	x			x	
Lazio -Roma	2004	07.09.09 (18058)	T	X	X					-manovre effettuate durante il parto				x	
-Roma	1994	01.03.11 (847)	CA			X		X		-assistenza al parto con lesioni al plesso brachiale in feto macrosomico				x	
-Roma	1990	25.07.08 (20438)		X	-	-	-	X		-manovre inappropriate in seguito a distocia di spalle -non aver preceduto al Tc				x	
-Roma	?	05.10.08 (20667)		X		X		X		-manovre inappropriate in seguito a distocia di spalle -non aver preceduto al Tc				x	
-Lazio	?	05.03.09 (137)	Cc				X	X		-manovre inappropriate in seguito a distocia di spalle				x	
-Lazio	?	27.02.01 (983)	Cc				X	X		-Mancato anamnesi ostetrica con conseguimenti di lesioni gravi neonatali.	x				
Umbria -Perugia	?	29.11.10 (24144)		X			X	X		-Manovre eseguito in parto difficoltoso con lesioni fetali				x	
Campania -Napoli	?	27.11.08 (1236)	X	-	-	X				- manovre inappropriate in seguito a distocia di spalle nonostante si fosse diagnosticata eco graficamente la macrosomia fetale				x	
-Napoli	?	13.01.05 (583)		X		-	-	X		-mancato diagnosi di macrosomia fetale -errata applicazione della ventosa ostetric -manovre incongruenti in seguito alla distocia di spalle	x				
-Napoli	?	31.01.08 (13942)			X	X		X		-manovre incongruenti eseguite alla presenza di distocia di spalle					
-Napoli	2001	03.04.08 (13942)			X	-	-	X		-manovre inadeguate durante l'assistenza al parto					
-Salerno	1985	21.10.10 (2188)	T	x		X		X		-comportamento d'assistenza non adeguato durante il periodo espulsivo in feto macrosomico				x	
-Napoli	1998	28.10.08 (46411)			X		X	X		-lesioni causato al neonato durante il parto vaginale -non adeguato controllo durante le fasi del parto	x		x		
Puglia -Trani	1992	22.04.10 (278)	T			X		X		-negligenza dell'assistenza durante il travaglio -manovre incongruenti nella fase espulsiva				x	
Calabria -Catanzaro	?	24.03.11 (6750)	X		X		X			-manovre inappropriate in seguito a distocia di spalle	x				
-?	?	02.04.08 (308)	Cc			X		X		-manovre estrattive del feto incongruenti in seguito alla distocia di spalle				x	
-Palmi	1989	12.05.05	T			X		X		-distocia di spalle in feto macrosomico	x				
Sicilia Caltanissetta	?	08.10.08 (44283)	X		X	X				-manovre inappropriate in seguito a distocia di spalle -non aver preceduto al Tc				x	
-Sicilia	1986	06.12.07 (303)	Cc			-	-	X		-omissione di accertamenti di macrosomia fetale				x	
Totale	1978 -2004	2001-2010	11	10	6	13	6	22	5		7	2	1	21	

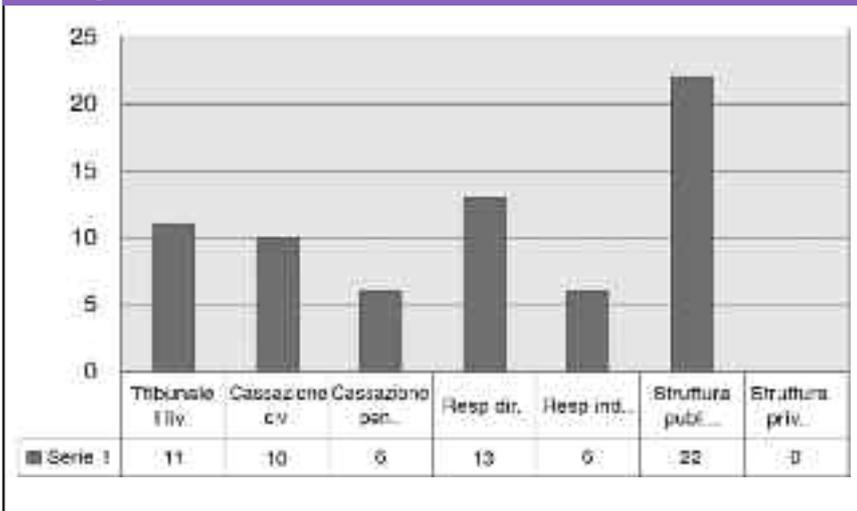
pliato a livello nazionale per il tipo di giudizio legale, le ostetriche coinvolte e la struttura sanitaria (tab. 2).

In questo caso lo studio ha coinvolto le sentenze pubblicate tra il 1978 e il 2004 riguardanti 11 Regioni. Per questa tipologia di errore la Regione che presenta il maggior numero di sentenze rimane la Regione Lazio con la città di Roma, cui segue la Regione Campania.

Il fenomeno presenta più frequentemente giudizi in ambito civile: 10 appartenenti alla Cassazione e 11 ai Tribunali del primo livello. In 13 eventi l'ostetrica è coinvolta direttamente e in

6 indirettamente, mentre in 8 sentenze la responsabilità ricade esclusivamente sul medico (Graf. 4). Le strutture pubbliche sembrerebbero esposte maggiormente al rischio che l'evento si possa presentare e trasformarsi in un potenziale danno. Anche questo dato rimane irrilevante poiché il numero di nascite è maggiore nelle strutture pubbliche rispetto a quelle private. A livello legale le strutture pubbliche rimangono quelle più colpite dai contenziosi. Altri risultati si possono ricavare da questi dati: 10 ostetriche coinvolte per responsabilità diretta prestavano la loro assistenza presso strutture pubbliche e 8 di

Grafico 4 - Le ostetriche coinvolte nelle cause relative alla distocia della spalla



loro si sono presentate davanti al giudizio civile. Quali sono i danni neonatali? In seguito alle manovre assistenziali applicate quando si è manifestata la distocia della spalla sono state procurate 21 paralisi ostetriche e in due di questi neonati si sono presentate anche lesioni cerebrali in seguito all'asfissia intervenuta durante il parto, in un caso di distocia ha fatto seguito il decesso immediato del feto, in 5 casi si sono verificate lesioni cerebrali di cui 2 hanno determinato il decesso e 3 la tetraparesi spastica (fig. 2).

Diagnosi errata di morfologia fetale

Gli errori che si manifestano durante il decorso della gravidanza nell'individuazione dello stato di benessere fetale attraverso la diagnosi prenatale sono conferiti alla competenza medica. In 7 sentenze (6,08%), si identifica una mancata diagnosi della morfologia fetale, dovuta agli errori durante gli esami ecografici eseguiti in questo periodo, influenzando così sul diritto di poter interrompere la gravidanza per le cause e nei tempi previsti dalla legge (Dl. 194, 1978).

Questo errore, da quanto dimostrano le sentenze, non è giudicato a livello penale, risolvendosi quindi o con assoluzione del medico o con il risarcimento dei danni (tab. 3).

Negligenza e imperizia

Una delle cause di contenzioso rilevate in questo studio (10 sentenze, 8,54%) è la negligenza e l'imperizia nell'assistenza erogata dagli operatori sanitari. Si tratta di una serie di comportamenti durante l'assistenza che hanno provocato danni al sistema nervoso e/o mortalità perinatale. Il danno procurato è indubbiamente il risultato finale di una serie di condotte assistenziali omesse o non effettuate in maniera e nei tempi adeguati durante il ricovero. Ancora una volta il monitoraggio fetale, anche se citato in modo indiretto, si rende un punto cruciale dell'assistenza ostetrica. Sono 10 le sentenze nelle quali è dimostrato uno stato di sofferenza fetale, in alcuni casi evoluto in decesso (tab. 4).

Figura 2 - Distocia della spalla. I danni causati dagli errori



“

Sono state analizzate in dettaglio 115 sentenze inerenti l'assistenza ostetrica erogata durante il ricovero alla donna gravida e durante l'assistenza al travaglio e il parto

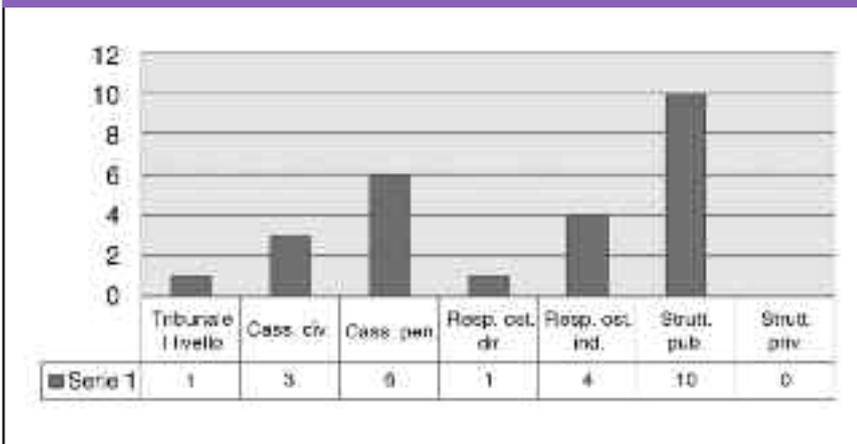
Tab. 3 - Distribuzione dell'errore ricollegabile a diagnosi errate di morfologia fetale secondo la casistica giudiziaria

Regione	Anno dell'evento	Estremi della sentenza (tempi del giudizio)	Trib. I Liv	Cassazione			Struttura Osp.		Resp. Ost.	Danno attribuito ai sanitari
				CIV.	PEN.	PUB.	PUB.	IND		
Lombardia -Milano	1989	21.06.04 (11488)		X		-	-	X	-diagnosi errata della morfologia fetale da parte dell'ecografia eseguita	
-Milano	1985	14.06.05	CA			-	-	X	-mancato diagnosi di malformazione fetale	
-Bergamo	1989	20.10.05 (20320)		X		-	-	X	-mancato diagnosi di malformazione fetale	
Piemonte -Torino	1987	29.04.06 (10043)		X		-	-	X	-errata diagnosi sulla morfologia del feto, dichiarando la sua normalità	
Campania -Salerno	?	21.11.05	T			-	-	X	-mancato diagnosi di malformazione fetale	
Umbria -Perugia	?	04.01.10 (13)		X		-	-	X	-diagnosi non corretta sulla morfologia del feto	
Sicilia -Messina	?	10.11.10 (22837)		X		-	-	X	-diagnosi mancata di malformazione fetale	
Totale		7	2	5				5	2	

Tab. 4 - Distribuzione dell'errore ricollegabile a negligenza e imperizia secondo la casistica giudiziaria

Regione	Anno dell'evento	Estremi della sentenza (tempi del giudizio)	Trib. I Liv	Cassazione			Struttura Osp.		Resp. Ost.	Danno attribuito ai sanitari	Asfissia/lesione cerebrali	Morte perinatale	Mortalità/morb. materna	Lesioni plesso branchiale/paralisi ost.	Tetra paresi spastica	
				CIV.	PEN.	PUB.	PRI	DIR								IND
Veneto -Venezia	1986	24.05.06(12362)		X		-	-	X	-trascuratezza del PROM con conseguenza corinamnionite e lesioni al feto	x						
-Venezia	?	12.02.10(3352)		X		-	-	X	-imperizia nell'assistenza prestata dal medico durante il parto	x						
Liguria -Genova	?	24.06.09(32291)			X	-	-	X	-diagnosi non accertata di distacco di placenta -Tc tardivo	x	x					
Sicilia -Catania	?	22.01.10(17556)			X		X	X	-negligenza della sintomatologia di distacco placentare -Ctg eseguiti in modo corretto	x	x					
Emilia Romagna -Modena	2006	15.07.10(32072)			X	-	-	X	-Tc tardivo dopo aver diagnosticato procidenze di funicolo	x	x					
Lazio -Roma	?	22.02.08(4595)		X			X	X	-protrazione di travaglio in feto pre termine -omissione di tc tempestivo	x						
-Roma	?	17.02.04(13989)			X	-	-	X	-somm. e ccessiva dell'ossitocina nel corso del travaglio di parto	x	x					
Campania -Torre del Greco	?	20.03.08(12347)			X	X		X	-Somm. di farmaci senza il consenso del medico con lesioni al neonato alla nascita	x						
Puglia -Bari	1995	14.06.05(44280)			X		X	X	-imperizia durante il parto, manovre di Kristeller (Ctg)	x						
Umbria -Terni	2001	13.07.06	T				X	X	-assenza di esami strumentali ed ematochimici al ricovero -Tc tardivo		x					
Totale		10	1	3	6	1	4	10		9	5					

Graf. 5 - Le ostetriche coinvolte nelle cause relative a negligenza e imperizia



Come si può leggere nella tabella 4 rimangono più spesso incolpate da questi eventi le strutture pubbliche, con attribuzione della colpa alla figura medica e i casi vengono giudicati in maggior misura in sede penale. Le sentenze dichiarano 9 danni asfittici, 4 dei quali decorsi con la mortalità perinatale.

Nel grafico 5 si riportano le informazioni riguardanti il coinvolgimento della figura ostetrica.

Morbosità materna

Non sono risparmiate dai presunti errori le donne, durante la gravidanza e il parto. Sono 7 (6%) le sentenze che riportano in seguito a parto operativo, manovre di Kristeller, uso inappropriato dell'ossitocina, mancata osservazione del

post-partum e dopo gli interventi da taglio cesareo, lesioni manifestati agli organi genitali e/o la mortalità materna. La distribuzione geografica e delle responsabilità è leggibile nella tabella 5 e nel grafico 6.

Tab. 5 - Distribuzione dell'errore che produce morbosità materna secondo la casistica giudiziaria

Regione	Anno dell'evento	Estremi della sentenza (tempi del giudizio)	Trib. I Liv	Cassazione		Struttura Osp.			Resp. Ost.		Danno attribuito ai sanitari	Asfissia/lesione cerebrali	Morte perinatale	Mortalità/morb. materna	Lesioni plesso branchiale/paralisi Ost.	Tetra paresi spastica
				CIV.	PEN.	PUB.	PRI	DIR	IND							
Lazio	1981	25.01.11(1768)		X	X	X					-manovre incongruenti durante il parto, causando rottura d'utero e morte materna in seguito ad emorragia			x		
-Roma	?	27.07.10(34537)			X		X		X		-lacerazione d'utero con emorragia post-parto			x		
Campania	?	15.01.10(4174)			X		X	X			-per effetti del parto si è creata un'emorragia con decesso materno			x		
Puglia	1978	10.0501(6502)	X		-	-	X				-rottura d'utero in seguito a manovre di Kristeller, uso del forcipe, l'uso dell'ossitocina			x		
-Bari	1978	30.10.08(449)	Cc			-	-	X			-somm. di ossitocina, con ipertonia uterina, emorragia, isterectomia e annessiectomia totale			x		
Calabria	1998	08.06.05(9154)			X	-	-	X			-omissione di formulare diagnosi di distacco di placenta e in donna con sintomatologia di gestosi gravidica con conseguente CID			x		
Sicilia	1999	19.06.06(38424)			X	-	-		X		-omissione della prescrizione degli esami post TC con decesso di morte materna per microangiopatia trombotica			x		
Totale		7	1	2	4		3	5	2							

Dalla lettura si può notare che l'errore accade con maggior frequenza nelle strutture pubbliche e il giudizio penale do-

mina anche in questa serie di eventi avversi, mentre la responsabilità ostetrica rimane secondaria.

Tab. 6 - Distribuzione dell'errore che produce morbosità materna secondo la casistica giudiziaria

Regione	Anno dell'evento	Estremi della sentenza (tempi del giudizio)	Trib. I Liv	Cassazione		Struttura Osp.			Resp. Ost.	Danno attribuito ai sanitari	Asfissia/lesione cerebrali	Morte perinatale	Mortalità/morb. materna	Lesioni plesso branchiale/paralisi ost.	Tetra paresi spastica
				CIV.	PEN.	PUB.	PRI	DIR							
Lombardia -Milano	1978	11.01.00(4679)			X	-	-	X		-falsificazione del partogramma dopo aver causato lesioni fetali	x				
Piemonte -Torino	1996	22.06.09(14532)		X		-	-	X		-ferita dal taglio cesareo sul viso fetale					
Toscana -Firenze	1989	28.11.07(24759)		X		-	-	X		-ritardo ricovero -assistenza al parto podalico per via naturale				x	
Puglia -Bari	?	11.05.00(10538)		X	X	X				-ritardo del medico reperibile in donna con minaccia di parto pre termine		x			
-Lecce	?	11.05.09(10743)		X		-	-	X		-Tc tardivo in feto prematuro e in presentazione podalica	x				
Sicilia -Messina	?	24.03.11(17460)	X	-	-	X				-resezione intestinale durante intervento da taglio cesareo			x		

Altro

In altre 6 sentenze (5,2%) sono incluse le cause che riguardano la mancata diagnosi di prolasso e procidenze del funicolo, la mancata diagnosi di distacco di placenta, errori bu-

rocratici, strumentali e lesioni causati dal parto podalico (Tab. 6). Il raggruppamento degli errori per le varie città si rende difficile perché nelle sentenze del Tribunale della Cassazione spesso si nomina il giudizio del Tribunale d'Appello

Tab. 7 - La distribuzione territoriale della sentenza

Regioni	Tribunali di	Cassazione	Cassazione	Resp.ost.	Resp.ost.	Struttura	Struttura
	I livello	e civ.	pen.	dir	ind	a pub.	priv.
Trentino	1		2			3	
Lombardia	3	5	5	3	4	12	1
Piemonte		2				2	
Veneto	1	4		1	1	5	
Liguria			2			2	
Emilia Romagna	1	1	3	2	1	5	
Toscana	2	2	2	2	3	6	
Umbria	2	2		1	3	4	
Lazio	7	8	7	7	9	16	6
Abruzzo	1		2		2	2	1
Campania	4	3	8	5	5	9	6
Puglia	4	3	5	3	2	12	
Sardegna		1			1	1	
Calabria	3	1	2	4	1	5	1
Sicilia	3	3	8	2	6	10	4
Totale	32	35	46	30	38	94	19

della Regione in cui è avvenuto l'evento. La divisione degli errori principali si realizzerà quindi in base alle Regioni, nominando le città principali che riportano la causa. Non terremo presente la categoria "altro" per le sue cause multiple e il numero irrilevante che rappresenta (tab. 7).

Conclusioni

Gli errori con coinvolgimento dell'ostetrica e dove all'ostetrica è stata attribuita responsabilità hanno portato in causa 15 Regioni e 36 Comuni. Gli errori principali come motivo di contenzioso sono:

- il monitoraggio fetale (CTG) (51,30 %);
- la mancata diagnosi di sproporzione feto pelvica/distocia di spalle (23%);
- l'assistenza imperita e negligente durante la gravidanza, parto e dopo parto (8,5%);
- la diagnosi errata di morfologia fetale (6%).

Il momento dell'accadimento degli eventi comprende una fascia dagli anni Ottanta al Duemila. L'indicazione degli anni precisi dei singoli casi rimane difficoltosa, sia per la riservatezza dei dati sia per la loro pubblicazione. La distribuzione dell'imputazioni di questi errori è disomogenea a livello nazionale. Le sentenze con attribuzione di responsabilità è più concentrato nel Centro e Sud d'Italia. La Regione Lazio si pone al primo posto con 22 eventi, seguita dalla regione Campania (15) e dalla Sicilia (14). Lazio e la Campania presentano anche il numero maggiore di strutture private coinvolte.

È difficile arrivare a conclusioni riguardo agli errori per colpa professionale delle varie Regioni, sia perché essi sono presunti, sia perché la contenziosità dipende da fattori sociali e culturali della popolazione residente. I dati rimangono poco chiari a livello della frequenza dell'errore anche per altri indicatori, come il numero complessivo dei parti, il numero di coloro che hanno subito un danno e di quelli che sono stati querelati.

L'errore riguardante al CTG è quello più frequente, in 13 Regioni. La Regione che presenta il numero maggiore di casi è il Lazio con 12 processi. Segue la Regione Sicilia con 9 casi e la Regione Lombardia con 7 casi. La capitale di questo errore rimane la città di Roma.

Sono state coinvolte nelle sentenze riguardanti il CTG, 17 ostetriche in modo diretto e 24 in modo indiretto. L'errore si è ma-



nifestato più spesso nelle strutture pubbliche (47 casi). 28 processi si sono giudicati in aula della cassazione penale.

Gli errori totali hanno coinvolto 68 ostetriche (su 115 processi), 30 di loro chiamate in causa in modo diretto o come teste e 38 in modo indiretto, nominate come esecutrici dell'ordine medico che però in modo indiretto riveste anche la responsabilità ostetrica.

Le strutture pubbliche presentano una maggiore frequenza degli eventi, considerato che la maggior parte di ostetriche e medici coinvolti presta la loro assistenza in queste strutture. Tuttavia il valore del rischio rimane comunque dubbio, dato che le strutture pubbliche sono più numerose e accolgono un maggior numero di nascite, rispetto a quelle private.

La responsabilità medica e ostetrica è stata giudicata più frequentemente dal Tribunale della Cassazione penale, in confronto al giudizio espresso dai tribunali di primo livello o dalla Cassazione civile.

I risultati di questo studio non intendono attribuire colpe né al nuovo fenomeno sociale in crescita, né agli operatori sanitari. L'interesse è piuttosto di stimolare la consapevolezza dei vari sistemi sanitari e dei governi clinici sull'assistenza offerta a una società sempre più cosciente dei propri diritti, introducendo misure di sicurezza che garantiscano la salute del cittadino e tutelino il rischio legale per l'operatore sanitario.

“

L'obiettivo dello studio non è quello di colpevolizzare le ostetriche o i cittadini. Si vuole piuttosto stimolare la consapevolezza sul problema, puntando ad introdurre misure di sicurezza che garantiscano la salute del cittadino e tutelino il rischio legale per l'operatore sanitario

Ostetriche in Europa

GOOD PROFESSIONAL STANDING: UN CERTIFICATO CHE DEVE ESSERE RILASCIATO DAL MINISTERO

I Collegi possono attestare solo gli elementi di propria competenza, come l'iscrizione o eventuali sanzioni disciplinari, ma per quanto riguarda le attività professionali la documentazione deve essere rilasciata dal dicastero della Salute

Nel corso dei mesi appena trascorsi la Fnco ha ricevuto numerose richieste di chiarimenti in merito alla compilazione e sottoscrizione della cosiddetta declaration of good character che il Nursing&Midwifery Council (Nmc - Ordine delle ostetriche del Regno Unito) chiede per il perfezionamento della pratica di iscrizione di ostetriche qualificate in Italia nell'albo delle ostetriche del Regno Unito.

La Fnco ha pertanto consultato la Direzione Generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Ssn, Ufficio IV, nonché il competente ufficio registrazioni dell'Nmc per stabilire quale sia l'istituzione competente a rilasciare questo tipo di dichiarazione.

Da tali consultazioni è emerso che un'ostetrica italiana che desidera andare a lavorare in un Paese della comunità europea deve chiedere al Ministero della Salute o il rilascio di un Attestato di conformità, dal quale risultino tutte le informazioni sul conseguimento del titolo professionale utili al Paese ospitante, o l'Attestato di conformità con il relativo Certificato di onorabilità professionale (cosiddetto good professional standing). Al fine di rilasciare l'Attestato di conformità con il good

professional standing il Ministero, qualora l'interessato non avesse provveduto a presentarlo all'Ufficio IV, chiede al Collegio di competenza una dichiarazione di iscrizione all'Albo delle ostetriche, riportando la data e il numero di posizione ed eventualmente le sanzioni disciplinari a suo carico o in corso, chiedendo inoltre all'interessata di produrre una dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante molteplici stati, qualità personali e fatti tra cui "di avere/non avere riportato condanne penali, di avere/non avere in corso, o riportato in passato, sanzioni disciplinari e/o amministrative relativamente al campo professionale". Come da normativa vigente, l'Amministrazione in questione procede alla verifica a campione sulle dichiarazioni ricevute. Si veda il Modello e l'Allegato G4 sul sito del Ministero della Salute <http://www.salute.gov.it/professionisanitarie/paginaInternajsp?id=2972&menu=strumentieservizi>.

L'Nmc chiede anche alle ostetriche che intendono lavorare nel Regno Unito di produrre la Supporting declaration of good character, con la quale l'autorità competente dello Stato di provenienza attesta che l'ostetrica richiedente "non risulta colpevole di cattiva condotta o di inidoneità all'esercizio pro-

fessionale, che alla sua iscrizione non sono applicate restrizioni o condizioni, e che il suo carattere (inteso come qualità personali) è sufficientemente buono per consentire una sicura ed efficace pratica. Il Collegio non può attestare stati, qualità personali e fatti diversi da quelli per cui la legge gli attribuisce specifiche funzioni (iscrizione ed eventuali procedimenti disciplinari), mentre il Ministero della Salute, tramite il rilascio del good professional standing provvede a ciò, avendo peraltro in capo l'obbligo della verifica a campione sopra richiamata. Lo stesso Nmc, all'uopo interpellato dalla Fnco, ha chiarito che l'autorità competente del paese di provenienza, sebbene dovrebbe compilare la sezione 4 del cosiddetto application pack per rilasciare la supporting declaration of good character, può alternativamente rilasciare il Certificate of Current Professional Status - CCPS; questo certificato, ritenuto comunque valido dall'Nmc ai fini dell'iscrizione, fornisce molteplici informazioni circa lo stato dell'iscrizione e la formazione della richiedente. In conclusione, si ritiene che la compilazione e sottoscrizione della Supporting declaration of good character non sia di competenza del Collegio delle ostetriche e che pertanto l'ostetrica interessata debba farne richiesta al Ministero della Salute, chiedendo altrimenti l'Attestato di conformità con il relativo Certificato di onorabilità professionale attraverso le modalità indicate sul sito web del dicastero.

UNA TRACCIA PER L'ELABORAZIONE DI UN ARTICOLO SCIENTIFICO

L'articolo scientifico da pubblicare su Lucina, la rivista dell'ostetrica/o dovrà rispettare le linee editoriali proposte, ovvero contenere:

- il titolo (tradotto anche in inglese);
- nome e cognome degli autori e loro affiliazione; il primo autore è il

titolare della ricerca (indicare sua email);

- un abstract di 250 parole, tradotto anche in inglese (introduzione, metodi, risultati, discussione);
- keywords – (3-10 parole chiave tradotte anche in inglese);
- l'articolo scientifico per esteso: introduzione e scopo del lavoro –

materiali e metodi – i risultati – discussione e conclusioni – fonti bibliografiche; è possibile includere tabelle, grafici con rispettive legende (relativi ai dati più significativi);

- l'articolo dovrà occupare complessivamente 8.500 battute, spazi inclusi.

Titolo

È il "biglietto da visita" di un articolo e deve descriverne brevemente il contenuto.

Il titolo è la parte dell'articolo che sarà la più letta in assoluto.

Deve permettere ai lettori di rintracciare l'articolo nei database elettronici e far capire la natura dell'articolo.

Keywords (parole chiave)

3-10 parole. Queste parole chiave devono cogliere l'essenza dell'articolo

Metodi

Come abbiamo condotto lo studio?

- disegno dello studio
- il contesto nel quale è stato condotto lo studio;
- numero e caratteristiche della popolazione;
- eventuali criteri di inclusione/esclusione;
- strumento di raccolta dati;
- enunciare Analisi statistica;
- principi etici e consenso.

Introduzione- Background

- Cosa è stato fatto prima (descrizione delle attuali conoscenze);
- l'importanza dello studio nella disciplina ostetrica;
- scopi dello studio.

Discussione

- Affermazioni di risultati importanti;
- comparazione con eventuali altri studi;
- limiti della ricerca;
- significato dei risultati;
- questioni irrisolte.

I risultati

Cosa abbiamo trovato?

- i dati andrebbero presentati in forma chiara, concisa, ponendo l'accento su cosa è rilevante;
- I risultati andrebbero presentati tutti (incluso quelli negativi o non significativi);
- il testo dovrebbe descrivere la ricerca;
- le tabelle dovrebbero far risaltare le evidenze;
- le figure/grafici dovrebbero illustrare i punti salienti.

Bibliografia

Per ogni voce bibliografica la citazione fino a un massimo di 3 autori, se superiori citare i primi 3 seguiti da et al. Di seguito alcuni esempi di citazioni bibliografiche:

- **Lavori pubblicati su riviste:** Suriano K, Cuarran J, Byrne SM et al., *Fatness, Fitness, and Increased Cardiovascular Risk in Young Children*, *J Pediatr* 2010;157:552-558.

- **Libri:** Villani A, Serafini G, *Anestesia neonatale e pediatrica*, Milano: Elsevier, 2004.

- **Capitoli di libri:** Serafini G, Braschi A, *Anatomici e fisiologici del neonato e del bambino*, in Villani A, Serafini G, *Anestesia neonatale e pediatrica*, Milano: Elsevier, 2004: pp.3-18.

Conclusioni

- L'articolo dovrebbe concludersi con pochi risultati-chiave
- le conclusioni dovrebbero essere chiare e forti e ben supportate dai risultati (!);
- è utile concludere suggerendo che tipo di ricerca sviluppare in futuro;
- la ricaduta dei dati nella professione ostetriche o nella pratica clinica.

Ringraziamenti

Menzionare tutti coloro che hanno permesso la realizzazione dello studio (istituzione, colleghi, utenti ecc.)

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 rivista dell'ostetrica/
organo ufficiale
della FncO

FNCO

Federazione
Nazionale Collegi
Ostetriche

www.fnco.it

