
LA DIFESA DELL'OSTETRICA NEI GIUDIZI DI RESPONSABILITÀ: REGOLE, CASI PRATICI E SOLUZIONI ASSICURATIVE

*La responsabilità deontologica dell'ostetrica:
l'obbligo di formazione continua.*

Avv. Cosimo Maggiore

Monfalcone, 09/12/2022

LE REGOLE DEONTOLOGICHE E LA LORO NATURA

Le regole deontologiche prevedono obblighi di comportamento e divieti la cui violazione determina l'irrogazione di una sanzione disciplinare adeguata e proporzionata alla gravità della violazione (Cass., sez. III, 11.11.2003, n. 16943).

Le norme dei codici deontologici sono “*norme giuridiche obbligatorie vevoli per gli iscritti all'albo*” integrative dei precetti normativi fissati nel profilo professionale e dirette a sancire i doveri del professionista (Cass. Civ. Sez. Un. 17.6.2010, n. 146167);

Art. 4 della Legge 31.1.2018, n. 3 “Legge Lorenzin” richiama i Codici Deontologici come fonte normativa dei comportamenti dei professionisti sanitari. Impegna gli Ordini e le Federazioni alla revisione dei Codici.

I PRINCIPI E LE REGOLE DEONTOLOGICHE FONDAMENTALI

PROBITA': intesa come onestà e rettitudine morale

DIGNITA' E DECORO: quali obblighi di tenuta di un comportamento meritevole di rispetto per se stesso e per altri;

LEALTA' E CORRETTEZZA: inteso come comportamento conforme alle regole della professione e privo di errori;

INDIPENDENZA INTELLETTUALE: il professionista sanitario deve difendere la propria libertà ed autonomia tecnica e culturale da pressioni o condizionamenti esterni, prescindendo da religione, razza, nazionalità ideologia politica e sesso;

ASSISTENZA NEI CASI DI URGENZA: obbligo di prestare le prime cure nella misura della sua capacità, rapportate al contesto, attivandosi per assicurare ogni specifica ed adeguata assistenza;

SEGRETEZZA E RISERVATEZZA: segreto sull'attività prestata e sulle informazioni acquisite nell'esercizio della sua professione

LE PRINCIPALI REGOLE DEONTOLOGICHE

Il professionista deve ispirare ed improntare il suo comportamento ai principi di:

SCIENZA: intesa come competenze tecnico-scientifiche, etico-deontologiche e gestionali-organizzative, con riferimento ai settori nei quali è svolta l'attività;

COSCIENZA: condizione soggettiva del professionista che accetta l'incarico e lo svolge con consapevolezza, adeguata competenza, assicurazione di mezzi ed impegno;

PROFESSIONALITA': obbligo di aggiornamento teorico e pratico.

In casi di negligenza o cattiva pratica professionale il sanitario deve spiegare all'Ordine i propri percorsi di aggiornamento ed ha il diritto/dovere di acquisire i crediti di educazione continua in medicina (ECM) su tematiche coerenti con la propria professione (art. 3, comma 5, lett. b) D.L. 13.8.2011, conv. L. 14.9.2011 n. 148 prevede la sanzione per la violazione dell'obbligo formativo: CCEPS, 28.1.2013, n. 5.) **Obbligo di assicurazione per liberi professionisti.**

LE PRINCIPALI REGOLE DEONTOLOGICHE

OBBLIGO DI INFORMAZIONE: il sanitario è tenuto ad informare la p.a., in modo adeguato alla sua capacità di comprensione, ed a promuovere l'adesione ai percorsi assistenziali e diagnostico-terapeutici, sui prevedibili stati di sofferenza e di dolore, sulla durata presumibile dell'intervento professionale, sulla situazione clinica e sulle soluzioni assistenziali e/o terapeutiche, precisando i rischi, i costi ed i benefici dei differenti ed alternativi percorsi diagnostico terapeutici e le prevedibili conseguenze delle scelte possibili.

OBBLIGO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO IN FORMA SCRITTA E, COMUNQUE, DOCUMENTATA SE LE CONDIZIONI CLINICHE LO CONSENTONO.

La Cassazione (Cass. Civ., 20.5.2016, n. 10414) ha ritenuto che l'omissione di un'adeguata informazione fa sorgere a carico del professionista sanitario che risponde dell'omesso consenso informato, anche nel caso in cui la prestazione sanitaria venga eseguita senza errori.

DOVERE DI RISPETTARE LA LIBERTA' DI AUTODETERMINAZIONE TERAPEUTICA

DOVERE DI LEALTA' E COLLABORAZIONE CON STRUTTURA E COLLEGHI

DEONTOLOGIA, BUONE PRATICHE CLINICO ASSISTENZIALI E RACCOMANDAZIONI PREVISTE DALLE LINEE GUIDA

L'inosservanza dei principi deontologici è da riscontrarsi nel violare **le buone pratiche clinico assistenziali riguardanti l'esecuzione delle prestazioni con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative, e nel non tenere conto delle raccomandazioni previste dalle linee guida accreditate nella comunità scientifica.**

I **protocolli clinico assistenziali**, costituiscono rigidi e predefiniti schemi di comportamento diagnostico terapeutico che descrivono le procedure alle quali il sanitario deve strettamente attenersi in una data situazione. Costituiscono adeguamento di linee guida alla realtà organizzativa concreta della struttura.

Le linee Guida e le buone pratiche clinico assistenziali sono raccomandazioni di comportamento clinico in grado di assistere ed orientare il sanitario a decidere le modalità assistenziali più appropriate, indicando standard diagnostici e terapeutici conformi alla migliore scienza del momento. Costituiscono strumento di indirizzo e coordinamento e vanno applicate senza automatismo ma in rapporto al caso specifico concreto (Cass., sez. IV, 11.3.2013, 11493)

DEONTOLOGIA: LA TUTELA DELLA DIGNITA', DELLA SALUTE E DELLA LIBERTA' DI AUTODERMINAZIONE DELLA DONNA

“MISTREATMENT OF WOMEN”

LA DIFESA DELL'OSTETRICA CONTRO

- **OGNI ATTO LESIVO DELLA LIBERTÀ DI AUTODETERMINAZIONE DELLE PARTORIENTI, DEI TEMPI E MODALITÀ DELL'ASSISTENZA;**
- **OGNI ALTRO ATTEGGIAMENTO IRRISPETTOSO E/O ABUSANTE TENUTO NEI CONFRONTI DELLE DONNE DURANTE LA GRAVIDANZA, IL TRAVAGLIO, IL PARTO E L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE LEGATE ALLA SFERA SESSUALE E RIPRODUTTIVA: VISITE GINECOLOGICHE, INTERRUZIONI DI GRAVIDANZA, PROCEDURE DI PMA;**

DEONTOLOGIA: LA TUTELA DELLA DIGNITA', DELLA SALUTE E DELLA LIBERTA' DI AUTODERMINAZIONE DELLA DONNA

“MISTREATMENT OF WOMEN”

Le “denunce” delle partorienti, veicolate soprattutto dai social network e dai mezzi di informazione che ne ripropongono i contenuti, raccontano di maltrattamenti fisici e verbali, violazioni del consenso e della privacy, imposizioni di manovre dolorose, incisioni chirurgiche, somministrazioni di farmaci; alle volte, all’opposto, vengono lamentati il travaglio in condizioni di abbandono, il rifiuto della terapia del dolore o del taglio cesareo, la mancanza di un’assistenza adeguata o, almeno, della presenza di una persona di fiducia.

DEONTOLOGIA: LA TUTELA DELLA DIGNITA', DELLA SALUTE E DELLA LIBERTA' DI AUTODERMINAZIONE DELLA DONNA “MISTREATMENT OF WOMEN”

C'è una risposta legale a tali forme di *malpractice ostetrica*?

E' corretto usare il concetto penalistico di «violenza»?

E' corretto usare la categoria di «violenza ostetrica»?

Ci sono strategie preventive di etica professionale?

Il Ruolo insostituibile dell'Ostetrica nell'informazione volta alla formazione del consenso e nella programmazione anticipata e condivisa dell'assistenza al parto e alle prime fasi della maternità, nell'attenzione alla vulnerabilità della donna in relazione a tutte le prestazioni terapeutiche che involgano l'identità o l'espressione del genere femminile.

Il Respiro internazionale del problema: dall'America Latina (anni 90) alle Organizzazioni Internazionali (2014): **il tema della «umanizzazione del parto»**

L'importanza attribuita al tema dalle Organizzazioni Internazionali (ONU, OMS, Consiglio d'Europa) impongono riflessioni.

DEONTOLOGIA: LA TUTELA DELLA DIGNITA', DELLA SALUTE E DELLA LIBERTA' DI AUTODERMINAZIONE DELLA DONNA “MISTREATMENT OF WOMEN”

La dichiarazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per «*La prevenzione e l'eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante il parto presso le strutture ospedaliere*» (2014), con la quale si chiede un intervento contro: «*l'abuso verbale, procedure mediche coercitive o non acconsentite (inclusa la sterilizzazione), la mancanza di riservatezza, la carenza di un consenso realmente informato, il rifiuto di offrire un'adeguata terapia per il dolore, gravi violazioni della privacy, il rifiuto di ricezione nelle strutture ospedaliere, la trascuratezza nell'assistenza al parto con complicazioni altrimenti evitabili che mettono in pericolo la vita della donna, la detenzione delle donne e dei loro bambini nelle strutture dopo la nascita connessa all'impossibilità di pagare*»; trattamenti, precisa l'OMS, che «*non solo violano il diritto delle donne ad un'assistenza sanitaria rispettosa, ma possono anche minacciare il loro diritto alla vita, alla salute, all'integrità fisica e alla libertà da ogni forma di discriminazione*»

DEONTOLOGIA: LA TUTELA DELLA DIGNITA', DELLA SALUTE E DELLA LIBERTA' DI AUTODERMINAZIONE DELLA DONNA “MISTREATMENT OF WOMEN”

La Risoluzione dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa sulle violenze ostetriche e ginecologiche (2019), che definisce la «violenza ostetrica» *«a violation of human rights and a manifestation of gender discrimination»*; *«a form of violence that has long been hidden and is still too often ignored»*; e aggiunge: *«This violence reflects a patriarchal culture that is still dominant in society, including in the medical field»*

Il **Rapporto di Dubravka Šimonović**, Relatrice Speciale del Consiglio dei diritti umani ONU, *«sulla violenza contro le donne, le sue cause e le sue conseguenze in relazione all'approccio basato sui diritti umani nell'ambito del maltrattamento e della violenza contro le donne nei servizi di salute riproduttiva con particolare riferimento al parto e alla violenza ostetrica»* (2019). Il Rapporto colloca senza riserve la «violenza ostetrica» **tra le offese ai diritti umani e di genere**, *«come parte di un insieme di violazioni che vengono realizzate nel contesto più vasto dell'ineguaglianza strutturale, della discriminazione e del patriarcato»*

DEONTOLOGIA: LA TUTELA DELLA DIGNITA', DELLA SALUTE E DELLA LIBERTA' DI AUTODERMINAZIONE DELLA DONNA “MISTREATMENT OF WOMEN”

La **Risoluzione del Parlamento europeo sulla situazione della salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti nell'UE nel quadro della salute delle donne (2021)**, che inquadra la «violenza ginecologica e ostetrica» tra le forme di **abuso e discriminazione in materia di salute sessuale e riproduttiva** (Considerando, lett. I) e **le violazioni dei diritti umani motivate dall'odio di genere** (nn. 16 e 41). Nel novero delle violenze perpetrate ai danni delle donne, la Risoluzione include: «*vari interventi medici forzati e coercitivi durante il parto, tra cui abusi fisici e verbali, la suturazione delle lacerazioni da parto senza la somministrazione di antidolorifici e l'inosservanza delle loro decisioni e del loro consenso informato, che possono considerarsi violenze e trattamenti crudeli e disumani*» (Considerando, lett. p).

Il rapporto tematico della **Relatrice speciale ONU Tlaleng Mofokeng**, «*Sexual and reproductive health rights: challenges and opportunities during the COVID-19 pandemic*» (2021), che ricollega espressamente alla pandemia l'aumento delle manifestazioni di violenza di genere nelle *health facilities*

DEONTOLOGIA: LA TUTELA DELLA DIGNITA', DELLA SALUTE E DELLA LIBERTA' DI AUTODERMINAZIONE DELLA DONNA

“MISTREATMENT OF WOMEN”

Quindi l'etica professionale e la Deontologia Ostetrica debbono:

- 1) Valutare l'opportunità di prendere in considerazione il tema della «violenza ostetrica»;
- 2) avviare un **dialogo con i professionisti della salute sull'emersione ovvero sulle cause dell'aumentata percezione di questa particolare forma di «devianza», anche al fine di placare le pulsioni punitive maturate in certi ambienti associazionistici e già raccolte da taluni rappresentanti del nostro Parlamento.**
- 3) tutelare le donne dalla violenza di genere: garantire intangibilità delle scelte relative alla sfera sessuale e riproduttiva, anche rispetto ai condizionamenti familiari e istituzionali; riflettere sulla **valorizzazione della medicina di genere e del rispetto dell'autodeterminazione della persona assistita/partoriente.**

DEONTOLOGIA: LA TUTELA DELLA DIGNITA', DELLA SALUTE E DELLA LIBERTA' DI AUTODERMINAZIONE DELLA DONNA “MISTREATMENT OF WOMEN” AMPIEZZA E COMPLESSITA' DEI TEMI

Si va da **abusi commessi in contesti di sistematica violazione dei diritti umani nei confronti delle donne**, magari appartenenti a minoranze etniche o religiose, detenute, disabili, ridotte in condizioni di schiavitù, perseguitate politiche, allorquando la prestazione sanitaria rappresenti l'occasione per la perpetrazione di torture e violenze fisiche in danno di una parte della popolazione (violenze sessuali, sterilizzazione forzata, mutilazioni genitali, procurato aborto) ed **atteggiamenti non corretti tenuti da professionisti della salute in contesti leciti e liberi**:

I Temi spesso richiamati sono:

la discriminazione contro le donne e il maschilismo, la permanenza di forme di autoritarismo/paternalismo nelle strutture sanitarie, le carenze organizzative del SSN, la conflittualità “gerarchica” tra gli specialisti competenti, la medicina difensiva, l'abuso della medicalizzazione, il pregiudizio culturale circa l'incapacità decisionale della gestante, l'impreparazione del personale sanitario in ordine alla disciplina del consenso informato (l. n. 219/2017) e in tema di *medical humanities*

Il rapporto tra l'autonomia decisionale della donna e la autonomia professionale del personale sanitario

DEONTOLOGIA: LA TUTELA DELLA DIGNITA', DELLA SALUTE E DELLA LIBERTA' DI AUTODERMINAZIONE DELLA DONNA

“MISTREATMENT OF WOMEN”

COSA SUCCEDA IN SUDAMERICA?

Venezuela: “*La Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia* prevede, tra le «*Formas de violencia*» (art. 15), la seguente descrizione (n. 13):

“*Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. Art. 51 del Codice penale Venezuelano*”.

Nel 2010, un articolo sull’*International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, dal titolo: «*Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela*»

In Argentina, la Ley Orgánica n. 25.929 del 2004 sul «*Parto Humanizado*» promuove l’autodeterminazione terapeutica delle donne durante il parto e, in generale, mira a rafforzare i diritti dei genitori e del neonato nei confronti della struttura ospedaliera

La legge federale messicana «*de Acceso de las Mujeres a una Vida libre de Violencia*», del 2007 e riformata nel 2022, pone l’accento sulla prevaricazione patriarcale nel contesto delle istituzioni sanitarie e la «*Ley de Violencia basada en Género y hacia las Mujeres*» approvata dall’Uruguay nel 2017, classifica la violenza ostetrica tra le 18 possibili forme di manifestazione della violenza di genere.

DEONTOLOGIA: LA TUTELA DELLA DIGNITA', DELLA SALUTE E DELLA LIBERTA' DI AUTODERMINAZIONE DELLA DONNA

“MISTREATMENT OF WOMEN”

COSA SUCCEDDE IN SUDAMERICA?

Art. 51 del Codice penale Venezuela

Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. En tales supuestos, el tribunal impondrá al responsable o la responsable, una multa de doscientas cincuenta (250 U.T.) a quinientas unidades tributarias (500 U.T.), debiendo remitir copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme al respectivo colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda.

DEONTOLOGIA: LA TUTELA DELLA DIGNITA', DELLA SALUTE E DELLA LIBERTA' DI AUTODERMINAZIONE DELLA DONNA

“MISTREATMENT OF WOMEN”

COSA SUCCEDA IN ITALIA?

- Si allarga il catalogo delle condotte “abusanti o scorrette” rispetto al nucleo originario dell’art. 51 del Codice Penale a tutte quelle offensive dell’autodeterminazione della donna e del diritto al consenso/rifiuto delle prestazioni sanitarie, con particolare riferimento alle pratiche di velocizzazione del parto e agli interventi chirurgici praticati in assenza di specifiche indicazioni mediche (c.d. *non-evidence-based intervention*);
- L’Osservatorio Violenza Ostetrica Italia pubblica i risultati di un’indagine dal titolo: «*La donna e il Parto*». La ricerca è stata condotta da Doxa tramite il meccanismo delle interviste, e ha coinvolto circa 400 donne con almeno un figlio di età compresa tra 0 e 14 anni.
- Dai risultati, così come presentati sul sito istituzionale di OVO-Italia, emergerebbe un quadro inquietante: il 41% delle intervistate avrebbe dichiarato di aver ricevuto un’assistenza al parto lesiva della dignità e integrità psicofisica; il 21% avrebbe dichiarato di aver subito maltrattamenti fisici o verbali durante il parto, nonché altri trattamenti inappropriati od offensivi della dignità

DEONTOLOGIA: LA TUTELA DELLA DIGNITA', DELLA SALUTE E DELLA LIBERTA' DI AUTODERMINAZIONE DELLA DONNA

“MISTREATMENT OF WOMEN”

COSA SUCCEDA IN ITALIA?

- La gravità dei comportamenti denunciati ha imposto l'intervento chiarificatore delle associazioni di categoria. In particolare, **SIGO (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia)**, **AOGOI (Associazione Ospedalieri Ginecologi Ostetrici Italiani)**, **AGUI (Associazione Ginecologi Universitari Italiani)**, **FNOPO (Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica)**, sulle pagine dell'*European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, **CONTESTANO** le modalità dell'indagine (anche sul piano della rappresentatività del campione, invero esiguo, e delle potenziali distorsioni derivanti dalla formulazione di domande “suggestive”), il ricorso al termine “**VIOLENZA**” nonché l'equivoco di fondo della ricerca, ossia considerare sempre e comunque decisiva e inviolabile la volontà della partoriente, anche quando in contrasto con i dettami della scienza e pericolosa per la salute sua e del nascituro.

DEONTOLOGIA: LA TUTELA DELLA DIGNITA', DELLA SALUTE E DELLA LIBERTA' DI AUTODERMINAZIONE DELLA DONNA

“MISTREATMENT OF WOMEN”

COSA SUCCEDA IN ITALIA?

610 c.p. (violenza privata)?

582 c.p. (lesioni personali volontarie)?

590 sexies c.p. (lesioni o morte da colpa sanitaria)?

Corretto criminalizzare le sale parto ed alcune scelte del professionista sanitario?

A ben vedere, le “aggressioni” alla libertà e incolumità della partoriente si realizzano nell’ambito di una prestazione sanitaria alla quale la donna/paziente si è sottoposta volontariamente, richiedendo l’assistenza dei professionisti sanitari e autorizzando l’esecuzione delle pratiche necessarie affinché il parto vada a buon fine. L’intervento terapeutico del sanitario corrisponderà alla necessità di salvare la vita della donna e/o del nascituro, e non può ritenersi penalmente punibile.

DEONTOLOGIA: LA TUTELA DELLA DIGNITA', DELLA SALUTE E DELLA LIBERTA' DI AUTODERMINAZIONE DELLA DONNA “MISTREATMENT OF WOMEN”

COSA SUCCEDDE IN ITALIA?

La proposta di legge ZACCAGNINI del 2016 : «*Norme per la tutela dei diritti della partoriente e del neonato e per la promozione del parto fisiologico*» (A.C. n. 3670).

L'art. 3 individua le «*Pratiche di assistenza al parto lesive della dignità e dell'integrità psico-fisica della partoriente e del neonato*», alle quali è fatto «**espresso divieto ricorrere, fatti salvi i casi di assoluta e documentata necessità medica**»: a) **episiotomia**: taglio chirurgico del perineo e della vagina; b) **uso della ventosa o del forcipe**: estrazione forzata del neonato dal canale vaginale, di solito associata all'episiotomia; c) **rottura artificiale delle membrane**: rottura del sacco amniotico da parte del medico o dell'ostetrico; d) **manovra di Kristeller manuale o strumentale**: forte spinta sull'addome della donna per esercitare una pressione sul fondo uterino e accelerare l'uscita del bambino dal canale del parto; e) **manovra di Valsalva**: dare ordini alla donna su come e quando spingere durante il travaglio e il parto; f) **induzione farmacologica del travaglio**: somministrazione di farmaci per innescare o aumentare le contrazioni uterine; g) **ogni altra pratica lesiva dell'integrità psico-fisica della donna**. Norme ad hoc vengono dettate per il parto mediante TC e per l'induzione al travaglio

DEONTOLOGIA: LA TUTELA DELLA DIGNITA', DELLA SALUTE E DELLA LIBERTA' DI AUTODERMINAZIONE DELLA DONNA “MISTREATMENT OF WOMEN”

COSA SUCCEDA IN ITALIA?

La proposta di legge ZACCAGNINI del 2016 : «Norme per la tutela dei diritti della partoriente e del neonato e per la promozione del parto fisiologico» (A.C. n. 3670).

Propone un insieme eterogeneo di divieti per il personale medico, ostetrico, infermieristico e socio-sanitario: **accelerare o rallentare il processo del parto** (art. 5: induzione farmacologica al travaglio, rottura artificiale delle membrane); **rivolgere alla donna espressioni umilianti o degradanti; esprimere commenti o apprezzamenti sconvenienti sul suo corpo; costringerla alla rasatura delle parti intime, all'uso di clisteri, alla somministrazione di farmaci, al monitoraggio elettronico fetale prolungato, ad adottare solamente la posizione supina; vietare alla partoriente di camminare, mangiare e bere** (art. 6: che accomuna tali condotte sotto la rubrica «Rispetto della dignità della donna»).

DEONTOLOGIA: LA TUTELA DELLA DIGNITA', DELLA SALUTE E DELLA LIBERTA' DI AUTODERMINAZIONE DELLA DONNA “MISTREATMENT OF WOMEN”

La proposta di legge ZACCAGNINI del 2016

Art. 14. Atti di violenza ostetrica.

1. **Costituiscono atti di violenza ostetrica le azioni o le omissioni realizzate dal medico, dall'ostetrica o dal personale paramedico volte a espropriare la donna della sua autonomia e della sua dignità durante il parto.**
2. **In particolare sono atti di violenza ostetrica:**
 - a) **negare un'assistenza appropriata in caso di emergenze ostetriche;**
 - b) **obbligare la donna a partorire in posizione supina con le gambe sollevate;**
 - c) **ostacolare o impedire il contatto precoce del neonato con la madre senza giustificazione medica;**
 - d) **ostacolare o impedire il processo fisiologico del parto mediante l'uso di tecniche di accelerazione del parto senza il consenso espresso, libero, informato e consapevole della donna;**
 - e) **praticare il taglio cesareo in assenza di indicazioni mediche e senza il consenso espresso, libero, informato e consapevole della donna;**
 - f) **esporre il corpo della donna violando la sua dignità personale.**
3. **I responsabili di atti di violenza ostetrica sono puniti con la reclusione da due a quattro anni, salvo che il fatto costituisca più grave reato.**

DEONTOLOGIA: LA TUTELA DELLA DIGNITA', DELLA SALUTE E DELLA LIBERTA' DI AUTODERMINAZIONE DELLA DONNA “MISTREATMENT OF WOMEN”

I LIMITI: La ripetizione di diritti già ampiamente riconosciuti ai pazienti (il diritto all'informazione sullo stato di salute e al consenso/dissenso: art. 1, lett. a e d),

l'affermazione di “diritti” il cui rispetto può non dipendere dall'agire del personale sanitario e socio-sanitario (il «*diritto a un'esperienza positiva del parto*»: art. 6, comma 1), in quanto legati alle condizioni fattuali e temporali di erogazione della prestazione (il diritto a ricevere informazioni sui luoghi dell'assistenza al parto, al travaglio e al puerperio; il diritto a ricevere un secondo parere medico: art. 1, lett. b ed e).

Vengono affermati i cc.dd. **diritti (tiranni!)** che negano la **libertà terapeutica degli esercenti**, privandoli della possibilità (**meglio: del dovere**) di dialogare con la partoriente ai fini del consenso informato (il diritto di «**redigere un piano del parto che ha carattere vincolante per la struttura ospedaliera prescelta**»: art. 1, lett. c, **non prevede, ai fini della stesura, la consulenza/assistenza di un professionista della salute**).

La proposta di legge **vieta di tenere comportamenti all'evidenza già non consentiti** (art. 6, commi 2 e 3: «**rivolgere espressioni umilianti o degradanti alla donna durante il travaglio, in quanto lesive della sua dignità personale e pericolose per il parto [; ed] esprimere commenti o apprezzamenti sconvenienti sul corpo della donna**»), o insiste nella **promozione del parto fisiologico** senza considerare che **l'omissione di certe pratiche (proprio quelle indicate come «lesive della dignità e dell'integrità psicofisica» della donna; per esempio: induzione, episiotomia, TC) non conduce necessariamente a scenari “migliori” o meno “pericolosi” di altri, con riguardo sia allo stato di salute della partoriente sia alla sua esperienza emotiva in relazione al parto**

**DEONTOLOGIA: LA TUTELA DELLA DIGNITA', DELLA SALUTE
E DELLA LIBERTA' DI AUTODERMINAZIONE DELLA DONNA**
“MISTREATMENT OF WOMEN”

La strada non è «criminalizzare» – cercare norme penali punitive - i professionisti della salute per la violazione del consenso e della dignità e riservatezza femminile: ciò determinerebbe un aumento della conflittualità fra sanitari e paziente in un contesto in cui l'alleanza terapeutica è fondamentale per gli esiti di salute anzi tutto ai fini della collaborazione attiva della donna al parto e della gestione dell'assistenza materno-infantile (i.e. sicurezza delle cure).

DEONTOLOGIA: LA TUTELA DELLA DIGNITA', DELLA SALUTE E DELLA LIBERTA' DI AUTODERMINAZIONE DELLA DONNA

“MISTREATMENT OF WOMEN”

La strada è la **PREVENZIONE** attraverso la **crescita culturale del rispetto delle donne, dell'inviolabilità del loro corpo e delle loro scelte, del valore della dignità femminile e della missione di cura, ascolto e protezione delle pazienti vulnerabili.** Spetta alle strutture ed alle Organizzazioni sanitarie sul fronte organizzativo:

- intervenire sulla formazione del personale impegnato nei reparti di ostetricia e ginecologia, allestire meccanismi di reporting (da parte delle pazienti e dei professionisti, in questo caso sul comportamento inopportuno dei colleghi),
- investire maggiori risorse economiche nelle strutture per i **corsi di preparazione alla nascita, gli incontri con i professionisti e la consulenza sulla redazione del c.d. piano del parto.** Ferma restando l'**obbligatorietà del consenso agli interventi chirurgici o alle prestazioni più rischiose,** la **programmazione anticipata e condivisa dell'assistenza** consentirebbe al professionista **di agire tempestivamente,** conciliando il **rispetto delle esigenze della partoriente** (sempre che le circostanze lo consentano) **con le raccomandazioni delle linee guida e le buone pratiche ostetriche.**

L'OBBLIGO DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO CONTINUO

D.P.R. 13 agosto 2011, n. 138, recante *“ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e lo sviluppo”*, art. 3, comma 5, lett. b), secondo cui la violazione dell’obbligo formativo in materia di ECM da parte del professionista determina un illecito disciplinare sanzionabile dagli Ordini professionali di competenza *“sulla base di quanto stabilito dall’ordinamento professionale che dovrà integrare tale previsione”*;

- D.Lgs. 30.12.1992, n. 502 e s.m.i recante *“Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”*, art. 16-quater che considera l’adempimento all’obbligo formativo *“requisito indispensabile”* del professionista per instaurare e mantenere un rapporto lavorativo (a qualunque titolo) con AO, Università, ASL, Strutture sanitarie private.

- Codice Deontologico delle Ostetriche del 19.6.2010, Rev. 2014 e 2017, art. 1.5, art. 2.4. e 2.5. che ribadiscono l’obbligo deontologico del professionista all’aggiornamento ed alla formazione continua, in coerenza con le previsioni legislative e regolamentari sopra indicate;

L'OBBLIGO DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO CONTINUO

Accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni con oggetto “La Formazione Continua nel settore salute” del 23.11.2017 che ribadisce la natura inderogabile per il professionista abilitato iscritto in Albi di adempiere all’obbligo formativo ECM (art. 25) ed attribuisce agli Ordini ed alle rispettive Federazioni Nazionali il potere-dovere di vigilanza sull’assolvimento dell’obbligo e di sanzione in caso di mancato assolvimento all’obbligo;

- Legge 11.1.2018, n. 3, recante norme per il riordino delle professioni sanitarie, art. 4, comma 1, che ha modificato il D.Lgs. Lgt. Cps 13 settembre 1946, n. 233, conferma gli obblighi sopra indicati degli OPO e della FNOPO in materia di promozione, organizzazione di attività formative ma anche di controllo, vigilanza ed eventuale sanzione in caso di accertamento dell’inosservanza all’obbligo formativo;

- D.P.R. 5.4.1951, n. 221, recante “*Approvazione del regolamento per la esecuzione del decreto legislativo 13 settembre 1946, n. 233, sulla ricostruzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell’esercizio delle professioni stesse*”, agli art. 39 e ss., regola il procedimento attraverso cui si possono irrogare alle iscritte sanzioni disciplinari (art. 39), le tipologie di sanzioni irrogabili (art. 40: avvertimento, censura, sospensione da 1 a 6 mesi, radiazione).

L'OBBLIGO DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO CONTINUO

Nota Circolare FNOPO (prot. 3159, classe 1601 del 13.10.2022) avente ad oggetto “*Situazione certificativa trienni 2014-2016, 2017-2019, 2020-2022*”, – **basata sul nota Co.Ge.A.P.S. del 24.8.2022 – prot. n. 18-C/22 e sulla delibera della Commissione Nazionale per la Formazione Continua del 30.6.2022**: «.....secondo quanto deliberato dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua, in data 30 giugno 2022 si è concluso il periodo concesso ai Professionisti sanitari **per il recupero del debito formativo relativo ai trienni 2014-2016 e 2017-2019**. Successivamente, in ottemperanza a quanto deliberato dalla Commissione ECM, il Co.Ge.A.P.S. ha provveduto d’ufficio a trasferire i crediti utili al raggiungimento crediti individuali e segnalare crediti mancanti nei trienni 2014-16, 2017-19 e 2020-22, modificando, nel caso sussistano i presupposti, lo stato certificativo del professionista nel triennio 2014-2016 esclusivamente nel caso in cui i professionisti interessati abbiano conseguito crediti in eccedenza rispetto a quelli necessari all’assolvimento dell’obbligo formativo individuale del triennio 2017-2019.....

L'OBBLIGO DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO CONTINUO

«.....Inoltre, in ottemperanza a quanto deliberato dalla Commissione ECM, il Co.Ge.A.P.S. ha provveduto ad attribuire il bonus Covid per il triennio 2020-22, segnalando che il termine ultimo per il conseguimento dei Crediti Formativi per il presente triennio è fissato al 31.12.2022. In relazione all'adempimento all'obbligo formativo ECM per i trienni 2014 /2016 e 2017/2019, 2020-22 il Co.Ge.A.P.S., per il tramite delle Federazioni ha comunicato agli Ordini lo stato dei professionisti certificabili e non certificabili, Gli elenchi del 2020-22 sono stati trasmessi al fine di favorire la certificabilità dei professionisti nell'attuale triennio. Tale ultima situazione è provvisoria e rispecchia i dati ricevuti dal Consorzio al 30/06/2022 da parte dei provider e degli enti accreditanti Regionali»

L'OBBLIGO DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO CONTINUO

ASSICURAZIONE DEI PROFESSIONISTI SANITARI ED OBBLIGO DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE (ECM)

(art. 38 bis DL n. 152 del 6.11.2021, convertito in legge n. 233 del 29.12.2021)

l'Art. 38-bis. – rubricato (“*Disposizioni in materia di formazione continua in medicina*”) – stabilisce: “1. Al fine di attuare le azioni previste dalla missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza, relative al potenziamento e allo sviluppo delle competenze tecniche, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario, a decorrere dal triennio formativo 2023-2025, l'efficacia delle polizze assicurative di cui all'articolo 10 della legge 8 marzo 2017, n. 24, è condizionata all'assolvimento in misura non inferiore al 70 per cento dell'obbligo formativo individuale dell'ultimo triennio utile in materia di formazione continua in medicina”.

Gli Ordini delle Professioni Sanitarie quali Enti Pubblici

La Legge “Lorenzin” (n° 3 del 31 gennaio 2018) ha ribadito un concetto ormai noto: gli Ordini e le relative Federazioni nazionali *«sono enti pubblici non economici e agiscono quali organi sussidiari dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici, garantiti dall’ordinamento, connessi all’esercizio professionale»*.

Quali dunque le principali attribuzioni degli ordini in materia deontologico-disciplinare?



La potestà disciplinare

Gli Ordini professionali, essendo autonomi, godono di potere regolamentare che ha innanzitutto per oggetto la loro auto-organizzazione, **cioè la disciplina interna dell'ente, nonché la fissazione di norme indicative di condotta, la cui violazione da parte degli iscritti può dar luogo alla irrogazione di sanzioni disciplinari.**

Detta potestà normativa è volta a promuovere ed assicurare «l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità delle professioni e dell'esercizio professionale, la qualità tecnico-professionale, la valorizzazione della funzione sociale, la salvaguardia dei diritti umani e dei principi etici dell'esercizio professionale indicati nei rispettivi codici deontologici, al fine di garantire la tutela della salute individuale e collettiva» (art. 1, comma 3, lett. c).



Il Potere disciplinare

Il potere disciplinare è forse il più importante tra quelli attribuiti agli Ordini professionali per il raggiungimento dei loro fini istituzionali, cioè la tutela del decoro e dell'indipendenza della professione e per la tutela della salute pubblica con garanzia di qualità ed appropriatezza dell'assistenza sanitaria.

Secondo la Legge Lorenzin gli Ordini:

«vigilano sugli iscritti agli albi, in qualsiasi forma giuridica svolgano la loro attività professionale, compresa quella societaria, irrogando sanzioni disciplinari secondo una graduazione correlata alla volontarietà della condotta, alla gravità e alla reiterazione dell'illecito, tenendo conto degli obblighi a carico degli iscritti, derivanti dalla normativa nazionale e regionale vigente e dalle disposizioni contenute nei contratti e nelle convenzioni nazionali di lavoro» (art. 1, comma 2, lett. 1).

Il procedimento disciplinare dopo la Legge Lorenzin

E' importante sottolineare che, a seguito della Legge Lorenzin, la funzione istruttoria e quella giudicante devono essere necessariamente separate.

In ogni Regione dovranno essere costituiti – con Regolamento Ministeriale da emanare - degli Uffici Istruttori di albo, composti da un numero compreso tra 5 e 11 iscritti sorteggiati tra i componenti delle commissioni disciplinari di albo della corrispondente professione ed 1 componente nominato dal Ministero della Salute.

Negli Ordini con una sola Professione (es. Ostetrica) le funzioni disciplinari giudicanti sono svolte dal Consiglio Direttivo.

(segue)

Il procedimento disciplinare

Ricevuta la notizia di presunto illecito disciplinare (sulla base di un esposto, della richiesta del Presidente della competente commissione disciplinare o d'ufficio) l'Ufficio Istruttore svolge un'indagine documentale o testimoniale al termine della quale presenta all'organo giudicante la richiesta di formale apertura del procedimento disciplinare (con formulazione dell'addebito) ovvero la richiesta di proscioglimento.

I componenti degli Uffici Istruttori non potranno partecipare ai procedimenti relativi agli iscritti al proprio albo di appartenenza.

II REGOLAMENTO VIGENTE IN MATERIA DI PROCEDIMENTO DISCIPLINARE DEL PROFESSIONISTA SANITARIO

D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221

“Approvazione del regolamento per l’esecuzione del D.Lgs. C.p.S. 13 settembre 1946, n. 233, sulla ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell’esercizio delle professioni stesse e successive modificazioni” (capo IV artt. 38-52). In vigore fino ad emanazione del Decreto Ministeriale previsto dall’art. 4 della Legge 3/2018;

Art. 38

“I sanitari che si rendano colpevoli di abusi o mancanze o, comunque, di fatti disdicevoli al decoro professionale, sono sottoposti a procedimento disciplinare da parte del Consiglio dell’Ordine (o del Collegio) della provincia nel cui albo sono iscritti. Il procedimento disciplinare è promosso d’ufficio o su richiesta del Ministero della Salute o del Procuratore della Repubblica”

PRINCIPALI CARATTERISTICHE DEL PROCEDIMENTO DISCIPLINARE

Attività di natura amministrativa (non giurisdizionale)

L'art. 38 non descrive in modo tassativo (preciso e dettagliato) le azioni od omissioni vietate ma pone clausole generali da integrare con le norme dell'etica professionale rimesse all'autonomia dell'Ordine professionale.

Rilevanza dei Codici Deontologici e dei Profili Professionali (Cass., Sez. Un. 13.6.1989, n. 2844):

La responsabilità disciplinare sorge:

- a) Per inosservanza delle norme giuridiche e tecniche che governano l'attività del professionista sanitario;**
- b) Per inosservanza delle norme “deontologiche”, ovvero l'insieme di principi e regole che ogni sanitario deve osservare ed alle quali deve ispirarsi nell'esercizio della professione**

Procedimento disciplinare e Procedimento Penale

Art. 42 e 43 (Radiazione o Sospensione automatica o di diritto – divieto)

La radiazione potrà essere disposta dal Consiglio dell'Ordine previo procedimento disciplinare e valutazione dei fatti, anche nelle ipotesi più gravi per cui il Decreto prevedeva l'effetto automatico o di diritto (Corte. Cost., 19 dicembre 1986, n. 270, CCEPS, 13 dicembre 2002, n. 97 disapplicative degli artt. 42 e 43): **gravi reati in materia di stupefacenti, reati in materia di interruzione della gravidanza, per ogni delitto non colposo punito con pene non inferiori nel minimo a due anni o nel massimo a cinque anni, ed altri casi di applicazione pene accessorie o misure di sicurezza.**

Art. 44

“Il sanitario a carico del quale abbia avuto luogo procedimento penale è sottoposto a giudizio disciplinare per il medesimo fatto imputatogli, purché egli non sia stato prosciolto per la non sussistenza del fatto o per non averlo commesso”.

LE SANZIONI

Art. 40

- 1) L'avvertimento, che consiste nel diffidare il colpevole a non ricadere nella mancanza commessa;
- 2) La censura, che è una determinazione di biasimo per la mancanza commessa;
- 3) La sospensione dall'esercizio della professione per la durata da uno a sei mesi..
- 4) La radiazione dall'albo;

Art 41

“La radiazione è pronunciata contro l'iscritto che con la sua condotta abbia compromesso gravemente la sua reputazione e la dignità della classe sanitaria”

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

AVV. COSIMO MAGGIORE