

Il rischio medico-legale nella gestione della gravidanza a rischio

G. Botta

AMBITO PENALE

NEL MONDO ESISTONO CIRCA 200
NAZIONI

L' ATTO MEDICO E' CONSIDERATO
PENALE COMUNE SOLO IN DUE:
ITALIA E MESSICO

(SULLA POLONIA LE OPINIONI DEI
GIURISTI SONO DISCORDI)

NON C'E FILTRO

ORMAI IL COINVOLGIMENTO
E' QUASI AUTOMATICO

da *Il Messaggero* del 21.07.2012:

"Solo l'autopsia potrà far luce sulla morte di un uomo di 47 anni mentre attendeva di essere visitato all'ospedale di Verona, ma nel fascicolo d'indagine aperto dalla procura con l'ipotesi di omicidio colposo...
compaiono **53 persone**, tra medici e infermieri".

ABBANDONIAMO IL MESSICO

E

TORNIAMO IN EUROPA

IL MEDICO

COME

AMMORTIZZATORE
SOCIALE

LA REALTA'

NEL 2002 IL BUSINESS
DEI RISARCIMENTI IN
ITALIA VALEVA

2,4 MILIARDI DI EURO

Inghilterra: 750 mln

Francia: 350 mln

Germania: 250 mln

Risarcimento SUBITO

Il primo team di Professionisti
del risarcimento danni

Hai ragione
e vuoi far valere
i **Tuoi diritti!**

CHIAMA

Numero Verde
800 135 817

HAI AVUTO
LESIONI
DA MALASANITÀ?



Vieni da noi
SUBITO un anticipo*
sul tuo **Risarcimento**



a **Zero** spese

*con i nostri regolati

risarcimento
subito
www.risarcimentosubito.it







AMBITO CIVILE

GIURISPUDENZA
SEMPRE PIU'
SFAVOREVOLE
AL MEDICO

“CONTATTO SOCIALE”

RESPONSABILITA'
CONTRATTUALE

VAPORIZZAZIONE DEL NESSO DI
CAUSALITA'

RES IPSA LOQUITUR

In campo civile vale il principio per il quale **"in dubio, pro misero"**, la giurisprudenza manifesta evidente **"favor"** per il debitore e molti magistrati sono animati da **"animus adiuvandi"** (talvolta esplicitamente dichiarato!) nei confronti del paziente

PER GLI AMICI LE
LEGGI SI
INTERPRETANO
(G. Giolitti)

SCOPO:

DILATARE
ALL' INFINITO
LA PLATEA DEI
RISARCIBILI

DALLA
SOCIETA' SOLIDARISTICA
(A RADICI CRISTIANE)
ALLA SOCIETA'
RISARCITORIA:
IL MEDICO COME
AMMORTIZZATORE
SOCIALE

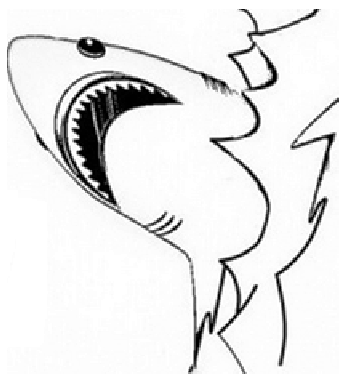
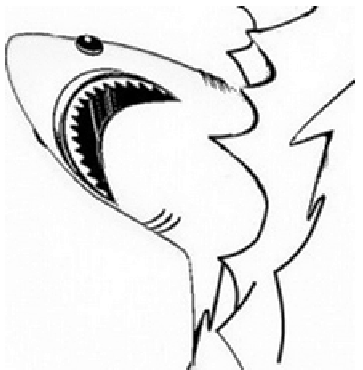
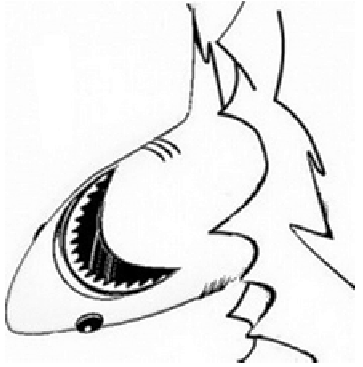
L' OSTETRICO COME
BANCOMAT DI GIUDICI,
PERITI, AVVOCATI E
PAZIENTI

Entrammo e ci sedemmo
dalla parte del torto, perche'
tutti gli altri posti erano gia'
occupati

(Bertholdt Brecht)

E' POSSIBILE VINCERE CONTRO

- IL BAMBINO HANDICAPPATO
 - L' INDUSTRIA DEI RISARCIMENTI
 - IL MAGISTRATO CHE VUOL FARE BENEFICENZA A NOSTRE SPESE “TANTO, C'E' L' ASSICURAZIONE”?



Conseguenze:

L' INDUSTRIA DEI
RISARCIMENTI

Dietro l' aumento del
contenzioso in Sanita' c' e' un
vero e proprio business di
avvocati, media, assicurazioni,
ed anche di medici che si
occupano di contenzioso (in altri
termini, di medici che fanno i
periti): **un' industria che alimenta
se' stessa.**

“FOLLOW THE
MONEY”

(E QUI LA TORTA E'
DI MILIARDI DI EURO)

INEFFICENZA

ASSISTENZIALISMO

CORRUZIONE

TRASFERIMENTI EX LEGGE 104/92

“Al Nord la percentuale è bassissima: riguarda appena un trasferimento interprovinciale ogni cento. Al Sud **oltre metà** dei maestri rientrati a casa ha “scavalcato” colleghi con un punteggio maggiore grazie alla legge 104.”

LEGGE 104/92

“Il sottosegretario Faraone ha visitato la scuola Santi Bivona di Menfi, in provincia di Agrigento, dove il 41% degli insegnanti è disabile, gravemente malato o accudisce un parente stretto infermo.”

Piemonte: meno del 9%

“Una nuova inchiesta sulla maxi truffa sulla legge 104 in provincia di Agrigento. Adesso **altre 252** persone sono finite nel mirino degli investigatori: sono un centinaio di medici che avrebbero firmato false attestazioni, ma anche insegnanti e impiegati, per la gran parte residenti nei comuni di Raffadali e Favara, che avrebbero chiesto e ottenuto i benefici della norma senza averne diritto. I poliziotti della Digos hanno notificato a tutti un avviso di proroga delle indagini emesso il 13 ottobre dal gip di Agrigento.”.

IL PROBLEMA DEI PERITI

E' EVIDENTE CHE IL
GIUDICE DEVE
AVVALERSI DI UN
AUSILIARE, IL
CONSULENTE TECNICO

MA...

IN AMBITO CIVILE ESISTE UN
VERO CONTRADDITTORIO
DAVANTI AL GIUDICE?

O CI FERMEREMO NELLO STUDIO
DEL CTU, SENZA NEMMENO
ARRIVARE IN TRIBUNALE?

Se il feto pesa **3700g** bisogna inviare la paziente in centro dotato di TIN?

Le **varici** sono un' indicazione alla CTG in continuo?

Le «**modeste**» **accelerazioni** vanno tenute ben distinte dai moti fetali attivi?

all'attenzione dei sanitari con rilievo anamnestico clinico di PLACENTA PREVIA,
OBESITA' (h 165 cm 100 KG) IPERTENSIONE ARTERIOSA IN TRATTAMENTO
FARMACOLOGICO, EDEMI E VARICI AGLI ARTI INFERIORI .

feto normosviluppato

trasferimento in centro di III livello
dotato di **TIN**??

Le Linee guida del *Royal College of Obstetrics and Gynaecologists* unanimamente richiamate da tutti i consulenti, come già osservato nella risposta alle osservazioni , considerano “ GRAVIDANZA A RISCHIO per le quali e’ raccomandata la CGT in continuo i seguenti casi:

ANTENATALE: Condizioni materne

- **Ipertensione**
- Diabete
- Emorragia antepartum
- **Altre patologie materne** (tra cui possono rientrare, a giudizio di questo CTU nel caso specifico Obesità 100 kg-h 165 kg; ademi e varici agli arti inferiori) . .

Consideration should be given to maternal preference and priorities

Admission assessment
Are any of the following risk factors present?
(this list is not exhaustive)

- Maternal problems
- Previous caesarean section
- Pre-eclampsia
- Post-term pregnancy (>42 weeks)
- Prolonged membrane rupture (>24 hours)
- Induced labour
- Diabetes
- Antepartum haemorrhage
- Other maternal medical disease
- Fetal problems
- Fetal growth restriction
- Prematurity
- Oligohydramnios
- Abnormal Doppler artery velocimetry
- Multiple pregnancies
- Meconium stained liquor
- Breech presentation

No

Intermittent auscultation
For full minute after a contraction
but at least every 15 minutes in the first stage
5 minutes in the second stage

Abnormal FHR on auscultation
Baseline < 110 bpm or > 160 bpm
Any decelerations

Continuous electronic fetal monitoring

Cardiotachograph (CTG) Classification

- NORMAL**
A CTG where all four features fall into the measuring category
- SUSPICIOUS**
A CTG where features fall into one of the non-measuring categories and the normal risk of the features are measuring
- PATHOLOGICAL**
A CTG where features fall into two or more non-measuring categories or one or more abnormal categories

Fetal heart rate feature classification

	Baseline (bpm)	Variability (bpm)	Decelerations	Accelerations
Measuring	110-160	≥ 5	None	Present
Non-measuring	100-109 161-180	< 5 for 2-40 but < 90 minutes	Early deceleration Variable decelerations Single prolonged deceleration up to 3 minutes	
Abnormal	< 100 > 180 Sinusoidal pattern for ≥ 10 minutes	< 5 for 2-90 minutes	Atypical variable decelerations Late decelerations Single prolonged deceleration greater than 3 minutes	

Offer and recommend continuous FHM

Intrapartum risk factors
Oxytocin augmentation
Episiotomy and forceps
Vaginal bleeding in labour
Maternal pyrexia
Fresh meconium stained liquor

Yes

CTG = cardiotachograph
EFM = electronic fetal monitoring
FBS = fetal blood sample
FHR = fetal heart rate
FSE = fetal scalp electrode

This algorithm should, where necessary, be interpreted with reference to the full Guideline (The Use of Electronic Fetal Monitoring)

“Other maternal
medical disease”

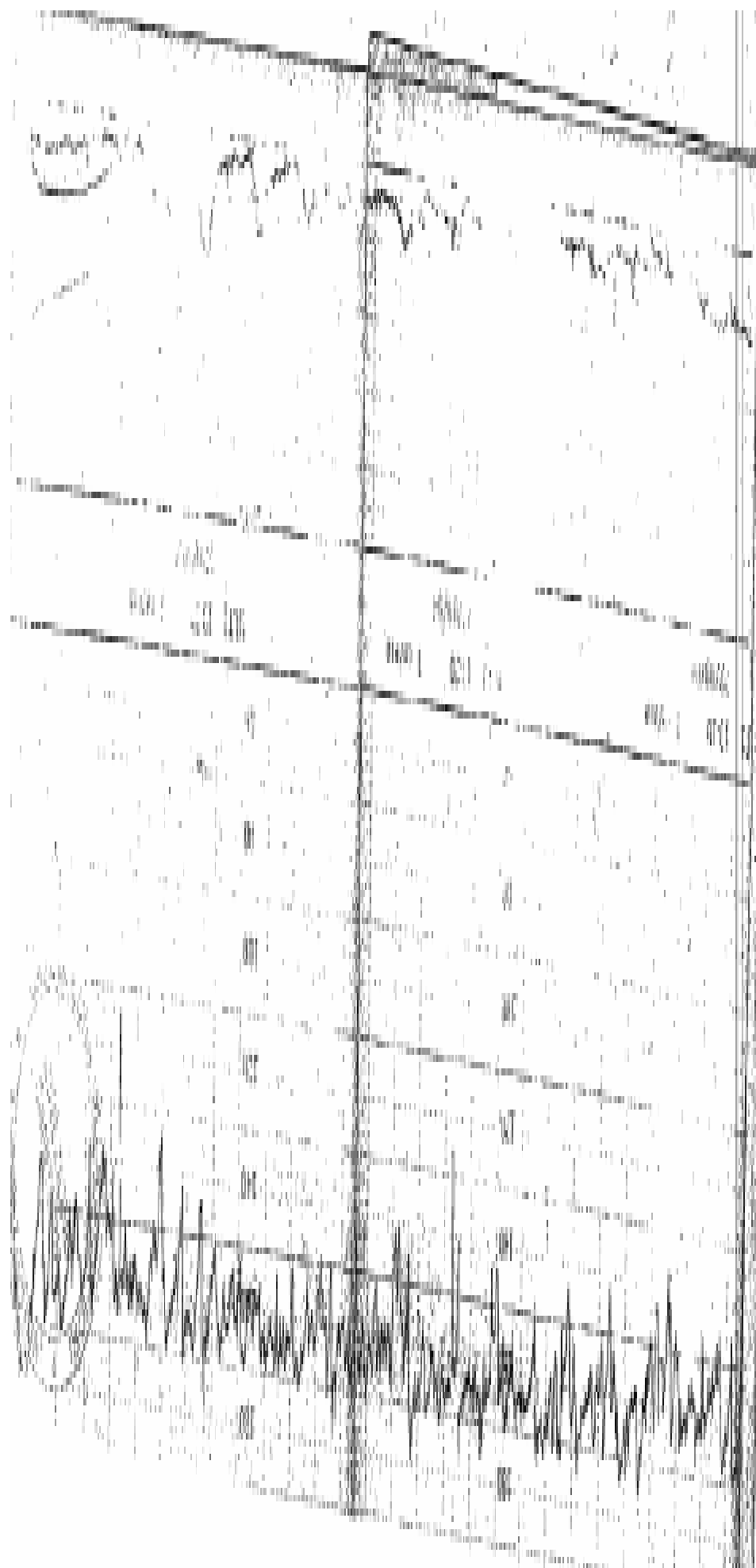
Other maternal medical disease:

- cardiac disease (cyanotic) RUPO – severe anaemia RUPO
 - hyperthyroidism

Other vascular disease UPVD

- renal disease UPVD

UPVD = uteroplacental vascular disease



L'attento esame dello stesso mostra una registrazione effettuata dalle **ore 12:38 circa del 22/9/2004** che si protrae fino alle ore 13,40 con una durata complessiva di **circa 58 minuti**. Il tracciato mostra una **modestissima tachicardia con frequenza basale di circa 165 b/m**. E' presente discreta variabilità, in assenza di decelerazioni, con numerose accelerazioni . Assenza di MAF e/o contrazioni uterine.

All'accesso viene effettuato un tracciato CTG che, ancorche' di breve durata lievemente bradicardico (165 b/m, assenza di FAD) , non mostra segni di patologia fetale acuta tali da giustificare una diversa condotta assistenziale (TC) secondo i Criteri RCOG , ACOG etc. potendosi connotare come di TIPO 1 (non rassicurante).

Cio' in quanto v'è una frequenza basale superiore a 160 b/m (linea evidenziata in rosso) ; ci sono modeste accelerazioni che non sono da confondersi con **MOVIMENTI FETALI** indicativi di benessere indicati nella nuova nomenclatura come FAD) ; la variabilità è normale; assenza di decelerazioni significative .

In riferimento allo specifico quesito formulato dal prof Chiantera si osserva che per FAD² (determinazione dell'attività-accelerazione fetale) si intende un aumento transitorio della frequenza cardiaca fetale rispetto alla linea di base di almeno 15 bpm e della durata di almeno 15 secondi .³

² FAD: acronimo di "FETAL ACTIVITY ACCELERATION DETERMINATION" introdotto in letteratura in epoca successive ai fatti che ci occupano per indicare la Determinazione dell'Attività-Accelerazione Fetale in conseguenza dei movimenti fetali.

MEDICINA DIFENSIVA

CI VUOLE UNA LEGGE SULLA
RESPONSABILITA' DEI MEDICI O
SU QUELLA DEI MAGISTRATI E
DEI PERITI?

RESPONSABILITA'/ASSICURAZIONE

DIPENDENTE INTRAMOENISTA

DIPENDENTE EXTRAMOENISTA

LIBERO PROFESSIONISTA