

Rapporti di responsabilità tra il ginecologo dell'U.O.C. ed i servizi dell'ospedale: il neonatologo

R. Paludetto*, E. Petrone, G. Mansi, L. Capasso, R. Di Maso, E. D'Antonio, M. Di Palo, F. Sauro, S. Loffredo

* Direttore Neonatologia e U.T.I.N. - Università "Federico II" - Napoli

L'assistenza in sala parto, la sua tempestività ed adeguatezza, sono sempre più spesso oggetto di procedimenti giudiziari anche nei confronti dei neonatologi.

Ritengo utile quindi presentare, alcuni casi, pervenuti recentemente alla mia attenzione.

CASO CLINICO N.1 Attilio è nato a termine da parto spontaneo, dopo un travaglio indotto, decorso regolarmente sino al periodo espulsivo, quando viene segnalata una difficoltà nella fuoriuscita delle spalle.

Il neonato nasce in arresto cardiaco, senza attività respiratoria, pallido, completamente ipotensivo ed areattivo.

Nei primi trenta secondi viene aspirato, si taglia il cordone e poi viene portato sull'isola neonatale. Nei restanti trenta secondi viene applicata la ventilazione con maschera e palloncino ed il massaggio cardiaco.

Ad un minuto di vita l'Indice di Apgar è ancora 0. Il neonato non respira e non ha battito cardiaco per cui il Pediatra presente al parto chiama l'anestesista perchè proceda all'intubazione tracheale.

L'anestesista giunge dopo 4- 5 minuti quando il neonato è ancora apnoico e senza polso, nonostante la ventilazione ed il massaggio cardiaco. Procede all'intubazione endotracheale mentre il Pediatra somministra adrenalina nella ve-

na ombelicale e dopo pochi atti ventilatori coordinati con il massaggio cardiaco si assiste alla ripresa del battito.

Attilio ha oggi due anni e presenta una Tetraparesi spastica.

I convenuti di fronte al Giudice sono il Ginecologo, il Pediatra, l'Anestesista, l'Assicurazione e l'Azienda Ospedaliera.

CASO CLINICO N.2 Giovanni è nato a termine da parto spontaneo. Inaspettatamente alla nascita si presenta apnoico, pallido, senza tono muscolare né reattività, il battito cardiaco è inferiore a 60/min.

In questo caso erano presenti al parto il Pediatra e l'Anestesista, che intervengono per rianimare il neonato ventilandolo con maschera ed applicando il massaggio cardiaco. Ad un minuto la situazione è invariata. Il punteggio di Apgar è 1. Si continua la rianimazione con Ossigeno e pallone di Ambu, ed il massaggio cardiaco.

A 5 minuti il punteggio di Apgar è 3. Si continua la rianimazione con Ambu e massaggio cardiaco. A 10 minuti l'Apgar è 5. Si continua la somministrazione di Ossigeno con Ambu sino all'arrivo del neonatologo del Servizio di Trasporto Neonatale, che prima di trasferire il neonato lo intuba. Giovanni sviluppa una tetraparesi spastica.

Sono indagati Ginecologo, Pediatra ed Anestesista

CASO CLINICO N.3 Massimo è nato da parto cesareo di elezione a 37 settimane di gestazione. Indice di Apgar 5 ad un minuto ed 8 a 5 minuti. Sviluppa un distress respiratorio nelle prime ore di vita trattato con O2 al 40% e pressione positiva continua (4-5 cm H2O) tramite cannule nasali.

A 6 ore di vita Massimo presenta una improvvisa grave crisi di apnea e desaturazione per cui viene ventilato con maschera e palloncino e vengono chiamati gli anestesisti che procedono all'intubazione del neonato.

Massimo si riprende rapidamente e la saturazione transcutanea rimane tra 90 e 95% ma il pediatra di guardia decide di trasferirlo in un Centro di 3° livello e chiama il Servizio di Trasporto Neonatale di Emergenza.

L'equilibrio acido base rivela un ph di 7.30, PaO2 110mmHg, PcO2 55mmHg, BE -1.

Nel frattempo era stata richiesta una radiografia del torace. Giunge in reparto il medico del trasporto che verificata la corretta posizione del tubo endotracheale pone il neonato nell'incubatrice da trasporto e si avvia per raggiungere l'autoambulanza. Contemporaneamente il pediatra viene avvertito per telefono dal radiologo che il neonato ha un pneumotorace destro.

Il pediatra raggiunge il medico del trasporto nel corridoio del pronto soccorso prima che carichi l'incubatrice sull'autoambulanza e gli comunica che il neonato ha un pneumotorace.

Il medico del trasporto che valuta la distanza da percorrere per raggiungere la TIN di riferimento percorribile in 15-20 minuti, decide, viste le buone condizioni del bambino, di partire senza attendere la lastra.

Purtroppo, si trattava di un pneumotorace ipertensivo con sbandamento del mediastino. Massimo giunge al Centro di 3° livello ma peggiora ed in poche ore muore. Sono indagati i pediatri del centro nascita.

Questi tre esempi focalizzano alcuni importan-

ti aspetti dell'assistenza neonatologica in Sala Parto, che richiede tempestività, competenza, ed organizzazione. Infatti noi sappiamo che circa il 10% dei neonati ha bisogno di qualche forma di assistenza per iniziare a respirare alla nascita e circa l'1% necessita di una rianimazione completa (1).

Le linee guida nazionali ed internazionali ci dicono che, siccome la necessità di rianimare un neonato si può verificare improvvisamente, ad ogni parto, ovunque questo si verifichi, dovrebbe essere presente almeno una persona in grado di avviare una rianimazione neonatale. Ma se questa persona non è in grado di praticare una rianimazione completa, dovrebbe sempre essere immediatamente disponibile in un'area adiacente alla Sala Parto, anche qualcuno in grado invece di condurre una rianimazione completa, inclusiva di intubazione tracheale, massaggio cardiaco e somministrazione di farmaci. Non è sufficiente un reperibile a casa od in un' altra area dell'Ospedale (2).

Ora è noto che la necessità di intubazione tracheale si può verificare anche nei primi 30 secondi dopo la nascita, quindi, forse, per immediatamente disponibile non si dovrebbero intendere quattro o cinque minuti.

Organizzazione assistenziale

L'organizzazione dell'assistenza neonatale in sala parto non è univoca nel nostro paese.

Ci sono centri dove è previsto il neonatologo di guardia 24 ore su 24 e la sua presenza ad ogni parto.

Altri dove il Neonatologo è presente 24 ore su 24 ma non assiste a tutti i parti, e viene chiamato solo nelle situazioni di rischio.

In altri punti nascita ancora, c'è il pediatra neonatologo presente ad ogni parto ma non sempre è in grado di intubare il neonato, come nel primo caso che ho riportato, dove questa manovra viene

lasciata all'anestesista reperibile in ospedale.

Per conoscere la situazione nella nostra regione abbiamo praticato un'intervista telefonica semistrutturata ai 90 Centri Nascita della Regione Campania e precisamente 51 pubblici e 39 privati.

I requisiti minimi organizzativi per l'autorizzazione dei punti nascita, pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania nel 2002, prevedono tra l'altro, oltre all'anestesista, la presenza di un Pediatra 24 ore su 24. Dalla nostra indagine emerge che questi requisiti, pur avendo un carattere giuridico vincolante, non sono sempre rispettati. Infatti in 25 punti nascita (privati) il pediatra-neonatologo non è presente 24 su 24 ore, in 7 di questi 25 centri non è presente 24 ore su 24, neanche l'anestesista ed in 2 casi la reperibilità viene effettuata da medici non specialisti in Pediatria. Nel 64% dei centri intervistati il neonato è intubato dal neonatologo/pediatra, nel 34% dal medico più esperto ed in due dei centri intervistati, senza guardia attiva, né del pediatra, né dell'anestesista, si afferma che un neonato viene intubato solo quando giunge il neonatologo del trasporto

Ma in ogni situazione anche in quella che prevede la presenza del neonatologo ad ogni parto, si possono verificare problemi ed imprevisti, che per quanto possibile vanno prevenuti, con interventi organizzativi che includano la redazione e la condivisione di linee guida interne, che si propongano di affrontare al meglio, con le risorse disponibili, le diverse situazioni.

Tali linee guida devono essere discusse, condivise ed approvate, meglio se anche dalla direzione sanitaria, e poi messe in atto dai diversi operatori della sala parto che devono parlarsi, interagire e collaborare.

Nella nostra struttura ad esempio l'aumento di tagli Cesarei, la necessità di concentrare l'attività operatoria di mattina, ha reso necessaria in alcuni giorni della settimana la presenza di due

neonatologi e di due infermiere per Sala Parto e Sala Operatoria perchè non è raro che vengano effettuati più tagli Cesarei contemporaneamente.

Nonostante tutti gli sforzi comunque può capitare quello che è successo poco tempo fa, e cioè che il neonatologo di guardia si sia trovato da solo con due parti spontanei contemporanei ed un taglio cesareo urgente per distacco di placenta, che certo non poteva essere rimandato. Succede anche che di pronto soccorso e di notte partorisca una quadrigemellare e quindi debba essere chiamato il reperibile e chiunque altro possa dare una mano.

Premesso quanto sopra, noi ci confrontiamo, lo ripeto, con linee guida nazionali ed internazionali che prevedono l'intervento immediato di chi sa intubare il neonato; questo operatore, se non è presente a tutti i parti, deve comunque essere chiamato nelle gravidanze a rischio, ed anche ovviamente, quando un travaglio fisiologico si complica per qualsiasi motivo, come è successo nella distocia di spalle del nostro primo caso e deve trovarsi nelle adiacenze della sala parto, o sala operatoria per poter intervenire tempestivamente, e non dopo 4 o 5 minuti.

Ricordiamo ad es. che il libretto rosso della Società Italiana di Medicina Perinatale a pag 160 riporta "Quando il punteggio di Apgar è molto basso (inferiore a 4) e soprattutto se è presente una bradicardia marcata, conviene ricorrere immediatamente alla intubazione" (3).

Infatti, un neonato gravemente asfittico, come nel caso di Attilio con assenza di respiro e battito cardiaco, non può aspettare 5-6 minuti prima di essere ventilato correttamente con un tubo tracheale.

È ragionevole pensare, dai dati disponibili sugli animali, che quei minuti intercorsi con una ventilazione non ottimale, possano aggravare il suo danno neurologico (4).

Quindi come prima cosa bisogna predisporre

l'organizzazione e le procedure per poter essere tempestivi!

Certo queste devono tener conto delle competenze e delle capacità degli operatori coinvolti, non lasciando molto spazio alla vigile attesa, come nel caso di Giovanni, tenendo presente che in un neonato che si presenta in apnea, pallido, atonico, areattivo e con grave bradicardia, per cui si inizia il massaggio cardiaco, l'intubazione tracheale va praticata immediatamente.

Sappiamo infatti dai dati di Milner et al (5) che la ventilazione con maschera facciale e palloncino è relativamente inefficiente in quanto lo scambio del "tidal volume" è meno di un terzo rispetto a quello che si produce con l'intubazione e può non essere sufficiente a produrre una adeguata ventilazione alveolare.

È opportuno sottolineare che i contenziosi medico legali più importanti che coinvolgono i neonatologi riguardano frequentemente la tempistica dell'intervento, sia per quanto riguarda la rianimazione immediata che per quanto riguarda l'eventuale ritardo nel trasferimento ad

un Centro di 3° livello.

Recentemente poi, si sono verificati contenziosi sulla stabilizzazione ed il trasporto del neonato, con discussioni sulle relative responsabilità del medico di guardia della sala parto che dispone il trasferimento e quello del trasporto che prende in carico il neonato nel momento in cui giunge nella struttura ed opera su di lui.

Nel nostro terzo caso ricordiamo ad esempio che nonostante le raccomandazioni disponibili sulla letteratura nazionale ed internazionale, e le stesse linee guida specifiche della regione dove si è svolto il fatto, chiarissero che la decisione sui tempi e le procedure da effettuare prima del trasferimento, competessero al medico del trasporto dal momento in cui giunge ed opera sul neonato, gli indagati, al momento, sono i medici del centro trasferente in quanto non hanno provveduto a drenare il pneumotorace prima del trasporto (6).

Ed il procedimento è tuttora in corso.