

## LO SPECIALISTA OSTETRICO ED IL MEDICO GINECOLOGO

Ostetricia e ginecologia, costituiscono due branche della medicina particolarmente delicate, collegate a contesti etico e giuridici complessi, con moltissime problematiche ad esse sottese.

La Carta Costituzionale, all'art. 31, dispone che *“la Repubblica ... protegge la maternità, l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo”*. Pertanto, viene garantito al concepito non solo il diritto di nascere - **e di nascere sano** - ma anche di ricevere adeguate cure *pre e post-parto*, senza perdere di vista la tutela della madre stessa e della maternità.

Il ginecologo e l'ostetrico, hanno il dovere di fornire alla gestante ed al parto, una totale assistenza; qualsiasi errata prestazione sanitaria al momento del parto, costituisce condotta censurabile.

In particolare, possono delinearsi più comportamenti di tal genere, ma a fini esemplificativi, quelli che si verificano con maggiore frequenza e direttamente ricollegabili alla responsabilità del sanitario sono:

- l'inadeguato monitoraggio nelle ultime fasi della gravidanza;
- il mancato od intempestivo ricorso al taglio cesareo (nelle ipotesi in cui si configuri necessario);
- il mancato riconoscimento di lesioni o di perforazioni uterine;
- l'inadeguato trattamento di complicanze infettive.

Affrontando in maniera specifica il problema della responsabilità professionale dell'ostetrico, si deve tener presente che l'imperizia, l'imprudenza, la negligenza o l'inosservanza della condotta doverosa, deve esser direttamente ricollegata ( in c.d. *nesso di causalità*) con la causa diretta della morte o del danno alla gestante od al neonato. L'ostetrico, in tali situazioni, risponde direttamente e personalmente del proprio operato, qualora tali accadimenti si verificano nell'ambito della sua attività libero-professionale. Quando, invece, si avvale della collaborazione di un altro medico specialista, l'ostetrico è soggetto al *“vincolo della subordinazione”*, rispondendo solo per il danno inerente le proprie competenze e l'attività sanitaria posta in essere.

Secondo quanto stabilito dall'art. 1, n. 1 del D.M. 14.9.1994, *“l'ostetrico è l'operatore sanitario che conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato”*; l'art. 5 dello stesso decreto, sottolinea che: *“l'ostetrico è in grado di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono l'intervento medico e di praticare, ove occorra, le relative misure di particolare emergenza”*.

A questo punto, definite le principali mansioni che l'ostetrico deve svolgere, può esser utile valutare gli orientamenti della Corte di Cassazione in merito. L'esercizio dell'attività di ostetrico, è immediatamente collegata con l'obbligo di valutare con la massima diligenza, l'*andamento* del

parto o di sollecitare l'intervento del medico specialista, ogni qualvolta si manifestino fatti non riferibili ad una regolare gestazione o svolgimento del parto stesso. Invero, le funzioni dell'ostetrico debbono esser rigorosamente limitate all'assistenza delle partorienti che non presentino un quadro clinico ambiguo o complesso; ogniqualvolta possa rilevarsi la presenza di fattori di rischio per la madre o per il feto/bambino, l'ostetrico ha l'onere di richiedere l'intervento del medico ed ha l'assoluto divieto di praticare un qualsiasi tipo di intervento manuale o strumentale (fatta eccezione per quelli consentiti o considerati di *routine*).

Il compito dell'ostetrico, è quello di assistere la donna durante la gestazione, il parto e le immediate fasi successive, di assistere il neonato, di vigilare sul quadro clinico di entrambi i pazienti; può operare da solo, unicamente nel caso di *parto fisiologico* (previa valutazione di idoneità della paziente, da parte dell'*équipe* medica).

In merito al ruolo svolto dall'*équipe*, può esser utile soffermarsi sulla figura dell'ecografista, specialista al quale compete la valutazione diagnostica e l'interpretazione o l'elaborazione dei dati obiettivi. Un errore dovuto alla incompleta od imprecisa stesura del referto "*tecnico*" od una mancata comunicazione dei dati alla paziente, costituisce prova di un'errata condotta dell'ecografista ed oggetto delle valutazioni del consulente tecnico e del giudice.

Un errore nella valutazione o nella lettura dell'ecografia, che comporti la mancata e colposa informazione alla madre, si trasforma in una diretta responsabilità civile, contrattuale ed extracontrattuale del medesimo specialista, per mancata od incorretta diagnosi.

Un'adeguata informazione circa le possibili od eventuali anomalie del feto, permetterebbe ai genitori di conoscere in maniera completa, l'intero quadro clinico del feto/neonato e poter così intervenire in merito se possibile, oppure valutare una interruzione della gravidanza (in presenza di gravi pericoli per la salute psico-fisica della madre) od altre decisioni in merito alla prosecuzione della gravidanza.

Altra importante figura all'interno dell'*équipe* medica, è quella dell'anestesista. Anche tale medico ha il compito di assistere la partoriente ed responsabile per tutto ciò che attiene al trattamento *anestetico-rianimatorio*; costui infatti, ha l'onere di vigilare sulla paziente prima, durante e dopo, l'anestesia (in caso di parto cesareo o quando se ne presenti la necessità); controllarla ed assisterla sul letto operatorio; verificare il funzionamento delle apparecchiature.

Più volte, la Cassazione ha affrontato tali tematiche: l'anestesista, opera in autonomia od in rapporto gerarchico con un altro specialista, in un in funzione dei compiti di direzione che esercita sul personale infermieristico. Nel primo caso, ogni problema può essere superato con il riconoscimento di un *principio di fiducia* all'interno dell'*équipe* medica. Nel secondo caso, invece, l'obbligo di evitare il danno, pone in capo all'anestesista, il dovere di impartire al personale infermieristico

sempre ed in modo dettagliato, tutte le istruzioni del caso, per evitare e scongiurare, qualsiasi possibile condotta imprudente o negligente.

Nel caso non infrequente di un intervento chirurgico “*complesso*”, qualora il paziente chieda di essere assistito da un anestesista diverso da quello che normalmente opera col chirurgo, qualora si produca un danno, la giurisprudenza tende ad escludere una responsabilità di quest’ultimo, in base al principio dell’affidamento e quella della Casa di Cura che ha consentito all’anestesista, di avvalersi della propria strumentazione.

Medico specialista che spesso collabora con l’ostetrico, è il neonatologo. Il suo intervento con l’ostetrico si esplica in tre fasi: sola collaborazione; collaborazione in *équipe*; assistenza diretta sul neonato.

L’assistenza al parto, deve avvenire in un ambiente ospedaliero e deve essere assicurata dalla presenza dell’ostetrico, dell’anestesista, del neonatologo e del cardiologo (figure che provvederanno ad un completo monitoraggio del parto ed all’assistenza al neonato), *équipe* che, in relazione alle condizioni cliniche della partoriente, deciderà se anticipare il parto e quale tipo di metodica utilizzare per la sua effettuazione (fisiologica o taglio cesareo), in base anche ai rischi inerenti il proseguimento della gravidanza. L’errore nella diagnosi e l’errore nella carenza di pratiche terapeutiche, configurano le ipotesi più frequenti di responsabilità professionale in cui possono incorrere i sanitari ora indicati.

Tenendo conto della complessità dei trattamenti medici in ambito ginecologico ed ostetrico, nonché la frequente necessità di operare in *équipe*, risulta difficile individuare il momento nel quale si configura l’atto illecito. La Corte di Cassazione, ha più volte ribadito che: “*per avere una cooperazione in un reato non doloso, è necessaria la consapevole partecipazione ad una condotta colposa, che configura così, l’esistenza di uno specifico nesso di causalità fra l’azione del singolo componente dell’èquipe e l’evento dannoso*”. Qualora invece sussista un rapporto gerarchico all’interno dell’*èquipe*, è necessario un controllo da parte del responsabile della stessa.

Accertata la responsabilità in capo al od ai sanitari, nasce l’obbligo al risarcimento integrale del danno cagionato alla paziente, secondo quanto stabilito dall’art. 2055 c.c.

L’accertamento ed il riconoscimento del nesso di causalità tra condotta omissiva ed evento, in materia di responsabilità medica, pone le proprie basi sulla capacità del soggetto agente (medico); essenziale è l’accertamento della sua eventuale colpa professionale: non potranno fungere da termine di paragone soltanto le “*leges artis generali*”, ma dovranno esserlo anche e soprattutto quelle proprie del settore specialistico in cui il sanitario opera.

Infine, per completare il quadro ora delineato, la Corte di Cassazione, con sentenza n. 33619 del 12 luglio 2006, si è pronunciata in materia di colpa medica d’*èquipe*, valutando i criteri di imputazione

soggettiva della responsabilità ed il concetto di “*errore evidente*” relativamente al “*professionista medio*”. In particolare: “ogni sanitario, è responsabile non solo del rispetto delle regole di diligenza e perizia connesse alle specifiche ed effettive mansioni svolte, ma deve anche conoscere e valutare le attività degli altri componenti dell’*“équipe”* in modo da porre rimedio ad eventuali errori posti in essere da altri, purché siano evidenti per un professionista medio, giacché le varie operazioni effettuate convergono verso un unico risultato finale”.

Ogni medico, ha il dovere di controllo sulle attività svolte dall’*équipe*, al fine di porre riparo ad eventuali errori evidenti ed immediatamente rilevabili con le conoscenze comuni del “*professionista medio*”.

La sentenza citata, riguarda il caso della condanna di due medici anestesisti per la morte di una partoriente, a seguito di una serie di errori considerati “*banali e comunque relativi proprio alla attività di anestesista*”, commessi durante “*un semplice intervento di taglio cesareo, eseguito su persona del tutto sana e priva di controindicazioni all’anestesia, deceduta soltanto a causa di una errata manovra di intubazione*”. Nella fase di merito è stato accertato che la morte della partoriente, nel corso dell’intervento di parto cesareo, era stata causata da una errata manovra di *intubazione* a seguito di anestesia generale. L’*anossia* prolungata che aveva causato la morte della paziente, era stata determinata dal fatto che “*la cannula per ben due volte, era stata introdotta nell’esofago invece che in trachea*”.

L’anestesista, è stato riconosciuto responsabile per una “*...impèrita auscultazione polmonare nella prima intubazione e sull’errata intubazione effettuata una seconda volta*”.

La Cassazione, ha confermato un orientamento già più volte espresso (cfr. anche, Cass. Pen., Sez. IV, 24 gennaio 2005, n. 18548; Cass. Pen. Sez. IV, 6 aprile 2005, n. 22579; Cass. Pen., Sez. IV, 2 marzo 2004, n. 24036): “*in tema di colpa professionale, nel caso di “èquipes” chirurgiche e, più in generale, in quello in cui ci si trovi di fronte ad ipotesi di “cooperazione multidisciplinare” nell’attività medico-chirurgica, sia pure svolta non contestualmente, ogni sanitario, oltre che al rispetto dei canoni di diligenza e prudenza connessi alle specifiche mansioni svolte, è tenuto ad osservare gli obblighi ad ognuno derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso il fine comune ed unico. Ne consegue che ogni sanitario non può esimersi dal conoscere e valutare l’attività precedente o contestuale svolta da altro collega, sia pure specialista in altra disciplina, e dal controllarne la correttezza, se del caso ponendo rimedio o facendo in modo che si ponga opportunamente rimedio ad errori altrui che siano evidenti e non settoriali e, come tali, rilevabili ed emendabili con l’ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio*”. Situazione diversa, si prospetta invece, quando gli errori possono definirsi “*particolari*” e

“settoriali”, afferenti a discipline specifiche o specialistiche, quando non siano evidenti senza il supporto di particolari conoscenze scientifiche.

In tal caso, può valere il già ricordato “*principio dell’affidamento*”, in base al quale ogni “*specialista*” non può considerarsi vincolato a improntare la propria condotta in funzione del rischio di comportamenti colposi altrui, deve fare affidamento sul fatto che gli altri medici agiranno diligentemente e nella piena osservanza delle regole di propria competenza. La Cassazione ha definito il suddetto principio come: “*principio secondo il quale ciascuno può contare sull’adempimento, da parte degli altri, dei doveri su di essi incombenti*” (Cass. Pen., Sez. IV, 26-01-2005, n. 18568); “*principio secondo il quale ogni consociato può confidare che ciascuno si comporti adottando le regole precauzionali normalmente riferibili al modello di agente proprio dell’attività che di volta in volta è in esame, ed ognuno deve evitare unicamente i pericoli scaturenti dalla propria condotta*” (Cass. Pen., Sez. IV, 26 maggio 1999, n. 8006).

Di regola, quindi, non si ha l’obbligo di impedire la realizzazione di comportamenti pericolosi posti in essere da terze persone altrettanto capaci di scelte responsabili. Tuttavia, il suddetto principio “*non può essere invocato quando colui che si “affida” sia in colpa, per avere violato determinate norme precauzionali o per avere omesso determinate condotte e, ciò nonostante, confidi che altri, che eventualmente gli succede nella stessa posizione di garanzia, elimini quella violazione o ponga rimedio a quella omissione [...] ne deriva che ove, anche per l’omissione del successore, si produca l’evento che una certa azione avrebbe dovuto e potuto impedire, l’evento stesso avrà due antecedenti causali, non potendo il secondo configurarsi come fatto eccezionale, sopravvenuto, sufficiente da solo a produrre l’evento*” (Cass. Pen., Sez. IV, 26 maggio 1999, n. 8006 - Cass. Pen., Sez. IV, 26-01-2005, n. 18568).

In ogni vicenda nella quale si verifichi una grave lesione o vi sia una responsabilità per omicidio colposo, dovendosi esercitare l’azione penale, diventa di non secondaria importanza stabilire preliminarmente se l’“*errore evidente*”, sia per così dire, un errore “*comune*”, in grado di coinvolgere nell’addebito di responsabilità l’intera *équipe*, oppure sia legato ad elementi di particolare o settoriale competenza: ad esempio, un chirurgo può porre rimedio ad un errore dell’anestesista, ma più difficile, risulta pensare che un anestesista possa rimediare ad un errore, anche evidente del chirurgo.

Ogni sanitario è responsabile non solo del rispetto delle regole di diligenza e perizia connesse alle specifiche ed effettive mansioni da lui svolte, ma deve anche conoscere e valutare le attività degli altri componenti dell’*équipe*; ponendo rimedio, quando possibile, ad eventuali errori commessi da altri od a loro comportamenti negligenti o imprudenti.