

Il mancinesimo in ostetricia e ginecologia: risvolti pratici, didattici e medico legali

Paolo Galli* Niccolò Lerro** Flavio Strolego***

* Consulente Ostetrico Ginecologo della APSS di Trento

** Dirigente Medico U.O. di Ostetricia e Ginecologia – Ospedale di Cles (TN)

*** Dirigente Medico U.O. di Ostetricia e Ginecologia - Ospedale di Monfalcone (GO)

Riassunto

Per analogia con i reparti di maternità degli ospedali periferici trentini in cui la percentuale di medici mancini supera di quattro volte quella della popolazione generale, gli Autori presumono che il mancinesimo possa essere presente, seppure in varia misura, in qualsiasi altro reparto di maternità. Per questo motivo riportano e commentano: 1) le più comuni difficoltà incontrate dai medici mancini nell'esercizio della professione ospedaliera; 2) gli aspetti culturali e comportamentali del mancinesimo nell'esercizio professionale e 3) i risvolti medico legali relativi alla performance e ai rischi professionali connessi.

Concludono auspicando lo studio e l'adozione di soluzioni edilizie ed organizzative atte ad agevolare le vicendevoli necessità dei destrimani e dei mancini finalizzate al conseguimento dei migliori risultati professionali.

Parole chiave

Mancinesimo in Ostetricia Ginecologia

Summary

From right to left-handedness: an intra uterine development

In spite of the discovery of gene LRRTM1, the origin of left-handedness remains uncertain, especially regarding the relative influence of genetic versus intra- and extra-uterine environmental factors. Concerning intra-uterine factors, the probability to become left-handed is high if the foetus is po-

INTRODUZIONE

Una recente pubblicazione inerente un'indagine svolta tra il personale medico e le ostetriche dei reparti di maternità degli ospedali periferici dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) della provincia autonoma di Trento ha inaspettatamente svelato che oltre il 40% dei medici e oltre il 10% delle ostetriche sono mancini (1).

Una tale frequenza può stupire se si considera che l'incidenza del mancinesimo nella popolazione generale è del 10% con prevalenza dei maschi sulle femmine (3:1) (2) e che in ambito medico è del 11% tra gli odontoiatri (3) e rispettivamente del 20% tra i maschi e del 8% tra le femmine che praticano la chirurgia estetica (4).

Nel 2004 sono stati indagati quali potessero essere i problemi dei chirurghi mancini al fine di identificare i provvedimenti utili a migliorare o a favorire il loro esercizio professionale (5).

È risultato che solo il 13% dei chirurghi mancini aveva sperimentato strumenti appositamente costruiti per loro; il 53% preferiva stare a sinistra del paziente per inserire il catetere vescicale; il 59% preferiva incannulare l'arteria radiale sinistra anziché la destra; il 45% doveva rammentare al personale di sala operatoria il proprio mancinesimo da 1 a 5 volte per seduta e il 27% addirittura oltre 6 volte e che, in corso di laparoscopia, il 12% dei chirurghi mancini doveva richiedere al personale di piazzare il video sulla sinistra nonostante il 57% di loro fosse occhio sinistro dominante (6).

SCOPO DELLO STUDIO

Poiché si assiste ad un progressivo aumento di medici ostetrici ginecologi mancini, abbiamo inteso fare alcune considerazioni: 1) di ordine pratico (come per esempio l'allestimento di ambulatori fruibili da mancini o la disposizione spaziale del personale e delle attrezzature in sala parto e operatoria); 2) di ordine didattico (il docente destrimane deve adeguarsi alla lateralizzazione del medico mancino discente o deve imporgli un approccio tecnico da destrimane così come un tempo gli scolari mancini venivano obbligati a scrivere con la mano destra?) e, conseguentemente; 3) di ordine medico-legale (sia relativamente alla *performance* che ai rischi di infortuni sul lavoro).

CONSIDERAZIONI PRELIMINARI E DATI DI FATTO

La lateralità per una serie di movimenti e/o atteggiamenti (dinamici e posturali) che gli ostetrici ginecologi sono soliti compiere ed assumere nell'esercizio della professione (in ambulatorio, in sala parto, in sala operatoria ecc.) può essere di rilevante, seppure generalmente inconscia, importanza. Basti pensare: 1) alla disposizione dell'arredo di un ambulatorio in cui il lettino ginecologico possa essere posto accanto ad una parete o in cui 2) un ecografo sia obbligato e fruibile solo da un lato del lettino, o 3) ad una sala operatoria in cui il televisore della video-laparoscopia sia di prassi collocato in un posto fisso o 4) al posizionamento del chirurgo, della strumenti-

sitioned to the right of the uterus. Thus, left handedness can be "corrected" by preventing use of the left hand, perhaps the uterus can have the same effect on incorrectly positioned fetuses within it. The Authors posed the questions whether: 1) the uterine ambient can promote the birth of a different individual if positioned on the right rather than the left; 2) if that can be the result of an environmental "speciation", that is the ontogenetic mechanism that determines the origin of an alternative shape within a species; 3) if the ambient of the uterus is capable of influencing the result of the physiological bases of the foetus with particular reference to the nervous system and the behaviour that derives from it. With the present study we introduce a preliminary data set of 40 fetuses positioned in 20 cases on the left and in 20 cases to right, and introduce the hypothesis of environmental "imprinting" as the origin of left-handedness in utero. The final goal is to determine if there exists a correlation between the right uterine position of the foetus and left-handedness of the children studied up to 3-4 years after birth.

Key words

Foetal positioning in utero
Origin of left-handedness

sta e del tavolo servitore rispetto al letto chirurgico o anche 5) alla dislocazione dei materiali, quali per esempio una scialitica, nel corso di interventi ad accesso sia addominale che vaginale. Inoltre, soprattutto nei piccoli ospedali periferici, accade sovente di riscontrare: 6) le (prevalentemente due) sale operatorie fruite in modo promiscuo (seppure in giorni diversi salvo le urgenze) da diversi specialisti; 7) il personale paramedico, in particolare le strumentiste, avere una consuetudine professionale generica ovvero non dedicata ad una unica specialità chirurgica; 8) un frequente turn-over di medici.

Tutto ciò implica che:

- la disposizione dell'arredo dell'ambulatorio possa esclusivamente assolvere ad inveterate consuetudini o stati di necessità o di comodo
- in caso di blocco operatorio comune per tutte le specialità il personale della sala operatoria contragga le consuetudini proprie della specialità chirurgica prevalente in ciascun ospedale
- i medici debbano adattarsi a consuetudini consolidate e difficilmente modificabili rappresentando loro limiti o difficoltà di *performance* oppure costituendo un *imprinting* professionale che, se idoneo per altre specialità chirurgiche, può invece non costituire uno *standard* ideale per l'ostetrico-ginecologo.

Tutto ciò può costituire difficoltà ed *handicap* per qualsiasi operatore, tanto più se mancino.

COMMENTO E DISCUSSIONE

Entità del mancino e suoi risvolti professionali

Sebbene il dato dell'alta percentuale di medici ostetrici ginecologi mancini negli ospedali periferici trentini possa costituire un campione limitato, anche volendo attenerci solo all'incidenza generale dei mancini sulla popolazione, stimata intorno al 10 % (2), si può ragionevolmente presumere che gli ostetrici-ginecologi mancini siano presenti, seppure in varia percentuale, in pressoché qualsiasi altro reparto di maternità. La loro presenza potrebbe, o addirittura dovrebbe, in qualche modo, condizionare alcuni aspetti pratici dell'esercizio professionale, secondo quanto si può dedurre dai seguenti esempi.

Posizione del lettino da visita: a meno che il medico si posizioni fra le gambe della paziente, l'operatore destrimane che visita si pone a destra della paziente. Viceversa il mancino. Ne deriva che ove l'ambulatorio sia utilizzato indifferentemente da destrimani e da mancini il collocamento del letto da visita non può essere posto accanto ad una parete come talora si verifica quando l'ambiente è piccolo o si vuole guadagnare spazio per altre necessità.

Posizione dell'ecografo: oltre che negli ambulatori appositamente dedicati, è assai comune disporre di apparecchi *bed-side* negli ambulatori di accettazione. A prescindere dalla posizione della paziente (che sia rivolta verso o contro il video a seconda delle Scuole), l'ecografista tende a tenere la sonda con la mano che meglio esprime la propria lateralità. Ne consegue che l'apparecchio possa e debba essere alternativamente spostato sul lato del letto più congruo alla lateralità del medico.

Posizione della scialitica: in ambulatorio, coloro che usano introdurre e tenere lo speculum con la mano sinistra necessitano che la fonte luminosa provenga dalla propria spalla sinistra e viceversa. In sala parto il destrimane sarà solito eseguire l'episiotomia a destra per facilitare la sutura cosicché la fonte luminosa deve provenire dalla spalla destra e viceversa. Ne consegue che ove la scialitica sia posta a terra su ruote questa possa essere agevolmente spostata e posizionata alternativamente a destra o a sinistra delle spalle dell'operatore. Può accadere che se l'episiotomia viene eseguita da una ostetrica destrimane che privilegia il lato destro della paziente, ciò crei maggiori difficoltà al chirurgo mancino, e viceversa. Infine: l'operatore mancino deve avere il tavolo servitore a sinistra e la luce provenire dalla spalla sinistra: ciò perché l'operatore, per dare un punto, generalmente sposta la testa verso la spalla destra. E viceversa.

Armatura dell'ago sul portaghi: se la strumentista è destrimane e pertanto regge con la mano destra il portaghi mentre monta l'ago con la mano sinistra, dovrà poi girare l'ago di 180 gradi se dovrà porgere il portaghi ad un mancino. E viceversa.

Collocazione spaziale del chirurgo in sala operatoria: nella chirurgia ostetrica e ginecologica ad accesso addominale il chirurgo destrimane si pone al lato sinistro della paziente e viceversa. In teoria, pertanto, la strumentista ed il tavolo servitore dovrebbero essere collocati al lato più congeniale alla lateralità del chirurgo. Tuttavia in questo ambito le variabili sono assai numerose e non dipendono solo dalla lateralità del chirurgo. Infatti la collocazione della strumentista e dei tavoli servitore e/o madre possono dipendere e differire a secondo della tipologia e della disponibilità delle sale operatorie ma pure della disponibilità di personale ovvero che le sale e il personale siano esclusivamente dedicati alla sola chirurgia ostetrica-ginecologica o piuttosto anche a chirurghi di altre diverse specialità. Inoltre anche le cosiddette “Scuole Chirurgiche” hanno consuetudini e regole proprie che le caratterizzano non solo per i modi, i tempi e i materiali ma pure per la dislocazione spaziale del personale cosicché talora certe consuetudini risultano difficilmente esportabili e riproducibili in altri complessi operatori se non dopo un dettagliato addestramento e/o una particolare autorevolezza del chirurgo. In proposito, purtroppo, ove il chirurgo, a prescindere che sia destrimane o mancino, debba adattarsi a consuetudini diverse da quelle che gli sono abitualmente proprie e congeniali potrebbe, oltre che venire penalizzato e infastidito, anche fornire una prestazione qualitativamente non all'altezza del proprio *standard*.

ASPETTI CULTURALI E COMPORTAMENTALI DEL MANCINISMO NELL'ESERCIZIO PROFESSIONALE MEDICO

In generale i chirurghi che usano la mano destra percepiscono come più difficile operare aiutati da un collega che predilige invece la mano sinistra (7). Per un chirurgo mancino può risultare molto difficile armeggiare strumenti per destrimane anche se attualmente buona parte di questi sono stati adattati (5). Contrariamente a quanto si potrebbe pensare, nemmeno la chirurgia laparoscopica è riuscita a risolvere i problemi e gli inconvenienti legati alla lateralità degli operatori. Questa tecnica, per effetto dei suoi tempi di durata molto più lunghi, comporta maggiori problemi di statica, di

postura del collo, del tronco, del bacino ma soprattutto degli arti superiori che debbono compiere esercizi non abituali (8). Considerando che solo il 45% dei mancini è pure mancino di piede e che il 57% dei mancini è mancino anche di occhio (6), l'essere costretti a guardare anche per ore a destra anziché a sinistra può procurare disagio. Infatti, per lo più, solo le sale operatorie meglio attrezzate e di cubatura idonea dispongono di due o anche tre televisori che vengono posizionati strategicamente a secondo delle necessità.

Sebbene nei casi in cui una *equipe* operatoria sia costituita da un destrimane e da un mancino la soluzione possa apparire semplice affidando a ciascun chirurgo l'esecuzione dei tempi chirurgici posti su ciascuno lato della paziente corrispondente alla propria più congeniale lateralità, ciò è tuttavia impraticabile per motivi metodologici, medico-legali e persino didattici. Partendo infatti dal concetto che l'intervento chirurgico costituisce pur sempre un tempo altissimo dell'esercizio della professione tanto da richiedere una esecuzione “ad arte” (così come lo stesso progredire della medicina si definisce “stato dell'arte”), l'atto chirurgico in quanto tale (essendo per tecnica, per metodo e per riproducibilità assimilabile ad un esperimento scientifico “galileiano”) presuppone se ipsum la non condivisibilità con un altro operatore.

Ciò non solo per quanto attiene al metodo in sé (che prevede quasi mai la condivisione con un altro chirurgo) ma anche per le implicazioni medico-legali che potrebbero derivarne a seguito di eventuali errori o complicanze ed esiti insorti dall'uno o dall'altro lato del campo chirurgico ove abbia operato ciascun chirurgo.

E neppure la funzione didattica giustifica una operatività del tipo “un lato per l'insegnamento” e “un lato per l'apprendimento” (se non forse solo ed esclusivamente nel caso di una *equipe* composta da un destrimane e da un mancino) giacché un siffatto procedimento stravolgerebbe il “metodo” che prevede l'esecuzione dell'intervento secondo tempi e modi codificati, precisi e ripetibili che vanno compiuti da un unico operatore che rimane sempre dallo stesso lato (qualunque sia il lato della paziente in cui egli si posiziona a secondo della propria lateralità o dell'organo

su cui interviene). Diversamente si altererebbe il metodo con ciò vanificando o avvilendo la didattica.

Così almeno vale per la Chirurgia Ostetrica e Ginecologica poiché la lateralità dell'organo (ovaia sinistra o destra) è ininfluente contrariamente ad altre chirurgie (rene destro-sinistro, colon destro-sinistro, ginocchio destro-sinistro ecc.) in cui invece il chirurgo si pone a sinistra o a destra del paziente non solo in funzione della propria lateralità ma pure di quella dell'organo su cui interviene.

RISVOLTI MEDICO-LEGALI

Diverse sono le responsabilità professionali a secondo del “ruolo” ricoperto da ciascun componente dell'*equipe* operatoria ovvero che si tratti dell'operatore, o dell'aiuto o dell'assistente (o terzo, ove questo sia parte integrante dell'*equipe* o perché previsto per il tipo di intervento in corso o semplicemente per apprendistato). Sebbene l'etica e la consuetudine medica sanciscano che il “chirurgo” è il capo *equipe* e come tale risponde di qualsiasi evento insorga in corso di intervento, ben diversa è, in materia di lavoro di *equipe*, la sentenza della Cassazione n. 199 del 26.5.2004 che stabilisce (in un caso di pinza di Kelly dimenticata in addome) che: “tutti i componenti l'*equipe* avevano omesso autonomamente il doveroso controllo reciproco (...) con produzione di un evento non voluto ma prevedibile”.

Oltre che il ruolo è altrettanto e diversamente rilevante lo “stato” ovvero se di docente o di discente. In questo caso, diversamente dal ruolo, sia una consolidata consuetudine etica professionale che la giurisprudenza concordano nel sancire che il docente si assume una responsabilità in più se e quando aiuta un chirurgo discente (Codice Civile, art. 2048, comma II: I precettori e coloro che insegnano un mestiere o un'arte sono responsabili del danno cagionato dal fatto illecito dei loro allievi e apprendisti nel tempo in cui sono sotto la loro vigilanza. Codice Penale, art. 40, comma II: Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo). Eppure, in materia di colpa professionale di *equipe*, una recente sentenza della Cassazione - n. 33619 del 6.10.2006 – recita che: “ogni sanitario è responsabile non solo del rispetto delle regole di diligenza e perizia connesse alle specifiche ed effettive mansioni svol-

te, ma deve anche conoscere e valutare le attività degli altri componenti dell' "equipe" 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".

In pratica si dovrebbe presumere che se un chirurgo discendente compie un errore (per es. taglia la vescica in corso di cesareo senza che il docente abbia potuto impedirlo, data la repentinità o l'imprevedibilità dell'avventatezza del gesto lesivo) tale chirurgo, in quanto discendente, potrà non risponderne solo se l'aiuto, che è il docente, "pone rimedio" all'errore. Ma se l'equipe è composta da due chirurghi non in rapporto gerarchico, ovvero entrambi con una simile autonomia e preparazione di base, e soprattutto se la riparazione del danno esita in sequele sfavorevoli, ne rispondono tutti in eguale misura? O solo il chirurgo artefice del danno e che, seppure lo ripari nell'immediato, non ne può garantire il buon esito? Come, inoltre, si può dimostrare che un professionista medio possa provvedere a "porre rimedio" e a garantire il buon esito di un errore o di una complicanza (per esempio la sutura della succitata lacerazione vescicale iatrogena) se può accadere che anche nelle mani più esperte il caso portato ad esempio possa esitare in sequele?

Alla luce di quanto già riferito, una equipe di chirurghi composta da un destrimane e da un mancino sembrerebbe complicare ulteriormente le cose.

In ambienti chirurgici non propriamente caratterizzati da una univocità tecnica (quale deriva solo da un autentico perché adeguato apprendistato in una altrettanto autentica "Scuola Chirurgica") ovvero se il chirurgo è in qualche modo un "autodidatta", considerazioni inerenti la didattica in generale e il mancinismo in particolare potrebbero apparire dei sofismi. Eppure, rimanendo nell'ambito del mancinismo e della didattica, l'impossibilità di compiere atti dinamici e di assumere posture congrue alla propria lateralità (indifferentemente in un ambulatorio o in una sala parto o in una sala operatoria ecc.) può essere assai rilevante - seppure attualmente ancora poco riconosciuta - in funzione non solo della qualità della *performan-*

ce professionale eseguita ma persino della prevenzione degli infortuni sul lavoro. Infatti, oltre il cronico disagio psico-fisico cui un mancino può essere sottoposto per i motivi già indicati nelle considerazioni preliminari e oltre le difficoltà che può avere un chirurgo seppure esperto in un nuovo ambiente di lavoro, il 28 % dei mancini inseriti in un contesto predisposto per destrimani ha assertedo di essere stato punto in corso di un intervento eseguito da un chirurgo destrimane (2). Non è nota l'incidenza nel caso opposto né l'incidenza di tali incidenti tra chirurghi di pari lateralità e non ci è stato possibile appurare se tali incidenti, qualora abbiano causato la contrazione di malattie emo-trasmesse (Epatite, AIDS ecc.), abbiano dato luogo a contenziosi tra colleghi per rivalse risarcitorie e con quale esito. Tuttavia in proposito vale sempre il concetto gerarchico piramidale secondo il quale il chirurgo che punge l'aiuto (per discendente o goffo, o non ergonomico che sia) è comunque responsabile dell'evento così come lo è quell'aiuto chirurgo che sta svolgendo il ruolo di docente e che rimane vittima di una puntura infertagli dal chirurgo discendente. In conclusione quanto più un chirurgo è qualificato tanto più sarà esposto a rischi di ogni genere a prescindere che svolga un ruolo di docente su un discendente o anche di semplice aiuto chirurgo di un chirurgo autonomo seppure meno esperto o qualificato e tanto più, come apparrebbe, se mancino. In pratica il chirurgo esperto che aiuta o che insegna svolge un'attività che non è in alcun modo pagante al punto che ben si comprende come mai i vecchi Maestri lasciassero all'aiuto solo la sutura dell'addome giacché il "mestiere" lo si doveva imparare rubandolo con gli occhi ovvero con una lunga e assidua frequentazione della sala operatoria.

CONCLUSIONI

Di fronte all'affermarsi del diritto dell'uomo di essere e di esistere, molte minoranze stanno sempre più facendo valere il peso della loro diversità (società multietnica e multiculturale) (1).

Se si considera che i mancini costituiscono il 10% della popolazione, pare strano che in quanto "diversi" non si siano ancora organizzati in una forte minoranza che salvaguardi i

propri diritti in un mondo ancora retto dai destrimani e in cui il termine mancino ha, e conserva, nei diversi idiomi una valenza negativa: "essere sinistro" in italiano, "nefasto" in greco, "goffo" in francese, "impacciato" in inglese, "maldestro" in tedesco.

Alla luce del fatto che in generale la percentuale dei mancini, secondo teorie riportate altrove (1), sta aumentando, riteniamo che si debba cominciare a studiare il modo per adeguare le strutture (planimetria edile ed arredo ospedalieri) e l'organizzazione del lavoro di equipe al fine di istruire il personale alle vicendevoli necessità dei destrimani e dei mancini (magari anche creando o favorendo équipes latero-compatibili) ovvero ricercare soluzioni operative più ergonomiche e comunque compatibili per gli uni e per gli altri e sempre, e soprattutto, finalizzate al conseguimento del miglior risultato professionale possibile.

BIBLIOGRAFIA

1. Strolego F, Galli P, Nicolodi F, Belosi C, Gorgone F, Chiodega V. Il mancinismo in Ostetricia e Ginecologia nella provincia di Trento. Riv. It. Ost.Gin. Prat Med Perin 2007; XXII:15-20
2. Corballis MC. The genetics and evolution of handedness. *Psychol Rev* 1997; 104:714-727
3. Henderson NJ, Stephens CD, Gale D. Left-handedness in dental undergraduates and orthodontic specialists. *Br Dent J* 1993; 181:285-289
4. Rohrich RJ. Left-handedness in plastic surgery: asset or liability? *Plast. Reconstr Surg* 2001; 107:845-846
5. Adusumilli PS, Kell C, Chang JH, Tuorto S, Leitman IM. Left-handed surgeons: are the left out? *Curr Surg* 2004; 61:587-591
6. Augustyn C, Peters M. On the relation between footedness and handedness. *Percept Mot Skills* 1986; 63:115-118
7. Dobson AR. The loneliness of the left handed surgeon. *BMJ* 2005; 330:10-12
8. Nguyen NT, Ho HS, Smith WD et al. An ergonomic evaluation of surgeon's axial skeletal and upper extremity movements during laparoscopic and open surgery. *Am J Surg* 2001; 182:720-724