



Demedicalizzare il parto o demedicalizzare il percorso nascita?

Il ruolo e la responsabilità del medico ostetrico e dell'ostetrica/o

Luca Benci*

I DATI FORNITI DAL MINISTERO DELLA SALUTE SULL'ANNO 2001¹

confermano la tendenza in atto nell'ultimo ventennio di un aumento costante di parti cesarei in Italia. Si è passati da una percentuale dell'11-12% dei primi anni ottanta al 33% del 2000. La triplicazione dei parti cesarei avviene in realtà in modo difforme sul territorio nazionale con percentuali più accettabili in alcune regioni del centro nord e francamente inaccettabili in alcune regioni meridionali.

Il grido di allarme, da un punto di vista normativo, era stato già dato dal DM 24 aprile 2000 "Adozione del progetto obiettivo materno infantile relativo al piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000" e confermato dal DM 12 dicembre 2001 "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" la quale ha inserito come indicatore esprimente l'appro-

priato utilizzo dell'intervento di taglio cesareo proprio la "percentuale di parti cesarei" indicando come parametro di riferimento una percentuale del 15-20%.

Anche prendendo la percentuale più elevata (20%) su un totale di 518.286 parti effettuati in Italia nel 2000 i parti cesarei sarebbero circa 103.000. Nella realtà si riscontrano invece 171.807 parti cesarei tra strutture pubbliche e private. Si contano quindi circa 70.000 interventi chirurgici di taglio cesareo non necessari secondo le indicazioni ministeriali, dell'organizzazione mondiale della sanità e anche attraverso dei dati comparativi con le altre realtà europee, con particolare riferimento a Francia, Germania, Spagna e Gran Bretagna.

Dalla relazione annuale del ministero

* Giurista, Cedipros, Firenze

1. Vedi su questa *Rivista* 4/2002, Fortino A., Lipi L., D'Ippolito F., Ascone G., *L'eccessivo ricorso al taglio cesareo - analisi dei dati italiani*, su www.ministerosalute.it

della salute emergono, dall'analisi dei dati, tre fattori che influenzano il numero dei parti cesarei e che lo stesso ministero ha così classificato:

- a) Fattore geografico. Il numero dei parti cesarei è decisamente più elevato nelle regioni meridionali rispetto a quelle settentrionali senza grande differenza tra le strutture pubbliche e private;
- b) Fattore organizzativo. In linea generale sono le strutture private che hanno maggiore incidenza dei tagli cesarei, anche se si può presumere che il numero dei parti a rischio siano minori in queste strutture.
- c) Fattore medico. Questo fattore risente di un certo clima culturale che si è creato in questi decenni sull'evento nascita e il ministero parla apertamente di "eccessiva medicalizzazione del percorso nascita". Quest'ultima affermazione - che per altro conclude il documento - è non solo confermativa di quanto già precisato nel progetto obiettivo materno-infantile, ma va decisamente oltre. Il progetto obiettivo parlava di "percorso nascita" ma poi si limitava a indicare nelle "azioni" la "sperimentazione di percorsi di demedicalizzazione del parto" e tra gli "indicatori" la "percentuale di strutture che hanno attivato percorsi di demedicalizzazione del parto facilitanti il contatto madre-bambino". Il progetto obiettivo cioè si è concentrato sulla critica alla medicalizzazione sul solo evento espulsivo,

mentre la relazione ministeriale sul numero dei cesarei nel 2000 ha criticato più in generale l'eccessiva medicalizzazione di tutto il "percorso nascita". Non vi sono dubbi sul fatto che sia del tutto insufficiente criticare l'evento finale espulsivo quando poi tutto il percorso nascita viene gestito in un completo clima culturale medicalizzato.

Le giustificazioni di un eccessivo numero di tagli cesarei è chiaramente riscontrabile in un classico atteggiamento di medicina difensiva commissiva² posti in essere dalle équipe sanitarie allo scopo di preservarsi da eventuali problemi giuridici legati al travaglio di parto.

Non essendovi giustificazioni cliniche in relazione all'enorme numero di parti cesarei svolti in eccesso nel nostro paese è necessario analizzare il contesto giuridico, etico, deontologico e di responsabilità professionale che da questo ne deriva.

Questa analisi critica del fenomeno non entra ovviamente nella casistica in cui il parto cesareo si rende assolutamente indispensabile per le condizioni cliniche della madre e/o del nascituro, ma punta l'indice sul suo abuso.

Analizzeremo in questo lavoro il problema del parto cesareo come intervento chirurgico, partendo quindi dalla liceità di ogni intervento chirurgico che trova il suo fondamento nell'informazione al paziente e nell'acquisizione del relativo consenso e tratteremo del problema del cosiddetto

2. La definizione di medicina difensiva è dell'Office of Technology assessment che ha dato la seguente definizione: "La medicina difensiva si verifica quando i medici prescrivono tests, trattamenti o visite, od evitano pazienti o trattamenti ad alto rischio, primariamente (ma non necessariamente in modo esclusivo) allo scopo di ridurre la propria esposizione al rischio di accuse di malasanità. Quando i medici eseguono extra tests o trattamenti per ridurre le accuse di malasanità, essi praticano la medicina difensiva positiva. Quando evitano determinati pazienti o interventi, essi praticano la medicina difensiva negativa". Da Fiori A, *Medicina legale della responsabilità medica*, Giuffrè, 1999, p. 34-35. L'autore propone per l'Italia la definizione di *Medicina difensiva commissiva* in luogo di positiva e di *Medicina difensiva omissiva* in luogo di negativa. Sempre l'autore include i cesarei, a titolo esemplificativo, tra gli atti di medicina difensiva commissiva.

parto cesareo volontario cioè del taglio cesareo richiesto dalla paziente e della sua liceità.

Infine analizzeremo il ruolo delle due professioni sanitarie coinvolte: il medico ostetrico e l'ostetrica/o.

L'INFORMAZIONE ALLA PAZIENTE PER UN PARTO CESAREO INAPPROPRIATO

Il nostro ordinamento dedica due importanti articoli al diritto alla salute e all'indisponibilità del proprio corpo. In primo luogo l'art. 32 della Costituzione che testualmente recita:

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizioni di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

La salute è un diritto costituzionalmente protetto e deve essere quindi tutelato sia nel suo aspetto positivo inteso come il diritto del singolo di autodeterminarsi liberamente e volontariamente in ordine ad atti ed attività che coinvolgono il suo corpo; sia nel suo aspetto passivo che riguarda atti ed interventi ad opera di terze persone che vogliono effettuare tali atti senza il suo consenso.

L'informazione alla paziente per un intervento chirurgico spetta - come è ovvio - al titolare della decisione clinica che, nel caso di specie, è il medico ostetrico. Non si comprende quale tipo di informazione venga posta in essere,

con quali modalità, con quali contenuti e soprattutto se rispetti i dettami minimi imposti dalla giurisprudenza e dal codice deontologico in primo luogo. Ricordiamo che l'art. 30 del codice di deontologia medica del 1998, a tutt'oggi vigente, rubricato come ***Informazione al cittadino***, stabilisce al primo comma che "Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate". Non sono solo le norme deontologiche che sono di riferimento. Altre fonti, anche di carattere superiore, sono di riferimento. Possiamo citare la legge 28 marzo 2001, n. 145 che recepisce la c.d. Convenzione di Oviedo³ che pone all'art. 5 una "regola generale" arrivando a precisare che la persona assistita deve ricevere preventivamente una "adeguata informazione in merito allo scopo e alla natura dell'intervento nonché alle sue conseguenze e ai suoi rischi".

Vogliamo ricordare che l'appropriatezza degli interventi medico-chirurgici è assolutamente un principio giuridico più volte ribadito dall'ordinamento. In particolare la maggiore legge di riforma aziendalistica delle strutture del Servizio sanitario nazionale, il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" ha modo di statuire all'art. 1 che

i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona

3. Legge 28 febbraio 2001, n. 145 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio de'Europa per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina: Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, fatta a Oviedo il 4 aprile 1997, nonché del protocollo addizionale del 12 gennaio 1998, n. 168, sul divieto di clonazione di esseri umani", in G.U. 24 aprile 2001, n. 95.

umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

L'appropriatezza viene inoltre richiamata dall'art. 15 del D.Lgs. 502/1992 in tema di attribuzioni della dirigenza sanitaria (vedi oltre).

In caso di chiaro intervento con caratteristiche di inappropriata quindi - e non nei casi *border line* - quale tipo di informazione viene data alla paziente, con quale linguaggio, quali aspetti vengono enfatizzati e quali minimizzati? Le domande non sono certo retoriche perché si rivolgono al cuore del problema: nella maggior parte dei casi si tratta di un'informazione di per se scorretta, tesa non a fornire la più "idonea informazione sulla diagnosi", ma tesa a carpire un consenso che altrimenti non ci sarebbe. Le modalità dell'informazione determinano di conseguenza la nullità del consenso con le doverose conseguenze giuridiche sia civilistiche che penalistiche che d'ontologico-disciplinari.

IL PROBLEMA DEL PARTO CESAREO VOLONTARIO E DELLA SUA ILLEGITTIMITÀ
Abbiamo visto che l'art. 32 riconosce il diritto alla salute e che trova come conseguenza principale l'autodeterminazione della persona in merito ai propri destini di salute.

L'autodeterminazione però non è assoluta e trova il suo limite nell'art. 5 del codice civile che specifica:

Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione

permanente della integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume.

Il contrasto tra autodeterminazione e diritto alla salute (e di conseguenza alla non salute) riconosciuta dalla Costituzione e indisponibilità del proprio corpo sancita dal codice civile è in realtà una "antinomia apparente"⁴ in quanto comunque il dettato costituzionale pone il vincolo del rispetto della "dignità della figura umana", vincolo in realtà dettato per i trattamenti sanitari obbligatori ma che non può, a fortiori e a maggior ragione, non valere come principio generale anche per i trattamenti sanitari posti in essere nella normale pratica medica.

I diritti costituzionalmente riconosciuti sono pur sempre funzionali alla tutela di un valore ed è dunque sempre nell'ambito di un bilanciamento fra valori che va ricercata la corretta misura fra tutela dell'autodeterminazione e tutela obiettiva del bene⁵.

Il diritto alla salute è un diritto fondamentale ed inviolabile e quindi come tale ha i caratteri della fundamentalità e cioè l'indisponibilità, l'intrasmissibilità, l'imprescrittibilità e l'irrinunciabilità.

La sottrazione di facoltà all'individuo relativamente a interventi sul proprio corpo e allo svolgimento di attività che possono avere conseguenze negative sul proprio stato di benessere psicofisico, è costituzionalmente giustificata quando il singolo intenda disporre del diritto alla salute, rinunciando attivamente alla stessa per il perseguimento di altri interessi, costituzionalmente non equivalenti. Non si può considera-

4. Palermo Fabris E., *Diritto alla salute e trattamenti sanitari nel sistema penale - Profili problematici del diritto all'autodeterminazione*, Cedam, 2000.

5. Palermo Fabris E., *Diritto alla salute e trattamenti sanitari nel sistema penale - Profili problematici del diritto all'autodeterminazione*, Cedam, 2000.

re un valore costituzionalmente equivalente all'integrità fisica il timore di provare dolore o di avere problemi (non giustificati clinicamente) durante il travaglio.

Questa interpretazione trova l'avallo anche del Comitato nazionale di bioetica la quale ha precisato che "non è accettabile l'attuale tendenza a favorire il taglio cesareo non strettamente motivato da obiettive "indicazioni" cliniche, rimanendo questo un intervento chirurgico che va valutato come tale (indicazioni, controindicazioni, rischi impliciti). Va fatto pertanto un forte richiamo alla deontologia professionale anche in questo contesto, ed alla paziente opera di convincimento della gestante, ove manchino assolutamente ragioni convincenti per l'intervento" ⁶.

Meriterebbe un approfondimento di ben altra natura il problema del dolore come ragione della richiesta di un parto cesareo da parte della donna. Il problema della carenza di cultura italiana nella lotta al dolore e al dolore inutile è noto e neanche i recenti pur meritori, provvedimenti legislativi sono riusciti a scalfire la carenza di cultura e di sensibilità su questo problema che affonda le radici nella tradizione culturale, professionale e religiosa. Vi sono aziende sanitarie e ospedaliere, e ancora di più cliniche private, che subordinano la pratica dell'analgesia da parto al pagamento di una tariffa, rendendo la lotta al dolore a pagamento. Anche su questo punto è intervenuto il Comitato nazionale di bioetica che ha avuto modo di precisare che è "eticamente inaccettabile (porre) delle dis-

guaglianze nell'accesso della terapia del dolore" come ha avuto Il diritto alla terapia antidolorifica come parte integrante del diritto alla salute costituzionalmente tutelato e che deve essere ricompreso nei livelli essenziali di assistenza riconosciuti dal Servizio sanitario nazionale.

Anche la migliore dottrina giuridica si schiera con questa interpretazione:

"Poiché l'attività medica sottostà anche al limite soggettivo della salvaguardia della vita, integrità fisica e salute del paziente. Col duplice corollario, per il medico, del dovere di effettuare solo gli interventi terapeuticamente utili e il dovere negativo di astenersi dagli interventi non utili o addirittura pregiudizievoli. E, quindi, di rifiutare - nonostante certi contrari pareri dottrinali, incentrati sull'asserita libertà di predisporre del proprio corpo, invocata non a proposito - pure il richiesto parto chirurgico non indicato o controindicato a favore di quello fisiologico o, comunque, meno invasivo, stante la maggiore rischiosità del primo" ⁷.

Sulla stessa ondezza d'onda la dottrina medico-legale:

"Non si può a questo punto concludere con le chiare linee tracciate dalla recente letteratura ostetrica e medico-legale, ritenendo che il parto cesareo volontario sia da rigettare quando estraneo a indicazioni cliniche, in quanto pregiudizievole dalla realtà fisiopatologica e clinica, incongruamente gravata da procedure chirurgiche non esenti da rischi per la madre" ⁸.

Alcune leggi regionali hanno fatto discutere proprio sulla pretesa di "libertà di scelta" in ordine a trattamenti medico-chirurgici che non hanno finalità stret-

6. Comitato nazionale di bioetica, *La gravidanza e il parto sotto il profilo bioetico*, 17 aprile 1998, Presidenza del Consiglio dei ministri, <http://www.governo.it/Presidenza/bioetica/pareri.html>

7. Mantovani F., *Il consenso informato: pratiche consensuali*, Rivista italiana di medicina legale, 1, 2000, pp 9-26.

8. Barni M., *Diritti-doveri, Responsabilità del medico: dalla bioetica al biodiritto*, Giuffrè, 1999, p. 164.

tamente cliniche. La legge 11 giugno 1992, n. 51 "Diritti della partorientente e del bambino ospedalizzato" della Regione Marche, all'art. 3, comma 1, punto d) specifica che tra le finalità della legge in questione vi sono una serie di misure tendenti a favorire lo svolgimento del parto e in particolare per quanto interessa la presente trattazione quello di "garantire la partecipazione attiva della donna, oltre che per la scelta del tipo del parto da effettuare, a tutte le fasi di travaglio e del parto...". Non vi sono dubbi sul fatto che il riferimento alla "scelta del tipo del parto da effettuare" debba essere interpretata correttamente nel rispetto dei principi generali. Tale scelta, infatti, non può essere certo ricomprendente un trattamento chirurgico non necessario, trovando esso i limiti invalicabili sopra descritti. La legge regionale delle Marche deve essere letta nella sua interezza. Nello stesso articolo troviamo indicazioni ben precise che richiama un concetto di parto ben diverso da quello medicalizzato, con specifico riferimento alle raccomandazioni dell'organizzazione mondiale della sanità, all'umanizzazione del parto, al rispetto dei tempi della donna ecc. L'interpretazione logico-sistematica della norma della Regione Marche porta ad escludere quindi con nettezza - pena la sua contrarietà alle norme nazionali e ai principi costituzionali - tale presunta "libertà di scelta". Una libertà di scelta siffatta non è consentita dall'ordinamento proprio perché non è una libertà di scelta. È tale invece la possibilità riconosciuta dalla legge 11 agosto 1998, n. 26 "Norme sul parto nelle strutture ospedaliere,

nelle case di maternità e a domicilio" della Regione Emilia-Romagna laddove all'art. 1 si specifica che tra gli scopi della legge vi è quello di "favorire la libertà di scelta circa i luoghi dove partorire e circa l'organizzazione sanitaria e assistenziale dell'evento, ferme restando le esigenze primarie della sicurezza e della riduzione dei fattori di rischio ambientali...". Non vi sono dubbi sul fatto che questa possa essere tranquillamente riconosciuta come **libertà di scelta** pienamente rispettosa di tutte le esigenze. Se la donna, nel tentativo di assicurarsi un parto più umanizzato e più confacente alle proprie impostazioni e ai propri stili di vita, decide di partorire a domicilio, la sua scelta è piena e incontestabile a meno che non vi siano esigenze di sicurezza che rendano controindicato il ricorso al parto a domicilio o nelle case di maternità.

L'illegittimità del **parto cesareo volontario** non viene meno quindi per la pura richiesta della donna quando estraneo a motivazioni cliniche in quanto "pregiudizievole della realtà fisio-patologica e clinica, incongruamente gravate da procedure chirurgiche non esenti da rischi per la madre"⁹ e non viene certo legittimato o scriminato dall'apposizione di una firma su un modulo di richiesta, situazione talvolta ricorre nella prassi ospedaliera.

IL RUOLO DELL'OSTETRICA

La figura dell'ostetrica è una figura professionale sanitaria di antica data che affonda le sue radici nella storia e che di fatto fino a qualche decennio orsono ha avuto il monopolio dei parti fisiologici anche nel nostro paese. Da qualche decennio la situazione si è

9. Barni M., *Diritti-Doveri Responsabilità del medico*, Giuffrè, 1999, p.164; vedi anche Turillazzi E, Cateni C, *Parto cesareo: chi decide?*, in Rivista di ostetricia ginecologia pratica e medicina prenatale, 8, 1995, p. 5.

completamente rovesciata e l'ostetrica sembra avere assunto più la veste di collaboratrice del medico che di vera protagonista del percorso nascita. Il processo di **involuzione professionale** ben descritto dalla letteratura sociologica¹⁰ ha trovato una contrapposizione in questi ultimi dieci anni in un recupero della funzione e dell'importanza del ruolo.

Il processo c.d. neoprofessionale dell'ostetrica comincia - similmente alle altre professioni sanitarie non mediche - con l'approvazione del profilo professionale recepito con il DM 14 settembre 1994, n. 740, prosegue con la legge 28 febbraio 1999, n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" e con la legge 10 agosto 2000, n. 251 in materia di dirigenza professionale. Si completa con l'avvio dei corsi di laurea previsti dalla nuova normativa universitaria. In virtù dell'approvazione della legge 42/1999 sono stati aboliti il regolamento di esercizio recepito con il DPR 7 marzo 1975, n. 163¹¹ e le c.d. "istruzioni" recepite con il DM 15 settembre 1975 recante "Istruzioni per l'esercizio professionale delle ostetriche"¹² e ridisegnato l'esercizio professionale attraverso l'individuazione di tre criteri guida e di due criteri limite.

Concentreremo la nostra attenzione - per quanto di maggiore interesse in questa sede - nell'analisi del profilo professionale dell'ostetrica. Il DM 740/1994 precisa al primo comma dell'art. 1, che l'ostetrica "assiste e consiglia la donna nel periodo della

gravidanza, durante il parto e nel puerperio, conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato". L'indicazione iniziale del profilo è quindi duplice: una prima parte relativa al percorso nascita e una relativa al parto. La parte dedicata al percorso nascita attribuisce all'ostetrica un ruolo generale di assistenza di consiglio alla donna in tutto il percorso nascita. Il profilo diventa però preciso e cogente nel momento del parto. L'ostetrica, infatti "conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità". Curiosamente diventa **dominus** solo nell'evento espulsivo, mentre prima ha un ruolo normativo più defilato, quasi da professionista sanitaria ausiliaria pre-legge 42/1999. Dall'analisi del profilo possiamo affermare - senza alcun timore di smentita o di controargomentazione - che l'ostetrica è individuata dall'ordinamento giuridico come la professionista principe del parto fisiologico. Non così possiamo invece dire su tutto quanto accade prima del travaglio di parto in quanto la posizione dell'ostetrica è decisamente più debole. È qui che veramente si gioca il cambiamento di prospettive organizzative attuali delle sale parto. A distanza di quattro anni dall'approvazione della legge 42/1999 e a quasi dieci dall'approvazione del profilo professionale dell'ostetrica possiamo affermare che il vero e proprio **punctum dolens** della situazione è questo. Il mancato riconoscimento della figura

10. Tousjin W., *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, Il Mulino, 2000.

11. DPR 7 marzo 1975, n. 163 "Aggiornamento del regio decreto 26 maggio 1940, n. 1364, concernente il regolamento per l'esercizio professionale delle ostetriche".

12. In realtà non vi è stata una esplicita abrogazione delle "Istruzioni" ma in dottrina si ritiene che essendo esse in stretto rapporto logico-operativo debbano essere considerate implicitamente abrogate. Per l'approfondimento della questione vedi Rodriguez D, *Professione ostetrica/o, Aspetti di medicina legale e responsabilità*, Eleda, 2001, p. 28.

dell'ostetrica come professionista della gravidanza fisiologica a tutto tondo, con i correttivi medicali a tutela della sicurezza della gravidanza e del parto che si potevano ritenere necessari. Invece dalla lettura del profilo professionale dell'ostetrica appare chiaramente che non è l'ostetrica anche la professionista che di diritto si occupa del parto fisiologico. È pur vero che le ostetriche si sono comunque ritagliate degli spazi significativi durante la gravidanza - come ad esempio la gestione, pure riconosciuta, dei corsi di preparazione al parto - ma queste situazioni spesso sono applicate a macchia di leopardo, in un contesto normativo non chiaro e che comunque non la pongono in una situazione di esclusività (vedi per esempio i corsi di preparazione al parto gestiti da altri professionisti sanitari come psicologi, medici ecc.).

Assistiamo quindi a una dicotomia dannosa: a fronte di un percorso nascita medicalizzato senza alcuno spazio operativo per la professione ostetrica si pretenderebbe successivamente un parto non medicalizzato. Il messaggio che il nostro ordinamento dà è privo di logica: permea la gravidanza di cultura medicalizzata (non medica, ma proprio medicalizzata, tendente cioè a trasformare in atto medico ciò che medico non è) e poi pretenderebbe di vedere trasformare il parto, come per incanto, in un atto fisiologico. Il profilo professionale dell'ostetrica - quanto meno sul punto in questione - mostra i suoi anni e deve essere rivisto per dare piena attuazione al processo di professionalizzazione della figura professionale.

IL RUOLO DEL MEDICO OSTETRICO

Nelle strutture pubbliche - aziende sanitarie, ospedaliere e istituti di ricerca - i medici ostetrici, al pari di tutti gli

altri medici sono dirigenti del Servizio sanitario nazionale. La qualifica di dirigente ha smesso da tempo di essere come un tempo considerata *l'alter ego* del datore di lavoro come ci insegna la dottrina giuslavoristica. Lo *status* del dirigente pubblico e, in particolare, del dirigente del Servizio sanitario nazionale, ha poi una serie di peculiarità che sono più riferibili alla posizione professionale del medico che non alla sua posizione aziendale. Il medico acquisisce dal 1995 la natura di dirigente senza, nella maggioranza delle situazioni, esercitare alcuna funzione di dirigenziale vera e propria.

L'art. 15 del D.Lgs. 502/1992 non lascia adito a dubbi sulla particolare natura dirigenziale dei medici.

L'attività dei dirigenti sanitari è caratterizzata, nello svolgimento delle proprie mansioni e funzioni, dall'autonomia tecnico-professionale i cui ambiti di esercizio, attraverso obiettivi momenti di valutazione e verifica, sono progressivamente ampliati. L'autonomia tecnico-professionale, con le connesse responsabilità, si esercita nel rispetto della collaborazione multiprofessionale, nell'ambito di indirizzi operativi e programmi di attività promossi, valutati e verificati a livello dipartimentale e aziendale, finalizzati all'efficace utilizzo delle risorse e all'erogazione di prestazioni appropriate e di qualità. Il dirigente, in relazione all'attività svolta, ai programmi concordati da realizzare e alle specifiche funzioni allo stesso attribuite, è responsabile del risultato anche se richiedente un impegno orario superiore a quello contrattualmente definito.

In questo comma dell'art. 15 si indicano le linee portanti dell'agire del medico-dirigente. Egli agisce con autonomia professionale, anche se è un'autonomia vincolata alle direttive..., di questo agire professionale ovviamente ne risponde, come risponde e si fa garante

dell'erogazione di "prestazioni appropriate". Abbiamo già avuto modo di parlare dell'appropriatezza che è uno dei capisaldi su cui si fonda l'agire professionale del medico e di tutti i professionisti del Servizio sanitario nazionale.

Inoltre il medico ostetrico deve "rispettare la collaborazione multiprofessionale". Questo punto permea i rapporti tra il medico e l'ostetrica, o più precisamente tra il dirigente medico e gli altri professionisti del Servizio sanitario nazionale che non hanno lo *status* di dirigente. Rispettare la collaborazione multiprofessionale significa rispettare gli ambiti, le prerogative, le attribuzioni e l'autonomia riconosciuta alle altre figure professionali sanitarie e segnatamente, per quanto ci interessa, per l'ostetrica, la quale, al pari delle altre figure professionali ex diplomate vanta un ambito di attività e di responsabilità che è originario e che non deriva da una delega di funzioni. Ne deriva che l'autonomia dell'ostetrica è, nel proprio ambito di competenza, incomprimibile. Il travaglio di parto fisiologico e la decisione sulla sua trasformazione in parto patologico è una decisione della figura dell'ostetrica all'interno dell'équipe sanitaria la quale viene oggi decisamente più regolata dal principio dell'affidamento che non dalla vetusta figura del capo équipe. Come è noto tale principio - tipico delle organizzazioni sanitarie in cui vi è una suddivisione del lavoro tra più figure professionali o da parte di figure professionali della stessa specie - si

fonda sul fatto che ogni partecipante "deve rispondere solo del corretto adempimento dei doveri di diligenza e di perizia inerenti ai compiti che gli sono affidati, perché solo a questo modo ciascun membro del gruppo è lasciato libero, nell'interesse del paziente, di adempiere in modo qualificato e responsabile delle proprie mansioni"¹³.

Da questo possiamo dedurre che la responsabilità della medicina - e più in generale dell'assistenza sanitaria - d'équipe è sostanzialmente retta da tre principi fondamentali, di cui il principio dell'affidamento si pone come corollario. Ricordiamo infatti il principio della divisione degli obblighi tra i componenti dell'équipe e il principio dell'autoresponsabilità secondo il quale ciascun componente dell'équipe risponde delle inosservanze attinenti alla sua competenza specifica¹⁴.

Il limite principale a cui sottostà il principio dell'affidamento individuato dalla dottrina e dalla giurisprudenza si ha quando un professionista in rapporto alle circostanze concrete può avere la previsione o la prevedibilità e la evitabilità della pericolosità del comportamento scorretto altrui, dovendo in tal caso adottare le misure cautelari per ovviare ai rischi dell'altrui scorrettezza¹⁵. Il medico quindi deve intervenire per prevenire l'altrui scorrettezza (cioè dell'ostetrica) solo quando si accorge, nel caso concreto, che l'ostetrica sta sbagliando una qualche manovra o non si sta accorgendo del rapido evolversi in negativo della situazione clinica della partoriente.

13. Marinucci G., Marrubini G., *Profili penalistici del lavoro medico-chirurgico d'équipe*, Temi, 1968, 221-234.

14. Mantovani F., *Il medico e l'infermiere a giudizio*, Atti del I Convegno nazionale sulle responsabilità condivise (a cura di Luca Benci), Lauri, 1998, p. 116.

15. Sul punto e sulle sue ipotesi vedi il recente Ambrosetti F., Piccinelli M., Piccinelli R., *La responsabilità nel lavoro medico d'équipe - Profili penali e civili*, Utet, 2003

Il medico deve inoltre tenere presente che l'agire professionale dell'ostetrica si fonda su alcune leggi che ne sanciscono l'autonomia e che soprattutto, rispetto ad altre figure, non ha un rapporto con il medico basato sulla "prescrizione", ma ha un peculiare rapporto "rovesciato"¹⁶. Infatti il profilo professionale dell'ostetrica stabilisce che "L'ostetrica/o è in grado di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono intervento medico e di praticare, ove occorra, le relative misure di particolare emergenza". Come da costante e consolidata giurisprudenza - formatasi nell'alveo della normativa mansionariale previgente - l'ostetrica risponde penalmente del mancato tempestivo allertamento del medico in caso di travaglio che si trasforma in patologico. Riportiamo la più chiara delle massime della Suprema Corte¹⁷.

L'esercizio dell'attività di ostetrica implica l'obbligo di rilevare con diligenza l'andamento del parto o di sollecitare l'intervento del medico ogni qualvolta nel corso del parto e successivamente ad esso si manifestino fatti non riferibili ad un normale svolgimento del parto stesso. Invero, le funzioni delle ostetriche sono rigorosamente limitate alla assistenza delle partorienti che non presentino un quadro clinico ambiguo, sicché, allorché una ostetrica che assiste ad un parto rilevi l'esistenza di fattori a rischio per la madre o per il feto deve richiedere, ex art. 4 d.P.R. 7 marzo 1975, n. 163 l'ausilio medico, con assoluto divieto di praticare interventi manuali o strumentali fatta eccezione per quelle consentiti dalle istruzioni tecniche sull'esercizio professionale delle ostetriche emanate dal ministero della sanità. (Nella specie è stata affermata la

penale responsabilità per omicidio colposo di ostetrica che, in presenza di massiccia emorragia "post partum", aveva ommesso di trasportare la sua assistita presso un centro medico o, comunque, di far ricorso tempestivo ad un medico.

Si ravvisa l'obbligo di intervento e di sostituzione da parte del medico nei confronti dell'ostetrica solo quando egli ravvisi l'errore, secondo quanto stabilito dai principi sopra riportati del lavoro in équipe e dell'affidamento.

Il fatto che il medico non ricopra all'interno dell'azienda una funzione dirigenziale semplice, ma questa sia gravata da un incarico - di struttura semplice o complessa - o che sia posto a capo di un dipartimento, non cambia la situazione nel caso di specie.

Infatti le prerogative riconosciute sono essenzialmente aziendalistiche più che professionali. L'art. 15 del D.Lgs. 502/1992 infatti, al sesto comma, statuisce:

Ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa sono attribuite, oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuarsi, nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa, e l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio e per realizzare l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, attuati nella struttura loro affidata. Il dirigente è responsabile dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite. I risultati della gestione sono sottoposti a verifica annuale tramite il nucleo di valutazione.

16. Rodriguez D., *Professione ostetrica/o: aspetti di medicina legale e responsabilità*, Eleda edizioni, 2001; Benci L., *Le professioni sanitarie non mediche: aspetti giuridici, deontologici e medico legali*, Mc Graw Hill, 2002.

17. Cassazione penale, sez. VI, 27 agosto 1986, Giust. pen. 1987, II,721 (s.m.).

Le funzioni attribuite sono tutte aziendalistiche come si evince chiaramente dal comma sopra riportato. La lettera e lo spirito della legge è chiaro. Si specifica che ai dirigenti apicali - oggi direttori - sono attribuite "oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali" tutta una serie di compiti di chiara impronta aziendalistica e non clinico-professionale.

Per quanto riguarda i poteri del direttore del dipartimento essi sono specificati dal D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502, fatto salvo da uno stretto punto di vista aziendalistico di quanto può essere previsto dall'atto aziendale, da un punto di vista gestional-professionale è normato dall'art. 17 bis così come modificato dal D.Lgs 229/1999. Al direttore del dipartimento viene attribuita la "responsabilità professionale in materia clinico-organizzativa". Questa previsione legislativa deve essere correttamente interpretata se si vuole arrivare a una qualche conclusione logica. Il riferimento alla clinica evoca, come da tradizione, l'ambito medico e non anche quello assistenziale. A ben vedere però l'interpretazione strettamente letterale non porta a nessuna conclusione logica: il direttore del dipartimento non può certo avere responsabilità clinica per questioni non legate alla propria specialità professionale (si pensi al dipartimento materno infantile, il cui direttore può essere alternativamente, un medico ginecologo o un pediatra. L'interpretazione letterale della norma ci porterebbe ad affermare la responsabilità dell'uno o dell'altro sulla diversa specialità). Inoltre la norma di attribuzione deve essere combinata con le altre in vigore, ivi com-

prese le leggi di riferimento delle professioni sanitarie diverse da quella medica e che hanno visto il loro dispiegarsi nelle due leggi riportate precedentemente.

In conclusione il direttore di dipartimento, da un punto di vista giuridico professionale ha perlopiù compiti di indirizzo e controllo che non compiti di reale sovraordinazione gerarchica che non potrebbe esercitare per mancanza di competenze (intese come conoscenze).

CONCLUSIONI

I numeri che fornisce il ministero della salute sono chiari: al di là dei comportamenti variabili dei singoli siamo all'interno di un sistema che è *taglioc-sareogenetico*, che comunque mantiene tutti i presupposti per il progressivo ampliamento dei cesarei. Il sistema deve essere quindi cambiato alla radice in quanto non è più capace di autoemendarsi di autocorreggersi proprio perché viziato all'origine. Sono necessari correttivi esterni in primo luogo di carattere normativo. Rivedere il profilo professionale dell'ostetrica, quanto meno nella parte della gravidanza fisiologica, rafforzandone il ruolo e l'autonomia. Attribuire alle ostetriche una guidata prescrizione degli esami previsti dai protocolli per la maternità consapevole ex DM 10 settembre 1998¹⁸ quanto meno per gli esami previsti dall'allegato B che riguarda le "prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo" individuando le modalità precise per una lettura sicura degli esami stessi e l'eventuale obbligo di allertare il medico in caso di risultati fuori dalla norma.

18. DM 10 settembre 1998 "Aggiornamento del DM 6 marzo 1995 concernente l'aggiornamento del DM 14 aprile 1984 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità".

Ampliare in modo certo, anche attraverso l'implementazione dei corsi post laurea denominati *master* previsti dal nostro ordinamento, le competenze sulle tecniche da effettuarsi in gravidanza (ecografia, cardiotocografia ecc.) al fine di permettere il controllo effettivo dell'ostetrica su tutto il percorso nascita.

Dal punto di vista istituzionale è il Ministero della salute stesso ad avere individuato i presupposti del cambiamento della tariffazione del parto fisiologico quale strumento dissuasivo di

parti cesarei inappropriati.

Servono inoltre correttivi di carattere culturale, più difficili da realizzarsi quanto meno del breve periodo. Serve cioè iniziare un lavoro per cambiare mentalità sia agli operatori sanitari che alle stesse donne partorienti.

Decenni di cultura medicalizzata hanno posto il problema del parto cesareo come una vera e propria emergenza nazionale da cui si deve uscire con il contributo di tutti i soggetti coinvolti.