

Il diritto di nascere e quello di nascere sani

A. Zarone - A. Di Meglio***

** Docente Medicina Legale e delle Assicurazioni - Primario emerito medicina legale Ospedale Cardarelli, Napoli.

*Coordinatore Regionale della Società Italiana di Ecografia e Metodologie Biofisiche (S.I.E.O.G.)

Il titolo dell'argomento impone in primo luogo di scegliere l'ottica che deve guidare per affrontarlo, potendosi a tal fine seguire varie vie, in primo luogo quella dell'etica- laica o religiosa! Percorso affascinante, ma che condurrebbe lontani dal fine di questo Convegno, che si propone di affrontare in concreto i problemi, al fine di suggerire all' Ostetrico-ginecologo scelte che, pur nel rispetto dei propri convincimenti, siano adeguate ai limiti imposti dall'assetto normativo vigente.

L'ottica prescelta sarà quindi quella strettamente medico-legale, sottesa cioè tra la biologia e il diritto.

La trattazione dell'argomento impone, per dare ordine e chiarezza all'esposizione, la sua suddivisione in tre capitoli distinti, nei quali brevemente si tenterà di dare una risposta a questi interrogativi:

- 1) **esiste per il concepito il diritto di nascere?**
- 2) **esiste per il concepito il diritto di nascere sano?**
- 3) **quali ipotesi di colpa professionale si profilano in caso di nascita di un portatore di anomalie o patologie indagate nel corso della gravidanza?**

Prima di affrontare, in chiave strettamente medico-legale, i problemi relativi al diritto di nascere del concepito, va ricordato che solo

con la diffusione del Cristianesimo si afferma tale diritto, che, in epoca ad esso anteriore, non era riconosciuto al nascituro.

In Grecia la donna poteva disfarsi del feto, per così dire, a suo piacimento (Socrate); Platone consigliava l'aborto come mezzo di equilibrio demografico; Aristotele, contestando l'individualità del concepito fino alla nascita, negava ogni rilevanza alla soppressione del feto; nell'antica Roma, in assenza del consenso del coniuge, si considerava l'aborto come una lesione del diritto del "pater familias" di avere un figlio.

Con l'affermazione del Cristianesimo l'aborto viene considerato un peccato gravissimo, anche se presto comincerà a profilarsi una distinzione tra la soppressione del concepito prima ovvero dopo l'avvenuta acquisizione dell'anima. Solo dopo la sua animazione il feto poteva considerarsi (pur essendo un essere umano ancora "in fieri", sotto l'aspetto biologico) un soggetto già da tutelare come persona, in quanto in possesso dell'anima e quindi tale da potersi considerare già "fatto", per così dire, a immagine e somiglianza di Dio!

E così S. Girolamo(340-420) afferma che il feto non può considerarsi come uomo fino a quando non ha acquisito forma umana; S. Agostino (354-430) afferma che non debba considerarsi come omicidio l'aborto praticato su un feto

ancora informe, dato che "non può dirsi che l'anima realmente viva in un tale corpo"; Papa Gregorio III nel 731 indica addirittura come limite cronologico per l'avvenuta animazione del feto quello dei 40 giorni.

È peraltro doveroso fare presente che il pensiero della Chiesa cattolica non fa oggi alcuna distinzione tra embrione inanimato e feto animato, dovendosi ritenere il concepito vettore del suo futuro fisico e spirituale, fin dagli inizi della sua procreazione.

Ciò premesso, in merito al primo quesito, il punto di partenza di ogni considerazione che debba mantenersi sul terreno strettamente medico-legale deve essere rappresentato da un interrogativo, al quale occorre dare una risposta certa: allo stato attuale la legge dello Stato italiano considera e tutela il diritto di nascere del concepito?

La risposta a questo interrogativo è univocamente affermativa, anche se una disinvolta ed irresponsabile applicazione della vigente L.194/78 consente di fatto il massacro indiscriminato dei concepiti nei primi 90 giorni della loro vita intra-uterina.

La tutela del concepito nel nostro ordinamento trova riscontro indiretto negli art. 2 e 31 della Costituzione ed inequivoca ed esplicita affermazione nell'art. 1 della L. 194/78.

Va ricordato e premesso che la capacità giuridica, cioè quella che consente alla persona di divenire soggetto o oggetto di diritto, si acquisisce con la nascita: conseguentemente il feto non potrebbe considerarsi, strictu sensu, titolare di alcun diritto, se il Legislatore non gli avesse riconosciuto quelli che trovano esplicito riferimento nel Codice civile e quello di nascere, che assume massimo rilievo e che trova la sua tutela nelle

norme già citate e che di seguito si riportano. L'art 2 della Costituzione recita: "la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo".

L'art. 31 della Costituzione, al secondo comma, sancisce che "la Repubblica protegge la maternità" L'art. 1 della L. 194/78, in termini perentori e inequivocabili, stabilisce che " lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio". Se gli art. 2 e 31 della Costituzione impongono, per l'affermazione del diritto di nascere un'interpretazione estensiva ed indiretta, l'art 1 della L 194 non crea difficoltà alcuna di interpretazione.

Il diritto di nascere del concepito non può essere violato se non quando entra in conflitto con il diritto alla salute della madre: e la L 194 fissa a tal fine limiti cronologici, che vincolano pesantemente -come è giusto che siano- le scelte del ginecologo non obiettore di coscienza, ai fini dell'induzione dell'aborto, la cui liceità pone sempre in primo piano l'obbligo di tutelare il diritto alla salute della madre, che è già persona in senso tecnico-giuridico, laddove l'embrione o il feto ancora tale non è.

Ciò sempre che non sia la madre a rinunciare alla tutela della sua salute pur di portare a termine la sua gravidanza: come è di recente accaduto per una madre eroica che, malata di cancro, ha rifiutato di praticare la chemioterapia e di sottoporsi a terapia radiante, per non danneggiare la sua creatura, scegliendo di sacrificare per essa la sua stessa vita!

Stabilito dunque che l'etica, la deontologia professionale e le leggi dello Stato impongono il rispetto del diritto di nascere del concepito, si

impone la necessità di dare una risposta al secondo quesito: esiste il diritto del concepito di nascere sano?

Va subito chiarito che tale diritto esiste, ma non va visto in chiave negativa, cioè come facoltà di sopprimere il feto quando sia portatore di anomalie o patologie gravi. Ciò sottintenderebbe la possibilità di praticare l'aborto anche a fini eugenetici: il che non è invece previsto dal vigente ordinamento, che anzi lo vieta esplicitamente, tanto che con l'art. 7 della L. 194/78 impone di assistere il nato, quando abbia raggiunto la soglia della cosiddetta vitalità cronologica.

Assistenza che va praticata in ogni caso e quindi anche quando il nato presenti gravi malformazioni e/o patologie!

Il diritto del concepito a nascere sano va visto quindi in chiave positiva, cioè nel riconoscimento del diritto del nascituro di essere protetto e tutelato da ogni danno che possa derivargli da comportamenti omissivi o commissivi, colposi o dolosi, posti in essere da altri: ed, in ipotesi di colpa professionale, dal medico.

D'altro canto come si può parlare, in termini medico-legali, di un diritto o addirittura di un obbligo del concepito di nascere sano?

Ciò sottintenderebbe una sua possibilità di scelta, col diritto di rifiutare di nascere per sottrarsi ad una vita difficile, da vantare ex post, cioè dopo la nascita: il che potrebbe portare anche a conseguenze paradossali.

Ad esempio il figlio nato disabile potrebbe addebitare alla sua stessa madre di non aver rispettato il suo diritto a nascere sano, non avendo optato a suo tempo per l'interruzione della gravidanza che l'avrebbe poi portato alla luce!

L'affermato diritto del concepito a nascere sano

in realtà può celare, da parte di chi lo sostiene, solo il tentativo farisaico di far entrare dalla finestra l'aborto a fini eugenetici, vietato dall'attuale assetto normativo ed in contrasto con irrinunciabili principi etici.

Chiarita in forma estremamente sintetica la motivazione delle risposte ai primi due interrogativi, resta da considerare quella da dare al terzo: **quali ipotesi di colpa professionale si profilano in caso di nascita di un portatore di anomalie o malattie indeterminate durante la gravidanza?**

Ciò impone di far riferimento ai traguardi cronologici e a quant'altro la L. 194/78 stabilisce agli art. 4, 6 e 7.

Prima dello scadere dei novanta giorni dello stato di gravidanza la legge prevede, tra l'altro, che la paziente possa interrompere la gestazione se c'è "previsione di anomalie o malformazioni del concepito" da cui derivi serio pericolo per la salute della madre. Entro questo primo limite cronologico l'impegno professionale nelle formulazioni del giudizio di sia pur semplice "previsione di anomalie o malformazioni del concepito" può coinvolgere di fatto il medico curante, cosiddetto di famiglia, ed il ginecologo clinico, per non aver illustrato alla donna eventuali fattori di rischio, quali ad esempio l'avvenuta assunzione di farmaci ad azione teratogena; l'esposizione a radiazioni ionizzanti; gli eventuali danni di pertinenza infettivologica (rosolia, etc.); la presenza di malattie genetiche nel gruppo familiare etc.. In quest'ultima eventualità, ove sia stato consultato, il giudizio della mancata previsione potrebbe coinvolgere anche il genetista, che non avesse evidenziato, per imperizia o negligenza, il rischio di una malattia genetica.

Dopo i novanta giorni l'interruzione della gravidanza secondo l'art. 6 della L. 194/78 può essere praticata:

a) quando la gravidanza ed il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna (in sostanza un pericolo grave per la vita stessa della gestante);

b) quando "siano accertati processi patologici tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie e malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna".

Va peraltro aggiunto che il successivo art. 7 della precitata legge stabilisce che "quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto, l'interruzione della gravidanza può essere praticata solo nel caso di cui alla lettera a) dell'art. 6 ed il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto".

In sostanza dopo i novanta giorni la possibilità dell'interruzione della gravidanza si scontra con un altro limite cronologico: quello in cui si può presumere l'avvenuto raggiungimento della capacità di vita "autonoma" del feto, dopo del quale l'interruzione della gravidanza può essere attuata solo nel caso in cui sussista pericolo per la vita della gestante e ad essa deve seguire l'assistenza al neonato: si è cioè giustamente impossibilitati alla soppressione del feto, anche se affetto da "rilevanti" anomalie. Questo ulteriore limite cronologico non è fissato rigorosamente dalla L. 194; la Dottrina medico-legale prevalente lo fissa peraltro al compimento del sesto mese, termine dopo il quale si può presumere raggiunta la soglia della cosiddetta "vitalità cronologica" cioè della "capacità di vita autonoma" del feto, inte-

sa come possibilità di controllo e di coordinamento autonomo delle funzioni vitali.

Questi sono dunque i riferimenti essenziali all'assetto normativo vigente.

La legge dopo i novanta giorni impone dunque di accertare la presenza di rilevanti danni fetali. Ciò per lo più chiama in causa l'operato del ginecologo ecografista, cui si attribuisce la colpa della mancata dimostrazione del rilevante danno fetale ed in tale eventualità gli accadimenti sono quasi sempre gli stessi, in tutte le vertenze:

- presenza di gravi anomalie alla nascita, non evidenziate dall'ecografista durante la gravidanza;
- affermazione di "colpa" professionale per la mancata diagnosi in tempo utile ai fini dell'interruzione della gravidanza.

Conseguentemente in ogni vertenza giudiziaria ai Consulenti d'Ufficio si chiede di verificare:

- a) se la malformazione poteva essere dimostrata all'esame ecografico, con tutta evidenza ed in tutta la gravità poi riscontrata alla nascita, e quindi apparire tale da poter essere definita, tra il quarto e sesto mese compiuto di gestazione, una "rilevante" anomalia fetale;
- b) posto che la madre fosse stata resa edotta della presenza delle malformazioni, con l'approssimazione diagnostica che può consentire l'esame ecografico del feto, se è possibile affermare con certezza, a posteriori, che da ciò sarebbe derivato un "grave pericolo" per la salute psico-fisica della gestante.

Ai fini del giudizio medico-legale si impone dunque la necessità di provare non solo la possibilità di una diagnosi certa della malformazione tra il quarto mese e quello in cui si può presumere l'avvenuto raggiungimento della

capacità di vita autonoma del feto, ma anche quella di fornire entro quest'arco di tempo la precisa definizione dell'entità dell'anomalia stessa.

È invece certo che, mentre alcune patologie sono facilmente evidenziabili, altre sono di dimostrazione estremamente difficile e soprattutto approssimativa ai fini della definizione dell'entità del danno anatomico, che pur potrà apparire assai grave ed invalidante alla nascita. Ma per affermare la liceità dell'eventuale richiesta della madre di interruzione della gravidanza dopo i novanta giorni e prima del raggiungimento della capacità di vita autonoma del feto, occorre anche provare, a posteriori e con certezza, che, ove la gestante fosse stata resa edotta della presenza della malformazione, ciò avrebbe sicuramente determinato l'insorgenza di un "grave pericolo" per la sua salute. Va detto peraltro che è ben difficile dimostrare, ex post e con certezza, il "grave pericolo" per la salute materna che sarebbe insorto per l'avvenuta cognizione della presenza di anomalie fetali, anche ammesso che le stesse potessero essere definite rilevanti e precisamente definibili nella loro futura entità invalidante con l'esame ecografico.

Se si seguisse la via di presumere, senza provarlo, il grave pericolo per la salute materna in ogni caso, si finirebbe con l'identificare la liceità della provocazione dell'aborto con la sola dimostrazione del rilevante danno fetale e quindi con l'affermare la possibilità dell'interruzione della gravidanza a fini esclusivamente eugenetici: il che non è invece assolutamente ammesso dalla L. 194/78, come si è ripetutamente ricordato.

Ciò che legittima l'interruzione della gravidan-

za non è infatti il danno fetale in se ma le conseguenze che esso induce e che hanno valore ai fini dell'interruzione della gravidanza, se e quando dal rilevante danno accertato derivi "grave pericolo" per la salute materna.

Nel merito condivisibile ed illuminante è una non recentissima Sentenza della Cassazione, che recita come segue.

Non si possono porre "a presupposto dell'interruzione della gravidanza le sole rilevanti anomalie del nascituro, in quanto nella legge n. 194/78 è necessario che esse causino uno stato di grave pericolo per la salute fisica e psichica della donna. In altri termini, ciò che conta è la sussistenza del grave pericolo, che è determinato dalle rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, ma questo grave pericolo per la salute materna potrebbe anche mancare pure in presenza di questa anomalia fetale. (Cass. 24.3.1999 n. 2793)".

In merito al terzo interrogativo posto agli inizi di queste considerazioni, relativo alle ipotesi di colpa professionale che si profilano in caso di nascita di un portatore di anomalie o patologie indagate nel corso della gravidanza, va detto che le situazioni nelle quali più spesso, in campo ostetrico, nascono contenziosi medico-legali sono rappresentate da queste eventualità:

- a)-non corretto management ostetrico in corso di gestazione;
- b)-mancata o imprecisa diagnosi ecografica di anomalia fetale.

Invero le occasioni di ricorso all'autorità giudiziaria sono rappresentate anche dai danni al nascituro, che si asseriscano indotti in occasione del parto. Si pensi alle frequenti accuse legate alla mancata esecuzione del parto cesareo,

anche nei casi in cui l'indicazione sia sorta in conseguenza di imprevedibili emergenze esplose con travaglio di parto in fase avanzata; ai danni ascritti al ricorso alla ventosa, all'applicazione di forcipe, all'asserita insufficienza di vigilanza sulle condizioni fetali e quindi al mancato rilievo della sua sofferenza che, se rilevata con tempestività avrebbe potuto consentire il ricorso al parto cesareo, etc..

Si è ritenuto di dover rinunziare alla trattazione di questi aspetti in questa sede, per la limitazione del tempo a disposizione, atteso il fatto che l'approfondimento di queste problematiche avrebbe imposto lo spazio temporale di un intero congresso e numerose e diversificate relazioni specificamente orientate. Ci si limiterà pertanto a trattare le due sole eventualità indicate ai punti a) e b).

Per quanto riguarda il punto a) e quindi al management ottimale da attuare in corso di gravidanza, appare chiaro che non esiste la possibilità di praticare in ogni caso tutti gli esami strumentali e di laboratorio proponibili in astratto. Pertanto si impongono due interrogativi:

-a quale gestante eseguire, oltre a quelli di routine, altri esami?

-e, nell'affermativa, quali esami eseguire?

Nel nostro paese non esiste una codificazione tecnica dello screening da eseguire in gravidanza, per due ordini di cause:

- i test di screening indiscriminati, di massa, spesso presentano una bassa sensibilità, se praticati nella popolazione a basso rischio;

- anche quando vi è una condizione di rischio rilevata dal test praticato, a volte non vi è una terapia adeguata ad escluderlo o ridurlo.

Un esempio può essere quello dello studio flus-

simetrico delle arterie uterine per definire il rischio di preeclampsia. Nella popolazione a basso rischio anamnestico solo il 35% di tutte le pazienti con alterazione flussimetrica delle arterie uterine sviluppa infatti una pre-eclampsia; di queste oltre i due terzi saranno affette da una forma lieve. Inoltre, una volta identificato il rischio di preeclampsia non esiste una terapia capace di escluderlo totalmente! Vero è che in questi casi è possibile attuare una più assidua vigilanza della gestante, al fine di cogliere i primi segni della patologia e quindi di affrontarla con maggiori possibilità di successo!

Un altro aspetto attiene all'indirizzo allo stato seguito dall'Autorità sanitaria: il nostro SSN indica infatti soltanto gli esami per i quali il SSN partecipa alla spesa, se eseguiti in quel determinato periodo di gravidanza.

Per esempio: indica come esame parzialmente a carico, l'elettroforesi dell'emoglobina per identificare la gestante e/o la coppia portatrice sana di talassemia. Il problema peraltro è che l'elettroforesi non è assolutamente precisa per rivelare alcune emoglobinopatie che sono riconosciute solo mediante altri test quali la microcromatografia e/o l'HPLC. Infatti, la regione Sicilia, a statuto speciale, con decreto del 18.12.2003, pubblicato su GURS Parte I n. 4 del 2004, modifica il decreto 12 agosto 1997, concernente l'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni di laboratorio necessarie alla ricerca di portatore di talassemia ed indica come esame non l'elettroforesi dell'emoglobina ma il dosaggio dell'emoglobina adulta (HbA), dell'emoglobina A2 (HbA2) e dell'emoglobina fetale (HbF) con cromatografia liquida ad alta pressione (HPLC).

Ed ancora, per restare nel tema: il SSN non partecipa alla spesa di un altro utile test di screening come quello per la fibrosi cistica, che pur rappresenta una patologia frequente ed, in taluni casi, altamente invalidante.

In conclusione, non essendoci una politica avanzata per l'attuazione di un programma di screening ad ampio raggio con spese a carico del SSN e non essendo fissati almeno i minimi standard da seguire, la scelta su cosa fare e sul quando farla spetta esclusivamente al buon senso del Clinico: il che peraltro facilita il sorgere di contenziosi giudiziari, per la possibilità di lamentare, a posteriori, la mancata esecuzione di indagini alternative a quelle praticate.

Per quanto riguarda il punto b), e cioè la mancata od imprecisa diagnosi ecografica di anomalia fetale, esso rappresenta sicuramente quello che offre i maggiori spunti di discussione, in quanto anche in questo caso esiste una differenza di vedute tra la letteratura scientifica internazionale, le attese dei genitori, le tesi accusatorie

di alcuni CTU ed una giurisprudenza spesso malamente indirizzata da questi ultimi.

Le malformazioni congenite hanno una frequenza alla nascita, nella popolazione generale, del 3-5% e si verificano, nel 90% circa dei casi, imprevedibilmente, nella popolazione a basso rischio. Va considerato altresì che l'ecografia prenatale, mirata al riconoscimento di una possibile anomalia nota, nella popolazione ad alto rischio mostra una elevata sensibilità (tra il 73% ed il 90%) (1) mentre quando è utilizzata come test di screening, nella popolazione a basso rischio, la sua sensibilità cala in maniera significativa attestandosi tra il 30% ed il 61% (tabella 1).

Da questi dati si evince che nessuna patologia fetale può essere sempre riconosciuta con l'ecografia.

L'ampia differenza nella sensibilità anche nella popolazione a basso rischio è dovuta a diversi fattori quali: l'epoca di gestazione in cui si esegue l'esame, il tipo e l'entità dell'anomalia, l'e-

sperienza dell'operatore, il criterio di selezione della paziente, la posizione del feto e la qualità dell'ecografo.

Sicuramente la storia naturale di una malattia condiziona il suo riconoscimento ecografico in modo rilevante, poiché alcune anomalie si manifestano in epoca precoce di gestazione mentre altre si rendono visibili solo nei mesi più avanzati o addirittura alla nascita. Analizzando un trial multicentrico europeo del 1999, è possibile affermare che nessuna anomalia fetale è sempre riconoscibile e che la sensibilità è migliore nel riconoscimento delle anomalie maggiori rispetto a quelle minori (73.7% vs 45.7%). In questo trial fu osservato che solo il 55% delle malformazioni severe era diagnosticato prima della 24a settimana (2). Nel caso dell'ecografia utilizzata nella diagnosi prenatale non è segnalato un comportamento univoco da seguire ma è da considerare auspicabile che il monitoraggio ecografico di una gravidanza fisiologica preveda almeno tre ecografie: una nel primo trimestre, una nel secondo trimestre ed una nel terzo trimestre. A tal proposito anche il nostro SSN garantisce la copertura economica per ecografie praticate in tali epoche.

Il contenzioso giudiziario rappresenta uno dei momenti più drammatici ed impegnativi della professione medica e purtroppo coinvolge un numero crescente di colleghi ginecologi ed ecografisti. La possibilità di commettere un errore è sempre presente nella nostra Professione (così come in tutte le attività professionali e non-professionali svolte dall'uomo: ...errare umanum est). Oggi peraltro vi è la tendenza sempre più diffusa a denunciare il medico, purtroppo anche in mancanza di errori, con il conseguente aumento di lunghi iter

processuali dagli esiti incerti.

Per tale motivo sono da perfezionare e condurre a termine le iniziative intraprese dagli Ordini dei Medici e dalle Società Scientifiche a tutela degli iscritti ed i disegni di legge, che prevedono la possibilità di ricorso ad arbitrati tecnici, che diano ad ambedue le Parti in causa -quella del Ricorrente e quella del Convenuto- le più ampie garanzie di obiettività e coerenza tecnica, facilitando e velocizzando le procedure di risarcimento e riducendo così i tempi di attesa.

Per restare nell'ambito ostetrico-ginecologico, ognuno degli Operatori sanitari deve peraltro mettere in atto una serie di misure finalizzate ad assicurare, a posteriori, in caso di contenziosi, la possibilità di una verifica del proprio operato, al fine di escludere ipotesi di colpa professionale per "imperizia, imprudenza o negligenza" o per mancato adeguamento alle normative vigenti ed alle linee-guida più accreditate.

In primo luogo bisognerà quindi attenersi alle linee guida SIEOG o di altre accreditate Società Scientifiche, che fissano i requisiti minimi cui deve rispondere l'ecografia ostetrica e ginecologica. E' quindi molto importante poter sempre dimostrare che sono stati studiati tutti gli organi e sono state effettuate tutte le biometrie previste dalle linee guida SIEOG, che sarebbe buona norma esprimere in termini di percentili. Va considerato altresì che presto sarà obbligatorio adeguare il funzionamento del proprio ambulatorio anche dal punto di vista informatico: ed allora dovrà essere presente nel proprio studio professionale anche un computer, che faciliterà l'inserimento e l'archiviazione elettronica dei programmi di refertazione e di valutazione della biometria fetale.

Tabella 1* (questa tabella è pubblicata sulle Linee Guida SIEOG edite da Editeam) (3)

	S.N.C.	Gastroenterico	Urinario	Scheletro	Cardio-vascolare	Sensibilità media
Bernaschek	68.3	46	73	53	30	50.0
Anderson	90	72	85	31	36	58.3
Chambers	92.1	24	88.4	25	18.4	50.9
Stoll	76.7	47.3	64.1	18.2	16.5	37.8
Grandjean	88.3	53.7	88.5	36.6	38.8**	61.4
Queisser-Luft	68.6	42.3	24.1	=	5.9	30.3

* la sensibilità riportata si riferisce alle malformazioni rilevate nel secondo e nel terzo trimestre in studi multicentrici **sensibilità per le cardiopatie maggiori

Inoltre è opportuno consegnare sempre alla paziente tutte le immagini ecografiche necessarie a dimostrare che sono state studiate regolarmente le varie strutture anatomiche (annotando, con la firma dell'interessata, l'avvenuta consegna).

Consigliabile altresì consegnare alla paziente le foto necessarie alla illustrazione dei reperti obiettivi, tra i quali assumono maggior rilievo:

- 1) un'immagine che mostri la regolare morfologia cranica (uno dei più frequenti contenziosi riguarda la mancata diagnosi di craniosinostosi, patologia che si rende solitamente manifesta nel terzo trimestre o dopo la nascita);
- 2) un'immagine che mostri la fossa cranica posteriore per documentare la regolare morfologia del cervelletto e della cisterna magna (due frequenti motivi di contenzioso sono la mancata diagnosi di spina bifida e di sindrome di Dandy Walker nel secondo trimestre. Sarà possibile dimostrare che all'atto dell'esame ecografico non era possibile la diagnosi, in quanto, nella spina bifida, l'obliterazione della cisterna magna può talvolta verificarsi nel terzo trimestre. Al tempo stesso il rilievo di una cisti retrocerebellare è uno dei segni indispensabili per far diagnosi di Dandy Walzer);
- 3) un'immagine del rachide in sezione longitudinale (frequenti contenziosi sono quelli relativi all'agenesia del sacro e, soprattutto, alla spina bifida. Aver fotografato il tratto longitudinale del rachide permette, nel secondo caso, di poter motivare in sede peritale che al momento dell'esame del secondo trimestre non c'era un meningocoele. Per quanto riguarda l'agenesia del sacro, l'aver fotografato il tratto terminale del rachide e non aver riconosciuto una agenesia completa del sacro potrebbe forse essere un'ag-

gravante; è vero però che l'abitudine a ricercare sempre il tratto terminale del sacro per eseguirne la foto condurrà ad una diminuzione delle mancate diagnosi di agenesia del sacro);

4) un'immagine della scansione "4 camere" cardiache (sono molteplici i contenziosi per mancata diagnosi di cardiopatia ed il motivo più frequente è la mancata diagnosi di cuore sinistro ipoplasico. Una corretta scansione 4-camere sarà il mezzo di difesa più forte per dire che al momento dell'esame del secondo trimestre non v'era ipoplasia camerale, etc.);

5) un'immagine della sezione trasversa dell'addome, nella quale sia visibile lo stomaco fetale (motivo del contenzioso più frequente è la mancata diagnosi di atresia esofagea e di atresia duodenale. Queste diagnosi sono possibili nel terzo trimestre, quando non sono comunque impossibili -atresia esofagea con fistola tracheo-esofagea- ma, dal momento che qualche rara volta queste diagnosi sono state poste anche nel secondo trimestre, è bene dimostrare con un'immagine la normalità del reperto al momento dell'esame);

6) un'immagine del femore;

7) un'immagine della placenta e della normale tasca di liquido amniotico.

Tutte le immagini ecografiche dovrebbero essere acquisite ed archiviate per poter essere prodotte successivamente in caso di contenzioso, con ciò adeguandosi al comportamento già seguito dai colleghi radiologi.

Infine e per concludere, oltre al referto è opportuno fornire alla paziente un'informativa sui limiti e sulle potenzialità dell'ecografia, che deve essere parte integrante del referto. Anche in questo caso si può utilizzare l'informativa della SIEOG o quella della DIMED che è stata sotto-

posta al vaglio dell'AOGOI e pubblicata sul periodico "Ginecologia & Ostetricia Forense.

Se inizia un contenzioso si potrà chiedere il parere pro veritate alla SIEOG o alla AOGOI, **solo se l'operatore si sarà attenuto alle linee guida.**

Un altro punto importante è come comportarsi allorché si evidenzia un soft marker durante l'ecografia del secondo trimestre.

I soft marker sono tantissimi (plica nucale, cisti dei plessi corioidei, golf ball, intestino iperecogeno, angolo iliaco, femore corto, omero corto, ecc). In Letteratura si trova di tutto: c'è chi afferma che la clinodattilia del mignolo è facile da vedere e chi, giustamente, dice che è pressoché impossibile da evidenziare; c'è chi dice di eseguire sempre uno studio del cariotipo in presenza di un soft marker, c'è chi dice che occorre la presenza di due soft marker; c'è chi dice che bisogna calcolare il rischio con particolari correzioni da apportare, se è presente un soft marker.

In Letteratura nel merito si legge di tutto, per cui il consiglio, in presenza di un soft marker, è quello di segnalarlo per iscritto, indicando di quanto si è modificato il rischio di generare un bimbo Down ed inoltre consigliare una consulenza genetica che chiarisca alla paziente l'utilità o meno di eseguire lo studio del cariotipo fetale. Detta consulenza può essere svolta anche dal ginecologo, ma è necessario informare la paziente -e sempre per iscritto- che vi sono due rischi: uno legato al rischio abortivo come complicità della metodica invasiva mentre l'altro è quello di non diagnosticare una cromosomopatia se non viene eseguita tale indagine.

E' in sostanza da affermare che bisogna informare la paziente della presenza del soft marker, anche perché circa il 30% dei feti Down non ha

alcun segno ecografico che ci aiuti ad evidenziare il rischio di tale anomalia, mentre la restante parte presenta una malformazione maggiore o uno o più soft marker.

Non è possibile concludere questo nostro intervento senza una considerazione, che non vuole essere una protesta ma solo un segnale di allarme, che parte dal mondo dell'Ostetricia e che si spera possa giungere fino a quello degli Operatori di Giustizia, al fine di contenere un fenomeno che sta assumendo proporzioni allarmanti: quello del ricorso all'Autorità giudiziaria anche nei casi più assurdi, spesso al solo fine di tentare l'ottenimento di un non dovuto ristoro economico!

Ricorso che viene a volta strumentalizzato e diretto al fine di gettare nel panico il Medico che, specie quando è coinvolto in ambito penale, sollecita le Compagnie assicuratrici a corrispondere anche gli indennizzi non dovuti, pur di sottrarsi all'onta di una condanna, ingiusta ma pur sempre possibile. Sollecitazione che spesso viene accolta dalla Compagnia, che a questo si sente spinta al fine di attuare una politica aziendale accattivante e di richiamo: e si crea così la premessa di un ulteriore incoraggiamento ai ricorsi immotivati, realizzandosi la significativa immagine...del cane che si morde la coda!

Segnale di allarme che è diretto ad escludere le condanne ingiuste, che spesso sono condizionate da Consulenti tecnici tanto impreparati e privi di esperienza quanto divorati da un furor accusatorio, a volte assurdo, incomprensibile!

Il tutto, "absit iniuria verbi", condizionato da una Giurisprudenza ondivaga, che trascina gli Ostetrici ed in genere tutti i Medici dal fronte della tranquillità, alimentato da un fiducioso