

a cura di Antonino Michienzi

# Troppi cesarei: parliamone

**L'eccesso di tagli cesarei** in Italia è da tempo motivo di discussione e preoccupazione nella comunità scientifica, clinica e politica. L'OMS ha stimato nel 10-15% la soglia fisiologica di cesarei, superata la quale ogni intervento diviene "ingiustificato".

Per quanto queste stime siano poco adattabili al contesto italiano, la differenza è troppo ampia per non essere motivo di riflessione. 37,3% è infatti l'incidenza dei cesarei sul totale dei parti nel nostro Paese. Cifra distante non soltanto dalle indicazioni Oms, ma anche dalla media Ue e Usa e che delinea una situazione, se non patologica, quanto meno atipica. Da ciò nascono tre mozioni approvate il 10 giugno al Senato con cui si invita all'adozione di con-

tromisure politiche e cliniche per incanalare nell'alveo del parto fisiologico una percentuale di donne più elevata. Eventi politici che Aogoi segue da sempre con interesse e che hanno spinto il segretario Aogoi Antonio Chiàntera a sollecitare tutti i membri del consiglio direttivo affinché l'Associazione prenda una precisa posizione sul tema. Del resto l'assenza di linee guida nazionali potrebbe essere presto superata con la pubblicazione di una linea

guida da parte dell'Istituto Superiore di Sanità. È giunto dunque il momento di affrontare con serenità e concretezza il tema del taglio cesareo. All'interno della nostra Associazione, prima ancora che nel confronto con le diverse espressioni della società. Per questo *GynecoAogoi*, raccogliendo l'invito del Segretario nazionale, vuole lanciare la proposta di un tavolo di discussione per far emergere una posizione "operativa" dell'Associazione

su questo spinoso e articolato problema. E quale migliore occasione del prossimo Congresso nazionale che si terrà a Bari a fine ottobre? In vista del confronto, *GynecoAogoi* vi invita perciò a scrivere alla redazione per alimentare un dibattito di grande importanza per l'evoluzione della professione.

## Approvate al Senato tre mozioni per la riduzione dei cesarei

La preoccupazione per l'elevato numero di cesarei nel nostro Paese arriva anche in Parlamento. Dopo le diverse commissioni che si sono succedute negli anni per tutelare la salute femminile e promuovere gravidanza e parti fisiologici, nelle scorse settimane sono state presentate al Senato tre mozioni focalizzate sulla necessità di riportare l'Italia a livelli fisiologici di tagli cesarei.

Le mozioni sono state approvate lo scorso 10 giugno con parere favorevole del Governo rappresentato dal Sottosegretario per il lavoro, la salute e le politiche sociali Eugenia Roccella. "Abbiamo finalmente portato in quest'Aula temi, come quello della maternità, che raramente vengono affrontati nelle Aule parlamentari e che invece dovrebbero essere senz'altro esaminati", ha dichiarato nel suo intervento il Sottosegretario Roccella. "Infatti, se vogliamo dare concretezza all'idea del valore sociale della maternità, non



possiamo tenerli lontani dal cuore della politica".

Le tre proposte, la numero 116, la numero 135 e la 137, che riportano come primi firmatari rispettivamente i senatori Bianconi (PdL), Bianchi (PD) e Carlino (IdV), invitano il Governo ad affrontare il tema del parto in maniera globale (vedi i testi integrali su [www.aogoi.it](http://www.aogoi.it)).

A partire dalla prevenzione, realizzata attraverso un "potenziamento dell'attività dei consultori familiari con l'attivazione di programmi specifici per la salute pre-concezionale e ripro-

duttiva, per la tutela della maternità e la promozione dell'allattamento al seno".

Un ruolo di primo piano è riservato alla partoriente, di cui si vuole tutelare il diritto e la libertà di scelta. Diritto, che va accompagnato però - soprattutto in quelle Regioni in cui i tassi di parti cesarei sono più elevati - con un'offerta attiva di informazione e consulenze che rendano la scelta del parto realmente consapevole. L'informazione capillarmente diffusa sul territorio dovrebbe inoltre - nelle intenzioni dei Senatori - con-

tribuire a livellare le disparità territoriali e sociali in tema di cesarei che caratterizzano il contesto italiano. Una condizione, questa, che richiede una maggiore attenzione all'appropriatezza in tutte le sue componenti: un'adeguata offerta di punti nascita rispondente ai requisiti minimi strutturali e organizzativi, la redazione di linee guida, l'introduzione e lo sviluppo di audit e feedback efficaci e adattabili alle diverse realtà regionali, la classificazione del rischio al momento del ricovero e la predisposizione di specifici "per-

corsi assistenziali". Altro capitolo di grande importanza per disincentivare il ricorso al taglio cesareo è la promozione "di iniziative legislative per limitare il fenomeno del condizionamento dei medici, dovuto ai rischi penali connessi allo svolgimento del proprio lavoro, nella scelta dei trattamenti da intraprendere". Interventi di altro tipo invece si rendono necessari per promuovere "contrastare eventuali tendenze dei medici a favorire il tipo di parto più remunerato in luogo di quello naturale o comunque più indicato per il benessere della donna e del neonato".

Particolare attenzione è stata destinata infine al tema dell'analgia. Oggetto di dibattito nel corso della discussione al Senato, il documento definitivo ha visto l'inserimento delle "tecniche di analgesia per l'espletamento del parto naturale fra le prestazioni garantite a titolo gratuito nei livelli essenziali di assistenza nelle strutture individuate dalle Regioni all'interno di appositi programmi".

"A testimonianza del fatto - ha commentato Roccella - che c'è una volontà comune a promuovere e garantire, laddove possibile, le migliori pratiche per il controllo del dolore nel parto".

# Un quadro molto complesso, multifattoriale

Colloquio con Pier Francesco Tropea, Ginecologo, esperto di Ginecologia forense

Ridurre l'elevato numero dei tagli cesarei in Italia richiede una approfondita riflessione sulle cause che hanno determinato questo fenomeno.

È ormai noto che tra le ragioni che nell'ultimo trentennio hanno fatto esplodere i tassi di parti cesarei nel nostro Paese ci siano, oltre a motivazioni prettamente cliniche, le richieste delle donne e le forme organizzative adottate dai punti nascita. Ma, soprattutto, una serie di aspetti connessi con i profili della responsabilità professionale del ginecologo.

Quali?

Il quadro è molto complesso. Va innanzitutto considerato l'aumento dell'età media della primigravida: ciò comporta una maggiore "preziosità" della vita fetale connessa con la ridotta fertilità futura della primipara attempata. In tali casi l'ottenimento di un neonato vivo, vitale ed esente da handicap, al di fuori di qualsiasi rischio connesso con il parto, rappresenta per la coppia un imperativo categorico trasmesso al ginecologo in modo perentorio.

Ma non c'è in questo imperativo una sottovalutazione del rischio connesso all'intervento chirurgico?

Certo. La tecnica di esecuzione del taglio cesareo che prevede un'incisione circoscritta esteticamente accettabile e, soprattutto, la pratica dell'anestesia spinale che consente alla puerpera di assistere in piena coscienza alla nascita del proprio bambino, hanno fatto perdere al taglio cesareo il carattere dell'intervento chirurgico. Tutti questi elementi fanno sì che sempre più spesso venga considerato una normale modalità di parto, per di più indolore.

Di fatto non esiste nessuna indicazione medica che supporti queste tipologie di parto cesareo. Ma cosa può fare il ginecologo di fronte alla richiesta di una prestazione chirurgica priva di indicazione medica?

Il problema del taglio cesareo eseguito su semplice richiesta della donna può trovare una sua legittimazione nell'autonomia decisionale del soggetto riconosciuta dalla Costituzione agli articoli 2, 13 e 32. A ciò va ad aggiungersi l'elemento della libertà procreativa della persona, considerata anch'essa un diritto di rango costituzionale.

Pertanto il ginecologo ha il dovere di informare il soggetto del maggiore rischio che il taglio cesareo presenta rispetto al parto vaginale,



ma la volontà consapevole della gestante adeguatamente informata costituisce elemento di difficile contestazione da parte del medico.

La volontà della donna di sotto-

porci al cesareo è uno degli aspetti del problema. Tuttavia, sempre più spesso, si addita la responsabilità dell'aumento del numero dei cesarei al timore dei medici di incorrere in controversie medico-legali.

È un altro elemento di indubbio peso. Il numero di denunce giudiziarie che chiamano in causa il ginecologo nel caso di morte o lesioni neonatali ipoteticamente connesse con l'evento parto è da anni in crescita. In tali circostanze, il primo quesito posto dal giudice inquirente concerne proprio i motivi del mancato ricorso al taglio cesareo rispetto a un parto va-

ginale, cui viene attribuito il danno fetale quale conseguenza di una errata condotta ostetrica.

Da ciò nasce l'abitudine del ginecologo a praticare sempre più spesso una medicina difensiva che, nel caso dell'evento parto, si traduce nel ricorso più o meno immotivato al taglio cesareo di elezione prima che si instauri un travaglio di parto dall'esito ritenuto incerto e imprevedibile.

Queste le ragioni medico-legali. Ma i ginecologi hanno ancora confidenza con le tecniche strumentali per rispondere alle emergenze senza ricorrere al cesareo?

È nota la riluttanza da parte del gi-

necologo a impegnarsi nell'espletamento di un parto vaginale in ragione della scarsa preparazione impartita dalle Scuole di Specializzazione circa l'approfondimento delle varie tecniche strumentali in ostetricia, come la ventosa e il forcipe, l'assistenza al parto podalico, la versione esterna del feto, la gestione del parto gemellare.

Sotto questo profilo, gli istituti universitari, che hanno il compito di fornire agli specializzandi un adeguato corredo tecnico-professionale, non adempiono compiutamente agli incarichi loro assegnati. **Y**

## Rimettiamo la donna (informata) al centro

Colloquio con Valeria Dubini, U.O. Ginecologia e Ostetricia – ASF 10, Firenze

Negli ultimi 20 anni l'incidenza del taglio cesareo nel nostro Paese è andata progressivamente aumentando: se nel 1980, l'11,2% di neonati veniva al mondo per via laparotomica, nel 2007 questa percentuale si è più che triplicata, raggiungendo circa il 36% di tutti i parti. Come legge questo fenomeno?

È un fenomeno che presenta notevole variabilità, tra regione e regione, ospedale e ospedale e persino tra operatori. È chiaro quindi che non sono criteri obiettivi e scientifici quelli che guidano questo costante aumento dell'interventismo ostetrico. Se non bastassero questi elementi, è sufficiente pensare che un indice importante come la mortalità neonatale, spesso invocata come motivo del ricorso al taglio cesareo, non ha un andamento chiaramente connesso con l'aumento di nascite eseguite col bisturi: si pensi all'esempio dei paesi scandinavi, dove si registra la più bassa mortalità perinatale d'Europa e dove l'incidenza dei tagli cesarei è molto contenuta (intorno al 15%).

È quindi opportuno che gli operatori, il mondo scientifico, politico e amministrativo, e, non ultime, le stesse donne, si interrogino su come sia possibile che in qualche regione più di una donna su due "non sia in

grado" di partorire per le vie naturali.

Sappiamo che sono essenziali fattori organizzativi: non è un caso che le cliniche private sono i luoghi dove si registrano i tassi più elevati di cesarei, anche se è lecito pensare che non stiano lì le partorienti in condizioni di maggiore rischio.

Sappiamo che il costante incremento dell'età materna al primo figlio condiziona pesantemente le modalità del parto per un complesso di motivi, medici, sociali e di opportunità.

Si è inoltre osservato un rischio elevatissimo di taglio cesareo quando la donna ha già avuto un figlio con questa procedura. Anche per questo dovremmo riflettere sempre prima di procedere per via addominale.

Soffermiamoci un attimo sul cesareo a richiesta. La donna spesso lo richiede anche per la paura di affrontare il dolore del travaglio. Possiamo dire che i Tc aumentano anche "per colpa" delle donne?

Rispondere affermativamente mi sembrerebbe davvero una mistificazione e una palese volontà di addossare ancora una volta sulle donne tutte le responsabilità. Certo, sembra che le donne non siano abbastanza consapevoli di come il parto rappresenti un momento di potenza, creatività e rafforzamento del proprio io. Ma non possiamo meravigliarcene in una società in cui tutto viene banalizzato e dove tutto sembra facile da ottenere senza fatica.

Di fatto però sappiamo bene



quanto le donne siano fortemente condizionate prima di tutto dalle nostre informazioni. Se noi proponiamo il parto addominale come più sicuro per il neonato e totalmente privo di rischi per lui e per la madre è evi-

► segue a pag. 14

## I numeri dell'allarme

La questione è ormai nota. L'Italia ricorre al taglio cesareo molto più spesso di qualunque altro Paese europeo. Il rapporto CeDAP 2008 basato sui certificati di assistenza al parto del 2005 stima nel 37,3% la percentuale dei tagli cesarei sul totale dei parti.

Un incremento iniziato sul finire degli anni Settanta e proseguito senza alcun freno e che ha visto alcune Regioni registrare aumenti superiori al 500%. Questa è infatti l'altra caratteristica del contesto italiano: una elevatissima variabilità, sia su base regionale, sia tra le diverse tipologie di struttura, con

le Case di cura accreditate che presentano tassi di parto addominale quasi doppi rispetto agli ospedali pubblici.

Pochissimi cambiamenti si sono registrati negli anni scorsi nel ricorso a parto vaginale dopo un precedente cesareo: avviene nel 12,75% dei casi nei punti nascita pubblici ma soltanto nel 4,3% nelle Case di cura private accreditate.

Appurata inoltre la correlazione tra dimensioni della struttura e incidenza dei cesarei: nelle strutture dove hanno luogo meno di 500 parti annui si ricorre al taglio cesareo nel 50,2% dei casi; in quelle dove hanno luogo meno di 800 parti annui nel 42,5% dei casi.

# Dopo un cesareo, non sempre un cesareo

Colloquio con Luana Danti, Spedali Civili di Brescia - Clinica Ostetrico Ginecologica Università di Brescia

Ne è passato di tempo da quando, nel 1916 Edwin B. Cragin si domandava se "once a cesarean section always a cesarean". Da allora le mortalità materna e fetale si sono ridotte rispettivamente di almeno 1000 e 100 volte e la regola che voleva "sempre un cesareo dopo un cesareo" è stata messa fortemente in discussione. Nonostante ciò la pratica del parto vaginale dopo un pregresso cesareo non è decollata. Perché?

Fin dalla fine degli anni '80 si è cercato di ridurre l'incidenza dei cesarei ripetuti con l'ampio utilizzo del cosiddetto VBAC (*vaginal birth after cesarean*) e in effetti dalla seconda metà del de-



cennio successivo si è evidenziata una riduzione percentuale significativa dei parti per via laparotomica. Tuttavia, l'ampio utilizzo del VBAC ha cominciato a mettere

in evidenza gli eventi avversi correlati a questa modalità di parto, in particolare il rischio di rottura dell'utero, creando nei clinici un grande timore e facendo regredire rapidamente il ricorso al parto vaginale di prova dopo cesareo.

**Nonostante ciò le società ostetrico-ginecologiche internazionali da anni raccomandano di ricorrere al parto vaginale di prova. Per quale ragione?**

La letteratura più recente ha cercato di fare il punto sui reali rischi connessi con questa procedura: se la selezione delle gravide da avviare al parto di prova è corretta e rispetta alcuni criteri essenziali e se si evitano le scel-

te cliniche più rischiose, i rischi di rottura d'utero sono molto contenuti, le percentuali di successo molto elevate e i benefici materno-fetali numerosi. Infatti un parto vaginale riduce in modo significativo le complicanze materne a breve e a lungo termine e riduce anche le complicanze respiratorie per il neonato rispetto al parto per via laparotomica, soprattutto quando il cesareo elettivo è programmato prima della 39a settimana.

**Basta soltanto la corretta selezione della puerpera a minimizzare i rischi?**

No. Il bollettino Acog N. 54 del luglio 2004, dedicato proprio al parto vaginale dopo un prece-

dente taglio cesareo, indicava, tra le altre cose, la necessità del rispetto di alcune caratteristiche organizzative. Per esempio, è necessario che sia garantita la presenza costante di un medico esperto, dell'anestesista e di tutto il personale necessario alla rapida esecuzione di un taglio cesareo d'emergenza. Pertanto gli ospedali con parte del personale che di notte è reperibile non sono strutture adeguate a garantire la sicurezza in caso di VBAC e quindi le gravide che desiderano evitare il Tc iterativo elettivo devono essere indirizzate verso gli ospedali in grado di garantire la tempestività. **Y**



## Una soglia accettabile

Chiamata dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato, nel 2004, la Commissione Nazionale dell'Associazione Ostetrici e Ginecologi Ospedalieri Italiani ha redatto un documento contenente Considerazioni sul tasso di cesarei nella pratica clinica in Italia.

Il Gruppo di esperti, composto da Mario Campogrande, Antonio Chiàntera, Nicola Natale, Fabio Parazzini, Giuseppe Santarsiero, Luigi Tuveri ha tentato di stimare il "giusto" numero di cesarei nel nostro Paese, "senza dubbio uno dei principali temi di discussione scientifica e di sanità pubblica". Se è infatti vero che "il riferimento generalmente riportato in letteratura come obiettivo di sanità pubblica è un

tasso di cesarei pari al 15% dei parti" è altrettanto vero che "tale valore deriva da ormai datate considerazioni della Organizzazione Mondiale della Sanità che suggeriva come oltre tale percentuale non si osservassero effetti importanti in termini di miglioramento di indicatori di salute, quali la mortalità perinatale od infantile".

In realtà, "la stima proposta dall'Organizzazione Mondiale Sanità si basa su popolazioni ad elevata parità e bassa età materna media" ed è perciò molto difficile pensare di poter applicare al contesto italiano la percentuale indicata. Da ciò l'impossibilità di "indicare a priori un 'corretto' tasso di tagli cesarei", poiché "tale valore può nascere solamente da un percorso scientifico e culturale condiviso sia da parte

della comunità ostetrica italiana come dalla società civile tutta".

Il Gruppo ha tuttavia tentato di quantificare una percentuale di tagli cesarei fisiologica nel contesto italiano, basandosi sulle più recenti acquisizioni della letteratura, su dati epidemiologici e sulle caratteristiche organizzative delle strutture di assistenza del nostro Paese. Il risultato è un valore limite del 25%. È questa infatti la cifra che emerge dalla somma di diverse condizioni in cui è o potrebbe essere richiesto il cesareo. "Questa - ha concluso il gruppo - è probabilmente una stima conservativa e puramente indicativa che può servire come punto iniziale di discussione per la comunità scientifica, le autorità sanitarie e la società civile tutta".

## Colloquio con Valeria Dubini

► segue da pag. 13

dente che le indirizziamo e non forniamo l'informazione corretta.

Dovremmo far sapere invece che in nessun Paese del mondo e neppure nelle Cliniche di massima eccellenza è possibile raggiungere il tasso 0, sia per la mortalità materna che per la mortalità neonatale.

Dovremmo anche essere consapevoli e avere il coraggio di dire che effettuare un cesareo significa esporre a dei rischi sia la madre che il bambino, inclusa l'alta probabilità di ripetere un cesareo in una gravidanza successiva.

**I rischi del cesareo verrebbero dunque minimizzati?**

Non si può non sottolineare come questo intervento, seppure vissuto come molto semplice, porti con sé la possibilità di complicazioni più o meno importanti, fino alla morte mater-

na: il rischio di morire in corso di taglio cesareo è infatti 4 volte superiore rispetto a un parto vaginale, anche se la percezione di tale rischio è molto bassa, considerato che la mortalità materna è, nei paesi ad alta industrializzazione, molto rara. È anche maggiore il rischio di morbidità: almeno il 20% delle donne rischiano un'infezione postoperatoria che necessita di trattamento; esiti a distanza come infertilità secondaria, placenta previa, distacco di placenta e rottura di utero, sono temibili eventi che incidono in maggior misura proprio tra le donne che hanno avuto un Taglio Cesareo.

Neppure i neonati, in realtà, sono esenti da rischi: sappiamo infatti come aumenti la possibilità di distress respiratorio oltre a lesioni da bisturi e da estrazione.

Se aggiungiamo che, da oltre 10 anni, abbiamo evidenze scientifiche sul fatto che la maggior parte delle paralisi cerebrali neonatali non sono influenzate dall'ipossia in travaglio, ma da fattori che intercorrono più precocemente nel corso della gravidanza, possiamo capire come neanche il timore di paralisi cerebrali neonatali possa giustificare l'aumento nel ricorso al cesareo a cui si assiste.

**Eppure molti medici ritengono che questa crescita di parti addominali sia più che giustificata, anche per motivi di ordine medico-legale.**

Molti medici continuano a coltivare l'equivoco che l'uso della tecnologia rappresenti sempre e comunque un segno di progresso e di medicina buona e scientifica. Così un evento fisiologico come il parto si è andato progressivamente medica-

lizzando.

Ma "chi gioca ad essere Dio, alla fine viene maledetto per i disastri naturali", scrive Marsden Wagner, commissario straordinario dell'Oms che da molto tempo si occupa del settore materno-infantile. Ed è questo il boomerang che si ritorce verso di noi: abbiamo alimentato il mito del "bambino perfetto" a costo di un crescente interventismo ostetrico, e ora quello che si vuole da noi è che "vada sempre tutto bene".

È anche da qui che nascono i numerosi contenziosi medico-legali: rifugiarsi nella "medicina difensiva", un circuito autoalimentantesi che continua a creare sempre maggiori aspettative, non è certo la risposta più adeguata.

**Quali dovrebbero essere invece le risposte giuste?**

È necessario che la società tut-

ta si faccia carico di questa situazione con uno sforzo che veda coinvolti i mass media, le amministrazioni locali, il governo centrale, la magistratura e le società scientifiche. Servono linee guida ampiamente condivise e basate sulle attuali conoscenze scientifiche, ma occorre anche che le donne, adeguatamente informate, riprendano coscienza della loro forza e della loro capacità e pretendano di uscire da una condizione che, mistificando la loro possibilità di scelta, finisce per espropriarle una volta di più del loro corpo.

Si deve infine ricucire lo strappo che si è creato tra i sanitari e la società nel suo insieme, per riportare quell'evento unico e irripetibile, qual è il parto, nei luoghi che gli competono: silenziosi e appartati, fuori dal clamore delle aule dei tribunali. **Y**

# Cambiare si può

**Colloquio con** **Ciro Guarino**, Direttore Struttura Complessa U.O. di Ostetricia e Ginecologia - P.O. "San Leonardo", Castellammare di Stabia

Nel 2004 l'incidenza dei tagli cesarei all'Uoc di Ostetricia e Ginecologia di Castellammare di Stabia era del 52,7%, una percentuale perfettamente in linea con la media della regione Campania, considerata una delle Regioni italiane meno virtuose su questo fronte. Oggi, il numero di tagli cesarei sul totale dei parti, a Castellammare, è sceso al 16,67%.



Ciro Guarino, direttore dell'UOC dal 2004 - e già autore del libro "Indicazioni al taglio cesareo: tra falsi miti e nuove evidenze scientifiche", pubblicato come "Libro Aogoi" - ci spiega come sia stato possibile un così deciso cambiamento di rotta.

**Castellammare è la prova del fatto che ridurre il numero di cesarei non è un'utopia.**

Il progetto di promozione del parto fisiologico è un progetto scientifico in cui credo profondamente e alla cui realizzazione dedico quotidianamente tutte le mie energie, sostenuto da due profonde convinzioni personali: la prima è che la più grande forza che sostiene ogni cambiamento è la forza delle idee, la seconda è che migliorare è sempre possibile, quando ci si impegna seriamente in un progetto.

**Come nella pratica?**

La forza e il coraggio per attuare un progetto di promozione del parto fisiologico possono solo scaturire da una rigorosità assoluta nel rispetto delle evidenze scientifiche e dalla condivisione totale del progetto da parte di tutta l'equipe, che deve maturare la convinzione della necessità di questo "cambiamento di rotta" e saperlo così trasmettere all'utenza. **La prima fase del progetto è stato lo sviluppo e la formalizzazione delle linee guida per l'adozione del parto fisiologico piuttosto che del cesareo.**

E questo è stato il primo passo obbligato, ma disporre di documenti di indirizzo è insufficiente, se questi non vengono integrati da momenti di misurazione e valutazione degli outcomes. Infatti la definizione di indicatori di riferimento qualitativi e quantitativi e il monitoraggio nonché la creazione reportistica per l'analisi dei risultati sono stati gli altri due pilastri del progetto.

Gli indicatori identificati, sia qualitativi che quantitativi, sia monetari che non monetari, hanno consentito di realizzare una raccolta dati chiara e strutturata, al

fine di effettuare un monitoraggio continuo e la successiva analisi dei risultati.

**Il dato che fa più scalpore è la riduzione dell'incidenza dei Tc al 16,67%. Un dato importante, ma cos'altro è emerso dal monitoraggio?**

L'analisi degli indicatori qualitativi ha permesso di focalizzare il ventaglio delle indicazioni al taglio cesareo: la più frequente è risultata essere il Tc pregresso (30,3%).

A seguire, le altre indicazioni più frequenti sono state le distocie (12,3%), le presentazioni anomale (12,3%), l'autodeterminazione materna (7,4%) e infine le anomalie cardiocografiche (4,9%). Il rimanente 32,8% è costituito da una miscelanea di altre indicazioni ostetriche, quali placenta previa, distacco intempestivo di placenta, IUGR, macrosomia fetale.

**I dati da voi rilevati sull'incidenza dei Tc su richiesta materna sono in linea con quelli della letteratura, che la stimano in un 7% del totale.**

Sì, ma a differenza delle altre realtà nazionali e internazionali, in cui sono soprattutto le primigravide a richiedere un taglio cesareo senza indicazione, nel 100% dei casi verificatisi nella nostra U.O. si è trattato di donne già cesarizzate almeno una volta, a testimonianza che una costante e adeguata divulgazione di informazioni da parte sia del personale sanitario dell'U.O., che del personale sanitario operante sul territorio, ha efficacemente modificato l'atteggiamento

culturale dell'utenza locale.

**Per quanto concerne le rilevazioni sulla salute materna e neonatale, invece?**

È risultato che il ricorso al taglio cesareo è associato ad una mortalità materna e ad una mortalità neonatale sovrapponibile a quella del parto spontaneo (0%), mentre, in accordo con i dati internazionali, la morbilità materna risulta essere superiore nel taglio cesareo (1,7%) rispetto al parto spontaneo (0,8%), così come la morbilità neonatale, che nel taglio cesareo risulta essere pari al 18,7%, contro il 4,58% del parto spontaneo.

**Infine gli aspetti economici. Dall'analisi degli indicatori monetari valutati è emerso che il parto spontaneo comporta un risparmio unitario medio di 494,54 euro. In sintesi, dunque, perché privilegiare il parto vaginale?**

Alla luce di queste considerazioni sembra evidente che la scelta di riduzione dei tagli cesarei è innanzitutto una scelta di qualità, in quanto consente di tutelare nel modo più adeguato il benessere materno-fetale, che rappresenta l'obiettivo principale della nostra attività, nonché permette di restituire alle donne la giusta centralità nell'esperienza unica del parto, ricordando che per una donna l'espletamento del parto per la via vaginale rappresenta un momento fondamentale della propria vita, che le consente di provare una gratificazione insostituibile, aumentando la propria autostima, con un risultato finale che va ben oltre il semplice risparmio di un taglio cesareo.

Inoltre, i benefici economici che ne derivano la rendono anche la scelta più opportuna per le attuali esigenze della sanità italiana.

E la speranza è che esperienze come la nostra, frutto esclusivamente di un grande sforzo professionale ed umano di tutta l'equipe, siano sostenute in futuro in modo concreto dalle istituzioni competenti.

## Ma io difendo i cesarei

**Colloquio con Romano Forleo**, Ginecologo, membro del Comitato Nazionale di Bioetica, Docente di Sessuologia presso la Facoltà di Psicologia, Università La Sapienza di Roma

**Romano Forleo è noto per l'impegno profuso nell'umanizzazione della nascita: è stato uno dei primi in Italia a chiudere il nido per neonati sani, ponendoli a fianco della mamma, a consentire una posizione a scelta alla donna nel travaglio e nel parto, a introdurre il padre nell'assistenza alla nascita. Eppure è perplesso dinanzi alla demonizzazione del taglio cesareo attualmente in corso. Perché?**



Oggi difendere il ricorso al taglio cesareo può essere considerato come una difesa corporativa di una categoria troppo spesso messa sotto accusa: quella degli ostetrici, coloro che esercitano la più nobile ed antica arte medica. Ma spesso si dimentica che il fine primario dell'ostetricia è di avere "una mamma sana e felice e un neonato sano e amato". Sul mezzo per raggiungere tale obiettivo in caso di aumento del rischio, (cesareo, forcipe, uso di farmaci ecc.), si lasci scegliere al ginecologo. Non confondiamo i fini con i mezzi.

Un parto non sarà felice senza ridurre al minimo la mortalità e la morbilità materna e fetale. Sul come ottenere questo obiettivo si può discutere. Anzi, è necessario mantenere acceso il dibattito fra esperti. Purché non sia basato su posizioni preconcepite e si consideri in maniera critica i dati della letteratura scientifica.

Ritengo comunque sia da contrastare l'opinione, sempre più diffusa e alimentata anche dai mass media, che banalizza il rischio legato alla nascita, che ritiene che il travaglio possa essere affidato a persone di bassa esperienza medica, piuttosto che al migliore di noi...Io ritengo l'assistenza alla nascita la parte più difficile della nostra professione. Ci sono Case di Cura che mettono di guardia in sala parto giovani, talora con scarsa esperienza nell'assistenza alla nascita, unicamente perché "costano meno" rispetto ad un qualificato ginecologo.

**La storia dell'ostetricia e della ginecologia - a cui lei ha recentemente dedicato un volume ("Fondamenti di storia dell'Ostetricia e ginecologia", Verducci Editore 2009) - può essere letta come uno sforzo per rendere sempre più sicuro ed efficace il parto. Che ruolo svolge in questo processo il cesareo?**

I primi tagli cesarei su donna viva sono riferiti nella letteratura medica del XVI secolo. Tuttavia, fino alla scoperta degli antibiotici, il pericolo per la madre era

talmente elevato che venivano praticati raramente, spesso con esito infausto. Per estrarre un bambino che non riusciva a passare dal canale pelvico si ricorreva invece a spinte sull'addome, a vari "tira-testa", forcipi (dal 1700 in poi) oppure alla embriotomia. Le manovre per via vaginale, la stessa estrazione podalica esige grande competenza, ma è sempre una manovra molto più pericolosa del taglio cesareo. Si possono evitare le tremende lacerazioni vescico-rettali, presenti nella assistenza a parti per via vaginale con l'episiotomia. Spesso però anche questo semplice intervento non è privo di effetti collaterali... Non si deve credere che non facendo il taglio cesareo il parto si svolga senza interventi medici.

Il ricorso agli antibiotici permise di mettere fine all'uso di cruente operazioni per via vaginale, passando all'incisione dell'addome: all'inizio l'anestesia generale aumentava i rischi materni, ma oggi con l'anestesia epidurale le cose sono diverse.

Non vorrei che ora, solo per diminuire un eccessivo ricorso al cesareo, si ritornasse a questo tipo di assistenza meccanica o all'eccessivo uso di farmaci ossitocici.

**Un'altra chiave di lettura della storia dell'ostetricia e della ginecologia è quella del rapporto con il corpo della donna e la sua sessualità, verso cui si nutre sempre maggiore rispetto.**

Esatto. Ho dedicato molto del mio tempo e dei miei studi alla sessuologia. Per questo ritengo che la donna di oggi abbia il diritto di vedere i suoi genitali il più possibile idonei a una vita sessuale che si protrae sempre più a lungo nella vita. Io vedo che le mamme di oggi sono molto più serene di quelle che assistevano negli anni della giovinezza. E questo anche per merito del taglio cesareo. Occorre che l'umanizzazione vada a braccetto con la sicurezza. L'integrità genitale è un bene prezioso, per la vita di coppia.

## Ma le linee guida non bastano

Colloquio con Serena Donati, Cnesps-Istituto Superiore di Sanità

“La linea guida è soltanto uno degli strumenti. Tanto che quando il ministero della Salute ha commissionato questo documento, la risposta dell’Istituto superiore di Sanità è stata subito chiara: bene metterlo in cantiere, ma se si vuole affrontare il problema dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita, il problema dell’eccesso dei tagli cesarei non

può essere affrontato isolatamente, ma all’interno di un tentativo di riqualificazione dell’assistenza all’intero percorso nascita. La linea guida da sola rischia di non essere sufficiente a produrre la riduzione che noi auspichiamo”.

Così Serena Donati, ricercatrice del Reparto Salute della donna e dell’età evolutiva-Cnesps, dell’Istituto Superiore di Sanità, in-

troduce la conversazione sulla prima linea guida nazionale sul taglio cesareo a cui il Sistema Nazionale Linee Guida (Snlg), nato nel 2006 da una convenzione tra il ministero della Salute e l’Iss, sta lavorando.

**Come procedono i lavori?**

Il percorso di redazione di una nuova linea guida è di una rigidità estrema. Fin dalla selezione del panel multidisciplinare,

che va allestito tenendo conto di tutte le professionalità che possono avere voce sull’argomento in questione. Costituito il panel, poi, il lavoro prosegue con la definizione dei quesiti clinici, l’impostazione della metodologia di ricerca, la consultazione delle basi di dati biomediche e l’estrazione della letteratura. Una volta valutati gli studi scientifici selezionati, si procede alla stesura delle raccomandazioni finali.

**Un lavoro certosino, dunque. A che punto è e per quando è prevista la conclusione?**

Sta per essere completata la fase di valutazione della letteratura

ra e per l’inizio dell’anno prossimo speriamo di concludere la linea guida.

**A quel punto la linea guida sarà messa a disposizione della comunità scientifica.**

Non solo. La metodologia del Snlg – come di altre agenzie internazionali che producono Lg – prevede un doppio canale di pubblicazione. Un documento destinato ai professionisti sanitari, che ha un taglio tecnico-scientifico e uno redatto con un linguaggio più divulgativo, rivolto al grande pubblico, finalizzato a dare informazioni corrette alla popolazione per promuovere scelte consapevoli.

**Proprio l’informazione – non sempre corretta – in possesso della donna sembra essere una delle ragioni dell’alto tasso di tagli cesarei in Italia.**

La qualità della comunicazione tra i professionisti sanitari e le donne rappresenta un elemento importante ed è una delle due aree tematiche di cui si occuperà la linea guida. Identificare le modalità più appropriate per fornire alle donne le informazioni necessarie a effettuare scelte consapevoli sulle modalità di espletamento del parto sarà di grande aiuto anche nel definire la prevalenza del cesareo su richiesta materna.

**Questa è una delle due aree tematiche. L’altra?**

Riguarda l’appropriatezza delle indicazioni al cesareo di elezione e d’urgenza. L’Italia è prima in Europa quanto a percentuale di cesarei e presenta una notevole variabilità sia tra regione e regione che tra punti nascita di differente tipologia amministrativa e volume di attività. Questa variabilità sembra essere un indizio di comportamento clinico-assistenziale non appropriato.

Il cesareo è una pratica salvavita ed è fondamentale che tutte le donne possano accedervi in caso di indicazione medica. Ma quando l’appropriatezza viene meno, i rischi associati alla procedura rischiano di superare i benefici per la salute della madre e del bambino.

**Ma basterà la linea guida a ridurre il numero di cesarei in Italia?**

Non disporre di una linea guida nazionale non getta nel baratro i professionisti sanitari. Molti Paesi, pur non disponendo di linee guida nazionali, non hanno tassi di cesarei elevati come i nostri. Esistono infatti numerose linee guida internazionali a cui tutti i buoni professionisti fanno riferimento. Ovviamente dei documenti aggiornati e contestualizzati alla

## “Non ragioniamo solo in funzione di percentuali”

Colloquio con Rosalba Paesano, Facoltà di Medicina e Chirurgia-Università di Roma “La Sapienza”, resp. Uos Gravidanze a rischio, Casa di cura “Fabia Mater”

**Dottoressa Paesano, come spiega il fatto che il nostro Paese ha il più alto numero di Tc in Europa?**

Rispondo con una frase di un mio amico che si occupa di statistica: in Italia il Tc è epidemico; quindi come tale, a fronte dei presidi messi in atto per bloccarlo, si autolimiterà. Nel mio specifico settore di lavoro, le gravidanze ad alto rischio, sarebbe facile rispondere che per me il Tc è un alleato sicuro su cui contare. Non farò l’elenco delle diverse situazioni cliniche in cui mi vengo a trovare, dove, per motivi materni o fetali, l’interruzione di quella gravidanza con taglio cesareo elettivo o meno, mi è indispensabile. L’ultimo episodio che potrei citare come esempio a riguardo del vantaggio dell’esecuzione di un Tc è di pochi giorni fa e riguarda un feto affetto da stenosi aortica. Grazie al coordinamento della nostra unità neonatale con la cardiocirurgia e la terapia intensiva dell’ospedale pediatrico “Bambino Gesù”, e con la presenza in sala parto degli operatori del servizio Sten (Servizio Trasporto Emergenza Neonatale), pronti ad effettuare il trasporto protetto, il neonato ha potuto raggiungere, ben stabilizzato, il reparto di destinazione. Tutto questo, come è facile immaginare, non sarebbe stato possibile senza un Tc programmato ed effettuato solo quando tutta l’equipe era pronta.

**Quindi lei ne vede l’utilità solo in queste emergenze?**

No, anche se la percentuale dei parti spontanei nell’ambito della miacistica di gravidanze a rischio è senz’altro più alta di quella prevista

in questi gruppi (40% circa di parti spontanei contro il 60% circa di cesarei); ci sono tante motivazioni che non possono essere giudicate solo con severe statistiche alla mano, ma vanno contestualizzate nell’ambito delle realtà dell’ambiente in cui opera il ginecologo.

**Può farci un esempio?**

Tempo fa fui invitata a partecipare a una trasmissione televisiva in cui, insieme a molte figure mediche e non, si dibatteva sul quando e perché era giustificata l’esecuzione del Tc. Mi trovai a rispondere citando come primo dato venutomi in mente un articolo di *Lancet* in cui si parlava di una regione cinese dove si eseguivano quasi il 93% dei parti con Tc. L’incredibile scoperta dietro tale comportamento era che la popolazione di questa regione era profondamente legata alle profezie di alcuni saggi che, in base alla valutazione di alcune congiunzioni astrali, predicevano il momento migliore per portare alla luce quel neonato. Ho detto momento e non giorno, ecco quindi spiegato un simile numero di Tc.

**Il ricorso al cesareo va dunque contestualizzato...**

Certo e non bisogna mai essere assolutisti nel valutare l’operato medico e criticarlo solo in funzione di percentuali. Forse sposterei l’attenzione su altri parametri che dovrebbero essere presi in considerazione per entrare in merito alle modalità del parto.

**Quali parametri?**

Per esempio, è necessario dedicare più attenzione all’andamento di tutta la gravidanza, diagnostica-

re quanto più precocemente possibile eventuali rischi che, se trascurati, possono appalesarsi nel tempo e possono essere funesti per quella gravidanza. Il parto è solo un momento della gravidanza e come tale bisogna tener conto di quanto avvenuto prima. Scientificamente per ridurre il Tc e affrontare serenamente il parto spontaneo ci sono tanti indicatori che possono essere chiamati in causa per validare protocolli di comportamento per il travaglio/parto, ma ribadisco che si parla molto poco del comportamento da tenere in gravidanza ai fini poi di una valutazione del tipo di parto. È fondamentale prestare attenzione a tutti quei segnali che, se anche a volte difficili da decifrare, possono essere insostituibili nel divenire per la prognosi di quella gravidanza e che, se disattesi, possono condurre a scelte obbligate per la modalità del parto. Si è forse mai letto nelle motivazioni delle sentenze di colpevolezza per una gravidanza finita male o per la mamma o per il feto/neonato una discussione sull’andamento della gravidanza, su diagnosi non fatte, su terapie non messe in atto tempestivamente? No, si discute, solo e sempre, se sia stato eseguito o meno un Tc. Ci si sofferma solo su un momento della gravidanza e mai sull’osservazione della stessa.

**Da quanto ha detto sembra che il TC sia quasi auspicabile?**

Ovviamente non è così, ma le faccio alcuni esempi di giudizi spesso ascoltati:

a) conversazioni tra madri a pro-



posito della vaga conoscenza di una gravidanza terminata male, la conclusione è: perché non è stato eseguito un Tc?

b) conversazioni tra medici nella medicheria di un reparto di ostetricia a proposito di una vaga conoscenza di una gravidanza terminata male, la conclusione è: perché non è stato eseguito un Tc?

c) sentenze di giudici (dopo essersi imbattuti in una baroonda di perizie spesso eseguite da medici non specialisti nel settore) su una gravidanza terminata male, la conclusione (la maggior parte delle volte) è: perché non è stato eseguito un Tc?

Non mi è mai capitato di leggere il contrario: perché non è stato condotto un parto spontaneo?

**Quali sono i rimedi?**

Penso sia necessario affrontare le varie realtà territoriali del nostro Paese, regione per regione, e poi, attraverso correttivi differenziati, raggiungere gli obiettivi proposti dagli indicatori. Non è facile perché tutto ciò comporta un serio impegno per la formazione del personale medico e paramedico, con adeguamento dei presidi su cui in quelle strutture si possa contare.

Fino a quando un medico non si potrà muovere con sicurezza nell’ambiente in cui opera, ben venga un sano taglio cesareo. **Y**

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.

## Responsabilità professionale

# L'assistenza al parto nell'attuale giurisprudenza

di Pier Francesco Tropea

**L**a 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-

**In occasione di un evento dannoso in ambito ostetrico si assiste quotidianamente al coinvolgimento del ginecologo 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**

► segue a pag. 28