

Interreg



UNIONE EUROPEA
EVROPSKA UNIJA



ITALIA-SLOVENIJA



SALUTE-ZDRAVSTVO

Progetto ITI co-finanziato dal Fondo europeo di sviluppo regionale
Projekt CTN sofinancira Evropski sklad za regionalni razvoj

COSTITUZIONE DI UN SERVIZIO TRANSFRONTALIERO DI PRESA IN CARICO DELLE GRAVIDANZE FIZIOLOGICHE - ANALISI NORMATIVA E GIURIDICA (PROGRAMMA INTERREG V-A ITALIA – SLOVENIA, PROGETTO SALUTE – ZDRAVSTVO)

LA COMPARAZIONE DEI MODELLI GIURIDICI ED ASSISTENZIALI RAPPORTO FINALE

Per GECT GO – Gruppo europeo di cooperazione territoriale – Territorio dei comuni:
Commune di Gorizia (I), Mestna občina Nova Gorica(SLO) e Občina Šempeter-Vrtojba
(SLO)

Conclusioni e risposte al quesito

1. Premessa e Metodo dell'analisi comparativa

Dopo l'analisi dei due modelli giuridici ed assistenziali Italiano e Sloveno, le conclusioni al presente studio/analisi comparativi in materia di presa in carico della gravidanza fisiologica in Italia e Slovenia possono essere tratte previa individuazione di un metodo di valutazione. Il metodo di valutazione e comparazione dei modelli – necessario per poter esprimere un parere sulla fattibilità di una équipe mista che prenda in carico la gravidanza fisiologica di donne italiane e slovene- esige l'individuazione di “Principi operativi” e “Criteri determinanti” generali, in quanto riguardanti tutti i professionisti sanitari, e speciali per la professione di ostetrica.

La risposta al quesito è frutto dell'applicazione della valutazione sulla presenza nei rispettivi modelli assistenziali (giuridico e sanitario) italiano e sloveno dei suddetti principi operativi e criteri determinanti.

I “principi operativi” costituiscono l'insieme dei valori e di garanzie fondamentali riconosciuti dai due Stati Membri in questione, la cui esistenza contemporanea negli ordinamenti di riferimento costituisce condizione necessaria ed inderogabile per la costituzione di un modello sanitario che preveda la presenza congiunta di professionisti sanitari specialisti cittadini dei due Stati nella presa in carico della gravidanza fisiologica.

I criteri determinanti costituiscono una sorta di parametro di controllo per la “comparabilità” o “equiparabilità” dei rispettivi ordinamenti giuridici, e dei modelli assistenziali italiano e sloveno. La individuazione dei Criteri Determinanti è il risultato dell'analisi giuridico sanitaria condotta nelle parti precedenti del presente lavoro, nell'ambito dell'ordinamento interno italiano e sloveno, nonché nell'ambito dei rispettivi profili e percorsi assistenziali della gravidanza fisiologica.

Il rispetto reciproco dei principi operativi e dei criteri determinanti (nella totalità o nella maggioranza) permette di rispondere al quesito circa la fattibilità dell'équipe mista per la presa in carico della gravidanza fisiologica, nonché di individuare, ove necessario, delle condizioni o correttivi ai modelli che debbono realizzarsi per consentire ed attuare la cooperazione transfrontaliera nell'assistenza alla gravidanza fisiologica.

Si parla di condizioni o correttivi per la definizione di un modello assistenziale misto italo sloveno e transfrontaliero, poiché l'assoluta negazione di collaborazione a fronte delle inevitabili differenze fra sistemi giuridici e modelli assistenziali, rappresenterebbe la negazione del fondamentale obbligo degli Stati dell'Unione di abbattere le barriere o frontiere giuridico- amministrative, ove queste rappresentino ostacolo alla affermazione e realizzazione di diritti fondamentali riconosciuti ai Cittadini dell'Unione.

Nel caso di specie, la presente analisi poggia su un “vincolo determinante” rappresentato dagli obblighi assunti da entrambi i Paesi – nonché dall'Unione Europea- di riconoscere e garantire la libera circolazione di professionisti sanitari sul territorio comunitario, nonché il diritto dei pazienti europei di ottenere cure ed assistenza sicure e di eguale qualità in ciascun Stato dell'Unione.

Pertanto, la risposta al quesito e la stessa individuazione dei principi operativi condivisi è, in certo qual modo, orientata dal fatto che i due Stati appartengono all'Unione Europea, ne condividono il sistema di valori fondamentali ed, in particolare, hanno entrambi recepito le Direttive Europee 2005/36/CE, 2011/24/UE (In Italia con Decreto Legislativo 4 marzo 2014, n. 38) ed 2013/55/UE con specifico riguardo alla materia della riconoscimento delle qualifiche professionali e della libertà di circolazione e stabilimento dei professionisti (sanitari) all'interno dell'Unione, nonché dell'applicazione del diritto dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera.

In via di anticipazione e salvo gli approfondimenti che seguiranno, è parere dei sottoscritti che una équipe mista italo slovena possa costituirsi quale espressione e concretizzazione del dovere di cooperazione internazionale in materia di assistenza sanitaria, in primo luogo perché all'interno dei Paesi Membri sono già stati attuati ed applicati i principi di libera circolazione ed esercizio stabile dei professionisti in ciascuno dei Paesi, in particolare modo se si tratta di professioni regolamentate come quella medica o sanitaria. Tuttavia, le differenze esistenti soprattutto in relazione all'attuazione concreta delle competenze e conoscenze dei professionisti sanitari, esigono una "calibrazione" del modello assistenziale di équipe, necessaria perché questo possa concretamente funzionare nell'interesse della salute della persona assistita.

E' utile, in fase conclusiva, premettere che le professioni regolamentate sanitarie di entrambi i Paesi soggiacciono, con le eccezioni regolamentate e descritte nelle parti 1 e 2, al "regime di riconoscimento automatico", salvo il possesso di conoscenze linguistiche idonee e sufficienti dello Stato in cui andranno ad operare.

Dunque, per le professioni sanitarie è previsto dalle Direttive Europee applicate i entrambi i Paesi un regime di riconoscimento automatico dei titoli di formazione, sulla base del coordinamento delle condizioni minime di formazione (Titolo III, Capo III, direttiva 2005/36/Ce). L'accesso a queste attività è subordinato al possesso di un determinato titolo e ciò è sufficiente a garantire che l'interessato ha seguito una formazione che soddisfa i requisiti minimi stabiliti. Ogni Stato membro riconosce i titoli di formazione che danno accesso alle attività professionali in questione e attribuisce loro gli stessi effetti, ai fini dell'accesso alle attività professionali e del loro esercizio, che hanno sul suo territorio i titoli di formazione da esso rilasciati. In un ulteriore regime di riconoscimento delle qualifiche - il regime generale - (Titolo III, Capo I, direttiva 2005/36/Ce), applicabile alle professioni che non sono oggetto di norme di riconoscimento specifiche e basato sul principio del mutuo riconoscimento e su una valutazione caso per caso da parte degli Stati membri. Il riconoscimento della qualifica è subordinato alla verifica di merito delle autorità nazionali e si basa su un coordinamento delle norme procedurali per facilitare il mutuo riconoscimento e limitare l'arbitrio degli Stati membri.

Se in uno Stato membro come Italia e Slovenia l'accesso a una professione regolamentata (ovvero quelle di medico, infermiere, dentista, veterinario, ostetrica, farmacista e architetto) o il suo esercizio presuppongono il possesso di determinate qualifiche professionali, l'Autorità competente dà accesso alla professione e ne consente l'esercizio alle stesse condizioni previste per i suoi cittadini ai richiedenti che siano in possesso dell'attestato di competenza o del titolo di formazione prescritto da un altro Stato membro per accedere alla stessa professione o esercitarla sul suo territorio, salva la valutazione circa l'acquisizione di competenze linguistiche necessarie alla comunicazione con équipe e pazienti. Sul punto, secondo quanto previsto all'articolo 53 della direttiva 2005/36/Ce, i beneficiari del riconoscimento delle qualifiche professionali devono avere le conoscenze linguistiche necessarie all'esercizio della professione nello Stato membro ospitante. Tale disposizione va interpretata alla luce della giurisprudenza della Corte di Giustizia; pertanto, nel verificare che i richiedenti abbiano le conoscenze linguistiche necessarie per l'esercizio della professione, gli Stati membri devono rispettare il principio di

proporzionalità, senza applicare controlli sistematici o esigere un livello di competenza troppo elevato.

In particolare lo Stato membro ospitante non può richiedere sistematicamente un esame linguistico. Ciascuno dei seguenti documenti costituisce una prova sufficiente delle conoscenze linguistiche: - a) copia dei titoli conseguiti nella lingua dello Stato membro ospitante; b) copia del titolo comprovante la conoscenza della lingua o delle lingue dello Stato membro ospitante (per esempio, diploma universitario, qualifica rilasciata da una camera di commercio, qualifica rilasciata da un organismo di formazione in lingue riconosciuto come, il Goethe Institut, eccetera); c) documento comprovante una precedente esperienza professionale nello Stato membro ospitante.

Può essere disposto un colloquio o una prova (orale e/o scritta) soltanto se il richiedente non è in grado di fornire uno dei suddetti documenti.

L'accesso alla professione e il suo esercizio sono consentiti anche ai richiedenti che abbiano esercitato a tempo pieno la professione per due anni nel corso dei precedenti dieci in un altro Stato membro che non la regolamenti e che possiedano uno o più attestati di competenza o uno o più titoli di formazione. Ai fini del riconoscimento, l'autorità competente può imporre misure compensative, nella forma di una prova attitudinale o di un tirocinio di adattamento, quando la durata della formazione ricevuta è inferiore di almeno un anno; quando la formazione riguarda materie sostanzialmente diverse da quelle coperte dal titolo di formazione richiesto nello Stato membro ospitante e quando la professione regolamentata nello Stato membro ospitante include una o più attività professionali regolamentate, mancanti nella corrispondente professione dello Stato membro d'origine del richiedente, e la differenza è caratterizzata da una formazione specifica, richiesta nello Stato membro ospitante e relativa a materie sostanzialmente diverse da quelle dell'attestato di competenza o del titolo di formazione in possesso del professionista.

Medici ginecologi, specialisti e specializzandi, ed ostetriche italiani e sloveni soddisfano, in via generale, le norme della Direttiva che consentono il riconoscimento automatico, con particolare riguardo alla presenza di condizioni minime di formazione ovvero di una base comune di formazione scientifica, oltre che per il possesso di titoli che sono idonei al libero esercizio professionale in altro Stato Membro.

Il possesso di un titolo riconosciuto all'interno della Unione Europea ed il conseguimento del titolo a seguito di una formazione scientifica, teorica e pratica sostanzialmente equiparabile nei due paesi rappresentano i primi due criteri di carattere formale e sostanziale per porre parere positivo circa la fattibilità e sostenibilità di un modello italo/sloveno di presa in carico della gravidanza fisiologica.

La risposta definitiva al quesito dipende, inoltre, dalla soddisfazione, nei due ordinamenti giuridici, dei Principi Operativi e della verificabilità, in ambito giuridico e sanitario, dei Criteri Determinanti, generali e speciali.

Di seguito saranno esposti detti Principi e Criteri ricavati dall'analisi dei due ordinamenti e saranno eventualmente svolte note di commento nel caso in cui vi siano delle differenze fra i due ordinamenti indicando, nelle conclusioni e nella risposta al quesito, se possono essere superate e con quali correttivi, condizioni o accorgimenti tecnico giuridici o di organizzazione sanitaria.

Ove vi sia identità o perfetta equiparabilità si indicherà solo il rispetto del Principio o del Criterio, rimandando alle parti 1 (Ordinamento Sloveno, si veda rapporto per Slovenia) e parte 2 (Ordinamento Italiano, si veda rapporto per Italia) in cui si tratta diffusamente dell'argomento.

2. L'analisi Comparativa condotta attraverso l'applicazione di Principi Operativi e Criteri Determinanti.

A) I "Principi Operativi"

1) Riconoscimento della salute come diritto fondamentale o, comunque, come interesse del cittadino meritevole di tutela;

Questo principio è rispettato entrambi ordinamenti secondo quanto descritto nella parte 1 e parte 2;

2) Riconoscimento dell'impegno dello Stato a garantire un livello elevato di protezione della salute umana, attraverso un'assistenza sanitaria sicura, efficiente, di qualità scientifica elevata, quantitativamente adeguata.

Questo principio è rispettato entrambi ordinamenti secondo quanto descritto nella parte 1 e parte 2;

3) Riconoscimento del principio di accesso all'assistenza sanitaria in base ai valori di universalità, di equità, di solidarietà, di libera circolazione delle persone nel mercato interno, di non discriminazione per motivi di nazionalità, religione, convinzioni politiche o ideologiche.

Questo principio è rispettato in entrambi gli ordinamenti secondo quanto descritto nella parte 1 e parte 2;

4) Previsione di meccanismi normativi di tutela giudiziaria dei pazienti che siano danneggiati dall'assistenza sanitaria, nonché di meccanismi obbligatori volti ad affrontare i casi di risarcimento danni derivanti dall'assistenza sanitaria, e siano appropriati in base alla natura ed alla entità del rischio.

Questo principio è rispettato in entrambi gli ordinamenti secondo quanto nella parte 1 e parte 2;

5) Riconoscimento del diritto del paziente alla tutela della riservatezza dei dati personali concernenti la sua salute.

Questo principio è rispettato in entrambi gli ordinamenti secondo quanto nella parte 1 e parte 2;

6) Riconoscimento del diritto del paziente all'autodeterminazione terapeutica, cioè del diritto di adottare libere decisioni su ogni aspetto riguardante la sua salute, di essere informato in modo chiaro e completo prima di ogni atto sanitario, sulla natura dell'atto, i suoi effetti, i rischi e le possibili conseguenze negative che possono derivarne.

Questo principio è rispettato in entrambi gli ordinamenti secondo quanto nella parte 1 e parte 2;

7) Garanzia di tutela del "diritto a nascere sano" e garanzia di tutela del diritto alla maternità consapevole con limitazione severa dei casi in cui è ammessa la interruzione volontaria di gravidanza.

Questo principio è rispettato in entrambi gli ordinamenti secondo quanto nella parte 1 e parte 2;

B) Criteri Determinanti Generali

1) Riconoscimento reciproco di titoli professionali e standard assistenziali;

Questo soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto nella parte 1 e parte 2;

2) Regolamentazione e controllo pubblici (statali o regionali) a) dei requisiti di formazione necessari all'esercizio della professione sanitaria; b) delle condizioni di accesso od ammissione e di esercizio legale della professione sanitaria; c) della pubblicità degli albi o elenchi dei professionisti sanitari; d) delle competenze ed attività sanitarie che i professionisti sono abilitati a svolgere; e) della qualità e quantità delle conoscenze scientifiche, nonché sulla qualità dell'assistenza sanitaria prestata; f) della esistenza di Ordini o Collegi professionali con funzione di vigilanza e disciplina e di tenuta, conservazione ed aggiornamento degli Albi pubblici; g) obbligatorietà dell'iscrizione ad Albi o elenchi pubblici per l'esercizio della professione;

Questo criterio è soddisfatto in entrambi ordinamenti secondo quanto nella parte 1 e parte 2 ed anzi presenta caratteri di particolare identità ed uguaglianza.

3) Definizione di professionista sanitario: il medico di medicina generale, il medico specialista o specializzando in ostetricia e ginecologia, l'ostetrica definiti ai sensi della direttiva 2005/36/CE o altri professionisti che esercitino attività nel settore dell'assistenza sanitaria.

Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto indicato nella parte 1 e parte 2.

4) Caratteristiche delle professioni sanitarie “non mediche”: a) formazione universitaria almeno triennale con conseguimento di titolo specialistico o diploma di laurea; b) validità del titolo professionale sul territorio nazionale nel rispetto della normativa europea sulla libera circolazione delle professioni; c) definizione o definibilità di un “profilo professionale” inteso come campo o ambito proprio di attività, competenze e responsabilità del professionista esercitabili con autonomia (non esecutiva di ordini o direttive), in modo indipendente o in collaborazione con altri professionisti;;d) rilascio del titolo dopo percorso formativo svolto presso Strutture Sanitarie pubbliche e Strutture Sanitarie a carattere Universitario; e) obbligatorietà dell’iscrizione all’Albo per l’esercizio della professione; f) obbligatorietà dell’aggiornamento professionale continuo ed esistenza di sistemi di controllo pubblici su questo aspetto e sulla qualità ed appropriatezza dell’assistenza professionale;

- a) **Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto indicato nella parte 1 e parte 2.**
- b) **Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto nella parte 1 e parte 2;**
- c) **Questo criterio è solo parzialmente soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto emerso nella parte 1 e parte 2. Infatti, esistono delle differenze nella definizione ed attribuzione delle competenze: in Italia le ostetriche sono legittimate a svolgere in autonomia tutte le competenze nella valutazione della fisiologia della gravidanza; in Slovenia vi sono alcune competenze, nell’ambito delle visite di controllo nel corso della gravidanza o durante il parto, proprie in modo esclusivo del ginecologo e che l’ostetrica non è legittimata a svolgere. Tuttavia, va precisato che tale limitazione di autonomia non corrisponde al grado di formazione, conoscenze e competenze delle ostetriche slovene. Per cui vi è una differenza fra le attività che le ostetriche sono formate a svolgere e sanno svolgere e ciò che “possono” (ovvero sono legittimate) svolgere sia nel contesto ospedaliero che in quello libero professionale.**
- d) **Questo criterio è soddisfatto in entrambi ordinamenti secondo quanto nella parte 1 e parte 2;**
- e) **Questo criterio è soddisfatto in entrambi ordinamenti secondo quanto nella parte 1 e parte 2;**
- f) **Questo criterio è soddisfatto in entrambi ordinamenti secondo quanto nella parte 1 e parte 2;**

C) Criteri determinanti specifici per la professione di ostetrica (area giuridica)

Condizioni minime ed essenziali per l'equiparabilità dell'esercizio professionale dell'ostetrica nell'ambito dell'assistenza nella gravidanza fisiologica nei due ordinamenti giuridici:

1) Ammissibilità nell'ordinamento giuridico nazionale o nella prassi nazionale di riferimento di un c.d. "*midwifery-led model*" o di un "*shared-led model*", in cui un'ostetrica (*case-load midwifery*) o un gruppo di ostetriche (*team midwifery*) svolgono attività di "propria" competenza in modo autonomo, con assunzione di relativa responsabilità, integrandosi, ove ritenuto necessario con il medico specialista in ostetricia e ginecologia se, nel percorso assistenziale e di valutazione della natura normale o fisiologica della gravidanza, la/e ostetrica/che ravvisino, anche in forma di dubbio, elementi clinici induttivi di un "viraggio" della gravidanza verso forme patologiche;

Questo criterio è soddisfatto in entrambi ordinamenti secondo quanto nella parte 1 e parte 2, con la precisazione che mentre il modello italiano ritiene legittimi entrambi i modelli citati, quello sloveno ritiene legittimo solo il modello misto in cui ostetriche e ginecologi lavorano secondo le proprie competenze, divisi in base alla fase o periodo della gravidanza. Anche nell'ordinamento sloveno nella fase di gestione ostetrica autonoma, l'ostetrica può o deve avvisare il medico in caso di elementi clinici di patologia.

2) Abbandono - anche graduale ed in base al contesto ed alla struttura di cura ed alle prassi ospedaliere- ed residualità nell'ordinamento del c.d. *medical-led model*, in base al presupposto scientifico, accettato dalla Comunità Scientifica Internazionale, che la gravidanza il parto e la nascita sono eventi fisiologici basati sulla naturale capacità della donna di vivere questa esperienza di vita accompagnata da una minima quantità di interventi esterni;

Questo criterio è solo parzialmente soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto nella parte 1 e parte 2. Secondo un'analisi di tendenza o di prospettiva basata sulla valutazione dei rispettivi ordinamenti giuridici e delle prassi (o culture o filosofie di assistenza), deve evidenziarsi che le ostetriche slovene ricevono una formazione specialistica nella fisiologia della gravidanza più ampia rispetto alle competenze che è loro consentito porre in essere, con la precisazione che il modello assistenziale sloveno ospedaliero considera, ancora oggi, l'intervento medico fattore di qualità/sicurezza dell'assistenza anche nella fisiologia, mentre il modello italiano ha consolidato una precisa filosofia di assistenza, in linea con la letteratura internazionale, considerando la sola presenza ostetrica nella gravidanza fisiologica di pari se non superiore qualità/sicurezza rispetto alla presenza del medico ginecologo, nell'ambito di un percorso più avanzato di "demedicalizzazione" della gravidanza e del parto fisiologico.

3) L'acquisizione durante i corsi universitari di formazione ostetrica, base e post base, di competenze da svolgere in autonomia, con tecniche e metodologie basate su evidenze scientifiche;

Questo criterio è soddisfatto in entrambi ordinamenti secondo quanto nella parte 1 e parte 2; Le conoscenze e competenze acquisite da ostetriche italiane e slovene durante il corso di studi sono assolutamente sovrapponibili. Esse hanno uguale preparazione specifica.

4) Riconoscimento pubblico, statale o locale, di un ambito di competenze ed attività attraverso atti normativi di rango primario o secondario, oppure attraverso prassi assolutamente consolidate ed accettate nell'ordinamento giuridico perché corrispondenti ad interessi di salute pubblica;

Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto descritto nella parte 1 e parte 2;

5) Riconoscimento pubblico (con atto normativo primario o secondario) di competenze nei seguenti ambiti: a) assistenza e consulenza, sia tecnico scientifica che emotivo relazionale, della donna durante la gravidanza, il parto ed il puerperio; b) gestione e conduzione a termine di parti fisiologici o eutocici, con presentazione del vertex, compresa ove strettamente necessario e previo consenso, l'esecuzione della episiotomia e la conseguente episiorrafia; c) assistenza al neonato; d) partecipazione ad interventi di educazione sanitaria e sessuale nell'ambito della famiglia e della comunità; e) preparazione psico-profilattica al parto; f) capacità di diagnosticare una gravidanza fisiologica, di prevenzione ed individuazione precoce di situazioni potenzialmente patologiche per donna gravida e feto; g) capacità di gestione delle situazioni sub f) attraverso collaborazione con un medico o in autonomia nel caso di emergenza; h) capacità di lavorare in collaborazione con altri professionisti sanitari; i) supporto pratico ed emotivo durante il parto ed il post-partum, nonché sostegno dell'attaccamento precoce madre/padre e neonato e promozione e sostegno dell'allattamento al seno; h) supporto del ruolo genitoriale; i) capacità di individuare, prescrivere ed effettuare esami ematochimici e strumentali necessari per la diagnosi precoce di gravidanza "a rischio"; l) capacità di sorvegliare il benessere materno fetale in gravidanza e durante il travaglio di parto con i mezzi clinici e tecnici appropriati (sonicaid e cardiotocografo, ecografo); m) capacità di redazione di documentazione clinica e di rapporti o referti scritti;

Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto descritto nelle parti 1 e 2.

6) Esistenza di un percorso formativo che preveda: a) una formazione a tempo pieno di ostetrica di almeno tre anni consistenti in almeno 4600 ore di impegno formativo continuativo teorico e pratico – di cui almeno un terzo in pratica clinica diretta, con preparazione e pratica sui programmi e sulle materie di cui all'Allegato V, punto 5.5.1 della Direttiva 2005/36/CE, oppure una formazione specifica a tempo pieno di ostetrica di almeno due anni, consistenti in almeno 3600 ore subordinata al possesso di titolo di infermiere responsabile dell'assistenza generale di cui all'allegato V, 5.5.2; b) conseguimento del titolo dopo svolgimento di attività pratiche e di tirocinio, nonché dopo il superamento di prove tecnico pratiche od operative e non solo teoriche; c) ordinamenti

didattici che garantiscano (i) conoscenze dettagliate delle scienze ostetriche, dell'ostetricia e della ginecologia; (ii) conoscenza adeguata della deontologia e della legislazione professionale; (iii) conoscenza adeguata di nozioni di medicina generale e farmacologia; (iv) esperienza clinica adeguata che renda l'ostetrica, in modo indipendente e sotto la propria responsabilità, in grado di escludere un quadro patologico, gestire l'assistenza prenatale, controllare il travaglio, condurre il parto e prestare assistenza post natale ivi compresa la rianimazione neonatale fino ad intervento medico;

- a) **Questo criterio è soddisfatto in entrambi ordinamenti secondo quanto nella parte 1 e parte 2;**
- b) **Questo criterio è soddisfatto in entrambi ordinamenti secondo quanto nella parte 1 e parte 2;**
- c) **Questo criterio è soddisfatto in entrambi ordinamenti secondo quanto nella parte 1 e parte 2;**

D) Criteri determinanti relativi all'assetto della responsabilità giuridica professionale

1) Garanzia e tutela del diritto dell'individuo alla vita, incolumità individuale e salute, anche con riguardo alla sicurezza, qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto descritto nella parte 1 e parte 2;

2) Esistenza di regole e procedure trasparenti per le richieste di risarcimento danni subiti dai pazienti per effetto di errata o imperfetta prestazione sanitaria, nonché esistenza di meccanismi che consentano ai pazienti di esperire i mezzi di ricorso a norma della legislazione dei due Stati nel caso in cui subiscano un danno a causa dell'assistenza sanitaria ricevuta;

Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto nella parte 1 e parte 2;

3) Esistenza di sistemi obbligatori di assicurazione privata della responsabilità professionale per danni procurati a terzi pazienti nell'esercizio dell'attività professionale (in regime di dipendenza da una struttura sanitaria o libero professionale) che siano equivalenti o essenzialmente comparabili quanto a a) finalità ed ambito di copertura; b) che presentino massimali di risarcimento commisurati alla natura ed alla portata del rischio; c) che presentino clausole di salvaguardia per il professionista sanitario o la struttura che rendano il contratto applicabile anche ad eventi di danno verificatisi alcuni anni prima della sottoscrizione del contratto (retroattività); d) che presentino clausole che assicurino i professionisti, per i danni o le spese legali, anche se esercitano la loro attività in paese estero;

- a) **Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto nella parte 1 e parte 2;**
- b) **Questo criterio non è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto descritto nella parte 1 e parte 2, dato che i massimali assicurativi previsti nei contratti stipulati nei rispettivi paesi prevedono significative differenze quanto alla somma che l'assicurazione può pagare al danneggiato (significativamente più alta in Italia rispetto alla Slovenia) e tale fattore pare dipendere dalla diverse statistiche giudiziarie nei due paesi.**
- c) **Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti ma con le seguenti precisazioni. In Italia la presenza di clausole di salvaguardia per il sanitario sono imposte per legge (legge 24/2017), in Slovenia possono essere oggetto solo di libero accordo contrattuale.**
- d) **Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti ma con la seguente precisazione: le Compagnie Assicurative Italiane possono assicurare il sanitario anche contro rischi professionali connessi ad attività svolte in paesi esteri ma questo deve essere oggetto di precisa pattuizione in sede di stipula del contratto e le Assicurazioni possono rifiutare la copertura se non sono state avvisate di detta evenienza. In Slovenia, la tendenza delle Compagnie è quella di non concedere clausole contrattuali di questo tipo rispetto a rischi professionali nascenti in attività all'estero.**

4) Possibilità di azione civile diretta verso la Compagnia di Assicurazione e/o verso la Struttura Sanitaria o il Professionista Sanitario;

Questo criterio è soddisfatto in entrambi ordinamenti secondo quanto indicato nella parte 1 e parte 2, con la seguente precisazione: ad oggi in Slovenia il paziente può esperire azione diretta verso la struttura o il professionista che poi possono successivamente citare in giudizio l'assicurazione; in Italia l'azione diretta è possibile a partire da aprile 2017;

5) Riconoscimento di responsabilità giuridica per il professionista sanitario che, nell'ambito dell'assistenza della gravidanza fisiologica commette errore nella diagnosi e valutazione della natura fisiologica della gravidanza, oppure omette o ritarda gli interventi necessari per la vita e la salute materno fetale nel caso di viraggio della gravidanza verso la patologia;

Questo criterio è soddisfatto in entrambi ordinamenti secondo quanto nella parte 1 e parte 2

6) Riconoscimento di diverse forme o tipologie di responsabilità in base alla gravità del comportamento, attivo od omissivo, del professionista sanitario o della gravità delle conseguenze sulla salute e vita materno fetale, con l'applicazione di conseguenze giuridiche diverse a seconda dell'ambito di responsabilità;

Questo criterio è soddisfatto in entrambi ordinamenti secondo quanto nella parte 1 e parte 2;

7) Estensione di queste forme di responsabilità sia a professioni medici che non medici, secondo il proprio ambito di competenza e che possono essere responsabili anche quando hanno operato in équipe e la condotta complessivamente tenuta non corrisponde al modello atteso per perizia, prudenza e diligenza;

Questo criterio è soddisfatto in entrambi ordinamenti secondo quanto nella parte 1 e parte 2;

8) Disciplina legale chiara e precisa delle forme di responsabilità con definizione, anche attraverso l'interpretazione giudiziale, dei presupposti, delle condizioni e dei limiti di ciascuna delle responsabilità;

Questo criterio è soddisfatto in entrambi ordinamenti secondo quanto nella parte 1 e parte 2;

9) Limitazioni al riconoscimento della responsabilità penale del professionista sanitario ai casi di "colpa grave" o comunque ai casi in cui il suo comportamento attivo od omissivo è molto distante da un modello di agente basato su Linee Guida o buone pratiche clinico assistenziali scientificamente consolidate;

Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto descritto nella parte 1 e parte 2; esistono regole di disciplina speciali in entrambi gli ordinamenti e la loro applicazione rigorosa consente l'estensione di responsabilità penale anche ai casi di "colpa non grave" (*o culpa levis*); tuttavia le applicazioni Giudiziali cercano di mitigare le conseguenze sanzionatorie penali a carico dei sanitari;

10) Attribuzione della responsabilità in presenza di una condotta sanitaria "colposa" – ovvero non rispettosa delle regole dell'arte medica e delle raccomandazioni delle Linee Guida, avventata ovvero non prudente, connotata da disattenzione e superficialità – causalmente collegata con l'evento di danno per la salute del paziente, nel senso che, in presenza del comportamento atteso e corretto, l'evento non si sarebbe verificato con ragionevole certezza, o si sarebbe verificato in tempi diversi e con minore gravità clinica;

Questo criterio è soddisfatto in entrambi ordinamenti secondo quanto nella parte 1 e parte 2;

11) Attribuzione di responsabilità al professionista sanitario ostetrico nelle seguenti circostanze: a) Mancata raccolta di anamnesi e mancato rilievo di fattori di rischio; b) Omessa o errata informazione sanitaria alla gestante; c) Sottovalutazione dei fattori di rischio noti al professionista; d) Mancata o inadeguata esecuzione delle procedure assistenziali di pertinenza; e) Mancato riconoscimento di situazioni potenzialmente patologiche nel corso della gravidanza e del travaglio di parto; e) Omessa richiesta di

intervento del medico in presenza di situazioni patologiche nel corso della gravidanza o del travaglio di parto, oppure ritardata o erronea scelta medica di espletamento del parto; f) Omesso o errato monitoraggio del benessere materno fetale in ogni fase della gravidanza e del travaglio di parto; g) Mancata e/o inadeguata assistenza al neonato; h) altri casi di errore tecnico o di valutazione;

- a) **Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto riportato nella parte 1 e parte 2;**
- b) **Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto riportato nella parte 1 e parte 2;**
- c) **Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto riportato nella parte 1 e parte 2;**
- d) **Questo criterio è soddisfatto in entrambi ordinamenti secondo quanto riportato nella parte 1 e parte 2;**
- e) **Questo criterio è soddisfatto in entrambi ordinamenti secondo quanto riportato nella parte 1 e parte 2;**
- f) **Questo criterio è soddisfatto in entrambi ordinamenti secondo quanto riportato nella parte 1 e parte 2;**
- g) **Questo criterio è soddisfatto in entrambi ordinamenti secondo quanto riportato nella parte 1 e parte 2;**
- h) **Questo criterio è soddisfatto in entrambi ordinamenti secondo quanto riportato nella parte 1 e parte 2**

12) Attribuzione di responsabilità solo all'esito di un "giusto processo" che preveda: a) il diritto ad ottenere informazioni sulle accuse mosse o le richieste risarcitorie; b) il diritto ad ottenere un tempo significativo per preparare ed esporre le difese; c) il diritto di avvalersi di difensori o consulenti tecnici nella materia medica e medico legale; d) il diritto di ottenere la traduzione degli atti scritti e delle dichiarazioni per le persone straniere citate a giudizio; e) il diritto di impugnare presso un Giudice Superiore un provvedimento sfavorevole;

- a) **Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto indicato nella parte 1 e parte 2;**
- b) **Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto riportato nella parte 1 e parte 2;**
- c) **Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto indicato nella parte 1 e parte 2;**
- d) **Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto riportato nella parte 1 e parte 2;**
- e) **Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto riportato nella parte 1 e parte 2;**

13) Garanzia e tutela del diritto del paziente alla tutela della sua riservatezza quanto al trattamento dei dati personali sulla sua salute.

Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto indicato nella parte 1 e parte 2

14) Garanzia e tutela del diritto della donna in gravidanza di essere chiaramente e precisamente informata sul suo stato di salute e su quello del suo feto, sulla natura degli accertamenti prescritti, sui rischi possibili che possono realizzarsi nel corso della gravidanza, sulle modalità ed i luoghi del parto.

Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto indicato nella parte 1 e parte 2;

15) Garanzia e tutela del diritto della donna in gravidanza di esprimere un consenso valido ed informato su ogni attività sanitaria compiuta ed inerente la sua gravidanza.

Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto indicato nella parte 1 e parte 2;

16) Garanzia e tutela del diritto del paziente alla continuità del trattamento sanitario, alla compilazione e corretta conservazione di una cartella clinica, cartacea o elettronica, che registri ogni dato rilevante sul trattamento sanitario prestato.

Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto nella parte 1 e parte 2;

17) Riconoscimento di responsabilità penale a carico del sanitario nel caso di procurato aborto involontario o volontario;

Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto indicato nella parte 1 e parte 2

18) Riconoscimento di forme di responsabilità penale o civile/amministrativa nel caso di violazione del segreto professionale o di false attestazioni in rapporti o certificati sanitari di fatti inerenti l'assistenza sanitaria;

Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto nella parte 1 e parte 2;

19) Esistenza di regole legali sulla dichiarazione o attestazione di nascita anche quando questa si verifica in paese diverso da quello di cittadinanza;

Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto descritto nella parte 1 e parte 2;

20) Riconoscimento di potestà pubblicistiche di attestazione della nascita ai professionisti sanitari che vi hanno partecipato, cui sono connesse forme di responsabilità;

Questo criterio è soddisfatto in entrambi ordinamenti secondo quanto nella parte 1 e parte 2, con la precisazione che l’attestazione di nascita in Slovenia può essere firmata solo dal medico e non dall’ostetrica come invece riconosciuto nell’ordinamento italiano;

21) Esistenza di forme di vigilanza, controllo e disciplina da parte degli Ordini, Collegi o Camere professionali, con previsione di sanzioni anche interdittive dell’esercizio della professione previa contestazione degli addebiti al professionista sanitario ed audizione delle sue difese;

Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto descritto nella parte 1 e parte 2;

E) Criteri determinanti specifici per la professione di ostetrica (area sanitaria)

1) Modello assistenziale alla donna durante la gravidanza, il parto ed il puerperio basato sullo schema del *midwifery-led model* integrato dalla presenza ove necessaria del medico ginecologo oppure sullo schema del *shared-led model* in cui l’assistenza viene condivisa da diverse figure professionali mediche e non mediche;

Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto descritto nella parte 1 e parte 2 con la seguente precisazione: il modello assistenziale sloveno della gravidanza e parto fisiologici prevede la necessaria compartecipazione del ginecologo in alcune fasi dell’assistenza in gravidanza. Entrambi i modelli possono definirsi “misti” ma mente quello italiano è caratterizzato da un maggiore grado di autonomia ed indipendenza dal medico dell’ostetrica nell’esercizio delle sue competenze – quindi tende decisamente verso il “modello midwifery - led”-, quello sloveno prevede ancora una componente medica limitativa dell’autonomia ostetrica nel percorso nascita. Più in dettaglio le ostetriche italiane nel corso della gravidanza possono applicare le loro competenze in ciascuna delle visite previste dai protocolli assistenziali nei trimestri gestazionali. Di contro, le ostetriche slovene hanno competenza a svolgere in autonomia le visite alla 16[^], 32[^], 37[^], 38[^], 39[^] settimana di gravidanza.

2) Modello assistenziale basato su Linee Guida o protocolli emanati da Organi Pubblici (statali o regionali) oppure da Enti Privati in ogni caso basati sulle più aggiornate evidenze scientifiche consolidate nella Comunità Scientifica internazionale in ambito ostetrico-ginecologico e neonatale;

Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto descritto nella parte 1 e parte 2;

3) Modello Assistenziale basato sul principio della “continuità assistenziale”;

Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto descritto nella parte 1 e parte 2;

4) Modello assistenziale della gravidanza fisiologica basato sul principio del “grado di rischio”;

Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto descritto nella parte 1 e parte 2;

5) Condivisione sostanziale delle condizioni o fattori che determinano un rischio aggravato per la gravidanza e ne escludono la natura fisiologica, fattori rilevati in sede di prima visita e nel corso della gravidanza e basati su a) anamnesi patologica generale; b) anamnesi ostetrico-ginecologica remota; c) anamnesi ostetrico-ginecologica attuale;

Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto descritto nella parte 1 e parte 2;

6) Articolazione di un percorso o profilo assistenziale della gravidanza fisiologica basato sulla proposta alla donna di controlli clinici (visite o bilanci di salute) ed esami di laboratorio e strumentali per il monitoraggio del benessere fetale, caratterizzati da informazioni fornite alla donna per renderla consapevole del percorso e favorire scelte informate;

Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto descritto nella parte 1 e parte 2;

7) Articolazione di un profilo assistenziale con controlli in gravidanza fra 7 e 10 e comunque non inferiore a 4;

Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto descritto nella parte 1 e parte 2;

8) Articolazione di un profilo assistenziale con presa in carico precoce (entro 10 settimane di gestazione) con programmazione di indagini di screening prenatale per patologie cromosomiche (sindrome di Down) nonché delle ecografie raccomandate dalle Linee Guida per il controllo del benessere fetale;

Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto descritto nella parte 1 e parte 2;

9) Articolazione di un profilo assistenziale organizzata in controllo ogni 4-6 settimane fino a 40-41 settimane di gestazione;

Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto descritto nella parte 1 e parte 2;

10) Profilo assistenziale con offerta del professionista di assistenza e sostegno psicologico-relazionali nonché di informazioni sui tempi, modi e significati dei controlli clinici, strumentali e di laboratorio, sugli stili di vita, sui servizi disponibili per l'assistenza, sulla possibilità di accedere a incontri di accompagnamento alla nascita, sul setting della nascita, sui luoghi possibili e migliori per la situazione specifica della donna, sui benefici di legge per la tutela della maternità e paternità, sui servizi di continuità assistenziale post natali;

Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto descritto nella parte 1 e parte 2;

11) Profilo assistenziale che preveda continuità assistenziale a termine di gravidanza e condivisione fra donna e professionista ostetrica/o del timing e delle modalità del parto, dell'individuazione del luogo o punto nascita, del monitoraggio della gravidanza a termine o dopo il termine (41+0);

Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto descritto nella parte 1 e parte 2;

12) Profilo assistenziale che preveda continuità dopo il parto con programmazione di controlli ostetrici in puerperio, valutazione del perineo, consulenza e sostegno all'allattamento, eventuale consulenza per contraccezione, informazioni su eventuale educazione perineale o sostegno all'allattamento;

Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto descritto nella parte 1 e parte 2;

13) Profilo assistenziale basato su documentazione clinica chiara e completa che consenta a) definizione ed identificazione delle condizioni o fattori di rischio materno fetali e di situazioni che rendono necessario intervento medico specifico; b) la comunicazione efficace fra professionisti che assistono la donna, la progettazione di audit e di indagini statistiche; c) la raccolta di dati amministrativi anagrafici nello Stato di cura;

Questo criterio è soddisfatto in entrambi gli ordinamenti secondo quanto descritto nella parte 1 e parte 2;

F) Criteri determinanti specifici sul profilo professionale delle ostetriche: Area del Profilo Professionale. Conoscenze e Competenze

1) Competenze in ambito sociale, culturale, epidemiologico nella cura della madre e del neonato.

1.1. Conoscenze

L'ostetrica ha le conoscenze per la comprensione:

- Delle società e della comunità in ambito sanitario;
- Dei Principi di assistenza primaria attraverso la promozione della salute, della prevenzione delle malattie e delle strategie di controllo;
- Delle cause dirette e indirette della mortalità materno infantile e della morbosità nelle comunità e delle strategie per combatterle;
- Dei principi di epidemiologia, diagnosi (inclusa acqua e sanificazione);
- Dei metodi di prevenzione delle infezioni e controllo;
- Dei principi di ricerca, pratica basata sull'evidenza, interpretazione critica della letteratura professionale e interpretazione delle statistiche e delle ricerche;
- Dei principi di salute pubblica;
- Degli indicatori dei servizi di assistenza sanitaria;
- Dei servizi di salute locale e nazionale supportati dall'assistenza continua;
- Dei programmi nazionali;
- Dei concetti di allarme sanitario, comunicazione e trasporto in casi di emergenza;
- Delle disposizioni legali e regolamentari sulla salute riproduttiva della donne di tutte le età, incluse le leggi, le politiche, i protocolli e le linee guida professionali;
- Dei diritti umani e sulla incidenza sulla salute individuale (inclusa la violenza domestica e le mutilazioni genitali femminili)
- Delle culture e delle tradizioni locali (inclusi i credi religiosi le regole di gender)
- Delle pratica tradizionali e moderne incidenti sulla salute;
- Della pianificazione delle nascite;

Questo criterio è interamente soddisfatto in entrambi i profili della professione di ostetrica come descritto nella parte 1 e parte 2;

1.2. Condotta professionale

L'ostetrica:

- È responsabile per le decisioni e le azioni cliniche;
- Agisce in accordo con l'etica professionale, i valori professionali ed i diritti umani;
- Agisce in accordo con le linee guida;
- È aggiornata sulle competenze ostetriche, sulle linee guida e sulle conoscenze (formazione)
- Utilizza standard universali per la prevenzione, sul controllo delle strategie e sulle tecniche di igiene;
- Adotta una condotta non discriminatoria, non giudicante e culturalmente adeguata alle pazienti;
- È rispettosa delle tradizioni e dei costumi delle pazienti, e non discrimina in base allo status, origine etnica e religione;
- Ha obblighi di riservatezza, segretezza;
- Lavora in collaborazione con le donne e con le loro famiglie, dando adeguate informazioni sullo stato di salute delle donne;
- Lavora in team, in collaborazione con altre operatori sanitari;

Questo criterio è interamente soddisfatto in entrambi i profili della professione di ostetrica come descritto nella parte 1 e parte 2;

1.3. Competenze e abilità

- Incoraggia la discussione nel campo dell'educazione sanitaria per le donne e le loro famiglie;
- Usa mezzi di comunicazione appropriata;
- Utilizza mezzi e strumenti appropriati alla pratica professionale;
- Compila il registro nascita o morte;
- Assume un ruolo direttivo nel contesto pratico basato sulle proprie competenze professionali;

Questo criterio è interamente soddisfatto in entrambi i profili della professione di ostetrica come descritto nella parte 1 e parte 2;

2. Competenze nei servizi ostetrici, educazione alla salute nella comunità per la promozione della salute, per la pianificazione delle nascite.

2.1. CONOSCENZE

- Sviluppa le tecniche relative all'educazione sessuale;
- Studia l'anatomia maschile e femminile con riferimento al concepimento e la riproduzione;
- Studia le norme e le pratiche relative alla sessualità, al matrimonio e all'allattamento;
- Studia la storia sanitaria e la storia della genetica,
- Studia le tecniche per la fertilità;
- Studia le malattie sessualmente trasmissibili
- Studia i principi di farmacocinetica della pianificazione familiare
- Studia gli indicatori e i metodi per la diagnosi dei tumori e delle patologie dell'apparato riproduttivo femminile (Pap test, colposcopia.)

Questo criterio è interamente soddisfatto in entrambi i profili della professione di ostetrica come descritto nella parte 1 e parte 2;

2.2. COMPETENZE E ABILITÀ

- Incoraggia e assiste le donne e le famiglie nelle tecniche di pre concezione con riferimento alla condizione individuale della donna;
- Predisporre gli esami pre gravidanza;
- Analizza gli esiti dei test (urine, ematochimici)
- Assiste le donne con HIV;
- Prescrive, dispensa, fornisce o amministra (ove sia autorizzata dalle disposizioni di diritto interno) i medicinali per la contraccezione di emergenza;
- Effettua il pap test;

Questo criterio è interamente soddisfatto in entrambi i profili della professione di ostetrica come descritto nella parte 1 e parte 2;

3. Competenze su assistenza durante la gravidanza a che include la gestione di trattamenti in caso di complicazioni

3.1. CONOSCENZE

- Anatomia e fisiologia del corpo umano;
- Biologia della riproduzione umana, del ciclo mestruale e del processo di concepimento;
- Accerta i sintomi del concepimento;
- Esamina e i test e accerta il concepimento;
- Metodi e diagnosi della gravidanza ectopica;
- Principi base della gravidanza (dall'ultima mestruazione, grandezza dell'utero, uso di ultrasuoni)
- Analisi dei risultati dei test di screening;
- Analisi dell'ordinario avanzamento della gravidanza;
- Analisi dei rischi del feto e della madre;
- Analisi dei livelli di stress psicofisico della madre e sull'impatto nella vita familiare;
- Analisi degli effetti delle prescrizioni mediche, medicina tradizionale;
- Analisi degli effetti dell'alcol e delle droghe;
- Studio delle Tecniche di rilassamento della madre durante la gravidanza;
- Studio della tecniche di preparazione della famiglia all'arrivo del neonato;
- Misure di controllo e prevenzione della malaria in gravidanza;
- Studio della fisiologia dell'allattamento e dei metodi di preparazione della donna all'allattamento;

Questo criterio è interamente soddisfatto in entrambi i profili della professione di ostetrica come descritto nella parte 1 e parte 2;

3.2. COMPETENZE

- Effettua visite alla donna (temperatura, pressione e pulsazioni);
- Consigli su nutrizione della madre e relazione con la crescita del feto, da appropriate informazioni sull'alimentazione in gravidanza;
- Effettuazione di misurazioni manuali sulla grandezza del feto;
- Valutazione della grandezza del feto, collocazione del feto, stato del liquido amniotico, pulsazioni, uso del Doppler per la valutazione della funzionalità del cuore, esami del pavimento pelvico;
- Calcolo della data di nascita presunta;
- Tenuta di corsi di educazione sanitaria agli adolescenti, donne e famiglie sulla gravidanza fisiologica;

- Identifica variazioni rispetto al corso ordinario della gravidanza e assume decisioni (in maniera indipendente o in accordo con il team) sulle linee guida, standard locali e protocolli per:
 - inadeguata nutrizione materna;
 - inadeguata o eccessiva crescita dell'utero;
 - elevata pressione sanguigna, presenza di edema, significative emicrania;
 - patologie vaginali;
 - gestazioni multiple;
 - morte fetale intrauterina;
 - rottura delle membrane prima del termine;
 - hiv positivo;
 - epatite C e B;
- Prescrive (ove autorizzata dalle leggi del proprio ordinamento) medicinali (antibiotici anticoagulanti)

Identifica deviazioni della normale durata della gravidanza;

Questo criterio è solo parzialmente soddisfatto in entrambi gli ordinamenti. Per quanto concerne il sub criterio a) le ostetriche italiane nel corso della gravidanza possono applicare le loro competenze in ciascuna delle visite previste dai protocolli assistenziali nei trimestri gestazionali. Di contro, le ostetriche slovene hanno competenza a svolgere in autonomia le visite alla 16[^], 32[^], 37[^], 38[^], 39[^] settimana di gravidanza.

Per quanto concerne il sub criterio h) mentre nell'ordinamento italiano è riconosciuta all'ostetrica competenza prescrittiva attraverso c.d. "ricettario bianco" che deve essere confermato da ricetta medica per quanto concerne la prescrizione di esami, nell'ordinamento sloveno alle ostetriche non è concesso di prescrivere in nessun caso.

Per quanto concerne i restanti sub criteri, le ostetriche dei due Paesi esercitano analoghe competenze e la loro attività sanitaria è sovrapponibile.

4. CONDUZIONE DEL PARTO, GESTIONE DELLE SITUAZIONI DI EMERGENZA PER TUTELARE LA SALUTE DELLA DONNA E DEL NEONATO

4.1. CONOSCENZE

- Fisiologia della prima, seconda e terza fase del travaglio;
- Anatomia del feto;
- Aspetti culturali e psicologici legati alla nascita;
- Tecniche di aumento delle contrazioni uterine;
- Normale progressione del travaglio;
- Valutazione ed utilizzo del tracciatocardioto-cografico;
- Misura del feto durante il parto;
- Misura delle condizioni vitali della madre durante il parto;
- Processo del passaggio fetale durante il parto e la nascita, meccanismi di assistenza al travaglio in diverse posizioni a seconda della presentazione del feto;
- Somministrazione di farmaci per la gestione ed il controllo del dolore durante il parto;

- Principi di prevenzione delle complicazioni durante il travaglio;
- Prevenzione dei danni al pavimento pelvico;
- Tecniche per effettuare episiotomia;
- Principi di gestione attiva del terzo stadio del travaglio;
- Indicatori di necessità di emergenza;
- Indicatori per utilizzo di strumenti per parto (forcipe, ventosa);

Tutti i sub criteri sono soddisfatti in entrambi gli ordinamenti, poiché queste conoscenze appartengono alla formazione universitaria delle ostetriche in entrambi gli ordinamenti.

4.2.COMPETENZE

- Verbalizzare e riportare la storia del travaglio;
- Effettuare gli esami durante il travaglio;
- Effettuare un controllo addominale per la posizione del feto;
- Controllo delle contrazioni uterine;
- Effettuare un controllo sulla dilatazione, posizione del feto, status delle membrane;
- Monitorare la progressione del travaglio usando il tracciato;
- Dare supporto psicologico alla madre e alla famiglia;
- Facilitare la presenza di una persona di supporto durante il parto;
- Provvedere, ove necessario ad apporre un catetere;
- Identificare eventuali anomalie e intervenire repentinamente;
- Stimolare un aumento delle contrazioni senza usare farmaci;
- Stimolare un aumento delle contrazioni usando farmaci;
- Somministrare anestetici locali per il perineo in caso di episiotomia;
- Tagliare il cordone ombelicale;
- Effettuare manovre di emergenza salva-vita e richiedere immediatamente l'intervento di un medico o il trasferimento del bambino;
- Seguire i protocolli e le linee guida durante il travaglio;
- Rimuovere completamente la placenta;
- Ispezionare la vagina e la cervice per eventuale presenza di lacerazione;
- Cucire se necessario l'episiotomia di 1, 2, 3, 4 grado;
- Effettuare rimozione manuale della placenta;
- Effettuare compressione dell'utero al fine di controllo;
- Effettuare compressione dell'aorta;
- Effettuare massaggio cardiaco;
- Identificare lacerazione della cervice;

Questo criterio è solo parzialmente soddisfatto in entrambi i profili professionali dell'ostetrica per i seguenti motivi. Nell'ordinamento italiano le ostetriche possono condurre a termine un parto fisiologico e porre in essere le competenze sopra indicate ad eccezione del sub criterio bb) in quanto la somministrazione di farmaci ossitocici per la stimolazione delle contrazione uterine richiedono prescrizione e controllo del medico ginecologo. Nell'ordinamento sloveno si pongono distinzioni fra le ostetriche libere professioniste o indipendenti e quelle inquadrare in Strutture

Sanitarie Pubbliche. Alle prime viene riconosciuta la competenza a svolgere durante il parto e dopo la nascita tutte le competenze indicate nei sub criteri di cui al criterio in questione, mentre le ostetriche ospedaliere esercitano le medesime competenze ma sotto la direzione ed il controllo del medico che ha preso in carico l'evento parto.

5.COMPETENZE SU ASSISTENZA POST PARTO PER LE DONNE

5.1.CONOSCENZE

- Cambiamenti fisici e psicologici della donna a seguito del parto;
- Psicologia e processi di allattamento;
- Importanza dell'allattamento al seno;
- Nutrizione materna, riposo, attività e bisogni psicologici nel periodo successivamente successivo al parto;
- Principi relativi alla creazione di relazione madre/bambino;
- Problematiche legate all'allattamento, incluse mastiti;
- Problematiche relative all'insorgenza di patologie post parto (depressione, embolia, anemia.);
- Principi di comunicazione interpersonale con il supporto per le donne e per la famiglia in caso di morte del feto, anomalie congenite;..
- Approccio e strategia di supporto alle donne vittime di violenza, adolescenti, violenza di genere;
- Metodi di pianificazione familiare;
- Informazioni alla famiglia sui servizi di assistenza post parto sul territorio.

Questo criterio è interamente soddisfatto in entrambi i profili della professione di ostetrica come descritto nella parte 1 e parte 2;

5.2.COMPETENZE

- Competenze nella gravidanza, travaglio e nascita;
- Effettuare un'analisi sugli aspetti psicologici della madre;
- Fornire informazioni e supporto alle donne e alle loro famiglie nei casi di morte prematura del bambino, anomalie congenite;
- Assistenza all'allattamento al seno (entro la prima ora dalla nascita);
- Insegnare alla madre la cura del bambino e di se stessa incluso lo sviluppo della percezione dei segni e dei sintomi dell'insorgenza di complicazioni;
- Educare la donna e la sua famiglia alla sessualità e alla pianificazione familiare a seguito della nascita del bambino;
- Provvedere a trattamenti di emergenza e riferirli al medico, se necessario;

Questo criterio è interamente soddisfatto in entrambi i profili della professione di ostetrica come descritto nella parte 1 e parte 2;

6. ASSISTENZA NEI PRIMI DUE MESI DI ETA' DEL BAMBINO

6.1.CONOSCENZE

- Elementi di valutazione delle condizioni del neonato (incluso Apgar o altri metodi di valutazione della respirazione);
- Principi di valutazione della vita extrauterina;
- Bisogni primari del bambino (nutrizione, respirazione);
- Valutazione dello stato di salute del bambino;
- Immunizzazione;
- Principi di nutrizione neonatale, cultura pratica di gestione del neonato;
- Segni, sintomi e indicazioni per refertare o trasferire le complicazioni neonatali;

Questo criterio è interamente soddisfatto in entrambi i profili della professione di ostetrica come descritto nella parte 1 e parte 2;

6.2.COMPETENZE

- Provvedere alla cura del neonato, incluso il lavaggio, assicurando che la respirazione sia stabilizzata;
- Valutare le condizioni del neonato;
- Promuovere e mantenere la normale temperatura attraverso coperture (coperte, cappelli), controllo dell'ambiente e promozione del contatto pelle-pelle;
- Iniziare le misure rianimatorie in caso di problemi respiratori;
- Dare cure appropriate in caso di neonati sottopeso e se si verificano complicanze potenzialmente gravi o un peso di nascita molto basso, eseguire un esame fisico di screening del neonato per condizioni incompatibili con la vita;
- Riconoscere le indicazioni della necessità, stabilizzare e trasferire il neonato a rischio al centro di assistenza di emergenza
- educare i genitori sui segni di pericolo nel neonato;
- educare i genitori circa la normale crescita e lo sviluppo del bambino;
- Fornire indicazioni sulle necessità quotidiane del bambino;
- aiutare i genitori ad accedere alle risorse comunitarie a disposizione della famiglia;
- sostenere i genitori durante il processo di lutto per aborto, patologie congenite o in caso di morte neonatale;
- sostenere i genitori durante il trasporto/trasferimento del neonato o durante i periodi di separazione dal neonato;
- sostenere ed educare i genitori che hanno generato più bambini (ad esempio, gemelli) su esigenze particolari e risorse comunitarie;
- fornire assistenza adeguata per il neonato di una madre HIV positiva (ad esempio, somministrazione di ARV e alimentazione adeguata);

Questo criterio è solo parzialmente soddisfatto per i seguenti motivi: nell'ordinamento e percorso assistenziale italiano le suddette competenze vengono poste in essere in autonomia fino ad intervento medico in caso di complicanze neonatali che necessitano di intervento rianimatorio. In ogni caso le ostetriche

partecipano all'assistenza dando supporto al medico. Nell'ordinamento sanitario e profilo assistenziale concreto le ostetriche slovene hanno le conoscenze e le competenze di cui ai sub criteri ma, di fatto, raramente vengono impiegate in quanto tali attività, sono di competenza di infermieri specializzati (pediatrici).

7. ASSISTENZA ALLE DONNE IN CASO DI INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA, ABORTO IN BASE ALLE LEGGI E AI REGOLAMENTI APPLICABILI IN ACCORDO CON I PROTOCOLLI NAZIONALI

7.1. CONOSCENZE

- politiche, protocolli, leggi e regolamenti relativi ai servizi di assistenza all'aborto;
- analisi dei fattori coinvolti nelle decisioni riguardanti gravidanze non desiderate;
- metodi di pianificazione familiare appropriati durante il periodo post-aborto;
- criteri di ammissibilità medica per tutti i metodi di aborto disponibili;
- cure, informazioni e supporto necessari durante e dopo l'aborto con riferimento ai servizi disponibili nella comunità;
- conoscenza dei processi di guarigione fisica ed emotiva a seguito di aborti;
- riconoscimento dei sintomi di aborto incompleto (ad esempio sanguinamento uterino persistente);
- riconoscimento di segni e sintomi di complicazioni legate all'aborto e condizioni di pericolo di vita (ad esempio, sanguinamento vaginale persistente, infezione);
- conoscenza delle basi farmacoterapeutiche di farmaci raccomandati per l'uso in aborto farmacologico;

Questo criterio è interamente soddisfatto in entrambi i profili della professione di ostetrica come descritto nella parte 1 e parte 2;

7.2. COMPETENZE

- valutazione del periodo di gestazione attraverso la domanda su LMP, esame bimanuale e / o test di gravidanza attraverso esame delle urine;
- informare le donne che stanno prendendo in considerazione l'aborto dei servizi disponibili per coloro che mantengono la gravidanza e per coloro che procedono all'aborto, i metodi per ottenere l'aborto e per sostenere le donne a loro scelta;
- assumere una storia clinica e sociale per identificare le controindicazioni al farmaco o all'aborto di aspirazione;
- educare e consigliare le donne (e, se del caso, i familiari) sulla sessualità e la pianificazione familiare dopo l'aborto;
- fornire servizi di pianificazione familiare contemporaneamente come parte integrante dei servizi correlati all'aborto;
- valutare l'involuzione uterina; trattare o fare riferimento a quanto opportuno;
- educare la madre sulla cura di sé, compreso il riposo e l'alimentazione e su come individuare complicazioni come l'emorragia;
- identificare gli indicatori delle complicazioni legate all'aborto (compresa la perforazione uterina); trattare o fare riferimento al trattamento, se necessario.

Questo criterio è interamente soddisfatto in entrambi i profili della professione di ostetrica come descritto nella parte 1 e parte 2. In entrambi i profili ed ordinamenti

nazionali tali competenze vengono attuate in collaborazione e sotto la direzione medica che ne ha la responsabilità diretta.

8. CONCLUSIONI: RISPOSTE AL QUESITO – IPOTESI DI MODELLO ASSISTENZIALE

L'équipe mista italo slovena per la presa in carico della gravidanza e del parto fisiologici è fattibile alle condizioni e con i correttivi o limiti che saranno di seguito precisati.

Gli Ordinamenti Giuridici nazionali dei due Stati condividono in modo pressoché totale i Principi Operativi espressi sopra, ovvero sia un identico sistema di valori e di tutele della persona assistita.

Sono altresì interamente rispettati i Criteri Determinanti Generali per le professioni sanitarie (mediche e non mediche) e questa fondamentale circostanza garantisce la presenza di professionisti formati, abilitati, obbligati ad un continuo aggiornamento tecnico scientifico, vigilati da Enti Pubblici, iscritti in Albi o Elenchi pubblici. Si tratta di Criteri la cui presenza garantisce qualità e sicurezza dell'assistenza prestata.

Per quanto concerne i Criteri Determinanti specifici per le professioni impegnate nell'assistenza alla gravidanza fisiologica ed in modo particolare per la figura professionale dell'ostetrica, i due ordinamenti declinano una formazione, ed un ambito di conoscenze e di competenze sostanzialmente identico. Diverso, tuttavia, appare il riconoscimento normativo o pubblico del grado di autonomia con cui dette competenze possono essere messe in atto. L'ordinamento Giuridico Italiano in linea con la letteratura scientifica internazionale e con le più aggiornate direttive Europee riconosce, nella fisiologia, pressoché totale autonomia alle competenze dell'ostetrica. Si tratta di un'autonomia "partecipata" o espressa in collaborazione con altri professionisti anche medici. In base ai contesti di assistenza, l'ordinamento Italiano offre copertura sia ad un modello misto ostetriche-ginecologi che ad un modello "puro" c.d. *midwifery-led*. E' in corso di svolgimento, ma in fase avanzata, un percorso netto di "de-medicalizzazione" di gravidanza e parto fisiologici associata ad una cultura assistenziale in cui l'ostetrica non soggiace a direttive o prescrizioni nei suoi ambiti di competenza.

L'ordinamento Giuridico Sloveno regola la professione ostetrica riconoscendole conoscenze e competenze analoghe a quelle delle Colleghe Italiane, ma ne riduce il grado di autonomia nella loro estrinsecazione – ad esempio riducendo il numero di visite nel corso delle settimane di gestazione oppure richiedendo l'intervento medico nella diagnosi di gravidanza fisiologica o durante il parto- ed ampliando, soprattutto nei contesti ospedalieri, il ruolo direttivo del medico ginecologo anche nella fisiologia della gravidanza e del parto. La cultura

ostetrica slovena, formatasi anche sulla base delle Linee Guida internazionali, è consapevole delle potenzialità conoscitive (sapere) e “competenziali” (sapere fare) ma incontra limiti normativi il cui superamento è auspicato in ossequio agli orientamenti europei in materia.

Ciò premesso e con i correttivi che si esprimeranno, è parere de sottoscritti che sui limiti e sulle differenze normative debba prevalere il giudizio positivo in merito a Formazione, Competenza e Responsabilità. L’uniformità di questi fattori fra ostetriche italiane e slovene rappresenta base fondamentale per la coesistenza in équipe e la capacità di fornire al binomio materno-fetale-neonatale assistenza sicura e di qualità.

L’équipe mista è fattibile anche in ragione della perfetta equiparazione e simmetria degli ordinamenti giuridici in punto criteri di imputazione ed accertamento della responsabilità dei professionisti sanitari, nelle sue diverse tipologie. Il sistema normativo dei due ordinamenti garantisce tutela giuridica alla persona assistita e prevede altresì meccanismi di garanzia del professionista sanitario, primo fra tutti quello dell’obbligo assicurativo per danni a terzi. Rispetto a questa tipologia di Criterio Determinante occorre porre attenzione ai contenuti dei contratti assicurativi vigenti nei due Stati che presentano contenuti significativamente diversificati per il massimale risarcitorio (più alto in Italia), per premio assicurativo, per le clausole che garantiscono la retroattività della copertura in caso di richiesta di risarcimento per fatti commessi negli anni precedenti la sottoscrizione e vigenza del contratto. Sotto questi profili il diritto assicurativo e la prassi contrattuale italiana offrono maggiori garanzie per il professionista sanitario. Infine, in entrambi gli ordinamenti esistono precise normative disciplinanti le dichiarazioni nel paese di cittadinanza di nascite avvenute in Paese straniero. Differenza sostanziale nei due ordinamenti consiste nella legittimazione ad effettuare l’attestazione di nascita: in Italia possono procedervi sia il medico che l’ostetrica, in Slovenia solo il medico.

In considerazione di similitudini e differenze sono proponibili due modelli organizzativo dell’assistenza e presa in carico dell’équipe mista rispetto alla gravidanza ed al parto fisiologici, con diverso e decrescente grado di “fattibilità”:

- 1) Modello midwifery-led o “puro” (équipe formata da sole ostetriche) potrebbe essere creato in forza del comune bagaglio di conoscenze e competenze, a condizione che questo modello operi esclusivamente in territorio italiano. Le ostetriche slovene in forza del riconoscimento in Italia del titolo abilitante sarebbero legittimate ad esercitare con pienezza le proprie competenze poiché sul territorio Italiano non si applicherebbero le restrizioni della normativa regolamentare slovena. Ciò accadrebbe anche se l’assistenza fosse prestata a donne slovene che liberamente decidessero di farsi assistere da una siffatta équipe transfrontaliera. All’assistenza sanitaria transfrontaliera si dovrebbero applicare le norme previste dalla legislazione dello Stato membro di cura, poiché l’organizzazione e la prestazione dei servizi sanitari e d’assistenza medica spetta agli Stati membri (art. 168, paragrafo 7, TFUE). Ogni Stato membro è, in particolare, responsabile dell’adozione di norme

relative alla programmazione, gestione, ai requisiti, agli standard di qualità e sicurezza e all'organizzazione e prestazione dell'assistenza sanitaria. Il Modello "puro" dovrebbe essere sperimentato per consentire alle ostetriche slovene di acquisire maggiore capacità decisionale in sintonia con le competenze di cui sono dotate ed, in ogni caso, si dovrebbe prevedere in staff uno o più ginecologi per le richieste di consulenze cui le stesse ostetriche ritenessero di ricorrere, per consentire maggiore continuità assistenziale alle donne prese in carico.

Tale modello "puro mono-territoriale" darebbe maggiori garanzie in termini di copertura assicurativa a struttura sanitaria e professionisti, in forza dell'applicabilità della legge italiana e della necessità di copertura assicurativa secondo modelli italiani di Struttura e Professionisti sanitari. Infine, si ritiene che un siffatto modello non potrebbe operare con garanzia di completa legittimità anche in territorio sloveno per i rischi di responsabilità legale cui sarebbero esposte le ostetriche in caso di esercizio di competenze per cui non sono autorizzate in autonomia.

Per l'applicazione del modello sono ipotizzabili strutture ambulatoriali per i controlli in gravidanza, Strutture per la maternità di tipo domiciliare, assistenza in gravidanza ed al parto domiciliari.

- 2) Un secondo Modello *shared-led* o "misto" (composto da ginecologi più ostetriche) potrebbe operare su territorio italiano e sloveno (a domicilio o in strutture ambulatoriali), modulando l'assistenza e le competenze sulla base dei regolamenti dei rispettivi paesi e prevederebbe la collaborazione di medici ed ostetriche secondo le rispettive attribuzioni. La componente medica sarebbe necessaria per l'esercizio delle competenze non attribuite alle ostetriche slovene nel paese di origine nonché per gli aspetti amministrativi dell'attestazione di nascita. Tale ultimo modello è attuabile. In rapporto con il modello di cui al punto 1), tale ultimo modello può operare su entrambi i territori e la presenza del medico ginecologo può colmare delle lacune di poteri o competenze che i rispettivi ordinamenti non attribuiscono alle ostetriche. In prospettiva, al fine di attuare i principi europei sull'assistenza alla gravidanza fisiologica sarebbe preferibile per entrambi gli ordinamenti che l'intervento medico si attui solo in caso di patologia o sospetta patologia.

Per quanto concerne la richiesta "*fattibilità giuridica relativa alla registrazione della nascita nel paese di cittadinanza*" per una trattazione estesa delle regole disciplinanti la registrazione di nascita nei due ordinamenti si rinvia al capitolo 6.5 del Rapporto sloveno ed al capitolo 4.4. del rapporto italiano. In entrambi gli ordinamenti, in modo specifico, esistono regole che disciplinano le registrazioni di nascite avvenute in paesi esteri rispetto a quelli di cittadinanza. Entrambe le leggi di settore esigono che la registrazione di nato all'estero debba essere fatta nel luogo ove il bambino è nato ed all'Autorità individuata dalla legge del luogo come competente a riceverla. Dovrà essere onere del genitore richiedere all'Autorità competente estratto dell'atto di nascita che dovrà, a sua cura, trasmettere all'Autorità consolari del suo Paese di cittadinanza aventi sede all'estero. In questo modo la dichiarazione di nascita in paese estero di intenderà resa all'Autorità Consolare che provvederà a trasmettere, ai fini della

trascrizione, copia degli atti all’Autorità di Stato civile del Comune o Città in cui il dichiarante ha o dichiara la propria residenza. In considerazione della complessità della procedura e delle presumibili difficoltà che i genitori possono incontrare nelle pratiche di registrazione, possono essere studiate ed applicate, in caso di modello transfrontaliero che preveda un “punto nascita”, uffici distaccati dell’Ufficio Stato civile e distaccamenti dell’Autorità consolare presso la stessa sede del Punto nascita, che possano fornire supporto legale ed amministrativo e rendere più veloce e sicura la procedura di registrazione. In ultimo, va precisato che in entrambi i Paesi il diritto di cittadinanza del neonato segue la cittadinanza dei genitori (*ius sanguinis*) e non è attribuibile in base al luogo di nascita (*ius soli*).



VZPOSTAVITEV ČEZMEJNE SLUŽBE ZA SPREJEM V FIZIOLOŠKI NOSEČNOSTI - PRAVNA ANALIZA IN ANALIZA PREDPISOV (PROGRAM INTERREG V-A SLOVENIJA - ITALIJA, PROJEKT SALUTE – ZDRAVSTVO)

PRIMERJAVA PRAVNIH MODELOV IN MODELOV NEGE KONČNO POROČILO

Per GECT GO – Gruppo europeo di cooperazione territoriale – Territorio dei comuni /
Za EZTS GO - Evropsko združenje za teritorialni razvoj - Območje občin: Comune di
Gorizia (I), Mestna občina Nova Gorica (SLO) in Občina Šempeter-Vrtojba (SLO)”

Zaključki in odgovori na vprašanja

1. Uvodne ugotovitve in metoda primerjalne analize
 2. Primerjalna analiza, izvedena z uporabo načel delovanja in določujočih meril
 - A) "Načela delovanja"
 - B) Splošna določujoča merila
 - C) Specifična določujoča merila za poklic babice (pravno področje)
 - D) Specifična določujoča merila za poklic babice (zdravstveno področje)
 - E) Specifična določujoča merila za poklic babice: področje poklicnega profila. Znanja in kompetence
- 1) Kompetence na socialnem, kulturnem in epidemiološkem področju pri negi matere in novorojenca
 - 1.1.Znanja

- 1.2. Profesionalno ravnanje
- 1.3. Pristojnost in usposobljenost
- 2. Pristojnosti na področju babiških storitev, izobraževanje za zdravje v skupnosti za promocijo zdravja, za načrtovanje rojstev
 - 2.1. ZNANJA
 - 2.2. PRISTOJNOSTI IN USPOSOBLJENOST
- 3. Pristojnosti v zvezi z nego v času nosečnosti, vključno z vodenjem obravnave v primeru zapletov
 - 3.1. ZNANJA
 - 3.2. PRISTOJNOSTI
- 4. VODENJE PORODA, RAVNANJE V NUJNIH PRIMERIH ZA ZAŠČITO ZDRAVJA ŽENSK IN NOVOROJENCA
 - 4.1. ZNANJA
 - 4.2. PRISTOJNOSTI
- 5. PRISTOJNOSTI PRI POPORODNI NEGI ŽENSK
 - 5.1. ZNANJA
 - 5.2. PRISTOJNOSTI
- 6. NEGA V PRVIH DVEH MESECIH OTROKOVE STAROSTI
 - 6.1. ZNANJA
 - 6.2. KOMPETENCE
- 7. POMOČ ŽENSKAM V PRIMERU PREKINITVE NOSEČNOSTI, SPLAVA V SKLADU Z ZAKONOM IN PRAVILNIKI S TEGA PODROČJA NA PODLAGI NACIONALNIH PROTOKOLOV
 - 7.1. ZNANJA
 - 7.2. PRISTOJNOSTI
- 8. ZAKLJUČKI: ODGOVORI NA VPRAŠANJA - PREDLAGANA MODELA ZA IZVAJANJE NEGE

1. Uvodne ugotovitve in metoda primerjalne analize

Na podlagi analize obeh pravnih sistemov in sistemov nege v Italiji in Sloveniji se zaključki te študije skozi primerjalne analize s področja sprejema v fiziološki nosečnosti v Sloveniji in Italiji lahko sprejmejo po predhodni opredelitvi metode za presojo. Metoda za presojo in primerjavo modelov, ki je potrebna za podajo mnenja v zvezi z izvedljivostjo delovanja mešane ekipe za sprejem žensk iz Slovenije in Italije v fiziološki nosečnosti, zahteva določitev splošnih "načel delovanja" in "določujočih meril", saj se ti nanašajo na vse delavce v zdravstveni dejavnosti, in tistih posebnih, ki veljajo za poklic babice.

Odgovor na zastavljena vprašanja je bil izoblikovan na podlagi ocene o upoštevanju navedenih načel delovanja in določujočih meril v slovenskem in italijanskem modelu zagotavljanja nege (pravnem in zdravstvenem).

"Načela delovanja" predstavljajo skupek vrednot in temeljnih jamstev, ki jih priznavata obe obravnavani državi. Njihov hkratni obstoj v referenčnih ureditvah predstavlja nujen in neodločljiv pogoj za vzpostavitev zdravstvenega modela, ki vključuje skupno

prisotnost izvajalcev zdravstvenega poklica - državljanov obeh držav pri sprejemu v fiziološki nosečnosti.

Določujoča merila predstavljajo nekakšen nadzorni parameter za "primerljivost" oziroma "izenačljivost" obeh pravnih ureditev in modelov nudenja nege, slovenskega in italijanskega. Opredelitev določujočih meril je rezultat pravno-zdravstvene analize, opravljene v prejšnjih delih tega elaborata v okviru slovenske in italijanske pravne ureditve ter na področju ustreznih poklicnih profilov in oblik izvajanja nege v fiziološki nosečnosti.

Medsebojno spoštovanje načel delovanja in določujočih meril (v celoti oziroma v pretežni meri) omogoča oblikovanje odgovora na vprašanje v zvezi z izvedljivostjo delovanja mešane ekipe za sprejem v fiziološki nosečnosti in da se po potrebi opredelijo pogoji oziroma potrebni popravki za bodoče modele, s tem pa se omogoči in zagotovi izvajanje čezmejnega sodelovanja na področju nege v fiziološki nosečnosti.

Govorimo o pogojih in popravkih za opredelitev mešanega slovensko-italijanskega in čezmejnega modela nege, saj bi absolutna zavrnitev sodelovanja zaradi nepremostljive razlike med pravnima sistemoma in modeloma izvajanja nege predstavljala zanikanje temeljne obveznosti držav članic po odpravljanju upravno-pravnih prepek in omejitev, če te predstavljajo oviro za uveljavljanje in priznavanje temeljnih pravic, priznanih državljanom Evropske unije.

V obravnavanem primeru ta analiza temelji na "določujoči omejitvi", ki jo predstavljajo prevzete obveznosti obeh držav članic ter Evropske unije, da se prizna in zagotovi prost pretok delavcev v zdravstveni dejavnosti na območju Evropske unije ter pravice evropskih pacientov do varne oskrbe in nege ter enake kakovosti storitve v vsaki državi članici Evropske unije.

Zato sta odgovor na zastavljeno vprašanje in določitev skupnih načel delovanja na nek način pogojena z dejstvom, da sta obe državi članici Evropske unije in da delita njen sistem temeljnih vrednot. Podrobneje sta obe sprejeli Evropske direktive št. 2005/36/ES, 2011/24/EU (v Italiji z Zakonskim odlokom št. 38 z dne 4. marca 2014) in 2013/55/EU o priznavanju poklicnih kvalifikacij in o prostem pretoku ter pravici do ustanavljanja za (zdravstvene) poklice znotraj Evropske unije ter uveljavljanja pravic pacientov na področju čezmejne zdravstvene nege.

Avtorji uvodoma menijo, pri čemer je omenjena tematika natančneje obravnavana v nadaljevanju, da je mogoče vzpostaviti mešano slovensko-italijansko ekipo, ki bo konkretno predstavljala dolžnost mednarodnega sodelovanja na področju zdravstvene nege, predvsem zato, ker se znotraj držav članic že izvajajo in uporabljajo načela prostega pretoka in trajnega opravljanja poklicev v obeh državah, zlasti pri reguliranih poklicih, kot so zdravniški oziroma drugi zdravstveni poklici. Kljub navedenemu zahtevajo obstoječe razlike, predvsem v zvezi s konkretnim izvajanjem pristojnosti in znanj za zdravstvene poklice, "kalibriranje" modela nege za ekipo, potrebno za konkretno delovanje v interesu zdravja oskrbovane osebe.

Ob koncu uvodnih ugotovitev velja opozoriti, da za regulirane zdravstvene poklice v obeh državah, pri čemer so izjeme urejene in opisane v 1. in 2. delu, velja "režim avtomatičnega priznavanja" in je potrebno razpolagati s potrebnim ter zadostnim znanjem jezika države, kjer se bo dejavnost opravljala.

Za zdravstvene poklice je torej z evropskimi direktivami, ki se izvajajo v obeh državah, v veljavi režim avtomatičnega priznavanja poklicnih kvalifikacij na podlagi usklajenih minimalnih pogojev usposobljenosti (poglavje III, naslov III, Direktiva 2005/36/ES). Za dostop do navedenih dejavnosti je zahtevana določena kvalifikacija, kar zadošča kot zagotovilo, da je taka oseba opravila usposabljanje, ki izpolnjuje določene minimalne pogoje. Vsaka država prizna dokazila o kvalifikacijah, ki omogočajo dostop do posameznih poklicnih dejavnosti, in priznava takim dokazilom enako veljavnost na svojem ozemlju kot dokazilo o formalnih kvalifikacijah, ki jih sama izdaja. Poleg navedenega obstaja še dodatni splošni sistem priznavanja kvalifikacij (poglavje III, naslov I, Direktiva 2005/36/ES) za poklice, za katere ne veljajo specifični predpisi o priznavanju in temelji na načelu medsebojnega priznavanja ter na oceni s strani držav članic za vsak posamezen primer posebej. Za priznanje kvalifikacije je potrebno vsebinsko preverjanje s strani nacionalnih organov, ki temelji na usklajevanju postopkovnih določil za lažje medsebojno priznavanje in za omejitev enostranske presoje posameznih držav članic.

Če je v državi članici, kot sta na primer Slovenija in Italija, za dostop do reguliranega poklica (oziroma do poklica zdravnika, medicinske sestre, zobozdravnika, veterinarja, babice, farmacevta in arhitekta) ali za njegovo opravljanje zahtevana določena poklicna kvalifikacija, omogoči pristojni organ dostop do poklica in dovoli njegovo izvajanje pod enakimi pogoji, kot so predvideni za državljane iste države, prosilcem, ki razpolagajo s potrdilom o kompetenci oziroma s kvalifikacijo druge države članice za dostop do istega poklica oziroma za opravljanje tega poklica na ozemlju druge države, razen presoje glede pridobitve ustreznega jezikovnega znanja, potrebnega za komunikacijo znotraj ekipe in s pacienti. V zvezi z navedenim 53. členom Direktive 2005/36/ES je določeno, da morajo osebe, ki se jim priznajo poklicne kvalifikacije, znati jezike, potrebne za opravljanje poklica v državi članici gostiteljici. Navedeno določbo gre tolmačiti v vidu sodne prakse Evropskega sodišča. Zato so države članice pri preverjanju, da imajo prosilci potrebno jezikovno znanje za opravljanje poklica, dolžne spoštovati načelo sorazmernosti in ne smejo opravljati sistematskega nadzora ter ne smejo zahtevati previsoke ravni znanja.

Država članica gostiteljica zlasti ne sme sistematsko zahtevati opravljanja preskusa jezikovnega znanja. Vsak izmed naslednjih dokumentov predstavlja zadosten dokaz o znanju jezika: - a) kopija kvalifikacij, doseženih v jeziku države članice gostiteljice, b) kopija kvalifikacije, ki dokazuje znanje jezika oziroma jezikov države članice gostiteljice (univerzitetna diploma, kvalifikacija, ki jo izda trgovinska zbornica, kvalifikacija, ki jo izda priznana jezikovno izobraževalna organizacija, kot je na primer Goethejev institut itd.), c) dokument, ki dokazuje predhodne poklicne izkušnje v državi članici gostiteljici. Pogovor ali (ustni in/oziroma pisni) preskus se lahko predvidi samo, če prosilec ne more predložiti zgoraj navedenih dokumentov.

Dostop do poklica in njegovo izvajanje sta omogočena tudi prosilcem, ki so poklic opravljali dve leti s polnim delovnim časom v zadnjih desetih letih v drugi državi članici, ki tega poklica ne ureja, in razpolagajo z enim ali več potrdili o kompetencah oziroma z eno ali več kvalifikacijami. Pri priznavanju lahko pristojni organ določi dopolnilne ukrepe in sicer preskus poklicne usposobljenosti ali prilagoditveno obdobje, če traja izobraževanje manj kot eno leto, če obsega opravljeno usposabljanje vsebine, ki se znatno razlikujejo od vsebin, zajetih v dokazilih o formalnih kvalifikacijah, ki jih zahteva država članica, in če reguliran poklic v državi gostiteljici zajema eno ali več reguliranih poklicnih dejavnosti, ki ne obstajajo v primerljivem poklicu v državi članici izvora prosilca, ta razlika pa nastane zaradi posebnega usposabljanja, ki ga zahteva država članica gostiteljica in ki zajema vsebine, katere se znatno razlikujejo od vsebin, zajetih v prosilčevem potrdilu o kompetencah ali dokazilih o formalnih kvalifikacijah.

Italijanski in slovenski zdravniki specialisti in specializanti ginekologije ter babice na splošno izpolnjujejo zahteve iz direktive, ki omogočajo avtomatično priznanje, zlasti glede izpolnjevanja minimalnih izobraževalnih pogojev oziroma skupne strokovne izobraževalne podlage ter glede razpolaganja s kvalifikacijo in torej ustrezajo pogojem za prosto opravljanje poklica v drugi državi članici.

Razpolaganje s priznano kvalifikacijo znotraj Evropske unije in pridobljena kvalifikacija na podlagi teoretičnega in praktičnega strokovnega izobraževanja, ki je v obeh državah vsebinsko primerljivo, predstavljata prvi dve formalni in vsebinski merili za podajo ugodnega mnenja glede izvedljivosti in možnosti trajnega delovanja slovensko-italijanskega modela za sprejem v fiziološki nosečnosti.

Dokončni odgovor na zastavljeno vprašanje je nadalje odvisen od izpolnjevanja načel delovanja v obeh državah in od možnosti preverjanja splošnih in posebnih določujočih meril s pravnega in zdravstvenega vidika.

V nadaljevanju so obravnavana navedena načela in merila, dobljena na podlagi analize obeh ureditev z morebitnimi komentarji, če obstajajo razlike med obema ureditvama, pri čemer je v zaključkih in v odgovor na zastavljeno vprašanje navedeno, ali je mogoče takšne razlike premostiti in s kakšnimi popravki, pod kakšnimi pogoji in s kakšnimi tehnično-pravnimi rešitvami oziroma rešitvami s področja organiziranosti v zdravstvu.

V primeru, da gre za enako ali povsem primerljivo stanje, je navedeno samo, ali je izpolnjeno načelo oziroma merilo z napotitvijo na 1. del (slovenska ureditev, glej poročilo za Slovenijo) in 2. del (italijanska ureditev, glej poročilo za Italijo), ki vsebujeta razširjeno obravnavo tematike.

2. Primerjalna analiza, izvedena z uporabo načel delovanja in določujočih meril

A) "Načela delovanja"

1) Priznavanje zdravja kot temeljne pravice oziroma v interesu državljana, upravičenega do varstva;

Navedeno načelo je upoštevano v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

2) Priznavanje obveznosti države, da zagotovi visoko raven človekovega zdravja z varno, učinkovito in visoko strokovno kakovostno ter količinsko ustrezno nego.

Navedeno načelo je upoštevano v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

3) Priznavanje načela dostopa do zdravstvenega varstva na podlagi vrednot univerzalnosti, enakopravnosti, solidarnosti in prostega pretoka oseb na notranjem trgu, nediskriminacije iz narodnostnih in verskih razlogov, zaradi političnega ali ideološkega prepričanja.

Navedeno načelo je upoštevano v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

4) Obstoj predpisov za pravno varstvo pacientov, ki utrpijo škodo zaradi zapletov v zdravstvu, pri čemer morajo biti takšni mehanizmi ustrezni glede na naravo in obseg tveganja.

Navedeno načelo je upoštevano v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

Priznavanje pravice pacienta do varstva osebnih podatkov v zvezi z zdravjem.

Navedeno načelo je upoštevano v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

6) Priznavanje pravice pacienta do samoodločanja glede zdravljenja oziroma pravice do prostega odločanja o vseh vidikih, povezanih z zdravjem, da je pred vsakim zdravstvenim dejanjem jasno in izčrpno obveščen o vsebini takšnega dejanja, njegovih učinkih, tveganjih in možnih negativnih posledicah.

Navedeno načelo je upoštevano v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

7) Jamstvo za "pravico, da se človek rodi zdrav" in jamstvo do ozaveščenega materinstva s strogo omejitvijo primerov, ko je dovoljena prostovoljna prekinitve nosečnosti.

Navedeno načelo je upoštevano v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

B) Splošna določujoča merila

- 1) Vzajemno priznavanje poklicnih kvalifikacij in standardov za izvajanje nege.

Navedeno merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

- 2) Javna (državna oziroma deželna) ureditev in nadzor nad a) potrebnimi pogoji v zvezi z izobraževanjem za opravljanje poklicev v zdravstveni dejavnosti, b) pogoji za dostopanje oziroma izdajo dovoljenja za zakonito opravljanje zdravstvenega poklica, c) javnostjo podatkov v evidencah oziroma seznamih zdravstvenih poklicev, d) zdravstvenimi kompetencami in dejavnostmi, ki jih strokovnjaki lahko opravljajo, e) kakovostjo in količino strokovnega znanja ter kakovostjo nudene zdravstvene nege, f) poklicnimi združenji oziroma zbornicami z nadzorstvenimi in disciplinskimi funkcijami ter funkcijami glede vodenja, hrambe in posodabljanja javnih evidenc, g) obveznostmi vpisa v javna poklicna združenja oziroma sezname za opravljanje poklica.

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu oziroma je posebej izenačeno in enakovredno urejeno.

- 3) Opredelitev poklicev v zdravstvu: zdravnik splošne medicine, zdravnik specialist oziroma specializant porodničar in ginekolog, babica, ki so opredeljeni v skladu z Direktivo 2005/36/ES oziroma drugi strokovnjaki, ki opravljajo dejavnost na področju zdravstvene nege.

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

- 4) Značilnosti "nezdravniških" zdravstvenih poklicev: a) vsaj triletno univerzitetno izobraževanje s pridobitvijo specialističnega naziva oziroma univerzitetne diplome, b) veljavnost strokovnega naziva v državi ob upoštevanju evropskih predpisov o prostem pretoku strokovnjakov, c) opredelitev ali možnost opredelitve "poklicnega profila" kot področja oziroma okvira dejavnosti, pristojnosti in odgovornosti strokovnjaka, ki se izvajajo samostojno (ne kot izvršitev ukazov oziroma navodil), na neodvisen način oziroma v sodelovanju z drugimi strokovnjaki, d) izdaja kvalifikacije po opravljenem izobraževanju pri javnih zdravstvenih službah in univerzitetnih zdravstvenih službah, e) obveznost vpisa v evidenco za opravljanje poklica, f) obveznost stalnega strokovnega izpopolnjevanja in obstoj sistemov za javni nadzor nad navedenim vidikom ter nad kakovostjo in ustreznostjo strokovne nege.

- a) **To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;**
- b) **To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;**
- c) **To merilo je samo deloma izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu. Obstajajo namreč razlike med opredelitvijo in dodelitvijo**

pristojnosti: v Italiji lahko babice samostojno izvajajo vse pristojnosti pri ocenjevanju, ali gre za fiziološko nosečnost. V Sloveniji so na področju kontrolnih pregledov v nosečnosti in med porodom določeni pregledi v izključni pristojnosti ginekologa in jih babica ni upravičena izvajati. Kljub navedenemu je potrebno pojasniti, da omenjena omejitev samostojnosti ne ustreza stopnji izobrazbe, znanja in kompetenc slovenskih babic. Tako obstaja razlika med dejavnostmi, za opravljanje katerih so babice strokovno usposobljene in jih znajo opravljati, in tistimi, ki jih "smejo" opravljati (oziroma so za njihovo opravljanje pooblašene) v bolnišnicah in kot samostojni poklic.

- d) To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;
- e) To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;
- f) To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

C) Specifična določujoča merila za poklic babice (pravno področje)

Minimalni in bistveni pogoji za primerljivost opravljanja poklica babice na področju nege v fiziološki nosečnosti v obeh pravnih ureditvah:

1) Sprejemljivost tako imenovanega “*midwifery-led modela*” oziroma “*shared-led modela*” v nacionalni pravni ureditvi oziroma v nacionalni referenčni praksi, pri kateri babica (*case-load midwifery*) oziroma skupina babic (*team midwifery*) samostojno opravlja dejavnosti v "svoji" pristojnosti, pri čemer prevzema ustrezno odgovornost in se, če meni, da je potrebno, poveže z zdravnikom specialistom s področja porodništva in ginekologije, če babica/babice med nudenjem nege in oceno, ali gre za naravno ali fiziološko nosečnost, ugotovi/jo oziroma lahko tudi podvomi/jo o kliničnih elementih, na podlagi katerih je pri določeni nosečnosti možno zaznati patologije.

Navedeno merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu s pojasnilom, da sta po italijanskem modelu zakonita oba navedena modela, slovenska ureditev pa šteje kot zakonit samo mešani model, po katerem delajo babice in ginekologi v skladu s svojimi pristojnostmi, razdeljenimi na podlagi faze oziroma obdobja nosečnosti. Tudi v slovenski ureditvi v fazi samostojnega babiškega upravljanja babica lahko oziroma je dolžna obvestiti zdravnika v primerih, da so podani klinični elementi patoloških stanj.

2) Opustitev - tudi postopna in v skladu s kontekstom ter z organizacijo nege in bolnišnične prakse - in ostanki t.i. *medical-led modela* v ureditvi, na podlagi znanstvene domneve, kot jo sprejema Mednarodna znanstvena skupnost, da so nosečnost, porod in rojstvo fiziološki elementi, ki temeljijo na naravni sposobnosti ženske, da navedeno življenjsko izkušnjo doživlja z minimalno količino zunanjih posegov.

To merilo je samo deloma izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu. Na podlagi analize o trendih oziroma obetih, ki temeljijo na oceni obeh pravnih ureditev in praks (oziroma kulture oziroma filozofije nege), velja izpostaviti, da imajo slovenske babice obširnejše specialistično izobraževanje s področja fiziološkega stanja v nosečnosti v primerjavi s pristojnostmi, ki jih smejo izvajati, ob pojasnilu, da slovenski model bolnišnične nege še danes šteje posredovanje zdravnika kot dejavnik kakovosti/varnosti nege, tudi pri fiziološki nosečnosti, medtem ko se je v italijanskem modelu uveljavila filozofija nege v skladu z mednarodno literaturo, ki v prisotnosti same babice v času fiziološke nosečnosti prepozna, če ne višjo kakovost/varnost v primerjavi z modelom, ki vključuje prisotnost zdravnika ginekologa, v okviru naprednejše faze na poti "demedikalizacije" fiziološke nosečnosti in poroda.

3) Pridobivanje kompetenc, ki se izvajajo samostojno, na univerzitetnih izobraževalnih programih za babice, na osnovni in post-osnovni ravni, s tehnikami in metodologijami, ki temeljijo na znanstvenih dokazih.

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu; znanja in kompetence, ki jih pridobijo slovenske oziroma italijanske babice v času študija, se povsem prekrivajo. Oboje imajo enako specifično pripravo.

4) Javno državno oziroma lokalno priznavanje področja pristojnosti in dejavnosti, s predpisi na primarni in sekundarni ravni oziroma v povsem ustaljeni in sprejeti praksi v pravnem sistemu, in sicer v interesu javnega zdravja.

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

5) Javno priznavanje (s primarnim ali sekundarnim predpisom) prisojnosti na naslednjih področjih: a) nega in svetovanje na strokovno znanstvenem ter čustvenem področju in glede medsebojnih odnosov, za ženske v času nosečnosti, poroda in v poporodnem obdobju, b) vodenje in izpeljava fizioloških in naravnih porodov, pri katerih je prisoten pojav verteksa, vključno z izvedbo epiziotomije in posledičnega šivanja, če je nujno potrebno in ob predhodnem soglasju, c) nega novorojenca, d) sodelovanje pri zdravstveni in spolni vzgoji v družini in v skupnosti, e) psihoprofilaktična priprava na porod, f) sposobnost diagnosticiranja fiziološke nosečnosti, preprečevanje in zgodnje odkrivanje potencialno patoloških stanj za nosečnico in plod, g) sposobnost ravnanja v situacijah iz točke f) ob sodelovanju zdravnika oziroma samostojno v nujnih primerih, h) sposobnost dela v sodelovanju z izvajalci drugih poklicev v zdravstveni dejavnosti, praktična in čustvena podpora med in po porodu ter pri zgodnji vzpostavitvi navezanosti matere/očeta in novorojenca ter spodbujanje k dojenju in podpora pri dojenju, h) podpora pri starševski vlogi, i) sposobnost ugotavljanja, predpisovanja in izvajanja krvnih in pomožnih pregledov, potrebnih za zgodnje diagnosticiranje "tvegane" nosečnosti, l) sposobnost nadzora nad zdravjem matere in ploda v času nosečnosti ter med porodom z ustreznimi kliničnimi ter tehničnimi sredstvi (sonicaid/naprava za poslušanje otrokovega

srca, kardiogram, ultrazvok), m) sposobnost sestave klinične dokumentacije in pisnih poročil oziroma izvidov.

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

6) Obstoj izobraževalnih programov, ki predvidevajo: a) najmanj triletno izobraževanje bobic s polnim urnikom v trajanju najmanj 4600 ur stalne teoretično-praktične izobraževalne obveznosti - od tega najmanj ena tretjina neposredne klinične prakse, s pripravo in prakso pri programih in iz predmetov, kot so navedeni v Prilogi V, točke 5.5.1 Direktive 2005/36/ES, oziroma specifično izobraževanje bobic s polnim urnikom v trajanju najmanj dve leti z najmanj 3600 urami, za katero je zahtevano, da ima kandidat/ka kvalifikacijo medicinske sestre za splošno nego v skladu s Prilogo V, točko 5.5.2, b) pridobitev kvalifikacije po izvedbi prakse in pripravništva ter po opravljenih tehnično-praktičnih oziroma operativnih in ne zgolj teoretičnih preskusih, c) pedagoško ureditev, ki zagotavlja (i) podrobno poznavanje bobiških ved, porodništva in ginekologije, (ii) ustrezno poznavanje deontologije in poklicne zakonodaje, (iii) ustrezno znanje s področja splošne medicine in farmakologije, (iv) ustrezne klinične izkušnje, s pomočjo katerih je babica, neodvisno in na lastno odgovornost, sposobna izključiti patološka stanja, voditi nego v predporodni dobi, nadzorovati porod, izpeljati porod in nuditi poporodno nego, vključno z oživiljanjem novorojenca do posredovanja zdravnika.

- a) **To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;**
- b) **To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;**
- c) **To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;**

F) Določujoča merila v zvezi z ureditvijo poklicne pravne odgovornosti

1) Jamstvo in varstvo pravice posameznika do življenja, osebne neogroženosti in zdravja, tudi glede varnosti, kakovosti in ustreznosti zdravstvenih storitev.

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

2) Obstoj preglednih pravil in postopkov v zvezi z odškodninskimi zahtevki za škodo, ki jo utrpijo pacienti zaradi napačno oziroma nepopolno izvedene zdravstvene storitve, ter obstoj mehanizmov, ki pacientom omogočajo, da vlagajo zahteve v skladu z veljavno zakonodajo obeh držav, če utrpijo škodo zaradi zdravstvene nege, ki jim je bila nudena.

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

3) Obstoj obveznih sistemov zasebnega zavarovanja poklicne odgovornosti za škodo, povzročeno pacientom - tretjim osebam pri opravljanju poklicne dejavnosti (v sistemu zaposlitve pri zdravstveni službi oziroma kot svobodni poklic), ki so enakovredni

oziroma v osnovi primerljivi glede: a) namena in okvira kritja, b) pri katerih so zavarovalne vsote sorazmerne glede na naravo in obseg tveganja, c) ki vsebujejo določila za zaščito izvajalca zdravstvenega poklica oziroma službe, na podlagi katerih je zavarovanje mogoče uveljavljati tudi za škodne dogodke, do katerih je prišlo nekaj let pred podpisom zavarovanja (retroaktivnost), d) ki vsebujejo določila, s katerimi so strokovnjaki zavarovani v primeru škode oziroma pravnih stroškov, tudi če svojo dejavnost opravljajo v tuji državi.

- a) **To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;**
- b) **To merilo ni izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu, saj so pri zavarovalnih vsotah v pogodbah, sklenjenih v posamezni državi, bistvene razlike glede zneska, ki se na podlagi zavarovanja lahko izplača oškodovancu (v Italiji bistveno višje kot v Sloveniji), pri čemer je navedeni dejavnik, kot kaže, odvisen od različne statistike v sodni praksi obeh držav.**
- c) **Navedeno merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah, vendar z naslednjimi pojasnili. V Italiji nalaga obveznost določil za zaščito zdravstvenega delavca Zakon št. 24/2017, v Sloveniji pa se o teh določilih lahko samo prosto izpogajajo.**
- d) **Navedeno merilo je izpolnjeno v obeh državah, vendar z naslednjim pojasnilom: italijanske zavarovalnice lahko zdravstvenega delavca zavarujejo tudi za primer poklicnega tveganja v povezavi s poklicno dejavnostjo, izvajano v tujih državah, vendar je o tem potrebno skleniti poseben dogovor ob sklenitvi pogodbe, zavarovalnice pa lahko kritje zavrnejo samo, če o takšnem primeru niso bile obveščene. V Sloveniji se zavarovalnice ne nagibajo k priznavanju tovrstnih pogodbenih določil za poklicno tveganje, ki izhaja iz dejavnosti, katera se opravlja v tujini.**

4) Možnost neposredne tožbe zoper zavarovalnico in/oziroma zoper zdravstveno službo ali zdravstvenega strokovnjaka.

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu z naslednjim pojasnilom: trenutno lahko v Sloveniji pacient neposredno toži službo oziroma strokovnjaka, ki lahko nato tožita/vpokličeta v sojenje zavarovalnico; v Italiji je neposredna tožba možna od aprila 2017.

5) Priznavanje pravne odgovornosti za zdravstvenega strokovnjaka, ki na področju nege v fiziološki nosečnosti stori napako pri diagnozi in oceni, ali gre za fiziološki porod, oziroma opusti ali zamuja s potrebnimi ukrepi za zdravje in varstvo matere ter ploda, če se v nosečnosti pojavijo patološki znaki.

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

6) Priznavanje raznih oblik in vrst odgovornosti na podlagi teže aktivnega ravnanja ali opustitve strokovnjaka s področja zdravstvenih poklicev oziroma teže posledic za zdravje in življenje matere ter ploda, z različnimi pravnimi posledicami glede na obseg odgovornosti.

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

7) Razširitev navedenih oblik odgovornosti na zdravniške in nezdravniške poklice v okviru posameznega področja pristojnosti, pri čemer se navedeni lahko štejejo za odgovorne, tudi če so delali v ekipi in ravnanje kot celota ne ustreza pričakovanemu modelu strokovnosti, previdnosti in skrbnosti.

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

8) Jasna in natančna pravna ureditev oblik odgovornosti z opredelitvijo, tudi s pomočjo sodnega tolmačenja, zahtev, pogojev in omejitev za vsako obliko odgovornosti.

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

9) Omejitve pri priznavanju kazenske odgovornosti strokovnjaka s področja zdravstvenih poklicev v primerih "malomarnosti" oziroma v primerih, ko je njegovo/njeno aktivno ravnanje oziroma opustitev daleč od modela delavca v skladu z znanstveno potrjenimi smernicami in dobrimi praksami s kliničnega področja in s področja nege.

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu; obstajajo pravila za posebno ureditev v obeh sistemih, pri čemer dosledno izvajanje navedenih pravil omogoča razširitev kazenske odgovornosti tudi na primere "lažjih oblik malomarnosti" (*culpa levis*); kljub navedenemu skušajo presoje sodišč omejiti kazenske sankcije v breme delavcev v zdravstvu.

10) Ugotavljanje odgovornosti v prisotnosti "malomarnega ravnanja" na področju zdravstva - oziroma takšnega, ki ne upošteva pravil zdravniške stroke in priporočil smernic, preuranjenega oziroma neprevidnega ravnanja, pri katerem je zaznati nepozornost in površinsko obravnavo - ki je vzročno povezano s škodnim dogodkom za zdravje pacienta v smislu, da v prisotnosti pričakovanega in pravilnega ravnanja z zanesljivo gotovostjo do dogodka ne bi prišlo oziroma bi do njega prišlo ob drugem času in z manj hudimi kliničnimi posledicami.

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

11) Ugotavljanje odgovornosti zdravstvene delavke - babice v naslednjih okoliščinah: a) anamneza ni bila zbrana in niso bili ugotovljeni dejavniki tveganja, b) opuščeno oziroma napačno zdravstveno obveščanje nosečnice, b) podcenjevanje dejavnikov tveganja, ki so strokovnjaku znani, c) neizvedba oziroma neustrezna izvedba postopkov nege v pristojnosti strokovnjaka, d) neprepoznavanje potencialno patoloških stanj med

nosečnostjo in med porodom, e) opustitev zahteve po posredovanju zdravnika ob prisotnosti patološkega stanja v času nosečnosti ali med porodom oziroma zamudna ali napačna zdravniška odločitev o izvedbi poroda, f) opuščeno ali neizvedeno spremljanje zdravja matere in ploda v vsaki fazi nosečnosti in poroda, g) neizvedena oziroma neustrezna nega novorojenca, h) drugi primeri strokovne napake oziroma napake pri oceni.

- a) **To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;**
- b) **To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;**
- c) **To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;**
- d) **To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;**
- e) **To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;**
- f) **To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;**
- g) **To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;**
- h) **To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;**

12) Ugotavljanje odgovornosti šele na podlagi "pravičnega postopka", ki vključuje: a) pravico do pridobivanja informacij v zvezi z obtožbami oziroma zahtevami po odškodnini, b) pravico do določitve zadostnega časa za pripravo in navedbo zagovora, c) pravico do zagovornikov oziroma izvedencev s področja medicine in sodne medicine, d) pravico do pridobitve prevoda pisnih listin in izjav za tožene tujce, e) pravico do izpodbijanja neugodne odločbe pred višjim sodiščem.

- a) **To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;**
- b) **To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;**
- c) **To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;**
- d) **To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;**
- e) **To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;**

13) Zagotovilo in varstvo pravice pacienta do zasebnosti pri obdelavi osebnih podatkov v zvezi z zdravjem.

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

14) Zagotovilo in varstvo pravice ženske v nosečnosti, da je jasno in natančno obveščena o svojem zdravstvenem stanju in o zdravstvenem stanju ploda, o vrsti predpisanih pregledov, o potencialnih tveganjih v času nosečnosti, o načinu in kraju poroda.

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

15) Zagotovilo in varstvo pravice ženske v nosečnosti, da poda veljavno soglasje o seznanjenosti za vsako zdravstveno dejavnost, ki se opravi in v zvezi z njeno nosečnostjo.

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

16) Zagotovilo in varstvo pravice pacienta do kontinuitete zdravstvene obravnave, do sestave in pravilne hrambe zdravstvenega kartona v papirnati ali elektronski obliki, v katerem je zabeležen vsak pomembnejši podatek v zvezi z opravljeno zdravstveno oskrbo.

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

17) Priznavanje kazenske odgovornosti v breme zdravstvenega delavca v primeru prostovoljne ali neprostovoljne umetne prekinitve nosečnosti.

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

18) Priznavanje oblik kazenske oziroma odškodninske/upravne odgovornosti v primeru kršitve poklicne tajnosti oziroma izdaje lažnih potrdil v zdravstvenih poročilih oziroma certifikatih za dejstva v zvezi z zdravstveno nego.

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

19) Obstoj predpisov v zvezi z izjavo oziroma s potrditvijo rojstva, tudi če se zgodi v drugi državi kot je država državljanstva.

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

20) Priznavanje pravice do objave pri izdajanju potrdil o rojstvu za zdravstvene delavce, ki so pri porodu prisotni, pri čemer je z izdajo potrdil povezana določena odgovornost.

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu s pojasnilom, da lahko potrdilo o rojstvu v Sloveniji podpiše samo zdravnik, ne pa babica, katere podpis pa je v italijanski ureditvi priznan.

21) Obstoj oblik spremljanja, nadzora in ureditve s strani poklicnih redov, združenj oziroma zbornic z določitvijo sankcij, tudi s prepovedjo opravljanja poklica, po predhodni seznanitvi zdravstvenega delavca z očitki in po tem, ko slednji poda zagovor.

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

G) Specifična določujoča merila za poklic babice (zdravstveno področje)

1) Model nege ženske med nosečnostjo, porodom in v poporodnem obdobju, ki temelji na modelu *midwifery-led*, pri katerem je po potrebi dodatno prisoten zdravnik ginekolog, oziroma na podlagi *shared-led modela*, pri katerem nego opravlja več zdravniških in nezdravniških poklicnih profilov skupaj.

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu z naslednjim pojasnilom: slovenski model nege med fiziološko nosečnostjo in porodom predvideva nujno sodelovanje ginekologa v določenih fazah nege v nosečnosti. Oba modela je mogoče opredeliti kot "mešana", pri čemer pa se italijanski razlikuje po večji stopnji samostojnosti in neodvisnosti babice od zdravnika pri izvajanju njenih pristojnosti - zato je odločno usmerjen v model "midwifery - led", medtem ko slovenski model še vedno predvideva prisotnost zdravnika, ki omejuje samostojnost babice pri porodu. Podrobneje lahko italijanske babice med nosečnostjo svoje pristojnosti izvajajo pri vsakem pregledu v skladu s protokoli izvajanja nege v vseh treh trimesečjih nosečnosti. Po drugi strani pa so slovenske babice pristojne za samostojno izvajanje pregledov v 16., 32., 37., 38. in 39. tednu nosečnosti.

2) Model nege, ki temelji na smernicah oziroma protokolih, kot jih izdajo javni (državni oziroma deželni) organi oziroma zasebne organizacije, ki v vsakem primeru temeljijo na najsodobnejših ustaljenih znanstvenih dokazih znotraj mednarodne znanstvene skupnosti na področju babištva - ginekologije in novorojencev.

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

3) Model nege, ki temelji na načelu "kontinuirane nege".

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

4) Model nege v fiziološki nosečnosti, ki temelji na načelu "stopnje tveganja".

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

5) Dogovor o bistvenih pogojih oziroma dejavnikih, zaradi katerih pride do hujšega tveganja za nosečnost in zaradi katerih nosečnost ni več fiziološka, pri čemer se navedeni dejavniki odkrijejo pri prvem obisku in med nosečnostjo ter temeljijo na a) splošni patološki anamnezi, b) starejši babiško-ginekološki anamnezi in c) trenutni babiško-ginekološki anamnezi.

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

6) Razčlenitev poteka oziroma profila nujenja nege v fiziološki nosečnosti, v okviru katere se ženski predlagajo določene klinične kontrole (pregledi oziroma sistematski pregledi) in laboratorijski pregledi ter pomožni pregledi za spremljanje zdravja ploda, ki vsebujejo informacije, posredovane ženski z namenom, da se seznanijo s programom in se lahko odloča na podlagi pridobljenih informacij.

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

7) Razčlenitev profila nege s 7-10 pregledi v času nosečnosti oziroma z najmanj 4 pregledi.

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

8) Razčlenitev profila nege z zgodnjim sprejemom v obravnavo (do 10. tedna nosečnosti) z načrtovanjem predporodnih presejalnih testov za kromosomske bolezni (Downov sindrom) ter s priporočenimi ultrazvočnimi pregledi v skladu s smernicami za nadzor nad zdravjem ploda.

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

9) Razčlenitev profila organizirane nege s pregledi vsakih 4-6 tednov do 40.-41. tedna nosečnosti.

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

10) Profil nege, pri katerem strokovnjak ponudi pomoč in psihološko podporo ter podporo pri medsebojnih odnosih in poda informacije o terminih, načinih in pomenu kliničnih, pomožnih ter laboratorijskih pregledov, življenjskem slogu, razpoložljivih storitvah na področju nege, možnosti sodelovanja pri materinski šoli, pri načrtovanju poroda, glede najustrežnejšega kraja poroda ob upoštevanju specifičnega primera posamezne ženske, glede zakonskih možnosti za varstvo materinstva in očetovstva ter storitev v okviru kontinuirane poporodne nege.

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

11) Profil stalne nege po zaključku nosečnosti in dogovor o času in načinu poroda med žensko in babico ter določitev kraja poroda oziroma porodnišnice, o spremljanju nosečnosti do konca in o spremljanju pacientke po porodu (41+0).

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

12) Profil nege, ki predvideva kontinuirano nego po porodu z načrtovanjem babiških pregledov v poporodnem obdobju, pregled presredka, posvetovanje in podpora pri dojenju, morebitno svetovanje glede kontracepcije, morebitne informacije v zvezi s presredkom oziroma podpora pri dojenju.

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

13) Profil nege temelji na jasni in popolni klinični dokumentaciji, ki omogoča: a) opredelitev in določitev pogojev ter dejavnikov tveganja za mater in otroka ter v primeru, ko je potrebno specifično posredovanje zdravnika, b) učinkovito komunikacijo med strokovnjaki, ki ženski zagotavljajo nego, načrtovanje revizije in statističnih raziskav, c) zbiranje matičnih administrativnih podatkov v državi oskrbe,

To merilo je izpolnjeno v obeh ureditvah skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

H) Specifična določujoča merila za poklic babice: področje poklicnega profila. Znanja in kompetence

1) Kompetence na socialnem, kulturnem in epidemiološkem področju pri negi matere in novorojenca

1.1. Znanja

Babica razpolaga z ustreznim znanjem za razumevanje:

- družb in skupnosti na področju zdravstva,
- načel primarne nege s promocijo zdravja, preprečevanja bolezni in strategij za nadzor,
- neposrednih in posrednih vzrokov za umrljivost matere in novorojenca ter preučevanje bolezni v skupnosti in strategij za boj proti tem boleznim,
- načel epidemiologije in diagnostike (vključno z vodo in razkuževanjem),
- metod za preprečevanje okužb in metod za nadzor,
- načel raziskovanja, ki temeljijo na dokazih, kritičnem tolmačenju strokovne literature in tolmačenju statistik ter raziskav,
- načel javnega zdravja,
- kazalnikov storitev zdravstvene nege,
- storitev s področja lokalnega in nacionalnega zdravja z zagotavljanjem trajne nege,
- nacionalnih programov,
- pojmov alarmov v zdravstvu, obveščanja in prevoza v nujnih primerih,
- določil zakonov in predpisov s področja reproduktivnega zdravja žensk vseh starosti, vključno z zakoni, politikami in strokovnimi smernicami,
- človekovih pravic in njihovega vpliva na zdravje posameznika (vključno z nasiljem v družini in genitalno mutilacijo žensk),
- lokalnih kultur in običajev (vključno z verskimi prepričanji in vlogo spola),
- vpliva klasičnih in sodobnih praks na zdravje,

- načrtovanja rojstev.

To merilo je v celoti upoštevano v obeh poklicnih profilih babice skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

1.2. Profesionalno ravnanje

Babica:

- je odgovorna za odločitve in klinična dejanja,
- deluje skladno s poklicno etiko, poklicnimi vrednotami in ob spoštovanju človekovih pravic,
- deluje v skladu s smernicami,
- je seznanjena s pristojnostmi babice, s smernicami in razpolaga s potrebnim znanjem (izobraževanje),
- uporablja splošne standarde za preventivo in nadzor nad strategijami ter higienskimi tehnikami,
- pri svojem ravnanju ne izvaja diskriminacije, ne oblikuje sodb in se kulturno ustrezno vede do pacientk,
- spoštuje tradicije in običaje pacientk, ne izvaja diskriminacije na podlagi statusa, etnične in verske pripadnosti,
- je zavezana k varovanju zaupnih podatkov in k molčečnosti,
- dela v sodelovanju z ženskami in njihovimi družinami ter jih ustrezno obvešča o zdravstvenem stanju žensk,
- sodeluje v ekipah v sodelovanju z drugimi zdravstvenimi delavci.

To merilo je v celoti upoštevano v obeh poklicnih profilih babice skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

1.3. Pristojnosti in usposobljenost

- Spodbuja razpravo na področju zdravstvene vzgoje žensk in njihovih družin,
- uporablja ustrezna komunikacijska sredstva,
- uporablja ustrezna sredstva in instrumente za izvajanje poklicne prakse,
- izpolnjuje evidenco o rojstvih oziroma smrtih,
- prevzema neposredno vlogo v praktičnem okviru na osnovi svojih poklicnih pristojnosti.

To merilo je v celoti upoštevano v obeh poklicnih profilih babice skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

2. Pristojnosti na področju babiških storitev, izobraževanje za zdravje v skupnosti za promocijo zdravja in načrtovanje rojstev

2.1. ZNANJA

- Razvija tehnike s področja spolne vzgoje,
- se izobražuje na področju moške in ženske anatomije glede zanositve in razmnoževanja,

- se izobražuje na področju predpisov in praks s področja spolnosti, zakonske zveze in dojenja,
- se izobražuje na področju zgodovine zdravstva in zgodovine genetike,
- se izobražuje na področju tehnik za zagotavljanje plodnosti,
- se izobražuje na področju spolno prenosljivih bolezni,
- se izobražuje na področju načel farmakokinetike pri družinskem načrtovanju,
- se izobražuje na področju kazalnikov in metod za diagnosticiranje tumorjev ter patologij ženskega reproduktivnega sistema (pap test, kolposkopija).

To merilo je v celoti upoštevano v obeh poklicnih profilih babice skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

2.2. PRISTOJNOSTI IN USPOSOBLJENOST

- Spodbuja ženske in družine pri predzanositvenih tehnikah glede na primer posamezne ženske,
- pripravlja preglede pred nosečnostjo,
- analizira izsledke testov (pregledi urina in krvi),
- nudi podporo HIV pozitivnim ženskam,
- predpisuje, izdaja, zagotavlja oziroma odmerja (če ima za to dovoljenje po nacionalnem pravu) zdravila za nujno kontracepcijo,
- izvaja pap teste.

To merilo je v celoti upoštevano v obeh poklicnih profilih babice skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

3. Pristojnosti v zvezi z nego v času nosečnosti, vključno z vodenjem obravnave v primeru zapletov

3.1. ZNANJA

- Anatomija in fiziologija človeškega telesa,
- biologija človeškega razmnoževanja, menstrualnega ciklusa in procesa zanositve,
- ugotavlja simptome zanositve,
- pregleduje teste in potrjuje, da je prišlo do zanositve,
- metode in diagnoze ektopične nosečnosti,
- osnovna načela nosečnosti (od zadnje menstruacije, velikost maternice, uporaba ultrazvoka),
- analiza rezultatov presejalnega testa,
- analiza rednega napredovanja nosečnosti,
- analiza tveganj za plod in za mater,
- analiza ravni psihofizičnega stresa matere in vpliva na življenje družine,
- analiza delovanja zdravniških receptov, tradicionalna medicina,
- analiza delovanja alkohola oziroma drog,
- izobraževanje na področju tehnik za sproščanje matere med nosečnostjo,
- izobraževanje na področju tehnik za pripravo družine na prihod novorojenca,
- ukrepi za nadzor in preprečevanje malarije v nosečnosti,

- izobraževanje na področju fiziologije dojenja in metod za pripravo ženske na dojenje.

To merilo je v celoti upoštevano v obeh poklicnih profilih babice skladno z opisom v 1. delu in v 2. delu;

3.2. PRISTOJNOSTI

- Opravlja preglede žensk (temperatura, krvni tlak in utrip),
- daje materi nasvete v zvezi s prehrano in spremlja rast ploda, daje ustrezne informacije o prehrani v nosečnosti,
- izvaja ročne meritve velikosti ploda,
- ocenjuje velikost ploda, umestitev ploda, stanje plodovnice, utrip, uporablja Doppler za oceno delovanja srca, opravlja pregled medeničnega dna,
- izračuna predviden datum poroda,
- organizira zdravstvena izobraževanja odraščajoče mladine, žensk in družin v zvezi s fiziološko nosečnostjo,
- ugotavlja razlike v primerjavi z rednim potekom nosečnosti ter sprejema odločitve (samostojno ali v dogovoru z ekipo) v zvezi s smernicami, lokalnimi standardi in protokoli glede:
 - neustreznega prehranjevanja matere,
 - neustrezne in pretirane rasti maternice,
 - visokega krvnega tlaka, prisotnosti edemov, hujših glavobolov,
 - vaginalnih bolezni,
 - večplodne nosečnosti,
 - znotrajmaternične smrti ploda,
 - pretrgane membrane pred rokom,
 - HIV pozitivnih primerov,
 - hepatitisa C in B,
- predpisuje (če je po zakonu v posamezni ureditvi za to pooblaščen) zdravila, antibiotike, antikoagulate,

ugotavlja odklone od običajnega trajanja nosečnosti.

Navedeno merilo je le deloma izpolnjeno v obeh ureditvah. Glede podmerila a) italijanske babice med nosečnostjo svoje pristojnosti izvajajo pri vsakem pregledu v skladu s protokoli izvajanja nege v vseh treh trimesečjih nosečnosti, medtem ko so slovenske babice pristojne za samostojno izvajanje pregledov v 16., 32., 37., 38. in 39. tednu nosečnosti.

Glede podmerila h) je v italijanski ureditvi babici priznana pristojnost za izdajo t.i. "belih receptov", ki morajo biti potrjeni z zdravniškim receptom pri predpisovanju pregledov, medtem ko v slovenski ureditvi babice v nobenem primeru ne morejo izdajati/predpisovati receptov.

Glede ostalih podmeril imajo babice v obeh državah enake pristojnosti in njihovo delovanje na zdravstvenem področju se prekriva.

4. VODENJE PORODA, RAVNANJE V NUJNIH PRIMERIH ZA ZAŠČITO ZDRAVJA ŽENSKE IN NOVOROJENCA

4.1. ZNANJA

- Fiziologija prve, druge in tretje faze poroda;
- anatomija ploda;
- kulturni in psihološki vidiki, povezani z rojstvom;
- tehnike za krepitev popadkov;
- normalno napredovanje poroda;
- ocena in uporaba kardiotokografskega zapisa;
- merjenje ploda med porodom;
- merjenje življenjskih funkcij matere med porodom;
- proces prehoda ploda med porodom in rojstvom, mehanizmi pomoči pri porodu v različnih položajih glede na vstavo ploda;
- dajanje zdravil za vodenje in nadzor nad bolečino med porodom;
- načela preprečevanja zapletov med porodom;
- preprečevanje poškodb medeničnega dna;
- tehnike za izvedbo epiziotomije;
- načela aktivnega vodenja tretje faze poroda;
- kazalniki potrebe po ukrepanju v nujnih primerih;
- kazalniki uporabe porodnih instrumentov (porodne klešče, vakuumski ekstraktor);

Vsa podmerila so izpolnjena v obeh ureditvah, ker so ta znanja vključena v univerzitetno izobraževanje bobic v obeh ureditvah.

4.2. PRISTOJNOSTI

- Zapisuje in poroča o poteku poroda;
- opravlja preiskave med porodom;
- opravlja abdominalne preglede za lego ploda;
- nadzoruje popadke;
- izvaja nadzor dilatacije, lege ploda, stanja plodovih ovojev;
- spremlja napredovanje poroda z uporabo kardiotokografskega zapisa;
- nudi psihološko podporo materi in družini;
- omogoči prisotnost osebi, ki med porodom nudi podporo materi;
- po potrebi poskrbi za vstavitve katetra;
- prepozna morebitne anomalije in takoj ukrepa;
- spodbuja popadke brez uporabe zdravil;
- spodbuja popadke z uporabo zdravil;
- daje lokalne anestetike za presredek v primeru epiziotomije;
- prereže popkornico;
- izvaja postopke oživljanja v nujnih primerih in zahteva takojšnje posredovanje zdravnika ali premestitev otroka;
- upošteva protokole in smernice med porodom;
- popolnoma odstrani posteljico;
- opravi pregled vagine in materničnega vratu zaradi morebitne prisotnosti raztrganin;
- po potrebi zašije epiziotomijo 1., 2., 3. in 4. stopnje;

- ročno odstrani posteljico;
- izvaja kompresijo maternice ob koncu kontrole;
- izvaja kompresijo aorte;
- izvaja masažo srca;
- prepozna raztrganine materničnega vratu;

To merilo je samo deloma izpolnjeno v obeh poklicnih profilih babice iz naslednjih razlogov. V italijanski ureditvi lahko babice izpeljejo fiziološki porod in izvajajo zgoraj navedene pristojnosti, razen podmerila bb), ker mora dajanje zdravil oksitocinov za spodbujanje popadkov predpisati in nadzirati zdravnik ginekolog. V slovenski ureditvi so podane razlike med samostojnimi ali neodvisnimi babicami in babicami, ki delajo v javnih zdravstvenih ustanovah. Prvim je priznana pristojnost, da med porodom in po rojstvu izvajajo vse pristojnosti, navedene v podmerilih iz obravnavanega merila, medtem ko bolnišnične babice izvajajo enake pristojnosti, vendar pod vodstvom in nadzorom zdravnika, ki skrbi za potek poroda.

5. PRISTOJNOSTI PRI POPORODNI NEGI ŽENSK

5.1. ZNANJA

- Telesne in psihološke spremembe pri ženski po porodu;
- psihologija in proces dojenja;
- pomen dojenja;
- materina prehrana, počitek, aktivnosti in psihološke potrebe v obdobju po porodu;
- načela v zvezi z vzpostavitvijo odnosa mati – otrok;
- problematika, povezana z dojenjem, vključno z mastitisom;
- problematika v zvezi s pojavom obolenj v poporodnem obdobju (depresija, embolija, anemija);
- načela medosebne komunikacije s podporo ženskam in družini v primeru smrti ploda, prirojenih nepravilnosti...;
- pristop in strategija podpore ženskam, ki so žrtve nasilja, mladostnicam, žrtvam spolnega nasilja;
- metode načrtovanja družine;
- informacije družini o storitvah poporodne nege na domu.

To merilo je v celoti izpolnjeno v obeh poklicnih profilih babice, kot je opisano v 1. in 2. delu;

5.2. PRISTOJNOSTI

- Pristojnosti med nosečnostjo, pri porodu in rojstvu;
- pripravi oceno o psiholoških vidikih matere;
- zagotavlja informacije in podporo ženskam in njihovim družinam v primeru prezgodnje smrti otroka, prirojenih nepravilnosti;
- nudi pomoč pri dojenju (v prvi uri po rojstvu);

- pouči mater o negi otroka in nje same, vključno s prepoznavanjem znakov in simptomov pri zapletih;
- izobražuje žensko in njeno družino o spolnosti in načrtovanju družine pa rojstvu otroka;
- poskrbi za obravnavo v nujnih primerih in o tem obvesti zdravnika, če je potrebno;

To merilo je v celoti izpolnjeno v obeh poklicnih profilih babice, kot je opisano v 1. in 2. delu;

6. NEGA V PRVIH DVEH MESECIH OTROKOVE STAROSTI

6.1. ZNANJA

- Elementi ocene stanja novorojenca (vključno z Apgar testom ali drugimi metodami ocenjevanja dihanja);
- načela ocenjevanja življenja izven maternice;
- otrokove primarne potrebe (hranjenje, dihanje);
- ocenjevanje otrokovega zdravstvenega stanja;
- imunizacija;
- načela v zvezi s prehrano novorojenca, praktična oskrba novorojenca;
- znaki, simptomi in indikacije za sestavo poročila o stanju ali premestitev novorojenca v primeru zapletov;

To merilo je v celoti izpolnjeno v obeh poklicnih profilih babice, kot je opisano v 1. in 2. delu;

6.2. KOMPETENCE

- Poskrbi za nego novorojenca, vključno z umivanjem, pri čemer mora biti dihanje stabilizirano;
- oceni stanje novorojenca;
- spodbuja in ohranja normalno telesno temperaturo s pokrivanjem (odeje, kapice), preverja ustreznost prostora in spodbuja stik koža na kožo;
- začne s postopki oživljanja v primeru težav z dihanjem;
- nudi ustrezno oskrbo v primeru novorojenčkov s prenizko telesno težo in če pride do potencialno hudih zapletov ali zelo nizke porodne teže, opravlja presejalne telesne teste novorojencev glede pogojev, nezdružljivih z življenjem;
- prepozna znake stiske, stabilizira stanje in premesti ogroženega novorojenca v center za nujno pomoč;
- pouči starše o znakih, ki kažejo, da je novorojenec v nevarnosti;
- pouči starše o normalni rasti in razvoju otroka;
- zagotavlja informacije o vsakodnevni otrokovih potrebah;
- nudi pomoč staršem pri dostopu do sredstev Skupnosti, ki so na voljo družinam;

- nudi podporo staršem v obdobju žalovanja zaradi abortusa, prirojenih bolezni ali v primeru smrti novorojenca;
- nudi podporo staršem med prevozom/premestitvijo novorojenca ali v obdobjih ločitve od novorojenca;
- nudi podporo in izobražuje starše, ki se jim je rodilo več otrok (denimo dvojčki), o specifičnih potrebah in sredstvih Skupnosti;
- zagotavlja ustrezno oskrbo novorojencu, katerega mati je HIV pozitivna (na primer dajanje zdravil ARV in pravilna prehrana);

To merilo je samo deloma izpolnjeno iz naslednjih razlogov: v italijanski ureditvi in oblikah izvajanja nege se zgoraj navedene kompetence izvajajo samostojno do posredovanja zdravnika v primeru zapletov, ki zahtevajo oživljanje novorojenca. Babice v vsakem primeru sodelujejo pri oskrbi in nudijo podporo zdravniku. V zdravstveni ureditvi in konkretnem profilu izvajanja nege imajo slovenske babice znanja in kompetence v skladu s podmerili, vendar jih dejansko poredkoma uporabljajo, ker te aktivnosti sodijo v pristojnost specializiranih medicinskih sester (pediatričnih).

7. POMOČ ŽENSKAM V PRIMERU PREKINITVE NOSEČNOSTI, SPLAVA V SKLADU Z ZAKONOM IN PRAVILNIKI S TEGA PODROČJA NA PODLAGI NACIONALNIH PROTOKOLOV

7.1. ZNANJA

- Politike, protokoli, zakoni in pravilniki v zvezi s storitvami na področju pomoči v primeru splava;
- analiza dejavnikov, vključenih v odločitve v zvezi z neželenimi nosečnostmi;
- ustrezne metode načrtovanja družine v obdobju po splavu;
- merila medicinske sprejemljivosti za vse razpoložljive metode splava;
- potrebna oskrba, informacije in podpora med in po splavu glede na storitve, ki so na voljo v skupnosti;
- poznavanje procesov telesnega in čustvenega okrevanja po splavu;
- prepoznavanje simptomov nepopolnega splava (na primer perzistentna krvavitev iz maternice);
- prepoznavanje znakov in simptomov zapletov, povezanih s splavom, in življenjske ogroženosti (na primer perzistentna vaginalna krvavitev, okužba);
- poznavanje farmakoterapevtskih osnov zdravil, priporočenih za uporabo pri farmakološkem splavu;

To merilo je v celoti izpolnjeno v obeh poklicnih profilih babice, kot je opisano v 1. in 2. delu;

7.2. PRISTOJNOSTI

- Ocenjuje gestacijsko obdobje s pomočjo vprašanja o datumu zadnje menstruacije (LMP), bimanualna preiskava in/ali test za ugotavljanje nosečnosti s preiskavo urina;
- seznanja ženske, ki razmišljajo o splavu, o storitvah, na voljo tistim, ki nadaljujejo nosečnost, in tistim, ki se odločijo za splav, metodah za prekinitve nosečnosti in podpori ženskam pri njihovi odločitvi;

- pridobiva klinične in socialne podatke za ugotavljanje kontraindikacij za zdravlilo ali za splav z aspiracijo;
- izobražuje in svetuje ženskam (in svojcem, če je to primerno) o spolnosti in načrtovanju družine po splavu;
- zagotavlja storitve v zvezi z načrtovanjem družine istočasno in kot sestavni del storitev, povezanih s splavom;
- oceni involucijo maternice; obravnava oziroma upošteva ustrezno obravnavo;
- izobražuje matere o tem, kako skrbeti zase, vključno s počitkom in prehrano, in kako prepoznati zaplete, kot je hemoragija;
- prepozna znake za zaplete, povezane s splavom (vključno s perforacijo maternice); obravnava oziroma upošteva ustrezno obravnavo, če je potrebno.

To merilo je v celoti izpolnjeno v obeh poklicnih profilih babice, kot je opisano v 1. in 2. delu. V obeh profilih in nacionalnih ureditvah se te kompetence izvajajo v sodelovanju in pod vodstvom zdravnika, ki je za to neposredno odgovoren.

8. ZAKLJUČKI: ODGOVORI NA VPRAŠANJA - PREDLOG MODELA ZA IZVAJANJE NEGE

Mešana slovensko-italijanska ekipa za sprejem v nosečnosti in spremljanje fiziološkega poroda bi lahko delovala pod pogoji in s korektivnimi ukrepi oziroma omejitvami, kot so navedeni v nadaljevanju.

Pravni ureditvi obeh držav sta skoraj povsem skladni glede zgoraj opisanih načel delovanja oziroma imata identičen sistem vrednot in zaščite oskrbovane osebe.

V celoti so izpolnjena tudi splošna določujoča merila za (zdravniške in nezdravniške) zdravstvene poklice. Ta bistvena okoliščina zagotavlja razpoložljivost izobraženih usposobljenih strokovnjakov z obveznostjo stalnega tehnično-strokovnega izpopolnjevanja, ki ga nadzorujejo javni organi in so vpisani v javno dostopna poklicna združenja oziroma sezname. Izpolnjevanje navedenih meril zagotavlja kakovostno in varno nego.

Glede specifičnih določujočih meril za poklice, ki sodelujejo pri izvajanju nege v fiziološki nosečnosti in zlasti glede strokovnega profila babice, poznata obe ureditvi v bistvenih delih identično izobraževanje ter obseg znanj in kompetenc. Različno pa je pravno oziroma javno priznavanje stopnje samostojnosti, s katero se navedene kompetence lahko udeležujejo. Italijanska pravna ureditev skladno z mednarodno znanstveno literaturo in z najnovejšimi evropskimi direktivami pri fiziološki nosečnosti priznava skoraj popolno samostojnost pri izvajanju kompetenc babice. Gre za "vključujočo" samostojnost oziroma samostojnost ob sodelovanju drugih poklicnih profilov, tudi zdravnikov. Glede na področje nege je po italijanski pravni ureditvi možen tako mešani model, sestavljen iz babic in ginekologov, kot "čisti" model, t.i. *midwifery-led*. V teku je postopek "demedikalizacije" fiziološke nosečnosti in poroda in to v napredni fazi. Povezan je s konceptom nudenja nege,

pri katerem babica ni podvržena izvajanju smernic oziroma navodil na področjih v njeni pristojnosti.

Slovenska pravna ureditev ureja poklic babice, pri čemer ji priznava ista znanja in kompetence kot italijanskim kolegicam, vendar znižuje stopnjo samostojnosti pri delovanju - na primer z zmanjšanjem števila obiskov v posameznih tednih nosečnosti oziroma z določanjem obveznega sodelovanja zdravnika pri postavitvi diagnoze za fiziološko nosečnost oziroma pri porodu - ter zlasti pri bolnišnični negi razširja vodilno vlogo zdravnika ginekologa tudi na fiziološko nosečnost in porod. Slovenska kultura na področju babištva, ki je bila prav tako izoblikovana na podlagi mednarodnih smernic, se zaveda potenciala znanja in "kompetenc" (sposobnosti za opravljanje dela), vendar naleti na področju predpisov na omejitve, za katere bi bilo zaželeno, da se presežejo, ob upoštevanju evropskih usmeritev na obravnavanem področju.

Na podlagi navedenih uvodnih ugotovitev in s popravki, kot bodo oblikovani, podpisani menimo, da mora v zvezi z omejitvami in razlikami na področju predpisov prevladati pozitivno mnenje glede izobraževanja, kompetenc in odgovornosti. Skladnost navedenih dejavnikov pri italijanskih in slovenskih babicah je temelj za skupno delovanje znotraj mešane ekipe in za sposobnost zagotavljanja varne in kakovostne nege za mater in plod oziroma novorojenca.

Delovanje mešane ekipe je izvedljivo tudi na podlagi popolne izenačenosti in usklajenosti pravnih ureditev glede ugotavljanja krivde in odgovornosti delavcev v zdravstvenih poklicih po posameznih tipologijah. Predpisi v obeh ureditvah zagotavljajo pravno varstvo oskrbovancu, predvidevajo pa tudi jamstva za delavca v zdravstvenem poklicu, predvsem glede obveznega zavarovanja za škodo, nastalo tretjim osebam. Glede na takšno določujoče merilo je potrebno pozorno preučiti vsebino veljavnih zavarovalnih pogodb v obeh državah. Na tem področju obstajajo precejšnje razlike glede zavarovalnih vsot (te so v Italiji višje), zavarovalne premije in določil, ki zagotavljajo retroaktivnost kritja v primeru odškodninskega zahtevka za dejanja, storjena v letih pred podpisom in veljavnostjo pogodbe. Italijansko zavarovalno pravo in pogodbeno praksa ponujata na tem področju večja jamstva za delavca v zdravstvenem poklicu. Obe ureditvi predvidevata natančne predpise glede načinov, kako se rojstvo v tuji državi potrди v državi državljanstva. Ureditvi se bistveno razlikujeta v tem, kdo lahko izda potrdilo o rojstvu. V Italiji ga lahko izda zdravnik ali babica, v Sloveniji pa samo zdravnik.

Glede na podobnosti in razlike je mogoče predlagati dva organizacijska modela izvajanja nege in sprejema s strani mešane ekipe v fiziološki nosečnosti in za fiziološki porod, z različno stopnjo "izvedljivosti", od višje do nižje.

- 1) Model midwifery-led oziroma "čisti" sistem (ekipo sestavljata samo dve babici) bi bilo mogoče uvesti na podlagi skupnega obsega znanj in kompetenc pod pogojem, da se ta model izvaja izključno na italijanskem ozemlju. Slovenske babice bi bile na podlagi priznanja kvalifikacije za opravljanje poklica v Italiji upravičene do polnega izvajanja svojih pristojnosti, saj na italijanskem ozemlju ne bi veljale omejitve na področju predpisov, ki veljajo

v Sloveniji. To bi veljalo tudi, če bi nego zagotavljali slovenskim državljanke, ki bi se prostovoljno odločile za nego s strani opisane čezmejne ekipe. Za čezmejno zdravstveno nego bi bilo treba spoštovati predpise države članice, kjer se nudi nega, saj so države članice pristojne za organizacijo in zagotavljanje zdravstvenih storitev in zdravstvene oskrbe (7. točka 168. člena Pogodbe o Evropski uniji in Pogodbe o delovanju Evropske unije). Vsaka država članica je namreč odgovorna za sprejem predpisov glede načrtovanja, upravljanja pogojev, kakovostnih in varnostnih standardov ter izvajanja zdravstvene nege. "Čisti" model bi morali preskusiti, da bi slovenskim babicam omogočili, da pridobijo večjo sposobnost sprejemanja odločitev skladno s pridobljenimi kompetencami, v vsakem primeru pa bi moral biti v ekipo vključen en ali več ginekologov za posvetovanje, če babice presodijo, da je to potrebno, s čimer se omogoči večja kontinuiteta pri negi žensk, sprejetih v obravnavo.

Navedeni "čisti mono-teritorialni" model omogoča večja zagotovila glede zavarovalnega kritja za zdravstveno organizacijo in za delavce v zdravstvenih poklicih, ker se v tem primeru uporabljajo italijanski predpisi, potreba po zavarovalnem kritju pa sledi italijanskemu modelu zdravstvenih organizacij in delavcev v zdravstvenih poklicih. Poleg navedenega menimo, da za delovanje takšnega modela v Sloveniji ne bi bila zagotovljena jamstva za popolno zakonitost delovanja zaradi pravne odgovornosti, ki bi jo nosile babice v primeru opravljanja pristojnosti, ki jih ne morejo izvajati samostojno.

Uporaba modela je predvidena v ambulantah za preglede v nosečnosti, v službah za materinsko oskrbo na domu, pomoč pri nosečnosti in porodu na domu.

- 2) Drugi *shared-led* oziroma "mešani" model (sestavljen iz ginekologov in babic) bi lahko deloval v Sloveniji in v Italiji (na domu oziroma v ambulantah), pri čemer bi oskrbo in pristojnosti uravnavali na podlagi predpisov v posamezni državi ob sodelovanju zdravnikov in babic v skladu z njihovimi pooblastili. Prisotnost zdravnika bi bila potrebna za izvajanje tistih storitev, za katere slovenske babice niso pooblaščen v matični državi, ter glede upravnih vidikov izdajanja potrdil o rojstvu. Slednji model je izvedljiv. V primerjavi z modelom iz točke 1) je pri tem drugem modelu možno delovanje v obeh državah, prisotnost zdravnika ginekologa pa lahko zapolni določene vrzeli glede pooblastil oziroma pristojnosti, ki jih posamezna ureditev ne priznava babicam. Z namenom uveljavljanja evropskih načel o negi v fiziološki nosečnosti bi bilo v bodoče zaželeno, da bi bilo posredovanje zdravnika omejeno zgolj na primere s patološkimi elementi oziroma na primere suma na takšna stanja.

Glede vprašanja "*pravne izvedljivosti registracije rojstva v državi državljanstva*" so pravila, ki urejajo registracijo rojstev v obeh pravnih ureditvah, natančneje obravnavana v točki 6.5 slovenskega poročila in v točki 4.4 italijanskega poročila. V obeh ureditvah obstajajo pravila, ki izrecno urejajo registracijo rojstva v drugi državi glede na državo državljanstva. Obe področni zakonodaji

zahtevata, da se rojstvo v tujini registrira v kraju, kjer je otrok rojen, in pri organu, za katerega zakon določa, da je pristojen za sprejem takšne registracije. Starš pri pristojnem organu zahteva izdajo rojstnega lista, ki ga mora sam predložiti konzularnemu predstavništvu države svojega državljanstva s sedežem v tujini. Na ta način se šteje, da je izjava o rojstvu v tuji državi podana pri konzularnem predstavništvu, katero za ustrezen prepis pošlje izvod listin matičnemu organu občine oziroma mesta, kjer ima izjavodajalec svoje stalno bivališče oziroma kjer izjavi, da ima stalno bivališče. Glede na kompleksnost postopka in možne težave, s katerimi se starši lahko soočajo pri izvedbi postopka registracije, je v primeru čezmejnega modela, ki predvideva "porodnišnico", mogoče preučiti odprtje in možnost delovanja ločenih matičnih uradov in ločenih konzularnih organov na kraju, kjer se nahaja porodnišnica, ki lahko nudijo pravno in upravno podporo ter zagotovijo hitrejši in varnejši postopek registracije. Ob koncu velja dodati, da v obeh državah pravica do državljanstva za novorojenca sledi državljanstvu staršev (*ius sanguinis*) in državljanstva ni mogoče dodeliti na podlagi kraja rojstva (*ius soli*).