

Ostetricia-ginecologia: branca professionale ad alto rischio

V. CIRESE*

Il contenzioso giudiziario continua a dimostrare che la Ginecologia ed Ostetricia sia una delle specialità più esposte alle aspettative di risultati perfetti e privi di complicanze e per tali aspettative richiami di frequente problematiche medico legali di particolare complessità, nonché di difficile trattazione giuridica.

Le c.d. *emergenze ostetriche*, le patologie materne e fetali dovute ad anestesia e/o analgesie, i danni neurologici del feto con la relativa diagnostica d'accertamento, la sepsi neonatale (batterica o virale) costituiscono, infatti, argomenti di notevole interesse sotto il profilo assistenziale e scientifico, senza tuttavia ricevere allo stato attuale compiuta ed univoca interpretazione nelle aule giudiziarie (ove vengono pertanto inadeguatamente trattati).

Non essendo questa la sede per illustrare tutti i casi in cui l'attività sanitaria può comportare il rischio di una responsabilità penale, sembra utile riassumere il senso complessivo dei tentativi della giurisprudenza e della dottrina di costruire nuove figure di responsabilità, più adeguate ai tempi, per valorizzare il diritto alla salute costituzionalmente protetto (art. 32 Cost.) nell'attuale contesto sociale.

Com'è noto, le linee evolutive riscontrabili in tema di responsabilità professionale del medico s'inseriscono nel dibattito, largamente diffuso anche negli altri Paesi della Unione Europea, sulla figura del garante, cioè sul titolare dell'obbligo giuridico d'impedire l'evento, il quale è responsabile anche quando l'intervento omissivo avrebbe solo ridotto il pericolo di lesione del bene protetto dalla norma (art. 40 c.p.).

Ogni ostetrico ha, direttamente o indirettamente, nozione delle possibili conseguenze dannose o pericolose relative all'espletamento della propria professione, sia da un punto di vista materno che fetale (manovre improprie, ritardi, diagnosi errate e comportamenti inadeguati che possono produrre danni molto gravi). Sempre più spesso, quindi, si ricorre al taglio cesareo per *sofferenza fetale* quando si suppone

compromesso il benessere feto-neonatale a causa di ipotetiche noxae patogene.

Per la diagnosi di *sofferenza fetale*, che può presentarsi in travaglio o al di fuori di esso, e com'è noto può essere acuta o cronica, ci si avvale di parametri clinici e strumentali.

La valutazione di tali parametri tuttavia rimane soggettiva e spesso prescinde erroneamente dal contesto clinico generale.

L'uso della tecnologia nel monitoraggio del travaglio di gravidanza e parto comporta inoltre alcuni grossi limiti: la funzionalità delle apparecchiature, la loro manutenzione e soprattutto la corretta interpretazione delle informazioni ottenute.

Un esempio significativo è rappresentato dal monitoraggio cardiocografico fetale (CTG), la metodica attualmente più diffusa per rilevare il battito cardiaco fetale. Ci poniamo quindi ancora una serie di interrogativi.

Se veramente è il benessere fetale e neonatale che sta a cuore, perché spesso non vengano segnalate le condizioni del neonato alla nascita (mediante una corretta documentazione dell'indice di Apgar), né vengono seguiti a lungo termine questi neonati, soprattutto in considerazione del sempre più elevato numero di nati in epoche precocissime di gravidanza?

Come possono essere così frequenti i casi di *sofferenza fetale* quando il processo scientifico dovrebbe aver apportato notevoli miglioramenti nel monitoraggio della gravidanza?

Perché all'incremento del numero di tagli cesarei non corrisponde una ulteriore diminuzione della mortalità perinatale? (questa, infatti, pur essendo diminuita notevolmente negli ultimi vent'anni, è da correlare prevalentemente a variabili di ordine socio-culturale).

Sempre più le pazienti ritengono che il danno cerebrale fetale possa essere prevenuto dal monitoraggio intra partum e da un cesareo d'urgenza. La realtà è che i migliori studi finora realizzati non hanno ancora dimostrato che il monitoraggio fetale consenta dei benefici nei confronti delle gravide a basso rischio, e sembra importante richiamare l'attenzione su alcuni

* Avvocato, Roma
(da "Il Medico ospedaliero e del territorio, anno III - n. 4/2005)
© Copyright 2005, CIC Edizioni Internazionali, Roma

aspetti finora sottovalutati dal fiorire della metodica della cardiocografia (CTG) in ostetricia, atteso che uno dei problemi medico-legali più spinosi rimane quello delle discrepanze interpretative inter-operatore (i sistemi automatici non sono affidabili in travaglio ma solo ante-partum, lasciando immutato il problema interpretativo che con più frequenza ingenera conflitti medico-legali).

Viene da chiedersi per quale motivo uno strumento diagnostico con limiti così evidenti costituisca il fulcro intorno al quale ruota la maggior parte dei contenziosi che approdano nelle aule di giustizia per eventi avversi di tipo ostetrico. È possibile che, più o meno inconsapevolmente, i ginecologi abbiano dato alle pazienti messaggi poco chiari o deformati su questa metodica di sorveglianza fetale, creando false aspettative?

È possibile che questo atteggiamento sia stato amplificato dal fatto che l'opinione pubblica, strabiliata dai progressi della medicina, stenti ormai ad accettare limiti ed insuccessi?

Probabilmente quando una tecnologia medica diventa sempre più complessa, aumentano sia i benefici che i rischi e si crea l'aspettativa di un parto perfetto e privo di complicazioni.

Ma si tratta di aspettative non realistiche, in realtà si sa che l'esame non riconosce tutta la vasta gamma dei *grigi*, che potranno esservi falsi positivi e falsi negativi. Si sa che può non dare indicazioni specificamente attendibili sulla durata della normalità.

In tal senso ci si trova a produrre delle attese superiori ai dati della realtà. In qualche modo si effettua una sorta di *pubblicità ingannevole*: se dopo un monitoraggio andato bene il nascituro dovesse, in seguito, avere dei problemi, tutto potrebbe poi essere attribuito a ciò che è successo dopo l'esame.

Il contenzioso giudiziario in ambito ostetrico-ginecologico ha dimostrato come una problematica medico legale di particolare complessità e di difficile trattazione (sotto il profilo giuridico, risarcitorio, psicologico) sia quella legata alle lesioni/malformazioni dei neonati.

I neonati possono risultare affetti da un notevole numero di malformazioni e malattie congenite, ereditarie, acquisite in gravidanza, sia intrinseche al feto che dovute a situazioni materne; ciò è scarsamente noto e l'attenzione primaria è puntata a mortalità o lesione dovute all'evento parto. Tra le lesioni più denunciate ci sono quelle cerebrali.

Ai nostri giorni la mortalità perinatale nei Paesi sviluppati è stimata intorno al 10%, l'incidenza di bambini affetti da danno cerebrale (DCC) da parto sono circa dal 2 al 5%.

Sotto il termine di danno cerebrale si ricomprende un insieme di lesioni o anomalie tra cui quella molto grave di paralisi cerebrale che, come è noto, oltre ai

problemi neurologici comporta anche alterazioni del controllo dei movimenti, danneggiamento del tono muscolare, spasticità, ecc.

Da quando un ortopedico londinese (William Little, 1862) ricollegò una casistica di rigidità spastica a asfissia da parto, il convincimento del nesso di causalità tra evento parto e danno cerebrale connatale si è sempre più affermato nell'opinione pubblica, tra neonatologi, pediatri, ostetrici, medici legali, periti e soprattutto magistrati. Nelle aule di giustizia il binomio trauma da parto – danno cerebrale connatale ha trovato sempre maggiori consensi.

Per numerosi anni l'ostetricia ha proseguito nella ricerca di una metodica diagnostica valida e idonea a tutelare nel parto la madre e il feto, dagli anni '60 si sono succedute metodiche rivolte allo stesso scopo di: controllare il benessere del feto in gravidanza, in travaglio, nel parto e proteggerlo dal "trauma da parto".

Sempre negli anni '60 si è incrementato allo scopo l'utilizzo delle cardiocografie (CTG). In numerosi processi l'atteggiamento dei periti e dei magistrati è stato preconcepito rivolgendosi subito all'ostetrico che aveva effettuato il parto, come prima grave accusa per la nascita di un bambino affetto da danno cerebrale (DCC), di non aver praticato (affatto o tempestivamente) il taglio cesareo (TC) in presenza di un tracciato cardiocografico "non rassicurante", o allarmante.

Spesso, per la magistratura, l'ostetrico che si accinge ad assistere la gestante in travaglio e durante il parto per evitare il "trauma da parto" e/o un danno gravissimo al nascituro, al primo accenno di tracciato cardiocografico "non rassicurante" non deve avere alcuna esitazione ad interrompere il travaglio e portare la partorienti in sala operatoria per praticare un taglio cesareo (sottovalutando che anche il TC comporta dei rischi).

La situazione è analoga negli altri Paesi dell'Europa. Basti pensare che in Inghilterra il 70% dei contenziosi medico-legali relativi a danni cerebrali fetali connatali sono basati su presunte anomalie del tracciato CTG.

In Francia il 92% sono correlati a tagli cesarei non eseguiti o eseguiti troppo tardi per misinterpretazione del tracciato CTG.

All'attenzione dell'organo investigativo e al vaglio del dibattito frequentemente giungono casi in cui il ginecologo viene chiamato a rispondere dell'addebito di non aver valutato adeguatamente, in corso di travaglio, una situazione di sofferenza fetale acuta evidenziata dai tracciati CTG, per non aver predisposto in tempi utili ulteriori indagini mirate; per non aver eseguito altrettanto tempestivamente l'intervento chirurgico urgente di taglio cesareo, così cagionando al neonato lesioni gravissime per effetto di encelofalopatia ipossico ischemica patita in epoca perinatale.

In simili situazioni d'emergenza ostetrico-chirurgica, la responsabilità professionale del medico è ravvisata, da una parte, nell'estremo dell'imperizia, laddove si addebiti al sanitario di non aver saputo interpretare correttamente i tracciati cardiocografici eseguiti e, di conseguenza, non aver identificato la sofferenza fetale in atto, come invece avrebbe dovuto, non procedendo, in ragione di tale condotta imperita, all'incisione chirurgica.

Dall'altra parte, concorre la censura di negligenza ed imprudenza se si ascrive al ginecologo anche la condotta omissiva di non aver garantito alla paziente la doverosa ed assidua sorveglianza, sottoponendola tempestivamente ai più opportuni accertamenti.

Va notato che se normalmente il carattere colposo della condotta del sanitario, quando l'addebito è sotto il profilo dell'imperizia, è valutabile nel ristretto ambito della colpa grave (ex art. 2236 c.c.), la colpa del ginecologo per omesso intervento da errore di diagnosi non si atteggia invero esclusivamente ad imperizia, ben potendo concorrere con l'incapacità di formulare la giusta diagnosi, la negligenza e l'imprudenza, influenti sul processo formativo dell'errore.

In tali casi, quando l'errore è frutto di una condotta negligente ed imprudente, il sanitario risponde anche di colpa lieve sulla base di criteri valutativi ben più rigorosi. Inoltre, secondo la Cassazione penale, il concetto di colpa grave, previsto dall'art. 2236 c.c., è limitato al risarcimento dei danni in sede civile e non è estensibile all'ordinamento penale, dove un mero criterio di graduazione della pena (art. 133 c.p.) non vale ad escludere la sussistenza della colpa penale.

Sui criteri di valutazione della colpa per imperizia professionale la Cassazione è più severa e rigorosa per il sanitario fornito di specializzazione (e doveroso aggiornamento professionale).

La maggioranza dei casi di responsabilità professionale evidenzia nei capi di imputazione, addebiti specifici ricorrenti, come negli esempi di seguito riportati:

1) "l'aver cagionato in qualità di medico chirurgo presso il reparto d'ostetricia e ginecologia.. prestando assistenza al parto della paziente per colpa - omettendo un'adeguata valutazione del quadro clinico della partoriente con particolare riferimento alla situazione di sofferenza fetale evidenziata nei tracciati CTG delle ore X:Y dello stesso giorno e che presentavano caratteristiche analoghe al precedente tracciato delle ore Z:Z con una accentuazione della ridotta variabilità e migliore definizione dell'aspetto patologico delle decelerazioni che risultavano profonde di tipo tardivo, omettendo di predisporre ulteriori tempestive analisi dirette a tale controllo (definizione del BCF) e sospendendo anzi la registrazione CTG omettendo conseguentemente di disporre con urgenza e tempestività l'in-

tervento per il parto cesareo (effettuato solo dopo le ore X:X del giorno successivo)- lesioni gravissime (grave ritardo nello sviluppo psichico e motorio con epilessia di tipo mioclonico) al bambino per effetto dell'encefalopatia ipossico ischemica patita in epoca perinatale";

2) "per colpa, e cioè per negligenza, imprudenza, imperizia (quale ginecologo curante) aveva omesso di valutare correttamente i tracciati CTG eseguiti, che evidenziavano segni di sofferenza fetale, aveva interrotto la monitoraggio ed aveva omesso di adottare le cure e gli interventi necessari per un'immediata esecuzione del parto, cagionando così la morte del feto".

L'associazione tra alterazione cardiocografica e danni fetali, soprattutto cerebrali, è tuttora un punto di riferimento fondamentale nel e nelle vertenze medico legali in ambito ostetrico ginecologico.

Negli ultimi 20 anni sono stati effettuati importanti studi epidemiologici ed anatomo-patologici, ricerche scientifiche e sperimentazioni che hanno dimostrato come nella maggioranza dei casi (95% circa) il DCC sia indipendente dal parto (spontaneo o operativo).

Inoltre è emerso che anche raddoppiando, triplicando, quadruplicando l'incidenza dei TC, l'incidenza del DCC è diminuita di pochissimo, talvolta però anche a scapito di altri rischi per la partoriente.

La cardiocografia permette di evitare molte morti in travaglio, ci consente di diagnosticare l'insorgenza dell'ipossia fetale ma solo in rari casi permette di stabilire con certezza quell'insorgenza di asfissia grave e prolungata tale da provocare il DCC.

Oggi è disponibile una vasta letteratura che evidenzia i pregi ma anche i limiti della cardiocografia ed in particolare che:

- la correlazione tra ipossia perinatale e danno cerebrale è valida solo in pochi casi, nei quali la cardiocografia ha una predittività limitata;
- il tracciato CTG è utile ma non sempre sufficiente, né predittivo di ogni patologia, né sempre discriminante;
- esistono innegabili difficoltà di giudizio correlate alla frequente discrepanza interpretativa delle registrazioni dei CTG tra operatori, periti e CT e tra tracciati in gravidanza e in travaglio.

Il problema interpretativo ingenera conflitti medico-legali: circa la lettura dell'esame; accanto al medico oggi può essere chiamata a rispondere anche l'ostetrica (l.42/99; l. 251/2000).

Nell'interpretazione della registrazione ottenuta esiste un'ampia variabilità fra gli operatori referenti (medici) pur se esperti, e in contesti diversi anche per lo stesso operatore.

Quindi i risultati delle registrazioni non hanno un valore di certezza assoluta e persiste spesso una certa quota di segnalazioni erronee di sofferenza fetale per

risultati sia falsi positivi che negativi. Pur essendo utile la CTG, non può esserci un uso indiscriminato di tale metodica né può diventare l'unica vera protagonista del parto (o del processo, se esso si instaura).

Deve essere necessariamente valorizzato, in sede di difesa tecnico-giuridica in ambito ostetrico, che il ruolo giocato dall'evento intra partum nel determinismo delle lesioni cerebrali fetali risulta percentualmente modesto.

Non vi è dubbio che le evidenze scientifiche possano e debbano sovvertire *dati di certezza* acquisiti dalla cultura giuridica corrente. Appare pertanto auspicabile che siano rappresentati con maggior chiarezza nelle aule giudiziarie dati salienti, e in particolare:

- 1) che va operata una distinzione tra danni cerebrali nei neonati di grande immaturità, o di basso valore ponderale alla nascita e nei neonati a termine;
- 2) che nei neonati a termine una eventuale patologia

neurologica può essere connessa a patologia insorta in epoca gestazionale (di tipo ipossico, traumatico, farmacologico), che può instaurarsi in modo silente ed evidenziandosi solo dopo la nascita;

- 3) che l'incidenza degli eventi intra partum, oltre che scarsa, non è realmente dimostrabile e che il monitoraggio fetale o altri controlli possono riflettere tanto una anomalia intra partum quanto una preesistente patologia;
 - 4) che non vanno sottovalutati i possibili falsi negativi e positivi, né le possibili discrepanze interpretative, e che il tracciato CTG è assolutamente utile, ma come ogni valutazione strumentale questa metodica diagnostica ha dei limiti e non è predittiva di ogni patologia;
 - 5) una tecnologia medica complessa aumenta sia benefici che rischi e non può creare l'aspettativa di un parto sempre perfetto e privo di complicazioni.
-