

Implicazioni medico-legali della distocia di spalla

G. LIGUORI*, A. TOLINO*, A. D'ETTORE, A. TORTORA*, L. BATTISTA, A. VITELLI
L.O. SCALDARELLA

RIASSUNTO: Implicazioni medico-legali della distocia di spalla.

G. LIGUORI*, A. TOLINO*, A. D'ETTORE, A. TORTORA*,
L. BATTISTA, A. VITELLI, L.O. SCALDARELLA

La disciplina ostetrico-ginecologica ha subito una profonda trasformazione nell'ultimo ventennio, dovuta sia al continuo progresso tecnico-scientifico, sia alla maggiore pressione medico-legale, per cui si è accelerato lo storico diverbio tra parto spontaneo o taglio cesareo.

Al centro del dibattito rimangono le paralisi ostetriche conseguenti ad eventi di distocia di spalle, complicanza-emergenza ostetrica che lascia deficit anatomico-funzionali permanenti nel neonato. In tale lavoro gli Autori discutono la definizione di parto eutocico e delle indicazioni rispetto alla condotta clinica da tenere nelle diverse situazioni (procedure), della distocia di spalla, della sua patogenesi, dei fattori di rischio, della diagnosi di megalosomia fetale, delle manovre ostetriche applicabili, delle paralisi ostetriche che si possono produrre.

SUMMARY: **Medico-Legal implication of shoulder dystocia.**

G. LIGUORI*, A. TOLINO*, A. D'ETTORE, A. TORTORA*,
L. BATTISTA, A. VITELLI, L.O. SCALDARELLA

The obstetric-gynecological discipline has suffered a deep transformation in the last twenty years, due to continuous technical-scientific progress and to the big medico-legal pressure, so that it is increasing the storical dispute between spontaneous and cesarean delivery. There is a very important debate about the obstetric analysis as consequences of shoulder dystocia, obstetric complication-emergency that leaves permanent anatomy-functional deficit in the child. In this work Authors discuss about spontaneous delivery definition and about indications to clinical behaviour in different situations (procedures), of shoulder dystocia, megalosomia diagnosis, of obstetric paralysis that can occur.

KEY WORDS: Distocia - Paralisi ostetrica - Megalosomia.
Dystocia - Obstetric paralysis - Megalosomia.

Introduzione

La distocia di spalla rappresenta una complicanza-emergenza del parto vaginale ad insorgenza improvvisa, di difficile previsione, talvolta drammatica, che richiede una immediata, decisa e sicura soluzione da parte dell'ostetrico, per evitare danni fetali immediati, oppure tardivi ed irreversibili al neonato.

Si verifica durante il periodo espulsivo quando, dopo la fuoriuscita della testa fetale, in presenza talvolta, ma non sempre, di uno o più fattori favorenti, come ad esempio, eccessive dimensioni fetali, primiparità, obesità materna, anomala rotazione interna-esterna

della parte presentata, chi assiste il parto incontra un certo grado di difficoltà nella estrazione delle spalle fetali dall'alvo materno, difficoltà che non può essere superata soltanto dalla abituale, moderata trazione che viene esercitata verso il basso sulla parte presentata cefalica. Ecco come è stato descritto da Chang il determinarsi del drammatico evento: "Nel suo tipico manifestarsi, dopo l'espulsione di una voluminosa testa fetale, l'ostetrica/o incontra una imprevista difficoltà nel disimpegnare la spalla anteriore mediante la consueta trazione sulla testa fetale. Questa situazione è il risultato dell'impatto della spalla anteriore contro la sinfisi pubica invece della sua rotazione al di sotto di questa". Ecco quindi che "il blocco delle spalle durante il parto costituisce una vera e propria emergenza ostetrica che può avere come conseguenza un trauma importante alla madre e al feto".

Essa si verifica prevalentemente a destra per la più comune posizione occipito-anteriore sinistra; è un'evenienza ostetrica la cui incidenza varia dallo 0.15 al 2% rispetto al totale dei parti vaginali. In campioni selezionati

Università degli Studi di Napoli "Federico II"
Dipartimento di Scienze Ostetrico-Ginecologiche
Urologiche e Medicina della Riproduzione
(Direttore: A. Tolino)

Pervenuto in redazione: maggio 2004

© Copyright 2005, CIC Edizioni Internazionali, Roma

nati di *donne diabetiche ed obese ha una frequenza 5 o 6 volte maggiore*. La diversità dell'incidenza deriva in parte da una non sempre corretta interpretazione del termine distocia, o di "*distocia vera*", che deve essere definita come "*la difficoltà delle spalle ad attraversare spontaneamente la pelvi materna dopo l'espulsione della testa fetale a causa della notevole discrepanza tra le dimensioni del capo e le dimensioni delle spalle*"; ovvero arresto che occorre sopra o dietro la sinfisi pubica con impossibilità alla progressione della spalla posteriore nella concavità sacrale e che necessita di manovre estrattive. Alcuni, infatti, ritengono distocici tutti i parti in cui si verifichi una generica difficoltà estrattiva delle spalle dopo il disimpegno della testa, pur non necessitate di specifiche manovre. Alla distocia di spalla possono far seguito alcune complicanze materne e neonatali. Emergono per importanza, sia pure in un numero limitato di casi, l'anossia e la morte fetale, correlate al prolungamento dei tempi del parto, potendo causare danni cerebrali permanenti fino alla morte del prodotto del concepimento. Altre complicanze immediate sono le lesioni neurologiche del plesso brachiale, da attribuire alla eccessiva trazione e flessione laterale del collo, che si realizza nelle manovre di disimpegno. Infine le fratture ossee, che si producono anche quando le manovre adottate per il disimpegno del feto sono state correttamente eseguite, rappresentano un'altra importante complicanza immediata: la più frequente è la frattura clavicolare, talvolta provocata intenzionalmente dall'ostetrico per ridurre il diametro bisacromiale; ma sono possibili anche fratture cervicali inferiori e dorsali superiori. La frattura omerale solitamente si realizza durante l'esecuzione di manovre tese a mobilizzare e disimpegnare l'arto posteriore.

Patogenesi

Il normale andamento del parto prevede che la spalla posteriore si impegni per prima nello stretto pelvico superiore lungo uno dei diametri obliqui della pelvi. Quando l'estremo cefalico, giunto allo stretto medio, ruota all'interno della pelvi (*rotazione interna*) e pone il suo diametro più lungo nella direzione del diametro antero-posteriore del canale del parto (che in quel punto è il diametro maggiore), anche le spalle ruotano normalmente venendo a collocarsi lungo il diametro obliquo della pelvi (opposto alla testa).

Se la rotazione non avviene a causa della sproporzione tra il diametro bisacromiale del feto e la pelvi materna, le spalle si collocano lungo il diametro antero-posteriore della pelvi e la spalla anteriore del feto viene a bloccarsi sopra o contro la sinfisi pubica materna.

Identico risultato, tuttavia, può verificarsi anche quando, a spalle impegnate nel canale del parto, viene a mancare il movimento di rotazione interna delle stesse, evenienza questa che porta il diametro bisacromiale a

confrontarsi con il diametro antero-posteriore della pelvi.

Pertanto, a seconda del meccanismo patogenetico, la distocia di spalla si differenzia in due tipi:

- *distocia di primo tipo o alta*, in cui manca l'impegno delle spalle nel canale del parto; esse restano bloccate al di sopra del canale osseo generalmente con la spalla anteriore al di sopra dell'arcata pubica, ovvero su un piano più craniale che non permette il disimpegno della testa fetale;
- *distocia di spalla di secondo tipo o bassa*, in cui si verifica l'impegno delle spalle nel canale osseo, ma viene a mancare la rotazione interna delle spalle. Ciò porta il diametro bisacromiale a confrontarsi con il diametro antero-posteriore della pelvi con regolare disimpegno della testa.

La prima delle due situazioni - alta - è la più severa e richiede manovre difficili e complesse, mentre la seconda si giova solitamente di manovre meno traumatizzanti.

Fattori di rischio

La letteratura individua l'aumento del rischio di danno iatrogeno del plesso brachiale in relazione a: prima gravidanza; eccessivo incremento ponderale della gestante (un incremento ponderale maggiore di 12 kg è stato osservato nel 44.5% dei casi di distocia di spalla); gravidanza protratta oltre il termine delle 38 settimane; età materna superiore ai 30 anni; diabete materno o gravidico; obesità; elevato numero di gravidanze; megalosomia fetale; pregressi parti distocici e/o di neonati megalosomici; alterazioni anatomiche del bacino; bassa statura della madre; pelvi stretta o asimmetrica; mancata discesa del feto nel canale del parto; travaglio prolungato.

La megalosomia fetale è generalmente riconosciuta come il fattore più importante nel determinare la distocia di spalla; considerando megalosomi i feti il cui peso è superiore ai 4.000 - 4.500 grammi, o quelli con eccesso ponderale superiore del 20% rispetto alla media ponderale della corrispondente età gestazionale, o risultati al di sopra del 90° percentile delle cure di accrescimento intrauterino normale.

La megalosomia fetale aumenterebbe il rischio di distocia di spalla di 2.6 volte nei feti con peso compreso tra 4.000 e 4.500 grammi e di 21.6 volte per valori ponderali superiori ai 4.500 grammi. Nella genesi della megalosomia vengono riconosciuti tre fattori, che sono comunque implicati nei processi di accrescimento fetale: fattori genetici; ormoni fetali; stimoli materni ed ambientali. Non esistono test predittivi capaci di identificare specificamente i primi due fattori. Tra gli stimoli materni ed ambientali rientrano fattori anamnestici; obesità; abitudini alimentari in gravidanza; diabete gravidico.

Ciascuno di questi parametri, isolatamente considerato, rappresenta un *indicatore del rischio*, non la certezza dell'evento. Infatti, la constatazione che la distocia di spalla è più frequente nelle primigravide non significa certo che la prima gravidanza costituisca un'indicazione al taglio cesareo qualora sussistano altre e più serie indicazioni (ad esempio, stentato impegno della parte presentata, rotazione anomala dell'estremo cefalico). Certo è che, da questo punto di vista, le certezze sono piuttosto scarse e numerose gestanti con anamnesi positiva per fattori di rischio partoriscono facilmente, mentre la temuta complicanza si verifica talvolta in donne normali sotto ogni profilo.

Diagnosi di megalosomia

Sono considerati megalosomi (*large for date* sproportionati in eccesso), tutti i feti il cui peso alla nascita superi il 90° percentile delle curve di accrescimento intrauterino normale, ovvero con eccesso ponderale superiore del 20% rispetto al peso della corrispondente età gestazionale. In realtà, prima delle 37 settimane di età gestazionale, anche se il peso del feto supera il 90° percentile, difficilmente le dimensioni fetali possono causare una distocia meccanica. Qualche Autore pone il limite di 4.500 grammi.

L'incidenza della megalosomia alla nascita è dell'8.9%, con punte che arrivano anche al 10% dei casi. L'eziopatogenesi è multifattoriale ed oltre il 50% dei feti megalosomi nasce da madri in cui non sono identificabili fattori di rischio. La diagnosi prenatale di megalosomia non risulta facile, né agevole, in quanto la valutazione clinica del peso fetale risente di evidenti margini di errore a causa del volume del liquido amniotico, della obesità materna, delle anomalie uterine e di ulteriori fattori. È indubbio che l'esame clinico è molto importante e può da solo permettere di porre diagnosi.

Tra le metodiche diagnostiche disponibili, l'*ecografia* consente di individuare con precocità e sufficiente accuratezza le variazioni dell'accrescimento ponderale, mediante la misurazione di alcuni parametri ecobiometrici fetali. Nei feti megalosomi il peso è calcolato in base alla biometria cefalica, poi con la biometria addominale, quindi con lo studio di indici biometrico-ponderali come il rapporto tra circonferenza cranica e circonferenza addominale (CC/CA) e l'indice diametro medio addominale risulta più attendibile rispetto a quello ricavato con il diametro biparietale e la misurazione della lunghezza femorale. Tuttavia, Cohen e coll. affermano che la differenza tra il diametro addominale ed il diametro biparietale (*cut off value of 2.6 cm*) in feti megalosomici di madri diabetiche rappresenta un sensibile fattore per la valutazione del

rischio di distocia. I dati della letteratura suggeriscono di individuare nella crescita di 1.5 cm della circonferenza addominale tra la 32^a settimana e la 39^a settimana un valido indice predittivo della megalosomia fetale. Infine, la misurazione della quantità del liquido amniotico fornisce indicazioni, sebbene aspecifiche, sulla correlazione tra polidroamnios ed elevata taglia fetale.

In ogni caso, resta aperto il problema della sottostima del reale peso del feto alla nascita attraverso l'indagine ecografica, la quale ha un margine di errore del 7-10%. Si ritiene che nel 70% dei casi il peso fetale venga sottostimato, mentre nel 20% dei casi esso viene sovrastimato.

Altre metodiche diagnostiche di più recente introduzione per la diagnosi della megalosomia fetale, ancora oggi in fase di valutazione, sono il *neural network* un sistema di elaborazione di variabili che include lo studio dei parametri materni e fetali, anamnestic, clinici ed ecografici e l'*echo planar imaging*, particolare risonanza magnetica nucleare che permette di rilevare le immagini in una istantanea bloccando il movimento del feto. Il parto di un feto megalosoma è comunque un evento particolarmente rischioso, sia per la madre che per il feto.

Paralisi ostetriche

Sotto questa denominazione si raccolgono tutte le lesioni della spalla, prodotte durante l'espletamento del parto. La loro importanza è dovuta sia alla relativa frequenza, sia alla necessità di fare diagnosi ed iniziare la terapia molto presto. Varie lesioni vengono raggruppate in un unico capitolo perché l'atteggiamento dell'arto del neonato è sempre quello che viene assunto nelle paralisi di moto, anche nei casi in cui si tratta soltanto di lesioni dello scheletro. Fra queste le più importanti sono:

- le fratture della clavicola;
- le lussazioni della spalla;
- i distacchi epifisari;
- le lesioni del plesso brachiale (paralisi ostetriche vere).

Le fratture della clavicola nel neonato erano molto frequenti nei feti megalosomici: la diagnosi è facile per la tumefazione in regione claveare e la prognosi favorevole. La guarigione avviene sempre entro un termine di 8-10 giorni, senza lasciare postumi. La lussazione della spalla è un'evenienza rara. Non sempre la diagnosi è facile, in mani poco esperte, ma la riduzione è facile se eseguita subito; dopo 5-7 giorni la riduzione incruenta non è più possibile e bisogna ricorrere alla riduzione chirurgica. Il distacco epifisario della testa dell'omero è una lesione rara. La sintomatologia è caratterizzata

dall'atteggiamento in adduzione ed intrarotazione e dalla completa inerzia dell'arto. La diagnosi è generalmente difficile, anche con l'esame radiografico, perché la testa omerale, non essendo ossificata, non permette l'evidenziazione della lesione, specie nei casi in cui lo spostamento non è completo ed i rapporti tra diafisi omerale e scapola (visibili radiograficamente) non sono alterati in modo importante. Assenza di diagnosi significa assenza o insufficienza di trattamento; un buon risultato si ottiene soltanto con la riduzione del distacco e con la immobilizzazione in apparecchio gessato. Nei distacchi completi, non trattati, si verifica sempre un difetto dell'accrescimento dell'arto per la lesione della cartilagine di coniugazione e la dislocazione, con alterazioni funzionali della spalla. Nelle dislocazioni parziali, senza rotazione di monconi, la prognosi è solitamente buona.

La *paralisi di Erb-Duchenne*, causata da una lesione a carico del plesso brachiale superiore, è caratterizzata da: spalla addotta, paralisi flaccida e intrarotazione dell'arto superiore, polso pronato, riflessi tendinei profondi per lo più assenti. Normalmente non è presente un deficit sensitivo; frequente è la paralisi omolaterale del diaframma.

I traumi delle radici inferiori, cosiddetti *tipo Klumpke-Dejerine*, mostrano un maggiore interessamento sensitivo e vasomotorio, con ipomobilità o paralisi dei muscoli flessori ed estensori dell'avambraccio e dei muscoli della mano. I riflessi tendinei profondi sono conservati, il riflesso di prensione è debole; sono presenti anche edema e cianosi con alterata vascolarizzazione, "marmorizzazione" dell'avambraccio e della mano deficit sensitivi (caldo-freddo). Spesso è associata omolateralmente la sindrome di Horner (miosi, ptosi, anidrosi facciale).

Solitamente né la paralisi di Erb né quella di Klumpke sono associate ad un'evidente perdita di sensibilità (che suggerisce uno stiramento o un'avulsione). Tali condizioni, generalmente, migliorano rapidamente, ma i deficit possono persistere.

Quando è interessato il plesso brachiale nella sua totalità, è presente immobilità dell'arto superiore e di solito anche perdita della sensibilità. Segni piramidali ipsi-laterali indicano l'interessamento contemporaneo del midollo spinale. Può essere coinvolto l'accrescimento successivo dell'arto interessato. La prognosi per la guarigione è sfavorevole.

Anche l'ausilio dell'elettromiografia e l'esame della conduzione nervosa non sempre consentono di formulare una diagnosi precisa, se non dopo 2 o 3 mesi dalla nascita. La terapia deve quindi iniziare prima di aver precisato la diagnosi e prima di aver emesso un giudizio prognostico preciso, ossia immediatamente dopo la nascita, e si deve prefiggere lo scopo di favorire l'affrontamento dei monconi nervosi interrotti per

rendere possibile la rigenerazione dei cilindrassi, il mantenimento del tono e del trofismo dei muscoli periferici, la conservazione degli atteggiamenti corretti e la funzione articolare. La maggior parte dei neonati affetti da paralisi ostetriche del plesso brachiale che mostrano segni di recupero nei primi 2 mesi di vita molto probabilmente presenterà in seguito una funzione normale.

Tuttavia quei neonati che non recuperano nei primi 3 mesi hanno un rischio significativo di limitazione persistente della forza e dell'articolazione. Quando il ritardo nel recupero si prolunga da 3 ad oltre 6 mesi, il rischio aumenta in proporzione. La presenza di una lesione totale del plesso, di una lesione parziale con deficit C5-C7 o di una sindrome di Horner rappresenta un fattore prognostico negativo.

Discussione e conclusioni

La distocia di spalla è una patologia molto complessa, sia da un punto di vista eziopatogenetico che diagnostico e prognostico, tanto che le Comunità scientifiche internazionali - negli ultimi anni - si sono prodigate ad evidenziarne in letteratura il valore di complicità/emergenza imprevedibile e, nella maggioranza dei casi, imprevedibile. Di contro, l'ampia generale panoramica, della responsabilità professionale offre notevoli spunti al riguardo, poiché, ove essa ricorre, ben difficilmente non vede esercitata un'azione penale e/o richiesta risarcitoria. Se da un lato, quindi vi è un atteggiamento atto a considerare sempre più l'evento distocico come una "variabile del parto spontaneo" o, meglio, come un' imprevedibile ed imprevedibile complicità del normale periodo espulsivo, dall'altro vi è la "costante" richiesta di chiarezza e trasparenza dell'atto medico, al fine di valutarne la connessione causale colposa con l'insorgenza di eventuali lesioni. Del resto, l'opinione pubblica ha assunto, in generale, un atteggiamento accusatorio nei confronti dell'operato del sanitario in caso di danno neonatale, vuoi per l'erronea informazione fornita dai media che tendono a pubblicizzare i casi di "mala sanità" indipendente anche dal semplice giudizio di merito, vuoi che per la comune convinzione che il danno neonatale conseguente a distocia di spalla è sempre causalmente connesso al colposo operato dell'ostetrico.

Ne deriva l'importanza di idonee e coerenti scelte di trattamento che, nella fattispecie della distocia di spalla derivano anzitutto dalla individuazione precoce dei fattori di rischio che potrebbero orientare verso il taglio cesareo (*ostetricia preventiva*); sebbene non sia importante, dal punto di vista pratico, rilevare la frequenza epidemiologica delle associazioni di rischio, ma la loro reale capacità predittiva nei confronti degli

eventi distocici e l'influenza predisponente ad una determinata condotta assistenziale e scelta della via da seguire per l'espletamento del parto.

Il peso neonatale è la variabile più importante nel determinare la distocia di spalla ed alcuni Autori ritengono di dover concedere un travaglio di prova a tutte le gestanti con peso fetale stimato *borderline*, ovvero tra i 4.000 e 4.500 g, di dover avviare ad un taglio cesareo elettivo tutte le donne con peso superiore ai 4.500 g. Tuttavia resta il dubbio della reale stima del peso fetale, che il più delle volte non è accurata. Ebbene, tra gli incerti e contrastanti dati letterari, l'ostetrico deve avere un atteggiamento coerente, ovvero deve essere totalmente consapevole che in ogni caso egli dovrà dare prova delle proprie conoscenze e capacità tecniche in caso di distocia di spalla. Egli, cioè, dovrà essere in grado di scegliere in maniera scientificamente motivata, consona agli orientamenti della propria comunità scientifica. Di tale scelta dovrà informare la gestante illustrandone le motivazioni e le complicanze generiche e specifiche, e raccoglierne il consenso.

Il riconoscimento da parte dell'ostetrico di fattori ritenuti predisponenti di distocia di spalla deve imporre una maggiore prudenza nella condotta sanitaria, ed anche l'obbligo di una precisa e corretta informazione alla paziente.

In presenza di effettive ragioni tecniche, come in caso di una condizione di rischio *borderline* (ad esempio, con peso fetale stimato tra 4.000 e 4.500 g), l'informazione è doverosa e si rende necessario il *consenso informato* da parte della paziente, risultando in gioco la tutela contemporanea della salute della donna e del feto, per il rispetto della volontà della paziente e nel proprio interesse. Quindi, risulta ovvio che in una condizione di rischio *borderline*, laddove la scelta ricada sulla via naturale, l'ostetrico dovrà provare le sue capacità tecniche soprattutto a fronte dell'emergenza ostetrica, essendo noto - per giurisprudenza costante - che la prestazione sanitaria non comporta obbligo di risultato, bensì *obbligo di mezzi*, per ottenere il miglior risultato possibile, considerando inoltre che complicanze del periodo espulsivo possono verificarsi anche quando siano poste in essere tutte le manovre previste dall'arte ostetrica, già di per sé notevolmente traumatiche.

Ogni ostetrico, prima di affrontare la sala parto, deve possedere la formazione necessaria per fronteggiare le emergenze, tenendo conto che quando queste si verificano, egli ha a sua disposizione 5 o 10 minuti, tempo limitato ma sufficiente per eseguire con calma e precisione tutte le manovre descritte in letteratura e dare prova di aver ottemperato all'obbligazione di mezzi. Del resto, tra le varie pronunce della Cassazione va ricordata la sentenza n. 364 del 15/1/97: "*spetta al medico fornire la prova che la prestazione è stata eseguita in modo idoneo e che quegli esiti peggiorativi sono stati determinati*

da un evento imprevisto ed imprevedibile, eventualmente in dipendenza di una particolare condizione fisica della paziente non accertabile e non evitabile con l'ordinaria diligenza professionale".

Risultano quindi sottolineati dalla sentenza di Cassazione sia l'aspetto della perizia, sia la considerazione dei rischi antecedenti alla scelta eseguita. Naturalmente, quando risulti dimostrato che il problema tecnico è di speciale difficoltà ex art. 2236 c.c., la responsabilità dell'ostetrico per danni arrecati al neonato è ammessa solo per grave imperizia, come può essere il non aver posto in atto manovre estrattive. È chiaro che in un contesto valutativo medico-legale assume grandissimo rilievo la compilazione del partogramma e della stessa cartella clinica. Cattinelli afferma "*che la cartella clinica è l'unico elemento tecnico che consenta la ricostruzione a posteriori di una vicenda clinica avente riflessi medico-legali*".

Farneti e Brondolo ritengono che esso è "*il documento fondamentale su cui si basa la valutazione del perito*". Secondo la Sentenza di Cassazione n. 10695 del 27/9/99, le "*attestazioni contenute in una cartella clinica sono riferibili ad una certificazione amministrativa per quanto attiene alle attività espletate nel corso di una terapia o di un intervento, mentre, per quanto attiene alle valutazioni, alla diagnosi o comunque a manifestazioni di scienza o opinione, non hanno alcun valore probatorio privilegiato rispetto ad altri elementi di prova*".

Essa costituisce quindi la verbalizzazione di un andamento; è un diario clinico diagnostico terapeutico documentante un certo momento assistenziale; la prova che il medico, in quel particolare momento, abbia compiuto tutti gli atti idonei a raggiungere il miglior risultato possibile in quelle specifiche circostanze. La cartella clinica carente rappresenta, perciò, un elemento di giudizio di scarsa diligenza dell'équipe medico-assistenziale, una base probatoria del comportamento dell'ostetrico nella prestazione professionale.

Per concludere, quindi, è chiaro che di fronte alla svolta impressa alla impropria attività professionale, l'ostetrico è tenuto non solo ad acquisire contezza delle norme giuridiche che regolano l'opera da lui svolta, conoscendone l'applicazione pratica ed i "*costanti*" risvolti medico-legali, ma nel concreto è tenuto a provare le sue capacità tecniche a fronte della prevenzione e del trattamento dell'emergenza ostetrica della distocia di spalla, tenendo conto che la "*variabile distocica*" sarà considerata complicanza del periodo espulsivo e le lesioni da essa derivate non ritenute colpose, solo se siano stati ottemperati preventivamente tutti gli obblighi operativi previsti dall'arte ostetrica, ed informativi, sia generici che specifici. Tuttavia nonostante, i molteplici tentativi di fornire univoche interpretazioni dell'operato dell'ostetrico e del rapporto ostetrico-gestante, il vertiginoso aumento delle *controversie medico-*

legali collegate ai parti con distocia di spalla e i conseguenti orientamenti giurisprudenziali in tema di responsabilità dell'ostetrico sia in sede penale che civile, legittima l'operatore a sostenere che la distocia di spalla rappresenti una "variabile ostetrica" ed il cittadino,

di contro, a credere che essa rappresenti - invece - l'evenienza "costante" correlata alla responsabilità professionale, in funzione del desiderio rivendicativo di giustizia e del suo presupposto risarcitorio.

Bibliografia

1. ARISI E., CEMBRANI F.: *La distocia di spalla: esame clinico e medico-legale*. Atti LXXII Congr. Soc. It. Ginec. Ost., Grado-Trieste, 1-4 giugno 1997, pag. 243.
2. BAGER B.: *Perinatally acquired brachial plexus palsy. A persisting challenge*. Aca Paed.Int J of Paed., 86/11,1997.
3. BERARD et al.: *Fetal macrosomia: risk factors and outcome. A study of the outcome concerning 100 cases > 4.500 gr*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 77/1, 1998.
4. BORRUTO F., COMPARETTO C., ACANFORA L., BERLOCO P., CIANCIULLI D., BERTINI G., RUBALTELLI F.F.: *Attuali possibilità di prevenzione della megalosomia fetale*. Atti LXXII Congr. S.I.G.O. Grado-Trieste, 1-4 giugno 1997.
5. BUCCELLI C.: *Alcune riflessioni etiche, diagnostiche e giuridiche in tema di diagnosi in tema di diagnosi prenatale*. In: Problemi nella diagnosi prenatale, Convegno Nazionale, Napoli 1990.
6. BUCCELLI C., VACCHIANO A.: *La responsabilità individuale e delle strutture negli incidenti da parto*. Rass. Med Forense, 26,25,1988 in "La responsabilità medica in ambito civile. Fineschi-Giuffrè 1989, pag 581.
7. CALZOLARI E.: *La distocia di spalla e la paralisi del plesso brachiale nel nuovo nato*. Tagete n.1, Marzo 2001.
8. CARDONE A., CASSESE S., PASSARO M.: *Modalità di parto: implicazione medico-legali*. Atti LXXIV Congr. S.I.G.O. Milano, 20-23 sett. 1998, pag. 97.
9. GONEN R. et al.: *Is macrosomia predictable and are shoulder dystocia and birth trauma preventable?* Obstet Gynecol, 1997; 88 (4):526-29.
10. GHERMAN R.B. et al.: *Brachial plexus palsy associated with cesarian section: an in utero injury?* Am J Obstet Gynecol, 1997; 77(5):1162-64.
11. RONCHI E., SCAGLIONE M., PIFAROTTI G.: *La distocia di spalla: aspetti medico-legali*. Riv It Med Leg, 2000:481-91.
12. TOLINO A., BATTISTA L., LIGUORI G., SODANO A., D'ANGIOLELLA M.L., GAMBARDELLA V., CARDONE A.: *La distocia di spalla: aspetti medico-legali*. Giorn It Ost e Gin. 2002; 24 (9):367-69.
13. TOLINO A., BATTISTA A., LIGUORI G., D'ANGIOLELLA M.L., SODANO A., CARDONE A.: *La macrosomia fetale: aspetti clinici e medico-legali*. Giorn It Ost Gin., 2002;24 (9) 371-74.
14. TOLINO A., BATTISTA A., LIGUORI G., SODANO A., D'ANGIOLELLA M.L., CARDONE A.: *Aspetti medico-legali del parto spontaneo e del taglio cesareo*. Giorn It Gin Ost, 2002; 24 (9):375-77.