

Affermata la responsabilità del medico che prescrive telefonicamente dei farmaci senza una previa visita diretta del paziente

Deve essere affermata la responsabilità del medico per una prescrizione telefonica di farmaci (nella specie ossitocina) in carenza di una previa visita medica e produttiva di effetti dannosi per il nascituro.

In caso di un parto non fisiologico (e tale è quando è provocato dalla somministrazione di farmaci) è compito del medico intervenire visitando ripetutamente la paziente, mantenerla sotto costante controllo, prendere le necessarie decisioni (ad esempio disponendo il taglio cesareo) e non "abbandonare la donna alle cure di un'ostetrica". In particolare il ginecologo deve sottoporre la partoriente all'inizio del periodo espulsivo e non attendere il manifestarsi della ipocinesi uterina.

Le norme regolamentari dell'esercizio della professione di ostetrica sono valide per il parto fisiologico.

La presenza del medico durante il travaglio, o per lo meno durante la fase espulsiva del feto, deve essere considerata necessaria e non solo opportuna e la sua mancanza deve essere considerata una condotta estremamente imprudente (fattispecie relativa a parto protrattosi oltre dieci ore in cui il medico è intervenuto solo dopo essere stato avvertito dall'ostetrica e nelle dieci ore non aveva mai visitato la paziente).

CORTE DI CASSAZIONE, III SEZ. CIVILE, SENTENZA 19 NOVEMBRE 1999, N. 4376



COMMENTO

Il rapporto tra ostetrico (medico) e ostetrica (diplomata) è alla base della sentenza della Cassazione riportata sopra in forma massimata. Il problema non è di secondaria importanza nel rapporto tra le due professioni, in quanto esso determina gli ambiti di competenza e di responsabilità delle due figure professionali.

Tradizionalmente e storicamente compete all'ostetrica la conduzione del parto fisiologico. L'oramai abrogato D.P.R. 7 marzo 1975, n. 163 "Aggiornamento del R.D. 26 maggio 1940, n. 1364, concernente il regolamento per l'esercizio professionale delle ostetriche" indicava all'articolo 1 i compiti generali dell'ostetrica: "L'ostetrica ha il compito specifico dell'assistenza alla donna, durante la gestazione, il parto e il puerperio normale e dell'assistenza al neonato...". Sempre la stessa fonte normativa specificava, all'articolo 4 che "L'ostetrica che assiste al parto deve richiedere l'intervento del medico ogni qualvolta rilevi l'esistenza di fattori di rischio per la madre e il feto, quali cardiopatia, nefropatia, ipertensione arteriosa, diabete, anemia ed altre affezioni generali, isoimmunizzazione materno-fetale, gestosi, distacco intempestivo di placenta n.i., placenta previa; ovvero quando accerti distocie: della contrazione uterina, del canale osseo e del canale molle del parto, del corpo mobile, del funicolo ombelicale e comunque in tutti i casi di sofferenza fetale.

Inoltre deve essere richiesto l'ausilio del medico nei casi in cui si verificano distocie del secondamento, quali mancato distacco della placenta, ritenzione parziale di placenta e delle membrane; lacerazioni del canale molle del parto; emorragia del post partum. L'ostetrica deve, altresì, chiamare il medico in caso di nascita di feto morto o di feto malformato".

Le norme di carattere mansionariale sono state abrogate dalla legge 26 febbraio 1999, n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" che come è noto, ha sostituito le norme precettive di carattere regolamentare con ampi criteri guida. L'esercizio professionale delle ostetriche è oggi determinato dai contenuti indicati dal profilo professionale, dalla formazione ricevuta e che si evince dagli ordinamenti didattici e dal codice deontologico e individuando il limite nelle competenze previste per la professione medica. Del tutto interessante il riconoscimento dell'esistenza, per le professioni sanitarie ex ausiliarie, di "un campo proprio di attività e di responsabilità".

Il profilo professionale dell'ostetrica, recepito dal DM 14 settembre 1994, n. 740 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o" contiene più di una norma che, pur nell'innovazione determinata dai criteri complessivi di riforma dell'esercizio professionale, ricalca la tradizione.

All'articolo 1 infatti si legge che l'ostetrica "conduce e porta a termine parti eutoci con propria responsabilità e presta assistenza al neonato" e al quinto comma 5 viene specificata 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".

L'altro criterio guida è dato dal codice deontologico dell'ostetrica (FNO, versione 2000, vedi questa Rivista, n. 2/2000 e in questo numero il commento di Benciolini e Aprile al codice stesso) al punto 2.7 viene precisato che "l'ostetrica/o, allorché individua situazioni potenzialmente patologiche che trascendono la sua sfera di competenza, chiede tempestivamente l'intervento del medico o il trasferimento della persona assistita nella struttura di cura più appropriata, praticando nel frattempo le inderogabili misure di emergenza" e al successivo articolo 2.8 si stabilisce che l'ostetrica agisce "con la responsabile consapevolezza del livello di esperienza raggiunto non assumendo obblighi che non sia in grado di soddisfare".

La recente legge 10 agosto 2000, n. 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica" rafforza il quadro complessivo di esercizio professionale richiamando i già citati inquadramenti dati dal profilo professionale e dal codice deontologico. Vi è nella legge 251/2000 qualche cosa di più: il richiamo esplicito all'autonomia dell'ostetrica. Infatti si legge che "gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, cura.....".

Il quadro è del tutto chiaro: all'ostetrica compete il parto fisiologico, al ginecologo il parto che fisiologico non è.

Come viene determinato e individuato un parto non fisiologico? Nel caso oggetto della sentenza è stato sufficiente - oltre al quadro clinico in realtà sufficientemente chiaro - il rilievo della decisione della prescrizione di ossitocina. Laddove cioè si decide (il medico decide) di somministrare dei farmaci - per altro colpevolmente prescritti senza visita diretta alla paziente, ma indicati per via telefonica - di provocare il parto, esso perde la sua caratteristica di parto fisiologico. Una volta persa questa caratteristica diventa compito del medico seguire la paziente con la collaborazione dell'ostetrica. Un parto, come quello in esame, che si protrae per oltre dieci ore, deve vedere la presenza del medico non solo nella fase espulsiva, notoriamente la più critica, ma anche nelle fasi precedenti.

Questo mancato intervento del medico è, per la suprema corte, "violazione delle più elementari norme di diligenza professionale" che imponevano a lui l'obbligo "di procedere a ripetute visite della paziente nell'arco della giornata".

Deve essere precisato però che non tutte le somministrazioni di farmaci devono essere considerate elementi che spostano un parto dal suo asse fisiologico alla patologia. Infatti, sempre nella normativa previgente e quindi da considerarsi oggi elemento tradizionale dell'esercizio professionale delle ostetriche DM 15 settembre 1975 "Istruzioni per l'esercizio professionale delle ostetriche", all'articolo 10 si indicavano tutta una serie di attività consentite all'ostetrica. Data la sua importanza le riportiamo per esteso: "art. 10- Indipendentemente dalle facoltà previste dall'art. 7 del regolamento è consentito alle ostetriche di eseguire:

- 1) il cateterismo vescicale;
 - 2) la rottura delle membrane ovulari, soltanto se richiesta da condizioni generali del parto o locali, purché la dilatazione della bocca uterina sia completa, la presentazione di vertice è profondamente impegnata;
 - 3) la rottura delle membrane a dilatazione ancora incompleta della bocca uterina nel solo caso di placenta previa laterale, con emorragia in atto, quando il feto sia in situazione longitudinale e non sia possibile l'immediato intervento medico;
 - 4) l'assistenza al parto podalico, spontaneo;
 - 5) l'esecuzione della versione per manovre esterne durante la gravidanza o nel travaglio del parto iniziale, a membrane integre, nella presentazione di spalla;
 - 6) la spremitura del feto nell'utero per facilitare l'espulsione, quando la testa fetale già ruotata, affiori alla vulva;
 - 7) l'episiotomia per facilitare l'espulsione del feto quando la parte presentata affiori alla vulva;
 - 8) la spremitura dell'utero sicuramente retratto e contratto, nel periodo del secondamento, ed a placenta sicuramente staccata oppure, in caso di emorragia, quando non sia possibile l'intervento immediato del medico;
 - 9) la spremitura dell'utero nel post-partum per ottenere la fuoriuscita dei coaguli se provocano perdita di sangue, previo accertamento che l'utero sia retratto;
 - 10) lo zaffo della vagina, in caso di emorragia;
 - 11) le iniezioni di antispastici in caso di ipercinesi nell'attesa dell'arrivo del medico per il viaggio al luogo di cura;
 - 12) le iniezioni utero-toniche dopo l'eventuale svuotamento dell'utero dai coaguli sanguigni, nei casi di atonia, nel post-partum;
 - 13) le iniezioni di analettico o cardiotonici nell'attesa del medico;
 - 14) il prelievo di sangue capillare e venoso durante la gravidanza per facilitare gli esami necessari per una corretta assistenza alla gravida stessa;
 - 15) il prelievo vaginale per l'esame citologico.
- Ogni altro intervento manuale o strumentale è vietato all'ostetrica".

Quindi per tradizione normativa non può essere considerato parto patologico (o quanto meno, non può essere sottratto alla competenza ostetrica) l'evento nascita che prevede le situazioni sopra descritte. Non soltanto l'ostetrica è abilitata alla "prescrizione-somministrazione di farmaci", alcuni dei quali da "prescriversi-somministrarsi" in attesa del medico, altri anche in assenza della presenza o di allertamento del medico, ma che non incidono però nel puerperio.

Spicca inoltre il compito dell'episiotomia che, in effetti, in un contesto di carattere generale difficilmente non può essere considerato "atto medico-chirurgico".

Il ruolo centrale del medico nella conduzione del parto patologico era stata già rilevata dalla giurisprudenza della cassazione che era arrivata ad affermare la responsabilità di un ginecologo che, in una struttura ospedaliera priva di apparato di monitoraggio automatico non ha predisposto una frequente ed efficace auscultazione del battito fetale "che avrebbe evitato le conseguenze negative del mancato rilievo da parte dell'ostetrica dello stato di sofferenza del nascituro" (Cassazione civile, III sezione, 13 marzo 1998, n. 2750. Essendo cioè la patologia del parto una situazione travalicante i compiti dell'ostetrica, essa deve essere messa nelle condizioni di seguire il parto "pilotato" in relazione alle conoscenze clinico-assistenziali in suo possesso. La mancata predisposizione di un monitoraggio atto a facilitare i rilievi, ricade sul medico e non sull'ostetrica.

