

Il conflitto in sala parto: taglio cesareo e nascita per via naturale

Pietro Tarsitano
SOC di Medicina Legale e delle Assicurazioni, AORN "A. Cardarelli", Napoli

Gli aspetti medico-legali della nascita con taglio cesareo (TC) sono molteplici, in particolar modo se riferiti al concetto di "appropriatezza degli interventi", all'epidemia di cesarei in atto nel nostro Paese (primo in Europa per frequenza dell'intervento) e alla cosiddetta medicina difensiva. Per questa ragione pubblichiamo in questo numero un intervento di Pietro Tarsitano che intende focalizzare questi temi. Pietro Tarsitano è Direttore della Struttura Operativa Complessa di Medicina Legale e delle Assicurazioni dell'Azienda Ospedaliera "A. Cardarelli" di Napoli e ha un'esperienza quarantennale di lavoro in questo campo, documentata da numerosi contributi al dibattito sempre attuale sulle responsabilità legali degli operatori sanitari. I commenti dei lettori possono essere inviati collegandosi al sito www.quaderniacp.it e accedendo al link "forum", sezione "taglio cesareo", oppure direttamente al mio indirizzo di posta elettronica: corchiacarlo@virgilio.it (Carlo Corchia).

Un po' di storia

Si ha notizia del taglio cesareo (TC) sin da tempi remoti dell'antica Roma. Molti storici, infatti, affermano che secondo la leggenda Giulio Cesare sarebbe nato con tale tecnica e non per via vaginale. Una legge romana (*Lex caesarea*), emanata tra il 715 e il 672 a.C. durante il regno di Numa Pompilio, faceva obbligo di estrarre il feto per via addominale in tutte le donne che morivano a termine di gravidanza.

La documentazione storica di una nascita con cesareo è da far risalire al 1610, allorché fu posta in essere su una donna in vita, che però morì dopo alcuni giorni dall'intervento. Fu necessario attendere circa due secoli, per l'esattezza il 1794, per documentare un TC con sopravvivenza della donna. La mortalità materna si mantenne altissima sino alle soglie del 1900; basti pensare che in quel periodo in Gran Bretagna sfiorava l'85%. Le cause dell'elevata mortalità erano da attribuirsi alla mancanza di antibiotici, alla prassi di non suturare la ferita uterina, alla tecnica di incisione che per molto tempo avvenne longitudinalmente sulla parte più vascolarizzata dell'utero, alla mancanza di una idonea anestesia. Come sappiamo, la situazione si è modificata drasticamente nella seconda metà del Novecento per effetto, in particolare, della maggiore affidabilità delle tecniche anestesologiche e della diffusione dell'uso degli antibiotici.

L'aumento dei tagli cesarei

A fronte della possibilità di offrire una prestazione indolore alla donna, all'au-

mento dell'età materna, alla comodità di poter "... programmare il parto..." e non da ultimo a causa di una serie di problematiche legate alla cosiddetta medicina difensiva, si è osservato un incremento dei TC, tanto che negli ultimi tempi nel nostro Paese si è arrivati addirittura a una percentuale di TC di una partoriente su tre.

Proprio a causa dell'elevato numero di TC, con variegata incidenza da regione a regione italiana, si è assistito a una vera e propria levata di scudi da parte di molti organismi, istituzionali e non, onde ottenere, nei limiti del possibile, una inversione di tendenza del fenomeno.

Il dibattito sul contenimento dei TC è alimentato da numerosi aspetti, tra cui vanno in particolare ricordati: l'aumento dell'età materna al parto, le gravidanze ottenute dopo pregressa sterilità, i pregressi cesarei, il contenzioso medico-legale, le carenze strutturali e organizzative di molti ospedali. Alla base dei rilievi vi sono anche motivi economici legati alla necessità di un contenimento della spesa e la speranza di frenare quello che è divenuto, man mano, un "nuovo modo di partorire".

Non va neanche trascurato il fatto che gran parte dei contenziosi medico-legali nei confronti degli ostetrici riguarda un omesso o ritardato cesareo (e, nei confronti dei pediatri/neonatologi, una carente o ritardata assistenza, specialmente in sala parto), con richieste di risarcimento stratosferiche, tali da aver indotto molte assicurazioni a disdire i contratti con i medici e a non accettarne di nuovi.

Il singolo medico, la struttura e l'organizzazione

In un'ottica medico-legale assumono particolare valenza anche gli aspetti legati all'organizzazione del lavoro e all'idoneità degli ambienti in cui esso si svolge. Ricordiamo tra questi:

- l'individuazione e la conformità a requisiti minimi strutturali e organizzativi dei luoghi dedicati alla gravidanza e alla nascita e la redazione di specifici protocolli assistenziali;
- il miglioramento dell'assistenza ostetrica e neonatologica derivante dall'accorpamento delle risorse disponibili e dalla chiusura dei piccoli ospedali dove non sono presenti una guardia medica ostetrica e pediatrico-neonatologica e i servizi di base necessari per far fronte alle emergenze;
- la messa in atto di un vero lavoro di équipe che veda impegnate insieme la struttura ostetrico-ginecologica e quelle neonatologica e anestesologica.

Conflitti di responsabilità tra ginecologo, neonatologo e anestesista cominciano a essere frequenti, anche alla luce della cosiddetta medicina difensiva, allorché l'obiettivo primario è quello di evitare un avviso di garanzia o, ancor peggio, una richiesta di risarcimento. Come è conoscenza comune, l'orientamento attuale è quello di far intervenire nelle sale parto il neonatologo/pediatra per assicurare una tempestiva assistenza al neonato. Tale situazione, mentre è realizzabile in ospedali di un certo rilievo e particolarmente organizzati anche dal punto di vista logistico (vicinanza delle singole UUOO), è

Per corrispondenza:
Pietro Tarsitano
e-mail: studiotarsitano@hotmail.com

difficilmente ottenibile in presidi di minor rilievo, a volte per la carenza di organici, altre volte per la distanza che divide le unità operative di ostetricia e ginecologia e di neonatologia/pediatria, che rappresenta un ostacolo per interventi in tempi brevi.

La soluzione potrebbe essere quella di organizzare una permanente assistenza neonatologica per ogni partoriente, riconoscendo alla gravidanza in quanto tale uno status di malattia che però, ringraziando il cielo, non le compete!

In diversi Paesi d'Europa e anche in alcune Linee Guida di regioni italiane vi è la giusta tendenza a ricondurre la gravidanza normale nell'ottica di un evento fisiologico, onde poter restituire alle partorienti le condizioni di una giusta umanizzazione dell'evento e nello stesso tempo di massima sicurezza. Un'adeguata politica sanitaria deve quindi avere il duplice obiettivo di ridurre al minimo i rischi di danno alla salute materno-infantile e di azzerare inutili sprechi nei costi della sanità, come rilevato frequentemente dalla stessa Corte dei Conti. Alla luce di tutto ciò acquista rilievo fondamentale, anche dal punto di vista medico-legale, il concetto di "appropriatezza degli interventi". In tal senso, per quel che riguarda l'assistenza alla madre e al neonato, è fondamentale mettere in atto le procedure e impiegare le risorse, tecnologiche e non, utili a distinguere le coppie mamma-bambino in ottime condizioni di salute da quelle con segni di patologia.

La valutazione del rischio ostetrico

Come è conoscenza comune, il buon esito di una gravidanza dipende dalla corretta valutazione del rischio e, di conseguenza, dai successivi interventi per contenerlo e/o abbatterlo. Pertanto, se è vero che donne con rischio medio-alto riescono a partorire senza complicazioni mentre donne a basso rischio possono presentare emergenze inattese, è altrettanto vero che un continuo e attento monitoraggio può evitare la medicalizzazione dell'evento nascita, che invece deve essere vissuto da ogni donna nella propria intimità e quanto più vicino possibile al proprio domicilio, se non addirittura nella propria abitazione.

Va ricordato a tal proposito che circa l'80% delle gravidanze e dei parti è a basso rischio e che può avere un esito

positivo senza alcun contributo di interventi tecnici. Dopo attento monitoraggio della gestazione e valutazione degli elementi di rischio, secondo le Linee Guida e le indicazioni già esistenti, potrà essere espletata la scelta della modalità e del luogo del parto, evitando di sradicare la donna dalle proprie abitudini e dai propri costumi.

Negli ultimi tempi, in alcune realtà europee si è tornati, in caso di gravidanza e di previsione di parto fisiologico, a proporre l'evento presso il domicilio della donna. Tutto ciò, a nostro avviso, apre nuove interessanti prospettive, anche se deve prevedere un protocollo sanitario rigoroso basato su:

- valutazione clinico-anamnestica della gestante (stato clinico, malattie concomitanti manifeste e latenti, età, peso ecc.);
- valutazione del suo ambiente familiare in relazione all'evento parto e alle fasi di assistenza dell'immediato *post partum*;
- distanza geografica dal centro nascita più vicino e percorribilità stradale;
- realizzazione del miglior accesso telefonico possibile per soddisfare tempestivamente ogni richiesta di consiglio e di informazione da parte della partoriente e del proprio medico curante, che dovrà essere coinvolto nell'assistenza di base;
- esaustiva informazione della donna e del suo medico di famiglia, la cui collaborazione è di fondamentale importanza.

La cartella clinica

Importante, dal punto di vista clinico e medico-legale, è poi la compilazione di una cartella clinica riguardante il "percorso nascita", aggiornata periodicamente dal curante con annotazione di tutti gli esami clinici, di laboratorio e strumentali effettuati. Cartella che deve riportare tutto quanto accaduto dall'inizio della gravidanza al parto. Successivamente in essa vanno anche annotati i dati del neonato. In questo modo, in caso di emergenza al momento del parto il ginecologo e il neonatologo saranno in grado di avere il quadro completo del decorso della gravidanza, anche se trattasi di una donna a loro sconosciuta fino a quel momento.

La cartella clinica riveste un ruolo fondamentale perché rimane l'unica prova documentale dell'operato dei vari sanitari che si sono succeduti all'assistenza alla gravida e al neonato. Secondo un orientamento giurisprudenziale consolidato la cartella clinica è un atto pubblico di fede privilegiata in quanto proviene da un pubblico ufficiale o da un dipendente incaricato di un pubblico servizio nell'esercizio delle sue funzioni; trattasi di documento originale che costituisce la fonte prima e autonoma di quanto in essa contenuto; i fatti e le attestazioni di scienza che in essa figurano hanno rilevanza giuridica perché produttivi del diritto del paziente di essere assistito e dello Stato di assisterlo.

Eventuali modifiche successive alla sua stesura (cartella alterata) connotano il reato di falso materiale in atto pubblico. Sulla base di ciò appare evidente che trattasi di un documento il cui contenuto fa fede sino a prova di falso.

L'impatto - nell'ambito di un'inchiesta giudiziaria - con una cartella clinica mal compilata, o comunque disordinata, o sulla quale sono apposte correzioni (più o meno postume rispetto agli avvenimenti che dovrebbe testimoniare), abitualmente induce nel giudice concreti dubbi circa l'adeguatezza delle cure e la correttezza dell'operato. Le annotazioni vanno pertanto fatte contemporaneamente all'evento descritto e la redazione deve avvenire in pendenza di degenza e secondo la sequenza cronologica della registrazione di eventi; eventuali correzioni possono essere effettuate lasciando ben visibile quanto era stato scritto in precedenza e con le dovute motivazioni. Appare evidente che tutto quanto riportato in cartella neonatologica non deve essere in contrasto con quanto riportato dal ginecologo; in caso contrario è necessario apporre le dovute motivazioni con la più completa trasparenza.

In pratica si viene a costituire un documento utile per la tutela della salute della madre e del neonato, ma anche un documento dettagliato e preciso che costituisce prova ai fini giuridici e quindi diviene un documento difensivo che al giorno d'oggi trova ampio riscontro. La sempre più diffusa informazione dei pazienti; l'attivismo di alcune associazioni per la tutela degli ammalati e di studi legali specializzati in "medical malpractice"; l'im-

mancabile sciaccallaggio politico che imperversa nel settore sanitario; l'orientamento della Magistratura rispetto al coinvolgimento delle strutture ospedaliere su alcune tipologie di danno che a volte supera, addirittura, il confine tra "obbligazione di mezzi" e "obbligazione di risultati": sono tutti elementi forieri di un pericoloso incremento del contenzioso, che allo stato attuale è maggiore nelle regioni del Nord rispetto a quelle del Sud Italia. Mentre l'ispirazione comune era il dettato dell'art. 2236 del CC (il prestatore d'opera risponde dei danni solo in caso di dolo o colpa grave), vi è stata una pericolosa tendenza a considerare: «... la limitazione della responsabilità professionale del medico chirurgo ai soli casi di dolo o colpa grave attiene esclusivamente alla perizia, per la soluzione dei problemi tecnici di particolare difficoltà, con esclusione dell'imprudenza e della negligenza» (Cassazione, sez. III civile, 19 maggio 1999, n. 4852). Sempre la suprema Corte ha, però, ribadito, inequivocabilmente, l'obbligo dei mezzi e non dei risultati per il medico (sentenza Franzese). Va ricordato che, in sede civile, il 75% dei procedimenti esita con condanna e il 25% con assoluzione; ne vien fuori, con tutta evidenza, che in sede civile la situazione per il medico è sicuramente più preoccupante rispetto a quella penale.

Dai dati di un'importante compagnia assicuratrice risulta che, da un esame dei sinistri denunciati da cliniche e aziende sanitarie negli ultimi tre anni, ogni anno il 58% dei sinistri si riferiva a eventi dello stesso anno, il 32% a eventi avvenuti nei due anni precedenti, il 6,5% a eventi verificatisi tra il terzo e il quarto anno precedente, e il 3,5% a eventi avvenuti tra il sesto e il venticinquesimo anno precedente.

Sempre dalla stessa fonte si evince che nel 1998 furono denunciati a tale compagnia assicuratrice sinistri riferiti a interventi chirurgici effettuati nel 1973 (25 anni prima) su polizze non più in vigore da due decenni e relative a clienti non più

compresi nel portafoglio della compagnia da 15-20 anni!

La maggior parte del contenzioso in sala parto nasce in piccoli punti nascita in cui l'équipe ostetrico-neonatalogica si trova spesso impreparata ad affrontare una rianimazione neonatale e in cui successivamente è necessario un trasporto secondario in TIN di altro ospedale. È questa la situazione a maggior rischio neonatalogico, prevalentemente dovuta a carenze organizzative. Ripetiamo che tale situazione può essere fronteggiata con la presenza di una guardia pediatrica/neonatalogica nel punto nascita, con la presenza di un pediatra esperto in rianimazione primaria, con ambienti adeguati e dotati di attrezzature e materiale dedicato.

Conclusione

Per concludere questa breve nota ritengo opportuno riportare il pensiero di un maestro della medicina legale quale è il prof. Luigi Palmieri allorché afferma: «... La medicina moderna impone a individui e società una gamma complessa di scelte, a volte estremamente difficili. Il codice deontologico insegna che la condizione morale necessaria per l'effettuazione delle scelte è la partecipazione democratica e il rispetto delle scelte individuali, in altre parole la libertà della persona, ogni volta che essa sia possibile. La libertà di scelta e il fondamentale diritto all'autodeterminazione comportano dei doveri e delle responsabilità. E ciò incombe soprattutto innanzi a scelte responsabili nell'uso delle conoscenze e delle capacità della medicina quando si tratti di controllare la procreazione, di plasmare e modificare atteggiamenti e comportamenti e di sospendere un trattamento capace di tenere in vita un malato. Per poter far fronte correttamente a queste responsabilità abbiamo bisogno di cultura, di un confronto aperto delle opinioni, di un autoesame serio in un contesto politico, medico e sociale che rispetti le scelte e la dignità degli uomini...». ♦

AUTISMO FRA GENI E AMBIENTE

Nature del 3 novembre 2011 ha dedicato alcuni articoli alla disposizione dell'arte nella comprensione dell'autismo. Molte risorse umane e finanziarie sono rivolte a risolvere questo problema e la differenziazione dall'autismo dai cosiddetti Asperger che se la cavano meglio degli altri. Inoltre una *disposizione autistica* non è automaticamente negativa ma può supportare lo sviluppo di un vero talento. Definitivamente tramontata l'ipotesi della eziologia vaccinale, come qualcuno ha sostenuto per vario tempo. Edoardo Boncinelli riassume il tema così su *Le Scienze* (2012;1:17).

Occorre un miglioramento dei criteri diagnostici. Ci troviamo di fronte a un ampio spettro di disturbi di tipo autistico. Il miglioramento diagnostico potrebbe aiutare la ricerca delle cause.

Non sembra probabile che l'aumento delle diagnosi sia collegato all'aumento delle possibilità diagnostiche. La prevalenza sembra accertata nei Paesi anglosassoni all'1% anche in popolazioni adulte.

Gli studi genetici confermano la complessità e la eterogeneità. In alcuni casi sono state identificate alcune microdelezioni di piccoli tratti di DNA il cui ruolo non è chiaro ma può sembrare l'inizio di un cammino fertile. Occorrerà anzitutto confermare l'osservazione per poi passare a studiare il tratto mancante di DNA.

Se però ogni caso fosse associato a microdelezioni diverse, si dovrà trovare un minimo comune denominatore per gli agenti che causano il disturbo. Questo non farebbe altro che confermare la grande eterogeneità del disturbo, ma non darebbe molte speranze per una conoscenza globale del problema.

Boncinelli conclude: "Non c'è che da aspettare".