

Brevi note sulla responsabilità professionale dell'ostetrica

L'esposizione delle problematiche giuridiche riguardanti i profili di responsabilità professionale dell'ostetrica necessita di un inquadramento giuridico di carattere generale.

La legge fondamentale in materia di *“Professioni sanitarie infermieristiche ed sanitario ostetriche”* del 18.10.2000 n. 251 e più recentemente la L. n. 43 del 1.2.2006 recante *“Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative tecnico sanitarie e della prevenzione”* hanno riordinato ed attualizzato il quadro normativo di riferimento - introdotto con il R.D. 27.7.1934, n. 1265 (T.U. Leggi Sanitarie) e con L. 26.2.1999, n. 42 - conferendo nuova dignità alle figure professionali delle ostetriche prima appartenenti alla categoria ausiliaria. In particolare all'art. 1 L. 251/2000 si stabilisce che *“gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono, con autonomia professionale, attività dirette alla prevenzione, alla cura ed alla salvaguardia della salute ed individuale e collettiva”*, demandando allo Stato ed alle Regioni - e quindi agli Organi amministrativi che ai vari Livelli del S.S.N. a queste ultime fanno riferimento - *“la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristiche ostetriche”*.

La predetta norma non ha solo un valore ed una funzione *“premiante”* per la professione delle ostetriche e di riconoscimento esplicito della sua dignità ma, soprattutto, specifica e fonda una precisa *“posizione di garanzia”* - già derivante dall'art. 32 della Costituzione - che esse rivestono nel campo della tutela della salute individuale e pubblica, rafforzando l'obbligo giuridico di queste ultime di assistenza sanitaria pronta, competente, diligente, prudente e perita la cui violazione - in quanto causa di danni alla salute - le espone alle diverse forme di responsabilità giuridica, di tipo penale, civile e disciplinare.

Per quanto concerne i compiti professionali specifici gravanti in capo all'ostetrica (in forza del d.p.r. 3.3.1965, n. 163; L. 26.2.1999, n. 42; d.m. 15.9.1994, n. 740; d.m. 16.7.2001, n. 349; dir. Com. CEE 80/154 e 80/155; L. 13.6.1985, n. 296) va rilevato che questa si occupa della gravidanza fisiologica della donna, con obbligo di valutare con sufficiente grado di autonomia il benessere materno fetale; prescrive gli esami necessari al controllo evolutivo di una gravidanza formale o utili alla diagnosi precoce delle gravidanze a rischio, da sottoporre ad idoneo parere medico; partecipa agli interventi di educazione sanitaria e sessuale, sia nell'ambito della famiglia che nella comunità; prepara ed assiste agli interventi ginecologici, con obbligo di annotare nella cartella di competenza tutti gli *“eventi sanitari”* significativi che direttamente la riguarda, in modo precipuo e particolare di segnalare al medico le situazioni patologiche - sia che agisca in elezione che in urgenza - che meritino una valutazione ginecologica propria dell'esperto della materia.

In linea generale e senza pretesa di completezza, la responsabilità professionale dell'ostetrica interessa la teoria e la prassi giuridiche sotto tre profili fondamentali: quello dell'assistenza, delle forme di assistenza e dei contesti dell'assistenza.

In relazione al primo profilo la giurisprudenza civile e penale, esige che l'ostetrica *“modello”* - non censurabile per negligenza - sviluppi una competenza professionale specifica adeguata al contesto in cui opera attraverso un percorso formativo di base, postbase e di aggiornamento ed attraverso la pratica clinica. In conformità con le direttive contenute nello stesso codice deontologico la maturità e competenza professionali dell'ostetrica - dunque il grado di autonomia professionale concretamente richiesto in ambito giudiziario - sono misurate attraverso la sua capacità di individuare e, quindi gestire e prevenire le situazioni cliniche e organizzative critiche e rischiose per la salute delle madri e dei feti. Con particolare riguardo all'assistenza al parto nascita il grado di autonomia dell'ostetrica si concretizza, nella prassi giudiziaria, non solo in un obbligo di rilevazione delle situazioni a rischio o potenzialmente a rischio, ma anche di prevenzione della patologia e distocia attraverso una pratica clinica appropriata a rispettosa delle migliori acquisizioni scientifiche in materia.

In relazione al secondo ed al terzo profilo relativo alle forme di assistenza, la prassi giudiziaria richiede - soprattutto nella fase della presa in carico delle urgenze ed emergenze - che l'ostetrica che agisce in un contesto di *équipe* multi professionali si attenga, ove esistenti, a precisi protocolli clinico/organizzativi, modulando il proprio intervento al contesto specifico in cui agisce ed assiste (es. ospedale o domicilio) ed alla complessità della casistica (strutture di 1°, 2°, o 3° livello).

In forza dell'applicazione del suseposto statuto normativo e dei principi applicativi correlati la letteratura giuridica ha delineato un preciso profilo professionale dell'ostetrica ed, al contempo, un suo ambito di responsabilità professionale: l'ostetrica nella fase dell'assistenza della donna in gravidanza, durante il parto e nel puerperio ha responsabilità autonoma nella conduzione di parti eutocici e nell'assistenza al neonato, deve gestire - nel rispetto dell'etica professionale e come membro dell'*équipe* medica - ogni intervento assistenziale di sua competenza individuando e segnalando le situazioni patologiche che richiedano l'intervento medico e praticando, ove occorra, le relative misure di emergenza. La migliore letteratura ginecologica forense ed anche la giurisprudenza civile e penale - costruendo l'ampiezza della posizione di garanzia e dell'obbligo di assistenza dell'ostetrica - hanno sottolineato come in forza del riconoscimento di autonomia della professione spetti all'ostetrica il compito di individuare le situazioni potenzialmente patologiche in quanto soggetto competente spesso più vicino alla donna nelle fasi più delicate della sua gravidanza, e di richiedere con prontezza l'intervento del medico nelle situazioni cliniche potenzialmente a rischio. Con una precisazione che "aggrava" le possibili fonti di responsabilità: diversamente da quanto avviene nelle altre professioni sanitarie non mediche basate sulla c.d. "prescrizione" (la professionista esegue ciò che il medico prescrive) nel campo ostetrico ginecologico ci si trova spesso in una situazione "rovesciata" con obbligo dell'ostetrica di individuare le situazioni potenzialmente a rischio e quindi sollecitare l'intervento medico.

Tale assetto dei rapporti medico - ostetrica ed paziente - ostetrica permette, quindi, di inquadrare l'ambito di responsabilità professionale dell'ostetrica, ritenendoli oggi basati sulla citata autonomia, sulla cessazione o, quantomeno forte attenuazione della posizione subalterna al medico e la conquista della capacità decisionale comportano una maggiore responsabilità verso gli assistiti. E' certamente corretto affermare che l'ostetrica, al pari del medico, è garante del bene salute della persona che assiste, ed in quanto tale ha l'obbligo giuridico di fare ciò che è nelle sue possibilità e capacità - nel doveroso rispetto delle indicazioni di buona pratica clinica ostetrico ginecologica - al fine di tutelare la vita e l'integrità fisica della madre e del nascituro: in difetto, se uno dei due dovesse subire un danno alla salute che la doverosa condotta attiva dell'ostetrica avrebbe potuto evitare, potrebbe configurarsi a suo carico una responsabilità penale per omesso impedimento dell'evento ai sensi dell'art. 40 comma 2 c.p., il quale prevede che "*non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo*".

La responsabilità professionale dell'ostetrica per gli eventi lesivi cagionati con una condotta attiva (si pensi alle manovre necessarie alla fase estrattiva del feto) o omissiva (si pensi all'omessa segnalazione di un tracciato cardiocografico francamente patologico), in quanto fondata sull'obbligo costituzionale di cura ed assistenza previsto dall'art. 32 Cost., è governata dagli stessi principi e risponde ai medesimi criteri tecnico giuridici di quella del personale medico.

Tuttavia, individuato il fondamento formale (la Costituzione e le norme di legge citate) e sostanziale (la crescente professionalità di tale figura sanitaria, la necessità di precisi corsi di studio e la presenza di obblighi di aggiornamento) di tale responsabilità, l'esperienza clinica e quella giudiziaria insegnano che il problema più annoso è quello della sua esatta delimitazione determinato dall'esistenza di un lavoro di "cooperazione medico- sanitaria" ovvero di *équipe*. Il trattamento della gravidanza e del parto presenta una complessità tale da non poter essere eseguito da un solo sanitario e necessita, dunque, della collaborazione di più soggetti, ognuno dei quali, in base alle proprie competenze e specializzazioni, dovrà svolgere una "parte" del trattamento. Nel linguaggio giuridico si parla di attività medico sanitaria d'*équipe* nel caso di cooperazione multidisciplinare tra più sanitari che interagiscono fra loro per il conseguimento del comune risultato della salute e del

benessere del paziente. Per *équipe*, in particolare la giurisprudenza intende tutte le ipotesi in cui all'attività curativa partecipino, in tempi diversi o nel medesimo contesto, più figure professionali le quali possono trovarsi in posizione paritaria oppure inseriti in una organizzazione gerarchica.

La contemporanea presenza di più sanitari operanti in unico contesto spazio temporale oppure in una sequenza di fasi interdipendenti, pone in giurisprudenza il problema di stabilire a quali condizioni il singolo operatore, in quanto partecipe dell'*équipe* risponda dei comportamenti colposi riferibili agli altri componenti, e fino a dove si estenda il proprio dovere di prudenza, diligenza e perizia con riferimento all'altrui attività, anche di diversa specialità. Premesso che in punto ripartizione e delimitazione delle responsabilità personali dei singoli componenti l'*équipe* esistono orientamenti giurisprudenziali non uniformi, la Suprema Corte – in relazione al trattamento terapeutico attuato da un'*équipe* composta da medici e sanitari specialisti, ove il "lavoro" è distribuito in base alle rispettive competenze – ha stabilito che "*laddove medici e sanitari svolgano l'attività in modo non contestuale, ogni sanitario, oltre che il rispetto dei canoni di diligenza e prudenza connessi alle specifiche mansioni svolte, sarà anche astretto dagli obblighi ad ognuno derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso il fine comune*". Ne consegue che "*tutte le attività sono interdipendenti e debbono essere tra loro coordinate verso l'esito finale della guarigione del malato, senza che possa immaginarsi né una assoluta autonomia tra le varie fasi né una sorta di compartimentazione o segmentazione degli specifici interventi delle singole competenze*" (Cass., se. IV, 18.5.2005, n. 18548). In sostanza fra i componenti dell'*équipe* la Suprema Corte delinea una responsabilità solidale in cui il dovere di diligenza del singolo viene ampliato andando anche oltre le specifiche mansioni a lui affidate estendendosi sino al controllo dell'altrui operato e sugli errori altrui purché questi si presentino "*non settoriali ed evidenti e siano rilevabili con l'ausilio delle conoscenze del professionista medio*". La fattispecie oggetto della citata sentenza chiarisce la posizione della Suprema Corte: un neonato era deceduto poco dopo il parto a causa di insufficienza respiratoria, ed era stato contestato al ginecologo ed all'ostetrica (che avevano seguito la partorienta durante la fase di travaglio) di non aver tempestivamente rilevato in una situazione di *routine* l'insorgenza della sofferenza fetale, e di non essere ricorsi al parto per via laparotomia. Nel caso di specie ginecologo ed ostetrica erano assistiti da altro medico, non specialista, cui si rimproverava di non aver diagnosticato l'asfissia fetale, nonostante la presenza di sintomi evidenti, come il colore verde del liquido amniotico (associati ad altri specifici e specialistici, quali la presenza di tracciati cardiocografici di natura patologica) rivelatori di una situazione né difficile né complessa che non richiedeva per essere affrontata particolari conoscenze settoriali. Tutti i sanitari sono stati condannati per il delitto di omicidio colposo in regime di operazione ex art. 113, 589 c.p., con una gradazione della colpa in termini di particolare gravità per i professionisti specialisti della materia ostetrico - ginecologica.

Torino, 6.11.2009

Avv. Claudio Maria Papotti