PARERI

Chiarimenti e coordinate per una corretta gestione del travaglio di parto nel basso rischio ostetrico

A seguito della richiesta del parere legale da parte di un associato Aogoi, riportato di seguito, è opportuno fare delle riflessioni sulla gestione del travaglio di parto nel cosiddetto basso rischio ostetrico

Buongiorno, sono un ginecologo ospedaliero socio Aogoi, dipendente a tempo indeterminato presso la UO Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale *.
Nel mio ultimo turno di guardia notturna, seguendo un travaglio con CTG indeterminato (classe II) a dilatazione quasi completa, avevo disposto per le dovute manovre conservative (idratazione ev, CTG in continuo, ecc), tra le titubanze dell'ostetrica.
In occasione della registrazione su cartella elettronica di una mia visita, ho scoperto che l'ostetrica, nel frattempo, aveva scritto che "il medico di guardia decide di proseguire con condotta di attesa in disaccordo rispetto al parere del personale ostetrico di sala parto" senza prima avvertirmi delle sue intenzioni.
Vorrei chiedere il vostro parere riguardo ai seguenti punti:

- può un'ostetrica registrare sulla cartella clinica il proprio disaccordo rispetto alla condotta decisa dal ginecologo?
- pur nell'ottica di un lavoro di equipe, a chi spetta la decisione finale della condotta di un travaglio e quali sono le responsabilità medico legali dell'ostetrica in caso di disaccordo col ginecologo?
- quale condotta deve adottare un ginecologo che si ritrova in disaccordo con il personale ostetrico, se tale contrasto è scritto in cartella? quali sono le implicazioni medico legali?

A completamento di informazione, alla fine è stato deciso il taglio cesareo per CTG indeterminato persistente, con nascita di neonata sana, dimessa a domicilio in seconda giornata.
In attesa di un vostro parere, porgo

Cordiali saluti.
Lettera firmata

MAURIZIO SILVESTRI

INNANZITUTTO, UNA PRECISAZIONE su cosa dobbiamo intendere per basso rischio ostetrico e non basso rischio ostetrico nell'ambito della medicina della sicurezza. Il rischio ostetrico dovrebbe essere valutato in almeno *tre passaggi* che, in sintesi, sono:

- ingresso della gestante in sala travaglio-parto,
- permanenza nella sala travaglio parto,
- uscita della puerpera dalla sala travaglio-parto ed il ritorno nel reparto di degenza.

Nel primo passaggio, cioè dal reparto alla sala travaglio-parto, il rischio ostetrico verrà valutato in base alla check list alla quale, di solito, ogni unità operativa farà riferimento. Quindi, sarà considerata a basso rischio oppure non a basso rischio sostanzialmente in base all'anamnesi della gestante ed al decorso che ha avuto la gravidanza stessa.
È durante la permanenza in sala travaglio-parto il momento dove più facilmente un basso rischio potrà virare in un non basso rischio. Per semplicità, il rischio fetale sarà soprattutto ipossico mentre per la donna sarà prevalentemente emorragico (è ovvio potranno esserci anche altri rischi, soprattutto per la donna, ma in questa breve trattazione si vuole essere sintetici). Gli strumenti che abbiamo a disposizione per valutarlo sono:

- la cardiotocografia che pur nei suoi limiti fornirà indicazioni sul rischio ipossico fetale
- il partogramma che valuterà la progressione della testa fetale nel canale del parto
- le procedure in uso nelle sale parto permetteranno di avere una stima della perdita ematica soprattutto nel post partum

La terza ed ultima valutazione del rischio dovrà essere fatta sul benessere della puerpera, prendendo visione dei parametri rilevati nel post partum, e del neonato al momento del rientro in reparto.
Entrando adesso nello specifico del quesito del collega sarebbe opportuno conoscere la valutazione del rischio al primo passaggio. La gravidanza all'ingresso in sala travaglio - parto era a basso rischio oppure non a basso rischio?
Ci scrive che durante la permanenza in sala travaglio il tracciato cardiotocografico era classificabile come di classe II (intendendo sicuramente di tipo II).
In base ai criteri di classificazione dei CTG, la gestione clinica proposta dal collega per una cardiotocografia di tipo II era conforme alle raccomandazioni di seguito riportate.

PASSIAMO ADESSO ALLA RISPOSTA dei quesiti che ci pone.

- *può un'ostetrica registrare sulla cartella clinica il proprio disaccordo rispetto alla condotta decisa dal ginecologo?*

Sul diario clinico della cartella l'ostetrica ed il ginecologo possono registrare le loro valutazioni e la condotta ostetrica da tenere. Va ricordato che *la cartella clinica è un atto pubblico con fede privilegiata, che attesta la veridicità di quanto accaduto durante l'assistenza sanitaria. La cartella deve essere completa, veritiera e cronologicamente ordinata, e la sua errata redazione può costituire reato di falso ideologico in atto pubblico* (art.479 c.p.). Quindi, ogni operatore autorizzato che

SEGUE A PAGINA24

Tabella 1. Criteri di classificazione dei CTG, interpretazione e gestione clinica raccomandata. La presenza di accelerazioni indica l'assenza di ipossia/acidosi fetale ma la loro assenza durante il travaglio è di incerto significato.

	TIPO 1	TIPO 2	TIPO 3
Linea di base	110-160 bpm	Mancanza di almeno una delle caratteristiche di normalità, ma assenza di segni patologici	< 100 bpm
Variabilità	5-25 bpm		Ridotta variabilità per >50 min *2, aumentata variabilità per >30 min, o pattern sinusoidale per > 30 min
Decelerazioni	Assenza di decelerazioni ripetitive*1		Decelerazioni ripetitive* tardive o prolungate che si verificano per un tempo >30 min, o >20 min in caso di ridotta variabilità; oppure una decelerazione prolungata >5 min
Interpretazione	Assenza di ipossia/acidosi fetale	Bassa probabilità di ipossia(/acidosi) fetale	Possibilità di ipossia (/acidosi) fetale
Gestione clinica	Nessun intervento necessario a migliorare lo stato di ossigenazione fetale	Intervento volto a correggere le cause reversibili di ipossia/acidosi qualora identificate; stretto monitoraggio o metodiche aggiuntive di valutazione dello stato di ossigenazione fetale se disponibili (cfr. Cap. 5)	Intervento immediato volto a correggere le cause reversibili, metodiche aggiuntive per valutare lo stato di ossigenazione fetale (cfr. Cap. 4), o se questo non è possibile, espletamento del parto in tempi brevi. In acuto (prolasso di funicolo, rottura uterina, distacco di placenta) immediato espletamento del parto

*1 Le decelerazioni si definiscono ripetitive quando sono associate a più del 50% delle contrazioni uterine[23]. Si ricordi che in presenza di decelerazioni precoci anche ripetitive il tracciato è da considerarsi di tipo 1.
*2 Si ricorda che durante la notte si può osservare una variabilità ridotta >50 minuti senza che questa sia espressione di patologia fetale. Nei casi dubbi, la comparsa di accelerazioni dopo stimolazione dello scalpo fetale è un elemento rassicurante che può aiutare la diagnosi differenziale tra sonno e stato di ipossia/acidosi (vedi cap. "Metodiche aggiuntive").

Tabella 1. Fattori di rischio che rappresentano una indicazione alla CTG in continua (adattata da Maude RM et al.[5]).

Fattori antepartali	Fattori intrapartali
• Diabete, ipertensione, patologie cardiache materne, insufficienza renale, lupus eritematoso sistemico, sclerodermia, anemia, epilessia, colestasi • Significativa emorragia vaginale prenatale • Restrizione della crescita intrauterina • Anomalie di durata della gravidanza (pretermine o post-termine) • CTG prenatale non reattivo • Alloimmunizzazione materno-fetale • Pregresse cicatrici uterine • Gravidanze multiple	• Anormale frequenza delle contrazioni • Induzione o accelerazione del travaglio • Analgesia peridurale, solo nella prima ora successiva all'esecuzione di un bolo • Emorragia vaginale significativa • Liquido amniotico tinto di meconio (liquido verde, scuro, denso o contenente grumi di meconio) • Temperatura > 38° • Durata della fase attiva del I stadio > 12 ore • Durata del II stadio > 2 ore • Anomalie del BCF all'auscultazione (dopo 30 minuti di CTG normale, si può sospendere e tornare all'AI)

FONTE TABELLE
Monitoraggio cardiotocografico in travaglio realizzato dalla fondazione Confalonieri Ragonese su mandato Sigo, Aogoi, Agui giugno 2018

AGITE

intesi come "istituzioni sussidiarie" alla famiglia e gli interventi sono mirati ai genitori.
La Regione che più di tutte ha messo a sistema i consultori privati è la **Lombardia**, che con la legge n. 23/99 apre la strada all'accreditamento delle strutture private, parificandole al pubblico: l'utente paga un ticket e la Regione copre il restante costo delle prestazioni. In base al principio della sussidiarietà, il terzo settore è considerato sostituto dell'intervento pubblico, che si limita all'accreditamento e alla valutazione degli standard qualitativi. Con la deliberazione n. 2594 del 11 dicembre 2000 la Giunta stabilisce che "in deroga a quanto stabilito dalle norme, i Consultori familiari privati possono escludere dalle prestazioni rese quelle previste per l'interruzione volontaria della gravidanza ivi comprese quelle connesse o dipendenti da dette prestazioni".
Come ginecologa consultoriale ancora in servizio come libero professionista in **Umbria**, posso purtroppo affermare che i servizi sono davvero ridotti drasticamente sia come sedi che come personale. Chi è andato in pensione o malattia o maternità non è sostituito. Gli organici di ginecologi, ostetriche, psicologhe sono incompleti nelle 2 ASL. Considerate che nel Distretto di Perugia dove erano attivi 13 consultori nel 2000, ora ci sono solo 3 Consultori e ad orario e personale ridotto. Le donne si meravigliano che ora debbano quasi sempre ricorrere al privato. Poiché non si riesce più a fare attività con le scuole le ragazze non conoscono il servizio e per i 15.000 studenti dell'Università di Perugia non è previsto alcuna sede consultoriale.

IN BASE ALLE LINEE DI INDIRIZZO del Ministero Salute di agosto 2020, alle raccomandazioni dell'ISS del ottobre 2023 e alle indicazioni della Soci. Scientifica Aragonese sull'uso dell'aborto farmacologico, è possibile effettuare nei Consultori attrezzati di ecografo, la somministrazione della prima pillola abortiva (Mefipristone o RU486) e la consegna della seconda dose (Misoprostolo) alla donna per poi assumerla dopo 48 ore al suo domicilio, fornendo indicazioni e riferimenti telefonici alla donna. Necessaria la formazione del personale e la collaborazione con gli Ospedali di riferimento.

IN BASE AL PNRR le attività del CF devono essere definite e coordinate, sia sul piano del funzionamento interno del CF, sia sul piano dell'integrazione in rete, con gli altri servizi sanitari (territoriali e ospedalieri) e con gli altri attori della Rete Materno Infantile. Tutte le sedi dei CF dovranno essere dotate di locali e spazi adeguati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate trovando all'interno delle CASE della SALUTE una collocazione degna delle loro molteplici funzioni e professionalità.

In memoria di Carlo Buffi

CIAO CARLO!
Sono passati 10 anni da quando ci hai lasciato.
Pochi se penso a come ancora ti sentiamo presente nella nostra pratica clinica, nei nostri incontri societari, nel modo di guardare alla nostra professione come ad un impegno che coinvolge aspetti sociali, etici, organizzativi e politici in senso lato.
Tanti se penso a quanto ci manca la tua ironia, la tua capacità di tenere insieme giovani e vecchi, donne e uomini, territorio e ospedale prima ancora che si esplicitasse la nostra confederazione nel suo insieme.
Penso a quegli anni in cui si costruiva il nucleo regionale della nostra Società scientifica, quella che tu hai amato e ci hai insegnato ad amare: da segretario Regionale Toscano dell'Aogoi ci hai coinvolto nell'avventura di diventare un gruppo coeso, in una squadra dove ognuno giocava un ruolo, evidenziando le nostre competenze e valorizzando anche le nostre differenze.
Volesti più donne nel gruppo dirigente: del resto non era un caso che tu dirigessi un reparto in cui prevalevano ampiamente le presenze femminili, con l'obiettivo dichiarato di mettere al centro i bisogni e le richieste delle nostre assistite anche attraverso lo sviluppo di linguaggi e comportamenti che più si avvicinassero alle loro esigenze.
Nel periodo della tua segreteria viaggiavamo per essere presenti in tutte le province della nostra Regione, ci incontravamo e riuscivamo, sotto la tua regia, ad intrecciare progetti, informazioni, studio e ricerca di innovazione, con momenti conviviali e di reale solidarietà ed amicizia.
Quel percorso fu quello che accompagnò alcuni di noi a ruoli Nazionali: penso a Sandro Melani, che già era nel direttivo nazionale Aogoi e che fu sempre supportato dal gruppo regionale, e penso a me, talvolta anche un po' scomoda, eppure sempre convinta di avere accanto la presenza tua e di tutto il gruppo, e di potere almeno in parte rappresentarlo nelle sedi in cui mi trovavo.
C'è una frase che mi hai rivolto una volta e che mi tengo stretta come un "mantra": "Tu sei una che dove non arriva trova il modo di arrivare".
E nella sua essenzialità sento che quella frase mi rappresenta ancora, nella voglia di trovare soluzioni, senza timore di chiedere aiuto ma nella convinzione che si debba sapere essere modesti quando le nostre competenze non sono sufficienti e coraggiosi quando si pensa che possano essere utili e costruttive.
Ma quella frase rappresenta anche te, la tua capacità di osservare e di cogliere le potenzialità, lontano da pensieri scontati e stereotipati.
In quegli anni ho imparato che le soddisfazioni personali si amplificano e si moltiplicano all'ennesima potenza quando sono condivise e rappresentative del sentire di tutto un gruppo di riferimento.
Inutile dire che ci manchi, Carlo: credo che saresti felice di sentirtelo dire e che, insieme a tutta la nostra Società scientifica, al Prof Chiantera e a tuo figlio Niccolò, abbiamo avuto voglia di dedicarti il nostro Congresso Regionale Aogoi Toscana, per ricordarti come un grande amico e un grande segretario Regionale.
Sappiamo che te lo meriti e siamo felici e orgogliosi di averti avuto con noi.
Ciao con affetto e stima.

VALERIA DUBINI

PARERI

SEGUE DA PAGINA 19

accede alla compilazione della cartella clinica è responsabile di quanto scrive. Nello specifico, anche l'ostetrica, se opera in una struttura sanitaria pubblica (oppure convenzionata con il SSN), è qualificabile come pubblico ufficiale quando esercita funzioni certificative o redige atti aventi fede previlegiata come la cartella clinica. Oppure incaricato di pubblico servizio a seconda della funzione svolta.

RELATIVAMENTE AL SECONDO QUESITO

- *pur nell'ottica di un lavoro di equipe, a chi spetta la decisione finale della condotta di un travaglio e quali sono le responsabilità medico legali dell'ostetrica in caso di disaccordo col ginecologo?*

Dalla premessa fatta sul rischio ostetrico, in presenza di una cardiotocografia di tipo II, quindi con rischio ipossico del feto, *pur nell'ottica di un lavoro di equipe*, la gestione del travaglio dovrà essere ***avocata dal ginecologo di sala parto*** ed il benessere fetale dovrà essere monitorato con la cardiotocografia in continua (almeno fino a quando persisteranno le anomalie del tracciato).

INFINE, GLI ULTIMI DUE QUESITI:

- *quale condotta deve adottare un ginecologo che si ritrova in disaccordo con il personale ostetrico, se tale contrasto è scritto in cartella?*
- *quali sono le implicazioni medico legali?*

Al primo si è risposto in precedenza mentre per le implicazioni medico legale è necessaria una ulteriore riflessione
Quanto è accaduto potremmo considerarlo *un evento sentinella* di un clima poco sereno nei rapporti fra gli operatori della sala parto. Fino a quando, come nel caso specifico, tutto si conclude *con nascita di neonata sana, dimessa a domicilio in seconda giornata*, non ci sarà alcuna implicazione legale. Differente sarà la valutazione se dovesse insorgere un evento avverso che interessi il feto/neonato oppure la gestante/puerpera. Con elevata probabilità, emergeranno profili di colpa fra gli operatori a seguito della differente valutazione del rischio ed alla condotta ostetrica attuata.
Come tutti gli eventi sentinella dovranno essere affrontati prima ancora si verifichi un danno. Nello specifico, dovrà essere un obbligo da parte della direzione dell'Unità Operativa e/o della Direzione Sanitaria creare le condizioni per un miglioramento dei rapporti fra tutte le figure professionali del punto nascita. Infine, sarà utile che tutti gli operatori della sala parto condividano le procedure assistenziali che poi dovranno essere applicate.

Gyneco Aogoi

Organo Ufficiale
dell'Associazione Ostetrici
Ginecologi Ospedalieri Italiani

AOGOI
ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Numero 5 - 2025
Anno XXXVI

Presidente
Antonio Chiàntera

Comitato Scientifico
Antonio Chiàntera
Claudio Crescini
Giovanni Monni
Pasquale Pirillo
Carlo Sbiroli
Sergio Schettini
Carlo Maria Stigliano
Vito Trojano
Elsa Viora

Direttore Responsabile
Ester Maragò

Editore
Homnya srl
Sede legale:
Via della Stelletta, 23
00186 Roma
email: info@homnya.com

Ufficio Commerciale
info@homnya.com
Tel. +39 06 45209 715

Stampa
STRpress, Pomezia - Roma

Abbonamenti
Annuo: Euro 26.
Singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano
del 22.01.1991 n. 33

Finito di stampare:
luglio 2025

Tiratura 4.000 copie.

La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'editore.
I contenuti delle rubriche sono espressione del punto di vista degli Autori. Questa rivista le è stata inviata tramite abbonamento: l'indirizzo in nostro possesso verrà utilizzato, oltre che per l'invio della rivista, anche per l'invio di altre riviste o per l'invio di proposte di abbonamento. Ai sensi della legge 675/96 è nel suo diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o l'aggiornamento dei dati in nostro possesso. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Testata associata
A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA