

Responsabilità professionale in ostetricia

La prevenzione del parto pretermine

Alcuni spunti di riflessione per il ginecologo riguardo un capitolo di patologia che richiede un'attenta valutazione di ogni singolo caso, in particolare sotto il profilo medico-legale

Pier Francesco Tropea

In tema di responsabilità professionale ostetrico-ginecologica, la multiformità dei quadri clinici rende ragione della varietà delle pronunce giurisprudenziali che conducono all'affermazione di una colpa medica, e ciò indipendentemente dagli orientamenti dei giudici che possono essere divergenti anche in circostanze di fatto del tutto analoghe.

L'esame della casistica giudiziaria conduce a constatare che, nell'ambito della presunzione di una colpa medica, la maggiore difficoltà per il giudice concerne la definizione di una responsabilità del sanitario per omissione, nel senso che il magistrato deve pervenire al convincimento che l'intervento del medico, in realtà omesso, avrebbe evitato con ragionevole certezza, il verificarsi dell'evento dannoso.

In campo ostetrico, uno degli eventi suscettibili di conseguenze dannose è costituito dal parto prematuro e ciò in ragione non soltanto del rischio di morte fetale, il cui tasso di incidenza risulta evidentemente rapportato all'età gestazionale del neonato, ma anche in relazione agli esiti neurologici che il prematuro, recuperato alla vita con l'ausilio delle tecniche rianima-



Botticelli, La Madonna del Melograno

torie, può presentare a breve o a lungo termine.

Va precisato preliminarmente che la difficoltà di pervenire ad un'affermazione di colpa del ginecologo circa una mancata prevenzione di un parto prematuro è inerente non soltanto alla mancata attuazione in questi casi dei presidi terapeutici atti ad evitare l'evento parto pretermine, ma anche alla multiformità dei fattori patogenetici che possono provocare un parto prematuro, i più importanti dei quali sono costituiti dalle infezioni, dalle malformazioni ute-

rine, dai fibromi dell'utero; prescindendo dalla componente essenziale dell'ipercontrattilità uterina, la cui genesi endogena rimane tuttora di non facile definizione.

Prevedibilità dell'evento e condotta omissiva

In tali circostanze la sorte del ginecologo inquisito si basa sulla conferma o meno della prevedibilità dell'evento dannoso (costituito dal parto pretermine, con le sequele fetali di cui si è detto) e dall'eventuale, mancato intervento attivo del gineco-

logo atto a prevenire il danno conseguente.

È ben noto che l'incidenza del parto prematuro e la sua prognosi si sono drasticamente ridotte negli ultimi decenni in conseguenza, da un lato, del ricorso all'intervento di cerchiaggio cervicale (volto a trattare l'insufficienza cervico-istmica quale causa di aborto del 2° trimestre di gravidanza) e, dall'altro, in rapporto con la prevenzione e il trattamento delle infezioni incidenti in gravidanza, considerate con discreta incidenza la causa efficiente dell'evento interruzione pretermine della gestazione.

La definizione dei suddetti fattori patogenetici potenzialmente agenti nel determinismo del parto prematuro è compito fondamentale del ginecologo, la cui negligenza nel condurre questo tipo di indagine può comportare per il medico il rischio di dover rispondere del proprio comportamento professionale.

Per quanto concerne l'insufficienza cervico-istmica e il suo trattamento, due sono i dati fondamentali per decidere il ricorso a un cerchiaggio nel corso della gravidanza: l'uno clinico-anamnestico, l'altro clinico-strumentale.

Il primo elemento concerne i casi in cui nell'anamnesi della gestante figura una pregressa gravidanza esitata in aborto tardivo o in un parto prematuro: in questi casi deve essere tenuta in considerazione l'opportunità di praticare un cerchiaggio profilattico, ove sia stato possibile escludere l'incidenza di altri fattori nel determinismo dell'episodio interruzione pregresso. Da un punto di vista medico-legale, il mancato ricorso al cerchiaggio senza tener conto del dato anamnestico specifico, può di per sé far configurare l'ipotesi di una colpa professionale del ginecologo per omissione.

Il secondo dato diagnostico riguarda l'odierna possibilità di porre diagnosi cervico-istmi di insufficienza cervico-istmica attraverso la misurazione ecografica della lunghezza del collo uterino, senza peraltro trascurare le risultanze di una visita ostetrica vaginale che può consentire il riscontro di una beanza cervicale in atto.

In quest'ultimo caso un intervento di cerchiaggio cervicale praticato "a caldo" (cioè anche quando si riscontri una protrusione del polo inferiore del sacco amniotico attraverso l'istmo beante) presenta buone probabilità di successo terapeutico in termini di prosecuzione della gravidanza fino ad un'epoca di sicura sopravvivenza del feto.

Anche questa omissione può costituire elemento di colpa medica nel caso di interruzione precoce della gravidanza con decesso del neonato immaturo.

Sul piano del trattamento medico, è da sottolineare l'importanza del ricorso di una tocolisi e alla corticoterapia, quest'ultima considerata alla stregua di terapia irrinunciabile ai fini della prevenzione della malattia della membrana ialina neonatale.

Tutti gli elementi sopradetti hanno rappresentato il presupposto su cui è stata ritenuta valida l'ipotesi di una colpa del ginecologo in un caso illustrato recentemente nella letteratura giurisprudenziale concernente la responsabilità professionale.

Nell'evidenza sopra citata, è stato anche fatto carico al ginecologo di aver omesso di praticare una visita della paziente per via vaginale, essendo stato ritenuto valido il reperto fornito dall'ostetrica di turno, le cui attribuzioni debbono limitarsi, come è noto, al controllo della gravidanza fisiologica, mentre al medico specialista è demandato il compito di trattare i quadri di patologia ostetrica.

In sostanza, secondo gli attuali orientamenti della giurisprudenza, se il ginecologo, di fronte ad una gestante potenzialmente portatrice di un'insufficienza cervico-istmica, non procede agli accertamenti specificatamente indicati e al trattamento profilattico conseguente, con particolare riguardo all'esecuzione di un cerchiaggio cervicale e se, da tali omissioni, derivi un evento dannoso neonatale legato ad un'interruzione abortiva o fortemente pretermine della gravidanza, il ginecologo potrà essere chiamato a risponderne in sede giudiziaria civile, in termini di risarcimento del danno, così come è avvenuto nel caso da noi citato. **Y**

► **Segue da pagina 17**

per promuovere l'allattamento al seno e per la prevenzione della depressione post-partum. Assume grande importanza anche l'intervento di mediazione culturale con il sostegno all'integrazione sociale dei migranti con riferimento allo studio dei loro bisogni socio-sanitari. Per tale motivo l'attività dei Consulteri verrà proiettata all'esterno attraverso la mediazione delle operatrici del Consultorio e con l'ausilio di una guida multilingue, al fine di creare una piattaforma per il dialogo tra istituzioni e autorità pubbliche a tutti i livelli. I Consulteri devono inoltre istituire un "Punto di Ac-

cordo" per la mediazione familiare per la risoluzione condivisa dei conflitti tra i coniugi all'interno della famiglia e delle problematiche legate a condizioni di separazione, divorzi e affidamento dei figli, con interventi educativi finalizzati alla prevenzione o al recupero di situazioni di disagio psico-sociale di minori e del loro nucleo familiare. I destinatari delle attività, che verranno accompagnate da pubblicizzazione, promozione e disseminazione dei risultati, sono: 700 Donne, 250 coppie, 1000 minori e 200 immigrati. L'Asp di Messina, in collaborazione con l'Istituto d'Istruzione superiore "Antonello" e l'Asso-

ciatione "AllPeople Onlus", si attiveranno nelle varie attività di monitoraggio, valutazione e verifica per l'implementazione del progetto stesso. La rete di partneriato comprende 7 licei, scelti tra la zona Metropolitana e Jonica, e un'Associazione Onlus "Per te donna" di Messina, che ha sempre collaborato con gli operatori sociosanitari dell'Asp. Il Progetto "Open Space" dà inizio ad una esperienza innovativa di riqualificazione dei Consulteri di Messina, che in passato sono stati spesso gestiti da politiche che li hanno resi più simili ad ambulatori, in grado di rispondere ad esigenze sanitarie ma non di salute. Il Consultorio

ha un patrimonio unico da non disperdere, rappresenta il sistema sanitario del futuro, è una struttura "di quartiere", il primo e fondamentale osservatorio della realtà sociosanitaria del territorio. È un prezioso avamposto per l'analisi dei bisogni, e quindi per la pianificazione di interventi, per l'elaborazione di strategie per la salute della donna e della famiglia. È ad un nuovo tipo di donna che il Ssn vuole dare risposte, affermando il concetto di salute non più inteso come assenza di malattia, ma come promozione del benessere. La donna in salute infatti, è una grande risorsa e un valore aggiunto per il Paese: ha la re-

sponsabilità della casa, della famiglia, è pilastro della sanità in quanto creatrice di nuova vita. Investire nella promozione della salute delle donne, dunque, significa investire nel benessere della società e della famiglia. Donna, coppia, minori e famiglia, seguiti dagli operatori familiari dei Consulteri, possono essere cerniera tra ospedale e territorio.

Per produrre salute è necessaria una politica programmata sui bisogni, che non eluda quindi le aspettative della comunità, garantendo il miglioramento della qualità della vita, a fronte delle ingenti somme di denaro investite. **Y**