



LVCINA

**LA RIVISTA
DELL'OSTETRICA/O**

ANNO IX
3/2019

**Copertura assicurativa:
un obbligo di legge
a tutela della professione**

**Governo Conte Due:
dai buoni propositi
agli impegni specifici**

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1 Governo Conte Due:
dai buoni propositi
agli impegni specifici
di **Maria Vicario**

FNOPO

- 3 Copertura assicurativa.
Un obbligo di legge
a tutela della professione
a cura del
Comitato Centrale FNOPO
- 6 La "Legge Gelli-Bianco".
L'art. 10 della Legge,
il decreto ministeriale attuativo
in materia di obbligo assicurativo
e altre analoghe misure
di **Anna Lagonegro**
- 8 Lazio: la prima Regione
in Italia che ha avviato
lo screening neonatale
per SMA nei punti nascita

PROFESSIONE

- 10 Il monitoraggio elettronico fetale:
il giusto approccio per limitare
il contenzioso medico-legale
di **Paola Schiraldi**
Giuseppe Saggese
Maria Vicario
- 15 Rapporto CeDAP 2016:
sempre meno nascite in Italia

- 16 Carezza Nalador,
nell'emorragia *post partum*
può sostituirlo Carboprost

- 22 L'Ostetrica e la digitopressione
per i disturbi della menopausa
di **Maria Rosaria Mascolo**
Giulia Barisione
Valentina Bronzo

- 27 Allattamento materno "È naturale!":
la nuova campagna
del Ministero della Salute

- 28 Albo degli esperti, dei collaboratori
e dei ricercatori di AGENAS

- 26 Il Decreto Calabria è Legge dello Stato

FORMAZIONE

- 30 Il fabbisogno formativo per il corso
di Laurea in Ostetricia a.a. 2019-2020
di **Angelo Mastrillo**

STUDI

- 32 Incontri sulla soglia
di **Roberta Santoni**
- 36 Donne e tatuaggi.
Implicazioni per la salute
in gravidanza, parto e allattamento
di **Patrizia Luciani**
Marta Catalucci
Cristina Ciari
Fabiola Godino



LUCINA
LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

Organo ufficiale della



Federazione
Nazionale degli
Ordini della
Professione di
Ostetrica

Anno IX numero 3

Trimestrale

Poste Italiane SpA -

Spedizione in Abbonamento Postale -

70% Aut: ATSUD/CZ/212/2015

Direttore Responsabile

Maria Vicario

Comitato editoriale

Marialisa Coluzzi
Cinzia Di Matteo
Caterina Masè
Iolanda Rinaldi
Martha Traupe
Silvia Vaccari

Segreteria di redazione

Marialisa Coluzzi
Iolanda Rinaldi
Silvia Vaccari

Redazione

Federazione Nazionale degli Ordini
della Professione di Ostetrica
Piazza Tarquinia 5/d - 00183 Roma
e-mail presidenza@fnopo.it
web www.fnopo.it
telefono 06 7000943
fax 06 7008053
orario di apertura della linea telefonica
dal lunedì al giovedì
ore 9-13 e 14-17.45
venerdì ore 9-14.30

Consulenza redazionale e stampa

Rubbettino print
Viale Rosario Rubbettino, 8
88049 Soveria Mannelli (CZ)
www.rubbettinoprint.it

Autorizzazione Tribunale di Roma
n. 224/2011 del 19/7/2011
Issn 1590-6353

Finito di stampare
nel settembre 2019

Governo Conte Due: dai buoni propositi agli impegni specifici

di **Maria Vicario**

Dalla lettura del programma del Governo Conte Due, che vede alleate due forze politiche prima agli antipodi per idee e programmi, emergono due riflessioni: il riconoscimento della bontà del programma e la preoccupazione per una seria prospettiva di realizzarlo all'interno di un nuovo quadro politico in cui l'equilibrio e la tenuta del nuovo assetto di governo sembrano essere abbastanza precari, nel medio e lungo periodo.

Il Governo giallo-rosso, ufficialmente comple-

to con la nomina dei 42 sottosegretari (www.ansa.it/sito/notizie/politica/2019/09/13/governo-nominati-sottosegretari_7e987b12-42ed-423a-886b-1abd6fa6a5d4.html), viene ora chiamato ad attivarsi per l'applicazione del programma anche se, da entrambi i fronti, sembra essere prioritario tessere alleanze in vista delle prossime elezioni regionali.

L'accordo di programma del Governo Conte Due, contratto nel Governo precedente, si compone di 26 punti e risulta abbastanza variegato e comprende diverse tematiche, come quasi sempre accade nei programmi politici (<https://images.agi.it/pdf/agi/agi/2019/09/03/082633328-8dd33dd4-c463-4ea9-a902-0a62ff01d144.pdf>).

Come già premesso, è difficile dissentire sui buoni propositi previsti sulla carta dal programma politico. Allo stesso modo, è altrettanto difficile pensare che si possa realizzare tutto se non vengono messi in primo piano gli interessi del Paese e dei cittadini. È indispensabile che il Governo si dia delle priorità in considerazione, innanzitutto, di un Pil che cresce, ormai, in percentuali irrisorie e alla luce di indicatori demografici che riportano un tasso di natalità e di fecondità davvero preoccupanti, mai registrati prima (458.151 i nati nel 2017, -15mila sul 2016; 1,32 in media i figli per donna; 31,9 anni l'età al parto) (www.istat.it/it/files/2018/11/Report_Natalita_fecondita.pdf).

Insomma, il Sistema Paese si è "inceppato". Si è bloccato anche il cosiddetto ascensore sociale: in Italia, nel migliore dei casi, si resta quel che si nasce. A un bambino italiano di una famiglia a basso reddito occorrono cinque generazioni per poter entrare nel ceto medio e non va meglio a chi è nato in una famiglia della classe media, che si trova spesso a fare esperienza di una qualche forma di declassamento.

In tale situazione, ciò che però preoccupa di più è il persistere delle diseguaglianze tra il Nord e il Sud del Paese, soprattutto per le differenti politiche sanitarie che vengono attuate ignorando, per alcuni aspetti, gli atti di indirizzo derivanti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). I LEA, ovvero le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (*ticket*) con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse), attualmente non sono garantiti allo stesso modo in tutte le Regioni italiane (www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=58669&completo=false).



SEGUE DA PAGINA 1

La loro disomogenea applicazione sul territorio nazionale alimenta, ancora oggi, la cosiddetta “migrazione sanitaria”, che incide negativamente anche sui bilanci dei Sistemi sanitari regionali (SSR) oltre che su quelli delle famiglie.

Il nuovo Ministro della Salute, Roberto Speranza (Leu), nel suo discorso di insediamento del 5 settembre 2019, ha giurato affermando che: “Questo è un Paese in cui dopo la crisi, ci sono ancora pochi che stanno benissimo e molti che non ce la fanno. Se si dà una mano a quelli che sono rimasti indietro a stare un po’ meglio, tutto il Paese ne può beneficiare”.

L’impegno per ridurre disuguaglianze sembra, quindi, un obiettivo prioritario del Ministro Speranza al quale la FNOPO ha formulato i migliori auguri di buon lavoro (www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/CS-CONTEBIS-SPERANZA1.pdf) e al quale ha chiesto di promuovere un confronto con tutte le professioni a prescindere dal numero dei professionisti, oggi tutti ordinati a seguito della Legge 3/2018 “Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute” (www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/1/31/18G00019/sg).

Sulla base del Protocollo d’intesa sottoscritto tra la Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica (FNOPO) e la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano, la FNOPO chiederà al Ministro Speranza l’attuazione del Protocollo attraverso l’attivazione del Tavolo nazionale e dei Tavoli permanenti in tutte le Regioni con gli Ordini Provinciali e Interprovinciali per focalizzare i futuri ambiti di intervento comuni e addivenire a interventi condivisi, ferme restando le rispettive prerogative e nel pieno rispetto degli ambiti di autonomia politica e organizzativa – per la parte regionale e professionale – per la parte ordinistica (www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/Protocollo%20FNOPO-CSR1.pdf)

A tale scopo, la FNOPO ha invitato, nelle forme di rito, gli Ordini Provinciali e Interprovinciali ad attivarsi a livello locale affinché possano fare analoga richiesta ai Politici regionali (www.fnopo.it/news/circolare-29-2019-protocollo-d-intesa-tra-fnopo-e-conferenz.htm).



Tutto ciò, alla luce del fatto che Regioni, Province Autonome e FNOPO si trovano a dover rispondere nell’attuale fase di transizione demografica, epidemiologica, sociale ed economica alle nuove sfide che riguardano il settore sanitario, e tutte accomunate dall’esigenza di tutelare il diritto alla salute tramite un sistema sanitario pubblico e universalistico come previsto dalla Legge istitutiva n. 833 del 1978 (www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1978-12-28&atto.codiceRedazionale=078U0833&elenco30giorni=false).

Appare chiaro, pertanto, che per il Governo Conte Due i temi economici sono ovviamente in primo piano, riferendosi alla prossima Legge di Bilancio, nella quale si auspica si possa dare il giusto peso alle esigenze del sistema salute e dei professionisti sanitari, che da tempo attendono una normativa che li tuteli sul posto di lavoro. Quest’ultimo tema ha iniziato il suo percorso normativo nel precedente Governo giallo-verde (www.senato.it/leg/18/BGT/Schede/FascicoloSchedeDDL/ebook/50764.pdf).

Vi è poi altissima aspettativa sull’inserimento nella prossima “Finanziaria” di misure a sostegno alle famiglie che, unitamente alle quelle per il contrasto della denatalità, adegui il welfare italiano a quello di altri Paesi europei nei quali alle donne vengono garantite una serie di misure che promuovono l’incremento della natalità.

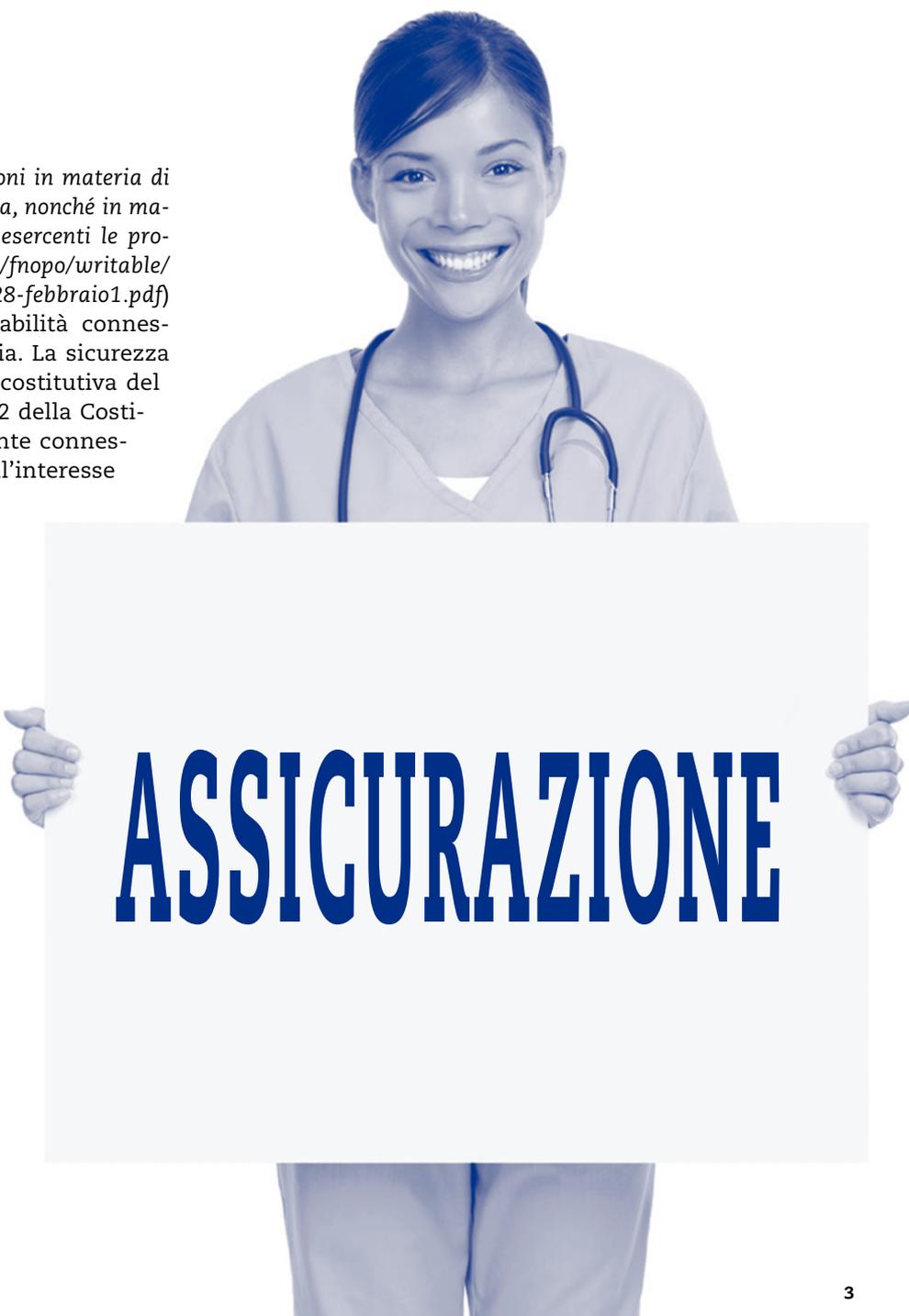
La FNOPO presiederà, in tutti gli ambiti di competenza, le iniziative dirette alla promozione di misure che il Ministro Speranza ha dichiarato essergli care in materia di riduzione delle disuguaglianze a 360 gradi.

COPERTURA ASSICURATIVA

Un obbligo di legge a tutela della professione

A cura del
Comitato Centrale FNOPO

La Legge 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie” (www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/DDL-Gelli-convertito-in-legge-28-febbraio1.pdf) interviene sullo statuto della responsabilità connessa allo svolgimento dell’attività sanitaria. La sicurezza delle cure erogata alla persona è parte costitutiva del diritto alla salute sancito dall’articolo 32 della Costituzione e il rischio clinico potenzialmente connesso a una cura va prevenuto e gestito nell’interesse del singolo e della collettività. Sulla base di tali assunti, la Legge 24/2017 ha il pregio di distinguere la responsabilità della struttura sanitaria e socio-sanitaria (pubblica e privata) da quella del medico e di ogni altro professionista sanitario e di farne discendere sia distinti criteri di imputazione della responsabilità civile sia un coerente sistema di obblighi assicurativi e di riparto interno fra i corresponsabili del danno. L’impianto normativo della Legge 24/2017 si muove nell’ottica della ricerca di un nuovo equilibrio nel rapporto tra il curante e la persona assistita. Nel corso degli anni, sulla scorta di nuovi principi e valori e delle diverse fasi storiche dell’etica, tale rapporto ha subito profonde trasformazioni arrivando perfino a minare la fiducia tra curante e persona assistita: dall’Epoca pre-moderna (Etica medica), all’Epoca moderna (Bioetica) fino all’Epoca post-moderna (Etica dell’organizzazione).



ASSICURAZIONE

La Legge 24/2017, all'articolo 10 "Obbligo di assicurazione", integra il quadro delle tutele per il ristoro del danno sanitario, in coerenza con la disciplina sulla responsabilità civile, prevedendo:

- **l'obbligo di assicurazione** (o di adozione di un'analoga misura) per la responsabilità contrattuale (ex artt. 1218 e 1228 c.c.) verso terzi e verso i prestatori d'opera, a carico delle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, anche per i danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture medesime, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento, nonché, di sperimentazione e ricerca clinica. Si specifica, inoltre, che l'obbligo concerne anche le strutture sociosanitarie e le prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria, ovvero, in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, nonché, attraverso la telemedicina;
- l'obbligo, per le strutture in esame, di stipulare, altresì, una polizza assicurativa (o di adottare un'analoga misura) per la copertura della responsabilità extracontrattuale (ex art. 2043 c.c.) verso terzi degli esercenti le professioni sanitarie (con riferimento all'ipotesi in cui il danneggiato esperisca azione direttamente nei confronti del professionista). Tali disposizioni tuttavia non si applicano agli esercenti la professione sanitaria di cui al comma 2 (v. *ultra*).

Il **comma 2** dell'articolo 10 prevede l'obbligo di assicurazione a carico del professionista sanitario che svolga l'attività al di fuori di una delle strutture di cui al comma 1 o che presti la sua opera all'interno della stessa in regime libero-professionale, ovvero, che si avvalga della stessa nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente, per i rischi derivanti dall'esercizio della medesima attività. In una logica più generale di equilibrio e solvibilità del risarcimento, è stata prevista al comma 3 l'obbligatorietà per gli esercenti le professioni sanitarie, passibili di azione amministrativa della Corte dei Conti per danno erariale o di rivalsa in sede civile, se operanti in strutture private, di stipulare idonee polizze assicurative per colpa grave.

La Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (FNOPO), sin dal 2015, ha attivato il progetto di centralizzazione dei servizi a favore degli Ordini Provinciali e Interprovinciali (servizio legale – Avv. A. Lagonegro, servizio fiscale – Dott. V. Caliendo e servizio legale anticorruzione e trasparenza – Avv. C. Maggiore).

Dopo l'emanazione della Legge 24/2017, la FNOPO ha avviato procedure che sono culminate nella definizione e nell'espletamento della **Gara europea di brokeraggio assicurativo** (www.fnopo.it/news/gara-di-brokeraggio-assicurativo.htm).

Nelle Assemblee del Consiglio Nazionale della FNOPO, adunanze del 24 novembre 2018 (www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/news/24_11_18%20RELAZIONE%20CN.pdf) e del 21 febbraio 2019 (www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/news/DEFINITIVA%20RELAZIONE%2021.2.19%20

[AL%20CN\(1\).pdf](http://www.fnopo.it/news/circolare-38-2019-legge-24-2017--attivita-fnopo-per-definiz.htm)), ai Presidenti degli OPO è stata fornita puntuale informazione sulle procedure attivate dalla FNOPO.

Con Circolare 38/2019 del 26 luglio 2019 "Legge 24/2017: Attività FNOPO per definizione coperture assicurative a favore delle iscritte/i per responsabilità professionale e tutela legale. Richiesta di adesione da parte degli OPO territoriali" (www.fnopo.it/news/circolare-38-2019-legge-24-2017--attivita-fnopo-per-definiz.htm), la Federazione ha comunicato agli OPO Provinciali e Interprovinciali che, al termine delle procedure di gara, la Commissione giudicatrice ha individuato in **AON spa** il broker assicurativo che, per conto della FNOPO, dovrà individuare e definire le polizze assicurative contenenti le condizioni economiche e di copertura più favorevoli per le Iscritte/i per responsabilità professionale e tutela legale, i cui dettagli sono riportati nella su citata Circolare 38/2019.

La FNOPO (che si occuperà della gestione amministrativa della gara pubblica e delle successive attività connesse e conseguenti) e gli OPO territoriali (a costo zero) collaboreranno – con modalità tecniche in via di definizione – al fine della aggiudicazione del servizio di Polizza assicurativa collettiva ad adesione personale per RC professionale e Tutela legale alla Compagnia di Assicurazioni che avrà offerto le migliori condizioni di polizza la quale dovrà essere sottoscritta, in forma congiunta, da FNOPO e dagli OPO territoriali aderenti."

La polizza collettiva sarà riservata esclusivamente alle Iscritte/i degli Ordini che vi aderiranno espressamente attraverso la sottoscrizione del contratto, mentre il pagamento del relativo premio avverrà a cura e spese delle Iscritte/i interessate.

Al fine di pervenire alla formulazione di un'assicurazione che garantisca le migliori condizioni a tutela della attività professionale della Ostetrica/o, indipendentemente dal setting assistenziale nel quale il professionista è inserito e opera e con costi contenuti rispetto ai prodotti già esistenti sul mercato, la FNOPO ha avuto l'esigenza di conoscere la stimabile base numerica degli iscritti aderenti.

Come indicato nella Circolare 38/2019, gli OPO territoriali sono stati invitati a riscontrare alla FNOPO in merito alla volontà, senza alcun costo a proprio carico, di aderire o meno all'iniziativa, mediante una apposita deliberazione del Consiglio Direttivo (CD).

Per rendere pienamente attuativa la Legge 24/2017, i Ministeri competenti devono emanare una serie di decreti di specifico interesse dell'obbligo assicurativo, che sono introdotti dai commi 5 e 6 dell'art. 10 della legge (www.medicoeleggi.com/argomenti000/italia2017/409073-10.htm).

Con la Circolare 39/2019 "DM in materia di obbligo assicurativo e altre analoghe misure ex art. 10 comma 6 della Legge 24/2017: attività FNOPO e OPO provinciali e interprovinciali" (www.fnopo.it/news/circolare-39-2019-dm-in-materia-di-obbligo-assicurativo-e-a.htm), la FNOPO ha chiesto agli OPO Provinciali e Interprovinciali di esprimere parere sulla bozza del decreto trasmesso dal Ministro



dello Sviluppo Economico in materia di obbligo assicurativo e altre analoghe misure ex art. 10 comma 6 della Legge 24/2017.

L'articolo 10 comma 6 della Legge 24/2017 (www.medicoeleggi.com/argomenti000/italia2017/409073-10.htm) prevede appunto che con decreto del Ministro dello Sviluppo Economico, di concerto con il Ministro della Salute e con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sentiti l'IVASS, l'Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici (ANIA), le associazioni nazionali rappresentative delle strutture private che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, le Federazioni Nazionali degli Ordini e dei Collegi delle Professioni Sanitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate, nonché le associazioni di tutela dei cittadini e dei pazienti, sarebbero stati determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie, prevedendo l'individuazione di classi di rischio cui far corrispondere massimali differenziati.

La "responsabilità", infatti, è un tema trasversale e co-

mune a tutte le professioni sanitarie e la polizza che risulterà adeguata per un medico appartenente a una specialità considerata rischiosa sarà adeguata anche per tutti gli altri professionisti sanitari i quali, dopo l'emanazione della Legge 3/2018 "*Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute*" (www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/1/31/18G00019/sg), sono oggi tutti professionisti "ordinati".

La Federazione produrrà, nelle forme di rito, a tutti Ordini Provinciali e Interprovinciali e a tutte le ostetriche il puntuale aggiornamento in materia di polizza assicurativa per responsabilità professionale e difesa legale ai sensi della Legge 24/2017 (Circolari agli OPO, sito FNOPO, pagina Facebook, Newsletter).

LA “LEGGE GELLI-BIANCO”

L'art. 10 della Legge, il decreto ministeriale attuativo in materia di obbligo assicurativo e altre analoghe misure



Autrice

Anna Lagonegro

Avvocato

Consulente legale FNOPO

La Legge 8 marzo 2017, n. 24, la cosiddetta “Legge Gelli-Bianco”, contempla un’ampia sezione dedicata alla materia assicurativa del rischio sanitario, prevedendo una regolamentazione dell’obbligo di contrarre garanzie adeguate al ristoro di eventuali danni causati ai pazienti, nonché disposizioni generali con riguardo al rapporto di garanzia tra professionista/struttura e impresa e tra quest’ultima e il danneggiato.

La “Legge Gelli-Bianco” ha **concentrato la responsabilità in capo alle strutture**, agevolando gli operatori sanitari che vi operano (con esclusione di coloro i quali erogano prestazioni in base a rapporti contrattuali direttamente intervenuti con i pazienti) e consentendo loro di prestare l’opera professionale di assistenza e cura con maggior serenità; ciò anche al fine di porre un argine al cosiddetto fenomeno della “medicina difensiva”, ravvisabile in quella distorsione operativa che vede gli esercenti delle professioni sanitarie più preoccupati di difendere la loro posizione (davanti a possibili attacchi risarcitori) che di curare. Nel contempo, la normativa ha inteso **costruire un sistema di tutela efficace dei danneggiati**, presidiato – oltre che dalla stessa realizzazione di un efficiente sistema di sicurezza delle cure e di prevenzione dei rischi – dall’introduzione di un sistema assicurativo obbligatorio, globalmente strutturato, assistito dall’azione diretta mutuata dall’ambito della RC auto (con i suoi corollari, tra cui la non opponibilità al terzo delle eccezioni contrattuali) e affiancato da un Fondo di Garanzia deputato a intervenire laddove la tutela assicurativa risulti insufficiente.

La riforma della responsabilità sanitaria sul punto è volta a privilegiare soluzioni preferibilmente stragiudiziali delle eventuali controversie legate alla responsabilità sanitaria, canalizzando la pretesa risarcitoria verso l’assicuratore con la dichiarata finalità di rendere nel contempo più agevole il reperimento del prodotto assicurativo, tanto per l’Azienda Sanitaria quanto – e in special modo – per il singolo professionista.

In particolare, l’art. 10 della Legge 24/2017 conferma la sussistenza dell’obbligo di stipulare coperture assicurative per la responsabilità civile verso terzi, tanto in capo all’Azienda Sanitaria, quanto all’esercente la professione sanitaria e ne detta la disciplina generale rinviando a una serie di decreti attuativi quella di dettaglio.

Il comma 1 dell’art. 10 precisa i termini dell’obbligo che le Aziende Sanitarie e Socio-Sanitarie, pubbliche e private, hanno di assumere coperture assicurative o altre analoghe misure “*per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d’opera*”, anche per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso dette strutture, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento o sperimentazione e ricerca e, quindi, per danni derivanti da ogni attività che esponga la struttura verso l’esterno e la comunità di soggetti che ad essa accedono, sia per ricevere la prestazione sanitaria che per ragioni professionali.

La norma precisa che tale obbligo assicurativo in capo all’Azienda deve comprendere anche i danni cagionati da chi operi in nome proprio, svolgendo attività libero-



professionale intramuraria, ovvero in convenzione con il Servizio Pubblico Nazionale o attraverso la “telemedicina”. L’ultima parte del primo comma pone, poi, l’ulteriore obbligo per le Aziende di contrarre le medesime coperture assicurative a garanzia della responsabilità dei singoli operatori sanitari, anche in ragione della colpa professionale extracontrattuale, qualora gli stessi operino in regime di subordinazione o inquadramento (i cosiddetti “strutturati”), ovvero in tutte quelle ipotesi in cui gli stessi non operino in regime libero-professionale. Per questi ultimi, infatti, è previsto dal comma 2 dello stesso articolo 10 uno specifico obbligo assicurativo.

La disposizione di cui al citato comma 1 dell’art. 10 della Legge 24/2017, se da un lato rende cogente l’obbligo, fino ad oggi previsto dalla sola Contrattazione Collettiva di categoria, di stipulare coperture assicurative a favore dei sanitari inquadrati, dall’altro lo rende di fatto derogabile dalla prevista **facoltà alternativa di adottare altre analoghe misure di garanzia**, rimettendo all’Azienda l’assunzione in proprio della copertura finanziaria del personale sanitario a favore del quale dovrà essere assolto tale obbligo. Con il primo comma dell’art. 10 **assurge dunque a regola normativa quella che ad oggi era solo una prassi diffusa e meglio nota come “autoassicurazione”**, ossia un sistema di ritenzione di riserve finanziarie tale da consentire alle Aziende Sanitarie, private o pubbliche, di dotarsi di **“altre analoghe misure patrimoniali”** a garanzia della responsabilità civile verso terzi e prestatori d’opera alternative alla polizza assicurativa.

Il secondo comma dell’art. 10 ribadisce, poi, l’obbligo assicurativo in capo a quegli esercenti la professione sanitaria che svolgano attività libero-professionale, anche all’interno delle strutture, i quali debbono dotarsi di idonee coperture assicurative ai sensi del citato D.L. 138/2012 e s.m.i.

Il terzo comma statuisce l’onere, anche finanziario, del professionista, a qualunque titolo operante nelle strutture pubbliche o private, di contrarre **“un’adeguata polizza di assicurazione per colpa grave”**. Tale ultima previsione è direttamente collegata all’azione di rivalsa che le strutture pubbliche (attraverso la Corte dei Conti) o private possono esercitare ai sensi dell’art. 9 della stessa legge nella sola ipotesi, appunto, di **“colpa grave”**.

Il comma 4 dell’art. 10 prevede le modalità di comunicazione pubblica delle coperture assicurative (sul sito internet) e il loro contenuto, al fine di consentire alle vittime di acquisire gli elementi di conoscenza necessari per attivare l’azione risarcitoria.

I successivi commi 5, 6 e 7 contengono la previsione di delega all’esecutivo per l’emanazione di decreti attuativi. Tenuto dunque conto delle innovazioni in materia di assicurazione del comparto sanitario introdotte dalla Legge 24/2017, la Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (FNOPO) – anche in osservanza di quanto disposto dall’art. 5, lettera “e” del D.L. 138/2011, così come convertito dalla Legge 148/2011 – ha indetto una gara europea di *Brokeraggio* assicurativo al fine di selezionare un *broker* per supportare la stessa FNOPO

Lazio: la prima Regione in Italia che ha avviato lo screening neonatale per SMA nei punti nascita

Progetto Pilota screening Neonatale per la SMA



L'Atrofia Muscolare Spinale (SMA), grave e rara malattia neuromuscolare, colpisce le cellule nervose delle corna anteriori del midollo spinale da cui partono i nervi diretti ai muscoli, e che trasmettono i segnali motori (detti anche motoneuroni). Questa patologia rappresenta la prima causa genetica di mortalità infantile.

Dal settembre 2019 è stato attivato il progetto pilota coordinato dall'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e realizzato in collaborazione con i centri dello screening neonatale regionali. La partecipazione allo screening è su base volontaria e previo consenso dei genitori.

Grazie a tale progetto, da settembre nei punti nascita del Lazio si può effettuare un test gratuito che permette di sapere da subito se si è affetti da SMA (atrofia muscolare spinale). Si stima che saranno 140 mila i bambini che effettueranno il test genetico in due anni.

Una diagnosi precoce è fondamentale e migliora il processo di cura del paziente, in quanto, una presa in carico tempestiva permette di poter cambiare radicalmente l'evoluzione della malattia stessa. Gli esiti clinici di questa sperimentazione saranno utili all'eventuale inserimento nei Lea dello screening neonatale per SMA.

L'adesione allo screening è su base volontaria, previo consenso dei genitori dei neonati, i quali saranno adeguatamente informati durante il percorso nascita. Si tratta semplicemente di dare il consenso per includere anche la diagnosi genetica di SMA, sfruttando al meglio il campione di sangue che viene già prelevato ai neonati per lo screening neonatale esteso obbligatorio, approvato dalla Legge 167/2016.

nell'individuazione e definizione, a mezzo di procedure a evidenza pubblica, di una polizza assicurativa avente a oggetto la responsabilità professionale e connessa tutela legale contenente le condizioni di garanzia ed economiche più favorevoli per le iscritte/i.

Aggiudicata la gara, il broker selezionato sta predisponendo gli atti e le attività necessarie per reperire sul mercato i prodotti assicurativi più idonei per la Categoria, sia sotto il profilo dei costi che delle garanzie.

Nel frattempo la Federazione, anche unitamente a Enti di rappresentanza di altre categorie delle professioni sanitarie, ha fornito il proprio contributo al Ministero dello Sviluppo Economico per la definizione del decreto di prossima emanazione che dovrà, in osservanza di quanto statuito dal comma 6 dell'art. 10 della Legge 24/2017, determinare:

- la disciplina dei requisiti minimi di garanzia delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie;
- i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure di assunzione diretta del rischio;
- le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione;
- la previsione nel bilancio delle strutture di un fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati.

La Federazione, nell'interesse della Categoria, ha avuto cura di segnalare al Ministero le criticità concernenti la materia da regolare con particolare riguardo:

- all'esigenza di una differenziazione delle previsioni riguardanti gli operatori sanitari rispetto a quelle inerenti alle strutture;
- all'individuazione di criteri certi e oggettivi da fissare per evitare che la variazione in aumento o in diminuzione dei premi sia rimessa alla discrezionalità delle Compagnie di assicurazione con connesso ipotizzabile pregiudizio economico dei professionisti assicurati;
- all'individuazione di specifiche classi di rischio per la Categoria con connessa previsione di massimali congrui, segnalando la peculiarità della Professione ostetrica, ad esempio con riguardo all'attività di assistenza al parto che coinvolgendo due soggetti (madre e nascituro), ovvero anche un numero superiore di soggetti (si pensi a un parto gemellare), può potenzialmente comportare più danneggiati;
- alla disciplina della retroattività decennale delle garanzie assicurative e della ultrattività decennale nelle diverse ipotesi di cessazione delle attività, proponendo la previsione di meccanismi automatici di attivazione della garanzia stessa al fine di non onerare di ulteriori adempimenti l'assicurato e/o gli eredi dello stesso;
- alla limitazione del diritto di recesso da parte dell'assicuratore in caso di sinistri, attraverso previsioni che non pregiudichino i professionisti assicurati;

- a una disciplina compiuta delle "altre analoghe misure" che le strutture possono adottare in luogo delle "classiche" coperture assicurative che consenta una sostanziale equiparazione di dette misure, appunto, al sistema assicurativo attraverso la definizione di criteri oggettivi per l'individuazione quantitativa del fondo rischi e del fondo riserva sinistri, criteri che debbono essere certi e visibili agli operatori sanitari interessati;
- l'individuazione di figure professionali competenti ai fini di una congrua determinazione del *quantum* accantonato per entrambi i fondi previsti dalla Legge 24/2017;
- l'individuazione analitica di procedure di controllo, risorse umane e strumenti informatici idonei a garantire processi di valutazione affidabili ed efficaci nel tempo.

Non sfugge a chi legge la rilevanza della regolamentazione delegata e, quindi, dei contenuti del decreto attuativo di prossima emanazione che deve consentire di recepire la prassi commerciale attualmente in uso nello specifico ramo della responsabilità civile sanitaria, in modo tale da reperire sul mercato coperture assicurative idonee a garantire efficacia e sostenibilità socio-economica a favore di operatori sanitari e Aziende, tenendo nel contempo in considerazione le esigenze risarcitorie dei pazienti/danneggiati.

Il decreto attuativo sarà dunque chiamato a tradurre un difficile equilibrio tra obbligo di garanzia e prassi assicurativa e commerciale e non potrà prescindere da un confronto con le Federazioni degli Ordini delle Professioni Sanitarie. Occorre infatti considerare che ci troviamo di fronte a un mercato assicurativo libero, ma ancora molto condizionato dai flussi risarcitori e dall'evoluzione giurisprudenziale rispetto al quale l'imposizione dei vincoli che il decreto si appresta a disciplinare potrebbe determinare una maggiorazione di costi che, di contro, dovranno essere contenuti per consentire a tutti l'accesso al sistema assicurativo.

Proprio nell'intento di contenere i costi e offrire le migliori garanzie a copertura delle responsabilità professionali delle ostetriche/i, la Federazione si è attivata a tutto campo: dalla gara europea per la selezione del broker alla prossima gara per l'individuazione della miglior polizza reperibile sul mercato rispetto alle specificità professionali della Categoria e con competitivo rapporto qualità/prezzo; dall'interlocuzione ministeriale, con richiesta anche di attivazione di un tavolo tecnico aperto a tutte le Federazioni del comparto, a un costante coinvolgimento degli OPO, delle Società scientifiche e dei Consulenti; dall'organizzazione di eventi alla capillare e costante informazione e assistenza in materia alle iscritte/i.

Non resta dunque che continuare a lavorare nell'interesse della Categoria, affinché con i decreti attuativi della "Legge Gelli-Bianco" si stabilisca un perimetro di garanzia tale da soddisfare l'interesse assicurativo delle ostetriche, almeno nei termini essenziali che il legislatore aveva in mente dando vita all'obbligo assicurativo.

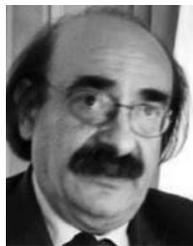
IL MONITORAGGIO ELETTRONICO FETALE: IL GIUSTO APPROCCIO PER LIMITARE IL CONTENZIOSO MEDICO-LEGALE



Autori

Ost. Paola Schiraldi

*Ostetrica - Posizione Organizzativa
Master in Ostetricia Legale e Forense
P.O. "Santa Maria delle Grazie"
Pozzuoli (Napoli)
paola.schiraldi7@gmail.com*



Prof. Giuseppe Saggese

*Specialista Ostetrico, Ginecologo
e Sessuologo
Docente di Medicina Legale CT
Procura e Tribunale di Napoli
profgiusaggese@libero.it*



Ost. Maria Vicario

*Ostetrica - Presidente FNOPO
Master in Ostetricia Legale e Forense
maria.vicario@libero.it*

RIASSUNTO

L'Ostetricia è una delle specialità più esposte alle aspettative di risultati perfetti e privi di complicanze e, proprio per tali aspettative, richiama di frequente problematiche medico-legali di particolare complessità, nonché di difficile trattazione giuridica. Il tracciato cardiocografico, nonostante il suo basso valore predittivo positivo, assume importanza fondamentale nelle aule dei Tribunali, diventando un significativo elemento di prova. L'obiettivo di questo articolo è quello di individuare le competenze e le responsabilità dell'ostetrica nella rilevazione e nella valutazione dei tracciati cardiocografici, alla luce della normativa vigente in materia e delle recenti sentenze. La stesura e l'applicazione di Protocolli, di Linee Guida e di Regolamenti interni condivisi, l'attuazione di programmi innovativi per il miglioramento del *training* in Ostetricia, lo studio di situazioni in cui più facilmente si può cadere in errore e alcuni suggerimenti di *good practice* potrebbero contribuire a evitare, o correggere, gli errori che inevitabilmente avrebbero ricadute sulla pratica clinica.

Parole chiave

Monitoraggio elettronico fetale, contenzioso medico legale, cardiocografia, *good practice*.

ABSTRACT

Obstetrics is among the specialties most exposed to the expectation of perfect and uncomplicated results. Because of this, it is frequently the subject of complex legal medical issues and problems with the interpretation of a law. Cardiotocographic traces – despite their low positive predictive value – have gained fundamental importance as evidence in courts. The objective of this paper is to identify the skills and responsibilities, required of and given to the midwife in the detection and evaluation of cardiotocographic traces, in the light of current legislation on the subject and recent judgements from courts. The drawing up and application of shared protocols, guidelines and internal regulations, the implementation of innovative programs to improve training in obstetrics, the study of situations where errors are most easily made, and some best practice suggestions could help to avoid or correct errors that would inevitably have consequences on clinical practice.

Keywords

Electronic fetal monitoring, legal medical issues, cardiotocography, best practice suggestions.



Introduzione

Il contenzioso giudiziario continua a dimostrare che l'Ostetricia è una delle specialità più esposte alle aspettative di risultati perfetti e privi di complicanze. Purtroppo, tali aspettative rappresentano la causa delle frequenti problematiche medico-legali di particolare complessità, nonché di difficile trattazione giuridica.

L'obiettivo è quello di individuare le competenze e le responsabilità dell'ostetrica nella rilevazione e nella valutazione dei tracciati cardiocografici, alla luce della normativa vigente in materia.

L'uso della diagnostica strumentale in ostetricia consente l'individuazione precoce di alterazioni del benessere fetale e assicura, con interventi ostetrici tempestivi, una riduzione significativa della morbilità e mortalità perinatale. La predittività della cardiocografia è gravata, però, da un problema fondamentale: mentre a tracciati cardiocografici ottimali corrisponde di solito un feto sano, nel caso di tracciati patologici non necessariamente il feto risulta affetto da una patologia. Ne deriva una elevata percentuale di falsi positivi, con eccessivo interventismo e conseguente incremento del tasso di tagli cesarei. L'associazione tra alterazione cardiocografica e danni fetali, soprattutto cerebrali, è tuttora un punto di riferimento fondamentale nelle vertenze medico-legali in ambito ostetrico-ginecologico [1].

Una delle principali cause di morbilità e mortalità perinatale è rappresentata dall'ipossia.

Durante il parto, episodi intermittenti di riduzione dell'apporto di ossigeno al feto sono un'evenienza comune, ma solo in un numero relativamente basso di casi si sviluppano danni di natura ipossica. Il feto possiede, infatti, le capacità fisiologiche di compensare efficacemente condizioni di carenza di ossigeno, anche gravi, senza danni.

Il tracciato cardiocografico (CTG) permette di evitare molte morti fetali in travaglio, consente di diagnosticare l'insorgenza dell'ipossia fetale, ma solo in rari casi permette di stabilire con certezza quell'insorgenza di asfissia grave e prolungata tale da provocare un danno cerebrale. Oggi è disponibile una vasta letteratura che evidenzia i pregi, ma anche i limiti, della cardiocografia e in particolare che la correlazione tra ipossia perinatale e danno cerebrale è valida solo in pochi casi nei quali la cardiocografia ha una predittività limitata.

Il tracciato cardiocografico è utile, ma non sempre sufficiente, né è predittivo di ogni patologia, né è sempre discriminante.

Esistono innegabili difficoltà di giudizio correlate alla frequente discrepanza interpretativa delle registrazioni dei CTG tra intra- e inter-osservatori, periti e consulenti tecnici e tra tracciati in gravidanza e in travaglio [1].



La cardiotocografia

Il monitoraggio elettronico fetale (EFM) è un'indagine strumentale che associa il rilievo della frequenza cardiaca fetale a quello dell'attività contrattile uterina in una rappresentazione grafica contemporanea delle due attività e che consente di studiarle nella loro correlazione temporale.

È una metodica non invasiva e di semplice esecuzione ed è il metodo più diffuso di monitoraggio per la conferma del benessere fetale a cui si sottopongono tutte le gravide a rischio, e quelle apparentemente non a rischio, nel terzo trimestre di gravidanza e in travaglio di parto.

L'EFM in travaglio di parto viene utilizzato con l'obiettivo di rilevare un'alterazione della frequenza cardiaca fetale (FCF), grazie alla quale riconoscere tempestivamente una condizione di ipossia e prevenirne l'ulteriore possibile aggravamento verso l'acidemia metabolica e l'eventuale conseguente danno cerebrale, che può esitare nella morte del feto o nella paralisi cerebrale. Sulla base di questo razionale, l'EFM è stato introdotto nella pratica clinica negli anni Settanta e da allora, nei Paesi a economia avanzata, è divenuta la modalità più comunemente impiegata per il controllo del benessere fetale in travaglio di parto [2].

Sono stati, quindi, individuati quattro *pattern* fondamentali nella valutazione dell'andamento della frequenza cardiaca fetale, in modo da poter utilizzare un linguaggio comune per gli operatori sanitari. I quattro componenti individuati dal *panel* di esperti sono: linea di base della FHR, variabilità basale, presenza di accelerazioni, presenza di decelerazioni e tipi di decelerazioni [3].

Un tracciato cardiotocografico "normale" è associato a una bassa probabilità di compromissione fetale ed è caratterizzato da:

- frequenza cardiaca fetale compresa tra i 110 e i 160 bpm;
- variabilità di 6-25 bpm;
- accelerazioni di almeno 15 bpm per 15 secondi;
- assenza di decelerazioni.

Tutti gli altri tracciati cardiotocografici sono definiti "anormali" e richiedono una ulteriore valutazione che tenga conto del quadro clinico completo:

- frequenza cardiaca fetale compresa <110 bpm;
- assenza di accelerazioni;
- decelerazioni precoci;
- decelerazioni variabili senza compromissione delle condizioni fetali.

È bene ricordare che un feto ipossico con tachicardia ± decelerazioni non presenta movimenti attivi (MAF ridotti o assenti) e che il tracciato cardiotocografico deve sempre essere valutato nel suo insieme e nel contesto clinico [19].

Nella valutazione *ante partum* bisogna tenere conto dell'epoca gestazionale, della valutazione integrata del profilo biofisico fetale e della velocimetria *doppler* dell'arteria ombelicale.

Le enormi aspettative riposte nel monitoraggio cardiotocografico si sono rivelate molto superiori a quello che realmente esso poteva offrire, ma la cardiotocografia, nonostante i suoi indubbi limiti, è ritenuta una prova fondamentale nelle aule dei tribunali.

Analisi delle denunce per negligenza in materia di cardiocografia

La NHS Litigation Authority, nel resoconto di 10 anni di richieste di risarcimento in ambito ostetrico, nel periodo 2000-2010 ha presentato alcune situazioni in cui più facilmente si può cadere in errore e anche suggerimenti per evitare o correggere tali errori, con importanti ricadute sulla pratica clinica [4].

Fra le 170 richieste valutate, solo 35 (21%) sono relative a gravidanze ad alto rischio, a indicare l'importanza di un monitoraggio efficace in tutte le donne. Data la maggior quota di gravidanze a basso rischio, non sorprende il fatto che la figura professionale più coinvolta sia quella dell'ostetrica, essendo lei la principale responsabile del travaglio e del parto nel Regno Unito; la maggior parte delle denunce è relativa a gravidanze a termine in travaglio, ma è interessante notare che il più alto numero di presunti incidenti di negligenza si è verificato a 40-41 settimane. L'analisi delle denunce mostra che l'orario cui si fa riferimento è spesso quello della nascita e può non essere quello in cui si è verificato l'errore che ha portato alla denuncia [5].

In 148 casi (87%) si è verificata una scorretta interpretazione del tracciato cardiocografico: l'analisi evidenzia le seguenti cause d'errore diagnostico e comportamentale:

1. non riconoscere un CTG anormale;
2. non agire correttamente su un CTG anormale;
3. non avere adeguata comunicazione o referenti adeguati;
4. prescrivere o continuare l'infusione di ossitocina nonostante un CTG anormale;
5. eseguire in modo errato il monitoraggio della FC fetale (scambio FC materna con fetale, mancato riconoscimento del *doubling* sul CTG);
6. non disporre di una documentazione adeguata [5].

CTG anormale: omessa o inadeguata comunicazione

La comunicazione tra operatori di uguale o diverso profilo professionale è globalmente considerata un fattore chiave per garantire appropriatezza, efficacia e sicurezza dei trattamenti sanitari [12].

Erroneamente si pensa che, con l'avvento dei mezzi di comunicazione informatici e la loro applicazione in sanità, le distanze siano annullate o quantomeno ridotte al minimo.

Niente di più sbagliato! Secondo quanto riportano gli studi di settore e gli *Incident reporting* degli uffici di *Risk Management* aziendali, il numero degli eventi avversi è considerevole e occorrono strumenti adeguati ad arginare il problema.

I processi comunicativi tra gli operatori sembrano essersi complicati, tanto da causare inappropriata organizzativa, clinica e terapeutica. Sono aumentati i rischi e la conseguente responsabilità professionale e tutto quanto porta inesorabilmente a una lievitazione della spesa sanitaria e ad un aumento del personale sottoposto a giudizio [13].

A tal proposito, è utile riportare la recente Sentenza (V Sezione Penale, Sentenza 31 agosto 2017, n. 39771) (www.italgiure.giustizia.it/xway/application/nif/clean/hc.dll?verb=attach&db=snciv&id=../20171004/snciv@s50@a2017@n23175@t0.clean.pdf) che condanna un'Ostetrica incaricata di eseguire un tracciato cardiocografico per aver omesso di comunicare al medico di turno la presenza di un'anomalia cardiaca del feto.

Tale omissione avrebbe causato, o contribuito significativamente, a cagionare l'evento morte.

La responsabilità dell'ostetrica per la mancata comunicazione al Medico di turno circa le alterazioni del tracciato cardiocografico, con la Sentenza della Corte di Cassazione – IV Sezione Penale – n. 21709 del 2004, era



già stata confermata dal Giudice nella massima della sentenza: *“Rientra nell’ordinaria competenza dell’ostetrica la possibilità di riconoscere con tempestività le alterazioni della frequenza cardiaca fetale, rivelatrici di una sofferenza che deve essere immediatamente riferita al sanitario del reparto o comunque al personale medico disponibile o reperibile. L’omessa iniziativa di allertamento medico costituisce violazione di competenze ostetriche che non richiedono una diagnosi medica come il riconoscimento delle alterazioni del cardiocotografo. Attingendo a comuni regole rientra sicuramente nella professionalità dell’ostetrica la capacità elementare di percepire, registrare e valutare i segnali di allarme che l’anzidetto esame ha rilevato”* (massima della Sentenza: www.lucabenci.net/wp-content/uploads/2013/03/Ostetrica_cardiotocografo_cassazione.pdf).

La sentenza sembrerebbe scagionare il medico da qualsiasi responsabilità in caso di alterazioni del tracciato cardiocotografico indicative di una sofferenza fetale, ma la Sentenza della Corte di Cassazione – IV Sezione Penale – 19 ottobre 2018, n. 47801, nella sua massima stabilisce che: *“L’obbligo di diligenza che grava su ciascun componente dell’équipe medica concerne non solo le specifiche mansioni a lui affidate, ma anche il controllo sull’operato e sugli errori altrui che siano evidenti e non settoriali, in quanto tali rilevabili con l’ausilio delle comuni conoscenze del professionista medio. Ne consegue che sussiste corresponsabilità del ginecologo (nel trascurare i segnali di sofferenza fetale) e delle ostetriche (nel venir meno al dovere di segnalare il peggioramento del tracciato cardiocotografico), trattandosi di attività rientranti nelle competenze di entrambe le figure professionali operanti in équipe”* (www.anaao.it/public/aaa_2018598_caspen_47801_2018.pdf).

La Suprema Corte rammenta, dunque, quanto già affermato a proposito della responsabilità congiunta e concorrente del medico ginecologo e dell’ostetrica al manifestarsi di sofferenza fetale.

Sulla base di un indirizzo giurisprudenziale già consolidato, è stata affermata la corresponsabilità del ginecologo (nel trascurare i segnali di sofferenza fetale) e delle ostetriche (nel venir meno al dovere di segnalare il peggioramento del tracciato cardiocotografico), trattandosi di attività rientranti nelle competenze di entrambe le figure professionali operanti in équipe.

La Suprema Corte sottolinea poi come l’obbligo di diligenza grava su ciascun componente dell’équipe medica, e non solamente in relazione alle specifiche mansioni a lui affidate, bensì anche per quanto attiene il controllo sull’operato e sugli errori altrui che siano evidenti e non settoriali. Ne deriva che non rileva l’obiezione del ginecologo secondo cui il monitoraggio doveva essere gestito in via esclusiva dall’ostetrica. Di contro, il ginecologo non si sarebbe dovuto limitare ad assicurare la sua reperibilità, bensì avrebbe dovuto vigilare attivamente sull’evolversi della situazione. Non avendo assunto tale doverosa modalità comportamentale, venne a conoscenza del peggioramento della situazione a rischio quando fu chiamato dall’ostetrica e quando ormai era troppo tardi.

Farà di certo discutere la Sentenza della Cassazione – IV Sezione Penale – 20 giugno 2019, n. 27539 che, proprio per il mancato riconoscimento di un CTG anormale, condanna l’ostetrica che nel corso del suo lavoro non aveva monitorato con attenzione il battito cardiaco fetale. Il bimbo venne alla luce già morto per asfissia e i periti stabilirono che la congestione degli organi e lo stato di sofferenza fetale «non si era determinata in pochi minuti», ma in almeno mezz’ora. Se il monitoraggio fosse stato adeguato il bambino poteva essere salvato ricorrendo al cesareo.

Per la Cassazione *“la tutela della vita non può soffrire lacune”* e deve essere “protetto” dalla legge anche il “viaggio” dei nascituri nel canale uterino.

Nel giudizio si legge del *“totale ampliamento della tutela dei diritti della persona e della nozione di soggetto meritevole di tutela, che dal nascituro e al concepito si è poi estesa fino all’embrione”*, il feto *“benché ancora nell’utero”*, deve essere considerato un *“uomo”* nella fase di *“transizione dalla vita uterina a quella extrauterina”*.

L’ostetrica che provoca la morte del nascituro risponde di omicidio colposo e non di aborto colposo. Sulla base di queste considerazioni, che tengono conto dell’evoluzione *“normativa e giurisprudenziale italiana e internazionale”* nel campo dei diritti della persona, la Cassazione ha confermato la condanna a un anno e nove mesi di reclusione, con pena sospesa, nei confronti di un’ostetrica accusata di omicidio colposo (www.judicare.it/Ragionando/wp-content/uploads/2019/06/Cass_pen_27539_2019.pdf).

Il tracciato sospetto/patologico

Il monitoraggio CTG non dovrebbe mai essere considerato un sostituto della buona osservazione e del buon giudizio clinico.

In ambito ostetrico, è ben noto anche ai non addetti ai lavori che l’assistenza alla gestante è frutto dell’opera di due figure professionali: il ginecologo e l’ostetrica, i quali agiscono in simbiosi, pur nella diversità dei rispettivi ruoli e con compiti specifici differenti.

Limitatamente alla gravidanza, all’ostetrica è affidato il compito di individuare le situazioni potenzialmente patologiche che richiedono l’intervento del medico, in tale proposizione essendo riconosciuta all’ostetrica la capacità di definire i confini che delimitano l’andamento fisiologico del travaglio rispetto ai quadri di patologia che trascorrono nella sofferenza fetale [18].

Sotto questo profilo rientra nelle competenze dell’ostetrica la valutazione del benessere fetale, nonché l’esecuzione e l’interpretazione del tracciato cardiocotografico.

In presenza di CTG SOSPETTO considerare:

- inadeguata qualità del CTG (scarso contatto del trasduttore esterno; cambiare posizione dell’elettrodo; confermare FHR con stetoscopio e/o ultrasuoni);

Rapporto CeDAP 2016: sempre meno nascite in Italia



Ministero della Salute

2016 dal flusso informativo del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP), conferma il proseguire del calo delle nascite, in tutte le aree del Paese: sono nati 474.925 bambini (nel 2015 erano 486.451).

Si conferma il ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica. In media, nel 2016, il 33,7% dei parti è avvenuto con taglio cesareo, con notevoli differenze regionali che comunque evidenziano che in Italia vi è un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica. Rispetto al luogo del parto, si registra un'elevata propensione all'uso del taglio cesareo nelle case di cura accreditate, in cui si registra tale procedura in circa il 50,9% dei parti contro il 31,7% negli ospedali pubblici. Il parto cesareo è più frequente nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle donne straniere: si ricorre al taglio cesareo nel 27,8% dei parti di madri straniere e nel 35,4% dei parti di madri italiane.

Il programma politico del Governo Conte due prevede una particolare attenzione alle politiche dirette alla promozione del *welfare* e della famiglia con strumenti operativi che possono incidere sulla ripresa del tasso di natalità che varia da 6,3 nati per mille in Liguria a 10,4 nella Provincia Autonoma di Bolzano rispetto a una media nazionale del 7,8 per mille.

Il fenomeno denatalità è in larga misura l'effetto della modificazione della struttura per età della popolazione femminile e in parte dipende dalla diminuzione della propensione ad avere figli. Le cittadine straniere hanno finora compensato questo squilibrio strutturale; negli ultimi anni si nota, tuttavia, una diminuzione della fecondità delle donne straniere.

Si auspica che la prossima Legge di Bilancio possa comprendere la giusta attenzione per l'emanazione di misure dirette alla promozione della natalità in Italia, uno dei Paesi più vecchi al mondo.

La rilevazione 2016, con un totale di 467 punti nascita, presenta un elevato livello di completezza. Si registra un numero di parti in ospedale pari al 100,1% di quelli rilevati con la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) e un numero di nati vivi pari al 99,8% di quelli registrati presso le anagrafi comunali nello stesso anno. La qualità dei dati risulta buona per gran parte delle variabili, in termini sia di correttezza sia di completezza (www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2881_allegato.pdf).

Il Rapporto annuale sull'evento nascita in Italia - CeDAP 2016, che illustra le analisi dei dati rilevati per l'anno

- tachicardia materna/rialzo termico (controllo temperatura corporea materna);
- disidratazione materna (infusione di liquidi);
- ipercontrattilità uterina (in caso di infusione di ossitocina ridurre e/o sospendere in caso di somministrazione di prostaglandine per via vaginale considerare somministrazione di tocolitici);
- altri aspetti materni (posizione materna, quindi incoraggiare posizione laterale sinistra, episodio vagale, ipotensione da epidurale provvedere a rilevare la pressione arteriosa e infondere eventualmente liquidi - non ci sono evidenze di efficacia nella somministrazione di cibo/bevande zuccherate);
- eseguire una valutazione obiettiva vaginale per escludere un prolasso di cordone o una rapida dilatazione cervicale e discesa della testa fetale;
- in caso di CTG sospetto va continuato il monitoraggio CTG con successiva rivalutazione a breve termine [11].

In presenza di CTG PATOLOGICO si possono effettuare due azioni:

1. eseguire un prelievo ematico (almeno 0,5 ml) dal cuoio capelluto del feto tramite una piccola incisione con una lancetta (vari autori hanno dimostrato che il pH

dello scalpo fetale è in stretta correlazione con le alterazioni del tracciato cardiocografico: diminuisce man mano che le decelerazioni diventano più frequenti e gravi). Tale pratica viene comunque adotta in un ridotto numero di punti nascita;

2. ricorrere subito a un parto operativo se le alterazioni cardiocografiche sono tali da non consentire di attendere di conoscere il valore del pH fetale.

Le linee guida internazionali consigliano l'esecuzione del prelievo dallo scalpo fetale per inquadrare i *pattern* cardiocografici dubbi, visto che un tracciato sospetto non significa necessariamente che il feto abbia già modificato l'equilibrio emogasanalitico [20].

Infatti, un feto sano a termine ha frequentemente la capacità di tollerare e compensare l'ipossia transitoria anche per periodi prolungati. Pertanto, lo scopo di tale metodica è di ridurre l'incidenza di tagli cesarei per tracciato cardiocografico non rassicurante.

Nel caso in cui le alterazioni del tracciato siano tali da non consentire di attendere il risultato degli esami ematochimici, si dovrebbe procedere rapidamente all'effettuazione del parto.

In Italia, dal momento che il prelievo dallo scalpo fetale viene effettuato in pochi centri, in alternativa, viene ese-

guito il test di Clark con cui viene stimolata l'estremità fetale creando una situazione di disturbo per provocare una reazione del sistema simpatico. Una risposta costituita da accelerazione della frequenza cardiaca fetale è indice di un feto ben ossigenato e di un pH superiore a 7.20 viceversa, una decelerazione è indice di un feto in riserva di ossigeno e di un pH minore di 7.20. L'assenza di risposta può indicare la presenza di un feto in stato di sonno profondo o con poco ossigeno a disposizione.

Il Royal College of Obstetricians and Gynaecologists suggerisce, in condizioni non gravissime, l'espletamento del parto in 30 minuti [7]. In situazioni d'emergenza (rottura d'utero, distacco intempestivo di placenta, con gravi alterazioni del battito cardiaco fetale, prolasso di funicolo, ...) è necessario intervenire in tempi brevissimi.

Gli autori anglosassoni hanno introdotto la Regola dei 3 minuti:

- in 3 minuti si deve capire quello che sta succedendo e qual è la possibile causa della patologia;

- in 6 minuti si deve decidere il tipo di parto (vaginale con forcipe o ventosa o taglio cesareo);
- in 9 minuti, nei casi più complessi, si deve iniziare l'estrazione del feto;
- in 12 minuti, se non si è fatto nulla, si avranno complicanze;
- entro 15 minuti il neonato deve nascere.

Il mancato intervento entro 10-15 minuti espone il 50% dei feti a problemi alla nascita [8].

I falsi positivi sono indicativi della capacità che ha un feto sano a termine di tollerare una situazione di ipossia transitoria ed è quindi importante comprendere per quanto tempo può essere sopportata tale condizione.

In uno studio effettuato nel 1982 da Fleischer [9] è risultato che un feto sano a termine è in grado di tollerare la presenza di decelerazioni variabili per almeno due ore se l'ampiezza è conservata e se non insorgono eventi acuti importanti sopra riportati.

Carenza Nalador, nell'emorragia post partum può sostituirlo Carboprost



L'emorragia post partum (EPP) rappresenta la prima causa di mortalità e grave morbosità materna. È, infatti, responsabile del 25% delle morti che avvengono in gravidanza, al parto o durante il puerperio.

L'atonía uterina è la causa più comune dell'emorragia e in questi casi è importante provocare la contrazione della muscolatura uterina attraverso l'adozione di una serie di procedure e presidi farmacologici, tutti riportati e descritti nella Linea Guida ISS n. 26 "Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla" pubblicata nell'anno 2016 (<http://old.iss.it/binary/moma/cont/LGEPPcorrigge.pdf>).

Gli uterotonici di prima linea, farmaci di elezione, sono l'ossitocina e l'ergometrina, tuttavia, nel caso in cui l'EPP non risulti responsiva al trattamento si passa alla somministrazione di farmaci di seconda linea: sulprostone (Nalador, nome commerciale) o il misoprostolo (Cytotec, nome farmaceutico) che, va ricordato, è un farmaco usato off label.

L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), istituzione pubblica competente per l'attività regolatoria dei farmaci in Italia, con la nota del 5 luglio 2019, ha inserito il sulprostone (Nalador) nell'elenco dei farmaci carenti per problemi produttivi della casa farmaceutica (Bayer) e ha rilasciato alle strutture sanitarie l'autorizzazione all'importazione di

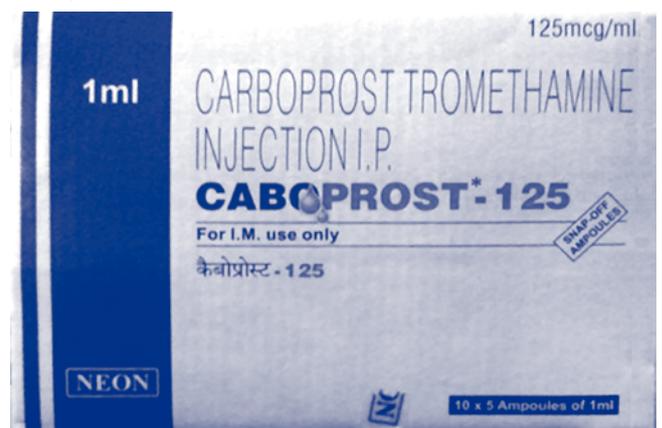
prodotto analogo autorizzato all'estero. Il Carboprost – una prostaglandina naturale F2 α largamente utilizzata nei Paesi anglosassoni che stimola le contrazioni miometriali dell'utero gravidico – è il farmaco che si adatta meglio a sopperire a questa mancanza.

Il Carboprost Tromethamine Injection I.P. 125mcg/250mcg per esclusivo uso intramuscolare è quindi il farmaco che si adatta meglio a sopperire la mancanza di sulprostone (Nalador).

In caso di EPP, deve essere somministrata una dose iniziale di Carboprost 250 microgrammi per via intramuscolare e deve essere conservato a una temperatura compresa tra 2° e 8° C.

Nel 75% dei casi, gli studi hanno riscontrato una risposta positiva alla prima somministrazione, mentre in alcuni casi è stato necessario effettuare un dosaggio multiplo a intervalli di 90 minuti. Tale intervallo può essere ridotto fino a 15 minuti in base al decorso degli eventi clinici. La dose totale non deve superare i 2000 microgrammi (8 dosi).

Sono varie le indicazioni all'uso di Carboprost e sono diverse le controindicazioni e gli effetti collaterali che sono noti al medico specialista che ne prescrive la somministrazione.



In caso di feti pretermine, o con restrizione della crescita per disfunzione placentare, i tempi di tolleranza delle alterazioni cardiocografiche e quindi dell'asfissia sono ridotti, per cui sarà necessario intervenire tempestivamente.

Dalla letteratura emerge che una CTG non rassicurante in una gravidanza a termine è correlata ad anomalie solo nel 20% dei neonati, mentre in una gravidanza al di sotto della 33ª settimana, il 70-80% dei neonati può essere ipossico o acidemico.

Una delle azioni di grande importanza da compiere durante l'esecuzione di un tracciato cardiocografico è la determinazione e distinzione della frequenza cardiaca materna (FCM) da quella fetale (FCF). Questo semplice accorgimento è sufficiente per individuare artefatti di frequenza cardiaca che si possono sviluppare durante la registrazione cardiocografica, come il *double* e *half counting* nel secondo stadio del travaglio quando, dovendosi posizionare il trasduttore più in basso, possono andarsi a rilevare i flussi ematici dei vasi pelvici materni.

Secondo il *Consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring* della International Federation on Gynecology and Obstetrics (FIGO), per *double counting* (FCM X 2) si intende la condizione nella quale la FCM viene rilevata doppia e, all'analisi cardiocografica, risulta nel *range* di fisiologia, dove ci si aspetta di trovare la FCF. La spiegazione del fenomeno sarebbe riconducibile all'uscita dal campo di rilevazione degli ultrasuoni del feto, oppure, in rari casi, alla cessazione della FCF.

In queste condizioni il rilevatore a ultrasuoni può segnalare la FCM rappresentata dalle pulsazioni dell'arteria uterina, dell'iliaca oppure dell'aorta, mostrando quindi graficamente la FCM contata al doppio [10]. In questi casi va contestualmente rilevato il polso radiale materno.

Altro fenomeno osservabile durante l'esecuzione del tracciato cardiocografico è l'*half counting* (indicato con la formula $FCF \div 2$), condizione che deriva dal dimezzamento della FCF. La spiegazione in questi casi sarebbe ascrivibile alla difficoltà del segnale Doppler nell'estrarre un battito cardiaco fetale debole da un ambiente materno definito come "rumoroso" [10].

Occorre far sì che il gruppo professionale continui a essere esperto, avendo cura di:

- non basarsi solamente sul tracciato CTG per valutare il benessere fetale ed essere a conoscenza delle limitazioni e degli artefatti, come il *double counting* della FC materna (evento comunque di rara incidenza);
- confermare la FCF utilizzando un Doppler portatile se c'è qualche incertezza clinica;
- leggere il manuale d'uso del produttore dell'apparecchio;
- avere familiarità con le linee guida del NICE per l'*intrapartum care*;
- rilevare la presenza del BCF con altre modalità indipendenti dalla CTG (Doppler portatile) prima di iniziare il monitoraggio CTG, dopo un periodo di tracciato rassicurante quando si verifica una variazione, dopo un periodo di tracciato non-rassicurante quando sembra recuperare [5].

Archiviazione dei tracciati

Tutti i tracciati cardiocografici devono essere contrassegnati con il nome della gestante, il luogo, la data, l'ora di inizio e fine registrazione e la velocità di registrazione. Nelle strutture sanitarie nelle quali si utilizzino CTG cartacei, i tracciati devono essere integrati nella cartella e archiviati insieme a essa per un tempo illimitato.

Dove, invece, siano disponibili archivi digitali dei CTG [14], deve essere attivo un sistema efficiente di *backup* dei file e deve essere garantito un facile accesso per la revisione clinica [15].

La scadente qualità del tracciato lo rende difficile da interpretare se c'è una perdita persistente del segnale o se il tocografo smette di registrare le contrazioni per un significativo periodo di tempo.

La situazione dovrebbe essere corretta cambiando il trasduttore, gli elettrodi, le connessioni o la macchina.

Dare atto di tutte le difficoltà riportandole nella documentazione sanitaria.

In ambito clinico, non è ancora pienamente compreso il ruolo che ha sul piano difensivo la corretta tenuta della documentazione sanitaria.

La scarsa "difendibilità" degli operatori sanitari nei casi di responsabilità professionale non dipende solo dalla prestazione e/o dall'evento avverso in quanto tali, ma spesso proprio dal fatto che la prestazione è inadeguatamente documentata.

Una completa e accurata tenuta della documentazione sanitaria è la migliore difesa nei casi di *malpractice*; viceversa, una scadente o lacunosa tenuta della documentazione rende per lo più il caso non difendibile con conseguente condanna [16].

L'orientamento della giurisprudenza in casi di inadeguata tenuta della documentazione è molto severo: assegna alla documentazione sanitaria particolare significato probatorio; addebita a negligenza la mancata registrazione di un dato; considera omessa fino a prova contraria la prestazione non descritta; sanziona il comportamento professionale come non conforme (inadempiente) sulla scorta di presunzioni e non su dati obiettivi (che mancano proprio per la carenza documentale).

La mancanza di dati che dovevano essere annotati nella documentazione sanitaria:

- si risolve in omissione imputabile al sanitario nella redazione della documentazione;
- la difettosa tenuta della documentazione sanitaria non vale a escludere la sussistenza del nesso eziologico tra la condotta colposa del sanitario, in relazione alla patologia accertata, e il danno subito alla salute, ove risulti provata la idoneità di tale condotta a provocarla, ma consente anzi il ricorso alle presunzioni, come avviene in ogni caso in cui la prova non possa essere data per un comportamento ascrivibile alla stessa parte contro la quale il fatto da provare avrebbe potuto essere invocato, nel quadro dei principi in ordine alla distribuzione dell'onere della prova e al rilievo che assume a tal fine la "vicinanza alla prova" e cioè la possibilità per l'una o l'altra parte di offrirla

(Cass. Civ. Sez. Unite, 11 gennaio 2008, n. 577, coerente con precedenti decisioni Cass. Civ., Sez. III, 23 maggio 2003, n. 11316; Cass. Civ. Sez. III, 13 gennaio 2005, n. 583) (www.assimedicini.it/sentenze/sent-corte-di-cassazione-577-08.pdf).

Nell'ambito civilistico, eventuali carenze della documentazione si risolvono sempre a favore del presunto danneggiato: "non si può addossare alla vittima l'onere di provare circostanze che avrebbero dovuto essere registrate dagli operatori sanitari" [16].

Al contrario, in ambito penale la Suprema Corte di Cassazione con la Sentenza n. 14520 del 24 marzo 2017 ha escluso la responsabilità del ginecologo che in concorso con un'infermiera della medesima struttura, avrebbe sottratto, distrutto o comunque occultato "parte del tracciato cardiocografico eseguito nel corso dell'espletamento del parto, ed in particolare la parte relativa al periodo temporale dalle ore 15:10 fino al momento del parto, avvenuto alle ore 18:20".

La tesi difensiva è che il tracciato cardiocografico non attesti alcuna attività compiuta dal sanitario/pubblico ufficiale, risolvendosi nella semplice documentazione di un esame diagnostico, suscettibile di interpretazioni soggettive (come del resto confermato nell'ambito della stessa consulenza tecnica esperita durante il presente procedimento).

Si legge nel ricorso, in particolare, che fatti percepiti da un soggetto qualificato e così certificati non possono equivalere a "mere indicazioni sanitarie fornite da un esame diagnostico".

L'attestazione di quanto rilevato da un esame strumentale, perciò, non può assumere valenza fidefaciente, mentre ha di certo tale connotazione la cartella clinica, da cui risulta che la paziente fu sottoposta a cardiocografia continua (così smentendo l'assunto dell'accusa), a nulla rilevando che il relativo tracciato fosse poi stato stampato o meno nella sua interezza (www.italgiure.giustizia.it/xway/application/nif/clean/hc.dll?verbo=attach&db=snpen&id=../20170324/snpen@s50@a2017@n14520@tS.clean.pdf).

Mancata effettuazione del monitoraggio cardiocografico

L'assenza di un adeguato monitoraggio cardiocografico è frequentemente causa di responsabilità dei professionisti dell'area disciplinare (ostetrica/o e ginecologo).

L'uso della diagnostica strumentale in ostetricia, finalizzata alla sorveglianza del benessere fetale in utero, mentre ha enormemente potenziato la possibilità dell'operatore di analizzare stato di salute del feto, consentendo una tempestiva e precoce diagnosi di insorgente ipossia fetale, ha paradossalmente accresciuto le responsabilità medico-legali dell'operatore stesso, chiamato sempre più spesso a rispondere giudizialmente del proprio operato in caso di esito sfavorevole dell'evento parto [17].

Questo problema presenta particolare evidenza nell'ambito della diagnostica cardiocografica per la frequente difficoltà interpretativa del tracciato e per la non costante corrispondenza tra un'anomalia del reperto cardiocografico e una sofferenza fetale realmente esistente.

Il mancato ricorso alla cardiocografia configura l'imperizia del sanitario, in quanto concretizza l'errore incompatibile con le nozioni comuni della medicina corrente, ma richiama nel contempo la condizione di imprudenza dell'ostetrica/o per la mancata sorveglianza del benessere fetale [17].

La responsabilità può essere richiamata secondo i classici criteri di valutazione:

1. Negligenza:

- per mancata effettuazione del tracciato;
- per esecuzione di un tracciato quantitativamente e qualitativamente inidoneo;
- per mancata archiviazione del tracciato;
- per mancata refertazione o per assenza di dati identificativi del tracciato;
- per mancata tempestiva segnalazione al medico di turno di eventuali anomalie rilevate;

2. Imperizia:

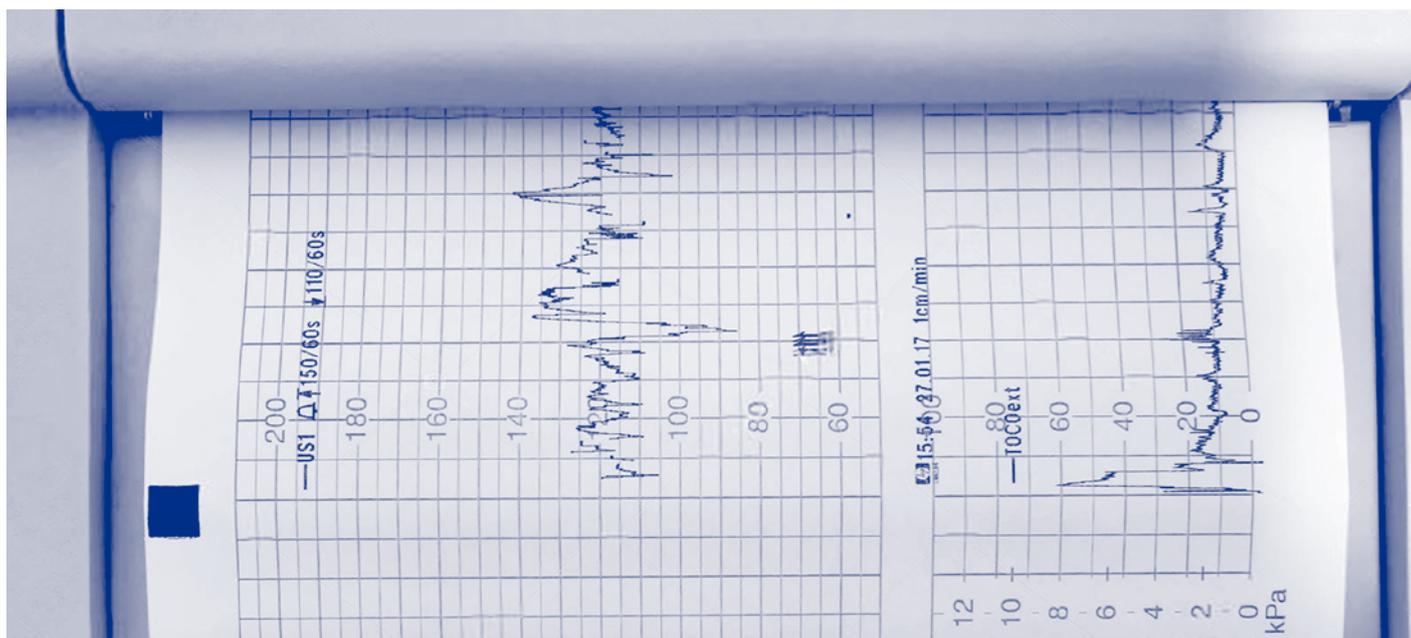
- uso non corretto del cardiocografo;
- non corretta interpretazione del tracciato;
- mancata correlazione tra referto strumentale e quadro clinico;

3. Imprudenza:

- mancata valutazione dei limiti della propria competenza;
- erroneo giudizio riguardante l'adeguatezza degli strumenti tecnici disponibili con conseguente mancato trasferimento della paziente in una struttura più attrezzata;
- mancata segnalazione ai responsabili sanitari e amministrativi dell'inadeguatezza della strumentazione disponibile.

Rispetto a quest'ultimo punto, esiste anche una responsabilità aziendale che riguarda la dotazione dei cardiocografi: un numero inadeguato di cardiocografi/partorienti anno può configurare una responsabilità omissiva aziendale. L'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 ha sancito che ogni reparto di ostetricia debba avere in dotazione un adeguato numero di cardiocografi nel complesso travaglio-parto, nella degenza e negli ambulatori (oltre a una sala operatoria sempre pronta e disponibile per le emergenze h24 nel blocco travaglio-parto). Tali apparecchi devono essere pienamente efficienti e per questo corre l'obbligo di sostituire le apparecchiature obsolete, di stipulare contratti di manutenzione tecnica periodica e di tarare gli apparecchi (velocità scorrimento carta, orario e data). Il personale sanitario fruitore deve provvedere a segnalare i guasti e chiamare il tecnico reperibile, in quanto la mancata rilevazione di guasti o errori tecnici e la mancata chiamata del personale tecnico può configurare una responsabilità di tipo omissivo.

La cardiocografia è una metodica di grande rilievo nell'ostetricia moderna e la sua corretta applicazione



fornisce indispensabili informazioni sullo stato fetale, in gravidanza e in travaglio di parto. Il cardiocotogramma costituisce un documento medico-legale oltre che clinico estremamente prezioso. Tanto più sarà documentato nel tracciato, tanto meglio si potrà interpretare, ove servisse giustificare, un determinato atteggiamento del sanitario. La cardiocotografia esce così dal semplice impiego clinico per divenire elemento di rilievo nell'ostetricia forense. Trattandosi di una indagine strumentale, sia in regime ambulatoriale che di ricovero, va relazionata dal medico di turno che ne prende visione con la indicazione dei parametri essenziali che ne caratterizzano la tipologia e la connotazione come rassicurante, dubbio o francamente patologico.

Per quanto attiene la figura professionale dell'Ostetrica, va raccomandato in virtù dei codificati criteri:

- di dovere operare con diligenza;
- di dovere documentare in cartella l'attività svolta;
- di dovere richiedere l'intervento del medico in caso di situazioni potenzialmente patologiche.

Oltre alla compilazione puntuale del cartogramma, si ritiene necessario, visto la mole di contenziosi insorti in proposito, annotare in cartella data ora e motivazione della chiamata del Medico di turno.

Il tracciato cardiocotografico e la "good practice"

Il tracciato cardiocotografico è un documento che può avere una valenza medico-legale quando diventa determinante nella definizione delle responsabilità degli operatori sanitari.

Il ginecologo e l'ostetrica sono tra i professionisti sanitari più esposti a rischio di responsabilità professionale in considerazione del delicato ruolo svolto durante la gravidanza e il parto.

Una delle ipotesi da cui scaturisce più frequentemente la responsabilità professionale è sicuramente l'errata, o inadeguata, lettura del tracciato cardiocotografico che può cagionare danni permanenti o addirittura il decesso del feto. Oltre alla corretta interpretazione del tracciato cardiocotografico, anche la sua modalità di esecuzione riveste particolare importanza. L'applicazione di una "good practice", condivisa e approvata dalla Direzione Sanitaria, potrebbe rappresentare, attraverso interventi/esperienze attuati dalle organizzazioni sanitarie, una metodologia per garantire livelli sempre più elevati di assistenza, appropriatezza delle cure e il miglioramento della sicurezza delle pazienti.

Pertanto, con un specifico riferimento all'esecuzione del tracciato cardiocotografico, si potrebbero considerare come "buone pratiche" l'osservazione dei seguenti aspetti:

- la velocità di scorrimento standard della carta del cardiocotografo: 1 cm/min. È fondamentale che la velocità utilizzata sia familiare agli operatori della sala parto e che sia unica all'interno di ogni unità operativa;
- sensibilità di visualizzazione della FCF (generalmente è un range standard da 50 a 210 bpm);
- assicurarsi che il Cardiocotografo sia ben funzionante in ogni sua componente;
- registrare sempre cognome e nome della madre;
- posizionare correttamente i trasduttori (eseguendo le manovre di Leopold per l'identificazione del focolaio di massima intensità della frequenza cardiaca fetale) avendo cura di fissarli con due cinture e valutare il giusto livello di aderenza (in base allo strato di adiposo, posizione...);
- valutare il polso materno per differenziarlo dalla Frequenza Cardiaca Fetale, riportarlo sul tracciato ed evidenziato tutte le volte che viene registrato al posto di quest'ultima;
- controllare sempre che la data e l'ora di registrazione siano corretti anche in presenza della procedura cardiocotografica computerizzata;

Figura 1 - Schema esemplificativo di relazione del tracciato cardiocografico

Data										
Epoca gestazionale										
Orario inizio CTG										
Ora fine CTG										
Frequenza cardiaca fetale										
Frequenza cardiaca materna										
Variabilità basale										
FAD <i>Fetal Activity Acceleration Determination</i>										
Decelerazioni										
Tipo di decelerazione										
Contrazioni uterine										
MAF <i>Movimenti attivi fetali</i>										
Ostetrica che inizia il CTG										
Ostetrica che termina il CTG										
Medico che firma il CTG										

- annotare sul tracciato qualsiasi manovra, ma in particolar modo quelle conservative, perché dal punto di vista legale “una manovra non scritta non è stata fatta” (ad esempio, eventuali cambi di decubito durante la registrazione, quando si invita la donna ad accovacciarsi in periodo espulsivo, episodi di vomito, inizio di un’infusione idratante, ossitocina, inizio induzione con prostaglandine...);
- si raccomanda di evitare il monitoraggio prolungato a posizione materna supina, in quanto esso può determinare la compressione aorto-cavale da parte dell’utero gravido, compromettendo la perfusione placentare e l’ossigenazione fetale (effetto poseido);
- i tracciati devono essere integrati nella cartella e archiviati insieme a essa. In ospedale in cui siano disponibili archivi digitali, deve essere attivo un sistema efficiente di *backup* dei *file* e deve essere garantito un facile accesso per la revisione clinica;
- l’analisi del tracciato inizia con l’identificazione delle caratteristiche fondamentali (linea di base, variabilità, accelerazioni, decelerazioni e contrazioni uterine), seguita dalla valutazione complessiva del CTG. Quest’ultima deve essere contestualizzata al singolo caso clinico [15];
- riportare sul CTG l’ora di nascita del neonato in caso di tracciato cardiocografico continuo;
- il TOCO deve sempre essere mantenuto per tutta la durata sia del I che del II stadio e adottare le misure necessarie al fine di renderlo il più leggibile possibile;
- i membri dello *staff* che valutano un tracciato devono annotare le proprie osservazioni o sul tracciato o nella cartella clinica con la data, l’ora, la firma leggibile e il timbro;

- il CTG va archiviato nella cartella clinica nelle modalità concordate all’interno dell’unità operativa;
- scrivere la relazione del tracciato cardiocografico in uno schema esemplificativo (Figura 1), condiviso all’interno dell’Unità Operativa e parte integrante della cartella clinica, potrebbe risultare utile per razionalizzare le informazioni, uniformare il linguaggio e condividere le responsabilità.

Conclusioni

Nonostante la Sanità italiana sia stata considerata “eccellente” dall’OMS, il contenzioso medico-legale è aumentato del 184% negli ultimi 10 anni (Doctornews, 2009). Appare paradossale che, nonostante un indubbio miglioramento dello standard qualitativo delle cure mediche, il clima di litigiosità tra pazienti e operatori sanitari aumenti. Le motivazioni che possono spiegare l’insorgere del fenomeno sono numerose e complesse: lo sviluppo scientifico che ha aumentato la prevedibilità del successo terapeutico riducendo la possibilità di giustificazione dell’errore, le false aspettative del paziente e l’insuccesso della comunicazione tra operatori sanitari e paziente. Le richieste di risarcimento per casi di responsabilità professionale degli operatori sanitari hanno avuto, negli ultimi anni, un costante incremento e una delle specializzazioni che maggiormente ne ha risentito è rappresentata dall’ostetricia. Il contenzioso giudiziario continua a dimostrare, infatti, che ginecologia e ostetricia sia una delle specialità più esposte alle aspettative di risultati perfetti e privi di complicanze e per tali aspettative ri-

chiami di frequente problematiche medico-legali di particolare complessità, nonché di difficile trattazione giuridica.

Per numerosi anni l'ostetricia ha proseguito nella ricerca di una metodica diagnostica idonea e valida a tutelare nel parto la madre e il feto. Dagli anni '60 si sono succedute metodiche rivolte allo scopo di controllare il benessere del feto in gravidanza, in travaglio, nel parto e proteggerlo dal danno cerebrale.

In particolare, si è incrementato l'utilizzo della cardiocotografia (CTG) con l'obiettivo di rilevare un'alterazione della frequenza cardiaca fetale riconoscendo tempestivamente una condizione di ipossia e prevenirne la possibile evoluzione verso una situazione di acidosi metabolica e conseguente morte fetale o un danno cerebrale del neonato.

Il tracciato cardiocotografico, nonostante il suo basso valore predittivo positivo, assume spesso importanza fondamentale nelle aule dei tribunali diventando un significativo elemento di prova.

Si deve sottolineare che tale metodica è correlata a un'elevata percentuale di falsi positivi e quindi è caratterizzata da bassa specificità, e a una bassa incidenza di falsi negativi per cui se il tracciato è normale si può considerare un buon test di *screening*.

D'altro canto, la cardiocotografia permette di ottenere informazioni sul benessere del feto solo nel momento in cui viene effettuata la registrazione mentre non ha alcuna capacità predittiva per gli eventi acuti.

La stesura e l'applicazione di Protocolli e di Linee Guida e Regolamenti interni condivisi da tutto il personale sanitario della Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia, può porre le basi per una maggiore armonia nelle decisioni e per una collaborazione multidisciplinare.

Inoltre, l'attuazione di programmi innovativi per il miglioramento del *training* in ostetricia, l'apprendimento teorico integrato con una buona pratica rappresenta lo strumento per giungere a una formazione più efficace che potrebbe contribuire a incrementare l'abilità degli operatori consentendo di ridurre i rischi legati alla *malpractice* e limitando le sempre più frequenti implicazioni medico-legali.

Alla luce di quanto descritto è facile comprendere come la cardiocotografia sia diventata uno strumento decisamente sopravvalutato nelle aule dei tribunali e come la mancanza del tracciato cardiocotografico abbia indubbe ripercussioni nel contenzioso giudiziario.

Bibliografia

- [1] V. Cirese "Ostetricia-Ginecologia: branca professionale ad alto rischio" Giorn. It. Ost. Gin. Vol. XXVII - n. 10 Ottobre 2005: 451-454
- [2] "La sorveglianza del benessere fetale in travaglio di parto" Linea guida basata su prove di efficacia - Regione Emilia Romagna - Progetto n. 3
- [3] Electronic fetal heart rate monitoring: research guidelines for interpretation. (1997) National Institute of Child Health and Human Development research planning workshop. Am J Obstet Gynecol; 1997 -177(6):1385-90
- [4] NHS Litigation Authority "Ten Years of Maternity Claims An Analysis of NHS Litigation Authority Data" 2012
- [5] SLOG (Società Lombarda di Ostetricia e Ginecologia) "Come evitare tutti gli errori più frequenti" - Monitoraggio CTG 3.0 - 2016
- [6] La Sorveglianza del benessere fetale in travaglio di parto. Linea guida basata su prove di efficacia. Regione Emilia-Romagna. 2003
- [7] J. P. Phelan. Perinatal Risk Management: Obstetric Methods to Prevent Birth Asphyxia. Clin Perinatol 2005 (32): 1-17
- [8] The use of electronic fetal monitoring. The use and interpretation of cardiotocography in intrapartum fetal surveillance. National Institute for Clinical Excellence, 2001
- [9] L. Danti, M.R. Di Tommaso, G. Maffetti, M. Carfagna. Cardiotocografia. Guida pratica Ed. Piccin-Nuova Libreria, 2010
- [10] Consensus Guidelines on Intrapartum Fetal Monitoring della International Federation on Gynecology and Obstetrics (FIGO) International Journal of Gynecology & Obstetrics 131(1):13-24 · October 2015
- [11] Santo S, Ayres-de-Campos D. Human factor affecting the interpretation of fetal heart rate tracing: an update. Curr Opin Obstet Gynecol 2012;24,84-8
- [12] Communication during patient hand-overs. WHO, The Joint Commission International Nine Patient Safety Solutions: 2007, 1. solution 3
- [13] APSILEF (Associazione Professioni Sanitarie Italiane Legali e Forensi) "La cattiva comunicazione tra gli operatori sanitari come causa di eventi avversi" 2016
- [14] Nunes I, et al. An overview of central fetal monitoring systems in labour. J Perinat Med. 2013; 41: 93-99
- [15] Monitoraggio Cardiotocografico in Travaglio - Raccomandazioni SIGO, AOGOI, AGUI -2018
- [16] Aspetti Medico Legale della Cardiotocografia "XI Congresso Regionale AOGOI, AGITE, AIO - 2013
- [17] D. Arduini, H. Valensise "Cardiotocografia clinica" CIC Edizioni Internazionali, 2003
- [18] P.F. Tropea "Compiti e responsabilità dell'ostetrica nell'assistenza in gravidanza e al parto" GYNECO AOGOI n. 4 - 2008
- [19] Intrapartum Fetal Surveillance Clinical Guideline - Third Edition 2014 The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists 30 RANZCOG Intrapartum Fetal Surveillance Clinical Guideline - Third Edition 2014 Recommendation 8 Grade and supporting
- [20] FIGO. Subcommittee on Standards in Perinatal Medicine. Guidelines for the use of fetal monitoring. Int J Gynecol Obstet. 1987; 25(2):159-67.

L'OSTETRICA E LA DIGITOPRESSIONE PER I DISTURBI DELLA MENOPAUSA



Autrici

Dott.ssa Maria Rosaria Mascolo

*Dottoressa Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche
Master in Management Ostetrico per le funzioni di Coordinamento dell'Area Materno-Infantile
Ostetrica Coordinatrice presso S.C. di Ostetricia e Ginecologia di Novi Ligure, D.M.I. AL dell'ASLAL.
Docente al Corso di Laurea in Ostetricia dell'Università degli Studi di Genova*



Giulia Barisione

Ostetrica



Valentina Bronzo

Ostetrica

Introduzione

La menopausa oggi viene vissuta come un deficit che si riassume in una paura di perdere ciò che identifica le donne... la femminilità. È in questa prospettiva che si inseriscono pubblicità televisive, forum, riviste e proposte farmaceutiche: "Più forte è il condizionamento sociale e la delega alla medicalizzazione, più manca il riconoscimento sociale di questo cambiamento e peggiore è la salute, o più forti sono i sintomi disagiati della menopausa" [1]. La donna oggi è indotta a nascondere i segni dell'età, a comprare pozioni magiche per "tornare indietro"; più che mai colpevole di "invecchiare" e la "menopausa" ne è sinonimo. In base a quanto riportato nel "Rapporto Istituzionale 12/28" [2], il 53% delle donne intervistate in menopausa ritiene che la terapia ormonale sostitutiva (TOS) sia una buona soluzione a diversi disturbi; il 22% la userebbe a scopo preventivo, mentre la stessa proporzione ritiene che sia una cattiva soluzione per prevenirli. Il 39% pensa che la TOS abbia molti effetti collaterali e il 20% ritiene che debba essere evitata. Le intervistate che hanno assunto la TOS hanno riferito, quale motivo principale di utilizzo, il controllo dei sintomi menopausali (88%), in particolare le vampate (84%), le sudorazioni (37%), l'irritabilità (25%) e i disturbi del sonno (25%) [2] (Grafico 1). Alcune donne preferiscono

ovviare alla TOS ricorrendo a metodi naturali; in particolare il 4% si avvale di tecniche di rilassamento e yoga e l'1% dell'agopuntura. Sono ancora troppo poche le donne che hanno ricevuto chiarimenti sulla menopausa (50%) e, ancor meno, sulla terapia ormonale sostitutiva (34%) e le possibili alternative (31%) [2]. A essere maggiormente penalizzate sono le donne meno istruite e maggiormente bisognose di un appropriato counselling.

L'ostetrica/o è tra i professionisti della salute che può informare le donne sulla possibilità di affrontare i sintomi menopausali anche con alternative non farmacologiche sensibilizzandole a vivere questo nuovo e lungo periodo di vita come un momento per modificare gli stili di vita con vantaggi che vanno ben oltre il controllo dei disturbi climaterici. L'ostetrica con competenze distinte [3] può consigliare la metodica dalla digitopressione, una valida alternativa alla terapia ormonale sostitutiva, il cui aumentato rischio di eventi cardiovascolari e di cancro al seno è documentato (WHI).

La digitopressione, così come l'agopuntura, si fonda sui principi della Medicina Tradizionale Cinese (MTC), secondo cui la funzionalità del corpo umano sarebbe controllata da una forza vitale, o energia (detta Qi), che circola tra



RIASSUNTO

La menopausa viene oggi vissuta tendenzialmente come un deficit della femminilità, ma solo il 50% delle donne afferma di aver ricevuto informazioni da professionisti sanitari e, ancor meno, chiarimenti su terapie ormonali e alternative. Sebbene molte donne prediligano metodi naturali tra cui tecniche di rilassamento, yoga e agopuntura, la maggior parte risulta favorevole alla terapia ormonale sostitutiva, il cui aumentato rischio associato di eventi cardiovascolari e di cancro al seno è documentato (WHI). Un'alternativa alla terapia ormonale sostitutiva sembra essere rappresentata dalla digitopressione. La carenza di informazioni ricevute dalle donne riguardanti la menopausa e le modalità di contenimento dei disturbi correlati deve essere sopperita anche dall'ostetrica/o, professionista abilitata al *counselling* in menopausa.

Obiettivo dello studio è ricercare la validità della digitopressione per contenere alcuni disturbi della menopausa.

Materiali e metodi

In accordo con i dati emersi dalla ricerca sistematica della letteratura è stato ideato un disegno di studio per la sperimentazione della digitopressione con auto-trattamento.

Risultati e conclusioni

Nonostante i risultati degli studi siano contrastanti emerge che il trattamento degli *agopunti* apporta benefici su alcuni disturbi della menopausa, in particolare: vampate di calore, sudorazione improvvisa e insonnia. I vantaggi della digitopressione rispetto all'agopuntura consistono nella possibilità di auto-trattamento, nella non invasività, nell'essere priva di effetti collaterali e di controindicazioni; l'unico accorgimento, per essere efficace, è la costanza. Questa ricerca delle evidenze scientifiche rappresenta il punto di partenza per una futura sperimentazione allo scopo di verificare l'efficacia, l'applicabilità e la gradibilità di questo trattamento.

Parole chiave

Menopausa, digitopressione, ostetrica.

ABSTRACT

Nowadays menopause is tendentially experienced as a deficit of femininity, but only 50% of women report having received information from health professionals and even less clarification on hormonal and alternative therapies. Even if many women prefer natural methods including relaxation techniques, yoga and acupuncture, the most of them are favourable to hormone replacement therapy, whose increased associated risk of cardiovascular events and breast cancer is documented (WHI). An alternative to hormone replacement therapy seems to be represented by acupressure. The lack of information received from women concerning menopause and the ways to contain related disorders has to be overcome also by the midwife, professional qualified for menopausal counselling.

Aim of the study is to find the validity of acupressure to contain some menopausal disorders.

Material and methods

According to the findings of the systematic search of the literature, a study design was developed for the testing of acupressure with self-treatment.

Results and conclusion

Although the results of the studies are mixed, it emerges that the treatment of acupoints is beneficial for some menopausal disorders, in particular: hot flashes, sudden sweating and insomnia.

The advantages of acupressure compared to acupuncture consist in the possibility of self-treatment, in non-invasiveness, in being free of side effects and contraindications. The only precaution, to be effective, is constancy. This search for scientific evidence represents the starting point for future experimentation in order to verify the effectiveness, applicability and the appreciation of this treatment.

Keywords

Menopause, acupressure, midwife.

i diversi organi attraverso canali, chiamati meridiani [4]. Si esegue esercitando una pressione col pollice sui punti corrispondenti a ciascun organo. La MTC identifica 12 meridiani principali che corrispondono ad altrettante funzioni o organi del corpo. Sono divisi in Yin e Yang; i primi comunicano con organi vitali come il cuore, il fegato, i reni, la milza, i polmoni; i secondi corrispondono a cistifellea, intestino, stomaco e vescica. Per garantire il mantenimento dello

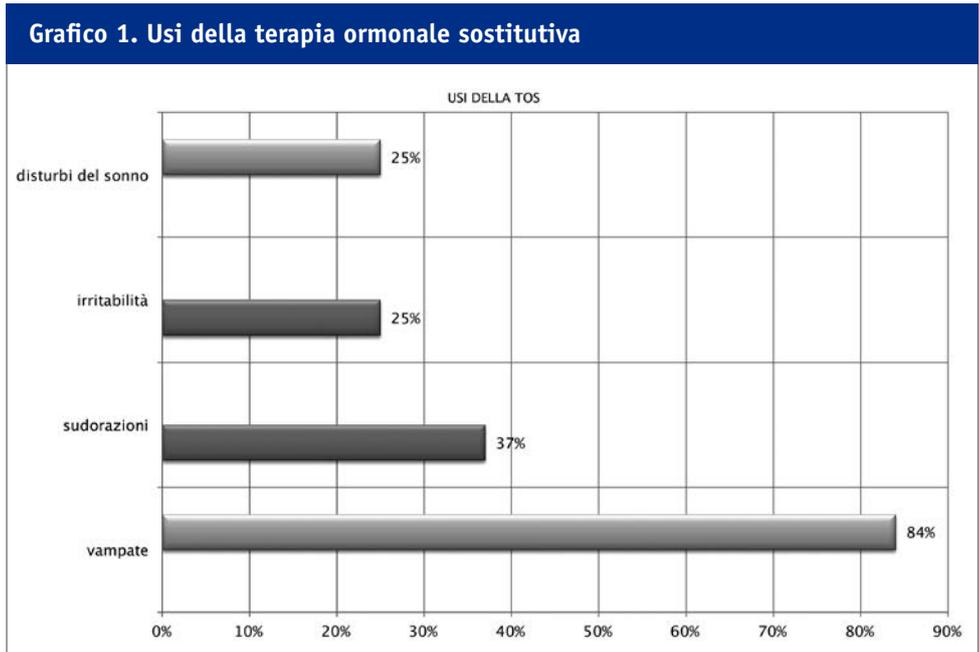


Tabella 1 - Griglia di articoli scientifici

Banca dati Motore di ricerca	Keywords	Costruzione della stringa di ricerca	Documenti trovati	Autore e Titolo	Descrizione e conclusione dell'articolo
pubmed	acupuncture, menopause	acupuncture and menopausal symptoms	All: 134 Ultimi 5 anni: 65	Chiu HY, Pan CH, Shyu YK, Han BC, Tsai PS; "Effects of acupuncture on menopause-related symptoms and quality of life in women on natural menopause: a meta-analysis of randomized controlled trials".	Dalla meta-analisi (che include 12 studi) è emerso che l'agopuntura riduce le vampate di calore nelle donne in menopausa naturale (l'effetto persiste fino a 3 mesi dal trattamento). L'efficacia della vera agopuntura non differisce molto dalla falsa agopuntura, ma è maggiore rispetto all'assenza di trattamento. Gli studi hanno fornito risultati inconsistenti sugli effetti dell'agopuntura sui disturbi del sonno e dell'umore e sui problemi sessuali. La durata media dell'intervento è di 8,5 settimane (4-12 settimane) e la durata totale di 391 minuti.
pubmed	menopausal disorders, chinese medicine	menopausal disorders and chinese medicine	All: 125 Ultimi 5 anni: 63	Baccetti S, Da Frè M, Becorpi A, Faedda M, Guerrera A, Monechi MV, Munizzi RM, Parazzini F; "Acupuncture and traditional chinese medicine for hot flushes in menopause: a randomized trial".	L'agopuntura, in associazione con la dietoterapia e l'auto massaggio, riduce le vampate di calore e altri sintomi vasomotori (sudorazione improvvisa, disturbi del sonno, senso di oppressione al petto, sensazione di depressione, irritabilità, dolore osseo). Il trattamento avveniva 2 volte a settimana per 6 settimane consecutive.
google	climaterio, agopuntura	climaterio e agopuntura		Sanzeni W, Lomuscio A; "Agopuntura e menopausa: studio osservazionale su 17 pazienti".	Lo studio è stato condotto su 17 pazienti in climaterio nel 2005-2007 con lo scopo di valutare l'efficacia dell'uso dell'agopuntura (su questi punti VB-34, CV-4, PC-6, GV-14, SP-6, KI6) su insonnia e vampate di calore. Per quanto riguarda l'insonnia, tutte le pazienti hanno riferito un significativo aumento delle ore di sonno; per le vampate, il 18% delle pazienti non ha avuto risultati, il 53% ha avuto una significativa riduzione ed il 29% ha visto scomparire del tutto le vampate stesse. Le donne sono state sottoposte ad una seduta settimanale per 10 settimane. Follow-up da 4 fino a 19 mesi

stato di salute del corpo, il Qi deve fluire con una forza adeguata attraverso i meridiani. Lungo questi canali sono localizzati punti (*agopunti*) nei quali l'inserimento degli aghi o, in questo caso, la pressione del pollice dovrebbero essere in grado di modificare la circolazione del Qi, ripristinandone il corretto fluire [5].

Le ipotesi sui meccanismi di azione dell'agopuntura e sui livelli centrali e periferici interessati nel corso di questo trattamento sono molteplici. Fra i vari effetti vi è quello antalgico/analgesico (mediato da neurotrasmettitori oppioidi endogeni come endorfine, dinorfine e encefaline, da serotonina e noradrenalina), quello immunomodulatore, quello neuroendocrino, quello trofico e vasomodulatore sia a livello cutaneo che muscolare e cerebrale, quello sul tono muscolare e quello sedativo sulla sfera psicoemotiva [5]. Dal momento che un possibile meccanismo responsabile dell'insorgenza delle vampate di calore, delle sudorazioni notturne, del calo di tono dell'umore e dell'insonnia potrebbe essere la modificazione dell'at-

tività oppioide centrale (calo dei livelli di endorfina, noradrenalina, neuropeptide Y, sostanza P e neurochimica A, con conseguenti alterazioni dei neurotrasmettitori a livello ipotalamico, in particolare sul centro della termoregolazione), il meccanismo alla base del funzionamento dell'agopuntura nel trattamento dei disturbi associati alla menopausa potrebbe essere proprio la stimolazione dell'attività oppioide centrale [5].

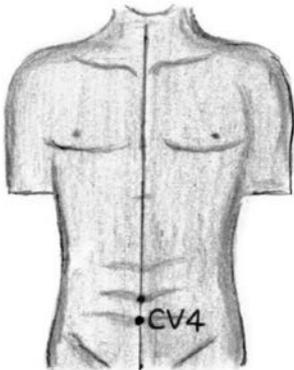
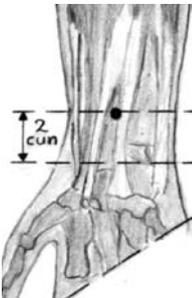
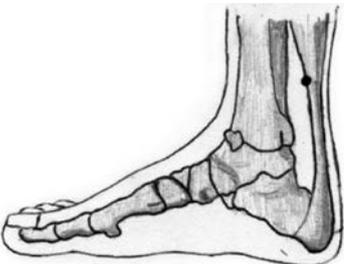
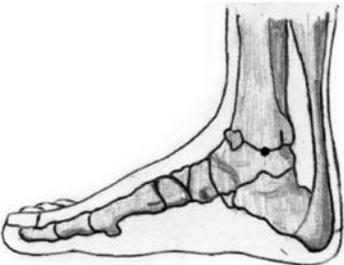
Materiali e metodi

Per l'articolo si è partiti dalla revisione dei dati Istat per individuare la percentuale di donne che ricorre alla terapia ormonale sostitutiva e la popolazione che, invece, dubita o rifiuta questo tipo di trattamento, al fine di proporre una terapia alternativa naturale. Il focus è stato posto sui principali sintomi percepiti in menopausa: caldane, insonnia e aumento di peso; in seguito si è intrapresa la consulta-

segue Tabella 1 - Griglia di articoli scientifici

Banca dati Motore di ricerca	Keywords	Costruzione della stringa di ricerca	Documenti trovati	Autore e Titolo	Descrizione e conclusione dell'articolo
pubmed	<i>menopausal disorders, chinese medicine</i>	<i>menopausal disorders and chinese medicine</i>	All: 125 Ultimi 5 anni: 63	Dodin S, Blanchet C, Marc I, Ernst E, Wu T, Vaillancourt C, Paquette J, Maunsell E; "Acupuncture for menopausal hot flushes".	Non esistono abbastanza evidenze per determinare l'effetto dell'agopuntura sui sintomi vasomotori. Paragonata all'assenza di trattamento, porta benefici, anche se minori a quelli della terapia ormonale.
pubmed				Borud EK, Alræk T, White A, Grimsgaard S; "The acupuncture treatment for postmenopausal hot flushes (Acuflash) study: traditional Chinese medicine diagnoses and acupuncture points used, and their relation to the treatment response".	Per ogni sindrome, caratterizzata da segni e sintomi specifici, sono indicati i punti da trattare (CV4, SP6, KI6 E 7, LI 4, LU7, LR3). Le partecipanti hanno ricevuto 10 sessioni di agopuntura nel giro di 12 settimane. Ad alcune donne è stato consigliato l'automassaggio, la dieta e esercizi fisici. Sensazioni di relax o di maggiore energia dopo il trattamento indicano un responso positivo. L'uso dell'agopuntura può contribuire a ridurre significativamente le vampate di calore e a migliorare la qualità della vita.
				Ya-Wen Chen, RN, MSN and Hsiu-Hung Wang, RN, PhD, FAAN; "The Effectiveness of Acupressure on Relieving Pain: A Systematic Review".	Questa revisione (15 studi) include pazienti con dismenorrea, dolore da travaglio, mal di schiena, mal di testa cronico e altri dolori traumatici. Emerge l'efficacia della digitopressione su nausea e vomito, sull'affaticamento (Tsay, 2004; Zick et al., 2011), l'insonnia (Sun, Sung, Huang, Cheng, & Lin, 2010), l'ansia (Agarwal et al., 2005) e la depressione (Wu, Lin, Wu, & Lin, 2007). Vengono indicate la posizione dei punti e la frequenza e la durata del trattamento anche se non esiste ancora un protocollo.
pubmed	<i>acupressure time</i>	<i>acupressure and time</i>	All 112 Ultimi 5 anni: 46	Chen HM, Wang HH, Chiu MH, Hu HM; "Effects of Acupressure on Menstrual Distress and Low Back Pain in Dysmenorrheic Young Adult Women: An Experimental Study".	Dallo studio emerge l'efficacia della digitopressione nel ridurre i dolori mestruali e il mal di schiena nella dismenorrea primaria. Vengono indicate la tempistica e la modalità di trattamento degli agopunti (in questo caso SP6, BL32, L3).

Tabella 2 - Localizzazione agopunti, modalità di trattamento

PUNTI PER INSONNIA E VAMPATE		
CV4	<p>Punto da trattarsi da sdraiata in posizione supina.</p> <p>Premere con il pollice per 4 secondi e poi rilasciare per due secondi; ripetere la procedura per circa 3 minuti</p>	
PC6	<p>Premere con il pollice sul punto del braccio destro per 4 secondi, rilasciare e passare al punto sul braccio sinistro.</p> <p>Alternare il punto di destra e quello di sinistra per circa 4 minuti.</p>	
SP6	<p>Premere con il pollice sul punto della gamba destra per 4 secondi, rilasciare e passare al punto sulla gamba sinistra.</p> <p>Alternare il punto di destra e quello di sinistra per circa 4 minuti.</p>	
KI6	<p>Premere con il pollice sul punto della gamba destra per 4 secondi, rilasciare e passare al punto sulla gamba sinistra.</p> <p>Alternare il punto di destra e quello di sinistra per circa 4 minuti.</p>	
PUNTO DA AGGIUNGERE IN CASO DI INSONNIA		
ST45	<p>Premere con il pollice sul punto del piede destro per 4 secondi, rilasciare e passare al punto sul piede sinistro.</p> <p>Alternare il punto di destra e quello di sinistra per circa 4 minuti.</p>	

zione bibliografica di articoli scientifici validati per definire la digitopressione e la sua efficacia su questi disturbi. Dal momento che non sono stati rinvenuti studi che mettessero in correlazione la digitopressione con i sintomi menopausali, si è partiti dalla ricerca di alcuni studi sull'agopuntura. Altri articoli sono risultati utili per valutare e confrontare la modalità e i tempi del trattamento tramite digitopressione, i vantaggi e gli svantaggi, per progettare la futura sperimentazione.

Risultati

Dall'iniziale ricerca bibliografica sono stati individuati 6 articoli scientifici che mettono in evidenza l'efficacia dell'agopuntura nel contenere i disturbi della menopausa: l'insonnia e le vampate di calore. Dall'analisi degli articoli emerge l'efficacia dell'agopuntura per ridurre le vampate di calore in menopausa; al contrario, sono inconsistenti gli studi sugli effetti benefici sui disturbi del sonno e dell'umore e dei problemi sessuali [6]. L'associazione dell'agopuntura con la dieta-terapia e l'auto-massaggio riduce significativamente la comparsa di vampate di calore e migliorano notevolmente altri sintomi vasomotori [7]. Altri studi [8] confermano l'efficacia dell'agopuntura su insonnia e vampate di calore. Alcuni Autori [9] sostengono che non ci siano abbastanza evidenze per determinare l'effetto dell'agopuntura sui sintomi vasomotori, anche se, confrontata all'assenza di

Allattamento materno “È naturale!": la nuova campagna del Ministero della Salute



Dopo la Conferenza Nazionale sulla “Protezione promozione e sostegno dell’allattamento” svoltasi a Roma il 23 gennaio 2019, il Ministero della Salute ha promosso la campagna dal titolo “È naturale!”.

La nuova campagna per la protezione, la promozione e il sostegno dell’allattamento materno del Ministero della Salute ha come obiettivo quello di sensibilizzare le donne sull’importanza di tale pratica e sulla naturalezza del gesto, divulgando il messaggio che ogni donna deve sentirsi libera di allattare anche in pubblico o nei luoghi di lavoro, “sempre e ovunque”, proprio come recita lo spot. “È naturale!”, infatti, è lo slogan della campagna (http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_7_0_1.jsp?lingua=italiano&menu=multimedia&p=video&id=1955).

Lo spot, realizzato in una chiave ironica e che ha come testimonial i due famosi comici Nuzzo&DiBiase, lancia anche messaggi chiave quali:

- **allattare è un diritto:**
 - diritto di ricevere informazioni e aiuto, per superare eventuali difficoltà;
 - diritto di allattare in qualsiasi luogo pubblico;
 - diritto a essere tutelata al rientro al lavoro per conciliare allattamento e attività lavorativa;
- **allattare è importante per tutta la famiglia:**
 - è naturale;
 - è gratuito;
 - è pratico: sempre pronto e alla giusta temperatura;
 - migliora la salute del bambino e della mamma.

La FNOPO ha sostenuto la nuova campagna del Ministero della Salute emanando un comunicato stampa il 27 luglio 2019 dal titolo **Allattamento materno. FNOPO: “Come confermato dallo spot del Ministero della Salute è un gesto naturale, sano ed economico”** (www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/CS-ALLATTARE-NATURALE1.pdf).

trattamento, porta benefici. Al fine di creare un progetto per la sperimentazione, è stato consultato uno specifico trattato di MTC [10], un atlante di agopuntura [11], che illustrano la localizzazione di ogni punto e le specifiche indicazioni al trattamento. Si è concentrata l’attenzione su un gruppo di punti da trattare in caso di insonnia e vampate di calore. I principali sono:

- **CV4:** punto che regola l’assetto endocrino, tonifica il Qi di rene, sottomete e favorisce la discesa dello yang calmando le vampate. È localizzato a 3 cun¹ sotto l’ombelico;
- **PC6:** regolarizza Qi del cuore e favorisce il fluire del Qi del fegato. È localizzato a 2 cun sopra la piega trasversa del polso, al centro dell’avambraccio;
- **SP6:** dissolve l’umidità, stimola la funzione del fegato, facilita lo scorrere del Qi di fegato e la circolazione dei liquidi; calma le vampate. Tonificando lo yin ha azione sull’insonnia. È localizzato a 3 cun sopra l’apice del malleolo interno, dietro il bordo posteriore della tibia,
- **KI6:** tonifica il Rene yin. È localizzato sotto l’estremità inferiore del malleolo interno.

In caso di insonnia può essere trattato il punto **ST45** localizzato sul meridiano dello stomaco, sul margine laterale esterno del secondo dito.

La Tabella 2 riassume la localizzazione degli agopunti, la modalità di trattamento. Allo scopo di focalizzare l’attenzione direttamente sulla digitopressione e, in particolare, per valutarne la frequenza e il tempo di pressione necessario su ciascun punto è stata effettuata un’ulteriore ricerca. Questa ha condotto a una revisione sistematica [12] che dimostra l’efficacia della digitopressione sull’affaticamento, l’insonnia, l’ansia e la depressione, disturbi tipici anche della menopausa. Lo studio fornisce indicazioni pragmatiche sulla modalità di trattamento: è necessario esercitare una pressione per 5 secondi e poi rilasciare per un secondo.

Durante il trattamento la donna dovrebbe percepire dolore, intorpidimento, pesantezza, distensione e calore per confermare l’accurata posizione di ogni punto. In riferimento ai tempi necessari per il trattamento [13], gli agopunti vengono trattati 3 volte a settimana con la seguente modalità: si esercita una pressione/strofinamento con il pollice per 4 secondi, poi si interrompe per 2 secondi (quindi si ripete 10 volte in un minuto); si procede alternando 5 minuti nella parte destra del corpo e 5 minuti a sinistra per un totale di 30 minuti. Concorrendo con l’articolo precedente, gli autori specificano che sensazioni di dolore, intorpidimento, pesantezza,

1. Cun=unità di misura relativa di origine cinese, utilizzata in agopuntura, coincidente con la massima larghezza del pollice.

gonfiore e calore durante la digitopressione indicano la correttezza dei punti utilizzati. Dagli articoli si evince che la durata media del trattamento è di nove settimane, per un totale di circa 390 minuti, quindi 50 minuti a settimana. Gli studi concordano nell'indicare come punti da trattare, in caso di insonnia e vampate di calore: CV4, SP6, PC6, KI6.

Conclusioni

Dal momento che non sono stati rinvenuti articoli scientifici sull'efficacia della digitopressione nel contenere i disturbi della menopausa, si è dovuta intraprendere una ricerca che partisse dalle origini della digitopressione stessa, ossia l'agopuntura, per avvicinare sempre più la ricerca allo scopo di questo articolo. Nonostante i risultati degli studi siano contrastanti, emerge che il tratta-

Albo degli esperti, dei collaboratori e dei ricercatori di AGENAS



L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali ha pubblicato sul sito ufficiale AGENAS (www.agenas.gov.it) l'avviso di selezione per l'apertura dell'Albo degli esperti, dei collaboratori e dei ricercatori di AGENAS (dal 9 agosto 2019 al 6 settembre 2019). L'avviso, pubblicato ai sensi dell'art. 4, comma 3 del "Regolamento per il funzionamento, la tenuta e l'aggiornamento dell'Albo degli esperti, dei collaboratori e dei ricercatori di AGENAS", è aperto anche alle "Professioni Sanitarie" e

quindi alla Professione Ostetrica.

Attraverso il suddetto bando, l'Agenzia ha inteso aprire i termini di presentazione delle domande per le nuove iscrizioni all'Albo degli esperti, dei collaboratori e dei ricercatori AGENAS – istituito con Delibera direttoriale n. 653 del 31 dicembre 2014 – e ha voluto consentire a coloro che siano già iscritti di confermare l'iscrizione, aggiornando al contempo i rispettivi profili, ed eventualmente scegliendo un'area diversa e/o ulteriore rispetto a quella/e di attuale assegnazione, fermo restando il limite massimo di iscrizione a tre aree.

La Federazione ha sottoscritto di recente un protocollo d'intesa AGENAS-FNOPO per attività di ricerca in ambito ostetrico-ginecologico-neonatale e un percorso di alta formazione. Come da prassi, la FNOPO ha diramato una Circolare, la n. 20/2019 "Protocollo AGENAS-FNOPO: attività di ricerca in ambito ostetrico-ginecologico-neonatale e percorso di alta formazione", con la quale sono state fornite informazioni in merito al protocollo FNOPO/AGENAS e in particolare al percorso di alta formazione, invitando gli Ordini Provinciali e Interprovinciali a inviare alla Federazione l'elenco delle ostetriche in possesso dei requisiti indicati dalla FNOPO.

La Federazione, infatti, ha esigenza di conoscere i nominativi di ostetriche già inseriti nell'Albo AGENAS, o che ne abbiano presentato richiesta di iscrizione, sulla base della disciplina della procedura di conferimento degli incarichi (Delibera Consiglio di Amministrazione di AGENAS del 19 marzo 2018).

Il dato richiesto risulta funzionale alla creazione di un Albo speciale di "Esperti, collaboratori e ricercatori AGENAS", in seno all'Albo nazionale FNOPO, tra i quali individuare ostetriche esperte AGENAS per l'affidamento di incarichi per specifiche esigenze istituzionali della Federazione e quindi della Comunità delle Ostetriche.

Tanto premesso si rinnova la richiesta di far pervenire, entro il 30 ottobre 2019, al proprio Ordine di appartenenza e alla Federazione, i dati richiesti all'interno dello schema proposto di seguito e allegando il proprio curriculum vitae aggiornato in formato europeo.

Rilevazione dati ostetriche "Esperti, collaboratori e ricercatori AGENAS"

Nome e cognome	N. di Iscrizione Albo professionale	Luogo e data di nascita	Residenza e contatti professionali	Ordine di appartenenza	Albo Esperti, collaboratori e ricercatori AGENAS"
			Città..... Provincia..... Indirizzo..... CAP..... Telefono..... Sede lavorativa..... Cellulare..... Indirizzo posta elettronica..... Indirizzo PEC.....		Anno di iscrizione e Area/aree di afferenza

mento degli agopunti apporta benefici su alcuni disturbi della menopausa, in particolare su vampate di calore e insonnia. Il vantaggio della digitopressione rispetto all'agopuntura consiste nel fatto che la donna, dopo essere stata adeguatamente istruita, può auto-trattarsi. L'auto-trattamento è una procedura non invasiva, priva di effetti collaterali e senza controindicazioni; l'unico accorgimento che richiede, per avere efficacia, è la costanza. La digitopressione, tuttavia, può generare dolore, intorpidimento, pesantezza, distensione e calore sulle parti trattate; d'altro canto, tutte queste sensazioni confermano la corretta posizione di ogni punto. Siccome dai dati Istat è emersa una carenza di informazioni offerta alle donne sulla menopausa e le modalità di contenimento dei disturbi correlati, sarà l'ostetrica abilitata a occuparsi del *counselling* in menopausa [14] [15] e a colmare questo vuoto sul territorio nazionale. Può informare le donne sui vantaggi e gli svantaggi della digitopressione e insegnare loro questo tipo di trattamento. Questa ricerca bibliografica rappresenta la base per una futura sperimentazione, al fine di valutare l'efficacia dell'auto-trattamento nel contenere alcuni disturbi della menopausa e applicabile dalle donne stesse.

Proposta futura

Le ostetriche/ci potrebbero iniziare e documentare una sperimentazione suggerendo alle donne questa opportunità terapeutica. Sottolineando al primo incontro con la donna che non esistono ancora protocolli standard riguardanti la frequenza e la durata del trattamento e che gli studi sull'efficacia della digitopressione in menopausa, talvolta, sono ancora inconsistenti. Per la raccolta dei dati potrebbe essere utile costruire due questionari: il primo avrà lo scopo di identificare i disturbi percepiti, la conoscenza dei metodi alternativi a quelli farmacologici e la propensione all'autocura, utilizzando le domande contenute nel MENQOL (*Menopause-specific Quality of Life Questionnaire*) [16]. Il secondo questionario, somministrato alla fine del trattamento, permetterà di valutare la disposizione/gradibilità a questo tipo di "cura" e una evoluzione dei sintomi. Dovranno essere ideati degli opuscoli con cui si informano le donne sull'esistenza della digitopressione e in cui sono raffigurati i punti da trattare, la loro localizzazione, la durata e la modalità del trattamento. Infine, dovrà essere costruito un diario su cui annotare settimanalmente la percezione del fastidio per ciascun sintomo e la tempistica adottata per l'auto-trattamento. Questo permetterebbe di monitorare l'andamento della riduzione della sintomatologia e in quale momento, rispetto all'inizio del trattamento, si ottengono i risultati più consistenti. Sulla base di questa sperimentazione e futuri studi scientifici, si potrà creare un protocollo.

Bibliografia

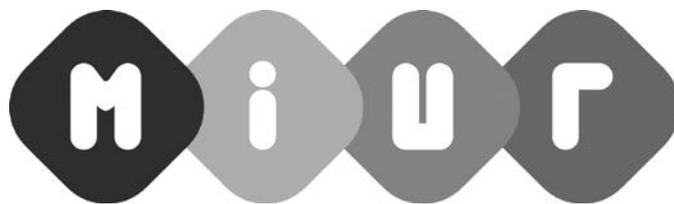
- [1] Schmid V. L'adattamento nel passaggio della mezza età. La salutogenesi in menopausa. Donna&Donna. Il Giornale delle Ostetriche, Anno X – N 55
- [2] STISAN 12/28, Conoscenza, atteggiamenti e comportamenti su menopausa e terapia ormonale
- [3] Camera M, Mascolo MR. Le competenze infermieristiche e ostetriche. Libreria universitaria edizioni. Padova. 2012. cap 3,7
- [4] Raschetti R, Agopuntura, Enciclopedia della Scienza e della Tecnica, 2008
- [5] Agopuntura, evidenze cliniche e sperimentali, aspetti legislativi e diffusione in Italia - FISA, 25-53,153-154, Casa editrice Ambrosiana, Milano, 2000
- [6] Chiu HY, Pan CH, Shyu YK, Han BC, Tsai PS, Effects of acupuncture on menopause-related symptoms and quality of life in women on natural menopause: a meta-analysis of randomized controlled trials. Menopause., 2014
- [7] Baccetti S, Da Frè M, Becorpi A, Faedda M, Guerrera A, Monechi MV et All, Acupuncture and traditional chinese medicine for hot flushes in menopause: a randomized trial, J Altern Complement Med., 2014
- [8] Sanzeni W, Lomuscio A, Agopuntura e menopausa: studio osservazionale su 17 pazienti, Scuola Sopen - Milano, 2002
- [9] Dodin S, Blanchet C, Marc I, Ernst E, Wu T, Vaillancourt C et al, Acupuncture for menopausal hot flushes, Cochrane Database Syst Rev., 2013
- [10] Borud EK, Alræk T, White A, Grimsgaard S, The acupuncture treatment for postmenopausal hot flushes (Acuflysh) study: traditional Chinese medicine diagnoses and acupuncture points used, and their relation to the treatment response, Acupunct Med., 2009
- [11] Atlante di agopuntura: meridiani principali e secondari. Caratteristiche, localizzazione e stimolazione degli agopunti, Hempten Carl H., Hoepli, 1999
- [12] Chen YW, Wang HH, The Effectiveness of Acupressure on Relieving Pain: A Systematic Review, 2012
- [13] Chen HM, Wang HH, Chiu MH, Hu HM, Effects of Acupressure on Menstrual Distress and Low Back Pain in Dysmenorrheic Young Adult Women: An Experimental Study, Pain Manag Nurs., 2014
- [14] Camera M, Mascolo MR. Le competenze infermieristiche e ostetriche. Libreria universitaria edizioni. Padova. 2012. cap 3,7
- [15] Bronzo V., Mascolo M.R., Counselling offerto in menopausa rivista online. Mondostetrica 1-2015 ostetrica.org. Didattica integrata a supporto dell'opera. Piccin 2013/2015. Padova
- [16] Kristen B, Van Dole, MSPH. The evaluation of the Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire and Association of Vasomotor and Psychosocial Symptoms among Postmenopausal Women in the United States: a dissertation. Chapel Hill 2009

IL FABBISOGNO FORMATIVO PER IL CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA A.A. 2019-2020

Autore

Angelo Mastrillo

Segretario della Conferenza Nazionale
Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie
Docente Corso di Laurea in Tecniche
di Neurofisiopatologia, Università di Bologna



Il quadro aggiornato in sintesi

Fabbisogno formativo

Aumenta il fabbisogno sia per le Regioni – da 663 dello scorso anno agli attuali 810 (+22%) – che per la Professione – da 877 a 1.000 (+14%). Cresce anche la minore richiesta della Regione rispetto alla Professione, con -19%. Come conseguenza il MIUR ha aumentato i posti a bando da 771 a 831, pari al +8%, anche in considerazione dell'aumento del potenziale formativo delle Università da 886 a 979 (+9,5%).

Sedi universitarie

La ripartizione dell'offerta formativa copre tutto il territorio nazionale, con 46 sedi attivate in 32 Università e con una media di 18 studenti per sede, che è più alta dei 17 dello scorso anno. In proporzione agli abitanti, con rapporto PMP nazionale di 14, l'offerta formativa sarebbe elevata per Bolzano (57), Umbria (30), Campania (23), Abruzzo (20), Emilia Romagna (19), Basilicata (18), Lazio e Sardegna (17).



CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA A.A. 2019-20																									
Programmazione posti secondo le Regioni e le Categorie e con Potenziale e a bando dalle Università																									
Elab. A. Mastrillo	POPOLAZIONE ABITANTI		FEDERAZIONE FNCO Iscritti		Occupati a 1 anno di Laurea nel 2017	Richiesta REGIONI			Richiesta CATEGORIA			Potenziale Università	a bando UNIVERSITA'		Domande D/P		Differenze								
						*PMP	FN	NO	PMP	FN	NO		PMP	*PMP			Bando vs Potenziale	Regione Categoria		Università Regione					
PIEMONTE	4.392.526	7,2%	1.353	6,6%	74%	30	3,7%	7	50	5,0%	11	27	27	3,2%	6	359	13,3	0	0%	-20	-40%	-3	-10%		
V. D'AOSTA	126.883	0,2%	56	0,3%		2	0,2%	16	0	0,0%	0									2	>100%	-2	-100%		
LOMBARDIA	10.019.166	16,5%	3.183	15,5%	66%	150	18,5%	15	150	15,0%	15	148	148	17,8%	15	876	5,9	0	0%	0	0%	-2	-1%		
P. BOLZANO	524.256	0,9%	214	1,0%		30	3,7%	57	30	3,0%	57	30	30	3,6%	57	65	2,2	0	0%	0	0%	0	0%		
P. TRENTO	538.604	0,9%	281	1,4%		10	1,2%	19	30	3,0%	56									-20	-100%	-10	0%		
VENETO	4.907.529	8,1%	1.447	7,0%	58%	60	7,4%	12	85	8,5%	17	60	60	7,2%	12	445	7,4	0	0%	-25	-29%	0	0%		
FRILUI V.G.	1.217.872	2,0%	348	1,7%	58%	16	2,0%	13	20	2,0%	16	16	16	1,9%	13	97	6,1	0	0%	-4	-20%	0	0%		
LIGURIA	1.565.307	2,6%	443	2,2%	59%	20	2,5%	13	20	2,0%	13	20	20	2,4%	13	103	5,2	0	0%	0	0%	0	0%		
EMILIA R.	4.448.841	7,3%	1.728	8,4%	59%	75	9,3%	17	100	10,0%	22	98	84	10,1%	19	552	6,6	-14	-14%	-25	-25%	9	12%		
MARCHE	1.538.055	2,5%	588	2,9%	50%	12	1,5%	8	0	0,0%	0									12	0%	-12	-100%		
TOSCANA	3.742.437	6,2%	1.403	6,8%	39%	40	4,9%	11	52	5,2%	14	55	47	5,7%	13	477	10,1	-8	-15%	-12	-23%	7	18%		
UMBRIA	888.908	1,5%	445	2,2%	56%	25	3,1%	28	15	1,5%	17	30	27	3,2%	30	142	5,3	-3	-10%	10	67%	2	8%		
LAZIO	5.898.124	9,7%	2.136	10,4%	46%	50	6,2%	8	68	6,8%	12	169	100	12,0%	17	818	8,2	-69	-41%	-18	-26%	50	100%		
ABRUZZO	1.322.247	2,2%	428	2,1%	33%	11	1,4%	8	30	3,0%	23	50	27	3,2%	20	179	6,6	-23	-46%	-19	-63%	16	145%		
MOLISE	310.449	0,5%	148	0,7%		0	0,0%	0	0	0,0%	0									0	0%	0	0%		
CAMPANIA	5.839.084	9,6%	1.997	9,7%	25%	135	16,7%	23	132	13,2%	23	135	135	16,2%	23	501	3,7	0	0%	3	2%	0	0%		
PUGLIA	4.063.888	6,7%	1.442	7,0%	48%	55	6,8%	14	3	0,3%	1	20	20	2,4%	5	278	13,9	0	0%	52	>100%	-35	-64%		
BASILICATA	570.365	0,9%	207	1,0%		10	1,2%	18	35	3,5%	61	10	10	1,2%	18	48	4,8	0	0%	-25	-71%	0	0%		
CALABRIA	1.965.128	3,2%	565	2,7%	14%	19	2,3%	10	70	7,0%	36									-51	-73%	-19	-100%		
SICILIA	5.056.641	8,3%	1.450	7,1%	29%	45	5,6%	9	70	7,0%	14	63	52	6,3%	10	594	11,4	-11	-17%	-25	-36%	7	16%		
SARDEGNA	1.653.135	2,7%	696	3,4%	32%	15	1,9%	9	40	4,0%	24	48	28	3,4%	17	206	7,4	-20	-42%	-25	-63%	13	87%		
TOTALE	60.589.445		20.558		48%	810		1	1.000		17	979	831		14	5.740	6,9	-148	-15%	-190	-19%	21	3%		
NORD	27.740.984	46%	9.053	44%	62%	393	49%	14	485	49%	17	399	385	46%	14	2.497	6,5	-14	-4%	-92	-19%	-100	-21%		
CENTRO	11.851.716	20%	3.984	19%	42%	115	14%	10	135	14%	11	254	174	21%	15	1.437	8,3	-80	-31%	-20	-15%	39	29%		
SUD	20.780.937	34%	6.505	32%	29%	279	34%	13	350	35%	17	326	245	29%	12	1.806	7,4	-81	-25%	-71	-20%	-105	-30%		
*PMP = Per 1 Milione di Popolazione																									
A.A. 2018-19					53%	663		877		886		771		5.967											
Differenza 2019 vs 2018					-5%	147		22,2%		123		14,0%		93		60		7,8%		-227		-3,8%			

Domande di ammissione

In coerenza con la bassa occupazione si rileva il minore interesse degli studenti per l'ammissione ai corsi di Laurea con 5.740 domande sugli 810 posti a bando, per un rapporto Domande su Posto (D/P) di 7,1 che è in calo rispetto al 7,7 dello scorso anno, ma che comunque conferma il quarto posto nella classifica sui 22 profili, preceduta da Fisioterapista con 12, Logopedista 8,5 e Dietista 8, rispetto alla media 3,1 di tutti i profili.

Per quanto riguarda il rapporto D/P per le Università delle varie Regioni, si rilevano ai primi posti Puglia con 14 e Piemonte con 13 in conseguenza della bassa offerta formativa; al contrario agli ultimi posti con rapporto inferiore a 5: con 4,8 Basilicata, con 3,7 Campania e infine Provincia di Bolzano con 2,2 per verosimile eccesso di offerta formativa.

Occupazione

Basso tasso occupazionale, in media 48% negli ultimi 11 anni e trend in calo dal 60% del 2007 al 38% del 2012, in risalita fino al 54% dei laureati del 2016 e ora di nuovo in

calo al 49%. Differenza di -13 punti percentuali fra il 2007 e il 2018.

Questo comporta il quartultimo posto nella classifica generale dei 22 profili, che vede ai primi 3 posti con l'87% Fisioterapista, Logopedista e Igienista Dentale, mentre la media generale delle 22 Professioni è al 70%, con Infermiere al 73%.

Il trend in calo dello stato occupazionale riguarda quasi tutte le Regioni: per il Nord dal 66% dello scorso anno all'attuale 62%, il Centro dal 53% al 42%, e resta stabilmente più basso al Sud con ulteriore calo dal 32% al 29% e con l'ultimo posto della Calabria che scende dal 40% al 14%.

L'occupazione continua a rimanere bassa anche per le Università della Campania, calando dal 30% al 25%; la causa potrebbe essere l'eccessiva offerta formativa di 135 posti, aumentata sui 105 dello scorso anno invece dello standard di 80. Significativo il rapporto domande su posto di 3,7 che è il più basso a livello nazionale che è di 6,9. Da considerare anche il confronto con la Lombardia, che pur avendo il doppio di abitanti, ha invece 148 posti rispetto ai 135 della Campania.

INCONTRI SULLA SOGLIA

Orientamento dell'operatore sanitario tra diverse etnie sui temi della salute femminile e orientamento ai servizi di prevenzione e cura in ambito ostetrico-ginecologico per donne provenienti da altri Paesi

Encounters at the threshold

Health workers orientation amongst various ethnicities with regards to female health and orientation towards obstetrical and gynaecologist prevention and care services for foreign women



Autrice

Roberta Santoni

roberta_santoni@libero.it

Il progetto di tesi inizia la sua evoluzione nel 2016, durante il primo tirocinio nel reparto di Patologia Ostetrica della Clinica Ostetrica Ginecologica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, dal mio disagio di non riuscire a entrare in contatto con alcune donne ricoverate provenienti da altri Paesi. Mi ricordo la frustrazione e la fatica di non riuscire a comunicare, il loro spaesamento spesso muto, la necessità di dover eseguire dei trattamenti sui loro corpi senza poter spiegare prima di cosa si trattasse, e quindi senza poter accogliere il loro consenso o rifiuto informato, o una negoziazione ragionevole su ciò che si poteva fare o non fare su loro corpo. Mi chiedevo come

potesse avvenire una presa in carico adeguata a queste donne, per cui ho iniziato una ricerca che mi ha portato alla scoperta della clinica transculturale, dell'etnoclinica e dell'etnopsichiatria e di alcune fruttuose applicazioni in ambito ospedaliero e in contesti di accoglienza in Italia e in Francia. Lo sguardo transculturale/etnoclinico nutre una visione complessa e viva delle dinamiche di conflitto che si scatenano spontaneamente nel contatto con "l'altro", col "diverso" che, scopro, non proviene necessariamente da un Paese lontano e sconosciuto. Affascinata da questa prospettiva ho elaborato il mio il progetto di tesi come tentativo di stabilire un contatto, affrontan-

RIASSUNTO

Tra ottobre 2018 e gennaio 2019 ho condotto una ricerca sul campo all'interno di servizi pubblici e privati di accoglienza per donne migranti nelle province di Pisa e Lucca, proponendo 7 laboratori sui temi della salute femminile: menarca e ciclo mestruale, gravidanza - parto - puerperio, contraccezione - malattie sessualmente trasmissibili e iva, problematiche uroginecologiche e menopausa. Ho incontrato madri, ragazze, nonne, studentesse, analfabete, casalinghe, ingegnere, badanti, avvocate, parrucchiere, prostitute: 59 donne di tredici diverse nazionalità, dai 14 ai 58 anni, accomunate dall'esperienza esistenziale della migrazione, tese nello sforzo di adattamento a un contesto estraneo. Con loro ho potuto sperimentare una modalità di facilitazione di questo processo di adattamento, ispirata alla clinica transculturale: ho descritto la nostra visione e le nostre pratiche di prevenzione e cura, quando è stato possibile col fondamentale supporto dei mediatori linguistico-culturali. Ho accolto la loro visione, indagando con delicatezza e curiosità.

Parole chiave

Clinica transculturale, maternità e migrazione, salute femminile e interculturale, etnoclinica.

ABSTRACT

Between October 2018 and January 2019, I conducted a field research in a number of public and private services for migrants in the provinces of Pisa and Lucca, offering 7 workshops on female health issues: menarche and menstrual cycle, pregnancy - birth - puerperium, contraception - sexually transmitted illnesses and VTP, urogynecological conditions and menopause.

I met mothers, girls, grandmothers, students, illiterates, housewives, engineers, caregivers, lawyers, hairdressers, prostitutes: 59 women representing thirteen different nationalities, aged 14-58, which had in common the existential experience of migration, striving to adjust to a foreign environment. I experimented a method of facilitation of that adjustment process inspired by transcultural consultations; I described our western views and practices of health prevention and care and investigated theirs with curiosity and care, with the fundamental support of linguistic and cultural mediators.

Keywords

Transcultural consultation, maternity and migration, female health and ethnological-clinical inter-culture.



do i temi della salute femminile, muovendomi fuori dal contesto ospedaliero verso le realtà in cui queste donne vivono, circolano, si incontrano. Le organizzazioni a cui mi sono rivolta hanno accolto con grande entusiasmo questa proposta, all'interno di questi contesti ho percepito un enorme bisogno di interventi mirati di educazione sanitaria: gli operatori dell'accoglienza si fanno carico della mediazione tra la nostra "visione" della salute, della malattia e della cura e quella dei loro beneficiari. Penso che in questo processo debbano essere messe in gioco anche le nostre competenze e quelle dei mediatori linguistico-culturali, in modo da poter realizzare una reale azione di prevenzione e rispondere ai bisogni socio-sanitari delle beneficiarie di questi servizi.

Il progetto

Ho elaborato un percorso articolato in 7 moduli sui temi legati alla salute femminile in una prospettiva interculturale:

1. Menarca e ciclo mestruale;
2. Gravidanza;
3. Travaglio di parto;
4. Nascita e puerperio;
5. Contraccezione e IVG;
6. Prevenzione oncologica e problematiche uroginecologiche;
7. Menopausa.

Ho lasciato a ogni gruppo indicazioni scritte per accedere ai servizi del territorio. Alle donne interessate ho proposto una visita alla sala parto.

Nel periodo compreso tra ottobre 2018 e gennaio 2019 ho incontrato in totale 59 donne di età compresa tra 14 e 58 anni, provenienti dai seguenti paesi: Bangladesh (18), Ni-

geria (9), Marocco (9), Italia (7), Venezuela (4), Romania (3), Ghana (2), Polonia (2), Argentina (1), Georgia (1), Brasile (1), Ucraina (1), Vietnam (1).

I laboratori si sono svolti all'interno delle seguenti organizzazioni:

1. Coop. Il Cammino – Servizio Richiedenti Asilo;
2. Coop. Arnera – Servizio Antitratta;
3. Coop. Arnera – Servizio Antitratta – Unità di strada;
4. Coop. Arnera – Servizio Centro badanti;
5. CIF provinciale Pisa – Corso di lingua italiana ;
6. Comune di Capannori – Corso di lingua italiana A2;
7. Coop. Il Simbolo e Casa della Giovane – Comunità residenziali per madri con figli minori;
8. Coop. Il Simbolo – Comunità residenziale per minori;

Ho ritenuto necessario illustrare il nostro modo di descrivere un determinato processo fisiologico (ad esempio, il ciclo mestruale) o patologico (ad esempio, le lesioni intraepiteliali), supportata da semplici nozioni anatomiche (ad esempio, l'apparato riproduttivo femminile), e spiegando loro la funzione di alcuni strumenti diagnostici e di supporto alle visite (ad esempio, cardiocografo, *speculum*), di alcuni trattamenti terapeutici o profilattici (ad esempio, taglio cesareo, profilassi antibiotica in caso di prom) con cui una donna, nell'arco della sua vita, può entrare in contatto. È stato un vero processo di "traduzione" dal linguaggio tecnico a quello comune, che si è evoluto nell'incontro, continuando la sua elaborazione ogni volta che l'interlocutore è cambiato, in un costante allenamento alla ricerca di parole e significati condivisibili.

Una particolare attenzione è stata rivolta alla trasmissione di alcune parole, ripetute spesso e scritte da ogni partecipante, che ho ritenuto utili per un minimo orientamento durante l'interazione col sistema sanitario in ambito ostetrico-ginecologico. A mia volta ho ricevuto le loro parole, nelle loro lingue di origine. Inoltre, ho cercato di capire

come loro descrivono questi processi e come vengono trattati nei loro Paesi di origine, facendo domande dirette, manifestando curiosità e accoglienza verso le loro competenze. Le donne che hanno partecipato hanno compilato un modulo di raccolta dati, composto da una prima parte anagrafica e da una seconda parte di anamnesi ostetrica.

Analisi dei dati anagrafici del campione

Religione

Il 48% religione musulmana, il 22% cristiana, il 12% cristiana – cattolica, il 5% cristiana – evangelica, il 5% cristiana – ortodossa, il 3% atea, il 3% credente ma non riconducibile a nessuna religione in particolare, il 2% buddista

Scolarizzazione

Il 27% è in possesso di un diploma, il 20% di licenza media, il 20% di licenza elementare, il 14% di una laurea, il 10% sta frequentando un liceo, il 9% non è alfabetizzato.

Permanenza sul nostro territorio

Le partecipanti sono in Italia da meno di 1 anno nel 14%, da 1 a 3 anni nel 30%, da 4 a 10 anni nel 31%, da più di 10 anni nel 25%.

Conoscenza della lingua italiana

La loro conoscenza della lingua italiana, rapportata alla lunga permanenza nel nostro territorio, è significativamente scarsa, ovvero il 68% conosce poco la lingua italiana, il 13% ha una buona conoscenza, il 17% ottima, il 2% nessuna.

È possibile intuire da questa presentazione la vastità e la varietà del fenomeno migratorio e il grado di complessità che noi operatori sanitari dobbiamo affrontare nella presa in carico delle persone che provengono da altri Paesi: da un lato noi, portatori di una complessità culturale che possiamo definire “medica” o “scientifica” e, dall'altro lato, invece occorre chiedersi: chi abbiamo di fronte, da quale dimensione culturale proviene? Che tipo di viaggio l'ha portato qui davanti a me?

Sembra impossibile risolvere la conflittualità che ne consegue, eppure ci sono esperienze che dimostrano che è possibile facilitare l'interazione e abbassare il livello di tensione, a vantaggio delle parti coinvolte e di tutta l'organizzazione.

Analisi dei dati dell'anamnesi ostetrica del campione

Su un totale di 59 donne, nell'arco di tempo considerato, il totale delle gravidanze è risultato 99, di cui il 4% in corso, il 71% portate a termine, il 4% pretermine, il 5% esitate in aborto spontaneo e il 16% IVG, percentuale quest'ultima significativamente superiore al 9,1% della Regione Toscana sulla popolazione generale (ARS “Gravidanza e Parto in Toscana – novembre 2017). In questo caso è necessario sot-

tolinare che le interruzioni volontarie si sono concentrate in pochi soggetti nei gruppi dell'anti-tratta, del Centro badanti e delle madri sole con figli minori, che sono ricorsi più volte a questo intervento e che vivono o provengono da condizioni di grave marginalità. Delle 99 gravidanze, 74 hanno esitato in parto a termine e pretermine, secondo le seguenti modalità: spontaneo nel 43% dei casi; indotto nel 6% dei casi; TC programmato nel 23% dei casi e TC in emergenza nel 28% dei casi. Nessuna ha riferito di aver avuto un parto operativo, forse non è stato possibile per loro capire al momento del parto se è stato necessario l'utilizzo della ventosa. Quindi osserviamo una percentuale di TC (programmati+emergenza) del 51% e una percentuale di parto spontaneo del 43%. Questo dato si discosta in modo significativo dalla percentuale regionale del 27,1% (ARS “Gravidanza e Parto in Toscana” – novembre 2017) e quindi merita un approfondimento. Nel 45% dei casi il taglio cesareo è stato fatto nel Paese di origine; nel 52% in Italia distribuiti sui centri di Pisa, Pontedera e Lucca, e nel 3% in altri Paesi. Quindi nel 45% dei casi queste donne sono giunte in Italia con un pregresso taglio cesareo: dalle indicazioni riferite dalle donne emerge un quadro che statisticamente conosciamo già, ovvero la tendenza dei Paesi in via di sviluppo all'utilizzo inappropriato del TC, con dinamiche simili a quelle messe in campo fino a poco tempo fa nel nostro Paese e purtroppo non ancora superate in alcune Regioni. Questo porta necessariamente la nostra attenzione sul tema ancora spinoso del *Vaginal Birth After Cesarean* (VBAC). Perché a queste donne durante la loro seconda gravidanza sul nostro territorio viene programmato un secondo taglio cesareo? Molte di loro durante gli incontri hanno manifestato un prezioso desiderio di partorire spontaneamente, che tuttavia non è stato accolto. Oltre al dato significativo della quota elevata di precesarizzate, possiamo indagare anche ulteriori vie di interpretazione di questo dato discordante, ovvero mi chiedo se alcune nicchie etniche e/o socio-economiche siano sottoposte a una percentuale più alta di TC rispetto alla popolazione generale e alla popolazione straniera.

Maternità e migrazione

Nel 2016 in Toscana i parti da donne straniere raggiungono il 28,9 % del totale. Quasi un terzo dell'assistenza è quindi rivolta a quella popolazione variegata nella quale sono rappresentate più di 60 nazionalità differenti.

Come si evince chiaramente dalla relazione dell'ARS Toscana (2017), le donne straniere definite PFP, ovvero quelle provenienti da Paesi a forte pressione migratoria, rientrano in quella fascia di popolazione che vive in condizioni di marginalità: bassa scolarizzazione, minor adesione ai nostri programmi di monitoraggio della gravidanza, che affrontano a volte da sole l'esperienza della sala parto.

Quindi abbiamo un 28,9% di utenza portatrice di fragilità, storie traumatiche, barriere linguistico-culturali e potente alterità: con quali strumenti intendiamo affrontare questa complessa dinamica?

La clinica transculturale

I servizi strutturati di accoglienza per donne migranti nella Maternità dell'Ospedale di Jean Verdier a Parigi (1995), quello dell'Area Materno-Infantile degli Ospedali S. Paolo e S. Carlo a Milano (2000) e le attività del Centro Studi Sagara – Interculturalità, Mediazione Etnoclinica, Etnopsichiatria | Scuola di Specializzazione in Psicoterapia a indirizzo Psicodinamico e orientamento Etnopsicoterapeutico – con sede a Casciana Terme Lari – Pisa (2010) forniscono un modello funzionale che sostiene il professionista sanitario, posto di fronte alla complessità culturale delle numerose etnie con cui entra in contatto nella pratica clinica, e sostiene l'utente posta anch'essa di fronte alla complessità tecnica e organizzativa del nostro sistema medico.

Le figure professionali che si pongono sulla "soglia" di questi due mondi sono il **mediatore etnoclinico** da un lato e il **mediatore linguistico-culturale** dall'altro, i quali agiscono in un contesto spazio-temporale dedicato all'ascolto e all'indagine, facilitando l'emersione di temi conflittuali e la comprensione reciproca.

I punti cardine di azioni di questo tipo, così come sono stati rilevati nel corso delle esperienze sopra citate, sono:

- un'équipe multidisciplinare femminile formata alla clinica transculturale (ostetrica, ginecologa, pediatra/neonataloga, psicologa, mediatrici linguistico-culturali, mediatrice etnoclinica/antropologa);
- la collocazione del servizio all'interno dell'azienda ospedaliera, che raccolga l'invio di pazienti dal territorio, ma che sia anche punto di riferimento per i reparti di ginecologia, patologia e fisiologia ostetrica, sala parto, neonatologia e pediatria;
- i corsi di accompagnamento alla nascita dedicati alle donne migranti;
- la formazione e il graduale coinvolgimento di tutti i professionisti socio-sanitari in una prospettiva transculturale.

In questo modo diventa possibile, in un'ottica di prevenzione, individuare bisogni altrimenti inaccessibili, situazioni di fragilità, sofferenza e disagio e programmare di conseguenza interventi pertinenti.

La formazione dei professionisti socio-sanitari induce l'apertura di nuove e interessanti interpretazioni dell'azione di cura praticata ogni giorno e innesca la capacità di cogliere le molteplici rappresentazioni della salute, della malattia e del suo trattamento che potranno emergere dal paziente e dal suo gruppo. Conseguentemente potrà diminuire il livello di tensione, e a volte di conflitto, che si scatena nel confronto con ciò che è diverso.

La strutturazione di un servizio come sopra descritto avvia il processo virtuoso che pone le basi dell'alleanza terapeutica, condizione necessaria al buon esito del trattamento.

Inoltre, numerosi studi dimostrano che le strategie di sostegno alle madri nel periodo perinatale determinano:

- diminuzione degli accessi al pronto soccorso ostetrico;
- diminuzione degli accessi ai servizi socio-sanitari dei bambini in età scolare e adolescenziale;

- anticipazione della richiesta di aiuto da parte di queste pazienti di fronte ai problemi di salute con una conseguente diminuzione di situazioni da affrontare in emergenza;
- risparmio di risorse a lungo termine.

Questa ricerca sperimentale è stata un assaggio di una modalità operativa che spero si diffonda presto nei termini descritti in precedenza, portando a un miglioramento della qualità delle relazioni di cura che viviamo ogni giorno nel nostro lavoro, non solo con le nostre pazienti straniere. Infatti, ogni donna che accogliamo in reparto è portatrice di diversità: spesso può essere complicato entrare in relazione con donne italiane che hanno una cultura della salute e della malattia diverse dalla nostra. Imparare a sospendere il giudizio, allenare la curiosità nel nostro sguardo sull'altro, far emergere la persona "nascosta" nella paziente sono competenze utili al curante a prescindere dal Paese di origine di chi abbiamo di fronte e che sta chiedendo il nostro aiuto.

Vivendo la *routine* ospedaliera, col suo andamento spesso frenetico, le emergenze, i picchi di affluenza ai servizi, è comprensibile quanto possa sembrare difficile trovare il tempo della relazione, che ha un ritmo diverso da quello del "protocollo", strumento preziosissimo di orientamento e di gestione, ma che non può oscurare la componente profondamente umana del lavoro di cura; penso sia imprescindibile dal nostro ruolo di ostetriche, così come per tutte le figure professionali che operano nell'ambito della salute.

In quest'ottica la nostra capacità di individuare la sofferenza e le sue fonti potrà migliorare e i trattamenti proposti saranno più efficaci.

Bibliografia e sitografia

- Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (2017) *Gravidanza e parto in Toscana* <https://www.ars.toscana.it/aree-d'intervento/la-salute-di/genere/gravidanza-parto-e-puerperio/news/3847-gravidanza-e-parto-in-toscana-e-online-l-ultima-pubblicazione-dell-ars.html>
- Bouznah S., Lewertowski C. (2014) *Quando gli spiriti incontrano i medici – Sette storie per guarire*. Milano, edizioni Colibrì
- Cattaneo M. L., dal Verme S. (2005) *Donne e madri nella migrazione – Prospettive transculturali e di genere*. Milano, Edizioni Unicopli
- Centro Studi Sagara, *Mediazione etnoclinica* - <https://www.centrosagara.it/mediazione-etnoclinica>
- Coppo P. (2003) *Le possibili alleanze. 2. Etnopsichiatria e medicina tradizionale*, in www.oriss.org, intervista di Pakuy Pierre Mounkoro
- dal Verme S. (2011) *La clinica transculturale*. Donna & Donna il giornale delle ostetriche – Scuola Elementale di' Arte Ostetrica
- Moro M. R., Neuman D., Rèal I. (2010) *Maternità in esilio*. Milano, Raffaello Cortina Edizioni

DONNE E TATUAGGI

Implicazioni per la salute in gravidanza, parto e allattamento

Women and Tattoos: implications for health in pregnancy, birth and lactation



Autrici

Patrizia Luciani

Ostetrica

Dottoressa Magistrale

*in Scienze Infermieristiche e Ostetriche
Ostetrica Coordinatore dell'UOC di Ostetrica
dell'Ospedale San Pietro Fatebenefratelli
luciani.patrizia@bfm.it*



Cristina Ciari

Ostetrica

Dottoressa Magistrale

*in Scienze Infermieristiche e Ostetriche
Ostetrica Coordinatore dell'UOC di Ostetrica
dell'Ospedale San Pietro Fatebenefratelli
cristina.ciari@libero.it*



Marta Catalucci

Ostetrica

Master di I livello

*in "Pavimento pelvico e riabilitazione"
Ostetrica presso l'Ospedale San Pietro
Fatebenefratelli
catalucci.marta@gmail.com*



Fabiola Godino

Ostetrica

Dottoressa Magistrale

*in Scienze Infermieristiche e Ostetriche
fabiolagodino@gmail.com*

RIASSUNTO

Il tatuaggio è una tecnica pittorica corporale che consiste nella pratica di decorare, con segni indelebili, la cute del corpo umano mediante l'introduzione, al suo interno, di particelle di pigmenti. L'obiettivo di questo articolo è far conoscere l'impatto dei tatuaggi sulla salute della donna e renderlo motivo d'interesse per le ostetriche. In Italia non c'è una legislazione specifica riguardante i tatuaggi e le norme esistenti si limitano alle "Linee Guida del Ministero della Salute per l'esecuzione di procedure di tatuaggio e piercing in condizioni di sicurezza".

Nonostante i pochi dati in letteratura circa la teratogenesi del tatuaggio in gravidanza, è prudente consigliare alle donne l'astensione dalla pratica del tatuaggio a partire dalla diagnosi della gravidanza e fino al termine dell'allattamento. Per quanto riguarda le controindicazioni alla parto-analgesia in presenza di tatuaggi nella zona lombare, i pareri in letteratura appaiono discordanti. L'ostetrica, che segue e monitora le fasi evolutive della donna, ha la possibilità di render noto i possibili rischi dei tatuaggi promuovendo la salute attraverso la prevenzione.

Parole chiave

Tatuaggi e gravidanza, tatuaggi e peridurale, inchiostri.

ABSTRACT

Tattoo is a body painting technique which consists in the practice of decorating the skin with indelible signs by introducing pigment particles inside it. The purpose of this article is to make known the impact that tattoos can have on a woman's health a topic of interest to midwives. In Italy there is no specific prescriptive legislation regarding tattoos, in fact the Italian regulatory framework is limited to the "Ministry of Health Guidelines for performing tattooing and piercing procedures in safe conditions".

Despite the few data in the literature about the teratogenicity of tattooing during pregnancy, it is wise to recommend abstaining from tattooing women, from the diagnosis of pregnancy to the end of breastfeeding. Regarding the appearance of analgesia delivery in the presence of a lumbar tattoo, the opinions in the literature appear discordant. The midwife, as a professional during the phases of women lives, has the task of guiding and informing women about risks of tattooing and spread the basic concepts of prevention.

Keywords

Tattoos and pregnancy, tattoos and epidural, inks.

Introduzione

Il tatuaggio è un cambiamento permanente del colore della cute prodotto mediante l'introduzione di uno o più pigmenti al suo interno. Ha origini molto antiche e il termine "tattoo" deriva dalla parola tahitiana "ta-tau", che rappresenta il gesto di "picchiettare" incidendo segni permanenti sulla pelle [5].

Nel corso dei secoli, l'uso dei tatuaggi tra le varie culture si diffuse rapidamente. In Europa vennero proibiti dalle più diffuse religioni monoteiste (che adottarono un atteggiamento critico nei confronti dei tatuaggi) poiché deturpavano il corpo. Dal XVIII secolo vennero reintrodotti nella cultura occidentale dai marinai che, di ritorno dalle spedizioni oceaniche, esibivano i tatuaggi ispirati ai popoli che avevano visitato. Attualmente la pratica del tatuaggio è largamente diffusa e si utilizza come decorazione e forma di abbellimento estetico. La principale motivazione per la quale si effettua un tatuaggio è l'espressione di esperienze di vita in esso rappresentate e per i giovani è spesso simbolo di ribellione e di affermazione della propria identità [4].

Esistono diverse tipologie di tatuaggi: tatuaggio artistico, tatuaggio con finalità medica (nelle ricostruzioni mammarie per definire l'areola e il capezzolo), trucco permanente (PMU) e tatuaggio post-traumatico. Il numero di persone che si sottopone a un tatuaggio è aumentato sensibilmente negli ultimi decenni e la situazione italiana, relativa a coloro che hanno uno o più tatuaggi, è stata rilevata da un'indagine dell'Istituto Superiore di Sanità risalente al 2015, in cui si stima che le persone che hanno almeno un tatuaggio sono circa sette milioni, il 12,8% della popolazione, con una prevalenza numerica di donne rispetto agli uomini [6]. L'intento di questo articolo è rendere noto l'impatto che i tatuaggi possono avere sulla salute di una donna, così che le ostetriche possano spiegarlo contribuendo fattivamente all'accrescimento di consapevolezza delle donne e favorire, di conseguenza, una scelta informata.

Aspetti tecnici, infettivi e chimici: rischi e complicazioni

Esistono diverse tecniche per realizzare un tatuaggio. Una di queste consiste nell'introduzione di inchiostro attraverso un processo di iniezione con il quale si supera la barriera dell'epidermide e si deposita il pigmento a livello del derma, in modo che il risultato finale sia indelebile e permanente. L'inchiostro, infatti, viene inserito all'interno di appositi meccanismi elettrici provvisti di piccoli



aghi che, con un movimento oscillatorio, penetrano ripetutamente nella cute. Una macchina per tatuaggi, in base alla velocità programmata, può eseguire da 50 a 3.000 oscillazioni degli aghi al minuto, mentre il tatuatore controlla la profondità d'iniezione, il numero di passaggi e la quantità totale di inchiostro da iniettare. [6, 15] Durante il processo introduttivo, una parte d'inchiostro fluisce esternamente sulla pelle attraverso gli aghi e viene pulito ed eliminato. Durante questa fase, la maggior parte dei residui di pigmento vengono incorporati nel derma tra le fibre di collagene, producendo il tatuaggio permanente, mentre una discreta quantità viene espulsa in superficie attraverso la cute. Questa fuga di pigmento si interrompe nel momento in cui la membrana basale tra il derma e l'epidermide termina il processo di guarigione (dopo circa 1-2 settimane). Da quel momento i pigmenti non possono più oltrepassare questa barriera depositandosi nel derma. È stato osservato che la tendenza dei pigmenti ad allontanarsi dal derma fa sì che confluiscono anche nel flusso interstiziale raggiungendo il drenaggio linfatico e i linfonodi regionali [15].

Il numero di complicanze, associate al tatuaggio, è cresciuto in funzione della sua popolarità (tra il 2% e il 20% delle persone con tatuaggi) [1]. Nella letteratura presa in esame, i rischi per la salute riguardano soprattutto le infezioni dovute ad assenza o cattive condizioni igieniche e alla mancata sterilità, e le reazioni avverse, come allergie e infiammazioni, a causa della presenza di elementi organici e inorganici all'interno dei pigmenti [15].

Le probabilità di contrarre un'infezione aumentano, inoltre, in presenza di agenti infettivi come batteri, virus e funghi. Il rischio maggiore è rappresentato dalla trasmissione di virus quali l'HIV, HCV e HBV e batteri come Stafilococchi, Streptococchi e l'E. Coli. Il pericolo di contrarre tali infezioni diminuisce fortemente (tra l'1% e il 5%) se però il tatuaggio viene effettuato da un professionista certificato, in luoghi adibiti a studi professionali e nel rispetto delle norme igienico-sanitarie [4, 5]. Il rischio di incorrere in allergie e infiammazioni è, invece, correlato ai coloranti impiegati per gli inchiostri dei tatuaggi, che a volte sono prodotti in grandi quantità per usi industriali e, non essendo testati per l'uso umano, sono potenzialmente contaminati e nocivi per la salute [4].

Un altro rischio correlato alla presenza dei tatuaggi è rappresentato da possibili complicanze, ad esempio gonfiori o bruciature, durante gli esami di risonanza magnetica: la presenza di pigmenti a base metallica, infatti, può invalidare le immagini, rendendole di difficile interpretazione. In Italia, nel 2009, l'ISS e l'Istituto Dermatologico San Gallicano hanno condotto una ricerca nel mercato di inchiostri per tatuaggi i cui dati evidenziavano come la presenza di metalli nei pigmenti risultava molto variabile tra i diversi campioni e fra i diversi marchi [6]. Da gennaio a marzo 2019 sono stati ritirati dal commercio italiano 14 tipi di inchiostro per tatuaggi provenienti dagli USA, poiché non conformi ai criteri di sicurezza in vigore [13].

Controindicazioni e indicazioni al tatuaggio [6]:

- soggetti allergici e fotosensibili, epilettici, affetti da malattie infettive, autoimmuni o a carico dell'apparato respiratorio e cardiocircolatorio;
- soggetti che soffrono di malattie della pelle;
- soggetti che soffrono di disturbi della coagulazione;
- evitare aree sottoposte, nell'ultimo anno, a interventi di chirurgia plastica o radioterapia;

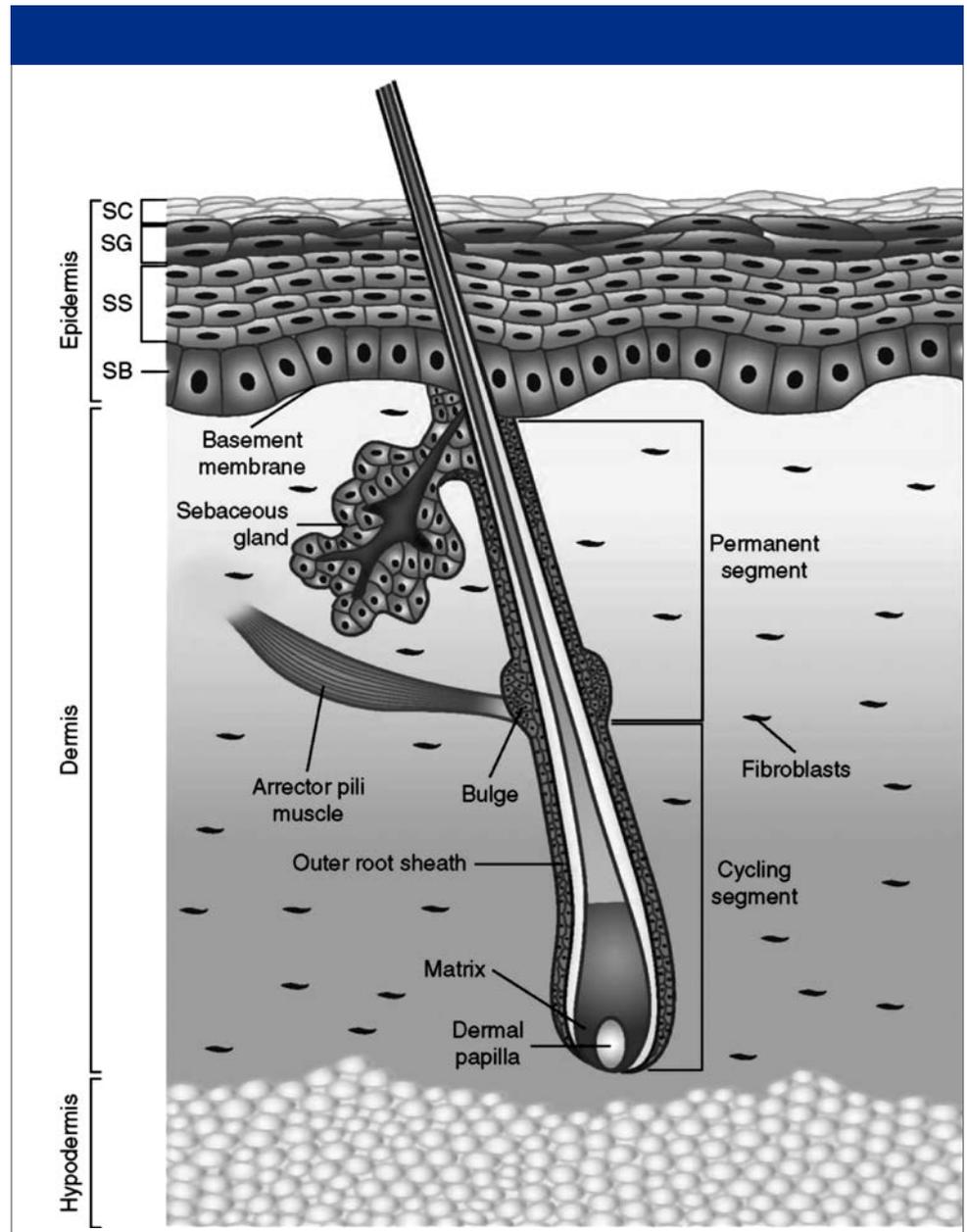


Immagine tratta da Farley C.L, Van Hoover C, Rademeyer. Women and Tattoos: Fashion, Meaning, and Implications for Health. 2019 by the American College of Nurse-Midwives. 1526-9523/09/\$36.00 doi:10.1111/jmwh.12932 [4]

- evitare zone con cicatrici formatesi da meno di un anno;
- evitare zone già tatuate da meno di sei settimane;
- evitare aree in cui è stato rimosso un precedente tatuaggio tramite laser;
- evitare di tatuarsi durante la gravidanza e l'allattamento.

Legislazione

Considerati e riscontrati i possibili rischi per la salute pubblica, le leggi e le regolamentazioni dei vari Paesi non si sono adeguate alla rapida espansione del mercato dei tatuaggi [4]. In Italia non è presente una legislazione esaustiva per ciò che riguarda i tatuaggi, il quadro normativo ita-

liano è limitato alle “Linee Guida del Ministero della Salute per l’esecuzione di procedure di tatuaggio e piercing in condizioni di sicurezza” (Circolare del 5 febbraio 1998 n. 2.9/156 e Circolare del 16 luglio 1998 n. 2.8/633). In esse si fa riferimento alla necessità di praticare l’attività in sicurezza, rispettando i requisiti igienici, i pigmenti devono rispondere a requisiti di atossicità e sterilità [6, 12]. In ambito comunitario, il Comitato dei Ministri del Consiglio d’Europa ha approvato ed emanato la Risoluzione ResAP (2008)1, nella quale vengono indicati i requisiti e i criteri per la valutazione della sicurezza dei tatuaggi e del PMU (*Permanent Make Up*). La risoluzione menziona una lista di sostanze vietate negli inchiostri e un elenco di restrizioni per altri componenti [14]. Nell’Unione Europea sono stati istituiti sistemi di vigilanza attiva che invitano i medici a segnalare casi di complicanze causate dal tatuaggio, come il RAPEX, Sistema di Allerta Rapido per prodotti pericolosi non alimentari, che ciò nonostante è poco utilizzato [13, 15].

Tatuaggi in gravidanza, parto e allattamento

La gravidanza rappresenta una controindicazione assoluta alla pratica del tatuaggio, per i rischi rappresentati da possibili infezioni e reazioni avverse. Non sono disponibili studi su eventuali effetti tossici o teratogeni da parte dei tatuaggi sul feto e sul passaggio di frammenti di pigmento attraverso la placenta [4, 5, 6, 15].

Un’ulteriore possibile complicazione, legata ai tatuaggi, riguarda quelli realizzati nella zona lombare poiché potrebbero precludere alla donna la possibilità di usufruire della parto-analgesia. Dall’analisi della letteratura risultano pareri discordanti per ciò che riguarda la possibilità di effettuare tale tecnica, nonostante la presenza di un tatuaggio nella zona lombare. Le perplessità nascono dalla consapevolezza che gli aghi possono trasportare frammenti di tessuto all’interno di strutture più profonde. A tal proposito, in uno studio del 2016 sono state analizzate, per mezzo di esame citologico, la prima e la terza goccia del liquido cerebrospinale raccolte durante un’anestesia spinale ed è stato dimostrato come aghi di egual misura ma con punte differenti (25G atraumatica, a punta di matita e Quincke) trasportassero tutti cellule epiteliali squamose all’interno del canale spinale [7].

Composizione degli inchiostri per tatuaggi

Pigmenti/coloranti	Possibili ingredienti
Nero/Grigio	Carbonio, ossido di ferro, sali di ferro, biossido di titanio, inchiostro di china, magnetite
Rosso	Ossido di ferro, solfato di ferro, ematite, solfuro di mercurio, cinabro, seleniuro di cadmio, terra di Siena, naftolo, chinacridoni
Verde	Ossido di cromo, sesquiossido di cromo idrato, verde malachite, piombo cromato, ferrocianuro e cianuro, ferromagnetico, verde di curcumina, coloranti di ftalocianina
Blu	Ftalocianina di cobalto, blu cobalto, alluminato di cobalto, ferrocianuro ferrico, indigoide
Viola	Ammoniaca di manganese, pirofosfato, vari sali di alluminio, pigmento viola 19, indigoide
Giallo	Cadmio solfuro, ocre, curcumina gialla, azocoloranti, limonite, antrachinone
Marrone	Ocre, ossidi di ferro
Bianco	Diossido di titanio, ossido di zinco, corindone

Si deduce così che, introducendo un ago cavo attraverso l’inchiostro del tatuaggio, si potrebbe trasportare parte del tessuto contenente il pigmento e iniettarlo nello spazio epidurale, subdurale e subaracnoideo. Un rischio che potrebbe creare le condizioni per il verificarsi di danni da irritazione, infiammazione o infezione dei rami nervosi, dovuti a frammenti estranei di tessuto pigmentato introdotti in questi spazi. La maggior parte degli studiosi in materia suggerisce di eliminare questo rischio evitando di inserire l’ago attraverso il tatuaggio, selezionando uno spazio intervertebrale con cute priva di tatuaggi, o utilizzando un approccio paramediano, oppure ancora eseguendo la puntura attraverso una zona di cute libera da pigmento all’interno dell’area del tatuaggio [2, 3, 10, 16]. Altri studiosi sostengono che non sono mai state riportate complicazioni dovute alla puntura di un tatuaggio in zona lombare e solo in un caso una donna riferiva dolore e bruciore a seguito della parto-analgesia effettuata in presenza di un tatuaggio. Secondo tali studiosi, i tatuaggi non dovrebbero costituire motivo di allarme dal momento che l’inchiostro del tatuaggio è localizzato nel derma e questo non è mai stato osservato tra le particelle trasportate dall’ago verso strati più profondi al contrario dell’epidermide [8, 17].

Dagli studi presi in esame si evince che non esiste una linea di pensiero comune, pertanto i pareri e le raccomandazioni risultano discordanti. Inoltre, non essendo presenti delle linee guida a cui gli operatori possano far riferimento, è lasciata al singolo anestesista la decisione di praticare o meno la parto analgesia in donne con tatuaggi nella zona lombare.

Nel 2015 l’ISS inserisce il tatuaggio tra le controindicazioni all’allattamento, per poi depennarlo dall’elenco del 2018 [6]. La Leche Legue rassicura le donne sulla pratica dei tatuaggi durante l’allattamento perché non è mai sta-

to dimostrato il passaggio dei pigmenti attraverso il latte materno [11]. Comunque, come per la gravidanza, esiste un rischio infettivo e la possibile insorgenza di reazioni avverse ai tatuaggi (allergie e infiammazioni), che potrebbero richiedere farmaci incompatibili con l'allattamento o che potrebbero compromettere i delicati equilibri di questo specifico periodo. Pertanto, considerati i possibili rischi, si ritiene opportuno consigliare l'astensione dalla pratica del tatuaggio alle donne a partire dalla diagnosi della gravidanza fino al termine dell'allattamento [9, 11].

Conclusioni

Alla luce di quanto studiato, nessun inchiostro per tatuaggi si può definire totalmente sicuro e privo di rischi. Il mercato dei tatuaggi ha una regolamentazione molto esigua per quel che riguarda la produzione di inchiostri, aghi e macchinette. Tale vuoto legislativo contribuisce a incrementare la mancanza di consapevolezza sulle implicazioni per la salute di chi si fa tatuare [15]. In considerazione delle possibili complicanze a seguito dei tatuaggi, con reazioni più o meno severe, sembrerebbe ragionevole oltre che prudente da parte delle ostetriche informare le donne dei possibili rischi di questo tipo di pratica. Trovandosi di fronte a donne che hanno tatuaggi o che vorrebbero farsene, l'ostetrica ha la possibilità di promuovere la salute diffondendo concetti alla base della prevenzione, orientando le donne nella conoscenza del proprio corpo e divulgando gli strumenti necessari per effettuare scelte consapevoli. Per incrementare la conoscenza sui tatuaggi, le ostetriche potrebbero chiedere alle scuole e alle università di organizzare incontri formativi per favorire lo scambio di informazioni e il confronto anche con la presenza di tatuatori professionisti. Ma è senza dubbio il consultorio il luogo privilegiato anche per questo tipo di consulenza, poiché in modo capillare sul territorio l'ostetrica incontra e accoglie la donna dall'adolescenza alla menopausa.

Bibliografia

- [1] Boulart L, et al. *Dealing with tattoos in plastic surgery. Complications and medical use.* <http://dx.doi.org/10.1016/j.anplas.2016.09.004>
- [2] Douglas M.J, Swenerton J.E. *Epidural anesthesia in three parturients with lumbar tattoos: a review of possible implications.* CAN J ANESTH 2002 / 49: 10 / pp 1057-1060
- [3] DuqueI M, LopesI J, et al. *Lumbar tattoo and labour analgesia: a case of surgical approach.* Nascere e Crescere – Birth and Growth Medical Journal 2017; 26(4):255-7
- [4] Farley C.L, Van Hoover C, Rademeyer. *Women and Tattoos: Fashion, Meaning, and Implications for Health.* 2019 by the American College of Nurse-Midwives. doi:10.1111/jmwh.12932
- [5] Islam P.S, Chang C, et al. *Medical Complications of Tattoos: A Comprehensive Review.* Clinic Rev Allerg Immunol 2016, DOI 10.1007/s12016-016-8532-0



- [6] ISS. 7 settembre 2015 <http://old.iss.it/pres/?lang=1&id=1555&tipo=6&csss=001> 28 febbraio 2018 <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/t/tatuaggi#link-di-approfondimento>
- [7] Kantekin Çiğdem U, Sevinc S, et al. *A comparison of three different needles used for spinal anesthesia in terms of squamous epithelial cell transport risk.* Rev Bras Anestesiol. 2017;67(5):468-471
- [8] Kluger N. *Body art and pregnancy.* European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 153 (2010) 3-7
- [9] Kluger N. *Can a mother get a tattoo during pregnancy or while breastfeeding?* 18 January 2021, 18 January 2012, doi: 10.1016/j.ejogrb.2012.01.012
- [10] Kuczkowski K.M. *Labor analgesia for the parturient with lumbar tattoos: what does an obstetrician need to know?* Arch Gynecol Obstet (2006) 274: 310-312 DOI 10.1007/s00404-006-0130-6
- [11] La Leche League International. <https://www.llli.org/breastfeeding-info/tattoos-and-breastfeeding>
- [12] Linee guida del Ministero della Sanità per l'esecuzione di procedure di tatuaggio e piercing in condizioni di sicurezza. (Circolare 05.02.1998 n.2.9/156)
- [13] Ministero della Salute. *Allarmi consumatori e reazioni a notifiche di prodotti non alimentari pericolosi.* www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_3_3.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=avvisi&tipo=chimica&annoda=2019
- [14] ResAP (2008)1: la risoluzione del Consiglio d'Europa sui requisiti e criteri per la sicurezza dei tatuaggi e del trucco permanente
- [15] Serup J, Bäumlér W (eds): *Diagnosis and Therapy of Tattoo Complications. With Atlas of Illustrative Cases.* Curr Probl Dermatol. Basel, Karger, 2017, vol. 52, pp. 1-29 (DOI: 10.1159/000450773)
- [16] Welliver D, Welliver M, et al. *Lumbar Epidural Catheter Placement in the Presence of Low Back Tattoos: A Review of the Safety Concerns.* AANA Journal 13 June 2010 13 Vol. 78, No. 3
- [17] Zipori Y, Jakobi P, et al. *The need for an epidural "window of opportunity" in pregnant women with a lumbar tattoo.* International Journal of Obstetric Anesthesia (2018) 33, 53-56 <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2017.09.002>



LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

LUCINA - LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

Organo di informazione della Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica, inviato per posta a tutte le ostetriche italiane iscritte all'Albo professionale e a tutti i rappresentanti delle istituzioni di interesse per la professione.

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

Periodicità: trimestrale

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

Sono trattate anche problematiche legali di interesse professionale.

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

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

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

COME RICEVERE LA RIVISTA

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

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

Informiamo che secondo quanto disposto dall'art. 13, comma 1, della Legge 675/96 sulla "Tutela dei dati personali", ciascun iscritto agli Ordini ha il diritto, in qualsiasi momento e del tutto gratuitamente, di consultare, far modificare o cancellare i suoi dati o semplicemente opporsi al loro trattamento per l'invio della presente rivista. Tale diritto potrà essere esercitato semplicemente scrivendo una mail all'Ordine di appartenenza e per conoscenza alla Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica.

NORME EDITORIALI

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

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

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

- **nome e cognome;**
- **funzione professionale;**
- **sede lavorativa;**
- **indirizzo completo;**
- **recapito telefonico fisso e cellulare/privato;**
- **un indirizzo di posta elettronica** da pubblicare in calce all'articolo e/o un indirizzo di posta elettronica dove poter essere contattati;
- **una foto dell'autore** con l'esplicito consenso all'utilizzo per la pubblicazione a corredo dell'articolo.

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



Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica

LUCINA
La rivista dell'ostetrica/o
ORGANO UFFICIALE
DELLA FNOPO

FNOPO
Federazione
Nazionale
degli Ordini
della Professione
di Ostetrica

WWW.FNOPO.IT