

MORTE ENDOUTERINA / ASPETTI LEGALI



Mortalità perinatale: aspetti medico-legali

Quando le aspettative della madre e di una coppia alla fine di una gravidanza e di un parto sono drammaticamente disattese per una morte fetale, il dolore e la delusione spesso si trasformano in rabbia e rifiuto del trauma esistenziale, spingendo alla ricerca di un colpevole e all'avvio di un contenzioso medico legale



VANIA CIRESE
Avvocato

I PROCESSI CONTRO OSTETRICI-GINECOLOGI in sede civile e soprattutto in sede penale, spesso non sono tanto motivati dalla volontà di vedere il colpevole punito o di ottenere un risarcimento del danno, quanto piuttosto dal ripercorrere come in un esperimento, la vicenda clinica per ottenere una spiegazione causale scientifica seppur affidata in sede giudiziale, rimessa alla decisione ultima del giudice, titolare della ricostruzione a posteriore e chiamato a mettere un punto fermo sull'accaduto, fornendo risposte a tante inquietanti domande dei genitori.

La mortalità fetale chiama sempre in causa una valutazione tecnica caso per caso ed il contendere è drammatico perché porta a galla il vissuto dei soggetti: i genitori increduli e non rassegnati alla perdita del bambino e lo specialista gravato della frustrazione, il senso di colpa e di impotenza per non essere riuscito ad evitare l'evento nonostante tutta la sua volontà e tutto l'impegno profuso. Invero l'attività ostetrica è tra quelle più a rischio perché nonostante tanti progressi della scienza medica specialistica, protocolli, buone pratiche e LG, le insidie sono sempre dietro l'angolo e mol-

ti eventi avversi sono assolutamente imprevedibili ed inevitabili anche se ciò è difficile da ammettere e da accettare in un'epoca di onnipotenza in cui la prestazione professionale del medico è vissuta come un'obbligazione di risultato (anziché di mezzi) e il mancato risultato non è accettato, anche quando interviene la prova dell'incolpevolezza dell'inadempimento per una causa non imputabile al sanitario.

Soprattutto in tema di mortalità fetale il progresso scientifico e tecnico raggiunto dalla disciplina ostetrico ginecologica non sembra associarsi ad una riduzione dei contenziosi medico-legali, anzi appare essere una delle cause del loro incremento.

Proprio perché si è ampliato il ventaglio di strumenti diagnostici e terapeutici disponibili per lo specialista e sono aumentate le possibilità d'intervento, non si accettano più i rischi di errore o fallimento connessi ad ogni pratica medica. Fattori di carattere sociale, culturale ed economico inoltre giocano un ruolo determinante in questo scenario.

Invero in campo ostetrico ginecologico si assiste

sempre più ad una maggiore determinazione della coppia ad ottenere un esito favorevole della gravidanza anche a fronte della drastica riduzione della natalità e l'elevazione dell'età media di procreazione del primo figlio.

Quasi sempre il contenzioso medico legale a seguito di denuncia dei genitori per morte fetale si apre drammaticamente con il sequestro della cartella clinica, l'identificazione dei sanitari che hanno gestito il parto e gli accertamenti tecnici irripetibili ossia l'esame autoptico del feto (e placenta se conservata).

L'accuratezza della compilazione della cartella clinica e del partogramma non solo consente nell'immediatezza di ricostruire la tempistica e le prestazioni rese ma fornisce subito un'idea al Pubblico Ministero titolare dell'indagine sulla scrupolosità e coordinamento dei membri dell'equipe, sul passaggio di consegne, sulla considerazione dei possibili fattori di rischio o viceversa su un atteggiamento imprudente o avventato o negligenza dei professionisti.

Gli accertamenti strumentali, il corredo di analisi, ecografie e controlli forniscono ai consulenti tecnici del PM elementi di indagine sulla gestione del rischio clinico nella specificità del caso concreto e sulle problematiche legate alla comunicazione tra personale medico e sanitari e tra questi e la gravida.

Molto spesso le situazioni più critiche che determinano l'insorgenza di un contenzioso si verificano in concomitanza dei cd "eventi sentinella" come il prolasso di funicolo, il distacco di placenta, il nodo vero di funicolo che si stringe, una non corretta funzione placentare per cui un'ipossia acuta va a complicare la persistente ipossia cronica. In queste circostanze in tempi brevi si verificano conseguenze drammatiche e pur trattandosi di eventi rari, imprevedibili ed imprevedibili si rimprovera con un automatismo ingiusto ma ricorrente, all'ostetrico ginecologo l'intempestività della diagnosi e della scelta del corretto intervento quasi sempre identificato (non sempre a ragione) nel taglio cesareo d'emergen-

MORTE ENDOUTERINA / ASPETTI LEGALI



za. Spesso le parti lese e i loro consulenti tecnici rappresentano al PM o al giudice un'emergenza cardiocografica, scartando a priori possibili e utili terapie conservative almeno iniziali, tuttavia le anomalie cardiocografiche come è noto, hanno significati clinici molto differenti, perché diversa è l'eziopatogenesi e il tempo di tolleranza. Ad es. le decelerazioni variabili in corso di travaglio che derivano dalla compressione del funicolo durante le contrazioni, magari in presenza di oligo-anidramnios, sono anomalie molto frequenti in quasi tutti i travagli. Spesso i CT avversari non mettono in rilievo che la presenza di decelerazioni variabili, quando la variabilità è normale, è solo un modesto segnale di ipossia transitoria, tollerabile da un feto sano a termine per tempi lunghi e compatibile con una terapia conservativa efficace. È essenziale nei processi far comprendere al PM e/o al giudice quando la situazione clinica non è di emergenza ed è necessario un atteggiamento conservativo e che diversamente l'emergenza è correlata agli eventi sentinella con la prevalente caratteristica della cardiocografia costituita dalla bradicardia grave, le decelerazioni tardive o prolungate che si accompagnano sempre a una variabilità ridotta-assente. Queste importanti anomalie cardiocografiche si evidenziano in processi in cui le situazioni sono di ipossia grave, improvvisa, prolungata, ingravescente. La corretta valutazione del significato clinico dei singoli parametri e della loro potenzialità di evoluzione presuppone necessariamente la contestualizzazione del singolo caso, perché molti sono i fattori in grado di modificare i criteri di interpretazione del tracciato (rischio ipossico ostetrico basso o alto, epoca gestazionale, patologie materne e fetali, fase del travaglio, ecc.). È stato fondamentale dimostrare in molti processi che in presenza di un tracciato con anomalie

“ La corretta valutazione del significato clinico dei singoli parametri e della loro potenzialità di evoluzione presuppone la contestualizzazione del singolo caso perchè molti sono i fattori in grado di modificare i criteri di interpretazione del tracciato

da ipossia, ma non ancora francamente patologico, soprattutto per la variabilità ancora normale o modicamente ridotta, non era censurabile un atteggiamento conservativo se volto alla individuazione e rimozione dei possibili stimoli ipossici e alla risoluzione del problema.

In altri giudizi è stato invece necessario affrontare il problema dell'interpretazione e dei pattern cardiocografici patologici nel periodo espulsivo mettendo in evidenza che la patologia cardiocografica nella seconda fase del travaglio non si correla alla presenza di decelerazioni (presenti durante la contrazione e la spinta materna), bensì è correlata alla presenza di bradicardia rilevando la frequenza di base e l'accumulo dei latiti. La difesa è stata in detti casi improntata sulla tempestività decisionale e organizzativa, per scongiurare l'evento avverso.

Altri quadri drammatici sono stati determinati da casi di grave anemia del feto, importante deficit di emoglobina dipesi da eventi rari tuttavia occorsi, quali: il distacco di placenta, la rottura dei vasi previ, il corionangioma placentare, tutte situazioni che espongono il feto ad un elevato rischio di mortalità.

Si sono avuti processi per mortalità perinatale in gravidanze oltre il termine, macrosomie in madri diabetiche non curate, rottura pre travaglio pretermine delle membrane e parto pre-termine. In detti casi è stato fondamentale illustrare al PM e/o al giudice i fattori persistenti nell'anamnesi che portano a parto pre-termine e i trattamenti adottati per ridurre il rischio, idonei allo scopo, seppur inefficaci nel caso concreto, nonché le somministrazioni profilattiche.

Si è notato un atteggiamento severo e preconcetto da parte del giudicante in alcuni processi per morte fetale da madre diabetica.

Com'è noto il termine morte perinatale compren-

de i casi di morte intrauterina e quelli di morte neonatale oltre il 21° giorno di vita. Casi molto complessi si sono affrontati in giudizi per insuccessi in gravidanza in donne con diabete pre-gestazionale che non avevano osservato le precauzioni terapeutiche per l'assunzione di insulina. Nonostante il monitoraggio fetale accurato, il controllo glicemico, l'ecografia, l'induzione al parto e le cure neonatali prestate, è residua una certa incidenza (bassa ma constatabile) di morte fetale, specie in gravide di razza nera, età superiore ai 35 anni, obese, o gravidanze multiple, fattispecie queste ricorrenti nei processi.

Far comprendere ai giudici che fattori di rischio come l'obesità, anomalie congenite fetali, diabete preesistente o gestazionale, aumentano il rischio di morte fetale intrauterina, non è compito semplice, perché spesso i magistrati ripongono una fiducia illimitata nelle possibilità predittive nella cardiocografia, non tenendo in conto che la letteratura dimostra come le cause di morte fetale sono numerose e nella maggior parte dei casi (50% della pratica clinica) non si riesce ad identificare un'origine precisa.

Per questo motivo è indispensabile oltre l'autopsia fetale, l'esame della placenta, oltre agli accertamenti di laboratorio.

Per concludere, si può riflettere sulla necessità di una gestione della gravidanza e parto scrupolosa da parte dell'ostetrico-ginecologo e condivisa con i futuri genitori, ma anche sulla necessità, potendo ridurre ma non completamente escludere i rischi e gli eventi avversi, di meglio informare il magistrato su tutti quei fattori di rischio indipendenti dalla bravura, perizia, diligenza e prudenza del professionista e che a volte si verificano nonostante tutti gli accorgimenti e l'impegno posti in essere e scelte terapeutiche corrette da parte degli ostetrici-ginecologi.

Occorre evidenziare ai pazienti e ai magistrati che l'obbligazione del medico è un'obbligazione di mezzi e non di risultato e la sua professionalità, dedizione e scrupolosità non sempre si riesce a scongiurare conseguenze imprevedibili o inevitabili e non necessariamente ricollegabili causalmente a degli errori qualificabili come malpractice.