

Lettere



“Vorrei pagare solo per i miei errori”

Carissimi presidente, consiglieri e associati, credo di esprimere il pensiero di molti colleghi, soprattutto di quelli come me a cui viene chiesto di pagare per colpe altrui. Credo che sia arrivato il momento di fare presente a tutti i direttori sanitari, avvocati, giudici e opinione pubblica che l'evento parto viene gestito da due figure, che agiscono in tempi e modi diversi e che quindi hanno responsabilità diverse. Se il travaglio e il parto fisiologico è gestito dall'ostetrica e il medico

ginecologo di guardia è presente per intervenire quando insorge una patologia, perchè su un danno a carico del neonato come l'ipomobilità del braccio, la lesione di Herb, deve essere chiamato in causa il medico, considerato che le ostetriche non hanno applicato alle mani un dinamometro che indica la pressione esercitata sul feto, che il ginecologo non ha una vista speciale con cui vedere i rapporti che la spalla instaura con il canale del parto e che, soprattutto, non gli è stato

chiesto di intervenire in quanto il tutto è stato ritenuto dall'ostetrica un evento fisiologico? Visto che mi si accusa di lesioni personali senza che io abbia mai toccato nessuno, chiedo a chi si occupa di giustizia: se mi dovessi trovare occasionalmente sul luogo di una rapina o di un omicidio mi dovrei forse ritenere colpevole del fatto? Vorrei anche ricordare che oggi le ostetriche hanno una laurea, se pur breve, e questo ci viene fatto notare costantemente, quindi è il caso

che si carichino anche delle loro responsabilità senza farsi sempre scudo del medico. Chiedo inoltre a chi si occupa di giustizia che, prima di inviare degli avvisi di garanzia, ci si assicuri bene su chi ha agito in quell'evento ritenuto doloso. Spero che queste mie parole non vadano nel dimenticatoio ma che anzi servano da stimolo per chi può intervenire per modificare il sistema affinché io possa pagare solo per i miei errori.

Lettera firmata

legge Bindi del giugno 1999. Peraltro esiste qualche pronuncia della Corte di Cassazione che afferma la responsabilità esclusiva dell'ostetrica nel determinismo di un evento dannoso occorso in sala parto e ciò a causa di una errata interpretazione del tracciato cardiocografico, la cui esecuzione e relativo controllo debbono essere considerati, secondo i giudici, compito precipuo dell'ostetrica. Il nostro sforzo di operatori sanitari che si occupano di problematiche concernenti la responsabilità professionale del medico è quello di illustrare a tutti i livelli (medici, magistratura, pubblica opinione, ecc.) attraverso scritti, dibattiti, conferenze, iniziative parlamentari, i termini della problematica in oggetto (un interessante incontro in tal senso è stato organizzato in Roma nel novembre 2008 per lodevole iniziativa della Sigo) allo scopo di sollecitare gli operatori del settore ad assumersi le rispettive responsabilità, rispettando la sfera delle proprie competenze, il che deve significare di non sottrarsi ai propri doveri, contemporaneamente difendendo la dignità e l'autonomia professionale di ciascuno. Per ulteriori dettagli sull'argomento, rimando i lettori all'articolo pubblicato dal sottoscritto sul n. 4 del 2008, p. 20, di *GynecoAogoi*.

Pier Francesco Tropea

La lettera che ci perviene pone sul tappeto un problema reale, che nasce dalla tuttora non univoca definizione delle competenze e delle connesse responsabilità attribuite rispettivamente all'Ostetrica e al Ginecologo nell'attività routinaria svolta in sala parto dalle predette figure professionali. Per inquadrare storicamente tale problematica, non sarà inutile ricordare che negli anni Sessanta si è affermato il concetto della "medicalizzazione" del parto, in coincidenza con l'avvento della cardiocografia, con la conseguente valorizzazione della figura del ginecologo, quale diretto responsabile dell'evento parto, ivi compreso il monitoraggio del travaglio. Negli anni Novanta si è venuta affermando l'opportunità di restituire al parto la sua "naturalità", il che ha

comportato la remissione all'ostetrica di quel ruolo fondamentale nell'assistenza al parto che in parte le era stato espropriato dal medico. Questo ruolo centrale dell'ostetrica è stato codificato nelle leggi n. 42 del 1999 e n. 251 del 2000 le quali, assegnando all'ostetrica il compito di presiedere personalmente all'espletamento del parto e al controllo del travaglio nei limiti del loro decorso fisiologico, stabiliscono in pratica l'esistenza di un'autonomia professionale dell'ostetrica, sganciata dalla dipendenza dal ginecologo, al quale rimane affidata la gestione della sopravvenuta, eventuale patologia del parto, dal momento in cui l'evento patologico viene individuato dall'ostetrica stessa che in tali evenienze ha l'obbligo di richiedere l'intervento attivo

del ginecologo. Negli ultimi anni, in forza della normativa vigente, l'ostetrica ha rivendicato fermamente la sua autonomia professionale, anche sulla base del corredo di studi che ha condotto l'ostetrica stessa al conseguimento della laurea breve, in luogo del semplice diploma universitario. Stabilito così quanto previsto dalle leggi in vigore, vi è da dire che sul piano operativo non sono stati chiaramente definiti i limiti entro i quali l'ostetrica può agire in piena autonomia (con particolare riguardo alla gestione della gravidanza fisiologica e al controllo del benessere fetale, in esso comprendendo l'esecuzione e l'interpretazione del tracciato cardiocografico e dell'ecografia di primo livello) e per contro l'avocazione alle proprie competenze da parte del ginecologo di guardia dei casi che

presentino il rischio di un'evoluzione verso la patologia. Questa non chiara definizione delle rispettive competenze che la legge nella sua enunciazione generica non consente di decifrare, si riflette nell'orientamento giurisprudenziale, generalmente orientato a chiamare in causa anche il ginecologo titolare del turno di guardia, oltre che l'ostetrica, in caso di evento dannoso occorso in sala da parto. Vi è da aggiungere che la giurisprudenza tende spesso a recepire con ritardo le novità espresse dalle norme legislative, così come è dato riscontrare nel caso dei primari, tuttora chiamati in causa in caso di prestazioni operate dai medici strutturati, e ciò senza tener conto della completa autonomia tecnico-professionale riconosciuta ai vari dirigenti medici (ex aiuti) dalla

CORSI PRATICO-TEORICI AOGOI

Chirurgia radicale ed ultraradicale in ginecologia oncologica

1° CORSO

16 - 17 - 18 - 19 - 20 marzo 2009

2° CORSO

9 - 10 - 11 - 12 - 13 novembre 2009

Direttori del Corso:

Dott. Elio Campagnutta, Dott. Giorgio Giorda

C.R.O.

Centro di Riferimento Oncologico
Dipartimento di Oncologia Chirurgica -
S.O.C. di Oncologia Chirurgica Ginecologica Aviano (Pn)

Metodologia dei Corsi

Ogni Corso è riservato a 15 partecipanti e comprende una parte pratica, al mattino, con teletrasmissione dalla sala operatoria e contemporanea partecipazione a turno agli interventi. Nel pomeriggio, discussione e confronto riguardanti la diagnosi ed il trattamento delle neoplasie ginecologiche.

Iscrizioni

Quota di iscrizione: Euro 403+ euro 81 (IVA20%)
Tot. euro 484 comprendente:
la partecipazione al Corso, il pernottamento (5gg),
prima colazione e 3 cene, 5 colazioni di

lavoro, 5 coffee break, la cena sociale, spese di segreteria e materiale didattico.

Segreteria Organizzativa

Tel. 0434.659777, fax 0434.659439,
e-mail mariadandrea@cro.it

L'AOGOI mette a disposizione dei suoi Soci alcune Borse di Studio per ogni Corso:

le richieste di adesione dovranno essere inviate, accompagnate da un breve curriculum, alla Segreteria Nazionale AOGOI - Via G. Abamonti 1 - 20129 Milano
tel. 02.29525380 - fax 0229525521
e-mail aogoi@aogoi.it