

Responsabilità professionale

Parto vaginale e danno neonatale: spunti di ostetricia forense

Pier Francesco Tropea

Scorrendo la casistica ostetrica degli ultimi anni si può osservare una non rara incidenza di esiti neurologici fetali connessi con un parto distocico espletatosi per via vaginale, cui consegue una denuncia giudiziaria a carico dell'équipe che ha presieduto al parto. Sul piano strettamente giuridico, il primo quesito che si pone concerne la prevedibilità dell'evento dannoso, nel senso che, ai fini della definizione di una colpa medica, è indispensabile dimostrare che l'accaduto era prevedibile attraverso il ricorso agli strumenti a disposizione del medico nel momento storico in cui si è verificato l'evento in questione. Il discorso conduce inevitabilmente a sottolineare l'importanza assunta in epoca recente dagli strumenti diagnostici utilizzati in medicina, tali da consentire una diagnostica raffinata, impensabile se perseguita mediante la tradizionale semiologia clinica. In proposito, è tuttavia doveroso osservare che l'enfaticizzazione delle possibilità offerte dalle apparecchiature diagnostiche di ultima generazione, ha conferito al medico (sotto tale profilo non esente da qualche colpa) un'aura di infallibilità che non sempre corrisponde alle reali possibilità diagnostiche del medico stesso. Ciò vale soprattutto per la diagnostica ostetrica prenatale, nella quale la disponibilità di strumenti tecnicamente assai aggiornati non consente sempre, contrariamente a quanto si pensa presso il pubblico non medico, una precisa definizione di quadri patologici di lieve entità o l'esatta misurazione dei diametri del feto, tale da permettere la scelta della modalità del parto in funzione delle dimensioni fetali.

Pertanto, in tutti i casi in cui si verifica un handicap neonatale conseguente ad un parto vaginale, l'opinione corrente attribuisce all'ostetrico la colpa di non aver definito per tempo e con esattezza dimensioni e/o posizione intrauterina del feto e conseguentemente di non aver optato per l'esecuzione di un taglio cesareo. Non dimentichiamoci, a tal proposito, che, nel caso di una denuncia giudiziaria ri-

■ In tutti i casi in cui si verifica un handicap neonatale conseguente a un parto vaginale l'opinione corrente attribuisce all'ostetrico la colpa di non aver definito per tempo e con esattezza dimensioni e/o posizione intrauterina del feto, e conseguentemente di non aver optato per l'esecuzione di un taglio cesareo. Ma la pur raffinata diagnostica ostetrica prenatale è davvero sempre in grado di fornire una precisa definizione di quadri patologici di lieve entità o l'esatta misurazione dei diametri del feto, tale da permettere la scelta della modalità del parto in funzione delle dimensioni fetali?



volta contro un ostetrico a causa di un danno neonatale, il primo quesito rivolto ai periti da parte del giudice concerne i motivi del mancato ricorso al taglio cesareo in alternativa al parto vaginale. E tutto ciò, in un clima generale di aperta accusa nei confronti degli ostetrici in relazione all'immotivato aumento dei tagli cesarei che ha posto l'Italia ai primi posti nella classifica mondiale dei vari Paesi per numero di parti addominali.

La valutazione ecografica del peso fetale

Non è inutile analizzare ancora una volta le reali possibilità diagnostiche che l'ostetrico possiede per valutare con la maggiore esattezza possibile le dimensioni del feto, adottando la strategia terapeutica più adeguata nel caso specifico, in tal modo garantendosi dall'eventualità di un possibile danno neonatale connesso con l'espletamento del parto.

La possibilità di valutare ecograficamente, attraverso la misurazione dei diametri, il peso fetale in utero è a tutti nota, ma pochi sanno, tra i non addetti ai lavori, che tale valutazione prevede

di per sé uno scarto del 20% in più o in meno rispetto alla cifra calcolata e soprattutto che a termine di gravidanza la stima del peso fetale non è più così attendibile come nelle precedenti epoche della gestazione. In particolari circostanze, come nel caso di una presentazione fetale anomala, la previsione ecografica del peso del feto può risultare particolarmente ardua e quindi fallace rispetto alla realtà dei fatti. A fronte di ciò, è molto frequente constatare che la coppia, a nascita avvenuta, segnala l'errata stima prenatale del peso del feto, attribuendo magari all'ostetrico la colpa di aver omesso di praticare un taglio cesareo o, più raramente, di avervi fatto immotivatamente ricorso, in alternativa a un parto naturale del tutto praticabile.

La giurisprudenza corrente: il caso

In genere, un contenzioso giudiziario nasce dalla constatazione di una lesione prodottasi nel feto in coincidenza con il parto espletato per via vaginale, con particolare riguardo alla paralisi ostetrica di un arto del feto conseguente ad una distocia di

spalla. Tale evento patologico evoca l'esistenza di una macrosomia fetale, quale causa di una difficoltà nel disimpegno del corpo fetale e quindi l'eventuale colpa dell'ostetrico per la mancata previsione della macrosomia suddetta. Su questa linea sembra muoversi la giurisprudenza corrente, come dimostra la lettura di una recente sentenza della Corte di Cassazione (Cass. Pen. Sez. 4°, n. 716, aprile 2008), che ha confermato la condanna, già espressa nei due gradi di giudizio di merito, per un ostetrico ritenuto colpevole di aver provocato una paresi di un arto fetale in un caso di distocia di spalla. La colpa del sanitario si è essenzialmente basata sulla mancata valutazione ecografica del peso fetale presso il termine della gestazione, tale omissione non avendo consentito all'ostetrico, a parere dei giudici, una diagnosi di macrosomia fetale, atteso che alla nascita il peso del neonato risultò essere di 4900 g.

Sul punto, apparve chiara ai magistrati l'esistenza di un nesso di causalità tra condotta ed evento, nel senso che la distocia di spalla fu in tutta evidenza riconducibile alla macrosomia fetale, la

cui precisazione diagnostica prenatale era stata omessa dall'ostetrico. Questo elemento venne considerato determinante in sede di giudizio, sebbene il perito d'ufficio avesse dichiarato che, in corso di travaglio avanzato, come nel caso in esame, ove non esistano precise controindicazioni, sia da preferire il parto vaginale a quello addominale e ciò sotto il profilo della maggiore morbilità materna e fetale che caratterizza il taglio cesareo rispetto al parto naturale. Anche il dato dei precedenti parti vaginali della paziente in questione, che avevano consentito la nascita spontanea di feto del peso di 4200 g (il che permette di valutare a posteriori la regolare pervietà del bacino materno) ha rappresentato un elemento aggravante per l'ostetrico il quale, secondo i giudici, avrebbe dovuto a maggior ragione prevedere la possibilità dell'esistenza di un feto di dimensioni superiori alla norma e quindi ricorrere con maggiore frequenza agli opportuni controlli ostetrici, in realtà omessi.

Macrosomia e distocia di spalla: alcune considerazioni

Un'attenta lettura della sentenza in oggetto consente, a nostro giudizio, alcune considerazioni di non trascurabile interesse sia clinico che medico-legale.

Il dato della macrosomia fetale è in tal caso indiscutibile, tale da non suscitare un'eventuale difformità di opinioni derivante dalla diversa valutazione del limite ponderale (che per la letteratura è di 4500 g, ma per altri autori è di 4000 g), oltre il quale è lecito parlare di macrosomia del feto. Nel nostro caso, le dimensioni del neonato, il cui peso alla nascita risultò di 4900 g, avrebbe dovuto suscitare il sospetto clinico di una macrosomia, prima ancora di procedere a una valutazione ecografica, sotto tal profilo discutibile. Infatti, contrariamente a quanto affermato negli atti del giudizio, è noto che una valutazione ecografica del peso fetale può risultare, come più sopra accennato, imprecisa e quindi scarsamente utilizzabile nella realtà clinica.

Pertanto, lascia perplessi l'addebito mosso all'ostetrico di non aver valutato ecograficamente presso il termine di gravidanza le dimensioni del feto accertandone la macrosomia, atteso che, a parte la validità delle considerazioni già esposte, non è prevista dai protocolli elaborati dalla Società Nazionale di Ecografia Ostetrico-Ginecologica l'esecuzione di un'ecografia a tale epoca di gravidanza, ad eccezione

Congressi convegni



**ANNO 2010
MANAGEMENT DEGLI
EFFETTI COLLATERALI
DELL'ORMONOTERAPIA
ADIUVANTE NEL
CARCINOMA DELLA
MAMMELLA**

**Roma
30 gennaio**
Segreteria organizzatrice
Ellesse Eventi Srl
Via Ferdinando Liuzzi 23
00194 Roma
Tel. 06.36490488
Fax 06.36382006
info@ellesseeventi.it

**CORSO DI CHIRURGIA
RADICALE ADDOMINO-
PELVICA IN ONCOLOGIA
GINECOLOGICA**

**Aviano (Pn)
15-18 marzo**
Segreteria organizzatrice
Centro di Riferimento Oncologico
Via Franco Gallini 2
33081 Aviano
Tel. 0434.659777
Fax 0434.659439
mariadandrea@cro.it

**CONGRESSO REGIONALE
A.O.G.O.I. EMILIA
ROMAGNA**

**Modena
26-27 marzo**
Segreteria organizzatrice
D.B. Srl
Viale Alfeo Corassoli 70 - 41100
Modena
Tel. 059.342757
Fax 059.342757
segreteria@eziobergamini.it

**ALLATTAMENTO
MATERNO E OSPEDALI
AMICI DEI BAMBINI: DIECI
PASSI INSIEME PER LA
QUALITA' DEL PERCORSO
NASCITA**

Palermo 26-27 marzo
Segreteria organizzatrice
BGE Eventi e Congressi
Via G. Bonanno 61 90143 Palermo
Tel. 091.306887 Fax 091.6260945
info@bgeventi.com

**VIVERE CON
L'ENDOMETRIOSI -
POSSIAMO CURARLA
INSIEME: MOLTI
SPECIALISTI . . . UNA META**

Verona 26-27 marzo
Segreteria organizzatrice
Ufficio Formazione - Ospedale
Sacro Cuore Don Calabria
Via Don A. Sembrenoni 5 - 37024
Negrar (Vr) Tel. 045.6013208 Fax
045.7500480
ufficio.formazione@sacrocuore.it

**CORSO DI FORMAZIONE ED
AGGIORNAMENTO IN
FISIOPATOLOGIA
CERVICO-VAGINALE E
VULVARE, COLPOSCOPIA
E MALATTIE A
TRASMISSIONE SESSUALE**

**Ascoli Piceno
19-22 aprile**
Segreteria organizzatrice
Etrusca Convention
Via Bonciario 6/D
06123 Perugia
Tel. 075.5722232 Fax
075.5722232
info@etruscaconventions.com

► Segue da pagina 26

dei casi in cui l'esistenza di una patologia materno-fetale (come nel caso di un difetto di accrescimento intrauterino del feto) consigli di ricorrere ad uno stretto monitoraggio biofisico del benessere del feto stesso. Viceversa, di particolare interesse sarebbe stata la valutazione del metabolismo glucidico della gestante, in quanto le dimensioni del feto suggeriscono l'ipotesi di un prediabete materno che, se opportunamente definito in epoca prenatale, avrebbe potuto orientare diversamente la condotta ostetrica. Sotto questo profilo, riteniamo di raccomandare vivamente agli ostetrici di procedere in tutte le gravide all'esecuzione di una curva da carico di glucosio, non tralasciando, ove si documenti una ridotta tolleranza al glucosio, di controllare la situazione metabo-

ca della gestante attraverso l'esecuzione di una "minicurva" ripetuta nel tempo, facendo altresì ricorso ad una rigida dieta e, nei casi di franca e documentata patologia, al trattamento insulinico finalizzato a prevenire la macrosomia del feto. Un parto di un feto con valori ponderali alla nascita superiori ai 4000 g, pur espletatosi in modo eutocico, può già di per sé essere suggestivo per l'esistenza di un dismetabolismo glucidico materno e quindi orientare per un monitoraggio metabolico accurato in occasione di una successiva gravidanza. A ben vedere, dunque, non è tanto il puro e semplice esame ecografico (o la sua omissione) ad orientare sulla diligenza (o sulla negligenza) dell'ostetrico, quanto la valutazione complessiva del caso in esame da parte del clinico che deve essere presa in considerazione ai fini squisitamente medico-legali.

Prescindendo dal dato della macrosomia (che in tal caso esisteva), quale elemento causale della distocia di spalla (e quindi del riscontrato danno fetale), è tuttavia doveroso richiamare l'attenzione dei medici legali sul fatto che non sempre la difficoltà del disimpegno del feto (la cosiddetta distocia delle spalle) è conseguente alle eccessive dimensioni fetali, potendo verificarsi anche in feti di peso normale o addirittura inferiore alla norma.

Tc: quando è giustificato
È ormai acquisito in ambito ostetrico che la distocia di spalla rappresenta un evento patologico imprevedibile, non prevenibile mediante la valutazione ecografica del peso fetale, non essendo comunque proponibile il ricorso al taglio cesareo profilattico per evitare gli ipotetici danni del feto legati ad un eventuale distocia di spalla, in quanto

pratica comporterebbe l'esecuzione di un enorme numero di interventi chirurgici inutili, con un rischio materno e fetale decisamente elevato ed ingiustificato. Per contro, il ricorso al cesareo può essere giustificato nel caso in cui l'esistenza di un diabete gestazionale, specie se non corretto in tempo con adeguato trattamento dietetico o farmacologico, può far supporre l'esistenza di una macrosomia fetale e quindi orientare prudentialmente per un parto addominale.

Criteri di valutazione della colpa
Elementi di riflessione offre altresì quanto enunciato dalla nota sentenza a Sezioni Unite della Corte di Cassazione n. 30328 del luglio 2002 per la parte in cui viene sostenuta la necessità di valutare il nesso di causalità omissiva tra condotta ed evento con elevato grado di probabili-

tà logica o razionale. Tale elemento era sembrato in grado di eliminare il criterio probabilistico statistico che, anche in misura numerica relativamente esigua, era stato utilizzato per molto tempo come parametro di valutazione ai fini dell'attribuzione della colpa in caso di condotta medica omissiva. In realtà, il criterio statistico, inteso come dato di valutazione dell'incidenza di un evento dannoso, viene tuttora applicato dalla Giurisprudenza, ma ad esso viene affiancato il giudizio di probabilità logica che si avvale di tutti gli elementi che possono concorrere, nel caso in esame, a formulare un giudizio di colpa o di assoluzione, "al di là di ogni ragionevole dubbio". Pertanto, è quest'ultima la formula che viene oggi considerata valida ai fini di una definizione in senso colpevolista o assolutorio della condotta commissiva o omissiva del medico.

10° Corso 
Aggiornamento Teorico Pratico in Medicina Embrio-Fetale e Perinatale
13 - 16 Maggio 2010
Villasimius, Cagliari, Atahotel Tanka Village Resort

PATROCINI RICHIESTI

WPM	World Association of Perinatal Medicine	SIODG	Società Italiana di Sonografia Ostetrica - Ginecologica
IAPM	International Academy of Perinatal Medicine	SIMP	Società Italiana di Medicina Perinatale
EPAP	European Association of Perinatal Medicine	SIOG	Società Italiana Ospedaliere per la Sterilità
SOCIETY	The Fetus as a Patient	SMIC	Società Medica Italiana per la Confezione
VED-UOG	Mediterranean Ultrasound Obstetrics and Gynecology	AGITE	Associazione Ginecologi Territoriali




DIRETTORE DEL CORSO Giovanni Monti	SEGRETARIA SCIENTIFICA Servizi di Ginecologia e Ostetricia Diagnostica Prenatale e Frenoplasia, Terapia Fetale Ospedale Regionale per la Microditemia Via Jenner s/n - 09121 Cagliari Tel. 070.279410 - Fax 070.279500 Email: info@ospedaleincaserta.it Email: ginecologia@ospedaleincaserta.it	SEGRETARIA ORGANIZZATIVA IMC Europe srl Via Trieste 93 - 09123 Cagliari Tel. 070.279410 - Fax 070.279500 Email: info@imceurope.it Email: segreteria@imceurope.it Internet: www.imceurope.it	AOGOI Via G. Alinari, 1 20129 Milano Tel. 02.29525300 Fax. 02.28525421 E-mail: aogoi@aogoi.it
PRESIDENTI DEL CORSO Antonio Chiavari Giovanni Monti Giovanni Ulia			

Corso teorico-pratico di isteroscopia

SI È SVOLTO A LECCE, dal 5 al 6 novembre 2009, il Corso teorico-pratico di isteroscopia diretto da Francesco Giuseppe Tinelli, direttore dell'Uoc di Ginecologia e Ostetricia del Presidio Ospedaliero "Vito Fazzi" del capoluogo talentino e dai dirigenti medici della stessa Uoc: Anna Campobasso e Gabriele D'Aleo. Tema principale del Corso i sanguinamenti anomali dell'utero, un disturbo per cui disponiamo attualmente di diversi strumenti diagnostici, laboratoristici e strumentali, e terapeutici, medici e chirurgici. L'isteroscopia riveste un ruolo centrale, anche in considerazione della minima invasività della tecnica, specie se eseguita da medici dotati di un adeguato livello di addestramento. Nel corso dei lavori è emersa l'importanza, sempre più fondamentale, dell'interazione tra strutture ospedaliere e strutture ambulatoriali territoriali per garantire un'assistenza personalizzata ai bisogni di cure di ogni singola paziente che presenti disturbi metrorragici, percepiti e ritenuti come altamente invalidanti. Il Corso, moderato dal professor Vito Trojano, Direttore del Dipartimento Donna dell'Istituto dei Tumori "Giovanni Paolo II" Irccs di Bari, è stato caratterizzato dall'attenta partecipazione di trenta ginecologi e altrettante ostetriche e infermiere professionali provenienti dall'intera regione ed ha fornito la giusta occasione per creare uno spirito di collaborazione tra i congressisti.