

specificità della realtà nazionale rappresentano strumenti utili alla pratica clinica.

Il fatto che non ci sia ancora una linea guida nazionale di riferimento, dunque, non è l'elemento che può spiegare l'aumento dell'incidenza di cesarei nel nostro paese. Né – credo – la sua pubblicazione, senza un'ideale diffusione, condivisione ed implementazione per renderla operativa nella pratica clinica, potrà ridurre l'incidenza dei cesarei.

Come muoversi, quindi?

La consapevolezza che il ricorso ai cesarei in Italia stesse raggiungendo soglie troppo elevate è di molti anni fa. Il nostro Paese ha superato il 30% nel 1999 e i piani sanitari nazionali 2002/04 e 2006/08 avevano già tra i loro obiettivi la riduzione dei cesarei.

Nell'aprile 2008 il ministero della Salute e l'istituto superiore di Sanità hanno condiviso le Linee di indirizzo per la promozione dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo nelle quali è stata delineata una strategia coordinata a livello nazionale, regionale e locale per adottare misure di politica sanitaria volte a promuovere i comportamenti virtuosi e a disincentivare le pratiche inappropriate.

A livello nazionale, si richiede un'attenzione al tema nel piano sanitario 2009-2011, l'identificazione di strategie di incentivazione per le Regioni con tassi di cesarei particolarmente contenuti o che tendono alla riduzione, la definizione di criteri per la razionalizzazione dell'assistenza alla nascita e l'ottimizzazione dell'offerta assistenziale.

Le linee programmatiche dovranno essere adottate d'intesa con la conferenza Stato-Regioni in modo da favorirne l'implementazione a livello regionale. Infine, ultimi ma fondamentali anelli della catena, i punti nascita e il territorio, dove occorre uno sforzo implementativo in grado di tradurre nella pratica clinica i contenuti delle raccomandazioni anche attraverso specifiche attività di aggiornamento/formazione dei professionisti sanitari nonché audit periodici tra pari sulle criticità emerse.

È in questo percorso – che riguarda l'assistenza all'intero percorso nascita e non solo il numero dei cesarei – che si colloca la disponibilità della linea guida, che evidentemente rappresenta solo uno degli elementi in un sistema articolato di azioni da intraprendere. **Y**

Responsabilità professionale

L'assistenza al parto nell'attuale giurisprudenza

di Pier Francesco Tropea

La problematica in oggetto ha fornito lo spunto per un dibattito assai vivace, sia in campo medico sia in ambito giuridico, in ragione della difficoltà di attribuire, nel caso di evento dannoso, una precisa responsabilità rispettivamente al ginecologo e/o all'ostetrica incaricati di gestire, nel caso in esame, l'evento parto. È da premettere che, fin dal debutto dell'ostetricia come disciplina specialistica autonoma, l'ostetrica ha rivestito un ruolo chiave nella gestione attiva del parto, essendo a Lei assegnate delle mansioni tecniche, per l'espletamento delle quali il medico non ha mai ricevuto uno specifico addestramento. L'esercizio di tali manualità ha conferito all'ostetrica una specificità tecnica, attribuendo a quest'ultima una patente di abilità e di bravura, spesso mitizzate nei racconti delle recenti puerpere. Pertanto, nell'ambito dell'assistenza al parto eutocico, la figura del ginecologo, ancorché presente al parto fisiologico nell'ottica di una medicalizzazione del parto, finisce con l'essere considerata di secondo piano rispetto all'ostetrica cui rimane affidata l'assistenza "manuale" alla nascita, ivi comprese le prime manovre elementari di rianimazione neonatale.

Il ruolo dell'ostetrica nel parto fisiologico

Il ruolo preponderante dell'ostetrica nel parto fisiologico si è ulteriormente rafforzato dopo l'emanazione delle norme legislative che hanno definito il profilo professionale dell'ostetrica, attribuendo a tale figura professionale una sua specificità, con il conseguente affidamento di compiti (quali l'assistenza alla gravidanza, la prepara-

Il tema dell'assistenza al parto e dei relativi rischi ha assunto una particolare rilevanza nell'ambito del contenzioso giudiziario concernente la responsabilità professionale sanitaria. Anche in ordine all'entità dei risarcimenti riconosciuti dai giudici in caso di documentata colpa medica



zione e l'assistenza agli interventi ginecologici, la prevenzione dei tumori genitali femminili, il controllo del benessere fetale, ecc.) che esulano in tutta evidenza dalla semplice gestione del parto eutocico. Forte delle previsioni che figurano nella normativa corrente (D.M. n. 740 del settembre 1994, Legge n. 42 del febbraio 1999 e Legge n. 251 dell'agosto 2000) e dell'acquisizione del titolo di laurea breve che ha sostituito l'antico diploma, l'ostetrica ha accentuato in questi ultimi anni la propria autonomia, rivendicando nei confronti del ginecologo una indipendenza decisionale in grado di accrescere il proprio prestigio professionale. È nata così presso alcuni Istituti l'iniziativa di creare, a fianco di una Divisione di Ostetricia tradizionale, una struttura sanitaria che ha il compito di gestire, attraverso l'auto-

noma attività delle ostetriche, il parto fisiologico, al di fuori di qualsiasi apporto di personale medico. È ovvio che la comparsa di segnali di allarme, la cui segnalazione è affidata alla competenza esclusiva dell'ostetrica, comporta il trasferimento della gestante presso la vicina Divisione ostetrica di riferimento per il trattamento della patologia instauratasi.

Risulta dunque evidente che all'ostetrica vengono affidati compiti e responsabilità di maggior rilievo rispetto al passato, nell'ottica di una riconosciuta autonomia professionale conseguente al conseguimento di uno specifico profilo culturale ed operativo dell'ostetrica stessa. È da sottolineare che in genere l'ostetrica mostra di tenere molto alle proprie prerogative professionali, così faticosamente raggiunte, e considera alla stregua di un'indebita ingerenza qualsiasi interferenza del ginecologo nella gestione delle pazienti in travaglio di parto, ivi compresa la sorveglianza del benessere fetale strumentalmente praticata. È infatti prassi corrente che, ad onta dell'assenza nella normativa vigente, dell'affidamento di tale compito all'ostetrica, a quest'ultima venga devoluto il compito di praticare il monitoraggio cardiocogra-

fico in corso di travaglio fisiologico, rientrando, tra i doveri dell'ostetrica, la convocazione del ginecologo in caso di accertata patologia del travaglio che rischi di compromettere lo stato di salute del feto.

A fronte di tale situazione legislativa, che riconosce all'ostetrica la piena autonomia nella gestione dell'evento parto, in occasione di un evento dannoso in ambito ostetrico, si assiste quotidianamente al coinvolgimento del ginecologo, chiamato in causa dal giudice, quale presunto responsabile di un esito sfavorevole di un parto, nel controllo o assistenza del quale egli non ha assunto un ruolo attivo, se non nominale, quale medico di turno.

La preoccupazione dei ginecologi

Questo orientamento giurisprudenziale, da considerare a tutt'oggi prevalente, ha creato un diffuso allarmismo tra i ginecologi, di cui è apparsa l'eco in una lettera aperta al nostro Giornale, pubblicata e commentata nel n. 1 del 2009 di *GynecoAogoi*. In realtà, le pronunce della Giurisprudenza non risultano per nulla univoche, nel senso che, ad una pressoché costante chiamata in causa del ginecologo quale responsabile di un evento dannoso occorso in sala parto, si contrappongono alcune sentenze della Corte di Cassazione nelle quali viene affermata la responsabilità (esclusiva o solidale) dell'ostetrica di turno, anche nei casi in cui quest'ultima non sia stata in grado di valutare i segnali di allarme concernenti lo stato di salute del feto, a causa di una non corretta interpretazione del tracciato cardiocografico (Cass. pen. sez. 4°, gennaio 2004). Ad una chiarificazione di tale problematica, contribuisce una recente pronuncia di legittimità (Cass. Pen. sez. 4°, n. 12347, gennaio 2008) con la quale l'ostetrica è stata ritenuta responsabile di una grave sindrome asfittica fetale con sequele neurologiche neonatali conseguenti ad una condotta erronea dell'ostetrica stessa in corso di travaglio di parto. Nel caso specifico, l'ostetrica di propria iniziativa aveva somministrato per os alla gestante un farmaco a base di ossitocina, i cui effetti secondari, a parere del Collegio giudicante, si erano ripercossi negativamente sul feto provocandone l'asfissia e la conseguente disabilità neuromotoria. Un primo rilievo di natura tecnica avanzato dai Giudici di merito e successivamente confermato in Cassazione, è consistito nella scelta della via di somministrazione (orale piuttosto che endovenosa) dell'ossitocina, in quanto l'assorbimento del farmaco per via orale non può essere interrotto, contrariamente a quanto avviene con la via endovenosa, il che rende vano qualsiasi tentativo di bloccare l'azione della sostanza sommi-

► segue a pag. 28

Quest'anno a Villasimius

► segue da pag. 3

mondo dei media e dalla televisione' che ha visto protagonisti il segretario generale della Federazione nazionale della stampa italiana Franco Siddi e il medico di famiglia "nazionale", Carlo Gargiulo, che ci ha regalato un'accattivante lectio sull'informazione/divulgazione medico-scientifica in Tv (sempre all'insegna della "semplicità e chiarezza anche quando gli interlocutori hanno un livello culturale alto") e che non ha risparmiato critiche a certa informazione televisiva ("che spesso crea troppe aspettative") - dai programmi Tv di salute e medicina alle fiction stile Dr. House. Come in ogni occasione di incontro societario, non sono mancati i momenti di gioia, per la partecipazione a Villasimius di Pietro Todaro, il colonnello

dell'esercito, socio Aogoi, ripresi dal terribile incidente. E di grande tristezza, per la prematura scomparsa di Marillina Liuzzo, consigliera di presidenza Agite. Il Corso di Villasimius ci offre lo spunto per riallacciarci anche a quello che è l'approfondimento trattato su questo numero di GynecoAgoi "Troppi cesarei: parliamone". Luis Cabero Roura, past vicepresidente della International Federation of Gynecology and Obstetrics (Figo) e candidato alla presidenza Figo al prossimo 19° congresso mondiale di Cape Town, è intervenuto nella sessione dedicata ai relatori stranieri su "Training and cesarean section rates". Cabero, che ha definito il cesareo "non una risorsa, ma una alternativa", ha tracciato un quadro esaustivo sui motivi che hanno condotto a un così alto ricorso al Tc, fenomeno che va oltre i confini nazionali e che tra le cui cause vede appunto la scarsa preparazione

impartita dalle Scuole di specializzazione. La sua relazione, i cui punti salienti abbiamo ripreso in un'intervista che pubblicheremo sul prossimo numero, ha stimolato un'appassionata discussione tra i partecipanti (proseguita nel fine-sessione anche nei momenti conviviali) animata dal racconto di esperienze "sul campo", tra scambio di opinioni e proposte di correttivi. Il 'gruppo di lavoro sul cesareo' così 'nato spontaneamente' è un po' la riprova che quando un tema è di interesse per la professione si ha la voglia e il bisogno di parlarne e confrontarsi. Ed è proprio l'obiettivo che si è proposto GynecoAgoi con questo focus on, che ospita importanti punti di vista e che ci auguriamo possa contribuire a una riflessione su questo tema di grande attualità e che, per i suoi connotati di fenomeno sociale, è al centro di un dibattito non solo in ambito professionale.



► segue da pag. 17

nistrata, nel caso in cui si rendano evidenti le ripercussioni negative del farmaco sul benessere del feto. In proposito, è da notare che, in corso di giudizio, è stato affermato e mai messo in discussione dalle parti, che le sequele patite dal feto erano da mettere in relazione con l'incongrua somministrazione di ossitocina in corso di travaglio. Ma il nodo più importante affrontato dalla sentenza in oggetto è quello relativo alle attribuzioni riconosciute all'ostetrica dalla normativa vigente ed i limiti entro i quali l'ostetrica può e deve esercitare la sua attività professionale. Pur riconoscendo all'ostetrica un'autonomia di giudizio e di iniziativa, consona ai suoi titoli ed al suo profilo professionale, viene ribadito che, ai sensi dell'art. 1 comma 1° e dell'art. 1 comma 5° del D.M. 14 settembre 1994 n. 740, l'ostetrica può condurre e portare a termine i parti fisiologici, ma è obbligata a richiedere l'intervento del medico nel caso venga individuata una situazione ostetrica potenzialmente patologica.

È evidente che, stando alla lettera della Legge, anche la somministrazione di ossitocina deve presupporre l'esistenza di una patologia del travaglio o quanto meno una deviazione del travaglio stesso verso una condizione patologica, nella fattispecie rappresentata dall'inerzia uterina e/o dall'abnorme prolungarsi di un travaglio di parto.

È pur vero che talvolta la decisione di ricorrere ad un parto pilotato viene di fatto assunta (con il tacito consenso del ginecologo) autonomamente dall'ostetrica di turno, in nome di un'esperienza e di una professionalità indiscutibili, ma è altrettanto vero che le Leggi vigenti non consentono all'ostetrica di assumere iniziative autonome di questo tipo, demandandone la responsabilità esclusiva al medico.

Alcune considerazioni tecniche

Esposte le linee della Giurisprudenza corrente, che sembrano separare nettamente i compiti attribuiti rispettivamente all'ostetrica e al medico

nell'assistenza al parto, appare opportuno aggiungere a quanto sopra illustrato alcune considerazioni tecniche che possano servire a fornire lumi interpretativi a chi quotidianamente svolge le mansioni di cui all'oggetto. Contrariamente a quanto può apparire ad una lettura superficiale, esiste spesso nella pratica clinica una notevole difficoltà a stabilire un preciso confine tra la fisiologia e la patologia del travaglio di parto. In altri termini, l'esperienza clinica insegna che non è sempre facile, anzi può essere notevolmente difficile, individuare, seppure con l'ausilio degli strumenti tecnici idonei, il passaggio dal travaglio fisiologico a quello patologico, il che significa la difficoltà di definire con esattezza cronologica il momento nel quale la gestione ostetrica del caso deve passare dall'Ostetrica al Medico. Tale concetto richiama un dato metodologico di notevole rilevanza, che è tuttora lontano da una precisa definizione. Ci riferiamo all'attribuzione all'ostetrica della responsabilità della valutazione del benessere fetale che passi attraverso l'esecuzione e l'interpretazione del tracciato cardiocografico.

Nella normativa vigente, al di là di una generica enunciazione circa le attribuzioni all'ostetrica dell'assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico, cui va aggiunto l'obbligo assegnato all'ostetrica di allertare il medico nei casi in cui l'andamento del parto non sia del tutto regolare, non viene esplicitamente affermata la facoltà delle ostetriche, così come da queste ultime rivendicato negli ultimi tempi, di gestire in modo autonomo indicazioni, tempi e soprattutto interpretazione del monitoraggio del benessere fetale, ivi compresa l'esecuzione di un esame ecografico di 1° livello.

Ciò spiega il non sempre univoco orientamento della Giurisprudenza, oscillante tra una rigida applicazione letterale della normativa e l'interpretazione "aperturista" di alcune proposizioni legislative, prospettate di volta in volta al giudice da parte di consulenti tecnici non sempre forniti di elevate capacità professionali e soprattutto di buona competenza medico-giuridica. **Y**

Internet



Online il nuovo servizio per l'aggiornamento scientifico

C'è un nuovo servizio attivo sul sito www.aogoi.it e riservato solo ai soci Aogoi. Per essere sempre aggiornati sulle novità scientifiche, anche quando la documentazione è difficilmente reperibile, basta

andare sulla voce "Aggiornamento scientifico" nella colonna di sinistra del sito Aogoi e richiedere lo studio interessato. Sarà nostra cura recuperare per te una copia ad uso strettamente personale. Unica condizione

necessaria, indicare per esteso:

- Nome degli Autori
- Titolo completo dell'articolo
- Titolo della Rivista sulla quale è stato pubblicato

Buon aggiornamento!

