

MAIEUTIKΟΣ

ANNO 2
NUMERO 1 | 2015



I TEMI IN QUESTO NUMERO

- Il breastfeeding assessment score modificato, strumento per garantire sostegno mirato in puerperio e continuità nell'assistenza: uno studio sperimentale nella realtà riminese
- La checklist per la prevenzione degli eventi avversi in sala parto
- Il rischio in sala parto
- L'Ostetrica Ct: un percorso formativo, una scelta, una responsabilità

Comitato Scientifico

AIO - ASSOCIAZIONE ITALIANA DI OSTETRICIA



ANTONELLA MARCHI

Presidente Nazionale AIO

Ostetrica Legale Forense, Specializzata in

“Analisi della scena del crimine e Scienze Forensi”;
Docente all’Università degli Studi di Siena al Master di Infermieristica ed Ostetricia Legale Forense;
Membro dell’Accademia Italiana di Scienze Forensi e Responsabile della sezione Ostetricia Legale Forense;
Direttore del Centro studi, prevenzione e supporto contro lo stupro e gli atti predatorii su adulti e minori “Uno squarcio nel buio” – Siena



ANTONIO CHIANTERA

Direttore onorario

Segretario Nazionale AOGOI



GIUSEPPE ETTORE

Vice Presidente Nazionale AIO

Segretario Regionale Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI);
Docente I Scuola di Specializzazione in Ginecologia Ostetrica - Università degli Studi di Catania;
Responsabile clinico dell’attività ginecologica della “Unità di fecondazione in vitro” U.O. di Andrologia e Endocrinologia, ARNAS Garibaldi;
Coordinatore scientifico Registro Regionale delle malformazioni congenite; Componente Comitato Percorso Nascita Nazionale del Ministero della Salute; Componente Comitato Percorso Nascita Regione Sicilia; Componente Consiglio Direttivo Società Italiana di Medicina Perinatale (SIMP); Componente Commissione di Medicina Legale Società Italiana di Ecografia Ostetrico Ginecologico (SIEOG).



ROSARIA CAPPADONA

Ostetrica

Vicepresidente del Collegio Provinciale delle Ostetriche di Ferrara; Consigliera della Commissione Nazionale Corsi di laurea in Ostetricia nella Conferenza permanente delle Classi di laurea delle Professioni Sanitarie;
Dirigente della Attività Formative del corso di Laurea in Ostetricia e Direttore delle attività didattiche del corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche presso l’Università degli Studi di Ferrara, svolgendo anche funzioni di docente



MARILISA COLUZZI

Ostetrica

Ostetrica esperta in management e comunicazione no profit, qualità ed euro-progettazione;
Giurista esperta in diritto sanitario, conciliazione e mediazione
Presidente del Collegio Provinciale delle Ostetriche di Latina



CLAUDIO CRESCINI

Ginecologo

Direttore Dipartimento Materno Infantile Azienda Ospedaliera Treviglio Caravaggio (Bg)
Segretario Regionale AOGOI Lombardia



CRISTOFARO DE STEFANO

Ginecologo

Presidente della Società Italiana Ospedaliera della Sterilità (SIOS)
Responsabile dell’Unità operativa di Fisiopatologia della Riproduzione e Sterilità di coppia e del GOIP
Oncofertilità dell’Azienda Ospedaliera “San Giuseppe Moscati” di Avellino;
Membro del Consiglio di Amministrazione della Fondazione Confalonieri Lorenzin per gli studi sulla salute della donna



GIUSEPPE BATTAGLIARIN

Ginecologo



ELSA DEL BO

Ostetrica

Coordinatore didattico del corso di laurea in Ostetricia - Università degli studi di Pavia;
Presidente del Collegio delle Ostetriche della Provincia di Pavia
Referente AIO-AIORCE



GIUSEPPINA DI LORENZO

Ostetrica

Segretario Nazionale A.I.O.
Ostetrica presso Unità Operativa
materno Infantile Distretto 53
Castellammare di Stabia
Ostetrica presso Unità Operativa
Complessa Materno Infantile Aziendale
Coordinatrice aziendale per lo
screening del carcinoma della
cervice uterina area ostetrica



ANNA MARIA DI PAOLO

Ostetrica

Presidente del Collegio dei Revisori
dei Conti della Federazione
Nazionale Collegi Ostetriche
Già Presidente del Collegio
Provinciale delle Ostetriche di Perugia
Già Presidente della Società Italiana
per la Ricerca Ostetrico-Neonatale-
Ginecologica (SIRONG)



GIOVANNI FATTORINI

Ginecologo

Presidente Associazione Ginecologi
Territoriali AGITE



ROBERTA GIORNELLI

Ostetrica

Consigliera nel Direttivo AIO e
Responsabile dell'Osservatorio per
l'Abusivismo Professionale AIO

Coordinatrice Ostetrica della S.O.C
di Ostetrica e Ginecologia di
Gorizia, ricopre l'incarico di
Referente Ostetrica Aziendale con
posizione organizzativa;
Responsabile e organizzatrice di
corsi di preparazione al parto e alla
nascita in acqua, organizzati presso
la piscina dell'Ospedale di Gorizia



ROSSELLA E. NAPPI

Ginecologo

Endocrinologo, Psicoterapeuta
in sessuologia
Professore associato Clinica Ost.
Gin Centro di ricerca per la PMA e
Servizio di Ginecologia
endocrinologica e della Menopausa
- IRCCS Policlinico S. Matteo -
Università degli studi di Pavia;
Membro del Direttivo della Società
Internazionale della Menopausa
(IMS);
Past President Società
Internazionale per lo Studio della
Sessualità Femminile (ISSWSH);
Membro attivo delle più prestigiose
società scientifiche nel campo
dell'endocrinologia e della
fisiopatologia della riproduzione



EMANUELA PETRETIC

Ostetrica

Direzione delle Professioni Sanitarie
IRCCS Burlo Garofolo Trieste
È stata responsabile del Dipartimento
di Ostetrica e Ginecologia presso
IRCCS Burlo Garofolo e attualmente
responsabile della programmazione
chirurgica nell'ambito della
formazione, della ricerca scientifica,
nella stesura di protocolli
assistenziali, organizzazione e avvio
dell'area fisiologica della gravidanza,
stesura delle job description



ANTONIO RAGUSA

Ginecologo

Responsabile della sala parto,
pronto soccorso e accettazione
dell'Ospedale di Niguarda a Milano;
Docente Master in Diagnostica
clinica, strumentale e di laboratorio
a supporto delle decisioni
dell'ostetrica/o dell'Università di
Firenze;
Docente presso la Scuola per
Ostetriche dell'Università di Milano



NICOLA SURICO

Ginecologo

Presidente Collegio Italiano dei
Chirurghi (CIC)
Presidente SIGO per il triennio 2011-
2013
Professore Ordinario di
Ginecologia e Ostetrica presso la
Facoltà di Medicina, Chirurgia e
Scienze della Salute dell'Università
del Piemonte Orientale "A.
Avogadro" - Novara;
Direttore della Clinica Ginecologica
e Ostetrica presso A.O.U. "Maggiore
della Carità" - Novara;
Direttore della Scuola di
Specializzazione in Ostetrica e
Ginecologia dell'Università del
Piemonte Orientale "A. Avogadro" -
Novara;
Presidente del Corso di Laurea in
Ostetrica dell'Università del
Piemonte Orientale "A. Avogadro" -
Novara;
Presidente dell'Associazione
Novarese per le Ricerche in
Ostetrica e Ginecologia (A.N.R.O.G)



SILVIA VACCARI

Ostetrica

Coordinatore Esperto Ostetrica
Sala Parto Ospedale Civile di
Sassuolo S.P.A.
Professore a Contratto presso
UNIMORE;
Tesoriere Società scientifica SIPGO;
Presidente Collegio Ostetriche della
Provincia di Modena; Presidente
Coordinamento Collegi Regione
Emilia Romagna; Consigliere
Federazione Nazionale Collegi
Ostetriche; Componente Nazionale
di sottogruppi di lavoro Percorso
Nascita RER



ALBERTO ZANINI

Ginecologo

Direttore dell'Unità Operativa di
Ostetrica e Ginecologia, Ospedale
"Sacra Famiglia", Erba (Co);
Membro del Direttivo della Società
Lombarda di Ostetrica e
Ginecologia (SLOG)



RINALDO ZANINI

Pediatra

Direttore Dipartimento Materno
Infantile Azienda Ospedaliera della
Provincia di Lecco. Direttore di
U.O. di Terapia Intensiva
Neonatale;
Responsabile per la regione
Lombardia della riorganizzazione
della Rete dei Punti Nascita;
Consulente Agenzia nazionale per i
servizi sanitari regionali
(AGENAS)

indice

EDITORIALE	5
Il Breastfeeding Assessment Score modificato quale strumento per garantire sostegno mirato in puerperio e continuità nell'assistenza: uno studio sperimentale nella realtà riminese	6
<i>Elena Martina Morigi</i>	
La checklist come strumento di prevenzione degli eventi avversi in sala parto	10
<i>Ilaria Catania, Rosaria Taverna</i>	
Il rischio in sala parto	14
<i>Alberto Zanini</i>	
L'Ostetrica CT: un percorso formativo, una scelta, una responsabilità	20
<i>Vodiana Zanchi, Antonella Marchi</i>	
I Gruppi dopo parto offerti nei consultori liguri	25
<i>Maria Rosaria Mascolo, Arianna Falco</i>	
Psicopatologia del puerperio e legame madre-bambino	28
<i>Lia Brigante, Elsa Del Bo, Rossella Nappi</i>	

MAIEUTIKOS

NUMERO 1 - 2015
ANNO 2

PERIODICO DI
INFORMAZIONE
SCIENTIFICA
DELL'ASSOCIAZIONE
ITALIANA DI OSTETRICIA

Direttore Responsabile

Antonella Marchi

Direttore Onorario

Antonio Chiantera

Responsabili Scientifici

Elsa Del Bo, Giuseppe Ettore

Comitato Scientifico

Giuseppe Battagliarin
Rosaria Cappadona
Marilisa Coluzzi
Claudio Crescini

Rino De Stefano
Giuseppina Di Lorenzo
Anna Maria Di Paolo
Giovanni Fattorini
Roberta Giomelli
Rossella Nappi
Emanuela Petretic
Antonio Ragusa
Nicola Surico
Silvia Vaccari
Herbert Valensise
Alberto Zanini
Rinaldo Zanini

Editore

AIO
Associazione Italiana
di Ostetricia
Via Giuseppe Abamonti, 1
20129 Milano
P. IVA 07248120961

Progetto grafico e impaginazione

Daniele Lucia

Chiuso in redazione:
giugno 2015

Registrazione del Tribunale
di Milano n.337/2014 del
22/10/2014



editoriale

Antonella Marchi

Presidente AIO

Cara Collega, Caro Collega
 in questo numero di *Maieutikos*, che apre l'anno 2015, affrontiamo i temi del rischio e dell'utilizzo della checklist in sala parto, del puerperio, con i gruppi dopo parto, e del Breastfeeding Assessment Score quale strumento di sostegno al puerperio, per proteggere i processi biologici/fisiologici ed emozionali della neomamma.

Tutto il mondo scientifico rivolge la sua massima attenzione ai temi della "qualità" e della "sicurezza" per garantire un'assistenza qualificata alla madre e ai genitori nonché un'accoglienza rispettosa e attenta alla vita "in arrivo". Qualità e sicurezza però non dipendono solo dalle capacità tecniche dei professionisti ma anche dal grande impegno che ognuno di noi mette in gioco nel lavorare in team.

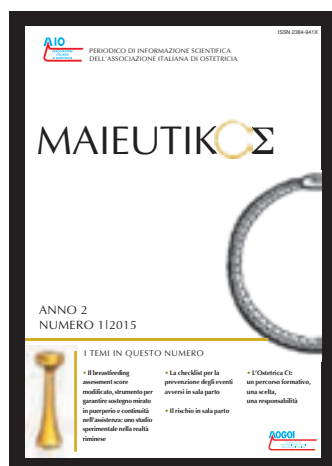
La checklist rappresenta un importantissimo strumento per ridurre il rischio clinico: analizzando i vari stadi del parto e le procedure da effettuare possiamo individuare rapidamente e quindi prevenire, la comparsa degli eventi avversi.

In questo numero abbiamo anche voluto offrire un contributo innovativo in merito al percorso formativo e alle competenze che un'ostetrica che vuole dedicare la sua attività professionale al ruolo di ausiliaria del giudice dovrebbe possedere, ponendo l'accento sull'importanza di una indispensabile preparazione tecnica, accompagnata da anni di esperienza clinica, ma anche "attenzionandola" sulla responsabilità che avrà il suo operato.

Lo stesso Albo del tribunale dei Ctù ha la funzione di salvaguardare la scelta dei professionisti con una preparazione elevata, a garanzia della responsabilità tecnica ma anche morale; quest'ultima intesa come il ricercare e accertare la verità nel rispetto del proprio codice deontologico.

Personalmente mi trovo in totale accordo con quanto enunciato dall'art 61 del Codice di Procedura Civile che esprime nel dettaglio quanto sopra, prevedendo che il giudice può farsi assistere, per il compimento di singoli atti o per tutto il processo, da uno o più consulenti di particolare competenza tecnica, intendendo così che la scelta deve essere fatta "non in base ad una semplice abilità connessa alla professionalità" che si presume tutti i membri della stessa categoria abbiano, ma a "una speciale competenza tecnicamente qualificata".

Buona lettura!



IL BREASTFEEDING ASSESSMENT SCORE MODIFICATO quale strumento per garantire sostegno mirato in puerperio e continuità nell'assistenza. UNO STUDIO SPERIMENTALE NELLA REALTÀ RIMINESE

Elena Martina Morigi
Ostetrica, Rimini

LEGGENDO LE NUOVE LINEE GUIDA DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ SULLE CURE POSTNATALI PER MADRE E NEONATO (1), mi sono accorta di quanto poco interesse sia rivolto nella realtà riminese al puerperio. Con la dimissione si interrompe bruscamente il processo di assistenza avviato con l'inizio della gravidanza, infatti normalmente non sono previsti dopo il rientro a casa ulteriori contatti con la puerpera per monitorare il suo benessere psicofisico, l'adattamento del neonato alla vita extrauterina e l'avvio dell'allattamento al seno. Le recenti linee guida dell'Oms, al contrario, raccomandano almeno tre contatti postnatali per tutte le mamme e i neonati: a tre giorni dal parto (48-72 ore), dopo 7-14 giorni e sei settimane dopo la nascita.

L'allattamento al seno è riconosciuto a livello internazionale come impareggiabile; nonostante questo in Emilia Romagna meno del 50% delle donne allatta esclusivamente al seno a 3 mesi dal parto e il 25% ha interrotto l'allattamento al seno nutrendo il proprio bambino solo con latte artificiale (2).

Individuare le puerpere a rischio di abbandono precoce dell'allattamento al seno già al momento della dimissione ridurrebbe l'interruzione della pratica perché permetterebbe l'introduzione di un sostegno mirato.

SCOPO DELLO STUDIO

L'obiettivo primario dello studio sperimentale consiste nell'individuare, già al momento della dimissione, le puerpere a rischio di abbandono precoce dell'allattamento al seno poiché, attraverso l'introduzione di un sostegno mirato, sarebbe possibile ridurre l'interruzione della pratica.

Nella realtà riminese, madre e neonato hanno la possibilità di stare insieme 24/24 ore (rooming-in) (3).

Durante la degenza le donne vengono informate su come avviare l'allattamento, sui benefici dell'allattamento al seno, sul colostro e sulle prime poppate, e supportate da personale ostetrico sin dalla prima poppata in modo da avvia-

Una mamma comincia a nascere quando scopre di aspettare un bebè, o forse anche prima, quando inizia a desiderarlo, ma è nel periodo del puerperio che, prendendosi cura di suo figlio, imparando a conoscerlo e ad amarlo, la donna diventa madre. Ricevere un sostegno, avere la possibilità di condividere emozioni, dubbi ed esperienze è un vero toccasana, permette di sentirsi meno sole e di

ridimensionare i propri timori, scoprendo che sono comuni anche ad altre neomamme. Proteggere i processi biologici/fisiologici del femminile, sostenere fisicamente ed emotivamente la donna/coppia, incoraggiare il contatto epidermico e permettere l'allattamento del neonato al seno nell'immediato post-partum, sono principi essenziali dell'Arte Ostetrica

Parole chiave: Allattamento, Breastfeeding Assessment Score, Promozione, Sostegno, Continuità assistenziale

re una suzione efficace del neonato e prevenire dolore ai capezzoli e ragadi (4).

La rete territoriale consultoriale riminese offre un'assistenza in puerperio per quanto concerne la pratica dell'allattamento al seno; si tratta però di un servizio ambulatoriale aperto 2-3 giorni a settimana e con fasce d'orario ristrette, per ovvie ragioni sempre molto affollato e per questo

non in grado di rispondere adeguatamente alle esigenze dell'utenza. Il tempo che può essere dedicato alla valutazione della diade madre-bambino risulta molto limitato, quello per costruire una relazione di fiducia con l'ostetrica praticamente inesistente.

Sostenere la pratica dell'allattamento al seno comporta la sua promozione sin dalla nascita. Questo il secondo obiet-

tivo dello studio: sensibilizzare le mamme all'importanza del contatto epidermico con il proprio bambino nell'immediato postpartum e valorizzare l'autonomia e la competenza dell'ostetrica volta a favorire il benessere e l'interazione precoce madre-bambino e a promuovere l'allattamento al seno.

L'esperienza in sala parto mi ha portato ad osservare come già nelle due ore del postpartum calino notevolmente le attenzioni rivolte alla donna, alla coppia e al neonato (se paragonate con l'assistenza ostetrica offerta durante il travaglio-parto) come se la nascita rappresentasse più la fine di un percorso che un nuovo e importante inizio per la mamma e il suo bambino.

Probabilmente l'eccessiva medicalizzazione dell'evento nascita ha portato alla perdita della concezione della nascita come evento naturale, fisiologico, teso a favorire il primo incontro mamma-bambino e a valorizzare le risorse della madre che diventa parte attiva nella nascita del proprio figlio. La valorizzazione e diffusione della marsupioterapia, così ricca di benefici, è uno degli obiettivi dei programmi di demedicalizzazione della nascita, promossi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che cercano di recuperare la naturalezza di quest'esperienza solo raramente patologica (ma così prenatamente umana) con lo scopo di arricchire, dal punto di vista umano e relazionale, le cure riservate al neonato (5).

MATERIALI E METODI

Robert Hall, neonatologo presso il "Children's Mercy Hospital and Clinics in Kansas City", ha ideato uno score, già vali-

dato, mediante il quale è possibile individuare precocemente le donne a rischio di smettere di allattare.

Secondo Hall, nonostante il supporto fornito dagli operatori sanitari durante i 2-3 giorni di degenza, una percentuale importante di neomamme che va dal 10 al 30%, cessa di allattare nell'arco delle prime due settimane dal parto. Le ragioni sono complesse e possono essere le più svariate: è per questo che si rendono necessari follow-up dopo la dimissione finalizzati ad affrontare l'insorgenza di eventuali problemi e mettere in atto interventi individualizzati sulla base dei bisogni della mamma e del proprio bambino.

Il Breastfeeding Assessment Score (BAS) di Hall

si compone di 8 variabili (Fig. 1): 5 di queste possono essere valutate in ogni paziente (l'età materna, le precedenti esperienze di allattamento, la frequenza delle poppate che risultano difficoltose, il tempo che intercorre tra una poppata e la successiva, il numero di integrazioni di latte artificiale somministrate al neonato durante la degenza), mentre le altre 3 sono presenti soltanto in alcune pazienti (i pregressi interventi al seno, l'ipertensione materna in gravidanza, il parto operativo vaginale).

Un punteggio inferiore ad 8, secondo Hall, sarebbe predittivo di una cessazione precoce dell'

allattamento. Al contrario un punteggio superiore o uguale ad 8, fino ad un massimo di 10, individuerebbe le donne con un'alta probabilità di continuare l'allattamento (6).

Il Breastfeeding Assessment Score (BAS), parzialmente modificato rispetto all'originale di Robert T. Hall affinché rispondesse in maniera più veritiera alle caratteristiche della realtà italiana, è stato testato alla dimissione su un campione di 152 donne (56% primipare e 44% pluripare) reclutate casualmente nei mesi di marzo e aprile 2014, per individuare le donne a rischio di interruzione precoce dell'allattamento al seno (Fig. 2).

I criteri di inclusione allo studio sono:

- Parto a termine (età gestazionale 37-42 settimane)
- Parto semplice (feto singolo)
- Età materna ≥ 18 anni
- Dimissione avvenuta a 48-72 ore dal parto, sia in caso di parto spontaneo che taglio cesareo
- Conoscenza della lingua italiana
- Intenzione materna ad allattare al seno
- Adesione allo studio mediante firma del consenso informato

In base al punteggio ottenuto (BAS ≥ 8 oppure BAS < 8), le donne sono state divise in 3 gruppi di studio (Fig. A)

che hanno ricevuto trattamenti diversi: alcune di esse sono state ricontattate telefonicamente a distanza di 1 e 3 mesi dal parto per indagare il benessere della madre e del neonato e la prevalenza dell'allattamento al seno (gruppo con BAS ≥ 8 e gruppo di controllo - GC), ad altre è stato offerto un sostegno mirato nell'avvio dell'allattamento, con la possibilità di un sostegno prolungato nel tempo nell'ambito della continuità assistenziale ospedale-territorio (gruppo sperimentale - GS). Successivamente, a completamento dello studio, è stato reclutato un altro piccolo campione di donne, donne alle quali è stata proposta la marsupioterapia nel postpartum ed è stato valutato il BAS alla dimissione.

RISULTATI

Dall'analisi statistica della mia casistica emerge che vi è un'associazione statisticamente significativa tra il *gruppo score* (BAS ≥ 8 o BAS < 8) a cui la donna viene assegnata alla dimissione e la *prevalenza dell'allattamento a 1 mese dal parto*. Questo sostanzialmente significa che le donne con score < 8 alla dimissione sono effettivamente più a rischio di interrompere precocemente l'allattamento al seno rispetto alle mamme che rientrano nel gruppo con BAS ≥ 8 , le quali, con maggiore probabilità, riusciranno ad allattare a distanza. Ma non è tutto. Infatti, dall'analisi statistica si evince anche una

Figura A

-BAS ≥ 8 (78 puerpere)

-BAS < 8 (74 puerpere) → randomizzazione

↙ GRUPPO SPERIMENTALE (36 puerpere)

↘ GRUPPO D CONTROLLO (38 puerpere)

correlazione significativa tra l'entità del BAS e la prevalenza dell'allattamento esclusivo al seno, allattamento misto o utilizzo di solo latte artificiale) a 1 e 3 mesi dal parto. Quindi, tra le donne collocate all'interno di un medesimo gruppo, esistono delle differenze in termini di riuscita dell'allattamento al seno a distanza in base al preciso valore dello score. Semplificando, considerando tutte le donne alle quali viene attribuito uno score <8, quelle con BAS=7, ad esempio, avranno più probabilità di allattare a distanza rispetto alle donne con BAS=4 o BAS=5.

Si vuole sottolineare però che, nei due gruppi con BAS <8, i risultati sulla prevalenza dell'allattamento al seno ad 1 mese dal parto volgono a favore del GS, infatti il 56% del GS allatta

esclusivamente al seno contro il 45% del GC. Inoltre, il tasso di allattamento esclusivo al seno del GS resta pari al 56% anche a 3 mesi dal parto, mentre le percentuali di allattamento esclusivo al seno a 3 mesi del GC e del gruppo con BAS ≥8 si abbassano notevolmente, incrementando la quota di allattamento misto e artificiale.

Sembra quindi possibile affermare che il sostegno offerto al GS nei 10 giorni successivi alla dimissione, mediante contatto telefonico a 2-3 giorni dalla dimissione e incontro face-to-face a 7-10 giorni dalla dimissione, sia stato fondamentale nel determinare la prevalenza dell'allattamento a distanza.

Inoltre, risulta esserci un'associazione statisticamente significativa a 1 e 3 mesi tra il gruppo score di appartenenza (BAS ≥8 o

BAS <8) e la quantità di latte artificiale somministrata quotidianamente. Si può quindi affermare che, in questo studio sperimentale, avere uno score superiore piuttosto che inferiore a 8 al rientro a casa influisce sull'outcome relativo alle aggiunte di latte artificiale con una netta maggioranza di integrazioni con latte in polvere per i neonati di mamme con score <8.

Emerge una relazione statisticamente significativa anche tra la variabile inerente le difficoltà rilevate nella pratica dell'allattamento al seno e la prevalenza dell'allattamento a 1 mese. Questo significa che le mamme che trovano maggiori difficoltà ad allattare il proprio bambino al seno, sono quelle portate ad interrompere precocemente la pratica, addirittura prima del

compimento del primo mese di vita del neonato.

Dall'indagine sulla soddisfazione del sostegno ricevuto nei giorni successivi al rientro a casa (gruppo sperimentale) e sulla necessità di un maggiore sostegno in puerperio nell'avviare l'allattamento al seno (gruppo di controllo e gruppo con BAS ≥8), si evince che oltre l'80% del gruppo sperimentale risulta aver gradito il supporto offerto dopo la dimissione e ritiene che sia stato utile. Al contrario, di tutte le donne che non hanno ricevuto alcun trattamento, per quanto una percentuale che oscilla tra il 61% e il 72% dice che non avrebbe desiderato un supporto maggiore, diverse di esse rivelano che avrebbero gradito essere ricontattate da personale qualificato dopo la dimissione per essere supportate nella pratica dell'allattamento al seno. Questo bisogno percepito dalle donne e non soddisfatto, sicuramente ha influito nel determinare i risultati ottenuti sulla prevalenza dell'allattamento a distanza.

Analizzando invece quali tra le 8 variabili utilizzate per il calcolo del BAS contribuisca maggiormente a determinare il successo dell'allattamento al seno, si può affermare che:

- aver avuto precedenti esperienze di allattamento influenze in modo significativo la riuscita dell'allattamento al seno sia a 1 che a 3 mesi dalla nascita
- il numero di poppate giornaliere ritenute difficili dalla mamma è associato in modo significativo alla prevalenza dell'allattamento ad 1 mese
- la variabile inerente il numero di aggiunte giornaliere di latte artificiale somministrate al bambino è significativa-

Figura 1 - Breastfeeding Assessment Score (Robert T. Hall)

Variable	Score		
	0	1	2
Maternal age (y)	< 21	21-24	> 24
Previous breast-feeding experience	Failure	None	Success
Latching difficulty	Every feeding	Half the feeding	< 3
Breast-feeding interval, every hour	> 6	3-6	< 3
No. of bottles of formula before enrollment	≥2	1	0

Two points should be subtracted for the presence each of the variables of previous breast surgery, maternal hypertension during pregnancy, or vacuum vaginal delivery.

Figura 2 - Il BAS modificato

	-2	0	1	2
Età materna		<21/≥40	21-30	31-39
Precedenti esperienze di allattamento		Fallita (<3mesi)	Nessuna	Successo (≥ 3 mesi)
Poppate difficoltose		Ogni poppata	Metà delle poppate	<3 poppate
Intervallo tra una poppata e la successiva		>6	3-6	<3
N° integrazioni di latte artificiale		≥2	1	0
Precedente chirurgia della mammella	Sì	No		
Iperensione materna in gravidanza	Sì	No		
Parto operativo vaginale/taglio cesareo	Sì	No		

mente correlata al successo dell'allattamento al seno a 1 e 3 mesi dal parto.

Relativamente alla piccola esperienza sulla marsupioterapia per la promozione dell'allattamento precoce al seno, a causa della limitatezza del campione, risulta difficile esprimersi in merito alla significatività dei dati ottenuti relativi al BAS alla dimissione. Comunque, confrontando gli scores delle donne sottoposte alla marsupioterapia con quelli delle donne che hanno ricevuto un'assistenza routinaria emerge che, chi ha ricevuto il trattamento, ottiene alla dimissione per lo più un BAS ≥ 8 , mentre, nel gruppo di donne assistite routinariamente, non emergono differenze tra chi ottiene uno score alto e coloro a cui viene attribuito uno score basso al termine della degenza ospedaliera. È quindi verosimile, come si evince dalla letteratura, che ci possa essere un'influenza del contatto pelle a pelle tra mamma e bambino alla nascita sull'avvio precoce dell'allattamento al seno.

DISCUSSIONE

La maggior criticità è rappresentata dal tipo di sostegno che può effettivamente essere offerto alle puerpere. Essere consapevoli dell'efficacia di una pratica è un buon punto di partenza, ma non basta ad attuare dei cambiamenti poiché inevitabilmente ci si scontra con le consuetudini, con i costi e le politiche aziendali. Inoltre un programma volto al sostegno dell'allattamento al seno non è una semplice lista di interventi separati tra loro, ma richiede una serie di interventi interdipendenti ed integrati per far sì che venga ottimizzato il loro effetto combinato e complessivo. Sarebbe sostanzialmente necessa-

rio un cambiamento radicale nella pianificazione e nell'organizzazione delle attività così come nelle abitudini lavorative. È poi necessario individuare quali, tra i tanti interventi attuabili, siano prioritari nella nostra realtà partendo dalle esperienze, richieste ed esigenze delle donne. Pertanto, in virtù di quanto detto, il sostegno che attraverso questo studio mi sono proposta di offrire alle donne, per quanto in linea con le ultime raccomandazioni sulle cure del dopo parto, risulta al momento difficilmente realizzabile e sostenibile.

La Kangaroo Mother Care è, per contro, una metodica molto semplice e facilmente applicabile in ogni tipo di struttura sanitaria, non necessita di risorse umane aggiuntive né di particolari attrezzature. Basterà che l'ostetrica che assiste il parto, dopo aver verificato il benessere materno e neonatale, permetta al piccolo di restare vicino alla sua mamma e sperimentare il contatto skin-to-skin motivando l'efficacia di questo intervento. **Allo stesso modo, il calcolo del BAS** alla dimissione risulta essere per nulla dispendioso in termini di tempo e non andrebbe a sommarsi alle normali adempimenti burocratici del dopo parto. Il punteggio da attri-

1. OMS, Linee guida cure postnatali per madre e neonato, 2014
2. Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Prevalenza dell'allattamento al seno e altri interventi preventivi in Emilia-Romagna, Ricerca triennale-anno 2011 patrocinata dall'Assessorato alle Politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna e curata dal Servizio assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari in collaborazione con l'Associazione Pediatria di Comunità (APeC)
3. Ost. Ferrara Maria, Ost. Delmagnò Raffaella, Istruzione operativa "Assistenza al puerperio", AUSL di Rimini, Dipartimento Materno Infantile, U.O. di Ostetricia e Ginecologia, 2012
4. Coord. Colonna Iliana, Coord. Pasetti Silvia, Ost. Delmagnò Raffaella, Istruzione operativa "Piano di attività degenza ostetrica", AUSL di Rimini, Dipartimento Materno Infantile, U.O. di Ostetricia e Ginecologia, 2013

5. E.R. Moore, G.C. Anderson, N. Bergman, Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants, Cochrane review, 2007
6. Robert T. Hall, Anne M. Mercer, Susan L. Teasley, Deanna M. McPherson, Stephen D. Simon, Susan R. Santos, Bridget M. Meyers, Nancy E. Hipsh. A breastfeeding assessment score to evaluate the risk of cessation of breast-feeding by 7 to 10 days of age. The Journal of Pediatrics, 2002

buire ad ogni variabile è facilmente ricavabile dall'anamnesi, dalla storia ostetrica della donna e dall'osservazione dell'avvio dell'allattamento durante la degenza e lo score totale potrebbe addirittura essere d'aiuto alle ostetriche per individuare le puerpere più a rischio di interrompere precocemente l'allattamento al seno e progettare un sostegno mirato, ad esempio mediante segnalazione della paziente al servizio territoriale, garantendo così la continuità dell'assistenza.

CONCLUSIONI

In virtù di quanto evidenziato, sarebbe interessante implementare lo strumento del BAS modificato alla dimissione per riconoscere le puerpere più a rischio di interruzione precoce dell'allattamento al seno.

Le donne con punteggio inferiore ad 8 potrebbero così essere segnalate al consultorio di riferimento con un fax nel quale vengono indicate, oltre alle generalità sulla mamma e sul neonato, il punteggio BAS assegnato alla dimissione. Il BAS potrebbe quindi diventare uno strumento comune e standard per il riconoscimento delle difficoltà e tramite per la continuità assistenziale ospedale-territorio.

La CHECKLIST come strumento di prevenzione degli eventi avversi IN SALA PARTO

Ilaria Catania

Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche presso l'Università degli Studi di Catania.

Rosaria Taverna

Coordinatrice Corso di Laurea in Ostetricia Università degli Studi di Catania. Docente del MED/47 dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie presso l'Università di Catania; Specializzata in Bioetica e Sessuologia

INTRODUZIONE

L'obiettivo dell'elaborato è quello di creare ex novo una checklist che permetta di individuare e prevenire gli eventi avversi in Sala Parto. Non esistono infatti in letteratura esperienze o esempi di checklist ostetriche, di sala parto o del parto.

La checklist sarà utile all'equipe ostetrico-ginecologico all'interno del punto nascita, ginecologi, ostetriche/i, anestesisti, pediatri, neonatologi ed infermieri.

Scopo fondamentale è mettere in sicurezza la diade madre-bambino lavorando per evidence e Linee Guida.

Secondo il "Glossario del Ministero della Salute 2006" la sicurezza del paziente viene intesa come: "Dimensione della qualità dell'assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti".

La sicurezza si realizza attraverso il comune lavoro ed il confronto tra i professionisti aziendali e le relative strutture ciascuno con la propria responsabilità.

La necessità di creare una checklist per la Sala Parto nasce dalla consapevolezza della sempre più crescente "malpractice" causata di tristi episodi che le cronache hanno purtroppo portato alla ribalta.

Per questo motivo si parla di Risk Management, dove per "rischio" è intesa la probabilità di accadimento di tutti quegli eventi che possono comportare danni per l'Azienda e gli operatori coinvolti. L'obiettivo è quello di valutare i rischi, verifica-

re i sistemi di sicurezza, il rispetto delle norme previste e accertare l'accuratezza dell'audit clinico [7].

La checklist quindi riduce il rischio clinico analizzando i vari stadi del parto, le procedure da effettuare per ridurre la malasanità e la comparsa di eventi avversi.

CHECKLIST OSTETRICA IN SALA OPERATORIA

Dopo l'analisi degli obiettivi per la sicurezza in sala operatoria e dopo la revisione della checklist operatoria [8] è stata

stilata una checklist operatoria per le pazienti di ostetricia [9]. **Vedi tabella n.1**

Si tiene conto dei tre momenti, Sign in – Time out – Sign out, e si fa riferimento alla checklist chirurgica come base d'esempio, adattandola agli operatori presenti in ostetricia, ai loro compiti e funzioni.

CHECKLIST OSTETRICA IN SALA PARTO

Dopo aver creato una checklist ostetrico-ginecologica per la sala operatoria, si

Segue a pagina 13

Lo scopo del lavoro è stato quello di creare una checklist per la sala parto che racchiudesse l'anamnesi riguardante le condizioni di madre e feto/neonato, il partogramma, l'indice di Bishop e i dati relativi al post partum in modo da ridurre il rischio e promuovere la sicurezza.

A tal fine è stata svolta un'analisi conoscitiva delle competenze degli operatori sanitari responsabili del blocco parto. Inoltre sono state prese in considerazione un'indagine conoscitiva dei punti nascita svolta dalla Regione Sicilia e un'analisi dei requisiti e delle strategie per promuovere la sicurezza nel percorso nascita. Infine sono stati analizzati i 10 punti del "Piano Fazio".

Le indagini svolte ci hanno permesso di elaborare una checklist per la Sala Parto completa di tutti i requisiti necessari per mettere in sicurezza la diade madre-bambino. Il nostro intento è di promuoverne l'introduzione nelle Sale Parto al fine di individuare e prevenire gli eventi avversi

Parole chiave: Risk Management, Evento avverso, Sicurezza, Punto Nascita, Checklist

Tabella 1
**Checklist di sicurezza chirurgica
 in ostetricia e neonatologia**

SIGN IN Prima dell'induzione dell'anestesia	TIME OUT Prima dell'incisione chirurgica	TIME OUT Prima della chiusura della ferita
<p>L'ostetrica rivede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Quali strumenti sono necessari? <input type="checkbox"/> Quali problemi potrebbero verificarsi? <input type="checkbox"/> Qual è il livello di urgenza? (triage) <input type="checkbox"/> La paziente richiede un type&screen? <input type="checkbox"/> Se sì, il sangue è disponibile? <input type="checkbox"/> È richiesta un ecografia ultrasuoni? <input type="checkbox"/> Se sì, è stata completata? <p>L'ostetrica rivede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sono stati confermati identità, procedura e consenso della paziente? <input type="checkbox"/> È stata controllata la sterilità? <input type="checkbox"/> Lo stato del feto è stato confermato? Ci sono problemi? <input type="checkbox"/> È stato informata la neonatologia per il supporto neonatale? <input type="checkbox"/> È necessaria la profilassi per il tromboembolismo venoso? <input type="checkbox"/> Se sì è stata completata? <p>L'anestesista rivede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La classificazione ASA <input type="checkbox"/> È stata completata la checklist anestesiologicala? <input type="checkbox"/> È presente tutta l'attrezzatura per monitorare la paziente? <input type="checkbox"/> La paziente è a conoscenza di allergie? <input type="checkbox"/> C'è rischio di gestione/aspirazione delle vie aeree? <input type="checkbox"/> Se sì è disponibile l'attrezzatura/assistenza necessaria? <input type="checkbox"/> Vi è il rischio di ipotermia? (per operazione >1h) <input type="checkbox"/> Se sì è richiesta una temperatura più alta? 	<p>L'ostetrica controlla:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tutti hanno confermato nome e ruolo <input type="checkbox"/> L'anestesia adeguata <input type="checkbox"/> L'urgenza <p>L'ostetrica: Controlla:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nome della paziente • procedura • allergie <input type="checkbox"/> E' stata fatta la profilassi antibiotica? <input type="checkbox"/> Sono presenti gli operatori per l'assistenza neonatale? <input type="checkbox"/> Se no, informarsi sul loro arrivo <input type="checkbox"/> L'unità di rianimazione è accesa e funzionante? <p>L'anestesista rivede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tutti i problemi <p>L'ostetrica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sintetizza le informazione clinicamente rilevanti • anticipa gli eventi critici <p>Chiede al team se ci sono domande o problemi</p>	<p>L'ostetrica e il team confermano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Il nome e la procedura <input type="checkbox"/> La conta degli strumenti e delle pezze usate <input type="checkbox"/> Che tutti i campioni sono stati etichettati con: <ul style="list-style-type: none"> • nome della paziente • contenuto identificato <input type="checkbox"/> Ci sono stati problemi durante l'intervento? <p>L'ostetrica, l'anestesista, il pediatra rivedono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ci sono specifici requisiti della paziente o neonatali? <input type="checkbox"/> Sono stati comunicati? <p>Dati del paziente</p> <p>Nome _____</p> <p>Cognome _____</p> <p>Data di nascita __/__/__</p> <p>Procedura eseguita</p> <p>_____</p>

Tabella 2

Inizio compilazione: data e ora _____ Fase del travaglio _____
 Rischio: basso rischi _____

ATTIVITA'	SUBATTIVITA'	SI	NO	COMMENTI	OK
PERSONA ASSISTITA	Comunicazione agevole (la paziente è capace di intendere e di volere, l'operatore è in grado di comunicare con pazienti straniere)			SE NO:	
	Posizione libera			SE NO:	
	Dolore sotto controllo (semeiotica ostetrica clinica e strumentale riportata in cartella: tocografo, scala del dolore)			SE NO:	
	Membrane integre o rotte <12 h				
	Temperatura - polso- PA Normali			SE NO:	
CARTELLA CLINICA	Anamnesi compilata (vedi allegato 1)			SE NO:	
	Partogramma compilato			SE NO:	
	Indice di Bishop (alla presa in carico della paziente)			PUNTEGGIO: • 0-6: ... • 6-13: ... • Inducibile • Non inducibile	
SALA TRAVAGLIO	Emocromo, tempi di coagulazione recenti			SE NO:	
	Terapia farmacologica			QUALE:	
	• CTG pronto			SE NO:	
	• Ecografo disponibile			SE NO:	
	• Sala TC pronta *			SE NO:	
	Isola neonatale pronta * (come da Requisiti e Raccomandazioni per l'assistenza perinatale)			SE NO:	
FETO/NEONATO	Prelievo lattati pronto			SE NO:	
	Checklist tecnologica aggiornata			SE NO:	
	• BCF <input type="checkbox"/> Eseguiti • CTG <input type="checkbox"/> Valutati • Apgar <input type="checkbox"/> Registrati • Lattati			Se non sono normali inserire i valori:	
	Liquido chiaro				
POST PARTUM	Utero contratto			SE NO:	
	Lochi regolari			SE NO:	
	Terapia			QUALE:	
	Neonato con la madre			SE NO:	
RISCHI COMPARI IN SALA PARTO (assistenziali e organizzativi)	• Anestesista • Ginecologo • Neonatologo Informati			RISCHIO:	
	• Anestesista • Ginecologo • Neonatologo Informati			RISCHIO:	
	• Anestesista • Ginecologo • Neonatologo Informati			RISCHIO:	
	• Anestesista • Ginecologo • Neonatologo Informati			RISCHIO:	

*Secondo i Protocolli Nazionali e le Linee Guida delle Unità Operative. La sala operatoria inoltre deve tenere presente i "Sedici obiettivi per la Sicurezza in Sala operatoria del Ministero della Salute". [8 bis] Deve essere destinata ad interventi operativi ostetrici e comprendere la normale attrezzatura chirurgica e anestesiológica.

Allegato 1 Anamnesi

ANAMNESI OSTETRICA	SI	NO
Precedente morte endouterina fetale o neonatale		
Storia di 3 o più aborti spontanei		
Precedente figlio con peso alla nascita <2500 gr		
Precedente figlio con peso alla nascita >4500 gr		
Iperensione o preclampsia/eclampsia nella precedente gravidanza		
Pregressa chirurgia dell'apparato riproduttivo		
Pregresse patologie placentari		
Pregresso parto pretermine		
Malformazioni uterine e/o miomi		
GRAVIDANZA ATTUALE	SI	NO
Gravidanza multipla		
Età materna <16 anni		
Età materna >40 anni		
Isoimmunizzazione Rh nell'attuale o precedente/i gravidanze		
Perdite ematiche vaginali		
Presenza di massa pelvica		
Pressione diastolica uguale o maggiore a 90mmHg		
Sindrome da iperstimolazione ovarica in PMA		
ANAMNESI GENERALE	SI	NO
Diabete mellito insulino-dipendente		
Patologia renale		
Patologia cardiaca		
Difetti congeniti di coagulazione		
Abuso di sostanza (incluso alcool)		
Altre patologie (specificare)		

Segue da pagina 10

è in grado di creare una checklist per la sala parto tenendo conto delle attività, delle sub attività e dei professionisti sanitari responsabili della sala parto quali ostetrici, infermieri, ginecologi, anestesisti, neonatologi (vedi tabella 2).

Come si può evincere dalla checklist sottopresentata sono stati presi in conside-

razione i parametri materni e fetali nonché gli strumenti e le tecnologie usate in sala parto. Si tiene conto delle fasi del travaglio/parto considerando anche il post partum. Nella checklist sono inserite informazioni riguardanti il partogramma, la cartella clinica con la corretta compilazione, informazioni sulla paziente e lo stato del feto/neonato e le condizioni della

sala travaglio con gli strumenti presenti e pronti all'uso. Nella checklist sono annotati gli eventuali rischi, assistenziali e organizzativi, che durante il travaglio possono essere insorti con relativa voce sulla informazione di anestesista, ginecologo e neonatologo. La checklist va compilata dall'accoglienza della paziente in Sala Parto al post partum.

bibliografia

1. Pescetto G., De Cecco L., Pecorari D., Ragni N., Ginecologia e Ostetricia, 214:217. IV edizione. Società Editrice Universo. A cura di Pecorari D. e Ragni N., Roma 2009
2. Ost. Franco L., Ost. Taverna R., Lucina: Atti del 27° Congresso Nazionale delle ostetriche 1993 Europa chiama Italia: l'ostetrica è pronta - Programmazione del parto (PP) parto naturale vaginale (PN) o parto laparotomico (TO), 123:126. Giugno 1993
3. Pescetto G., De Cecco L., Pecorari D., Ragni N., Ginecologia e Ostetricia, 96:99. IV edizione. Società Editrice Universo. A cura di Pecorari D. e Ragni N., Roma 2009
3. Le competenze delle professioni sanitarie. Volume I°. A cura della Commissione regionale per la formazione sanitaria, Toscana.
4. Progetto Punti Nascita Proposta di checklist di valutazione. Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo - POCS - 2013-2015, Sicilia
5. Gli Standard per la valutazione dei Punti Nascita. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Toriazzi Editore; 43:53. Parma, Novembre 2012
6. Cinotti A. Il parere della FNCO. Due documenti importanti da analizzare con attenzione. Lucina La rivista dell'ostetrica/o 1-2011; 10:14
7. Risk Management in Sanità. Il problema degli errori. Commissione Tecnica sul Rischio Clinico (D.M. 5 marzo 2003)
8. Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Dipartimento della Qualità. Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema Ufficio III. Ottobre 2009; 37:47
9. Sukhbir S. Singh, N. Mehra, L. Hopkins, Surgical Safety Checklist in Obstetrics and Gynaecology. SOGC clinical practice guideline. No. 286, January 2013; 1:5

Alberto Zanini

Ginecologo, Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia - Ospedale "Sacra Famiglia" Fatebenefratelli, Erba (Co)

RISCHIO OVVERO SICUREZZA

Nella stragrande maggioranza dei casi le cose vanno bene; questo però affievolisce la percezione del rischio ed aumenta lo spazio per comportamenti e soluzioni organizzative che portano alla deriva, verso l'incidente.

Se pensiamo alla sicurezza, ci rendiamo conto che è qualcosa difficile da vedere, è un fenomeno ontologicamente ambiguo, perché spesso la si nomina solo quando non c'è, quando accade un incidente. Spesso si affronta la sicurezza solo da un punto di vista parziale, considerando una situazione sicura esclusivamente in base agli "occhiali" concettuali che indossiamo e non attraverso un approccio globale, integrato e soddisfacente. Così spesso uno vede la sicurezza da un punto di vista tecnico-ingegneristico: quanto i macchinari e gli strumenti siano affidabili; un altro da un punto di vista normativo: le conformità della situazione di lavoro rispetto alla legge di riferimento; un altro ancora da un punto di vista organizzativo: i processi e i protocolli di lavoro opportunamente definiti; infine un Operatore la vede solo da un punto di vista psicologico: dalle azioni delle persone, dalle loro motivazioni, dai loro pensieri.

Ogni approccio di per sé è corretto, il rischio è confondere ciò che vediamo attraverso gli "occhiali" che abbiamo indossato con la situazione nella sua complessità (1).

La sicurezza non è solo mettersi i guanti per evitare di prendere un'infezione, è insita nei nostri gesti, in ogni momento, non dipende tanto da

cosa si fa, ma da come si fa quella cosa. Un Professionista può correttamente indossare i guanti, ma poi toccare un altro Operatore. La sicurezza è un modo di essere, non si vede, si fa e, in quanto tale, è un non evento dinamico come l'ha definita Weick (2). Cambia nel tempo, perché cambiamo noi e cambia il mondo circostante.

La sicurezza dipende dalla interazione di molti fattori presenti nel sistema; proviamo a visualizzarla.

Bracco (1) nel suo libro visualizza la sicurezza come un li-

quido contenuto in una coppa formata da tanti tasselli tra di loro collegati ed in interazione dinamica. I tasselli sono mobili con i confini frastagliati, devono quindi sempre colmare le falle che si possono creare nei margini di contatto. E' importante notare che le falle sono lacune tra i tasselli, quindi rappresentano delle inadeguate integrazioni tra due o più elementi del sistema.

I tasselli che interagiscono sono fatti di Personale sanitario che lavora a stretto contatto con altri Colleghi; inseriti in un contesto organizzativo fatto di

regole, di protocolli, di culture; utilizzando macchinari, lavorando in una determinata situazione fisica e confrontandosi con un ambiente esterno fatto da donne, da opinione pubblica, da mezzi di comunicazione che aspirano ad un alto livello di prestazioni con un tasso di errori ed incidenti praticamente nullo. Come abbiamo sottolineato tutti questi tasselli sono in interazione tra loro e, come si vede nel disegno, si toccano alla base. Ogni movimento o ogni cambiamento di uno di essi, comporterà riadattamenti in altri per evitare

IL RISCHIO in sala parto

Se pensiamo alla sicurezza, ci rendiamo conto che è qualcosa difficile da vedere: è un fenomeno ontologicamente ambiguo in quanto spesso la si nomina solo quando non c'è. Quando accade un incidente. La sicurezza dipende dalla interazione di molti fattori presenti nel sistema. Le capacità tecniche individuali non sono sufficienti da sole a gestire un'emergenza in una organizzazione complessa come è la sala parto. Bisogna anche sapere interagire con gli altri, con competenze e ruoli diversi: *occorre saper lavorare in team*. Fondamentale poi il ruolo della comunicazione: tutti i punti nascita dovrebbero disporre di una procedura condivisa che promuova la comunicazione tra tutti i Professionisti coinvolti nella gestione dell'emergenza - ostetrici, anestesisti, ematologi, personale del centro trasfusionale - e che descriva nel dettaglio un protocollo assistenziale basato sulle più recenti prove di efficacia disponibili

che si formino delle falle. Infatti, nel momento in cui si forma una falla, l'acqua-sicurezza che riempie la coppa, diminuirà e si porterà a quel livello e nel caso di più falle si attesterà al livello più basso. Questo significa che non avrebbe la priorità tappare una falla che riguarda le procedure se prima non si agisse sulla falla a livello di gruppo, di team. Il livello in cui si forma la falla indica dunque la gravità del problema, una falla sul fondo toccherebbe tutti gli elementi e non lascerebbe più acqua, ovvero sicurezza nella coppa. Inoltre, alzare un solo tassello, elevando il suo bordo, darebbe solo l'illusione di un aumento di sicurezza se gli altri elementi rimanessero invariati. Acquistare l'ultimo modello di ecografo non aumenta la sicurezza diagnostica se gli Operatori non sono adeguatamente formati per utilizzarlo al meglio. Infine ricordiamoci che l'acqua-sicurezza va calata lentamente nella coppa, non va imposta, deve diventare un modo di essere, culturale e psicologico. Una sicurezza che precipita nella coppa tenderà a mandare in crisi il sistema, sarà vista come un'imposizione, non sarà capita dalle persone ed interpretata spesso come medicina difensiva. Questa però non è sicurezza, è paura legittima che ha costi enormi in termini umani, clinici ed economici, il cui solo valore è la tutela in caso di contenzioso legale.

ORGANIZZAZIONE E LEADERSHIP

Con il Decreto del 1999, nel quale si afferma che il Dirigente Medico di I livello svol-

ga la sua attività con definiti ambiti di autonomia e responsabilità, ma nel rispetto del gruppo, cade definitivamente la tradizionale organizzazione piramidale:

Primario ➤ Aiuti ➤ Assistenti. In una organizzazione di tipo trasversale, "a blocchi" ogni Professionista è parte integrante, con il suo talento, del processo decisionale; le relazioni gerarchiche saranno più ravvicinate, le informazioni circoleranno più velocemente, aumenteranno le decisioni e vi sarà un maggiore coinvolgimento del personale: **potere della competenza**. È anacronistico comandare e basta, bisogna imparare ad ispirare, avere un ruolo di "facilitatore" (3).

Quando si lavora in un gruppo si dà per scontato di saper lavorare insieme: in realtà non è così. In una sala parto, spesso, i problemi maggiori emergono dal gruppo più che dalle attività. Lewin (4) affermava che mettere insieme più persone non vuol dire fare la somma delle parti, ma creare una nuova entità che deve imparare a conoscersi, a gestire, a lavorare insieme. Lavorare in sinergia significa produrre salute più della somma di quanto venga prodotto da ciascun membro che lavorasse separatamente e ciò in quanto si trae profitto dalle conoscenze, dal lavoro e dall'aiuto di ciascun membro del gruppo. Il gruppo diventa un luogo di forza reciproca, di scambio culturale, di crescita professionale, ma può anche diventare un luogo di incomprensioni, di protagonismi, di pregiudizi, di calunie, di perdita di tempo.

La figura che guida un gruppo è il Leader e per leadership in-

tendiamo l'abilità di un individuo di influenzare, motivare e rendere possibile ad altri di contribuire all'efficacia e al successo dell'organizzazione di cui sono membri. Essere leader vuol dire comportarsi in un certo modo, influenzare ed essere influenzati dal rapporto con gli altri, esserci un costante controllo reciproco tra il leader e il gruppo di riferimento (5).

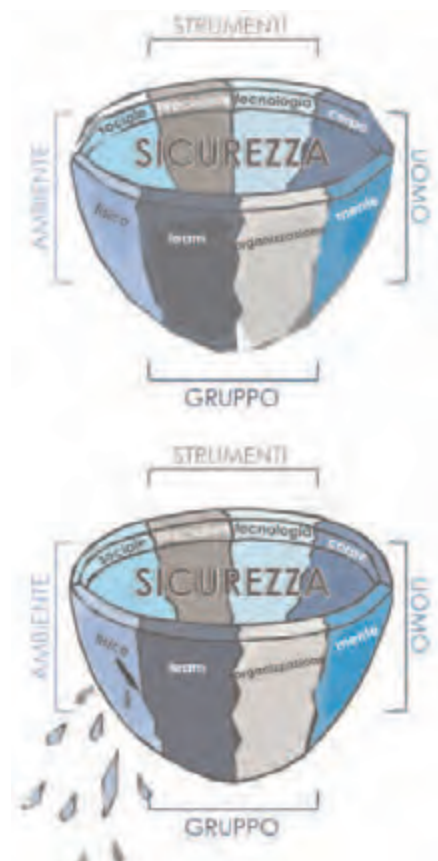
Non esiste un unico modo di essere un leader, esiste un equilibrio tra le varie forme di leadership, soprattutto tra la forma autoritaria e la forma democratica, utilizzandole in tempi diversi e in situazioni diverse; infatti entrambe queste forme di leadership presentano aspetti positivi ed aspetti negativi.

Lo stile autoritario prevede che il leader sappia sempre cosa debba essere fatto, egli di-

strugge le decisioni prese soffermandole sul nascere, disincentivando i professionisti ad avere qualsiasi iniziativa. Ovviamente questo comportamento ha effetti negativi sul clima dell'organizzazione e si instaura un clima di terrore. Nonostante molte ricerche abbiano evidenziato gli effetti negativi di questo stile, esistono situazioni in cui risulta efficace, come nella gestione di una emergenza in sala parto.

Lo stile democratico intende costruire la fiducia, il rispetto ed il coinvolgimento dei professionisti, investendo tempo nel valorizzare e nel considerare le loro idee e le loro opinioni. Il leader che utilizza questo stile di comportamento conduce verso la responsabilità, la flessibilità, a quell'atteggiamento duttile ed elastico che consente di assumere punti di vista contrastanti, di

Figura 1 - La coppa della sicurezza



Da Fabrizio Bracco (modificato)

esercitare il dubbio sulle proprie convinzioni, di cambiare idea e di riconoscere di avere sbagliato. La sfida consiste nell'ottenere che i professionisti facciano gioco di squadra, che collaborino al raggiungimento di un obiettivo comune.

Lo stile "laissez faire" è quello per il quale si instaura nel gruppo una sorta di anarchica interazione tra le diverse figure professionali esistenti (3).

I PROFESSIONISTI

La scena del parto è costituita da un ambiente umano in cui le singole persone con le proprie caratteristiche individuali e le proprie esperienze creano un clima e una rete di relazioni con gli altri operatori, con la donna e con chi condivide con lei l'esperienza della nascita.

Una buona relazione con la partoriente e con chi le sta accanto, ha inoltre una ricaduta positiva sulla sicurezza, rendendo più semplice gestire i momenti di difficoltà e le situazioni di emergenza.

È negli schemi affettivi e relazionali interiorizzati dall'infanzia, nelle esperienze vissute nella famiglia, nei gruppi, nel percorso di formazione professionale, nelle persone incontrate, che ciascuno può cogliere le radici delle proprie caratteristiche professionali: il sentimento di sicurezza, di fiducia in se stessi, di autostima, la possibilità di restare in contatto con le proprie emozioni senza negarle, la modalità di reagire agli eventi, l'acquisizione di tecniche, manualità, procedure, capacità affettive e relazionali. Inoltre è dall'esperienza del Professionista, ma soprattutto dalla qualità di tale esperienza che si creerà in

sala parto, soprattutto nei momenti difficili, quel clima di tranquillità e di sicurezza che rassicurerà la coppia e gli altri operatori.

Giovanna Bestetti (6) scrive nel suo capitolo: "Assistere e accompagnare una nascita implica il confronto con la vita e la morte, con il senso di potenza e di impotenza, con la sessualità e la generatività, tematiche che chiamano in causa aspetti profondi che risuonano nella biografia di ogni essere umano. Il modo con cui ciascun professionista si è confrontato e si confronta con esse determina in modo profondo l'attitudine con cui si pone in relazione all'evento parto e la capacità di implicarsi come parte del processo".

LA DISTOCIA DELLE SPALLE

La distocia delle spalle è una improvvisa e temibile complicanza del parto caratterizzata dal mancato disimpegno delle spalle dopo che si è verificato il disimpegno della testa; è causata dalla disparità tra l'ampiezza delle spalle e quella del bacino materno. Le principali linee guida internazionali sono concordi nel ritenere la scarsa possibilità di prevenire una distocia delle spalle. Questo comporta che, in circa il 50% dei casi, la distocia di spalle può verificarsi e complicare qualsiasi parto vaginale. Quando avviene è essenziale sapere esattamente cosa fare e come farlo. In letteratura comunque sono stati riportati dei fattori di rischio in associazione alla distocia di spalle come il peso del neonato, il diabete della madre, un elevato body mass index (BMI), la pregressa distocia delle spalle, l'indu-

zione del travaglio e il parto operativo vaginale (in Italia quasi esclusivamente la ventosa ostetrica). Inoltre la distocia delle spalle può anche essere di origine iatrogena se non si attendono i normali tempi del parto e cioè, dopo la fuoriuscita della testa, l'attesa della contrazione successiva per il disimpegno del resto del corpo (7).

La prima reazione deve essere quella di non farsi prendere dal panico: istintivamente quando ci troviamo di fronte a qualcosa di "incastrato" la prima reazione è quella di tirare (o spingere), cioè di aumentare la forza per superare l'ostacolo invece che mettere in atto manovre secondo logiche ben definite. L'esperienza inglese riportata nel 5° Report Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy evidenzia che nei 56 neonati deceduti dopo una distocia delle spalle era emerso un importante fattore di "sub-optimal care", ovvero in due terzi dei casi si erano individuati fattori evitabili, in cui una gestione clinica diversa avrebbe potuto dare esiti migliori (8).

Le simulazioni consentono di familiarizzare con manovre che non vengono effettuate quotidianamente e permettono di imparare ad eseguirle nel modo corretto, così che in seguito potranno essere applicate nell'emergenza reale, evitando gesti incongrui e spesso dannosi (9) (10). Ricordiamoci che in una situazione ideale, in presenza di un feto che ha mantenuto buone riserve durante il travaglio, l'Ostetrico o l'Ostetrica hanno a disposizione circa sette minuti per risolvere la distocia, un tempo che permette di

espletare la propria leadership nelle capacità tecniche per affrontare con successo il problema (technical skills) e nelle competenze non tecniche: cognitive, personali, sociali e relazionali che contribuiscono alla realizzazione di una performance lavorativa sicura ed efficace (non technical skills). (11)

Anche se dobbiamo molto al settore aeronautico, dove già da lungo tempo le simulazioni vengono sistematicamente effettuate al fine di apprendere ed avere maggiore familiarità con manovre e procedure che non siano svolte quotidianamente, non dobbiamo dimenticare l'idea antesignana della Scuola bolognese del XVIII secolo. Infatti già dal 1758 il Professore di chirurgia Giovanni Antonio Galli (1708 – 1782) realizzò a Palazzo Poggi una scuola di Ostetricia dove la fisiologia del parto e le manovre ostetriche venivano insegnate ai Medici ed alle Levatrici, come venivano chiamate allora le Ostetriche, attraverso tavole di cera, modelli d'utero in argilla e simulatori. Il carattere delle sue lezioni era pratico, fondato su modelli tridimensionali; infatti, soprattutto attraverso la cosiddetta "macchina da parto" il Professor Galli verificava l'apprendimento delle lezioni impartite ai suoi allievi.

Inoltre a sostegno dell'importanza delle simulazioni è soprattutto la prevalenza della patologia. Infatti con una prevalenza di distocia delle spalle dello 0.2%, un Ostetrico che lavora in un Ospedale di 1000 parti anno, assisterà un caso ogni cinque anni; patologia troppo rara da pensare di poter rimanere "confident" nel

Figura 1-2



Foto dell'Autore

gestire questa emergenza senza eseguire simulazioni su manichini.

Le capacità tecniche individuali poi, non sono sufficienti da sole a gestire un'emergenza in una organizzazione complessa come è la sala parto; bisogna anche sapere interagire con gli altri, con competenze e ruoli diversi: **occorre saper lavorare in team**.

Lencioni (12) ha evidenziato cinque caratteristiche di un team efficace e coeso: i componenti si fidano uno dell'altro; sono capaci di usare in modo produttivo il conflitto d'idee; si dedicano alle decisioni e alle azioni concordate; si ritengono reciprocamente responsabili delle stesse; si concentrano per il raggiungimento degli obiettivi comuni.

Inoltre sappiamo quanto sia importante avere una buona comunicazione per poter prenderci cura delle donne e dei loro bambini in modo sicuro ed efficace. A tal scopo, anche in ambito sanitario è stata introdotta nelle emergenze una tecnica di comunicazione standardizzata, inizialmente utilizzata negli Stati Uniti per i sotmarini nucleari; la più diffusa e conosciuta è la tecnica SBAR (7).

Infine l'importanza di un Operatore che sia il Team Leader, ovvero la persona che in quella situazione ha le capacità più adeguate per far fronte ad un determinato problema indipendentemente dal grado gerarchico.

Dopo un evento come la distocia delle spalle è importante documentare adeguatamente l'evento, preferibilmente attraverso una scheda di raccolta dati standardizzata. Questa scheda facilita la

documentazione e la successiva analisi del caso, ovviamente in un clima di "no-blame culture", favorendo il processo di apprendimento dell'evento avverso. Inoltre è importante che il Responsabile dell'Unità Operativa, insieme agli Operatori coinvolti nel caso, effettui un debriefing con i genitori del neonato. Affrontare una donna, o la sua famiglia, il cui neonato ha subito un danno è difficile; l'alternativa del silenzio e dell'abbandono però è peggiore sia per la famiglia, sia per gli operatori. Quando qualcosa non ha funzionato il personale sanitario deve essere il primo a prendere l'iniziativa e ad affrontare la situazione con trasparenza e onestà. Evitare o procrastinare questo confronto, indurrà a pensare che vi sia qualcosa da nascondere. Inoltre, mantenere un rapporto di fiducia tra le persone coinvolte riduce, pur non essendo lo scopo primario, anche i reclami e i contenziosi (7).

IL MONITORAGGIO CARDIOTOCOGRAFICO

Lo scopo del monitoraggio fetale in travaglio di parto è di identificare l'ipossia (l'ossigeno che arriva ad un organo è insufficiente per le sue richieste) per prevenire l'asfissia (ipossia accompagnata da aci-

dosi con danno funzionale d'organo), causa di morte o di danno neurologico al neonato sotto forma di encefalopatia neonatale ipossico ischemica e di eventuale paralisi cerebrale e/o ritardo mentale. Studi clinici epidemiologici hanno dimostrato che, nonostante la diffusione del monitoraggio elettronico in continuo del feto in travaglio di parto, la prevalenza della paralisi cerebrale sia rimasta invariata e che, nella maggioranza dei casi, le complicanze intra-partum rivestano una responsabilità minore di quanto sospettato in passato. Inoltre l'entusiasmo per la presunta possibilità di ridurre il danno neurologico e la morte del neonato, ha portato ad un incremento significativo dei tagli cesarei (13). Il monitoraggio del feto in travaglio si effettua mediante metodi clinici, biofisici e biochimici. Il monitoraggio elettronico della frequenza cardiaca fetale rappresenta un metodo biofisico e viene attuato mediante un cardiocrografo che registra contemporaneamente la frequenza cardiaca fetale e le contrazioni uterine.

Il monitoraggio cardiocrografico ha dei limiti intrinseci alla medodica nell'identificare il reale stato fetale (elevato numero di falsi positivi); ma è soprattutto il fattore

umano che riveste un ruolo fondamentale nella prevenzione degli eventi avversi derivanti da una errata interpretazione o da un ritardo nell'intervento in caso di traccia cardiocrografico sospetto o patologico. La letteratura riporta numerosi lavori nei quali si evidenzia la scarsa riproducibilità inter/intra osservatore nella classificazione e nella gestione del monitoraggio cardiocrografico. Nel lavoro di Ayres de Campos e coll (14), è stato chiesto a cinque Ostetriche esperte di analizzare quaranta tracciati, secondo linee guida ben stabilite, in due occasioni a distanza di due mesi. Nella prima lettura gli Ostetriche non erano a conoscenza dell'esito neonatale, mentre nella seconda valutazione era stato loro reso noto il pH alla nascita sul cordone ombelicale e di conseguenza le condizioni del neonato. Gli Esperti, nei casi con pH alla nascita < a 7.05 (patologico), hanno cambiato il loro giudizio nel 79% dei casi, indentificando un numero maggiore di variabili sospette o patologiche. E' auspicabile, dunque, che tracciati cardiocrografici esitati in esiti perinatali avversi e/o oggetto di contenziosi medico-legali vengano discussi sia in ambito di riunioni di reparto, sia analizzati dai

periti, senza conoscere l'esito neonatale, valutando contemporaneamente altri tracciati sospetti o patologici ma con esito normale del neonato.

Quando analizziamo un caso clinico dobbiamo essere consapevoli che ciò che chiamiamo ricostruzione, cioè lettura secondo fatti oggettivi, in realtà è una interpretazione di alcune informazioni parziali. Infatti raccogliamo solo una piccola quantità di informazioni e le rappresentiamo in modo soggettivo adattandole ai bisogni, alle credenze e alle aspettative. Prima di leggere a posteriori un caso clinico dobbiamo aver ben presenti alcune trappole mentali, insidiose, non facili da correggere in quanto facenti parte del nostro normale corredo mentale (1).

Errare è umano, cercare il colpevole lo è ancora di più. La logica aristotelica e il pensiero scientifico ci rendono ovvio pensare che per ogni effetto ci sia una causa e dato che spesso vicino ad un effetto c'è un essere umano, lui sarà identificato come la causa. Inoltre si cercano dentro la persona delle caratteristiche predisponenti: l'essere imprudente, inaffidabile, spericolato. Si proietta su un soggetto (il capro) la negatività che giustifica la presenza di eventi difficili da accettare (il dolore, la morte, l'incidente). Individuare responsabilità individuali è ben diverso dal caricare la persona di tutte le responsabilità degli eventi avversi che sono accaduti in un sistema complesso come quello sanitario. Questo errore porterà ad una cultura della colpa dove gli operatori tenderanno a chiudersi, a pro-

teggersi, a non comunicare, rendendo impossibile il processo di sviluppo della sicurezza come priorità.

La trappola del senno di poi è una delle più potenti distorsioni del ragionamento probabilistico, si tende a ritenere un evento come assolutamente probabile solo dopo che è successo; mentre prima che accadesse era solo una delle tante possibilità. Le persone quando giudicano a posteriori tendono ad esagerare ciò che avrebbe potuto essere visto in anticipo. Chi analizza gli eventi avversi deve sforzarsi invece di adottare un approccio mirato sulla realtà della persona, rispettando, senza giudicare, quella che è la sua verità, la sua esperienza; capire perché per quella persona era sensato agire in quel modo, perché in quel contesto tutto lo ha portato a fare quello che ha fatto. Chi cade nella trappola del senno di poi ricostruisce una realtà lineare e pulita da tutti i fattori contestuali di disturbo che per contro erano presenti nell'operatore. Questo ragionamento lineare porta allo sconcerto e a dire: "ma come ha potuto..." commentando a posteriori un incidente; più ci sembra assurda la scelta di un Collega, più il nostro punto di vista è lontano da quello che stava effettivamente vivendo l'operatore in quel momento e noi stiamo leggendo un'altra storia.

La trappola del lieto fine è quella che quando qualcosa finisce bene (il neonato nasce in acidosi, però sta bene) i fattori che hanno preceduto l'evento non sono presi in considerazione, o, se lo sono, non vengono valutati in modo negati-

vo. Purtroppo, come affermava Mach, il successo o l'insuccesso hanno la stessa origine, ciò che li differenzia sono i risultati.

Nella trappola della simmetria una persona è portata a pensare che a grandi cause si associno grandi effetti e viceversa. In effetti questo succede in un mondo semplice, non in un mondo complesso dove anche piccoli e remoti fattori possono portare ad effetti disastrosi. L'infermiera che scambia le provette di due pazienti è un errore cognitivo alla stregua di chi mette il sale nel caffè, dimentica di pagare una bolletta o lascia un documento nella fotocopiatrice dopo averlo riprodotto, ma le conseguenze dell'errore dell'infermiera potrebbero avere conseguenze gravissime e quindi tendiamo a giudicarlo esecrabile.

La trappola della conferma ci porterà a dare più peso alle evidenze che supportano le nostre credenze, ipotesi e aspettative, trascurando gli argomenti contrari. Una persona che si è già fatta delle aspettative, andrà in cerca dell'errore umano e alla fine troverà quello che cerca.

Infine ragionamenti ipotetici su come le cose sarebbero andate se alcuni aspetti fossero stati diversi rappresentano **la trappola del ma se....** Nell'analisi di un caso le persone sono portate a credere che se quell'elemento della storia fosse cambiato, si sarebbe evitato il problema; questo concentra l'attenzione solo su quell'elemento e porta a credere che, modificandolo o eliminandolo si attuerebbe un ottimo intervento per la sicurezza.

L'EMORRAGIA DEL POST-PARTUM

L'emorragia del post-partum rappresenta una grave complicanza ostetrica ed è definita come una perdita ematica \geq a 500 ml dopo un parto vaginale o \geq a 1000 ml dopo un taglio cesareo. La sola valutazione clinica della perdita ematica, senza una sua oggettiva valutazione, porta ad una sottostima che varia dal 40 al 50% dilazionando la diagnosi a quando le condizioni della donna spesso sono ormai critiche (13). Per ridurre questo rischio è buona norma pesare le garze e le compresse utilizzate, ricorrere a sacche trasparenti per la raccolta del sangue e disporre di protocolli e poster per aiutare i Professionisti a stimare la perdita ematica. La diagnosi precoce, il trattamento tempestivo ed appropriato insieme ad un efficace lavoro di team, sono i requisiti essenziali per ridurre al minimo il rischio di morte o di grave morbosità materna. È fondamentale che ogni punto nascita disponga di appropriati protocolli che prevedano l'allerta/la chiamata dei Professionisti necessari in base alla gravità dell'emorragia; inoltre, una buona e strutturata comunicazione è parte integrante, come in ogni emergenza, anche in caso di emorragia del post-partum. I punti nascita dovrebbero disporre di una procedura condivisa che promuova la comunicazione tra tutti i Professionisti coinvolti nella gestione dell'emergenza (ostetrici, anestesisti, ematologi, personale del centro trasfusionale) e che descriva nel dettaglio un protocollo assistenziale basato sulle più recenti prove di efficacia dispo-

nibili. Ogni protocollo deve essere condiviso ed approvato dai Professionisti che dovranno adottarlo, oltre che a testarlo mediante simulazioni periodiche che permettano di validarne l'applicabilità e verificare la qualità del lavoro di gruppo.

Serena Donati e coll (15) nel 2011 ha evidenziato come l'emorragia del post-partum sia, in Italia, la prima causa di morte materna correlata alla gravidanza. La morte materna nei paesi socialmente avanzati, è un evento troppo raro per essere utilizzato come unico indicatore della qualità dell'assistenza; diversamente per ogni morte materna, un numero decisamente maggiore di donne va incontro a gravi complicanze ostetriche. Negli ultimi decenni, pertanto, sono stati condotti diversi studi che avevano come obiettivo quello di analizzare le cause associate ai casi di morbosità materna grave, ovvero i maternal near miss cases. Data la sua maggiore prevalenza rispetto alla morte materna, questo indicatore può fornire, in tempi più rapidi, informazioni utili non solo in termini di valutazione della qualità dell'assistenza, ma anche per promuovere la prevenzione delle morti correlate alla gravidanza.

Il nostro Ospedale è una struttura di I livello dove è presente una guardia attiva nelle 24 ore di un ginecologo, di un pediatra e di un anestesista. Inoltre possono essere chiamati in reperibilità altri due ginecologi, un anestesista ed il medico di laboratorio. Nella nostra struttura è presente un Centro Trasfusionale ed un servizio di Terapia Intensiva per adulti, mentre non è pre-

sente un servizio di Radiologia interventista.

Nel periodo gennaio 2003 e dicembre 2013 si sono verificati 102 casi su 10.991 (0.92%) parti di emorragia maggiore, definita come perdita ematica \geq 1500 ml o che ha richiesto trasfusioni di sangue. Non vi sono state morti materne, mentre 12 (0.1%) casi sono stati analizzati come near miss: donne che avevano avuto una perdita ematica $>$ 3000 ml e/o avevano ricevuto più di otto sacche tra globuli rossi concentrati e plasma. Infine, dall'analisi delle cartelle cliniche è emerso che nel 42% (43/102) era presente un substandard care (16).

Se prendiamo il dato sulla mortalità materna dovuta ad emorragia del post partum in Italia pubblicato da Serena Donati ed il suo gruppo (15) (29 casi su 1.001.292: 2.9/100.000) e lo confrontiamo con i nostri 12 casi di near miss (12 casi su 10.991: 109.1/100.000), vediamo che il rapporto morte materna/morbosità grave è di 1/38.

L'implementazione di audit, preferibilmente multidisciplinari che analizzino la mortalità, ma soprattutto la grave morbosità (maternal near miss cases) da emorragia del post-partum, insieme a programmi formativi, come il corso di formazione a distanza (FAD) Italian Obstetric Surveillance System organizzato dall'Istituto Superiore di Sanità, contribuiscono a facilitare l'acquisizione di competenze utili alla prevenzione, ad una diagnosi precoce e ad un tempestivo e appropriato trattamento.

Si ringrazia la Studentessa Francesca Dell'Orto per i disegni

bibliografia

1. Bracco F. Promuovere la sicurezza. La gestione dei rischi nelle organizzazioni complesse. Carocci Editore 2013
2. Weick K E, Sutcliffev K M. Managing the unexpected. Assuring high performance in an age of complexity. Jossey-Bass, San Francisco 2001.
3. Palazzo S. Organizzare il lavoro in medicina. Il Pensiero Scientifico Editore. Novembre 2000
4. Lewin K. Storia e sperimentazione in psicologia sociale. Bologna. Il Mulino 1978
5. Bodega D. Le forme della leadership. Rizzoli Etas 2012
6. Spandrio R, Regalia A, Bestetti G. Fisiologia della nascita. Dai prodromi al post partum. Carocci Faber 2014
7. Lissoni D, Nelli E. Emergenza ostetrica: distocia di spalle. Analisi retrospettiva di casi risarcitori di Regione Lombardia. Tesi di Master: Hospital Risk Management, Cineas. Anno Accademico 2013-2014
8. CESDI. 5th Annual Report. London: Maternal and Child Healyh Consortium 1998
9. Draycott TJ, Crofts JF, Ash JP, Wilson LV, Yard E, Siabnda T, Whitelaw A. Improving neonatal outcome through practical shoulder dystocia training. *Obstet. Gynecol* 2008;112:14
10. ALSO. Advanced Life Support in Obstetrics (UK). www.also.org.uk
11. Flin R, O'Connor P, Crichton M. Il front-line della sicurezza. Guida alle Non- Technical Skill. Hirelia 2010
12. Lencioni P. La guerra nel team: racconto sulle cinque disfunzioni del lavoro di squadra. Etas Libri 2007
13. Valle A, Bottino S, Meregalli V, Zanini A. Manuale di sala parto. Seconda edizione. Edi-ermes. Novembre 2006
14. Ayres de Campos D et al. Knowledge of adverse neonatal outcome alters clinicians' interpretation of the intrapartum cardiotocograph. *BJOG* 2011;118:978-984
15. Donati S., Senatore S., Ronconi A., the Regional maternal mortality working group. Maternal mortality in Italy: a record-linkage study. *BJOG* 2011;118:872-879
16. Zanini A. Dati personali

L'OSTETRICA C.T.

Un percorso formativo, una scelta, una responsabilità

**Zanchi Vodiana
Antonella Marchi***
Ostetrica, APSS Trento

* Ostetrica Forense Siena, Presidente AIO

LA CONSULENZA GIUDIZIALE è un tipo di consulenza che, nell'ambito di un processo, può essere disposta o d'ufficio da un giudice o richiesta dalle parti, al fine di accertare eventi o verificare alcune situazioni che richiedono interventi tecnici da parte di professionisti esperti.

In riferimento all'elevato numero di contenziosi è necessario avere a disposizione tecnici sempre più preparati, che portino all'interno del complesso procedimento giuridico una capacità tecnica sempre più specifica. Anche la giurisprudenza ha dovuto adeguarsi in merito, inserendo nell'albo peritale professionisti che sino ad oggi non erano contemplati.

IL CONCETTO DI "PROFESSIONE INTELLETTUALE"

Per una miglior comprensione dell'argomento iniziamo dall'etimologia della parola "Professione", che deriva dal latino *Professus*, cioè "dichiarato apertamente"; nel caso di un mestiere s'intende dichiarazione pubblica del proprio ruolo.

Mentre la parola "intellettuale" dal latino *Intellectus* significa utilizzo dell'intelletto che è proprio delle attività che richiedono l'uso del pensiero.

Partendo da questi assunti, e tenuto conto del diffondersi di nuove professioni, della complessità del sistema sociale ed economico e dell'affermarsi di nuovi modelli organizzativi, è chiaro come la definizione di "Professioni Intellettuali" assuma una diversa connotazione anche dal punto di vista giuridico.

I confini in cui in precedenza la dottrina

Questo contributo vuole brevemente illustrare il percorso formativo che la professionista ostetrica deve intraprendere per acquisire competenze tecniche sempre più specifiche sia in ambito sanitario che in quello giudiziario.

È difficile pensare di poter redigere una consulenza tecnica senza conoscere le fasi e l'evoluzione di un processo, del ruolo che il consulente ricopre in quel momento; la stessa Ct assumerebbe così una valenza diversa.

L'obiettivo che ci poniamo è di porre l'accento sulla responsabilità morale, in primis, ma anche penale di ogni atto depositato e discusso in sede di giudizio da parte del consulente

Parole chiave:

Ctu/Perito/ Ct: consulenza tecnica, Responsabilità, Ostetrica

definiva tali professioni erano in corrispondenza esclusivamente e normativamente alla differente preparazione universitaria e al tipo di prestazione erogata; si può capire quindi come con l'art 2229 del c.c. e l'art 33 comma 5 della Costituzione si è potuto ampliare il principio di professione intellettuale, richiedendo la necessaria iscrizione ad appositi albi o elenchi in conformità a titoli d'abilitazione o autorizzazione e di altri requisiti legali, ove previsti.

Quest'articolo quindi ha determinato la fondatezza della distinzione tra professioni protette e non protette, assoggettando le prime quindi a un sistema di controllo per la possibilità di esercitare o meno tale professione. È facile così comprendere che per "Professioni Intellettuali" si può intendere qualunque professione atta a contenere la soluzione di un problema sulla base di un sapere, o meglio si può definire come "una prestazione che

confronta un sapere ad un problema" (A. M. Leozappa)

Tale prestazione quindi mette in rilievo l'utilizzo dell'intelligenza e della cultura in maniera rilevante rispetto al lavoro manuale (pur sempre presente ma in forma variabile).

Accanto all'intellettualità quindi esistono requisiti come la delicatezza morale e l'autonomia che caratterizzano alcune professioni in particolare, ma più in generale qualunque professione intellettuale. Da ciò è facilmente comprensibile come l'esercizio di quest'ultima sia utile all'intera società attraverso i diversi risultati ottenuti dai professionisti.

In merito a quanto detto va sottolineato il ruolo rilevante dello Stato nel tutelare i soggetti privati che si affacciano a tali professioni, attraverso, come già anticipato, ordini di controllo deputati all'assicurarsi che i professionisti operino per tutelare il benessere collettivo, ma anche per

garantire e mantenere un elevato livello culturale professionale.

In seguito è stata riconosciuta alle professioni intellettuali la possibilità di esercitare in libera concorrenza, ferme restando le clausole previste dalla normativa di legge.

Risulta altresì considerevole evidenziare come negli ultimi anni il diritto europeo sia stato in grado di condizionare profondamente i sistemi tradizionali, la progressiva migrazione di professionisti e la globalizzazione della domanda e dell'offerta che hanno incoraggiato, anche a livello nazionale, la trasformazione in materia di "Professioni Intellettuali".

Entrando più nel dettaglio, visti i criteri prima descritti necessari a definire un'arte come "Professione Intellettuale", possiamo riassumere quella dell'Ostetrica che ha fortemente risentito dell'influenza Europea.

Con la Direttiva Europea n. 80/154/CEE del Consiglio del 21 Gennaio 1980, concernente il reciproco riconoscimento dei diplomi, certificati ed altri titoli di ostetrica e comportante misure destinate ad agevolare l'esercizio effettivo del diritto di stabilimento e di libera prestazione dei servizi, sono state adeguate la formazione e le competenze alla realtà europea, a cui è subentrata la **Direttiva 2005/36/CE** relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali.

Quest'ultima è stata recepita dall'Italia con il **Decreto Legislativo 9 Novembre 2007 n. 206** che, in linea con le disposizioni e le finalità della direttiva, stabilisce le regole e disciplina le modalità amministrative che assicurano ai cittadini dell'Unione Europea, che hanno acquisito una qualifica professionale in un altro Stato membro, la possibilità di accedere ad una professione regolamentata in Italia e di esercitarla con gli stessi diritti previsti dalla normativa nazionale.

L'obiettivo del recepimento è facilitare la mobilità in Europa per l'esercizio della professione, nonché il riconoscimento dei titoli professionali ed in cui all'art. n. 48 è declinato *l'esercizio delle attività professionali dell'ostetrica*.

Ad oggi le normative hanno portato la professione ad avere un sistema formativo di laurea triennale, seguito da una laurea biennale e numerosi master professionalizzanti. A fronte di un lungo e complesso

iter di riordino della legislazione concernente la formazione universitaria ma anche l'attività professionale che sviluppa diversi gradi di abilità e conoscenza in molteplici ambiti, si è creato un Profilo Professionale con più ampie responsabilità professionali.

Come già affermato in precedenza, negli ultimi anni è cresciuta l'attenzione alla salute soprattutto nel percorso Materno Infantile, ed in prospettiva a ciò è chiaro come sia necessario anche per la professionista ostetrica, adeguarsi ai cambiamenti formandosi secondo le proprie abilità e inclinazioni professionali. Si sviluppano così i master postlaurea e, tra questi, poniamo l'attenzione su quello di **"Infermieristica e Ostetrica legale forense"** che si pone l'obiettivo di formare professionisti capaci di prevenire e ridurre, per quanto attiene le proprie competenze, gli errori in ambito sanitario.

LA FIGURA DEL CONSULENTE TECNICO

I Consulenti Tecnici d'Ufficio assumono il ruolo di ausiliari del Giudice e possono essere scelti, per svolgere l'attività, da appositi albi depositati presso i tribunali da cui tutti (anche altri uffici giudiziari aventi sede nella circoscrizione del medesimo tribunale) possono attingere; il consulente risponde a precise responsabilità.

Il Giudice nomina il perito scegliendolo tra gli iscritti negli appositi albi (artt. 67 e ss.) o tra persone dotate di particolare competenza nella specifica disciplina (art. 221 c.p.)

Il Giudice può anche decidere di nominare una persona non iscritta ad un albo, ma fornita della competenza tecnica particolare richiesta nella fattispecie, in questo caso deve rivolgersi al Presidente del Tribunale che dovrà esprimere un parere in merito. È possibile procedere inoltre alla nomina dell'esperto, pur sempre abilitato, ma non iscritto ad alcun ordine professionale, sempre che le parti non si oppongano.

La funzione dell'albo è una funzione di garanzia a tutela del corretto svolgimento del procedimento, l'iscrizione infatti, deve essere valutata salvaguardando la scelta dei professionisti con una preparazione elevata per adempiere in maniera esattiva all'incarico conferito.

L'albo è suddiviso in categorie alcune

delle quali obbligatorie: Medico/Chirurgica, Industriale, Commerciale, Agricola, Bancaria, Assicurativa.

Nulla vieta poi che si creino all'interno di queste macro-aree delle sottocategorie corrispondenti a diverse specializzazioni come ad esempio Infermieristica e Ostetrica nel campo medico/chirurgica.

La gestione dell'albo è ripartita tra due organi ben distinti: il Presidente del Tribunale ed il Comitato (quest'ultimo formato dallo stesso Presidente del Tribunale, dal Procuratore della Repubblica e da un professionista iscritto nell'albo professionale, designato dal consiglio dell'ordine, o dal collegio della categoria, cui appartiene il richiedente l'iscrizione nell'albo dei consulenti tecnici).

Al Presidente del Tribunale viene affidata: la tenuta dell'albo, l'avvio del procedimento disciplinare, la vigilanza sulla rotazione degli incarichi.

Al Comitato viene assegnato: l'esame delle domande d'iscrizione, l'irrogazione delle sanzioni disciplinari, la revisione delle iscrizioni.

Analizziamo ora le tre funzioni del Presidente del Tribunale:

- la tenuta dell'albo**, consiste nell'organizzazione con strutture personali e materiale necessario per la corretta gestione dello stesso delle iscrizioni, nomine ed eventuali cancellazioni. Il Presidente può demandare tale funzione ad un Magistrato delegato
- l'avvio del procedimento disciplinare** può essere avviato d'ufficio, su richiesta del Procuratore della Repubblica, dal Presidente dell'ordine o dal collegio professionale d'appartenza dell'iscritto
- la vigilanza sulla rotazione** degli incarichi è esercitata esclusivamente dal Presidente del Tribunale sulla base dei dati raccolti annualmente dalla cancelleria.

Invero non è tanto il numero delle consulenze affidate al singolo iscritto, quanto il totale dei compensi liquidati da ciascun magistrato ai consulenti nominati ed è compito del Presidente richiamare i magistrati ad avere una particolare attenzione sulla rotazione dei consulenti, qualora ne riscontrasse un difetto fino a casi gravi, in cui sarebbe possibile aprire un procedimento disciplinare in merito.

La legge del 18 Giugno 2009 n. 69

“Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile” stabilisce appunto che “a nessuno dei consulenti iscritti possono essere conferiti incarichi in misura superiore al 10% di quelli affidati dall'ufficio”.

È chiaro come con questa norma si siano poi creati una serie di dubbi in merito nello specifico calcolo rispetto agli incarichi andati a buon fine o meno, oppure alla valutazione della soglia massima degli incarichi calcolati come totale del singolo Tribunale oppure della singola disciplina. Non entreremo nello specifico di ciò, la cosa da sottolineare in questo contesto rimane la necessità di sorveglianza sulla rotazione dei professionisti al fine di garantire trasparenza e correttezza procedurale.

Per ciò che attiene gli incarichi del Comitato, poniamo l'attenzione in merito a quella che è l'**attività di revisione dell'albo** che consiste nell'accertamento periodico (in genere ogni quattro anni) che permangano i requisiti degli iscritti oppure di cancellare i consulenti per i quali è venuto meno alcuno dei requisiti previsti o è sorto un impedimento a esercitare l'ufficio.

Nell'azione pratica il Tribunale invita il consulente a confermare la sua intenzione di rimanere iscritto all'albo e verifica attraverso il casellario giudiziale, il possesso dei requisiti cui si chiede una “condotta morale specchiata”.

REQUISITI PER L'ISCRIZIONE ALL'ALBO

Secondo l'art.15 delle Disposizioni di attuazione del c.p.c., l'iscrizione avviene su domanda dell'interessato che non può essere iscritto in più albi, ma può chiedere che venga accolta la richiesta d'iscrizione a più categorie del medesimo albo.

Gli unici requisiti per l'iscrizione sono:

- 1° Il possesso di una speciale competenza tecnica in una determinata materia
- 2° Una condotta morale specchiata
- 3° L'iscrizione in un ordine professionale

Per quanto concerne il punto 1, quando si parla di competenza tecnica speciale s'intende che non basta saper essere un professionista in quell'ambito, bisogna altresì aver maturato con incarichi piuttosto che corsi d'aggiornamento, una spe-

cifica competenza che distingua il richiedente rispetto alla competenza media richiesta nel suo settore.

L'art 61 del c.p.c. esprime infatti nel dettaglio quanto sopra, secondo cui il giudice può farsi assistere per il compimento di singoli atti o per tutto il processo, da uno o più consulenti di particolare competenza tecnica, intendendo così che la scelta deve essere fatta non in base ad una semplice abilità connessa alla professionalità che si presume tutti i membri della stessa categoria abbiano, ma una **speciale** competenza tecnicamente qualificata.

Per quel che concerne il punto 2, requisito richiesto in merito alla condotta morale specchiata, il legislatore non intendeva l'incensuratezza del richiedente ma che, qualora vi fosse un precedente penale a carico dello stesso, che dalla natura del reato commesso o da altri elementi, non sia possibile desumere lo scarso o inesistente senso morale del richiedente.

Il 3° requisito richiesto è l'iscrizione ad un ordine professionale. Dalla lettura dell'articolo di legge sembrerebbe che la norma richieda un quarto requisito connesso all'obbligo di residenza nella circoscrizione del Tribunale al quale il richiedente fa domanda; in realtà nella prassi comune si tiene conto del domicilio più che della residenza, giustificando il fatto che sempre più professionisti lavorano e vivono in un luogo diverso dalla residenza originaria. Inoltre, nel caso in cui il Ctu non adempia in maniera puntuale e solerte al compito assegnato evincendo problematiche di sede abitativa, può essere disposto un procedimento amministrativo con radiazione dall'albo dei Ctu.

Al momento della richiesta di iscrizione viene compilata una domanda corredata da documenti quali estratto dell'atto di nascita, il certificato generale del casellario giudiziario di data non anteriore a tre mesi dalla presentazione, il certificato d'iscrizione all'albo professionale, il certificato di residenza nella circoscrizione del Tribunale, il curriculum vitae con i documenti che il richiedente intende esibire per dimostrare la sua “speciale capacità tecnica” e copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità in corso di validità.

La domanda è presentata al Presidente del Tribunale presso la cancelleria

dell'ufficio preposto, quindi il cancelliere predispone un fascicolo contenente tutti i documenti che saranno valutati dal Comitato il quale, non essendo un organo permanente, viene chiamato a riunirsi nella composizione che già abbiamo enunciato.

L'esame della domanda è basato esclusivamente sui titoli, non è prevista l'audizione del richiedente ma nulla esclude che il Comitato possa convocarlo e può accogliere la richiesta e ordinarla all'interno dell'albo, o può rigettarla motivando sempre il provvedimento e notificando poi all'interessato l'esito.

ATTIVITÀ DEL CONSULENTE

Quando il consulente viene scelto dall'apposito albo è obbligato ad accettare l'incarico salvo che non vi siano gravi impedimenti che deve far presente al Giudice.

Di contro un ausiliario non scelto nell'albo può rifiutarsi anche senza giustificati motivi, dando sempre comunicazione al Giudice.

In seguito alla nomina, il consulente deve presentarsi il giorno dell'udienza per accettare formalmente l'incarico con la formula di giuramento e soprattutto prendere atto dell'oggetto e della finalità nei termini di deposito richiesta per la suddetta consulenza.

In merito all'oggetto della consulenza, allo stesso può essere richiesto di accertare i fatti (consulente percipiente) o di fare una valutazione scientifica su di essi (consulente deducente) ed i due profili possono essere sovrapposti all'interno della stessa consulenza.

Il consulente nel compiere il suo operato ha principalmente tre limiti:

1. non compiere valutazioni di tipo giuridico
2. accertare l'esistenza di norme
3. valutare prove documentali.

Tale professionista assume il ruolo di ausiliario del Giudice ed il suo compito è quello di dare una valutazione puramente tecnica dei fatti della causa, di cui non può essere investito lo stesso organo giudicante.

Si dovrà attenere esclusivamente agli aspetti tecnico-scientifici che riguardano il caso: ad esempio in un contenzioso medico-legale il quesito sottoposto al consulente dovrebbe riguardare esclusiva-

mente la corretta tecnica d'intervento secondo la *leges artis* e rispondere a quesiti di particolari cognizioni tecniche.

In via generale l'attività del Ctu non può essere considerata un mezzo di prova in senso proprio, in quanto ha solo la finalità di fornire al giudice una valutazione tecnica degli elementi acquisiti, fornendo una possibile soluzione a questioni che necessitano di specifiche conoscenze. Di conseguenza, si esclude che la consulenza tecnica possa essere sostitutiva dell'onere probatorio che incombe sulle parti (art. 2697 del c.c.).

RESPONSABILITÀ DEL CONSULENTE

Nel codice di procedura civile del 1865 (artt. 252-270) veniva descritto e regolamentato alla stregua di una testimonianza, che venivano accolti come "periti" anche persone analfabete ma a conoscenza dei fatti in questione.

Infatti bastava essere esercente di un'arte o di un'attività della quale si aveva una particolare abilità o esperienza per poter partecipare all'attività giuridica come consulente.

Con la riforma del codice, l'ausiliario del giudice diviene un soggetto indipendente dalle parti ed esperto in una specifica materia o disciplina che ha il compito di eseguire indagini in merito e fornire, attraverso una relazione denominata "perizia", dei chiarimenti al giudice sulla stessa materia.

Lo stesso Magistrato inteso come "Perito Peritorum" può farsi assistere da un esperto, ma tale assistenza non è per lui vincolante per il giudizio qualora il giudicante non ritenesse convincenti le argomentazioni espresse dal perito.

Entra così a pieno titolo ai fini giudiziari l'attività di consulenza fra le attività professionali del prestatore d'opera intellettuale.

Prima di continuare è necessario fare una precisazione poiché esistono nella consulenza giudiziaria professionale due tipologie di consulente, distinte per natura della committenza e per "modus operandi" accomunati però dal concetto di responsabilità.

Date le differenze sostanziali preme in questa sede porre l'accento sul consulente Ctu/Perito distinto a seconda dell'esame di un'attività in sede civile o penale.

Il suddetto quindi inizia le indagini commesse dal Giudice sino a redigere una relazione denominata **Perizia o Consulenza Tecnica d'Ufficio**, in cui dovrà esprimere e fornire chiarimenti al Consiglio e al Giudice stesso in merito al quesito posto in sede di nomina.

Ricevuto l'incarico, il Professionista compie, sotto la propria responsabilità e sulla scorta delle conoscenze che caratterizzano la propria arte, ogni accertamento ed ogni valutazione necessarie a fornire al giurista gli elementi tecnici e scientifici per concludere in valutazioni giuridiche.

In tutti i casi in cui il Giudice consideri la necessità di nominare un perito, le parti si possono far assistere da **Ctp** (Consulente tecnico di parte), in numero pari a quello dei periti, i quali dovranno essere avvisati dallo stesso **Ctu/Perito** di ogni attività da lui svolta, soprattutto se non ripetibile, in modo che anche gli stessi vi possano partecipare a tutela del soggetto di parte.

Anche ai Ctp viene richiesto di formulare un elaborato in cui esprimono le loro formulazioni e deduzioni sull'operato del Ctu/Perito o sulla materia in oggetto e possono così depositare relazioni a sostegno o a critica della perizia d'ufficio.

Mi preme sottolineare che nel nostro codice di procedura civile viene ben espresso nell'articolo, che il Giudice è libero qualora lo ritenesse necessario, di farsi affiancare dal Ctu per l'intero processo, a differenza di quanto espresso nel codice di procedura penale in cui si specifica che qualora il Giudice avvertisse la necessità di usufruire di competenze tecniche specifiche nella figura del Perito, dovrebbe formulare un quesito unico al quale lo stesso si dovrebbe attenere.

RESPONSABILITÀ DEL CONSULENTE

L'art. 64, comma 2, c.p.c. stabilisce che il consulente tecnico è "in ogni caso" tenuto a risarcire i danni causati alle parti, durante l'esecuzione del suo mandato. Come succede per tutte le professioni intellettuali, anche l'attività del consulente risponde a tre fattispecie di responsabilità diverse: responsabilità disciplinare, responsabilità penale, responsabilità civile che andremo ad analizzare qui di seguito.

LA RESPONSABILITÀ DISCIPLINARE

Il Presidente del Tribunale è tenuto a vigilare sull'attività dei Ctu/Periti in merito a diversi aspetti, che sono poi quelli riportati nel codice stesso:

- non avere tenuto una "condotta morale specchiata"
- non aver adempiuto agli obblighi derivanti dagli incarichi ricevuti
- rifiuto ingiustificato di prestare il proprio ufficio
- mancata comparizione all'udienza per il giuramento senza giustificato motivo
- mancato deposito della relazione nel termine assegnato, senza giustificato motivo
- mancato avviso alle parti dell'inizio delle operazioni peritali, aggravato poi dalla necessità del rinnovo della consulenza
- negligenza o imperizia nell'espletamento dell'incarico

Le sanzioni disciplinari che possono essere impartite ai consulenti sono:

- avvertimento
- sospensione dall'albo per un tempo non superiore a un anno
- cancellazione dall'albo

L'istanza motivata può essere presentata al Presidente del Tribunale, dalla parte convenuta, dal Giudice della causa; lo stesso Presidente su istanza del Procuratore della Repubblica o dal Presidente dell'Ordine professionale di appartenenza, può iniziare un provvedimento disciplinare per il quale è competente la stessa commissione formante gli albi.

LA RESPONSABILITÀ PENALE

L'esperto del giudice riveste come già detto la qualifica di pubblico ufficiale ai sensi dell'art 357 del c.p.; in quanto tale la regolamentazione della sua attività viene demandata da un lato ai sensi dell'art 64 del c.p.c. e dall'altro ai sensi degli artt. 366 c.p. (rifiuto di uffici legalmente dovuti), 373 c.p. (falsa perizia o interpretazione), 374 c.p. (frode processuale). Articoli questi ultimi che si applicano nella fattispecie di reato collegate a questa peculiare attività (per esempio: abuso d'ufficio, corruzione, peculato...).

Esaminiamo nel dettaglio questi tre principali articoli del codice penale che regolamentano l'attività del consulente:

Tabella riassuntiva

Denominazione:	Consulente tecnico d'ufficio (CTU)/Perito (solo processo penale)	Consulente tecnico di parte (CTP) in entrambi i procedimenti
Committente:	Giudice	Parte privata
Qualifica assunta	Pubblico ufficiale	Non è un pubblico ufficiale
Responsabilità	Regime di responsabilità penale e disciplinare	Non è sottoposto a regime penalistico
Obbligatorietà	Obbligo di prestare ufficio se nominato (in assenza di motivi di ricasazione o d'incompatibilità)	Libero di non accettare l'incarico propositogli da parte privata (contratto di prestazione d'opera di diritto privato)
Inadempienze/Responsabilità	"Illecito Aquiliano" secondo quanto disposto dall'art. 64 c.p.c.	Responsabilità di tipo contrattuale
Attività	Costituisce la fonte tecnica del convincimento del Giudice al fine della decisione nel merito di una questione preventivamente imposta sulla base di specifici quesiti sottoposti al professionista.	Costituisce un parere tecnico: <ul style="list-style-type: none"> • Pre-giudiziale quando serve ad indirizzare la decisione in merito all'opportunità di affrontare o meno un processo; • Giudiziale quando serve ad impostare le strategie difensive della parte Agisce in "simbiosi processuale" con l'avvocato

- L'art 366 del c.p. Punisce chi, incaricato dall'Autorità giudiziaria ottiene l'esenzione dall'obbligo di comparire o di prestare il suo ufficio con mezzi fraudolenti; oppure chi rifiuta di dare le proprie generalità, di prestare il giuramento o di adempiere ai suoi compiti. Il rifiuto di cui si accenna non s'intende solo un rifiuto espresso ma anche desunto dal comportamento dello stesso Ctu (per esempio non depositando la relazione)
- L'art 373 del c.p. Punisce chi, incaricato dall'Autorità giudiziaria affermi fatti non veri oppure dia pareri mendaci, anche nel corso di un procedimento d'istruttoria preventiva
- L'art 374 del c.p. Punisce chi, incaricato dall'Autorità giudiziaria, al fine di ingannare il giudice muti in maniera artificiosa lo stato dei luoghi o cose o persone durante un'attività d'ispezione

La condanna prevista varia da una reclusione da uno a cinque anni oltre al pagamento di una multa pecuniaria nel penale, mentre sul piano disciplinare comporta la radiazione dall'albo professionale qualora previsto, fino al licenziamento qualora il perito fosse assunto presso una struttura pubblica o convenzionata.

C'è da aggiungere che il codice di procedura penale prevede nell'art 376 c.p. che qualora il reo ritratti il falso e manifesti il vero prima della fine del procedimento, venga esclusa la punibilità del reo. In questo caso il reo dovrà presentarsi di fronte al magistrato istruttore del procedimento civile, manifestando il vero.

Tale dichiarazione andrà allegata al fascicolo civile determinando così la continuazione del processo in sede civile, che si era interrotto in attesa di giudizio per i suddetti reati. Per quello che riguarda il processo penale a carico del consulente in questo modo, si potrebbe procedere all'archiviazione.

LA RESPONSABILITÀ CIVILE

L'unico presupposto, in materia civilistica, per sanzionare un consulente è dimostrare che esso sia incorso in colpa grave, durante l'esecuzione dell'incarico. Come già detto in precedenza, il reato in questo ambito sussisterebbe qualora i contenuti della relazione fossero non conformi al vero o in un ritardo voluto di deposito della relazione, oppure quando si ritenga che il Ctu abbia assolto in maniera superficiale

o con trascuratezza l'incarico conferitogli, ancora, non restituendo atti a lui consegnati dalle parti e così via.

Con queste premesse gli si potrebbero contestare dei danni quali:

- eccessiva durata del processo
- spese sostenute per ottemperare a un provvedimento del giudice basato su una consulenza rivelatasi errata
- spese sostenute per dimostrare l'errore delle conclusioni cui arriva la consulenza
- corrispettivo percepito dal consulente per una prestazione rivelatasi inutile.

I DANNI RISARCIBILI

Entrando nel merito dei danni risarcibili dal consulente in merito al suo operato, potrebbe sembrare difficilmente dimostrabile come alcune tesi sostengono, e quindi avrebbe una scarsa utilità, l'art 64 enunciato in precedenza.

In realtà al giudice è consentito, al riguardo, ricorrere all'art 115 del c.p.c. (disponibilità delle prove "Salvi i casi previsti dalla legge, il giudice deve porre a fondamento della decisione le prove proposte dalle parti o dal pubblico ministero nonché i fatti non specificatamente contestati dalla parte costituita. Il giudice può tuttavia, senza bisogno di prova, porre a fondamento della decisione le nozioni di fatto che rientrano nella comune esperienza") o all'art 2727 c.c. (prove presuntive, "Le presunzioni sono le conseguenze che la legge o il giudice trae da un fatto noto per risalire a un fatto ignorato"...omissis).

Vi è da dire che non solo la parte soccombente è legittimata a domandare il risarcimento ma anche altre parti concorrenti nel processo.

In ogni caso è utile anche ricordare che il nostro codice prevede comunque che **l'onere della prova** sia a carico di chi pensa di aver subito un danno (art 2697 c.c., "Onere della prova").

In merito al danno in senso stretto, come già affermato, i campi danneggiati, potrebbero essere molteplici vedi alcuni esempi riportati in precedenza, l'unico che non rientra nel concetto di danno in senso tecnico è la somma versata al Ctu dichiarato poi infedele o imperito, in quanto una volta dichiarata nulla la consulenza questa somma costituisce un pagamento di un indebito e quindi se ne può richiedere la restituzione anche a prescindere dall'esito del giudizio in merito a colpa grave o lieve del consulente.

Chi decide in merito alla domanda di risarcimento presentata dalle parti è solitamente il giudice competente per valore e territorio, nel caso in cui vi sia un silenzio da parte della legge in tal senso, certo è che non potrà essere competenza dello stesso giudice del procedimento civile, nel corso del quale lo stesso consulente ha prestato l'opera.

bibliografia

- Tolino A., Battista L., D'Ettore A., Liguori G., Clinica, Competenze e responsabilità professionale in ostetrica, Edizione Minerva medica, Torino, 2008
- BARTOLINI F., ALIBRANDI L., CORSO P., Quattro codici. Civile e di procedura civile, penale e di procedura penale, Codici Vginti, Ed. La Tribuna 2015
- ROSSETTI M., IL CTU "Occhiale del giudice", 3^a edizione, Giuffrè, Milano, 2012

I GRUPPI DOPO PARTO offerti nei consultori liguri

INTRODUZIONE

“Per allevare un bambino ci vuole un villaggio”, dice Gandhi. Nella nostra società è scomparso il villaggio di relazioni intorno alla madre, mancano i luoghi di trasmissione delle competenze sia materne che paterne e genitoriali. Familiari, amici e operatori, oggi, nel periodo che segue la nascita di un bambino, diventano sempre meno attenti alle esigenze della neo triade madre-bambino-padre. In Italia è documentata un'adeguata assistenza al puerperio e al dopo parto da parte del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), in particolar modo quella offerta a domicilio a differenza di molti Paesi europei (Francia, Inghilterra, Germania, Portogallo) (1). In questi Paesi l'assistenza alle puerpere e ai bambini è garantita a domicilio dalle ostetriche, remunerate dallo Stato, mentre le donne italiane per avere lo stesso servizio devono rivolgersi alle libero professioniste. D'altro canto, in questi Paesi, le competenze professionali sono più che consolidate e il numero di ostetriche sul territorio è adeguato. Le ostetriche/ci operanti nei Consultori Familiari (C.F.) italiani (2) sono, invece, spesso in numero insufficiente anche solo per offrire un'assistenza ottimale alla diade/triade all'interno della stessa struttura, sia per mancanza di tempo che di spazi, e quando indirizzano l'assistenza a domicilio questa è rivolta alle sole don-

ne “fragili”. Generalmente, nel dopo parto, vengono organizzati degli incontri, con le stesse donne che hanno frequentato il corso di accompagnamento alla nascita (CAN), nei quali si offrono semplici colloqui sull'allattamento e talvolta il massaggio del neonato, a queste iniziative di rado

partecipano anche i partner o altri familiari (nonne, sorelle, ecc.). Nei C.F. l'attenzione alle esigenze espresse e non espresse della diade/triade è spesso al di sotto delle aspettative delle donne, che spesso, rassegnate, non la richiedono. La creazione di “**gruppi dopo parto**”, come so-

**Maria Rosaria Mascolo
Arianna Falco***

Ostetrica, S.O.C. di Ostetricia e Ginecologia di Novi Ligure, D.M.I. AL dell'ASLAL (provinciale di Alessandria); Docente al Corso di Laurea in Ostetricia e al Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche - Scuola di Medicina e Farmacologia dell'Università degli Studi di Genova

* Ostetrica libero professionista della provincia di Savona

stengono alcuni professionisti, potrebbe essere un efficace strumento per rispondere a tali esigenze (3).

Un “**gruppo dopo parto**”, con **standard ideale** (3), garantisce oltre al passaggio di informazioni utili, anche la possibilità di accrescere le competenze materne e pater-

In Italia i periodi del puerperio e del dopo parto risultano essere caratterizzati da un “vuoto assistenziale”. Alcuni professionisti hanno intuito che i “gruppi dopo parto”, da offrire all'interno dei Consultori Familiari, possono essere degli strumenti efficaci per sostenere il nuovo nucleo familiare, rispondendo ai loro bisogni espressi e non espressi. L'obiettivo di questo studio è quello di indagare, nei Consultori della Regione Liguria, la realizzazione di attività dedicate al nuovo nucleo familiare nel puerperio e nell'esogestazione, approfondendo il tema dei “gruppi dopo parto”.

Dall'analisi dei questionari, distribuiti nei 34 consultori liguri, si ottiene che in 19 di essi (56%) sono offerti dei gruppi-corsi del dopo parto. Gli incontri, condotti dalle ostetriche/ci, hanno tematiche, strutture e metodologie simili: vengono proposti soprattutto incontri pratici-informativi (79%) e l'attenzione è rivolta ai bisogni di tutta la triade solo nel 47% dei casi. È emerso inoltre che, pur essendo limitato il numero delle ostetriche/ci (solo 29 operatori su 34 consultori), il tempo dedicato al puerperio e all'esogestazione varia dai 3 mesi (28%), ai 6 mesi (39%), ai 9 mesi (28%), ad un anno (5%), su un'utenza potenzialmente numerosa, dati i circa 11700 parti all'anno. Questo lavoro dimostra che le ostetriche/ci cercano di organizzare dei corsi-gruppi dopo parto con professionalità, ma questi non sono strutturati secondo uno standard ideale. La progettazione di “gruppi dopo parto”, infatti, richiede una formazione aggiuntiva alle competenze base dell'ostetrica/co. È auspicabile che tutti i consultori offrano alla diade/triade i seguenti elementi essenziali: servizi efficaci, la disponibilità ad adeguare i progetti in base alle necessità dell'utenza e soprattutto la valorizzazione delle risorse e delle competenze ostetriche

Parole chiave: Gruppo dopo parto, Nucleo familiare, Consultorio, Ostetriche/ci

ne per intrecciare delle relazioni tra loro, con il bambino e con la società. In questi gruppi la triade madre/bambino/padre è vista come un nucleo inscindibile sul quale lavorare, infatti i bisogni di uno solo dei componenti non sono ritenuti più o meno importanti di quelli degli altri. L'attenzione passa dalla puerpera, che ha il rischio di sviluppare babyblues o, nei casi peggiori, la depressione (4) (5) (6), al bambino con il suo primordiale bisogno di essere nutrito e coccolato. Inoltre, il "gruppo dopo parto" non sottovaluta il bisogno del partner di non essere "dimenticato" e il benessere della coppia. Le ostetriche/ci, che si adoperano per strutturare e condurre questi gruppi, offrono al nuovo nucleo familiare un'occasione di confronto e di condivisione con altri genitori, creando una rete di sostegno e di alleanza, il gruppo stesso diventa un supporto importante per ogni famiglia che ne fa parte.

Un "gruppo dopo parto" con uno standard ottimale è costituito da un incontro di due ore settimanali per nove mesi dopo il parto (3). Il primo trimestre deve essere dedicato ad accompagnare il puerperio, in particolare delle donne straniere (7). Il terzo trimestre di vita del bambino dedicarlo alla madre tornata al lavoro (8). **In questo lavoro sono state osservate le attività dei C.F. della Regione Liguria**, rivolte ai nuovi nuclei familiari, in particolare, dei "gruppi dopo parto", sono state analizzate: l'offerta, l'adeguatezza, il tipo di organizzazione e la possibilità di realizzazione. Nella parte iniziale del lavoro è stato necessario riportare le definizioni di puerperio e di periodo del dopo parto (9), ponendo l'accento sulle differenze tra questi concetti, spesso confusi; in seguito si è fatto un confronto tra i modelli

assistenziali presenti in Europa e in Italia. Lo studio, infine, propone uno stimolo per la valutazione delle competenze ostetriche e per il loro appropriato utilizzo nel territorio nazionale (10) (11) (12).

OBIETTIVI

L'obiettivo di questo lavoro è indagare, nei Consultori della Regione Liguria, la realizzazione di attività dedicate al nuovo nucleo familiare, nel puerperio e nell'esogestazione. Gli obiettivi specifici sono: analizzare il contesto ligure in base al numero dei C.F. e di ostetriche operanti, determinare se i servizi offerti rispondono ai requisiti del POMI (14), approfondire come sono articolati i gruppi-corsi del dopo parto, ove presenti.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto nei mesi di maggio e giugno 2013 ed è articolato in **5 step**. Innanzitutto, si è provveduto alla consultazione di banche dati online, libri e riviste scientifiche per distinguere il puerperio dall'esogestazione (15). Nel secondo step sono stati confrontati i modelli assistenziali utilizzati nel dopo parto in alcuni Paesi Europei (Francia, Inghilterra, Germania, Portogallo) e in Italia. Nel terzo step è stato costruito e somministrato un questionario alle ostetriche/ci operanti nei C.F. liguri. Nel quarto step sono stati evidenziati i servizi offerti dai C.F. alla triade, in particolare i gruppi-corsi del dopo parto, sottolineandone le caratteristiche e le criticità. Sulla base dei risultati emersi dal sondaggio, nel quinto step, è stato definito il ruolo di "counselor" dell'ostetrica nel sostegno al nuovo nucleo familiare. Il questionario è stato strutturato in 13 domande e consegnato a tutte le ostetriche/ci che lavorano nei 34 C.F.

Grafico 1

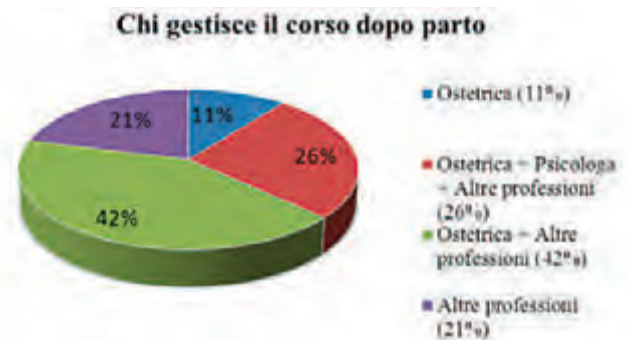


Grafico 2



RISULTATI

Dall'analisi dei dati, si può concludere che il 56% (n.19 su 34) dei C.F. nella Regione Liguria organizza e propone dei gruppi-corsi del dopo parto solo all'interno della struttura. All'inizio del lavoro si pensava questa percentuale risultasse più bassa, visto che il numero delle ostetriche/ci presenti sul territorio ligure è limitato (solo 29 operatori). Dall'indagine è risultato, inoltre, che queste professioniste si dedicano con professionalità e competenza all'assistenza al nuovo nucleo familiare (grafico n.1) e se il numero di esse fosse adeguato potrebbero offrire più tempo alla potenziale utenza che potrebbe richiedere il loro "counselor", dato che avvengono circa 11700 parti all'anno in tutta la Regione. Gli incontri, condotti dalle ostetriche/ci, hanno tematiche, strutture e metodologie simili: vengono proposti soprattutto incontri pratici-informativi (79%) e l'attenzione è rivolta ai bisogni di tutta la triade solo nel 47% dei casi (grafico n.4). I periodi di so-

stegno al dopo parto variano dai 3 mesi (28%), ai 6 mesi (39%), ai 9 mesi (28%), ad un anno (5%) (grafico n.3).

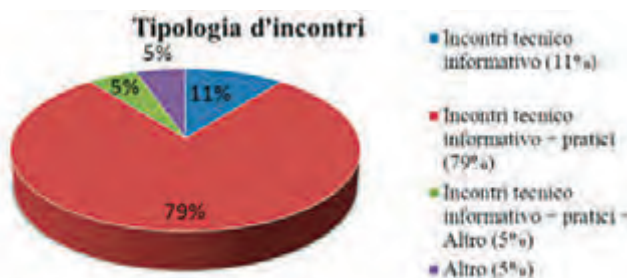
Risulta importante evidenziare alcuni elementi che emergono di frequente dalle risposte delle ostetriche:

- in una buona parte dei consultori vengono offerti dei corsi del dopo parto a partire dalle donne che hanno frequentato il CAN, senza escludere quelle che ne non facevano parte (grafico n.2).
- nonostante sia frequente l'invito anche ai neopapà spesso essi sono assenti per motivi di orario incompatibili con il lavoro (gli incontri sono quasi esclusivamente mattutini). Come si ipotizzava all'inizio del sondaggio, un problema rilevante riguarda, infatti, l'orario e i giorni di apertura dei C.F., che, nella maggior parte dei casi, i loro servizi sono disponibili dal lunedì al venerdì, con orario 9.00-12.00, raramente nel pomeriggio (h14-16)
- si offrono soprattutto degli incontri informativi, uniti a

Grafico 3



Grafico 4



incontri pratici che consistono in massaggio neonatale e nella ginnastica per le puerpere;

- nei consultori, spesso, sono presenti giornate dedicate al controllo del peso del bambino e al sostegno dell'allattamento al seno. Questi incontri a tema sono utili per

la neomamma e per l'operatore, quest'ultimo infatti può cogliere elementi importanti sulla relazione mamma-bambino e comprendere eventuali problemi ed attuare necessarie soluzioni (da notare che queste giornate sono spesso a cadenza settimanale)

- infine, il 50% delle ostetriche/ci (n15) ha comunicato che il lavoro da svolgere nei consultori è tanto, il tempo invece è poco, e per questi motivi il loro ruolo spesso non è condiviso ma sostituito da altre figure professionali, come l'assistente sanitaria. Ciò potrebbe creare un conflitto tra i professionisti e non un team multidisciplinare, a cui solitamente si aspira.

CONCLUSIONI

Dall'indagine, effettuata nei C.F. liguri, emerge che l'offerta di sostegno al nuovo nucleo familiare è modesta e le ostetriche/ci, nonostante abbiano poco tempo e molte attività da svolgere, vi dedicano ugualmente l'assistenza con professionalità e competenza, cercando di realizzare dei corsi-gruppi del dopo parto. Questi corsi, però, non hanno le caratteristiche dello standard ideale dei "gruppi dopo parto" che, per essere realizzati, necessitano di alcuni elementi essenziali: servizi efficaci, la disponibilità

ad adeguare i progetti in base alle necessità dell'utenza e soprattutto la valorizzazione delle risorse e delle competenze ostetriche. D'altro canto anche le ostetriche/ci dovrebbero acquisire delle competenze aggiuntive all'assistenza alla triade con una formazione specifica, affinché il proprio ruolo di "counsellor" diventi insostituibile da altri operatori, come citano le normative nazionali. Il lavoro termina con la proposta di un progetto di un "gruppo dopo parto", strutturato secondo uno standard ideale suggerito da alcuni autori.

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano le ostetriche dei consultori liguri che, con la loro partecipazione, hanno contribuito allo svolgimento di questo lavoro. Un ulteriore ringraziamento è dedicato alla Dott.ssa Sabrina Zanardi, consulente statistico dell'Università di Genova, che ha analizzato i dati dello studio.

bibliografia

1. <http://www.infobebes.com/> - <http://www.nice.org.uk/> - <http://www.aok.de/bundesweit/familie/> Ultima consultazione: ottobre 2013.
2. Liuzzo M, Consultori Familiari Azienda U.S.L.4, Regione Sicilia. <http://www.epicentro.iss.it/temi/materno/pdf/Liuzzo-relazione.pdf>, Ultima consultazione: settembre 2013. Relazione al Convegno Nazionale "I Consultori Familiari ed il Progetto Materno-Infantile"
3. Fois G, Gruppi dopo-parto: come e perché. Rivista Donna&Donna Il giornale delle Ostetriche. Redazione S.E.A.O. Settembre 2003, N.42, 12-13.
4. Zaccagnino M. I disagi della maternità: Individuazione, prevenzione e trattamento, FrancoAngeli s.r.l, Milano, 2009
5. Maringo UC, Franceschin O, Casadei D, Garbini F. Un modello di prevenzione del disagio: l'ambulatorio di psicologia della gravidanza e del puerperio, Riv. Sessuol. Ottobre/Dicembre 2010- Vol. 34 - n. 4 pag 277-281A
6. Casarella L et al. Evidence Based Medicine nella prevenzione della Depressione post-partum (DPP), Riv. It. Ost. Gin. - 2009 - Num. 21. pag 5-12
7. Manca MC. Il puerperio delle donne immigrate: tra solitudine e invisibilità. Rivista Donna&Donna, Il giornale delle Ostetriche. Redazione S.E.A.O. Dicembre 2002, n. 39, 16-17
8. Minocchi R. Quando la madre torna al lavoro, Rivista Donna&Donna Il giornale delle Ostetriche. Redazione S.E.A.O. Settembre 2003, N.42, 52-54.
9. <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/68>, Ultima consultazione: agosto 2013.
10. Camera M, Mascolo MR. Le competenze infermieristiche e ostetriche. Metodi e strumenti per costruirle e comunicarle. Libreriauniversitaria.it. Prima edizione digitale. Dicembre 2012, 124-127; 130-131
11. Guana M, Cappadona R, Di Paolo AM, Pellegrini MG, Piga MD, Vicario M. La disciplina ostetrica. Teoria, pratica e organizzazione della professione. Mc Graw Hill. Seconda edizione. Milano, giugno 2011, 627-637.
12. <http://www.area-c54.it/public/ruolo%20socio-sanitario%20dell%20ostetrica.pdf>
13. Molinar Min M, Tosco E, Atti della Società Italiana di Ginecologia e Ostetrica - vol. LXXXI: ruolo socio-sanitario dell'ostetrica nell'organizzazione e nell'accompagnamento della puerpera, del partner e del bambino al "ritorno a casa"
14. Ministero della Salute. Organizzazione e Attività dei Consultori Familiari Pubblici in Italia - anno 2008. Novembre 2010
15. "Raccomandazioni per l'assistenza alla madre in puerperio e al neonato"; raccomandazioni approvate dalle società scientifiche e organizzazioni di ostetriche, nel 2001. <http://www.acp.it/wp-content/uploads/LG-assistenza-madre-neonato.pdf> Ultima consultazione: settembre 2013

Psicopatologia del puerperio e legame madre-bambino

La maternità rappresenta una fase complessa e poliedrica nella vita della donna: l'intero periodo perinatale, dalla gravidanza al parto e al puerperio, richiede un importante coinvolgimento fisico e psichico. Il processo di adattamento alla maternità può incorrere in disfunzioni che generano l'emergere di quadri clinici depressivi nel postpartum

Parole chiave: Maternità, Postpartum, Stati depressivi

**Lia Brigante
Elsa Del Bo
Rossella Nappi**

Università degli Studi di Pavia - Fondazione IRCCS Policlinico S. Matteo Pavia

INTRODUZIONE

Il puerperio rappresenta una fase cruciale nella vita della donna: esso comporta modificazioni biofisiche e stress psicoemotivo dovuto alla necessità di adattamento della puerpera alla nuova condizione nel rapporto con se stessa, con il partner, con il bambino e nei confronti del contesto sociale. In alcune donne la ricerca dell'equilibrio interiore può essere una difficoltà non gestibile in autonomia, che sfocia nell'insorgenza di quadri patologici.

SCOPO DELLO STUDIO

Lo scopo dello studio è stato quello di identificare la frequenza delle alterazioni psichiche postpartum, in particolare Maternity Blues e Depressione postpartum, e la loro influenza sul legame madre-bambino in un campione di primipare fisiologiche.

MATERIALI E METODI

Lo studio inizia nel mese di gennaio 2012 con il reclutamento di puerpere durante l'immediato postpartum (dalle 72 alle 96 ore dal parto) in regime di ricovero ospedaliero presso la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia.

Sono state escluse dallo studio puerpere non primipare, minorenni, con scarsa conoscenza della lingua italiana o senza recapito telematico.

Al momento del reclutamento si spiega loro l'oggetto della ricerca e si somministra un questionario di arruolamento, comprendente domande circa professione e scolarità, anamnesi mestruale e di storia ostetrica, oltre che domande inerenti parto, allattamento e stato psichico generale. Previo consenso al trattamento dei dati, le medesime vengono ricontattate a quattro settimane dal parto, sia telefonicamente che per posta elettronica, e vengono loro consegnati ulteriori questionari: Stein per lo screening del Maternity Blues, l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ed il Postpartum Self-Evaluation Questionnaire (PPSEQ).

DESCRIZIONE DEI QUESTIONARI

Il questionario di Stein per lo screening del Maternity blues prevede 13 item circa lo stato psicofisico della puerpera che deve scegliere per ciascuno la risposta che più la rappresenta al momento. Ad ogni item si attribuisce un punteggio da 0 a 4 (a seconda dell'intensità del sintomo). Il risultato è facilmente valutabile grazie ad uno score che individua il blues come lieve con punteggio fra 3-8 e severo a partire da 9.

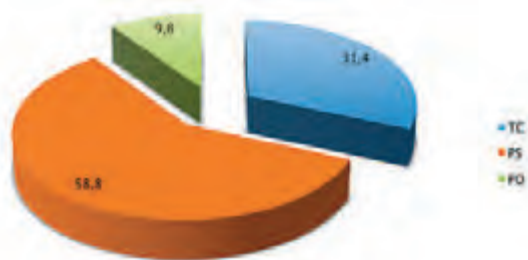
L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) è un questionario di autovalutazione, validato per indagare la sin-

tomatologia depressiva durante la gravidanza e nel postpartum. Comprende 10 item, ciascuno dei quali codificato con un punteggio da 0, assenza del sintomo, fino a 3, marcata severità del sintomo. Un punteggio oltre 8 è utilizzato come cut-off per identificare una possibile depressione; un cut-off più alto ridurrebbe il numero di falsi positivi ma rischierebbe di non evidenziare alcuni casi di depressione, ciò nonostante in molti studi si impiega come valore di riferimento un cut-off di 13 (con sensibilità dell'86% e specificità del 78%). Questa scala è stata tradotta in diverse lingue ed attualmente è utilizzata in tutto il mondo. Permette, inoltre, di identificare con rapidità le donne con pensieri suicidari (se punteggio superiore o uguale a 2 nell'item "pensare di far del male a se stessi") e verificare con ulteriori accertamenti se la donna si sente così disperata da dare attuazione ai suoi pensieri lesivi.

Il Postpartum Self-Evaluation Questionnaire (PPSEQ) è stato sviluppato da Lederman e mai validato nelle sue sottoscale.

Contiene 82 item che misurano la percezione materna dell'adattamento alla maternità, i quesiti sono suddivisi in sette sottogruppi che valutano: i dubbi materni sulla sua competenza genitoriale, sull'interpretazione dei segnali del neonato e sulla tempestività ed efficacia del soddisfacimento dei suoi bisogni; 13 item sono dedicati al grado di soddisfazione circa le cure al neonato, il piacere o meno della madre di occuparsene, e dati circa l'allattamento; un folto gruppo di item sono dedicati al rapporto di coppia e all'atteggiamento paterno nell'acquisizione del ruolo genitoriale. Inoltre viene considerata anche l'influenza della società sulla costruzione del ruolo di madre, valutando la

Figura 1 - Tipologia di Parto



percezione dell'interferenza della famiglia allargata (nonni, zii, etc..).

Nella valutazione dell'attaccamento post-natale sono stati selezionati 40 item del PPSEQ, suddivisi in due sottogruppi da 20 ciascuno, riguardo il legame con il neonato ed il ruolo del partner.

Ad ogni affermazione la neomamma attribuisce una lettera A-Moltissimo, B-Abbastanza, C-Qualche volta, D-Mai; viene attribuito un punteggio crescente o decrescente (da 0 a 3) in base all'accezione positiva o negativa della frase.

Nella versione breve del questionario, qui adattata, mantenendo i punteggi originali, lo score raggiunge un massimo di 60. Il cut off individuato è di 15 per il sottogruppo relativo al neonato, e 20 per il sottogruppo inerente al partner.

DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

Le 49 donne reclutate nello studio hanno un'età compresa fra i 20 e i 44 anni (media±DS: 33±5.5); la scolarità è alta: 47% laureate, 41,2% diplomate, e solo 11,8% con licenza media. Le professioni svolte sono molteplici, oltre ad un piccola quota di casalinghe, vi sono avvocati, impiegate, bancarie, medici, ragioniere, architetti, imprenditrici, operaie, pedagogiste, infermiere, estetiste, tecnici museali, musiciste e studentesse. Solo una piccola percentuale (5,9%) non è impegnata in una

relazione stabile, infatti il campione è costituito da soggetti coniugati 64,7% e conviventi 29,4%.

Dall'anamnesi generale il 25,5% è affetto da patologia estranea alla gravidanza, quali artrite, endometriosi, morbo di Basedow, diabete, policistosi ovarica e patologie tromboemboliche.

Dall'anamnesi ginecologica il 47% ha assunto terapia estro progestinica, il 19,6% riferisce irregolarità nel ciclo; ed il 47% soffre di sindrome premestruale con sbalzi d'umore correlati.

Tutte le reclutate sono primipare, ma il 17,6% è alla seconda gravidanza per aborti spontanei ed interruzioni volontarie di gravidanza.

Il 53% delle intervistate ha lavorato fino al terzo trimestre di gravidanza, il 25,5% non ha lavorato fin dalle primissime settimane. Le gravidanze sono normodecorse tranne che nel 27,5% dei casi, in cui si sono verificati parto prematuro o minaccia, restrizione di crescita, preeclampsia, distacco di placenta e placenta previa.

La gravidanza non era desiderata nel 18% dei casi, mentre l'82% la cercava da pochi mesi fino a 10 anni. Solo l'8% ha ricorso a procreazione medicalmente assistita, di cui una a fecondazione eterologa.

Il 78,4% ha seguito un corso preparto,

più della metà presso la Clinica Ostetrico-ginecologica della Fondazione IRCCS San Matteo.

I tagli cesarei si sono verificati nel 31,4% dei casi, in elezione per il 44%, in travaglio nel 56%. Il 58,8% del campione ha avuto un parto spontaneo per le vie naturali, mentre il 9,8% ha avuto un parto operativo (applicazione di ventosa Kiwi).

L'86% ha ricorso all'epidurale durante il travaglio di parto ed il 60% è stato sottoposto ad induzione del travaglio di parto. Dopo il parto il 94% delle puerpere ha effettuato il rooming-in, solo il 6% non lo ha effettuato ed i due terzi di questa percentuale non per scelta ma per trasferimento dei neonati nell'unità di patologia neonatale; ed al momento del reclutamento il 92% delle neomamme allatta al seno.

RISULTATI

Maternity Blues, Depressione postpartum e legame madre-bambino

I questionari sono stati compilati da 49 puerpere. Il punteggio relativo al Maternity blues nel nostro campione di studio è riportato nella figura 3 e la media±DS è pari a 6.14±2.6 (range: 0 a 12). L'età e la

Figura 2 - Età

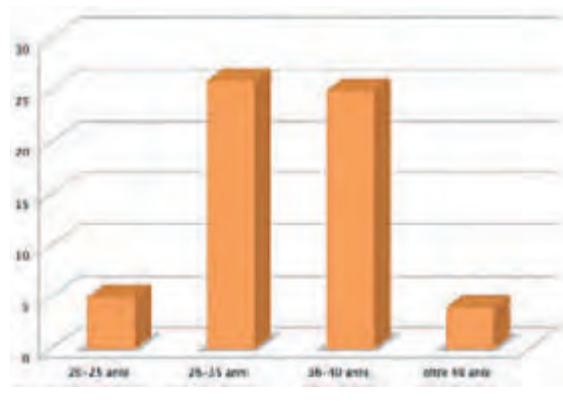


Figura 3

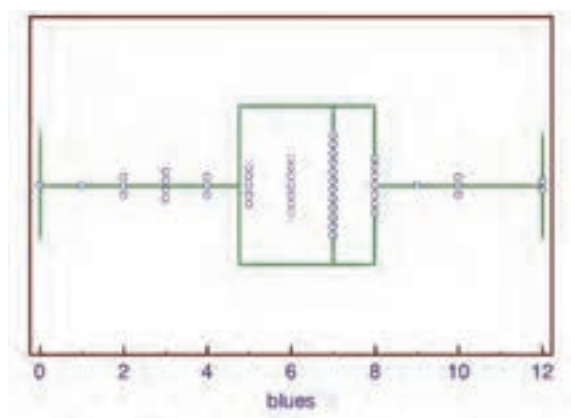


Figura 4

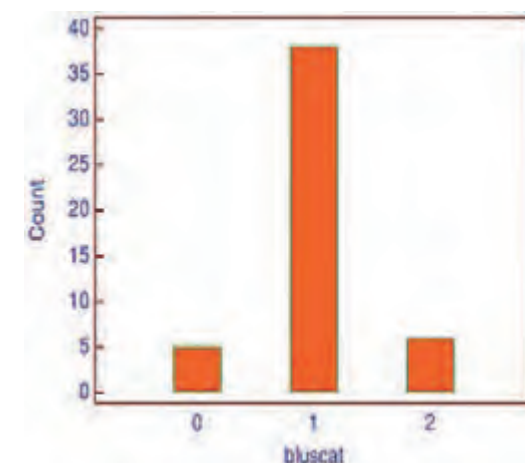


Figura 5

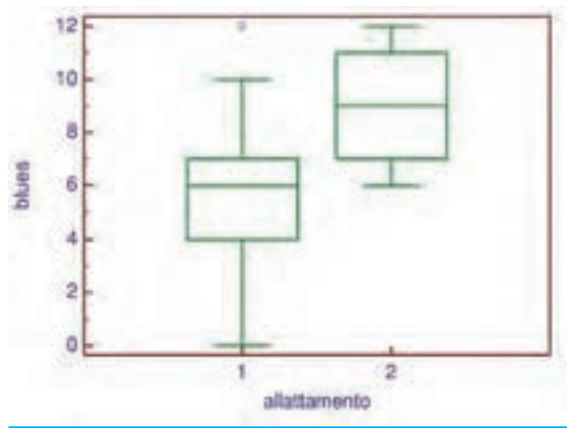
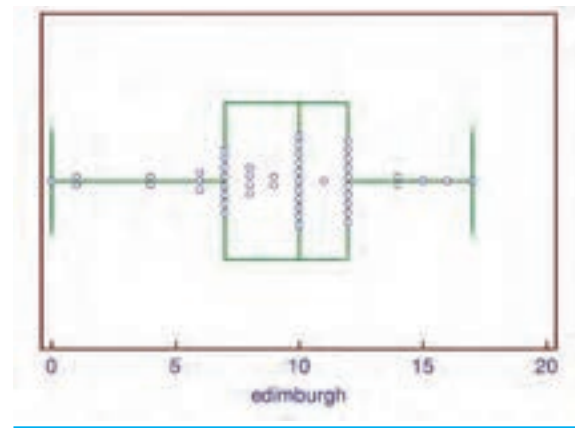


Figura 6



scolarità non sono significativamente correlate al punteggio del maternity blues.

Nel 10.2% dei casi il punteggio del maternity blues era normale, nel 77.6% lieve, nel 12.2% suggestivo di maternity blues vero e proprio (Figura 4 a pag. 29). Soltanto 4 donne nel nostro campione avevano deciso di non allattare e dimostravano livelli più alti di punteggio del maternity blues rispetto a quelle che intendevano allattare ($p < .02$) (Figura 5). Lo stesso dato si conferma in relazione al rooming-in. Tali punteggi non erano influenzati dal fatto di aver frequentato o meno un corso di accompagnamento alla nascita, dall'aver eseguito o meno l'analgisia in travaglio e dalla modalità del parto.

Il punteggio relativo alla depressione postpartum nel nostro campione di studio è riportato nella figura 6 e la media \pm DS è pari a 9.2 ± 3.6 (range: 0 a 17). L'età e la scolarità non sono significativamente correlate al punteggio della depressione postpartum.

Nel 40.8% dei casi il punteggio della depressione postpartum era normale, nel 49% lieve, nel 6.1% suggestivo di depressione postpartum e nel 4.1% francamente

patologico (Figura 7). Lo stesso dato si conferma in relazione al rooming-in.

Tali punteggi non erano influenzati dal fatto di aver frequentato o meno un corso di preparazione al parto, dall'aver eseguito o meno l'analgisia in travaglio, dalla modalità del parto.

Una correlazione altamente significativa è stata messa in evidenza tra il maternity blues e la depressione postpartum ($r = 0.64$; $p = .0001$).

Il punteggio relativo al questionario dell'attaccamento postnatale rispetto al neonato (Figura 9) e rispetto al partner (Figura 10) è stato di 14 ± 5.3 (range 6-26) e di 10.8 ± 6.5 (range 0-27), rispettivamente. L'età e la scolarità non sono significativamente correlate al punteggio dell'attaccamento.

È stato interessante osservare che nelle 4 donne che avevano deciso di non allattare i punteggi dello score dell'attaccamento al neonato risultavano significativamente più elevati ($p < .01$) (Figura 11). Lo stesso dato si conferma in relazione al rooming-in. Tali punteggi non erano influenzati dal fatto di aver frequentato o meno un corso di accompagnamento alla na-

scita, dall'aver eseguito o meno l'analgisia in travaglio e dalla modalità del parto. Per quanto riguarda il legame con il partner, i punteggi non erano influenzati dall'allattamento al seno, dal fatto di aver frequentato o meno un corso di accompagnamento alla nascita, dall'aver eseguito o meno l'analgisia in travaglio e dalla modalità del parto.

Mentre i punteggi dell'attaccamento neonatale non differivano significativamente in relazione alla presenza di maternity blues, è stato interessante notare (Figura 12) come al crescere del punteggio per la depressione postpartum cresceva significativamente anche il punteggio dell'attaccamento neonatale ($p < .049$).

Per quanto riguarda, invece i punteggi dell'attaccamento al partner essi differivano significativamente ($p < .02$) in relazione alla presenza di maternity blues e alla presenza della depressione postpartum ($p < .01$), con valori più elevati di attaccamento al crescere del punteggio per il maternity blues (Figura 13) e la depressione postpartum (Figura 14).

Figura 7

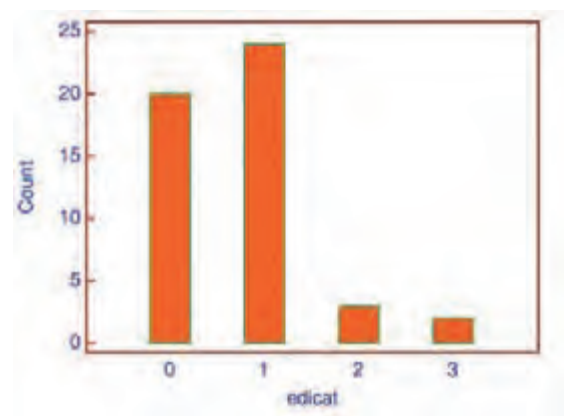


Figura 8

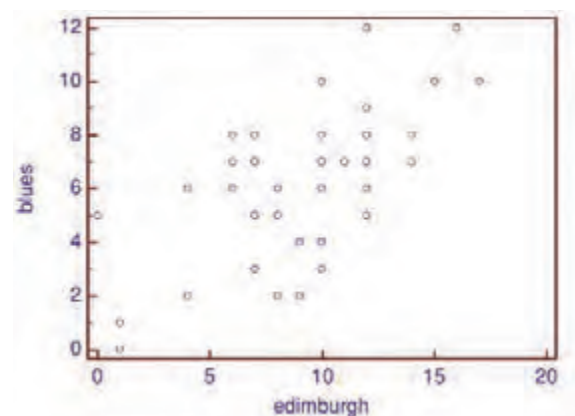


Figura 9

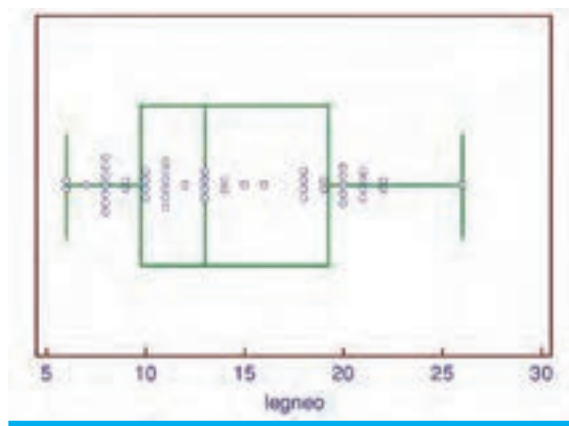
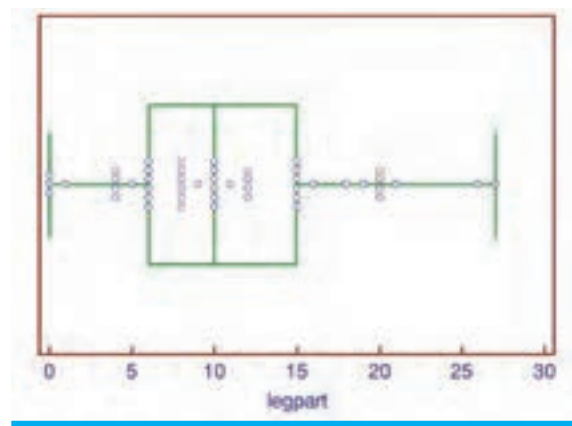


Figura 10



CONCLUSIONI

L'attitudine genitoriale, in termini potenziali, inizia a svilupparsi fin dall'adolescenza per poi attuarsi realmente nell'ambito della relazione di coppia, nell'attesa e nella nascita di un bambino. La capacità femminile di dare alla luce, prendersi cura, proteggere e sostenere nella crescita la prole non esclude la presenza fisiologica, in alcuni fasi dell'accudimento, di pulsioni aggressive, risentimenti ed insofferenza.

L'acquisizione del nuovo assetto materno richiede un lungo e profondo processo rielaborativo che può subire rallentamenti e rotture, e dar luogo a quadri sindromici fisiologici e non di psicopatologia del postpartum. Lo studio mirava a valutare l'incidenza della psicopatologia del puerperio e la sua correlazione con il legame madre-bambino in un assortito campione di primipare. I risultati ottenuti hanno evidenziato, in linea con altri studi presenti in letteratu-

ra, la forte incidenza di Maternity Blues (77.6%) in forma lieve, e di Depressione postpartum lieve (49%) in un gruppo eterogeneo per estrazione culturale ed età. Franco rischio di depressione postpartum era presente nel 10.2% dei casi, un dato perfettamente in linea con l'epidemiologia degli ultimi anni nella regione Lombardia. La maternità risulta assumere un'ambivalenza naturale, e le "lacrime del latte", che scaturiscono dal profondo sconvol-

Figura 11

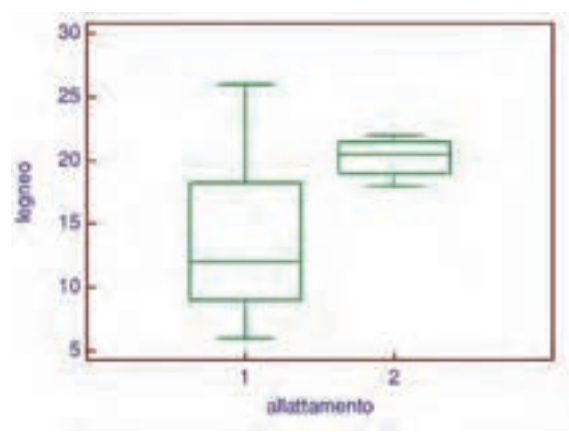


Figura 12

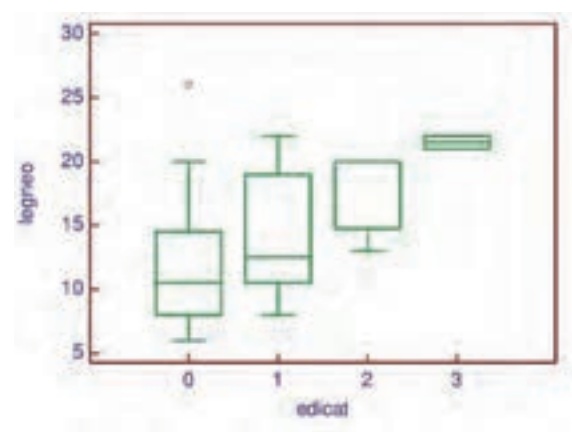


Figura 13

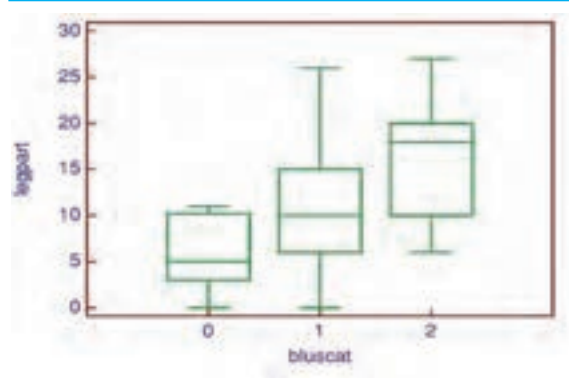
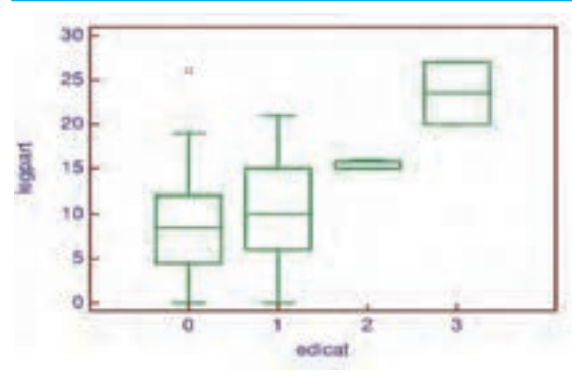


Figura 14



gimento ormonale ed emozionale, rappresentano un processo adattativo fisiologico della donna alla nuova condizione. L'insorgenza di quadri più gravi può rispecchiarsi significativamente nel legame madre-bambino; in questo studio è emersa una correlazione importante fra elevato score di attaccamento neonatale ed au-

mentato punteggio per depressione postpartum ($p < .049$).

Risulta fondamentale un'assistenza supportiva alla neomamma, che deve convogliare le energie verso l'acquisizione del nuovo ruolo, seppur gravata dalle attese della società e inibita da una caratteristica labilità emotiva.

L'ostetrica/o possiede le conoscenze e le competenze per sostenere la donna e la coppia nello svolgimento della nuova funzione genitoriale e, durante l'home-visiting, può esprimere le sue abilità nell'attuare un counselling efficace attraverso informazione, empowerment e riconoscimento precoce dei sintomi di squilibrio.

bibliografia

- Stern DN, Bruschiweiler-Stern N. Nascita di una madre. Edizioni Mondadori 1999
- Benedek T. The psychobiology of pregnancy. in *Parenthood: Its Psychology and Psychopathology*. Edited by Anthony EJ 1970
- Pines D. Pregnancy and Motherhood: interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychology*, vol45 1972
- Nada L Sotland. Donna E Stewart. Aspetti psicologici nella cura della salute della donna. CIC edizioni 2002
- Nappi R. Io Mamma: una donna nuova dopo il parto. Science & Medicine Publications 2009
- Pescetto G, De Cecco L, Pecorari R, Ragni N. Ginecologia e Ostetricia. Società editrice Universo 2009
- Zara C, Polatti F, Nappi R. Riproduzione umana a colpo d'occhio. La Goliardica Pavese 2003
- Soulé M. L'enfant dans la tête. l'enfant imaginaire. Paris ESF 1982
- Bowlby J. Una base sicura Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento. Raffaello Cortina Editore 1988
- Brunner D, Munch M, Biedermann K. Changes in sleep and sleep electroencephalogram during pregnancy. *Sleep* 1994
- Hung C. Predictors of postpartum women's health status. *Journal of Nursing Scholarship* 2004
- Stein GS. The maternity blues. in *Motherhood and Mental Illness*. Brockington Academic Press 1982
- Nonacs RM, Cohen LS. Mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum. *American Psychiatry Series* 2005
- Guedeney N. Les enfants de parent déprimés 1989
- Widlocher L. La depressione. edizioni Laterza 1985
- Cramer B. Depressione del postpartum e sviluppo del bambino. CIC edizioni internazionali 1999
- Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. 2001
- Gotlib IH, Lee CM. Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders. London: Royal College of Psychiatrists 1996
- Campbell SB, Chon JF. L'insorgenza e la cronicità della depressione post-partum: implicazioni per lo sviluppo del neonato. Cooper 1999
- Pazzagli A et al. Depressioni materne e legame con il bambino 2005
- O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression: a meta analysis. *International review of psychiatry* 1996
- Monti, Agostini. La depressione postnatale. Carrocci editore 2006
- Gordon RE, Gordon KK. The relationship between birth order and psychiatric problems. 1967
- Winnicott DW. Dalla pediatria alla psicoanalisi: La preoccupazione materna primaria. Ed Martinelli 1975
- Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry* 1987
- Soifer R. Psicodimania della gravidanza. parto e puerperio. Borla 1975
- Zuckerman BS, Bauchner H, Parker S, H Cabrai. Maternal depressive symptoms during pregnancy and newborn irritability. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 1990
- Klaus MH, Kennel JH. Maternal Infant Bonding. Mosby 1976
- Rapisardi. Il neonato ed i suoi bisogni. in *Onorare la madre*. Seao 2006
- Brazelton TB. The origins of Reciprocity: early mother-infant interaction in M Lewis. M Roseblum. The effect of the infant on its caregiver. New York-London 1974
- Stern D. Relationship disturbances in early childhood. *Basic Books* 1989
- Tronick EZ. Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist* 1989
- Beck CT. The effect of postpartum depression on maternal-infant interaction: a meta-analysis. *Nurs Res* 1995
- Robson KM, Powell E. Early maternal attachment in Motherhood and Mental Illness. London Academic Press 1982
- Speranza A, Ammaniti M, Trentini C. An overview of maternal depression. infant reactions and intervention programmes. *Clinical Neuropsychiatry* 2006
- Armstrong KL, Fraser JA, Dadds MR, Morris J. A randomized controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. *J Paediatr Child Health* 1999
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale *Br J Psychiatry* 1987
- Lederman RP (1996). Psychosocial adaptation in pregnancy: assessment of seven dimensions of maternal development (2nd ed) New York: Springer Pub Co
- Lederman RP. & Lederman E. Dimensions of post-partum adaptation: Comparisons of multiparas 3 days and 6 weeks after delivery *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 1987;7:193-203

IL MAGNESIO, un minerale prezioso

Il magnesio è un elemento chimico appartenente al gruppo dei metalli, molto abbondante in natura e nell'organismo umano, tanto da essere il secondo ione maggiormente presente nell'uomo dopo il potassio. Circa una metà del magnesio si trova nello scheletro, un terzo nel sistema muscolare, il resto in altri organi.

È essenziale per l'attività di moltissimi enzimi, soprattutto quelli coinvolti nei processi di formazione dell'energia (ATP) agendo da cofattore enzimatico; svolge un ruolo importante nella trasmissione neurochimica e nell'eccitabilità muscolare; stabilizza le macromolecole (DNA, RNA) ed è coinvolto in numerosi processi che consentono di ottenere energia dagli alimenti: favorisce l'assorbimento dei carboidrati e la produzione delle proteine e dei grassi da parte dell'organismo.

L'assorbimento del magnesio avviene a livello intestinale, in particolare nel tratto superiore dell'intestino tenue, ed è influenzato da vari fattori: per esempio la vitamina D aumenta l'assorbimento dello ione magnesio, mentre le fibre lo diminuiscono. Una deplezione di magnesio può essere dovuta a molteplici fattori, riconducibili ad un errato apporto alimentare, ad un aumentato fabbisogno o ad un alterato assorbimento intestinale. Essa può portare a disturbi come crampi e spasmi muscolari, all'alterazione della pressione sanguigna, a disturbi del sonno fino a patologie più severe come l'aritmia.

Un'integrazione di magnesio è utile quindi in caso di alterazioni dell'umore (irritabilità, nervosismo, tensione, irrequietezza, ansia, apprensione) di difficoltà di concentrazione, di stanchezza fisica e mentale, di disturbi del sonno, di spasmi e crampi muscolari.

I Sali di magnesio non sono tutti biodisponibili in egual misura. I Sali di magnesio organici (citrato, pidolato, gluconato, ...) sono normalmente più disponibili dei sali inorganici (cloruro, solfato, carbonato...).

Un particolare sale di magnesio, il **Gluconato di magnesio**, risulta essere tra i composti maggiormente assimilabili dall'organismo umano, come dimostra uno studio pubblicato nel 2005 da Coudray et al.

Il gluconato di magnesio:

- stimola l'assorbimento di altri minerali e di vitamine;
- contribuisce alla normale funzione del sistema nervoso e muscolare;
- riduce stanchezza e fatica.

Per queste sue caratteristiche, è auspicabile inserire un sale di magnesio nella formulazione di un prodotto indicato per la mamma che allatta, che deve far fronte non soltanto alle sue esigenze nutrizionali, ma anche a quelle del neonato.

Bibliografia

- Goodman & Gilman, Le basi farmacologiche della terapia, Zanichelli Editore
- www.medineews.it/bin/Cartella_stampa_magnesio.pdf
- C. Coudray, M. Rambeau, C. Feillet-Coudray, E. Gueux, J.C. Tressol, A. Mazur, Y. Rayssiguier; Study of magnesium bioavailability from ten organic and inorganic Mg salts in Mg-depleted rats using a stable isotope approach, Magnesium Research 2005; 18 (4): 215-23



Lactogal PLUS

Allattare in serenità

- ✓ per favorire la secrezione latte e supportarne il mantenimento
- ✓ per fornire un valido supporto nel periodo dell'allattamento sia alla mamma che al bambino

Integratore alimentare a base di

- ✓ Galega Officinalis,
- ✓ acido folico e vitamine B6, B12, C, D
- ✓ Magnesio gluconato

Senza alcol, senza glutine e senza zuccheri raffinati aggiunti

HUGGIES
BIMBA BIMBO

I nuovi pannolini progettati
su di lei e **su di lui**



Asciutto su misura per lei



Asciutto su misura per lui



Huggies® presenta una nuova gamma di pannolini, nata per offrire le migliori garanzie di protezione e assorbenza, in tutte le fasi della crescita dei bimbi: Huggies® Bebè per i bimbi appena nati e Huggies® Bimbo e Bimba dal 3° mese in avanti



SISTEMA PUPÙ STOP

Innovazione e sicurezza per garantire una delicata protezione al tuo neonato



Huggies® Bebè è l'esclusivo pannolino studiato appositamente per i primi mesi di vita di un neonato. Il nuovo Huggies® Bebè infatti è dotato di un innovativo sistema di protezione PUPÙ-STOP composto da una speciale barriera cattura pupù posta sulla parte posteriore del pannolino, per trattenere le fuoriuscite anche quando il bebè è sdraiato, e da un rivestimento interno traforato che garantisce un'assorbenza molto più veloce.

Huggies® Bebè si adatta perfettamente al corpo del neonato grazie alla sua forma sagoma-

ta ed alla sua banda super elastica in vita, per una vestibilità ottimale.

Huggies® Bebè è un valido aiuto per mamme e papà, ancora più pratico e veloce grazie al suo indicatore di pipì. Come agisce? E' molto semplice: due striscette poste sul fronte del pannolino cambiano colore quando è arrivato il momento del cambio! In questo modo anche i neogenitori non avranno più nessuna incertezza su quando è il momento di cambiare il loro bebè e la cute del bimbo sarà sempre asciutta e pulita.

Numerose le caratteristiche che rendono il pannolino **Huggies® Bebè** sicuro e confortevole: i rivestimenti interni ed esterni sono morbidi e traspiranti; all'interno un rivestimento traforato permette un'assorbenza molto più veloce, importante per il mantenimento di un equilibrio epidermico ottimale.

Per saperne di più e per richiedere un campione gratuito www.huggies.it

LA QUALITÀ DI HUGGIES® È PROMOSSA E CONSIGLIATA DALL'AIOD, ASSOCIAZIONE ITALIANA DI OSTETRICIA
Per tutte le fasi della crescita c'è un prodotto Huggies® ideato e realizzato per la comodità e la sicurezza del bambino: si può infatti scegliere il pannolino più adatto alle sue esigenze, dalla nascita fino all'utilizzo del vasino. La conferma che Huggies® rispetta i più alti standard qualitativi è certificata dal fatto che tutti i prodotti proposti sono **consigliati dall'Associazione Italiana Di Ostetricia**, realtà costituita da Ostetriche e Medici specialisti in Ostetricia e Ginecologia il cui scopo è quello di diffondere e stimolare la crescita culturale, professionale e scientifica negli ambiti dell'Ostetricia, della Ginecologia e della Neonatologia.



L'ASCIUTTO SU MISURA

Huggies® presenta i nuovissimi pannolini Bimbo e Bimba, pensati per le esigenze di maschietti e femminucce



Sempre attenta alle esigenze dei nostri piccoli, Huggies® ha creato un pannolino, anzi due, pensati specificatamente per le bimbe e per i bimbi, in grado di assorbire la pipì proprio nei punti in cui si concentra.

Da oggi i nostri figli saranno più asciutti grazie a **Huggies® Bimba e Bimbo**. Infatti, lo speciale strato assorbente blu è posizionato diversamente per rispettare le diverse fisicità delle bimbe e dei bimbi: è più centrale per i pannolini destinati alle bambine e più in avanti per quelli dei maschietti.

I nuovi pannolini Huggies® sono estremamente funzionali, assicurano il massimo comfort, e sono davvero divertenti, grazie alle irresistibili

immagini di Minnie, per lei, e Topolino, per lui. E poco importa se le allegre illustrazioni spuntano dalle gonnelline svolazzanti o dalle braghettoni... i pannolini Huggies® sono tutti da mostrare!

Huggies® Bimba e Bimbo renderanno più sicuri i primi passi dei nostri piccoli. Che si sa, non sono tutti uguali!

In un unico universo di dolcezza, sono tante le piccole differenze tra bimbi e bimbe in ogni momento della crescita: se le signorine sono più attente ed hanno una spiccata abilità nel parlare, i maschietti preferiscono comunicare con

gesti o segnali non verbali e per giocare prediligono oggetti molto rumorosi! Le signorine sono più pigre, si orientano meno facilmente e se sono in difficoltà chiedono subito l'aiuto dei genitori; al contrario dei giovanotti, che sono più coraggiosi e tendono a cercare da soli una via d'uscita!

Qualunque siano le differenti scoperte e sguardi sul mondo dei vostri bambini, Huggies® Bimba e Bimbo saranno un compagno di giochi imbattibile, assicurando asciutto e massima libertà di movimento.

Per saperne di più www.huggies.it

Cara Collega, Caro Collega

Ti presentiamo la Convenzione di Polizza Assicurativa A.I.O. per le Ostetriche dipendenti, per le Ostetriche libero professioniste e la Protezione dal rischio infettivo da Hiv ed Epatite B e C. Certi di farti cosa gradita per la tutela professionale, salutiamo cordialmente

La Presidente Antonella Marchi e il Consiglio Direttivo AIO

HORUS
CONSULENTI ASSOCIATI



Professionista Sanitario OSTETRICA

IL NUOVO PRODOTTO DI TUTELA PROFESSIONALE INNOVATIVO
VALIDO PER L'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE OVUNQUE SVOLTA



GARANZIE

- RETROATTIVITÀ DI 2 ANNI
- POSTUME PER CESSAZIONE ATTIVITÀ (OPZIONALE)
- RETROATTIVITÀ DI 5 ANNI (OPZIONALE)
- POLIZZA ANNUALE (con tacito rinnovo)
- POSSIBILITÀ DI PAGAMENTO FRAZIONATO

Richiedi subito un preventivo allo

02.29525380

Segreteria 

Email: aio@aogoi.it

MASSIMALI DI GARANZIA

PROFESSIONE	500.000,00	750.000,00	1.000.000,00	1.500.000,00	2.000.000,00
OSTETRICA	Euro 403,43	Euro 476,78	Euro 525,68	Euro 611,25	Euro 672,38

*I premi sono soggetti a variazione da parte della Compagnia

**Il presente non sostituisce il Fascicolo Informativo che va consultato attentamente prima della sottoscrizione del contratto

PROTEZIONE PERSONA

HORUS
CONSULENTI ASSOCIATI



LA NUOVA POLIZZA PER TUTELARTI IN CASO DI INFORTUNIO NELLO SVOLGIMENTO DELL' ATTIVITA' PROFESSIONALE, NEL TEMPO LIBERO, DURANTE LE ATTIVITA' DOMESTICHE.

**PROTETTI SEMPRE E OVUNQUE CON GARANZIE E PREMI
MODULABILI SULLE REALI ESIGENZE DEGLI ISCRITTI AIO**



A PARTIRE DA
110 EURO

INCLUSO
**RISCHIO INFETTIVO
DA HIV ED EPATITE B - C**

Richiedi subito un preventivo

allo 02.29525380 Segreteria 

Email: aio@aogoi.it

SARÀ APPLICATO A TUTTI GLI ASSOCIATI  UNO SCONTO RISERVATO

*I premi sono soggetti a variazione da parte della Compagnia

**Il presente non sostituisce il Fascicolo Informativo che va consultato attentamente prima della sottoscrizione del contratto



CONVENZIONE

DIPENDENTI SSN

**IN UN UNICO CONTRATTO LE GARANZIE ASSICURATIVE E LA TUTELA PIU' COMPLETA PER IL SANITARIO
DIPENDENTE OSPEDALIERO**

Denominazione

Assicurazione della Responsabilità Professionale per Ostetrici Dipendenti Ospedalieri

Oggetto dell'Assicurazione

Responsabilità in via di rivalsa in conseguenza di fatti o atti commessi con colpa grave

Garanzia Base

Rivalsa dell'Impresa di Assicurazione

Rivalsa dell'Azienda

Massimale

€ 2.500.000,00 per sinistro; € 5.000.000,00 per annualità assicurativa

<i>Professione/Specializzazione esercitata</i>	Massimale in € e corrispondente premio annuo lordo
	2.500.000 per sinistro; 5.000.000 per anno
<i>Ostetrica</i>	€ 375

* I premi sono soggetti a variazione da parte della compagnia

** Il presente non sostituisce il fascicolo informativo che va consultato attentamente prima della sottoscrizione del contratto

Validità temporale della garanzia

Claims made

Retroattività ILLIMITATA

Ultrattività ILLIMITATA

Durata dell'Assicurazione 1 ANNO

Segreteria AIO
Info allo **02.29525380**
AIO@ADGOI.IT

