

La distocia di spalla: un delicato problema di ostetricia forense

P.F. TROPEA

Introduzione

Gli attenti osservatori della casistica giudiziaria concernente la responsabilità professionale del ginecologo sanno che una buona parte di tale contenzioso riguarda le sequele neonatali inerenti quella particolare complicanza del parto vaginale nota come distocia di spalla.

Sebbene tale evenienza sia da considerare non rara, riguardando circa l'1% dei parti espletati per via bassa, solo una percentuale modesta (15%) delle distocie di spalla si complica con una paralisi del plesso brachiale del feto le cui conseguenze a distanza possono essere assai rilevanti sul piano dell'inabilità permanente.

Ciò spiega l'iniziativa dei genitori del neonato di intraprendere nei confronti dell'Ostetrico un giudizio civile con lo scopo dichiarato di ottenere un risarcimento del danno la cui entità è correlata con la gravità del pregiudizio subito dal neonato stesso.

Il primo rilievo che in tali casi viene mosso al Ginecologo concerne la mancata effettuazione di un taglio cesareo profilattico che ovviamente avrebbe evitato la complicanza suddetta che in tutta evidenza appartiene esclusivamente al parto vaginale.

Da un punto di vista medico-legale il problema dunque concerne la possibilità di prevedere l'instaurarsi al momento del parto di una distocia di spalla e quindi la decisione dell'Ostetrico di preferire la via addominale elettiva piuttosto che affrontare un parto di prova per via vaginale.

È evidente che la prevedibilità dell'evento (in tal caso la distocia di spalla) è in funzione dell'esistenza di elementi, clinici e strumentali, che consentano di predire una difficoltà di espletamento del parto per via vaginale.

Il primo e più importante di tali dati è rappresentato dalla macrosomia fetale in ragione della ovvia difficoltà di disimpegno delle spalle per un feto di

dimensioni ragguardevoli che presenti un diametro bisacromiale superiore alla norma.

Ove sia possibile accertare tale condizione di macrosomia, sia clinicamente che mediante esame ecografico, a termine di gravidanza, il mancato ricorso ad un taglio cesareo profilattico configura profili di colpa professionale dell'Ostetrico.

Tuttavia, è stato dimostrato che non esiste una relazione costante e diretta tra distocia di spalla e macrosomia fetale, atteso che in una buona percentuale di casi tale evento interviene in fase di espletamento del parto di feti di peso normale.

Peraltro, la limitata possibilità di una esatta definizione prenatale delle dimensioni del feto è confermata dal fatto che l'attendibilità della valutazione ecografica del peso fetale, pur nell'ambito di uno scarto del 10%, può essere calcolata corrispondente ad una percentuale oscillante tra il 50 e il 70%, ben lontana da quella esattezza del 100% che la paziente accredita all'esame ecografico.

È ben vero che esistono altri dati di cui l'Ostetrico deve tener conto prima del travaglio di parto che possono costituire un fattore di rischio di distocia di spalla, essendo tali fattori rappresentati dal diabete materno, dall'obesità materna, dalla pluriparità, dalla protrazione, dalla pregressa macrosomia e da un'eccessiva durata del travaglio di parto che predispone alla strumentalità vaginale cui non raramente si associa la distocia delle spalle.

È evidente che la mancata valutazione di tali dati, ove esistenti, con particolare riguardo all'omissione di un esame ecografico a termine di gravidanza (Tribunale Parma 1990) pur tenendo conto dei limiti di specificità e di sensibilità diagnostica che tale indagine presenta, espone il Ginecologo al rischio di un'affermazione di colpevolezza in sede giudiziaria.

In un caso di cui si è occupata la giurisprudenza francese, l'Ostetrico è stato riconosciuto responsabile del pregiudizio subito dal neonato (lesione del plesso brachiale con invalidità permanente del 50%) conseguente ad una distocia di spalla che i dati clinici e strumentali in possesso del Ginecologo avrebbero consentito di prevedere. I consulenti d'ufficio hanno

in questo caso affermato che i rischi prevedibili del parto per via vaginale avrebbero potuto essere evitati ricorrendo al taglio cesareo profilattico che non presentava controindicazioni rispetto alle condizioni ottimali della gestante.

Al di fuori di tali casi in cui una previsione di distocia del parto legata ad una macrosomia fetale è possibile e sostenibile, il ricorso ad un cesareo profilattico sistematico nella semplice supposizione dell'esistenza di un feto non piccolo, non viene considerata in letteratura come una pratica proponibile, in considerazione dell'enorme aumento dei tagli cesarei cui si farebbe ricorso per prevenire una complicanza che solo in una piccola percentuale di casi si avverebbe comportando solo raramente l'instaurarsi di importanti sequele neurologiche fetali. Infatti, secondo Magnin e Pierre, per evitare un caso di lesione del plesso brachiale da distocia di spalla, sarebbe necessario procedere ad un numero di cesarei immotivati calcolabile tra 150 e 600 ogni anno. Ciò premesso, il problema concernente la responsabilità professionale del Ginecologo in tale evenienza, riguarda il comportamento dell'équipe ostetrica di fronte ad una patologia giudicata in una buona percentuale di casi scarsamente prevedibile. In pratica, il Ginecologo di fronte ad una distocia di spalla dovrà attuare una serie di provvedimenti tecnici atti a risolvere il problema con il minor danno possibile per il feto. Le manovre tecniche consigliate in questi casi dovranno essere attuate con ordine ed in sequenza cronologica non senza aver sollecitato l'intervento di un assistente che assecondi l'opera dell'Ostetrico. Pertanto si dovrà attuare la manovra di Mac Roberts (iperflessione delle cosce in abduzione) che in molti casi consente il disimpegno della spalla anteriore, un tentativo mediante pressione esterna di orientare la spalla verso il diametro obliquo del bacino ed infine la manovra di Jacquemier, spesso risolutiva ancorché traumatizzante per il feto. È estremamente importante ai fini medico-legali che tali tecnicismi vengano annotati diligentemente in cartella al fine di documentarne il ricorso da parte dell'Ostetrico, il che è essenziale in corso di valutazione compiuta a posteriori dai consulenti tecnici.

Come chiaramente espresso nella sentenza della Corte di Cassazione n. 10297 del maggio 2004 (da

noi commentata in una nota a parte), il Medico è tenuto in questo caso a provare di avere effettuato le specifiche manovre necessarie per risolvere il problema, al di là di una generica affermazione circa l'esecuzione "di una qualche manovra la cui effettuazione sarebbe dimostrata dalla presenza di lesioni a carico del feto".

Non dimentichiamo che il Medico, nell'eseguire la prestazione sanitaria, è gravato di una obbligazione di mezzi (e non di risultato) dovendo egli dimostrare di aver adoperato con la diligenza specifica del debitore qualificato, gli strumenti che la scienza in quel determinato momento gli mette a disposizione, "il mancato risultato essendo costituito dal danno consequenziale alla non diligente esecuzione della prestazione".

Poiché l'imprevedibilità dell'evento e la drammaticità della situazione che si viene a creare nel caso della distocia di spalla trovano in genere l'Ostetrico impreparato ad affrontarla e risolverla, è indispensabile a nostro giudizio predisporre un protocollo di intervento che sia messo a conoscenza di tutto il personale che afferrisce alla Sala Parto, nel quale venga annotato scrupolosamente il comportamento che ciascun componente dell'équipe deve tenere e le manovre tecniche da eseguire in successione cronologica.

L'addestramento del personale può essere ottenuto anche attraverso l'effettuazione di una prova simulata, così come è d'uso fare negli Ospedali per la prevenzione delle grandi emergenze.

L'Ostetrico deve anche rammentare che ogni caso di distocia di spalla, ancorché risolto più o meno agevolmente, deve essere segnalato subito al Neonatologo in modo da consentire una diagnosi ed un trattamento precoci prevenendo sequele neurologiche tardive e più gravi.

È altresì raccomandabile che l'operatore informi con sincerità e chiarezza i genitori del neonato dell'evento patologico occorso in modo da sollecitarne il controllo assiduo da parte degli esperti in materia, con ciò evitando l'instaurarsi di un clima di sfiducia e di sospetto ingenerati da un difetto di doverosa informazione da parte del professionista.