



L'evoluzione storico-giuridica della professione resa centrale dalla rivalutazione del parto naturale

Il rinascimento delle ostetriche

Tutto cominciò con le levatrici, portatrici di un sapere legato all'esperienza

La figura professionale dell'ostetrica rappresenta oggi il tratto più attuale e moderno dell'antica "levatrice", alla quale un tempo era attribuito il compito in via esclusiva (non in quanto medico, ma in quanto donna portatrice di un sapere che le era stato trasmesso dalla esperienza e dalla tradizione), di assistere le altre donne durante il delicatissimo momento del parto.

Il paradigma legislativo che in questi anni ha interessato la materia della Sanità e che di riflesso ha contribuito alla predetta evoluzione della figura dell'ostetrica, va osservato e analizzato sempre tenendo conto della rilevante portata dell'evento nascita.

Precedentemente alla istituzione del Servizio sanitario nazionale (legge 833/1978, prima Riforma sanitaria), l'ostetrica svolgeva la propria attività in modo relativamente autonomo fornendo assistenza alla partoriente e limitandosi a richiedere l'intervento medico nei casi di insorgenza di patologie. Il Testo unico delle leggi sanitarie (approvato con regio-decreto 27 luglio 1934, n.

La questione concernente il tema del ruolo e responsabilità professionale degli operatori della salute ha assunto, negli ultimi anni, uno straordinario interesse e ciò in virtù delle possibili conseguenze giudiziarie che le prestazioni sanitarie legate alla funzione comportano. In tal senso si manifesta in maniera sempre più pregnante la necessità di definire il nuovo status che la normativa vigente attribuisce ai diversi profili nell'ambito di ciascuna disciplina.

In ostetricia, il tema dell'assistenza al parto in considerazione della medicalizzazione dell'evento nascita e delle sempre maggiori istanze rivolte all'umanizzazione del parto (che possa ridare alla nascita la sua peculiarità di evento fisiologico), l'assistenza alla gestante, e non solo, è la conseguenza della combinazione specialistica di due figure professionali: il ginecologo e l'ostetrica che, pur nella netta diversità dei ruoli e dei compiti, agiscono in simbiosi

per il bene della donna e del nascituro.

In siffatto contesto il ruolo dell'ostetrica assume particolare rilevanza e diventa oltremodo interessante comprenderne le peculiarità concernenti le dinamiche del rapporto di lavoro, le sue funzioni e conseguenti responsabilità.

Per riuscire in tale scopo, è necessario ripercorrere le tappe fondamentali dell'evoluzione storico-giuridica di tale figura, protagonista di alterne vicende che hanno visto l'ascesa, poi il declino e poi di nuovo la riconquista di una più definita identità professionale.

pagine a cura di
Nicola Gasparro
Università di Bari
Università di Roma Tor Vergata

© RIPRODUZIONE RISERVATA

1265) includeva infatti l'ostetrica nel novero delle «professioni sanitarie ausiliarie e di supporto», mentre le altre professioni cosiddette «principali» erano costituite dal medico-chirurgo, dal farmacista e dal veterinario. In particolare l'articolo 139 della richiamata normativa sta-

biliva che «la levatrice doveva richiedere l'intervento del medico-chirurgo non appena nell'andamento della gestazione o del parto o del puerperio di persona alla quale prestava la sua assistenza riscontrasse qualsiasi fatto irregolare».

È la legge 921/1937 a dare per la

prima volta veste giuridica alla professione dell'ostetrica, col conseguente abbandono della figura della levatrice, e successivamente il Rd 1364/1940 che, superando le remore iniziali (che volevano limitato l'intervento dell'ostetrica al momento del parto), introduce un orien-

tamento destinato a essere confermato dalla legislazione successiva, che amplia la sfera d'azione dell'ostetrica a tutto il «momento gravidico»: dalla gestazione al puerperio, pur rimanendo il limite del parto fisiologico, superato il quale subentra, correttamente, il compito di chiamare in causa il medico. Il limite di cui si parla per la professione ostetrica si concretizza appunto nel parto non naturale e si sintetizza nella massima secondo cui l'ostetrica è la professionista del parto fisiologico.

Questo limite (se di limite si può parlare) sarà messo in discussione, solo molto tempo dopo, con il Dm 15 giugno 1981, nel quale si puntualizzano due concetti:

- si definisce compito essenziale dell'ostetrica l'assistenza al neonato con definitiva estensione della sfera di sua competenza al momento successivo al parto;
- si permette all'ostetrica di intervenire oltre il limite del parto fisiologico, con la possibile esecuzione di manovre fino a quel momento attribuite a esclusiva competenza del medico.

OMISSIONI & SANZIONI

Crescono i compiti, esplodono le responsabilità

Dopo aver tentato di delimitare il ruolo, le competenze e le funzioni dell'ostetrica/o non resta che evidenziare, al fine di completare il quadro di tale figura, le diverse forme di "responsabilità" nelle quali possono incorrere gli operatori delle pubbliche amministrazioni, in base al ruolo rivestito nelle amministrazioni di appartenenza, nelle sue diverse manifestazioni e sfaccettature.

C'è da dire che nell'esercizio dell'attività professionale, si può incorrere in responsabilità penale, civile, amministrativa, dirigenziale e disciplinare a seconda della natura delle violazioni dalle quali scaturisce e dalla normativa conseguentemente applicabile. Partendo dall'assunto che la responsabilità è la peculiare situazione in cui una persona viene a trovarsi, per effetto di comportamenti omissivi e/o commissivi contrari a valori, principi e norme dai quali è derivato ad altri un danno ingiusto di cui è chiamato a rispondere in relazione al suo specifico "status" nella vita di relazione e nell'ordinamento di appartenenza, due sono i concetti cardine che emergono e che possono

Per la Cassazione l'urgenza scagiona l'operatrice costretta a sostituire il medico

meglio definire la responsabilità dell'ostetrica/o e che sono senz'altro «competenza» e «autonomia», definizioni di cui già in precedenza si è dato cenno, e che possono essere intese, la prima come sinonimo di «capacità» che si sviluppa dalla conoscenza acquisita dal percorso formativo accademico, dall'aggiornamento costante e dall'esperienza, la seconda è realizza-

zabile proprio grazie alla consapevolezza dell'essere competente e ciò significa per l'ostetrica e per qualsiasi altro operatore sanitario, di esser sempre all'altezza delle situazioni che si presentano, con un comportamento congruo, nell'interesse della persona assistita.

Le leggi italiane, europee e la deontologia professionale impongono all'ostetrica/o l'assunzione di responsabilità di varia natura, tipiche di una professione intellettuale, quali: «essere responsabili», attivarsi, essere competenti, affermare la propria autonomia disciplinare, sviluppare i propri saperi quale guida per la pratica e fornire cure basate sulle evidenze scientifiche.

Le diverse leggi di riforma sanitaria indicano all'ostetrica/o nuove responsabilità derivanti: dal riconoscimento epistemologico della disciplina ostetrica; dagli emergenti e mutevoli bisogni/problemi di salute sessuale/riproduttiva della donna nell'arco del suo ciclo vitale; dalla realizzazione di attività proprie del Clinician governance ostetrico;

dall'introduzione di nuovi modelli assistenziali in ambito materno-infantile in ospedale e sul territorio (consultorio e domicilio) coerenti con gli obiettivi di salute indicati dal Pomi; dalla formazione professionale continua (Ecm) e avanzata (master, laurea magistrale).

Alla nuova figura dell'ostetrica si chiede anche di avere quelle competenze necessarie e



specifiche per la gestione dell'emergenza, quali la richiesta tempestiva del medico ginecologo/pediatra/anestesista (triage ostetrico) in sua assenza, mettere in atto manovre di tutela della vita della donna e del feto/neonato, dotarsi di strumenti di pianificazione, quale mezzo proattivo di eventi avversi.

Con la sentenza 13942 del 2008, quarta sezione penale, la Corte di cassazione ha affermato che non può ravvisarsi alcuna colpa (nemmeno per assunzione) dell'agente nel caso in cui abbia svolto attività non specializzata (in difetto ossia della necessaria specializzazione), qualora si trovi «in condizioni di urgenza indifferibile». Nel caso sottoposto all'attenzione della Suprema Corte un'ostetrica, chiamata a intervenire in sala travaglio e resasi conto di trovarsi di fronte a un parto non fisiologico per il quale non è abilitata a intervenire per legge, era stata costretta a prendere il parto, provocando delle lesioni permanenti al neonato, non riuscendo a ottenere l'intervento dei ginecologi e non potendo

abbandonare la partoriente a se stessa. Sulla base dei principi giuridici e deontologici, l'ostetrica/o ha il dovere di possedere un'adeguata professionalità per assistere con competenza un'emergenza ostetrico-ginecologica-neonatale. Il prestare soccorso non viene considerato abuso della professione medica come previsto nell'articolo 54 del codice penale.

Il concetto di responsabilità che in questa sede si rileva fa riferimento al significato "negativo" del termine, ossia all'essere chiamati a rispondere in giudizio a causa di un errore o di una condotta omissiva, in contrapposizione a quello positivo dell'essere responsabili, dell'assumersi cioè le responsabilità che l'esercizio professionale comporta.

Gli elementi costitutivi della responsabilità professionale dell'ostetrica/o, analogamente a quanto avviene per gli altri operatori professionali, si concretizzano nei classici requisiti della diligenza, della perizia e della prudenza, di tal che la condotta censurabile e la conseguente colpa professionale si

ravvisano nei parametri rappresentati da negligenza (ossia: trascuratezza, mancanza di attenzione ecc.), imprudenza (data da un comportamento non sufficientemente ponderato) e imperizia (ossia: scarsa preparazione professionale, inosservanza di norme ecc.).

Di essi l'ostetrica risponde in prima persona qualora dal comportamento negligente, imprudente o imperito derivi in modo diretto e inequivocabile la morte o il danno alla gestante o al neonato; qualora, invece, si registri una collaborazione col medico, essendo l'ostetrica comunque soggetta al vincolo della subordinazione, risponde in merito al danno solo per quanto riguarda la sua partecipazione specifica all'evento.

Ma la responsabilità, in cui può incorrere l'ostetrica al pari di qualsiasi altro operatore sanitario, rileva anche sotto il profilo civilistico, nei casi in cui ci si trovi in presenza di un comportamento che produce dolosamente o colposamente un danno ingiusto, che obbliga colui che lo ha commesso a risarcire il danneggiato. Tale tipo di responsabilità mira a tutelare interessi privati, eventualmente lesi, e a reintegrare i relativi diritti, rientrando la professione ostetrica fra le professioni intellettuali ex art. 2229 Cc e implicando il suo esercizio l'iscrizione in appositi albi. Per la sussistenza di tale tipo di responsabilità, sono necessari determinati elementi quali appunto: l'esistenza di un rappor-

to di servizio, l'esistenza di un danno ingiusto, l'esistenza di una volontà colpevole, supportata dal dolo o dalla colpa, e fra gli stessi deve sussistere un "nesso di causalità".

Oltre alle descritte forme di responsabilità per così dire tradizionali, l'ostetrica è assoggettata a un regime di "responsabilità disciplinare" prevista dagli articoli 28 e 32 del Ccnl, quadriennio 1994-1997 come modificati dal successivo Ccnl del comparto Sanità, 2002-2005 e dal Ccnl 2006-2009 che ridisegna i procedimenti disciplinari. Ogni pubblico dipendente è tenuto all'osservanza di determinati doveri, la cui violazione potrebbe essere causa, nelle ipotesi di maggiore gravità, del licenziamento dello stesso dipendente, sulla scorta naturalmente di un iter procedimentale a garanzia di colui al quale vengono mossi gli addebiti relativi appunto alla violazione degli obblighi di diligenza, lealtà e imparzialità cui il dipendente pubblico

Gli obblighi vanno di pari passo con l'autorevolezza e l'impegno

deve ispirare il proprio comportamento nell'adempimento della relativa prestazione lavorativa. A conclusione del presente lavoro si ritiene che solo attraverso il riconoscimento e l'affermazione, nell'ambito dello svolgimento delle proprie attività, delle responsabilità professionali, l'ostetrica/o acquisisce la giusta autorevolezza sociale che non può non esserle riconosciuta in virtù del sempre maggiore impegno clinico-professionale e umano che i tempi odierni le richiedono.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL RUOLO

Competenze nuove e «in progress»

Si a la legge 42/1999 che la legge 251/2000 ribadiscono a chiare lettere il concetto di autonomia: «L'ostetrica svolge con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e alla salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle normative dei relativi profili e codice deontologico utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza». Da sottolineare la circostanza che l'autonomia professionale può essere intesa sotto diversi profili. Innanzitutto, può essere riferita ad attività a essa affidate quali i fenomeni fisiologico-naturali in ambito sessuale riproduttivo del ciclo vitale della persona.

In queste ipotesi l'ostetrica godrebbe di "autonomia assoluta" (conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità), riferita in particolare alle attività che da sempre la tradizione ci tramanda come sue proprie (e a quelle che le sono state ormai definitivamente attribuite dalla legislazione più recente) ossia quelle di «assistenza del periodo della gravidanza, del parto, del puerperio, e dell'assistenza ai neonati» nelle quali l'ostetrica si riafferma come la vera protagonista della gravidanza e del parto fisiologico.

Tale aspetto si verifica pure nell'ambito di interventi volti a promuovere la salute dell'individuo, della famiglia e della collettività nei settori di competenza, anche se in questa ultima ipotesi il ruolo attribuito all'ostetrica appare leggermente più defilato, meno centrale e si concretizza per esempio nell'assistere e consigliare la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, e nel prestare assistenza al neonato.

Può essere vista altresì in funzione di corresponsabilità, ciò si riscontra nelle relazioni con il medico (situazioni patologiche in ambito ostetrico, ginecologico e neonatale, ognuno risponde in base alle proprie competenze); in tali casi a differenza di quelli precedentemente esposti l'autonomia sarebbe relativa a uno specifico campo d'azione.

Potrebbe infine essere intesa come autonomia che si inserisce nell'ambito della partecipazione (articolo 2 del Dm 740/1994). Questo è il livello di autonomia che le compete nella partecipazione ad attività alla cui realizzazione collabora, relative agli interventi di educazione sanitaria e sessuale (nell'ambito della famiglia e della comunità); alla preparazione psicoprofilattica al parto; alla preparazione e assistenza a interventi ginecologici; alla preparazione e accertamento dei tumori nella sfera genitale femminile; ai programmi di assistenza materna e neonatale, ma altresì nel caso del lavoro in équipe o nella formazione del personale ostetrico e di supporto.

Tuttavia, ancora oggi, fatte le dovute eccezioni, la crescente tendenza alla medicalizzazione del percorso nascita e, in modo particolare, del parto, ha contribuito alla graduale riduzione del ruolo professionale e sociale dell'ostetrica.

Lo specifico professionale dell'ostetrica è enunciato nella normativa nazionale che a sua volta è coerente con le direttive Cee e le direttive dell'Oms. Funzioni e competenze che possono riassumersi nella cura/assistenza, diagnosi, informazione/educazione alla salute, prevenzione, con-

sulenza/relazione di aiuto/sostegno, formazione (autoformazione, dei propri colleghi e del personale di supporto), ricerca, clinical audit (valutazione delle cure ostetriche), risk management, gestione dei sistemi complessi quali il servizio infermieristico e ostetrico, registrazione dei dati clinici e delle prestazioni erogate, gestione di strumenti operativi (cartella ostetrica, partogramma, linea-guida ecc.), coordinamento del personale ostetrico, infermieristico e di supporto.

Nella professione ostetrica si parla ormai di «competenze nuove e in progress». Come si evince dall'articolo 48 del Dlgs 206/2007 («Esercizio delle attività professionali di ostetrica»), le ostetriche sono autorizzate all'esercizio di una vasta serie di attività esplicitamente indicate.

Date le specifiche competenze affidate alla figura professionale in esame, è necessario a questo punto accennare al tema dell'inquadramento contrattuale delle professioni sanitarie non mediche, che può dare contezza maggiore al processo di professionalizzazione in cui, grazie soprattutto alle spinte innovative delle leggi 42/1999, 251/2000 e, da ultimo, la legge 43/2006, si sono registrate rilevanti novità. E proprio in virtù delle richiamate fondamentali leggi che l'area delle professioni sanitarie (fra cui infermieri, podologi, fisioterapisti e ostetriche), con l'individuazione dei rispettivi profili professionali, hanno ottenuto finalmente il riconoscimento di una pari dignità professionale rispetto ai già esistenti operatori sanitari.

La prima importante applicazione del nuovo profilo si ha il 20 settembre 2001 in occasione della stipula dell'accordo per il Ccnl integrativo del contratto collettivo del comparto Sanità.

Con la sopraggiunta «contrattualizzazione» del rapporto di lavoro, tutto il personale sanitario era stato suddiviso secondo un sistema di classificazione che prevedeva la distinzione nelle categorie: A, B, Bs, C, D, Ds. Successivamente, il contratto collettivo di comparto (relativo al quadriennio normativo 1998-2001, biennio economico 1998-1999) aveva previsto l'inquadramento di tutto il personale in tre categorie: a) categoria C «operatori professionali sanitari»; b) categoria D «collaboratori professionali sanitari»; c) categoria Ds «collaboratori professionali sanitari esperti».

In occasione del rinnovo del biennio economico 2000-2001 le organizzazioni sindacali, spinte dalla necessità di aggiornare l'inquadramento di quei professionisti per i quali è ormai richiesta come condizione per l'esercizio professionale la laurea triennale, e dalla necessità di valorizzare la funzione svolta da figure quali quelle infermieristiche e ostetriche, della riabilitazione, vigilanza e ispezione, ravvisando che l'insieme delle competenze specifiche, capacità necessarie per l'espletamento delle relative attività lavorative e competenze, per il personale appartenente alla categoria C, fosse assimilabile a quello della categoria D, ha previsto il passaggio di detto personale dalla categoria C alla categoria D (collaboratore sanitario professionale e collaboratore sanitario assistente sociale), con conseguente scomparsa (nei fatti) della stessa categoria C.

L'EVOLUZIONE LEGISLATIVA

Per formazione e autonomia cruciale la svolta del '99

Con la legge 42 il percorso universitario diventa obbligatorio

Una spinta significativa nella direzione di un evidente sviluppo professionale dell'ostetrica, l'ha data il decreto legislativo 502/1992 (seconda Riforma sanitaria). Con il provvedimento legislativo in questione si sono gettate le basi per l'affermazione del requisito della formazione universitaria per le professioni sanitarie non mediche, introducendone livelli culturali e operativi specifici, tali da garantire il raggiungimento dell'attuale grado di autonomia e competenza.

Ma il riferimento normativo di base per inquadrare l'argomento di cui si discute è il Dm 740/1994, che rappresenta il regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o e che all'articolo 1 individua la figura dell'ostetrica/o con il seguente profilo: «L'ostetrica/o è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato».

Il richiamato decreto, nell'attribuire nuove funzioni e responsabilità (alcune gestibili in piena autonomia, altre naturalmente, stante le peculiarità del ruolo, in collaborazione alle altre professioni sanitarie), contribuisce ad ampliare i compiti affidati a questa figura di operatore sanitario, in grado di assumere personalmente «mansioni», oltre che di assistenza alla gravidanza e al parto, anche di preparazione e assistenza agli interventi ginecologici, intervenendo altresì attivamente nella prevenzione dei tumori genitali femminili e nella formazione del personale non medico.

Limitatamente alla gravidanza, all'ostetrica è affidato il compito di individuare le situazioni potenzialmente patologiche che richiedono l'intervento del medico, essendo infatti riconosciuta all'ostetrica la capacità di definire i confini che delimitano l'andamento fisiologico del travaglio rispetto ai quadri di patologia che trascorrono nella sofferenza fetale, e praticare ove occorra, le «relative misure di particolare emergenza».

Ciò è quanto si legge nel comma 5 dell'articolo 1 del Dm 740/1994, e appare oltremodo significativo notare come venga attribuita alla figura in argomento una particolare responsabilità, ovvero quella della «selezione del rischio», attraverso cui distinguere i momenti patologici da quelli della normalità. In concreto, gli elementi di cui l'ostetrica dispone per una adeguata corretta selezione, ricavabili dettagliatamente dal bollettino Sigo (Società italiana di ginecologia e ostetrica) si riassumono nella verifica di indici rilevatori, quali a esempio: a) le modalità di insorgenza del travaglio; b) l'età gestazionale; c) l'accrescimento fetale. Mentre gli strumenti di cui l'operatrice può avvalersi per tale selezione sono: la valutazione cardiocografica; il foglio diario; il partogramma.

Sotto questo profilo viene esaltata la capacità diagnostica dell'ostetrica, rimanendo a quest'ultima la valutazione del benessere fetale, il che può significare, a esempio, l'esecuzione e soprattutto l'interpretazione del tracciato cardiocografico.

In epoca immediatamente successiva, e precisamente nel febbraio 1999, si registra un autentico salto di qualità, poiché viene emanata la legge 42/1999 che in maniera significativa contribuisce a dare un senso all'autonomia oggi riconosciuta alla figura e che definisce l'ostetrica come afferente a una «professione sanitaria» essendo in possesso di un diploma universitario.

In virtù del dettato di tale normativa, gli operatori sanitari diversi dalle figure mediche e fra gli altri le ostetriche, assurgono al titolo di professionisti sanitari (infermieri, fisioterapisti, logopedisti, tecnici sanitari ecc.) sancendo il superamento del principio di subaltermità delle professioni sanitarie non mediche e conseguentemente della distinzione nelle figure sanitarie, tra «principali» e cosiddette «ausiliarie», dove tradizionalmente trovano collocazione le ostetriche.

Inoltre, nell'ottica di riaffermazione dell'autonomia e professionalità della figura, la legge abolisce il mansionario (risalente al 1975, con il Dpr n. 163 e il successivo Dm del 15 settembre) come fonte dell'esercizio professionale e individua, al suo posto, tre criteri guida e due criteri limite per la determinazione delle relative attribuzioni (che dunque non seguirono più il rigido principio della esaustiva «elencazione»).

Il primo criterio guida concerne il profilo professionale. A prevedere legislativamente la costituzione dei profili professionali è il Dlgs 502/1992, all'articolo 6. I profili professionali rappresentano veri e propri atti normativi di carattere regolamentare, approvati con decreto del ministro della Sanità, che descrivono una figura professionale attraverso la definizione in modo ampio, della sua autonomia, delle sue competenze e dei suoi limiti. Il secondo criterio guida è quello degli ordinamenti didattici. Il terzo criterio guida riguarda il codice deontologico.

Merita di essere ricordata, fra le altre, la disposizione che nella premessa, in linea con la descrizione della figura professionale contenuta nella legge 42/1999, descrive l'ostetrica come la professionista sanitaria «che opera per quanto di sua competenza, in ambito ginecologico-ostetrico-neonatale per garantire alla donna, al prodotto del concepimento e al bambino le cure e il sostegno di cui necessita», confermando un iter legislativo costante che, dal riferimento contenuto nel profilo professionale del Dm 40/1994, culmina oggi nella disposizione contenuta nel Dm 24 aprile 2000, che attribuisce alle ostetriche «il coordinamento anche dei reparti di ginecologia».

I due criteri limite individuati dalla legge 42/1999 consistono nelle «competenze mediche e delle altre professioni». Il primo si concretizza non più esclusivamente nelle competenze attribuite alla professione medica in virtù di rigidi elenchi bensì come limite di carattere professionale, relativo a tutti quegli atti-prestazioni per il compimento dei quali è necessaria la capacità, il bagaglio di conoscenza ed esperienza che solo un medico può avere.

Dal mancato rispetto di tale limite, come già accennato, deriva la responsabilità dell'ostetrica per colpa professionale scaturente a sua volta da un comportamento negligente, imprudente o imperito.

Per quanto invece riguarda il secondo criterio limite, esso si riferisce alle competenze delle altre professioni del ruolo sanitario, per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali. La «ratio» della legge trova la sua giustificazione nel garantire al professionista la possibilità di autodeterminarsi.

Infine un ultimo, se pur breve cenno, per inquadrare il ruolo e le funzioni della figura dell'ostetrica, magari con uno sguardo rivolto al futuro, merita la legge 10 agosto 251/2000.

