

Pier Francesco Tropea

Gli aspetti controversi della tematica in oggetto vertono tuttora, da un lato, sulla legittimità da parte della gestante di partorire per via addominale, a prescindere da qualsiasi motivazione tecnica, e dall'altro sulla possibilità per il medico di procedere ad un intervento al di fuori di una reale indicazione medica. Su espresso invito del Prof. Schlaeder di Strasburgo, in qualità di Presidente dell'Upigo, il sottoscritto ha illustrato la posizione attuale della giurisprudenza italiana, basata essenzialmente sul dettato costituzionale che conferisce alla persona piena autonomia decisionale in ordine alla propria salute e segnatamente alla donna il diritto di liberamente disporre della propria vita riproduttiva. Sul piano strettamente medico-legale i motivi che legittimano il ginecologo ad accedere alla richiesta della donna sono i seguenti:

1. **il superamento** del contrasto con il dettato dell'art. 5 c.c. (che sanziona l'indisponibilità del soggetto di poter disporre del proprio corpo quando si cagioni una lesione organica permanente), tenendo conto del fatto che il taglio cesareo, in quanto intervento non demolitivo, provoca una lesione solo temporanea del corpo del soggetto operato.
2. **La finalità terapeutica** consistente nel ripristino della salute fisica e psichica della donna, così come previsto dal dettato del Codice deontologico medico.
3. **La possibilità** che il ginecolo-

Il cesareo su richiesta senza indicazione medica: è una procedura legittima?

La richiesta della gestante di essere sottoposta a taglio cesareo in assenza di una indicazione ostetrica risulta in costante aumento negli ultimi anni e figura nelle casistiche più accreditate in un 10% del totale dei cesarei. Il problema non è circoscritto all'Italia, ma interessa tutta l'Europa, tanto da aver indotto l'Unione Internazionale dei Ginecologi ad includerlo come tema di trattazione all'Assemblea Upigo che si è svolta in Germania, a Wiesbaden, dal 4 al 6 ottobre 2013

go, non aderendo alla richiesta della gestante possa essere chiamato a rispondere di rifiuto di atti d'ufficio ex art. 328 c.p..

Tuttavia, nel caso in cui la richiesta del cesareo muova dal timore della gestante di un rischio fetale connesso con il travaglio di parto, il ginecologo ha l'obbligo di fornire ampie garanzie circa l'attuazione di un monitoraggio accurato del benessere fetale; inoltre, nel caso in cui la gestan-

te voglia evitare il dolore del travaglio stesso, il ginecologo dovrà garantire alla donna la possibilità di un'anestesia spinale, provvedendo, ove sia impossibile in loco il ricorso a tale procedura, a trasferire la gestante stessa in ambiente ospedaliero all'uopo attrezzato.

Cosa emerge dal confronto europeo

Il Prof. Jean-Jacques Baldauf di Strasburgo ha delineato le Linee

guida attuate in Francia, Paese notoriamente molto vicino all'Italia per cultura medica e giuridica, in tali evenienze, che possono essere sintetizzate nelle seguenti proposizioni:

- informare con precisi dati statistici la gestante del maggior rischio, in termini di morbilità e mortalità materna, legato al taglio cesareo in confronto al parto vaginale, ivi compreso il rischio anestesiologico.
- portare a conoscenza della ge-

stante la maggiore incidenza della patologia placentare (placenta previa e placenta accreta) nelle gravidanze successive in donne già cesarizzate, con rischio consistente di complicanze emorragiche;

- evidenziare la maggiore frequenza del distress respiratorio nei neonati da taglio cesareo rispetto a quelli nati da parto vaginale.

Pertanto, sulla scorta degli elementi suddetti, scaturiti da un'analisi della tematica in oggetto derivante da un confronto in sede europea, appare evidente che, a fronte di una sempre maggiore richiesta della donna di partorire per via cesarea, il ginecologo possa rispondere positivamente a tale domanda purché ottenga preventivamente un ampio consenso della gestante, conseguente ad una completa e puntuale informazione da parte del medico stesso concernente i maggiori rischi e le complicanze anche future di tale procedura chirurgica, a fronte di un parto espletato per via vaginale. È utile sottolineare che il ginecologo destinatario di una richiesta immotivata di cesareo può rifiutarsi di accedere a tale richiesta, se non rispondente ai propri convincimenti scientifici, a condizione che garantisca alla gestante l'accesso alternativo ad una struttura sanitaria o ad un ginecologo che siano in grado di soddisfare il desiderio della donna di partorire per via addominale sulla base di un'autonomia decisionale del soggetto interessato, riconosciuta come diritto costituzionalmente garantito. Y

Laerdal porta la simulazione medica in Ostetricia

La simulazione è parte integrante della formazione degli operatori sanitari. È accettata e riconosciuta come approccio fondamentale per contribuire a migliorare la sicurezza del paziente e la riduzione del rischio clinico.



SimMom

Simulatore avanzato di parto madre-bimbo



Per simulare svariate situazioni di parto, gestione del travaglio, parto e post-partum. Permette l'addestramento di team multidisciplinari grazie al monitoraggio dei parametri vitali sia della madre, sia del bambino e per simulare scenari complessi.



PROMPT

Trainer simulazione parto

Trainer anatomicamente realistico per esercitarsi sulla gestione di possibili complicanze (es. distocia di spalla) ed eventi rari (parto podalico). Completo di misuratore di forza per valutare le trazioni da esercitare durante l'assistenza al parto.



Mama Natalie

KIT simulazione parto e gestione comunicazione con il paziente

Kit di simulazione che si allaccia all'istruttore. Controlla manualmente il sanguinamento e la condizione dell'utero, la dilatazione della cervice, la posizione del bambino, l'espulsione della placenta e l'emissione di suoni cardiaci fetali.