

COPIA

RELAZIONE DI CONSULENZA TECNICA MEDICO LEGALE
SUGLI ATTI RELATIVI A
GUADAGNI INGRID E BALICCHI ANDREA

Ill.mo sig. Giudice dr. Sestini
Tribunale di Arezzo

All'udienza del 2/3/2007 la S.v. conferiva al sottoscritto prof. Bruno Magliona incarico di C.T.D. medico legale nella causa Balicchi Gino + 2 contro ADSL 8 di Arezzo onde

"
accertare le cause del decesso di Guadagni Ingrid e di Balicchi Andrea;
accertare se nella gestione del parto siano ravvisabili condotte colpose dei sanitari che ebbero ad assistere la partoriente e il figlio della medesima;
accertare, in particolare, se il parto dovesse essere anticipato o effettuato con taglio cesareo e se ciò avrebbe potuto scongiurare il decesso del nato;
accertare, inoltre, se l'assistenza prestata alla Guadagni post partum sia stata adeguata e tempestiva e se sussistesse la possibilità di impedire il decesso della donna;
indicare se il caso in questione implicasse, in tutto o in parte, la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà;
indicare, in caso di risposta affermativa, se gli eventuali profili di colpa riscontrati nell'operato dei sanitari ~investano caratteristiche di gravità".

In tale occasione il sottoscritto C. T. D. veniva autorizzato a valersi, in qualità di ausiliario, dell'opera del prof. Luca Marozio, specialista in Ostetricia e Ginecologia, e a prendere visione degli originali dei tracciati cardiocografici.

Con la presente relazione scritta il sottoscritto C.T.D. assolve l'incarico affidatogli.

7/11

DOCUMENTI MEDICI

E' agli atti copia della cartella clinica relativa al ricovero dal 12/11/03 (ore 7.40) al 13/1/03 presso la UO. di Ostetricia e Ginecologia della AUSL 8 - Presidio Ospedaliero di Arezzo della sig.ra Ingrid Guadagni, nata a Città di Castello il 18/3/1969.

Dalla disamina della cartella clinica si evince, relativamente alla situazione ostetrica, quanto segue: paziente

primipara;

data ultimo flusso mestruale regolare: 23/3/02;

epoca presunta del parto: 26/12/03;

movimenti attivi fetali percepiti dalla 21⁰ settimana;

incremento ponderale gravidico pari a 17 kg;

malattie in gravidanza: "gravidanza ben condotta - GCT 1.44 -> OGTT positiva - seguita dal C.AD. Tampone vaginale positivo (++) per SGB"; ecografia "nulla da segnalare";

inizio attività contrattile uterina "fuori travaglio";

rottura del sacco amniotico no.

Sul diario clinico viene annotato quanto segue:

12/1/03, alla voce "Osservazioni ed esami richiesti":

- "Esami di routine + ECG Tracciato CTG"
- "Bcf percepito ore 10 (illeggibile)"
- "ore 15.15 BCF percepito (illeggibile)"

12/1/03, alla voce "Terapia":

- "Pentrexyl 2g in 100 cc (ripetere 1 ogni 6h)"
- "h. 8.30 Prepidil gel endo cervicale 1 f"
- "15.00 Prepidil gel 2 (illeggibile) endovaginale"

- "Syntocinon 5 U in 250 cc" (senza indicazione dell' orario)

13/1/03 "Parto ore 1.06 con applicazione di ventosa ostetrica"

Dalla disamina della cartella clinica si evince inoltre come il parto abbia dato origine ad un nato morto di sesso maschile, del peso di 3400 gr. e della lunghezza di 52 cm

Per quanto riguarda le condizioni post partum della paziente in cartella è annotato: "ore 1.30 P.A. 90/60. Riferisce cefalea e dolore toracico. Emocromo urgente. Continua ad accusare dolore toracico. Tachicardia. Si chiama il reperibile anestesista"

"mrorragia post partum ore 3.30 si chiama il dr. Cristiani"

"h. 4.00 Condizioni cliniche gravissime con pressione sistemica e SaO₂ imprevedibile, Fc 150 bpm. Continua infusione di emazie concentrate ed PFC, AT III, PPS 5%, Albumina bicarbonato. Isotropi: dopamina a dosaggio (illeggibile); dobutamina 1 gamma/kg/min; noradrenalina 0,4 gamma/kg/min. Anuria. Si somministra insulina pronta 20 u ev + 10 se. Dopo un primo momentaneo miglioramento del circolo e dell' ossigenazione si assiste a repentino crollo dei parametri pressori e diffuso sanguinamento dalle vie genitali e da tutte le punture venose comprese vie aeree e digestive"

"h. 7.00 Si continua trasfusione di emazia concentrate, plasma, colloidali e cristalloidi senza alcun miglioramento dei parametri emodinamici. Persiste grave ipotensione, anuria, desaturazione e midriasi fissa"

"Ripetuto assetto emocoagulativo. *Richiesto e.e.gr in q. di midriasi (+ illeggibile). Q. clinico di sanguinamento massivo e generalizzato cute e mucose. Richiesto consulto gin. ostetrico**. Q. critico.*Non attivato eeg x q. di bradicardia estrema III paz. agomca. **Consulenza ostetrico ginecologica Le condizioni generali della paziente (preagoniche) non consentono di effettuare alcunché"

"ore 11.15 Si constata il decesso".

E' inoltre agli atti la Relazione di consulenza tecnica medico-legale redatta in data 13/11/03 dal prof. Fineschi e dal prof. Arduini per conto del Pubblico Ministero dr. Ledda della Procura della Repubblica presso il Tribunale di Arezzo.

Le conclusioni dei consulenti tecnici del Pubblico Ministero relativamente alla causa della morte di Ingrid Guadagni sono le seguenti:

“Dirimente si è rivelata l'indagine istologica che, corredata da metodiche immunoistochimiche, ha consentito di evidenziare la presenza di squame epiteliali, mucina, meconio (tutti componenti del liquido amniotico) all'interno dei vasi polmonari, a dimostrazione della presenza nel circolo materno di liquido amniotico embolizzatosi durante il parto.

Il perfetto collimare clinico-autoptico, cioè del quadro clinico evidenziabile dalla cartella clinica e del responso anatomico-istologico, è del tutto tipico per una embolia da liquido amniotico (...).

In sostanza (...) si può con assoluta certezza attribuire l'exitus della Guadagni ad una embolia da liquido amniotico, entità clinica che per le caratteristiche fisiopatologiche che la sostengono viene da molti Autori definita come sindrome anafilattoide della gravidanza”.

Le conclusioni dei consulenti tecnici del Pubblico Ministero relativamente alla causa della morte di Andrea Balicchi sono le seguenti:

“I tracciati cardiocografici, i reperti macro-microscopici, la negatività per patologie malformative del feto ed anomalie o patologie placentari, consentono di attribuire l'exitus del feto ad una grave ipossia concretizzatasi nella fase finale del travaglio di parto.

Depongono in tal senso oltre che i parametri del benessere fetale ricavabili dai tracciati cardiocografici, il riscontro della diffusa emorragia subaracnoidea estesa ad entrambi gli emisferi, nonché le alterazioni ipossiche neuronali e l'assenza di tipiche

alterazioni morfologiche indotte da insulti ipossico-ischemici In epoche più precoci della crescita fetale (...).

In definitiva i reperti macro-microscopici consentono di concludere che il feto venne a morte per asfissia acuta nella fasi immediatamente precedenti l'espulsione e che il parto dette origine ad un nato morto".

Gli originali dei tracciati cardiocografici sono stati visionati dal sottoscritto c.T.u. in data 7/6/07 presso la Cancelleria Penale del Tribunale di Arezzo.

In tale occasione si è provveduto ad estrarne copia conforme all' originale.

OPERAZIONI PERITALI

Le operazioni peritali hanno avuto inizio in data 23/4/07 presso lo studio del sottoscritto C.T.u., via Manzoni 16, Torino.

In tale occasione erano presenti per parte attrice il prof Curiel e per parte convenuta il dr. Macri e il prof. Marchionni.

Le operazioni peritali sono state quindi aggiornate all' 11/7/07, alla presenza del consulente tecnico di parte attrice, prof Di Paolo, e del consulente medico di parte convenuta, dr. Macri,

CONSIDERAZIONI MEDICO LEGALI

La valutazione sotto il profilo medico legale della condotta dei sanitari della UO, di Ostetricia e Ginecologia della ADSL 8 - Presidio Ospedaliero di Arezzo verrà analizzata separatamente in relazione dapprima alla morte del feto e quindi alla morte della madre,

1) Valutazione della condotta dei sanitari della UO, di Ostetricia e Ginecologia della ADSL 8 - Presidio Ospedaliero di Arezzo relativamente alla morte del feto:

per valutare la condotta dei sanitari relativamente allo specifico punto evidenziato occorre muovere dall' analisi dei tracciati cardiocografici con i quali è stato monitorizzato il benessere fetale nel corso del travaglio;

nel corso del ricovero dal 12/11/03 al 13/11/03 sono stati registrati i seguenti tracciati:

- Tracciato A [sui tracciati non compare tale indicazione: si tratta di una suddivisione operata dal sottoscritto e.T.D. per rendere più evidente la scansione cronologica degli stessi] (dalle ore 9,00 alle ore 10,00 del 12/11/03, foglio identificativo 76-83): tale tracciato, effettuato dopo l'applicazione, alle ore 8.30, di Prepidil endocervicale, risulta nella norma per quanto riguarda la frequenza cardiaca fetale ed evidenzia una lieve ipercontrattilità uterina;
- Tracciato B (dalle ore 14.30 alle ore 15.15 del 12/11/03, foglio identificativo 75-81): tale tracciato, durante la registrazione del quale venne applicato Prepidil endovaginale, risulta nella norma per

quanto riguarda la frequenza cardiaca fetale ed evidenzia una lieve ipercontrattilità uterina;

- Tracciato C (dalle ore 15.15 alle ore 17.00 del 12/1/03, foglio identificativo 82-93): tale tracciato risulta nella norma per i primi 60 minuti; quindi, per i restanti 45 minuti, il tracciato (di scarsa qualità tecnica e pertanto non sempre chiaramente decifrabile) evidenzia alcune decelerazioni della frequenza cardiaca fetale (bradicardia da ipertono?). Si tratta, nel complesso, di un tracciato "poco rassicurante" relativamente al benessere fetale;
- Tracciato D (dalle ore 18.15 del 12/1/03 alle ore 00.53 del 13/1/03, foglio identificativo 114-129). La registrazione non è in continuo e consta di diverse fasi:
 - una prima fase dalle ore 18.15 alle ore 18.50 del 12/1/03 (foglio identificativo 114-118): tale tracciato risulta sostanzialmente nella norma;
 - una seconda fase dalle ore 20.35 alle ore 21.13 del 12/1/03 (foglio identificativo 119-122): tale tracciato evidenzia un quadro di ipercontrattilità uterina (la registrazione delle contrazioni uterine è stata effettuato in modo non corretto, ma denota comunque un ridotto intervallo fra le contrazioni); alle ore 20.38 viene annotato sul tracciato l'inizio della somministrazione endovenosa di ossitocina in soluzione glucosata;
 - una terza fase dalle ore 22.38 del 12/1/03 fino al termine (foglio identificativo 123 -129): il tracciato risulta sostanzialmente normale fino alle ore 23.00, momento in cui scompare la frequenza cardiaca fetale e compare una nuova frequenza (circa 80 battiti/minuto), etichettata sul tracciato stesso come "materna". Dalle ore 23.00, inoltre, in accordo con quanto attestato in cartella clinica (,'dalle h 23 si decide di passare all'ascoltazione intermittente data la normalità

del tracciato e il desiderio della donna di muoversi e cambiare ripetutamente posizione e l'andamento fisiologico del travaglio"), viene meno la registrazione in continuo del tracciato, sostituita dalla registrazione intermittente e per periodi molto brevi dell'attività cardiaca fetale, contrassegnati sul tracciato stesso con la dicitura "ascoltazione BCF", dove BCF sta per Battito Cardiaco Fetale. Si tratta in totale di 16 registrazioni, la maggior parte delle quali risulta francamente bradicardica. La registrazione tocografica, OSSIA ^{0<1.} dell'attività contrattile dell'utero, termina alle ore 23.08;

tra i tracciati allegati in originale alla cartella clinica vi è inoltre un tracciato privo di data ed ora, senza l'indicazione del nome della paziente, caratterizzato da persistente bradicardia;

L'analisi dei predetti tracciati consente una serie di deduzioni in merito alla correttezza dell'operato dei sanitari della UO. di Ostetricia e Ginecologia della AUSL 8 - Presidio Ospedali ero di Arezzo:

- pnmi tracciati cardiotocografici, pur non evidenziando decelerazioni patologiche della frequenza cardiaca fetale, denotano un quadro di ipercontrattilità uterina, che rappresenta un fattore di rischio di ipossia fetale;
- nonostante il fatto che si trattasse di un travaglio indotto (somministrazione di Prepitil gel endocervicale alle ore 8.30, somministrazione di Prepidil gel endovaginale alle ore 15.00, somministrazione di Syntocinon 5 VI alle ore 20.38), ossia di una situazione in cui è necessario un monitoraggio costante dell'entità e della periodicità dell'attività contrattile uterina e della frequenza cardiaca istantanea fetale, allo scopo di cogliere tempestivamente gli eventuali segni di ipossia fetale, la registrazione del tracciato

cardiotocografico presenta prolungate lacune (non vi è monitoraggio dell'attività contrattile uterina e della frequenza cardiaca fetale dalle ore 10.00 alle ore 14.30, dalle ore 17.00 alle ore 18.15, dalle ore 18.50 alle ore 20.35, dalle ore 21.13 alle ore 22.38);

- dalle ore 23.00 del 1211/03 si sospende la registrazione in continuo del tracciato cardiotocografico, sostituendola con la registrazione intermittente e per periodi molto brevi dell'attività cardiaca, fetale e segnando manualmente sul tracciato i momenti di auscultazione del BCF, che risulta ripetutamente patologico e denota chiaramente una situazione di bradicardia fetale probabilmente di natura ipossica (a questo proposito il consulente medico di parte convenuta ipotizza che la frequenza contrassegnata dalla dicitura BCF si riferisca in realtà alla frequenza cardiaca materna. Si tratta di un'ipotesi non condivisibile per i seguenti motivi: esistono semplici manovre semeiotiche per differenziare la frequenza materna da quella fetale, come ad esempio la misurazione della frequenza cardiaca materna al polso radiale; inoltre, se questa manovra fosse stata compiuta, sarebbe stata annotata sul tracciato cardiotocografico come in altre due circostanze, rispettivamente alle ore 23.00 e alle ore 23.14);
- inoltre, a decorrere dalle ore 23.08 cessa la registrazione tocografica, ossia dell'attività contrattile uterina;

relativamente alla condotta dei sanitari della U. O. di Ostetricia e Ginecologia della ADSL 8 - Presidio Ospedaliero di Arezzo sono pertanto evidenziabili tre profili di censura:

- una sottovalutazione in periodo dilatante del quadro di ipercontrattilità uterina, ossia di un fattore di rischio per ipossia fetale, anche in considerazione del riscontro, al momento della rottura delle membrane, di liquido amniotico tinto di meconio;

- il monitoraggio non continuo della frequenza cardiaca fetale e dell'attività contrattile uterina e, soprattutto, l'abbandono, a decorrere dalle ore 23.00 del 12/1/03, della registrazione in continuo dell'attività cardiotocografica: si tratta di una decisione del tutto ingiustificata, trattandosi di un travaglio indotto non ancora in periodo espulsivo, in contrasto con quelle che sono le indicazioni delle principali linee guida in materia, che nel caso di travaglio indotto (nella fattispecie venne somministrata ossitocina) impongono il monitoraggio cardiotocografico in continuo (si veda sul punto quanto codificato dalle linee guida del Royal College of Obstetrics and Gynaecologists (2001) a proposito delle "indications for the use of continuous EFM" [Electronic Fetal Monitoring]: "if induction or augmentation of labour is undertaken with oxytocin there is a significant risk of hypercontractility and EFM should be used");

una sottovalutazione dei ripetuti episodi di bradicardia fetale in travaglio: infatti, anche a prescindere dalla mancata registrazione in continuo del tracciato cardiotocografico, vi sono circa 90 minuti (dalle ore 23.30 del 12/1/03 al momento del parto, avvenuto alle ore 1.06 del 13/1/03) in cui la frequenza cardiaca fetale (rilevata, come

i ricordato in precedenza, in modo intermittente) risulta francamente e ripetutamente patologica, come si evince da quanto vergato a penna sui tracciati cardiotocografici e contrassegnato dalla dicitura ("ascoltazione BCF");

una gestione corretta del travaglio avrebbe dovuto prevedere:

- monitoraggio regolare della frequenza cardiaca fetale e dell'attività contrattile uterina, trattandosi di travaglio indotto, in accordo con le indicazioni sul punto delle principali linee guida in materia, al duplice scopo di modulare la stimolazione farmacologica per

l'induzione del parto e di individuare tempestivamente eventuali segni di ipossia fetale;

- ricorso, ai primi segni di bradicardia fetale, al taglio cesareo, onde scongiurare il protrarsi di una situazione di ipossia fetale;

l'esecuzione tempestiva del taglio cesareo avrebbe consentito, con elevata probabilità, la sopravvivenza del feto;

Questa conclusione si basa sui seguenti elementi:

- fino alle ore 23.00 la frequenza cardiaca fetale risulta nella norma (pur essendo presenti elementi - ipercontrattilità uterina, liquido amniotico tinto di me conio - che depongono per un rischio di ipossia fetale);

la morte del feto è avvenuta - come dimostra la presenza del battito cardiaco fetale riportata a penna sul tracciato - poco prima dell'estrazione con ventosa o durante l'estrazione stessa, dopo un periodo, della durata di circa 90 minuti, durante il quale la frequenza rilevata è indicativa di un quadro di sofferenza fetale;

- l'indagine autoptica non ha evidenziato anomalie fetali potenzialmente responsabili della morte;
- il quadro anatomopatologico e le caratteristiche del feto quanto a peso corporeo e lunghezza depongono per un quadro di ipossia

acuta;

in conclusione:

- è nell'arco di tempo che va dalle ore 23.30 Circa del 12/11/03 al momento del parto, avvenuto alle ore 1.06 del 13/11/03, che si instaura e si mantiene una situazione di ipossia fetale acuta;

- 8/20/2017 tale situazione di ipossia fetale acuta determina dapprima una persistente bradicardia e quindi, poco prima dell' estrazione del feto con ventosa o durante l'estrazione stessa, la morte del feto;

un tempestivo ricorso al taglio cesareo al primo manifestarsi dei segni di ipossia fetale, che si protraggono per oltre 90 minuti, avrebbe evitato - con elevata probabilità, in considerazione dell' assenza di anomalie fetali e di altre cause evidenti di danno fetale - la morte del feto.

* * * * *

2) Valutazione della condotta dei sanitari della **NO.** di Ostetricia e Ginecologia della AUSL 8 - Presidio Ospedaliero di Arezzo relativamente alla morte di Ingrid Guadagni:

come si evince da quanto rilevato dai consulenti tecnici del Pubblico Ministero, la morte della paziente è inequivocabilmente attribuibile ad un quadro di embolia da liquido amniotico;

8/20/2017 l'embolia da liquido amniotico - AFE secondo l'acronimo in lingua inglese (*amniotic fluid embolism*) - costituisce una situazione clinica gravissima, indicata talvolta anche con il termine di sindrome anafilattoide della gravidanza;

la patogenesi della AFE non è ancora sufficientemente chiarita, anche se l'ipotesi patogenetica che attualmente riscuote il maggior credito privilegia un meccanismo di tipo anafilattoide che in alcune donne si scatenerrebbe alla penetrazione di materiali biologici fetali nel torrente vascolare materno;

il quadro clinico è caratterizzato da un'improvvisa compromissione delle condizioni materne durante la gravidanza, il travaglio o dopo il parto, con ipotensione acuta o arresto cardiaco, ipossia acuta, coagulazione intravascolare disseminata e grave emorragia incontrollabile;

la mortalità materna vana, a seconda delle casistiche, dal 13% delle casistiche più recenti all' 86% di quelle più risalenti;

la diagnosi è essenzialmente clinica e si basa in particolare sulla repentina comparsa di un quadro di shock insieme alla grave compromissione cardiorespiratoria in corso di travaglio o subito dopo il parto;

il trattamento è sostanzialmente di supporto ed è mirato alla rapida stabilizzazione della insufficienza cardiorespiratoria, assicurando una buona ventilazione e ossigenazione, correggendo lo shock e trattando tempestivamente la CID;

nel caso in questione possono essere rilevati i seguenti elementi:

- il parto avviene alle ore 1.06;
- al controllo effettuato dopo il secondamento, alle ore 1.16, la pressione arteriosa risulta pari a 110/70 e la frequenza cardiaca risulta pari a 80 battiti/minuto (questi dati sono importanti, in quanto consentono di fugare l'ipotesi avanzata dal consulente medico di parte convenuta che l'esordio del quadro di embolia da liquido amniotico si sia verificato prima del parto);
- alle ore 1.30 viene annotato in cartella clinica: "P.A. 90/60. Riferisce cefalea e dolore toracico. Emocromo urgente. Continua ad accusare dolore toracico. Tachicardia. Si chiama il reperibile anestesista" [con maggiori dettagli, l'esordio del quadro clinico è così descritto dai

sanitari della U.O. di Anestesia e Rianimazione: "La paziente, primipara, subito dopo il parto di feto morto ha accusato dolore toracico accompagnato da lipotimia e successivo stato di agitazione psicomotoria con tachidispnea"];

- il prelievo di sangue venosa per l'esame emocromocitometrico richiesto in VIa di urgenza alle ore 1.30 viene inviato alla D.O. Laboratorio di Analisi Chimico Cliniche e Microbiologiche dell'Ospedale S. Donato di Arezzo alle ore 2.52 ed il relativo referto (che dimostra un quadro di leucocitosi con iniziale coagulopatia) risulta disponibile alle ore 3.31, ossia circa due ore dopo l'esordio del quadro clinico;
- il primo tracciato elettrocardiografico risulta effettuato alle ore 3.30 ed evidenzia un quadro di tachicardia sinusale;
- alle ore 3.30 viene annotato in cartella clinica: "metrorragia post partum ore 3.30 si chiama il dr. Cristiani";
- non è chiaro il momento in cui la paziente viene trasferita presso la D. O. di Anestesia e Rianimazione: sul diario clinico l'ora riportata è quella delle 4.00 (in cui peraltro la cifra 4 è soprascritta alla cifra 5), ' mentre sulla scheda di accettazione l'ora di ingresso 4.00 è barrata e sostituita dall'ora 5.00: in ogni modo, il trasferimento della paziente presso la D.O. di Anestesia e Rianimazione avviene non prima di 2 ore e 30 minuti dall'esordio del quadro clinico;
- nella stesura della cartella clinica sono inoltre ravvisabili altre incongruenze: sul diario clinico viene annotato alle ore 4.00 (in cui peraltro la cifra 4 è soprascritta alla cifra 5): "continua infusione di emazie concentrate", quando - come si evince da quanto attestato sull'etichetta applicata alla sacca - la prima sacca risulta uscita dal Servizio Trasfusionale alle ore 4.35;

una volta avvenuto il trasferimento della paziente presso la UO. di Anestesia e Rianimazione, l'assistenza prestata alla paziente risulta del tutto adeguata alla situazione clinica, ormai gravemente compromessa, per cui nessuna censura può essere mossa ai sanitari della U. O. di Anestesia e Rianimazione;

al contrario, nelle fasi che hanno preceduto il predetto trasferimento SI assiste, da parte dei sanitari della UO. di Ostetricia e Ginecologia, ad una censurabile sottovalutazione del quadro clinico d'esordio;

non si vuole con questo dire che sarebbe stata doverosa da parte dei predetti sanitari l'immediata diagnosi di embolia da liquido amniotico, che rappresenta un quadro clinico relativamente raro, la cui definizione diagnostica è spesso possibile soltanto *a posteriori*;

tuttavia non si può non sottolineare come di fronte ad un quadro clinico materno potenzialmente grave, caratterizzato da ipotensione (con lipotimia, secondo quanto attestato dai sanitari della UO. di Anestesia e Rianimazione), dolore toracico e tachicardia, la condotta dei sanitari della UO. di Ostetricia e Ginecologia sia connotata da censurabile inerzia. In particolare, come ricordato in precedenza:

- il prelievo di sangue venoso per l'esame emocromocitometrico richiesto in Via di urgenza alle ore 1.30 viene inviato alla UO. Laboratorio di Analisi Chimico Cliniche e Microbiologiche dell'Ospedale S. Donato di Arezzo alle ore 2.52 ed il relativo referto (che dimostra un quadro di leucocitosi con iniziale coagulopatia) risulta disponibile alle ore 3.31, ossia circa due ore dopo l'esordio del quadro clinico;

- il primo tracciato elettrocardiografico, che evidenzia un quadro di tachicardia sinusale, viene effettuato alle ore 3.30, vale a dire circa due ore dopo l'esordio del quadro clinico;
- il trasferimento della paziente presso la U. O di Anestesia e Rianimazione, che rappresenta la sede idonea per il trattamento della patologia in questione, avviene non prima delle 4.00 (o delle 5.00, su questo punto le annotazioni riportate in cartella clinica sono contraddittorie), nonostante il fatto che già alle ore 1.30 fosse stato allertato il "reperibile anestesista";
- l'infusione di emazie concentrate non ha inizio prima delle ore 4.35;

ora, l'embolia da liquido amniotico rappresenta un quadro clinico molto grave, in alcuni casi addirittura catastrofico, gravato da una mortalità materna significativa (che scende tuttavia, nelle casistiche più recenti, anche al 13%), il tempestivo trattamento del quale non è sempre sufficiente a scongiurare l'evento morte;

non si può pertanto affermare, nel caso in questione, che un più tempestivo trattamento del quadro di embolia da liquido amniotico - quale si sarebbe potuto attuare se non vi fosse stata l'iniziale sottovalutazione del quadro clinico e non vi fosse stato l'evidenziato ritardo nell'esecuzione dei primi accertamenti di laboratorio e clinico-strumentali - avrebbe modificato la prognosi materna in termini di certezza o di elevata probabilità;

è tuttavia indubbio che la mancata tempestività degli interventi rianimatori ha sottratto - in termini assolutamente non quantificabili - alcune *chances* di sopravvivenza alla paziente;

in altre parole, pur non potendo si ravvisare la sussistenza di un nesso di causa o di concausa tra le censure mosse ai sanitari della U. O. di Ostetricia e Ginecologia relativamente alla sottovalutazione del quadro clinico iniziale e al ritardo nell'esecuzione dei primi accertamenti di laboratorio e clinicostrumentali e la morte di Ingrid Guadagni, stante l'andamento spesso catastrofico dell' embolia da liquido amniotico e l'elevato tasso di mortalità materna, la mancata maggiore tempestività degli interventi rianimatori (di fatto avviati a distanza di circa 2 ore e 30 minuti dall'esordio del quadro clinico) ha sottratto - in termini assolutamente non quantificabili - alcune *chances* di sopravvivenza alla paziente;

se infatti non si può affermare che l'evento morte non si sarebbe verificato qualora non vi fossero stati la sottovalutazione del quadro clinico iniziale ed il conseguente ritardo nell'esecuzione dei primi accertamenti diagnostici, si può tuttavia affermare che la paziente ha perso, per effetto del citato inadempimento, delle *chances* di sopravvivenza che statisticamente aveva.

* * * * *

CONCLUSIONI E RISPOSTA AI QUESITI

Sulla base della disamina della documentazione medica e di quanto rilevato in sede di indagine autoptica si può affermare quanto segue:

la causa del decesso di Ingrid Guadagni è da ascrivere ad un quadro di embolia massiva di liquido amniotico;

la causa del decesso di Andrea Balicchi è dovuta ad un quadro di ipossia/asfissia acuta in travaglio;

per quanto riguarda la gestione del parto sono ravvisabili elementi di censura nella condotta dei sanitari della D.O. di Ostetricia e Ginecologia della AUSL 8 - Presidio Ospedaliero di Arezzo, così schematizzabili:

- una sottovalutazione In periodo dilatante del quadro di ipercontrattilità uterina, ossia di un fattore di rischio per ipossia fetale, anche in considerazione del riscontro, al momento della rottura delle membrane, di liquido amniotico tinto di meconio;
- il monitoraggio non continuo della frequenza cardiaca fetale e dell'attività contrattile uterina e, soprattutto, l'abbandono, a decorrere dalle ore 23.00 del 12/11/03, della registrazione in continuo dell'attività cardiocografica: si tratta di una decisione del tutto ingiustificata, trattandosi di un travaglio indotto non ancora in periodo espulsivo, in contrasto con quelle che sono le indicazioni delle principali linee guida in materia, che nel caso di travaglio indotto (nella fattispecie venne somministrata ossitocina) impongono il monitoraggio cardiocografico in continuo;
- una sottovalutazione dei ripetuti episodi di bradicardia fetale in travaglio: infatti, anche a prescindere dalla mancata registrazione in continuo del tracciato cardiocografico, vi sono circa 90 minuti (dalle ore 23.30 del 12/11/03 al momento del parto, avvenuto alle ore 1.06 del 13/11/03) in cui la frequenza cardiaca fetale risulta francamente e ripetutamente patologica;

il ricorso, ai primi segni di bradicardia fetale, al taglio cesareo, avrebbe scongiurato il protrarsi di una situazione di ipossia fetale e avrebbe consentito, con elevata probabilità, la sopravvivenza del feto;

nelle fasi che hanno preceduto il trasferimento di Ingrid Guadagni presso la D.O. di Anestesia e Rianimazione si assiste, da parte dei sanitari della D.O. di Ostetricia e Ginecologia, ad una censurabile sottovalutazione del quadro clinico d'esordio.

Non si può tuttavia affermare che un più tempestivo

trattamento del quadro di embolia da liquido amniotico - quale si sarebbe potuto attuare se non vi fosse stata l'iniziale sotto valutazione del quadro clinico e non vi fosse stato l'evidenziato ritardo nell' esecuzione dei primi accertamenti di laboratorio e clinico-strumentali - avrebbe modificato la prognosi materna in termini di certezza o di elevata probabilità; è peraltro indubbio che la mancata tempestività degli interventi rianimatori ha sottratto - in termini assolutamente non quantificabili - alcune *chances* di sopravvivenza alla paziente;

la gestione di un travaglio indotto farmacologicamente in una gravidanza a 41 settimane fino a quel momento condotta in assenza di particolari fattori di rischio non rappresenta un problema tecnico di speciale difficoltà;

la diagnosi e il trattamento di un quadro di embolia di liquido amniotico rappresentano un problema tecnico di speciale difficoltà;

nella condotta dei sanitari per quanto riguarda la gestione del travaglio di parto sono ravvisabili evidenti profili di colpa, mentre tali profili sono più sfumati per quanto riguarda la diagnosi e il trattamento della patologia materna.

Il C.T.D.

prof Bruno Magliona

l'ausiliario del C.T.D.

Prof. Luca Marozio