

Difendersi dai contenziosi in ostetricia

L'INCIDENZA di "medical-claim", per danni relativi ad una presunta "malpractice" si è drammaticamente incrementata negli anni recenti. Questo fenomeno presenta una diversa incidenza nei vari paesi europei, con Germania, Italia, Spagna e le altre Nazioni dell'area Mediterranea, ad esclusione della Francia, che presentano i più alti tassi (Vetrugno G.: Reconciling patients' need for compensation with doctors' need for protection; BMJ, 2019). In accordo con gli ultimi dati dell'Associazione Nazionale delle Compagnie Assicuratrici Italiane (Ania) sono stati ospedalizzati 8 milioni di pazienti ed il 4% di questi (320mila) ha riportato presunti danni da prestazioni sanitarie (Ania, 2022). Le discipline a maggiore rischio di contenzioso per "medical-malpractice" sono rappresentate dall'ortopedia (17.5%), dall'ostetricia-ginecologia (13.9%) e dalla chirurgia generale/oftalmologia (7.7%).

Negli ultimi decenni, l'attività del ginecologo-ostetrico è stata soggetta a crescenti pressioni, legate sia al progresso tecnologico, sia all'aumento di richiesta di tutela da parte delle pazienti.

Il progresso medico, se da un lato ha migliorato le capacità diagnostiche e terapeutiche, dall'altro ha alimentato aspettative elevate nei confronti dei professionisti.

Il coinvolgimento di un procedimento legale o disciplinare ha un impatto significativo, non solo sulla carriera del ginecologo-ostetrico ma anche sulla sua sfera personale. Numerose evidenze mettono in risalto come i medici coinvolti in cause legali soffrano di "stress", ansia e, in alcuni casi, da Sindrome da "Burnout". L'insieme di questi aspetti ha portato al fatto che molti specialisti in ostetricia-ginecologia hanno abbandonato questa specialità o hanno limitato la loro pratica clinica al campo ginecologico, nel tentativo di ridurre l'eventuale contenzioso (Becker JL.: Burnout depression and career satisfaction – cross-sectional study of obstetrics and gynecology residents; Am. J. Obstet. Gynecol., 2006).

Un recente studio italiano ha evidenziato come molti procedimenti penali del campo ostetrico-ginecologico si associano agli articoli del Codice Penale 590 (lesioni personali) e 589 (omicidio colposo), in misura inferiore all'articolo 328 (omissione), 476 (falso in atto pubblico ed articolo 640 (frode); la rivisitazione di tutti i casi ha messo in evidenza come vi sia stata l'archiviazione del procedimento nel 59% dei casi, con opposizione all'archiviazione nel 34% dei casi (Bergamin E.: Medical professional liability in obstetrics and gynecology – a pilot study of criminal proceedings in the public Prosecutor's Office at the Court of Rome; Healthcare, 2023). Sono state identificate 8 macro-aree nell'ambito del contenzioso in ostetricia: 1) omesso "screening" prenatale, 2) danno neurologico neonatale, 3) encefalopatia ipossischemica, 4) "stillbirth", 5) distocia di spalla, 6) parto vaginale dopo taglio cesareo (VBAC), 7) Par-



RICCARDO MORGERA

Ginecologo
Direttore sanitario
e responsabile clinico
casa di cura ospedale
Internazionale – Napoli
Consulente tecnico
scientifico Aogoi

to Operativo Vaginale (POV) e 8) diagnosi ecografica (Shwayder JM.: Liability in High Risk Obstetrics; Obstet. Gynecol. Clin. Nord Am., 2007).

L'analisi della mutata realtà socio-sanitaria mostra come episodi di "medical malpractice" avvengono in strutture, dove l'attività sanitaria viene tradotta in servizio. Tuttavia, raramente, nella ricostruzione giudiziaria della vicenda, vengono prese in considerazione carenze di presidi o disfunzioni organizzative della struttura sanitaria, concentrandosi, invece, sempre sulla colpa professionale dell'operatore sanitario, anche in quei casi in cui sia ravvisabile un evidente disservizio. Di conseguenza, la sicurezza dei cittadini, fruitori dei servizi sanitari, deve costituire oggi una priorità della "performance" dei sistemi sanitari e la gestione dei rischi "Risk Management", definita come "l'insieme delle attività da svolgere in maniera sistematica per identificare-prevenire-tenere sotto controllo i rischi, al fine di ridurre al minimo il verificarsi di errori e/o incidenti", deve essere maggiormente implementata da parte di tutte le strutture sanitarie. L'istituzione di un servizio deputato al "management" del rischio clinico è di fondamentale im-

portanza e si articola in 4 "step", rappresentati da: 1) identificazione del rischio, 2) analisi delle cause, 3) risultato dell'analisi e 4) azioni da intraprendere per ridurre il rischio. Il "report" degli incidenti avversi è, difatti, un importante metodo per lo sviluppo e l'implementazione delle eventuali azioni correttive, soprattutto considerando come spesso non sono riscontrabili contesti di "malpractice" medica ma difetti organizzativi strutturali (Joint Commission International – Accreditation Standards for Hospitals, 2020).

L'adeguata conoscenza della "Morbilità Materna Severa" deve rappresentare un importante "step", attraverso il quale promuovere la sicurezza delle cure ostetriche.

Le gestanti a rischio di severa morbidità, durante la gravidanza, sono quelle che presentano delle condizioni pre-esistenti croniche, che manifestano complicanze relative alla gravidanza e/o con basse condizioni socio-economiche (Lappen JR.: Assessing the risk of maternal morbidity and mortality; Am. J. Obstet Gynecol., 2020). Queste gestanti dovrebbero avere un adeguato "counseling" che comprende sia i potenziali rischi/benefici della prosecuzione della gravidanza, come pu-

CONTENZIOSI IN OSTETRICIA

Alcuni Autori hanno cercato di sviluppare e convalidare un punteggio di co-morbilità ostetrica per prevedere la mortalità materna grave, ipotizzando un punteggio per le diverse co-morbilità e quella a più alto rischio era rappresentata dalla "placenta accreta spectrum", seguita dalla placenta "previa", dalla pre-eclampsia, dall'anemia pre-esistente, dalla gravidanza multipla, dal distacco di placenta, dal pre-esistente diabete gestazionale, dal BMI > 40, mentre ad un punteggio inferiore risultava sia l'età materna > 35 anni, sia il pregresso taglio cesareo



re il "management" di attesa e/o di intervento attivo medico da attuare, comprendente l'analisi dei rischi/benefici fetali (SMFM Executive Summary - Reproductive Services for Women at High Risk for Maternal Mortality, 2019), in quanto l'individuazione di una morbilità materna severa si associa ad un elevato livello di prevedibilità, simile a quello per la mortalità (Geller SE.: *The continuum of maternal morbidity and mortality - factors associated with severity*; Am. J. Obstet. Gynecol., 2004). Da un punto di vista concettuale, si intende una condizione involontaria del processo del parto e della nascita che si associa a significative conseguenze per la salute della gestante a breve/lungo termine. Una recente "Obstetric Care Consensus" della Society for Maternal-Fetal Medicine (Smfm) ha classificato le problematiche in:

“L'identificazione dei fattori di rischio materno-fetali permette di gestire la gestante, indirizzandola verso le strutture che possono assicurare il "setting" assistenziale più corretto, completo ed appropriato

- 1 DI NATURA EMORRAGICA** (necessità di trasfondere più di 4 unità di sangue - emorragia ostetrica con necessità di rientro in sala operatoria - isterectomia peri-partum);
- 2 DI NATURA IPERTENSIVO/NEUROLOGICA** (eclampsia - trattamento continuo con antiipertensivi - preeclampsia con difficoltà di controllo di ipertensione severa - ischemia/emorragia intracranica - anomalie della coagulazione);
- 3 DI TIPO RENALE** (necrosi tubulare con necessità di dialisi - oliguria marcata - Creatinina > 2 o altri segni di insufficienza renale),
- 4 DI TIPO SETTICO** (*shock settico* - infezione con complicazioni polmonari e *distress* respiratorio) e 5) di tipo chirurgico con complicanze vescicali/intestinali (Smfm Obstetric Care Consensus - Severe Maternal Morbidity Screening and Review, 2016).

ALCUNI AUTORI hanno cercato di sviluppare e convalidare un punteggio di co-morbilità ostetrica per prevedere la mortalità materna grave, ipotizzando un punteggio per le diverse co-morbilità e quella a più alto rischio era rappresentata dalla "placenta accreta spectrum", seguita dalla placenta "previa", dalla pre-eclampsia, dall'anemia pre-esistente, dalla gravidanza multipla, dal distacco di placenta, dal pre-esistente diabete gestazionale, dal BMI > 40, mentre ad un punteggio inferiore risultava sia l'età materna > 35 anni, sia

il pregresso taglio cesareo (Leonard AS.: *An Expanded Obstetric Comorbidity Scoring System for predicting Severe Maternal Morbidity*; Obstet. & Gynecol., 2020). Un ulteriore lavoro scientifico ha analizzato i dati integrati dell'"Expanded Obstetric Comorbidity Score" ad altri fattori di rischio "intrapartum" (induzione/aumento del travaglio - durata del travaglio - prolungata rottura delle membrane - liquido amniotico tinto di meconio - epoca gestazionale), evidenziando come l'intervallo di confidenza nell'individuare una condizione di severa morbilità materna aumentasse dal 78% al 95%, quando si integravano entrambe le valutazioni di rischio (Clapp MA.: *The Value of intrapartum factors in Predicting Maternal Morbidity*; Am. J. Obstet. Gynecol., 2022).

L'identificazione dei fattori di rischio materno-fetali permette di gestire la gestante, indirizzandola verso le strutture che possono assicurare il "setting" assistenziale più corretto, completo ed appropriato.

La sala parto è il posto in cui ci ritroviamo con la maggiore tensione emotiva e, spesso, troppe figure professionali si rivolgono alla donna e prendono iniziative; la gestante, in tal modo, potrebbe essere disorientata e spesso percepisce, al di là della sua stessa confusione, indicazioni contrastanti tra loro. E' indispensabile che in sala parto la donna trovi una guida precisa, un riferimento sicuro a cui fare affidamento e la sala parto deve essere, gerarchicamente, regolata. Quando il bambino nasce è opportuno che ostetrici e neonatologi valutino in "team" il suo stato di salute, tranquillizzando quando va tutto bene, avendo la consapevolezza di essere riservati in caso di "outcome" negativi ma evitando frasi generiche e non motivate che, invece, porterebbero solo a dare giudizi affrettati.

LA NASCITA RAPPRESENTA per la donna un evento "straordinario" con profondo impatto socio-relazionale ed emozionale e nel 2018 la "World Health Organization" (WHO) rafforzava il concetto della "positiva esperienza della nascita da parte della gestante (WHO Recommendations - Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience, 2018). Uno dei principi basilari si basa sul-

l'aspettativa di una esperienza di nascita naturale, fisiologica e senza dolore (Favilli A.: *What women want? A prospective multicenter study on women's preference about pain management during labour*; Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., 2018). Un elevato numero, apparentemente crescente, di contenzioso legale, riguarda la specifica fase di questo "setting" assistenziale (*Parliament Assembly - Obstetrical and Gynecological Violence*, 2019) ed uno studio retrospettivo, condotto in Spagna, ha messo in evidenza come il 48.6% delle gestanti intervistate ha riferito come, durante il travaglio/parto, siano state eseguite procedure non necessarie e/o dolorose (Mena-Tudela D.: *Obstetric Violence in Spain - Interventionism and Medicalization during Birth*; Int. J. Environ Res. Public health, 2021).

La comunicazione tra il "team" assistenziale della sala parto e le gestanti deve rappresentare un momento fondamentale dell'assistenza, in quanto espressione della piena consapevolezza del quadro clinico e della gestione travaglio/parto da parte del personale coinvolto.

Risulta evidente come il controllo delle condizioni di benessere del feto, rappresenti uno dei momenti fondamentali dell'assistenza ostetrica alla gravidanza/parto, con importanti riflessi in ambito di responsabilità professionale e, dal momento che, i concetti di "risk-based practice", "adverse risk practices" o "precautionary approach to risk management" si stanno sempre di più affermando, è necessario applicare nel "setting" assistenziale "intrapartum" tutte le strategie mediche preventive, in modo da limitare contenziosi professionali (Coxon K.: *Reconceptualising risk in childbirth*; Midwifery, 2016).

L'impatto della Cardiotocografia (CTG) sull'"outcome" neonatale continua ad essere argomento controverso ma rimane elusiva la capacità di questo nell'identificare una condizione di ipossia ed acidemia fetale, nella prevenzione dell'encefalopatia neonatale.

A riguardo della Cardiotocografia (CTG) è da ribadire come a tutt'oggi non esistono prove consistenti di una diretta correlazione tra "pattern"



L'errore forse più comune che facciamo quando interpretiamo la CTG in travaglio è quello di attribuire a questo esame la capacità di fare una sorta di istantanea delle condizioni ossigenative del feto in quel preciso momento



CTG anormali e paralisi cerebrale. Malgrado ciò, a questo strumento, viene attribuita un'enorme dignità di mezzo di prova sulla cui valutazione il più delle volte i Consulenti Tecnici di Ufficio e/o i Periti del Pubblico Ministero esprimono pareri di correttezza o meno sul personale sanitario coinvolto; inoltre, l'analisi retrospettiva di tracciati CTG, dimostra come l'interpretazione sia influenzata dalla conoscenza "a priori" dell'"outcome" neonatale.

L'errore forse più comune che facciamo quando interpretiamo la CTG in travaglio è quello di attribuire a questo esame la capacità di fare una sorta di istantanea delle condizioni ossigenative del feto in quel preciso momento. In vero, non dobbiamo dimenticare come la CTG non sia in grado di diagnosticare uno stato di asfissia, intesa come presenza di un'acidosi metabolica significativa ma può mettere in evidenza solo una condizione di ipossia e la modalità con cui il feto sta reagendo a questo stato. L'interpretazione della CTG, deve prevedere la conoscenza della fisiopatologia della respirazione fetale, leggendo il tracciato nella sua interezza e non per singolo parametro, collocandolo nella sua epoca gestazionale, in una determinata paziente ed in un determinato contesto del travaglio di parto.

Il feto durante il travaglio/parto è, inevitabilmente esposto ad uno "stress" ipossico graduale ma progressivo, per effetto delle contrazioni uterine che portano alla compressione delle arteriole che attraversano il miometrio e devono supportare la perfusione utero-placentare, così come dagli effetti compressivi sul cordone ombelicale che possono variare per i suoi rapporti con il corpo fetale, per la quantità di liquido amniotico, e per la sua costituzione strutturale (quantità di gelatina di Wharton – grado di spiralizzazione). Fortunatamente, la maggior parte dei feti è in grado di attivare dei meccanismi compensatori in risposta all'intermittente, graduale "stress" ipossico. Sebbene il grado di risposta possa variare a seconda dell'intensità e della durata dell'insulto ipossico e della riserva individuale di quel feto, la risposta compensatoria fetale all'ipossia "intrapartum" in atto, che porta infine allo scompenso, è abbastanza prevedibile. È importante comprendere come il feto non sia sottoposto all'ossigeno at-



Una recente "Consensus" prodotta da 44 esperti di CTG, di 14 paesi diversi, ha individuato come sia importante riconoscere il tipo di "stress" ipossico intra-partale a cui viene sottoposto il feto

mosferico e, pertanto, non sono in grado di aumentare l'ossigenazione del miocardio incrementando la frequenza e la profondità degli atti respiratori; pertanto, il feto, al fine di mantenere un bilancio energetico positivo, deve diminuire la Frequenza Cardiaca (FC), per ridurre il carico di lavoro del miocardio e conservare l'energia. Dunque, non ci si deve precipitare a prendere decisioni inappropriate non appena si osservano decelerazioni sul tracciato CTG e non ci si deve limitare a classificarle ma si dovrebbe cercare di determinare la risposta del feto, osservando le caratteristiche del tracciato CTG tra le decelerazioni, cioè la stabilità della linea di base e la normale variabilità, in modo da intervenire quando il feto mostra segni di scompenso.

È giunto, quindi, il momento di un cambiamento di paradigma nell'interpretazione del CTG, da quella basata sul tradizionale riconoscimento dei "pattern" a quella basata sulla fisiologia fetale. Difatti, l'interpretazione basata sulla fisiologia mira a comprendere la fisiopatologia che sta alla base delle caratteristiche osservate sul tracciato CTG, con l'obiettivo di mettere in atto un intervento tempestivo ed appropriato in caso di evidenza di scompenso fetale (Chandrarahan E: Manuale di Interpretazione della Cardiotocografia – dai quadri CTG alla Fisiologia, 2017).

UNA RECENTE "CONSENSUS" prodotta da 44 esperti di CTG, di 14 paesi diversi, ha individuato come sia importante riconoscere il tipo di "stress" ipossico intra-partale a cui viene sottoposto il feto e, contemporaneamente, i meccanismi di risposta che lo stesso mette in atto (International Consensus Guideline on Physiological CTG Interpretation, 2018); da tale classificazione emergeva:

IPOSSIA CRONICA (aumento dei valori della linea basale – ridotta variabilità e/o assenza di ciclicità – assenza di accelerazioni – *Shallow* decelerazioni), in cui è importante considerare indicatori coesistenti (riduzione dei movimenti fetali, liquido tinto di meconio, evidenza di corionamnionite, postmaturità, *Fetal Growth Restriction*). Un'insufficienza utero-placentare cronica o insulti ipossici "antepartum" possono tradursi in un'ipossia persistente da giorno o settimane, che induce tentativi di compenso

(aumento della linea di base) e successivamente evidenza di scompenso con decelerazioni poco profonde e ripresa tardiva e perdita di variabilità della linea di base. In tali casi bisogna evitare ulteriori "stress" per il feto e provvedere alla nascita se il parto non è imminente. Questi feti hanno ridotte riserve fisiologiche per compensare qualsiasi ulteriore insulto ipossico, pertanto con l'inizio delle contrazioni uterine, possono rapidamente andare in scompenso;

IPOSSIA GRADUALMENTE PROGRESSIVA, cioè quando un feto è esposto ad uno "stress" ipossico lentamente progressivo ed ha, quindi, sufficiente tempo per impiegare le sue risorse per compensare (decelerazioni – secrezione di catecolamine - aumento della linea di base con normale variabilità). **In questa fase di scompenso si richiede l'attuazione di eventuali misure conservative ed una rivalutazione ogni 30-60 minuti; in caso di scompenso (ridotta variabilità – progressiva riduzione dei valori della linea di base) sono necessari provvedimenti urgenti per eliminare la causa di ipossia (sospendere infusione di ossitocina – rimuovere dispositivi intravaginali con Prostaglandine) e se non si mettono in atto queste misure, il miocardio va incontro ad una riduzione dell'ossigenazione con conseguente acidosi che culmina con la bradicardia terminale;**

IPOSSIA SUB-ACUTA (il feto passa più tempo a decelerare rispetto ad una frequenza di base normale - eventuale *pattern* saltatorio) che **nel primo stadio del travaglio deve prevedere (sospensione di ossitocina, rivalutazione in 10-15 minuti ed in assenza di miglioramento eseguire il parto cesareo), mentre nel secondo stadio del travaglio deve considerare (sospensione delle spinte attive materne, Parto Operativo Vaginale e/o Taglio Cesareo se la nascita non è imminente);**

IPOSSIA ACUTA (decelerazione prolungata > 3 minuti); bisogna escludere eventi acuti "intrapartum" (rottura d'utero, distacco di placenta, prolasso di cordone) che richiedono una immediata nascita ma in assenza di questi bisogna correggere eventuali cause iatrogene (iper-

CONTENZIOSI IN OSTETRICIA

stimolazione uterine dovuta ad eccesso di ositocina, ipotensione materna dovuta alla partoanalgesia) e **valutare l'eventuale normalità del CTG prima della decelerazione con segni di ripresa entro i primi 6 minuti della decelerazione. Viceversa, se non ci sono segnali di ripresa, così come in caso di fase precedente del CTG con ridotta variabilità è necessario applicare la "3 minute rule", trasferendo la donna in sala operatoria entro 9 minuti**, iniziare il cesareo entro 12 minuti ed estrarre il feto entro 15 minuti;

VALUTAZIONE INDEFINITA PER IL BENESSERE FETALE (scarsa qualità del segnale – interferenza con la frequenza cardiaca materna – linea di base incerta).

Non dobbiamo dimenticare il fatto che, alla luce di un eventuale esito negativo neonatale gli artefatti e/o dubbi interpretativi del CTG, vengono spesso utilizzati nelle aule dei Tribunali, da abili periti ed avvocati che riescono spesso a fare quello che la medicina non è mai riuscita a fare "identificare esattamente il momento in cui il feto ha ricevuto un danno irreparabile".

La diagnostica anatomo-patologica della placenta è, in modo unanime, considerata dalla letteratura scientifica come cruciale per comprendere l'eziopatogenesi degli esiti sfavorevoli della gravidanza. Recentemente è stato redatto un documento operativo "Linee Guida Italiane per la Diagnostica Anatomo-Clinica della Placenta Espulsa/Estratta dopo la 14^a Settimana di Gestazione; Sigo-Agoi-Agui-Agite-Siapec-Iap, 2023).

È DI FONDAMENTALE IMPORTANZA RICORDARE:

TUTTE LE PLACENTE, indipendentemente dalle caratteristiche della gravidanza, devono essere ispezionate dall'ostetrica e, nel caso di aspetti di dubbia interpretazione, da un medico ginecologo;

IL RILIEVO OSTETRICO delle caratteristiche macroscopiche della placenta deve avere finalità; osservazionali e non diagnostiche, quindi, bi-

sogna astenersi assolutamente dal notificare giudizi diagnostici;

IDEALMENTE si ritiene che la decisione circa quali placente inviare all'esame anatomo-patologico debba essere basata sulle caratteristiche cliniche della singola gravidanza e del singolo neonato, ricordando come l'analisi anatomo-patologica è il primo importante segno, da parte del ginecologo, nei confronti della madre/coppia, di interessamento circa le cause dell'esito sfavorevole della gravidanza ed è atto cruciale per la difesa legale dell'operato dei curanti;

VANNO CONSERVATE temporaneamente tutte le placente che non sono state inviate subito dopo il parto in anatomia-patologia. L'ideale è conservarle per 7 giorni, lasso temporale in cui la maggior parte delle complicanze post-partum si manifestano nel neonato e/o nella madre;

QUANDO ACCADE un grave evento ostetrico avverso inatteso, la comunicazione con la madre o la coppia deve essere gestita in modo pronto, efficace, corretto e continuativo nel tempo. La madre e la famiglia non devono sentirsi abbandonati, non devono avere l'impressione che ci sia disinteresse da parte dei curanti o che gli si stia nascondendo qualcosa.

La placenta è la "scatola nera" della gravidanza e può fornire adeguate informazioni sulle problematiche che potrebbero essere insorte, nel corso della stessa.

Analoga importanza deve essere riservata alla valutazione macroscopica (aree di trombosi – stravasi – iperspiralizzazione – ipospiralizzazione) del cordone ombelicale, unitamente alla valutazione di tipo isto-patologica/ microscopica.

Tali procedure devono essere implementate in tutte le strutture dotate di Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia, sempre nell'intento di trovare una giusta spiegazione e difesa nel caso di un esito ostetrico avverso.



VBAC

Il parto vaginale dopo il cesareo

SEGUE DA PAGINA 17

In presenza di 3 o più cesarei si può asserire che il travaglio di parto, benché le casistiche siano poche, è sempre possibile. Se la donna partorisce spontaneamente sicuramente si tratta di un'opzione preferibile rispetto all'esecuzione di un intervento di alta complessità vessato da un forte rischio di complicanze. Il problema vero, però, si configura allorché il taglio cesareo debba essere praticato in emergenza durante il travaglio, in quanto non si ha la tranquillità di operare senza fretta come avviene in elezione. Il punto fondamentale del counseling per il VBAC, parto vaginale dopo multipli cesarei, è proprio focalizzato su questa possibilità della quale la donna deve essere edotta e documentato da adeguato consenso informato. Se l'intervento si fa in elezione, chiaramente diminuisce il rischio di complicanze. In generale, è indicata l'acquisizione di un consenso informato in presenza di un VBAC ed è importante che avvenga in maniera chiara, adeguata e dettagliata.

Nella gestione pratica si fa una valutazione in cui la presenza di fattori favorevoli o sfavorevoli ha un peso determinante nella decisione della modalità di espletamento del parto, unitamente alle condizioni del Bishop nella fase prodromica. Durante il travaglio cambia l'altezza dell'asticella per la quale decidere di andare in sala operatoria, in maniera da non dover eseguire l'eventuale taglio in estrema urgenza. Di tutto questo deve essere informata anche la donna.

CONCLUSIONI

Il VBAC rappresenta una possibilità concreta e sicura per gran parte delle donne e offre numerosi benefici fisici ed emotivi. Le donne che sono motivate al travaglio spontaneo spesso hanno vissuto brutte esperienze col taglio cesareo della precedente gravidanza e vanno sostenute e indirizzate correttamente. In generale, il counseling per la possibilità di VBAC va offerto a tutte le gravide precesareizzate a inizio gravidanza rispettando però chi, nonostante tutto, rimanesse dell'idea di praticare un nuovo taglio cesareo.

Qualora la struttura di riferimento del ginecologo interpellato non avesse i requisiti o l'esperienza per offrire un VBAC, è obbligatorio indirizzare la donna verso un centro di riferimento, auspicandosi che l'assistenza al travaglio delle precesareizzate diventi presto una diffusa pratica di routine.

Gyneco Aogoi

Organo Ufficiale dell'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani



Numero 6 - 2024
Anno XXXV

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
SICS S.r.l. Società Italiana di Comunicazione Scientifica e Sanitaria
Sede legale:
Via Giacomo Peroni, 400
00131 Roma
Sede operativa:
Via della Stelletta, 23
00186 Roma
email: info@sicseditore.it

Ufficio Commerciale
SICS - info@sicseditore.it
Tel. (+39) 06.89.27.28.41

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: dicembre 2024
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