

12. Riflessioni di deontologia medica applicata ad un caso pratico.

Dr.ssa Giovanna Pistorello

In riferimento a un recente fatto accaduto in un ospedale di 1° livello, vedremo come la mancata comunicazione tra operatori sanitari, in particolare tra medici, e tra medici e personale paramedico, e un'organizzazione del lavoro pressapochista e mal coordinata, possano seriamente pregiudicare la salute e la vita delle persone.

Il fatto: In data 0000 la signora X veniva ricoverata per minaccia d'aborto, alla venticinquesima settimana di gravidanza, in un ospedale periferico di 1° livello. Il giorno seguente la signora X partoriva la figlia con parto naturale. Al parto erano presenti: ginecologo, ostetrica, puericultrice e, solo successivamente, anche il pediatra.

1° errore rilevato: il ginecologo non ha comunicato preventivamente l'ingresso in reparto della gravida alla 25^a s.g. al pediatra, né si è preoccupato di trasferire in utero il nascituro, data l'estrema prematurità della bambina e il pericolo per la sua salute di nascere in un ospedale non fornito di una Terapia Intensiva Pediatrica e di una Patologia Neonatale di 3° livello (con disponibilità di respiratore per la ventilazione meccanica e ad alta frequenza e dotato di neonatologici esperti).

Il pediatra di turno sarebbe giunto in sala parto alle 20.40 (come si evince dalla relazione resa successivamente davanti ai carabinieri), cioè a parto espletato (la bambina nasceva alle 20.35), e avrebbe ricevuto la notizia prima dall'ostetrica e poi anche dal collega ginecologo che la neonata era nata morta, per cui sarebbe ritornato al proprio reparto senza compiere alcun accertamento.

2° errore: ritorna l'inadeguata comunicazione tra sanitari: l'ostetrica, interrogata, afferma di aver palpato il cordone ombelicale del "feto" e di non aver rilevato alcuna pulsazione, ma anche di aver notato alcuni lievi movimenti della bocca e delle braccia dello stesso. Tuttavia non avrebbe dubitato della morte della bambina e avrebbe comunicato al pediatra, in quel momento sopravvenuto, che si trattava di un nato morto, ponendolo infatti in una bacinella reniforme e portandolo nella stanza attigua alla sala parto.

Il pediatra d'altro canto, al suo arrivo, afferma di aver trovato vuoto il lettino di rianimazione (l'isola neonatale, in cui il "feto" avrebbe potuto essere adeguatamente riscaldato e rianimato, con l'ausilio dell'anestesista, che non è stato neppure chiamato). Il "feto" secondo le dichiarazioni del pediatra, si trovava nella bacinella reniforme in una stanza attigua e "sembrava" privo di vita; era inoltre stato dichiarato aborto, tanto che il ginecologo ne aveva già dichiarato la morte.

L'ostetrica, durante l'interrogatorio, afferma invece che il pediatra sarebbe giunto prima che il "feto" venisse posizionato nella bacinella reniforme.

Quali errori? Non è stato contattato l'anestesista. Non c'è stata comunicazione o meglio c'è stata una frettolosa comunicazione tra ostetrica e pediatra e tra pediatra e ginecologo.

Il "feto" avrebbe dovuto essere visitato dal pediatra prima di essere dichiarato morto, e gli si sarebbero dovute prestare le prime cure, prima dell'arrivo del pediatra, sia da parte dell'ostetrica che del ginecologo, che delle altre infermiere presenti in sala parto.

Il leader della situazione (in attesa del pediatra), ginecologo o ostetrica o puericultrice o infermiera, avrebbe quindi dovuto coordinare l'assistenza al parto prima dell'arrivo del pediatra o

dell'anestesista (che, ribadiamo, non è neppure stato chiamato), posizionandolo nell'isola neonatale, previamente accesa, asciugandolo, eventualmente aspirandolo.

Il pediatra, d'altro canto, al suo arrivo, avrebbe dovuto visitare la bambina, auscultandone il cuore e valutarne il respiro e la vitalità. A questo punto è importante sapere se la bambina si trovava già nella reniforme e se era già stata dichiarata aborto, prima del suo arrivo, oppure se si trovava ancora sul grembo della madre. Appare evidente tra ostetrica e pediatra un tentativo di discolarsi a vicenda, mentre il ginecologo non sarebbe stato neanche interrogato, quasi fosse estraneo ai fatti.

Gravi omissioni. Non prestare soccorso e cura alla bambina, dichiarandola preventivamente aborto, né da parte dell'ostetrica e delle altre figure professionali (una puericultrice e due infermiere) presenti al part, né da parte del ginecologo, né poi da parte del pediatra (che sarebbe arrivato successivamente). A discolora forse del pediatra, se potesse essere confermata la sua versione dei fatti, sarebbe l'aver trovato il "feto" nella reniforme, con il ginecologo che consolava la madre, parlandole di aborto probabilmente causato da un'infezione placentare.

Mancata, frettolosa e superficiale comunicazione tra operatori sanitari. Il pediatra non viene preventivamente avvisato di un parto estremamente pretermine, il personale presente al parto non si prende la briga di telefonare all'anestesista di guardia (o reperibile); non si capisce inoltre chi avrebbe constatato la morte della bambina (l'ostetrica o il ginecologo?). Da come sono stati esposti i fatti, sembra che solo l'ostetrica si sia avvicinata alla neonata, rilevandone la mancata pulsazione del funicolo, ma anche non preoccupandosi di avvisare il ginecologo o il pediatra di quei lievi movimenti della bocca e delle braccia che avrebbero consentito di rilevarne la vitalità e di provvedere alla sua rianimazione.

Dopo 10 minuti infatti l'infermiera si accorgerà che il "feto" è vivo e avviserà quindi il pediatra, che attiverà l'assistenza necessaria a garantire la sopravvivenza della bambina.

Rileviamo quindi l'inosservanza di numerosi articoli del Codice di Deontologia Medica:

Art. 14 Sicurezza del paziente e prevenzione del rischio clinico.

Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e contribuire all'adeguamento dell'organizzazione sanitaria, alla prevenzione e gestione del rischio clinico anche attraverso la rilevazione, segnalazione e la valutazione degli errori al fine del miglioramento della qualità delle cure.

Il medico a tal fine deve utilizzare tutti gli strumenti disponibili per comprendere le cause di un evento avverso e mettere in atto i comportamenti necessari per evitarne la ripetizione; tali strumenti costituiscono esclusiva riflessione tecnico-professionale, riservata, volta all'identificazione dei rischi, alla correzione delle procedure e alla modifica dei comportamenti.

Tutto il personale sanitario che ha assistito al parto non avrebbe ottemperato a tale dovere.

Art. 3 Doveri del medico.

Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza distinzioni di età, di sesso, di etnia, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace e in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera. La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona.

Sia il Ginecologo sia il Pediatra non avrebbero ottemperato tale dovere, ma neppure il personale paramedico.

Art. 8 Obbligo di intervento.

Il medico, indipendentemente dalla sua abituale attività, non può mai rifiutarsi di prestare soccorso o cure d'urgenza e deve tempestivamente attivarsi per assicurare assistenza.

Il Ginecologo, ma in particolare il pediatra, quando chiamato avrebbe dovuto rendersi personalmente conto della situazione e ottemperare alle misure del caso. C'è da dire che non sappiamo con sicurezza se il Pediatra si è trovato davanti a un "feto" già dichiarato aborto e posto in situazione di ipotermia (abbandonato in una bacinella reniforme, in stanza attigua alla sala parto).

Art. 19 Aggiornamento e formazione professionale permanente.

Il medico ha l'obbligo di mantenersi aggiornato in materia tecnico-scientifica, etico - deontologica e gestionale- organizzativa, onde garantire lo sviluppo continuo delle sue conoscenze competenze in ragione dell'evoluzione dei progressi della scienza e di confrontare la sua pratica professionale con i mutamenti dell'organizzazione sanitaria e della domanda di salute dei cittadini.

Il medico deve altresì essere disponibile a trasmettere agli studenti e ai colleghi le proprie conoscenze e il patrimonio culturale ed etico della professione e dell'arte medica.

Qui ravviso un verosimile scarso interesse da parte dell' Az. U.L.S.S. di appartenenza dei colleghi coinvolti nella vicenda, al loro aggiornamento e formazione professionale, sempre ribadendo la necessità da parte del medico, di mantenersi aggiornato autonomamente. Difatti soprattutto negli ospedali periferici sembra interesse preminente delle Aziende, coprire i turni di guardia, senza preoccuparsi troppo dell'aggiornamento e della formazione dei propri operatori, oberandoli di pesanti turni di 12 o più ore consecutive, senza pausa mensa, né favorendo gli interscambi tra colleghi, che purtroppo spesso avvengono solo tramite telefono o peggio per interposta persona (infermiere o altro personale paramedico). Ciò porta a un malessere generalizzato che non favorisce il lavoro d'équipe, ma solo le incomprensioni, a discapito della salute del paziente.

Il ginecologo, informato dei rischi relativi alla nascita di un bambino estremamente pretermine, avrebbe dovuto attivare il trasferimento della madre in un Centro di 3° livello e se impossibilitato a farlo, nell'emergenza, avrebbe dovuto comunicarne la notizia al pediatra e attivare, nell'imminenza del parto, anche l'anestesista di guardia o reperibile, al fine di consentire un'efficace rianimazione del neonato.

Si ribadisce quindi la fondamentale necessità di attivare anche e soprattutto nei Centri di 1° livello, ove talvolta capita la necessità di gestire un'emergenza-urgenza in Sala Parto o in Pronto Soccorso, di attivare dei corsi di formazione permanente del personale sanitario con prove pratiche e simulazioni; nonché di salvaguardare il benessere psico-fisico degli operatori con una gestione dei turni più umana (non mi meraviglio se la vicenda sia avvenuta probabilmente a fine turno, quando la stanchezza degli operatori può aver giocato un ruolo non trascurabile, nello svolgersi degli eventi).

Art. 20 Rispetto dei diritti della persona.

Il medico deve improntare la propria attività professionale al rispetto dei diritti fondamentali della persona.

Il diritto alla vita, fino a prova contraria, è il principale diritto dell'essere vivente. Nessuno in quella sala parto sembra aver avuto il dubbio che quel "feto" fosse in realtà vitale.

Art. 21 Competenza professionale.

Il medico deve garantire impegno e competenza professionale, non assumendo obblighi che non sia in grado di soddisfare. Egli deve affrontare nell'ambito delle specifiche responsabilità e competenze ogni problematica con il massimo scrupolo e disponibilità, dedicandovi il tempo necessario per un'accurata valutazione dei dati oggettivi, in particolare dei dati anamnestici, avvalendosi delle procedure e degli strumenti ritenuti essenziali e coerenti allo scopo e assicurando attenzione alla disponibilità dei presidi e delle risorse.

Il pediatra, chiamato in sala parto (ammettendo la veridicità della versione dell'ostetrica), avrebbe dovuto, attivando anche la guardia anestesiológica (negli ospedali periferici, di solito, l'ANESTESISTA si occupa di intubare il neonato), visitare e, notata la vitalità del "feto", intraprendere le procedure di rianimazione, facendo ricorso alla sua esperienza sul campo e alle sue conoscenze.

Si ribadisce ancora la necessità di attivare da parte delle Aziende corsi di formazione permanente e interscambi anche con reparti di Patologia Neonatale e Terapia Intensiva di Centri di 3° livello, sia per i pediatri che per gli anestesisti (si tratta di anestesisti dell'adulto, che non hanno pratica con i neonati) dei piccoli e medi centri (1° e 2° livello).

Art. 26 Cartella clinica.

La cartella clinica delle strutture pubbliche e private deve essere redatta chiaramente, con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica e contenere, oltre ad ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica e al suo decorso, le attività diagnostico-terapeutiche praticate. La cartella clinica deve registrare i modi e i tempi delle informazioni nonché i termini del consenso del paziente, o di chi ne esercita la tutela, alle proposte diagnostiche o terapeutiche; deve inoltre registrare il consenso del paziente al trattamento dei dati sensibili, con particolare riguardo ai casi di arruolamento in un protocollo sperimentale.

Né il ginecologo né il pediatra sembra abbiano redatto una chiara cartella clinica, ma forse al pediatra non spettava di compilare alcunché, stante la sua versione dei fatti (il "feto" sarebbe stato dichiarato aborto dal ginecologo, e quindi non sarebbe stata sua competenza certificarne la morte).

Art. 60 Consulenza e consulto.

Qualora la complessità del caso clinico o l'interesse del paziente esigano il ricorso a specifiche competenze specialistiche e/o terapeutiche, il medico curante deve proporre il consulto con altro collega o la consulenza presso idonee strutture di specifica qualificazione, ponendo gli adeguati quesiti e fornendo la documentazione in suo possesso.

In caso di divergenza di opinioni, si dovrà comunque salvaguardare la tutela della salute del paziente che dovrà essere adeguatamente informato e le cui volontà dovranno essere rispettate.

I giudizi espressi in sede di consulto o di consulenza devono rispettare la dignità sia del curante sia del consulente.

Il medico, che sia di contrario avviso, qualora il consulto sia richiesto dal malato o dai suoi familiari, può astenersi dal parteciparvi, fornendo, comunque, tutte le informazioni e l'eventuale documentazione relativa al caso.

Lo specialista o consulente che visiti un ammalato in assenza del curante deve fornire una dettagliata relazione diagnostica e l'indirizzo terapeutico consigliato.

In relazione al nostro caso, né il ginecologo ha pensato di consultare il collega del Centro di 3° livello per il trasferimento della sua paziente, né ha informato la signora del pericolo insito nel partorire prematuramente in un centro non attrezzato per curare adeguatamente un bambino così piccolo, né ha ritenuto opportuno, come d'altronde non hanno fatto neanche il pediatra o l'ostetrica, di avvisare tempestivamente l'anestesista della nascita di un prematuro estremo.

Art. 66 Rapporto con altre professioni sanitarie.

Il medico deve garantire la più ampia collaborazione tra tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale, nel rispetto delle peculiari competenze professionali.

Era competenza dell'ostetrica dichiarare morta la bambina? O non era forse opportuno che anche il ginecologo e poi eventualmente il pediatra, al suo arrivo, visitassero il neonato? Forse il ginecologo si è fidato troppo dell'opinione dell'ostetrica e non ha visitato il "feto". E il pediatra sarebbe incorso nello stesso errore.

Art. 2 Potestà e sanzioni disciplinari.

L'inosservanza dei precetti, degli obblighi e dei divieti fissati dal presente Codice di Deontologia Medica e ogni azione ed omissione, comunque disdicevoli al decoro e al corretto esercizio della professione, sono punibili dalle Commissioni disciplinari con le sanzioni previste dalla legge.

Le sanzioni, nell'ambito della giurisdizione disciplinare, devono essere adeguate alla gravità degli atti.

Il medico deve denunciare all'Ordine ogni iniziativa tendente ad imporgli comportamenti non conformi alla deontologia professionale, da qualunque parte essa provenga.

Entrambi i professionisti e non solo il pediatra, come invece è successo, avrebbero dovuto essere sottoposti al giudizio della Commissione disciplinare dell'Ordine di appartenenza, che ha aperto un procedimento disciplinare solo nei confronti del pediatra, addebitandogli di non aver provveduto, nell'ambito delle specifiche responsabilità e competenze, ad un accertamento diretto sul corpo della bambina, basandosi esclusivamente sulle dichiarazioni del collega ginecologo (ma non è pure lui un medico?) presente durante il parto, e ascrivendo solo al pediatra la violazione degli art. 3 e 21 del Codice di deontologia vigente.

Poiché l'evento non sembra aver cagionato danni di alcun genere alla salute della bambina, il caso è stato archiviato dal giudice per le indagini preliminari, che però stigmatizza i sanitari in quanto avrebbero violato i fondamentali principi di diligenza e prudenza, non accertando lo stato fisiopatologico della paziente e non mettendo tempestivamente in atto le terapie più appropriate per risolvere lo stato morbosità della neonata.