



MEDIC@LIVE

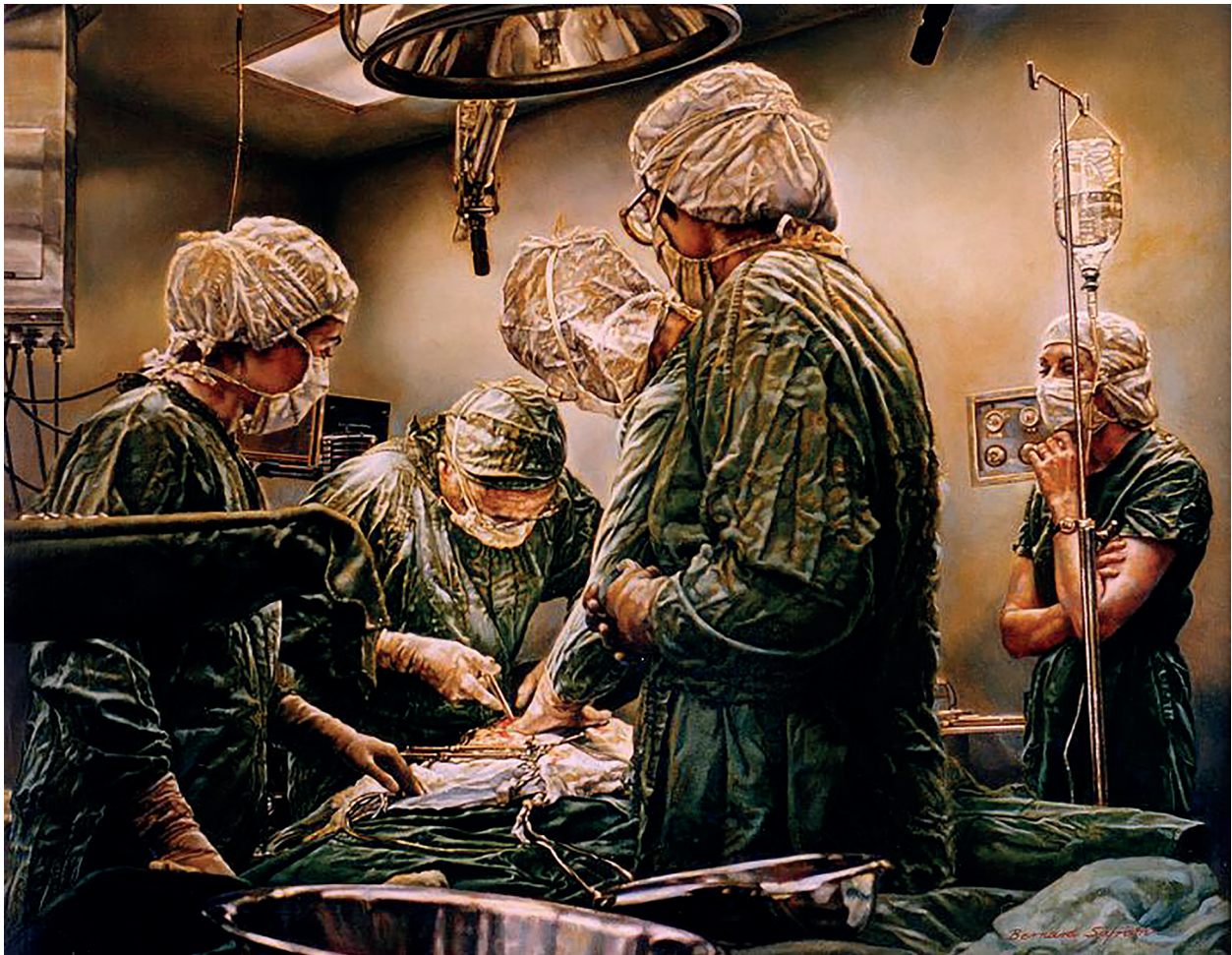
01 GEN 2018 *Magazine*

L'informazione scientifica che corre sulla rete

Anno n. 4

www.medicalive.it

ISSN 2421 - 2180



Bernard Safran - "A Surgeon Working"

ALL' INTERNO

**I TUMORI PRIMITIVI DELLA CAUDA EQUINA:
DESCRIZIONE DI UN CASO, DIAGNOSTICA
DIFFERENZIALE E TRATTAMENTO CHIRURGICO**

pag. 5

pag. 9

**LA LEADERSHIP AL FEMMINILE
NEL MONDO DELLA SANITÀ**

**L'OSPEDALE NON HA OBBLIGO DI DIAGNOSI,
TERAPIA E CURA SE IL PAZIENTE RICHIEDE
SOLO L'ESECUZIONE DI UN ESAME ECOGRAFICO**

pag. 12



SOMMARIO

pag. 5

NEUROCHIRURGIA

**I TUMORI PRIMITIVI DELLA CAUDA EQUINA:
DESCRIZIONE DI UN CASO, DIAGNOSTICA DIFFERENZIALE E TRATTAMENTO CHIRURGICO**

Dott. Nicola Montano

pag. 9

SOCIOLOGIA

LA LEADERSHIP AL FEMMINILE NEL MONDO DELLA SANITÀ

Dott.ssa Annamaria Venere

pag. 12

DIRITTO SANITARIO

**L'OSPEDALE NON HA OBBLIGO DI DIAGNOSI, TERAPIA E CURA SE IL
PAZIENTE RICHIEDE SOLO L'ESECUZIONE DI UN ESAME ECOGRAFICO**

Avv. Angelo Russo



I PROSSIMI EVENTI

CURARE IL PAZIENTE CON DISFUNZIONE ERETTILE. PREVENZIONE, EFFICACIA E DISCREZIONE

10 Febbraio 2018 - Catania

Medici di Medicina Generale (Medici di famiglia) e specialisti in Endocrinologia,
Medicina Interna, Urologia
ECM 7,8

OSTEOPOROSI: LE NUOVE LINEE GUIDA E LE TERAPIE INNOVATIVE

10 Febbraio 2018 - Ragusa

Medici di Medicina Generale (Medici di famiglia) e specialisti in
Medicina Fisica e Riabilitazione, Reumatologia, Ortopedia
ECM 7,8

MANIPOLAZIONE FASCIALE di Luigi Stecco - I e II Livello

I livello: 16-17-18 Febbraio/16-17-18 Marzo 2018 - Bari

II livello: 18-19-20 Maggio/15-16-17 Giugno 2018 - Bari

Massimo 32 partecipanti tra Fisioterapisti e possessori di titolo equipollente e Studenti iscritti al 3° anno del CdI in Fisioterapia e che entro il 10 Giugno 2018 conseguiranno la Laurea in Fisioterapia
ECM 50

TIPOLOGIE DI DOLORE NELLO STUDIO DEL MEDICO DI FAMIGLIA

17 Febbraio 2018 - Catania

Medici di Medicina Generale (Medici di famiglia) e specialisti in: Ginecologia e Ostetricia,
Medicina Fisica e Riabilitazione, Neurologia, Ortopedia e Traumatologia, Reumatologia, Urologia; Farmacisti
ECM 4

LA GESTIONE DELLO SCOMPENSO CARDIACO OGGI

24 Febbraio 2018 - Acireale

Medici di Medicina Generale (Medici di famiglia) e specialisti in: Anestesia e Rianimazione, Angiologia, Cardiologia, Geriatria, Medicina Fisica e Riabilitazione, Medicina Interna, Malattie dell'Apparato Respiratorio;
20 Fisioterapisti; 10 Infermieri professionali; 5 Psicologi
ECM 6

CORSO DI CONTROLLO MOTORIO E RIEQUILIBRIO MUSCOLARE

3-4 Marzo, 7-8 Aprile, 12-13 Maggio, 9-10 Giugno 2018 - Acireale

Fisioterapisti
ECM 50

LA TERAPIA CON ONDE D'URTO IN ORTOPEDIA

3 Marzo 2018 - Taranto

Medici di medicina generale (MMG) e specialisti in: Medicina dello Sport, Medicina Fisica e Riabilitazione, Ortopedia e Traumatologia, Radiologia
ECM 5



LA MALATTIA PSORIASICA: ASPETTI CLINICI E TERAPEUTICI

10 Marzo 2018 - Ragusa

Medici di Medicina Generale (Medici di famiglia) e specialisti in: Dermatologia e Venereologia,
Medicina Fisica e Riabilitazione, Ortopedia e Traumatologia, Reumatologia
ECM 5

PUBLIC SPEAKING AND VOICE PER IL RELATORE CONGRESSUALE

10-11 Marzo 2018 - Catania

V FOCUS REUMATOLOGICO

16-17 Marzo 2018 - Modica

Medici di Medicina Generale (Medici di famiglia) e specialisti in: Reumatologia, Radiologia, Ortopedia e Traumatologia,
Fisiatria, Pediatria, Medicina dello Sport, Farmacisti, Organizzazione dei servizi sanitari di base
ECM 13

LE INSTABILITÀ GLENO-OMERALI

17-18 Marzo 2018 - Forlì

Fisioterapisti
ECM 19,5

1° CONGRESSO ARTEMISIA

IL MEDICO DI FAMIGLIA OGGI: IL CONFRONTO MULTIDISCIPLINARE NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE

24 Marzo 2018 - Catania

Medici di Medicina Generale (Medici di famiglia) e specialisti in: Andrologia, Anestesia e Rianimazione,
Malattie dell'Apparato Respiratorio; Medicina Fisica e Riabilitazione; Ginecologia e Ostetricia;
Ortopedia e Traumatologia, Reumatologia; Urologia
ECM 9

3° CONGRESSO REGIONALE CReI Sicilia 2018

6-7 Aprile 2018 - Messina

Medici chirurghi specialisti in: Medicina Generale (Medici di Famiglia), Ortopedia e Traumatologia, Reumatologia,
Medicina Fisica e Riabilitazione, Medicina dello Sport, Radiodiagnostica, Dermatologia; Farmacisti, Fisioterapisti
ECM 8

CORSO TEORICO-PRATICO SULLE PATOLOGIE GOMITO-MANO

14-15 Aprile 2018 - Forlì

Fisioterapisti e Terapisti occupazionali
ECM 20,8

L'APPROCCIO DIAGNOSTICO TERPAUTICO ALLA LOMBALGIA

20 Aprile 2018 - Acicastello (CT)

Medici di Medicina Generale (Medici di Famiglia)
ECM 5



LA TERAPIA DEL DOLORE NELLA GESTIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA

21 Aprile 2018 - Catania

Medici chirurghi specialisti in: Medicina Generale (Medici di Famiglia), Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Continuità assistenziale, Endocrinologia, Medicina Fisica e Riabilitazione, Ortopedia e Traumatologia, Otorinolaringoiatria
ECM 6

LE ORTESI POLSO-MANO NELLA RIABILITAZIONE CONSERVATIVA E POST-CHIRURGICA

5-6 Maggio 2018 - Catania

Medici Chirurghi specialisti in: Medicina Fisica e Riabilitazione, Ortopedia e Traumatologia, Medicina dello Sport, Reumatologia; Fisioterapisti; Terapisti Occupazionali
ECM 16,9

OPEN DAY BOLOGNESE DELLA MANO CHIRURGICA

19 Maggio 2018 - Bologna

MMG (medici di famiglia) e specialisti in:
Ortopedia e traumatologia, Reumatologia, Medicina Fisica e Riabilitazione, Chirurgia d'Urgenza, Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, Medicina dello Sport, Radiodiagnostica, Anestesia e Rianimazione, Medicina Legale, Medicina del Lavoro; Fisioterapisti; Terapisti occupazionali; Tecnici ortopedici
ECM 4

LE LESIONI DELLA CUFFIA DEI ROTATORI

19-20 Maggio 2018 - Forlì

Fisioterapisti
ECM 21,4

I TUMORI PRIMITIVI DELLA CAUDA EQUINA: DESCRIZIONE DI UN CASO, DIAGNOSTICA DIFFERENZIALE E TRATTAMENTO CHIRURGICO



Dott. Nicola Montano

Neurochirurgo

Dottore di Ricerca in
Neuroscienze

Istituto di Neurochirurgia

Fondazione PU A.Gemelli

Università Cattolica del
Sacro Cuore, Roma

Bibliografia

Buetow MP, Buetow PC, Smirniotopoulos JG. Typical, atypical, and misleading features in meningioma. *Radiographics*. 1991;11 (6): 1087-106

Koeller KK, Rosenblum RS, Morrison AL. Neoplasms of the spinal cord and filum terminale: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 2000; 20 (6): 1721-49

Mauffrey C, Randhawa K, Lewis C, Brewster M, Dabke H. Cauda equina syndrome: an anatomically driven review. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2008 Jun. 69(6):344-7.

Miliaras GC, Kyritsis AP, Polyzoidis KS. Cauda equina paraganglioma: a review. *J. Neurooncol*. 2003;65 (2): 177-90.

Montano N, Papacci F, Trevisi G, Fernandez E. Factors affecting functional outcome in patients with intramedullary spinal cord tumors: results from a literature analysis. *ActaNeurol Belg*. 2017 Mar;117(1):277-282.

Montano N, Rigante L, Papacci F, Novello M, Lauriola L, Meglio M. Intraduraextramedullary lesion of the conus medullaris. Solitary fibrous tumor. *J Clin Neurosci*. 2013 May;20(5):715, 765

Montano N, Trevisi G, Cioni B, Lucantoni C, Della Pepa GM, Meglio M, Papacci F. The role of laminoplasty in preventing spinal deformity in adult patients submitted to resection of an intradural spinal tumor. Case series and literature review. *ClinNeurolNeurosurg*. 2014 Oct;125:69-74.

Pignotti F, Coli A, Fernandez E, Montano N. Capillary hemangioma of the cauda equina. *SurgNeurol Int*. 2015 Aug 10;6:133

Smith JK, Lury K, Castillo M. Imaging of spinal and spinal cord tumors. *SeminRoentgenol*. 2006;41 (4): 274-93.

Wald JT. Imaging of spine neoplasm. *Radiol. Clin. North Am*. 2012;50 (4): 749-76

Abstract

Cauda equina syndrome refers to dysfunction of the cauda equina, the collection of ventral and dorsal lumbar, sacral and coccygeal nerve roots that surround the filum terminale. This most commonly occurs as a result of compression by a herniated lumbosacral disc. However, the syndrome may also complicate metastatic cancer or a primary neoplasm within or infiltrating the spinal canal. In this article we present a case of a primitive tumor of cauda equina and discuss the differential diagnosis, the treatment and factors associated to neurological prognosis of these lesions.

The most frequent primitive tumors are: myxopapillary ependymoma, schwannoma, paraganglioma, hemangioblastoma and meningioma. Surgery is the treatment of choice of these lesions. A good preoperative neurological function is the strongest factor associated to a better neurological outcome.

La sindrome della cauda equina è determinata dalla disfunzione delle radici nervose lombari, sacrali e coccigee che circondano il filum terminale. Nella maggior parte dei casi è dovuta alla compressione da parte di un'ernia del disco intervertebrale.

Tuttavia essa può essere associata anche alla presenza di un tumore metastatico o un tumore primitivo del canale vertebrale.

In questo articolo viene presentato un caso di un tumore primitivo della cauda equina e viene discussa la diagnosi differenziale, il trattamento ed i fattori associati all'outcome neurologico di tali lesioni. Le lesioni primitive più comuni, in ordine di frequenza sono: ependimomamixopapillare, schwannoma, paraganglioma, emangioblastoma, meningioma.

La chirurgia è la terapia di scelta di tali tumori. Una buona funzione neurologica pre-operatoria è il fattore principale associato ad un miglior outcome neurologico.

Introduzione

La sindrome della cauda equina è una condizione caratterizzata da una compressione delle radici nervose che determina una serie di segni e sintomi caratteristici quali dolore, disfunzione sensitivo-motoria agli arti inferiori e disturbi sfinteriali.

La causa più comune di compressione di tali radici è un'ernia del disco intervertebrale. Tuttavia tale sindrome si può presentare anche in presenza di tumori, quali metastasi vertebrali o tumori primitivi, che interessano la colonna a tale livello. È importante riconoscere tale sindrome rapidamente perché essa può risultare, se misconosciuta, in deficit permanenti.

In questo articolo viene presentato un caso clinico di tumore primitivo della cauda equina (uno schwannoma).

Viene inoltre discussa la diagnosi differenziale di questi tumori, la presentazione clinica, il trattamento chirurgico ed i fattori prognostici associati all'outcome neurologico.

Caso clinico

La storia clinica della paziente (F/47 anni) esordiva 6 mesi circa prima del ricovero con la comparsa di lombosciatalgia bilaterale in particolare a livello dell'arto inferiore sinistro. Con il passare delle settimane la sintomatologia diventava progressivamente ingravescente; si associava, inoltre, la comparsa di ipostenia di entrambi gli arti inferiori e difficoltà alla deambulazione con notevole impatto sulle attività quotidiane. La paziente eseguiva cicli di terapia con FANS e cortisonici ottenendo solo parziale beneficio. A causa della persistenza della sintomatologia la paziente si sottoponeva, pertanto, ad esame RM colonna lombosacrale con mdc che evidenziava la presenza di una lesione intradurale extra-midollare comprimente le radici della cauda equina (Figura 1A,B). L'esame obiettivo neurologico pre-operatorio evidenziava la presenza di una ipostenia diffusa agli arti inferiori, deficit alla sensibilità tattile a livello degli arti inferiori pluriradicolare (sinistra>destra), riflessi osteotendinei ipoevocabili agli arti inferiori. Un esame RM colonna in toto con mdc escludeva la presenza di altre lesioni. La paziente veniva, pertanto, sottoposta ad intervento di asportazione del tumore mediante laminoplastica L2. Il decorso post-operatorio era regolare. L'esame istologico poneva diagnosi di schwannoma (grado I WHO). Ad un anno di follow-up, la paziente riferisce regressione completa della sintomatologia pre-operatoria.

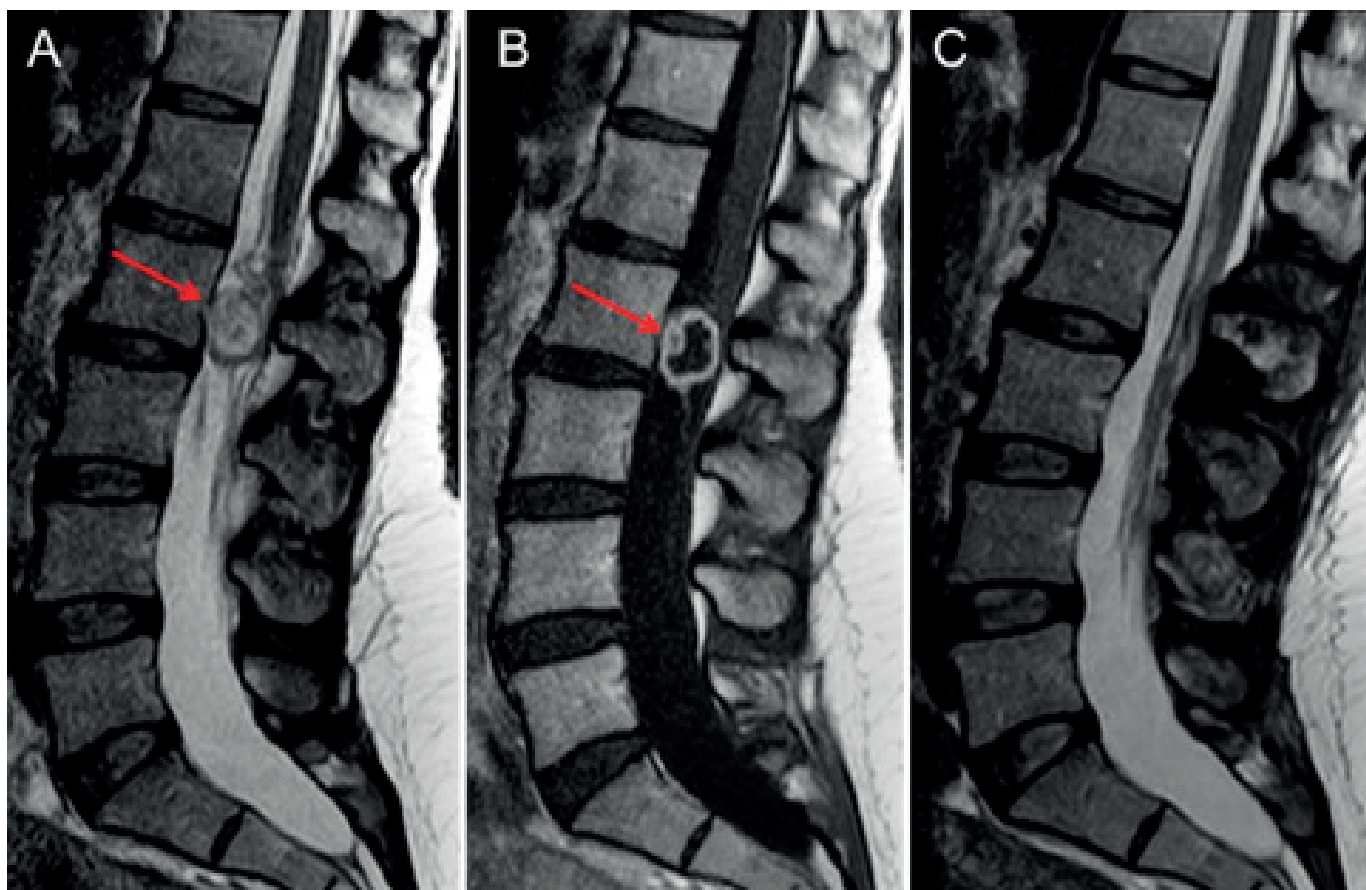


Figura 1. Risonanza magnetica della colonna lombosacrale. (A) Sequenza T2-sagittale pre-operatoria: la lesione ovale (freccia rossa) è in sede intradurale extra-midollare posteriormente al corpo vertebrale di L2 e comprime in maniera significativa le radici della cauda equina. (B) Sequenza T1-sagittale con mezzo di contrasto: il tumore presenta contrast enhancement periferico (freccia rossa). Tali caratteristiche ponevano il sospetto di uno schwannoma. (C) Sequenza T2-sagittale ad 1 anno di follow-up che dimostra l'asportazione completa del tumore e l'ottima decompressione delle radici della cauda equina; è evidente inoltre l'assenza di modificazioni della curva lombare con il riposizionamento della lamina L2 rimossa durante l'approccio chirurgico.



Discussione

I tumori spinali possono presentarsi in qualsiasi punto della colonna (cervicale/dorsale/lombare) e sono comunemente classificati in base al loro rapporto con la dura madre e le strutture nervose in:

Tumori extradurali: originano al di fuori della dura madre

Tumori intradurali/extra-midollari: originano all'interno della dura madre ma al di fuori delle strutture nervose

Tumori intradurali/intramidollari: originano all'interno del midollo spinale

Diagnostica differenziale dei tumori primitivi della cauda equina

La diagnosi differenziale dei tumori a livello della cauda equina è spesso considerata separatamente rispetto ai tumori spinali in altre localizzazioni. Le lesioni primitive più comuni, in ordine di frequenza sono:ependimomamixopapillare, schwannoma, paraganglioma, emangioblastoma, meningioma.

L'ependimomamixopapillare è sicuramente il tumore più frequente in questa regione (circa il 90% dei casi) (Wald, 2012).

Esso origina dal filum terminale, è più frequente nel sesso maschile ed alla risonanza magnetica presenta marcato ed omogeneo contrast-enhancement. Spesso può presentare aree emorragiche, calcificazioni o può andare incontro ad una degenerazione cistica. Normalmente ha una posizione mediana all'interno del canale spinale ed in questo può differenziarsi dallo schwannoma, che può essere in posizione più laterale. Gli schwannomi nella stragrande maggioranza dei casi sono sporadici ma possono essere presenti, soprattutto se multipli, nella neurofibromatosi. Dal punto di vista radiologico possono presentare omogeneo o periferico contrast-enhancement possono anch'essi andare incontro a degenerazione cistica, rendendo la diagnosi differenziale radiologica con l'ependimomamixopapillare molto difficile (Smith, 2006). I paragangliomi sono tumori di origine neuroendocrina e rappresentano il 3.5% circa dei tumori di questa regione (Miliaras 2003): solitamente sono masse ben circoscritte, con aspetto a "sale e pepe" alla risonanza magnetica e possono presentare segnali di "vuoto di flusso" per la presenza di vasi sulla superficie del tumore o all'interno del tumore stesso. Possono essere presenti aree emorragiche che determinano in T2 la presenza del "capsign" derivante da depositi di emosiderina e solitamente presentano un intenso enhancement dopo mezzo di contrasto. Alcune delle caratteristiche sopra descritte come il "vuoto da flusso" e l'intenso contrast-enhancement sono presenti nell'emangioblastoma che molto spesso si associa alla presenza di cisti tumorali e siringomielia (Koeller, 2000). L'emangioblastoma può essere multiplo in pazienti con sindrome di von Hippel-Lindau. I meningiomi spinali sono circa il 12% di tutti i meningiomi ma sono il secondo tipo di tumori intradurali/extramidollari spinali rappresentando il 25% di tali lesioni (Buetow 1991). La localizzazione a livello della cauda equina non è frequente ma l'incidenza aumenta nei pazienti con neurofibromatosi di tipo II.

Dal punto di vista radiologico solitamente presentano una base di impianto durale, raramente sono presenti aree emorragiche intratumorali e più frequentemente rispetto agli altri tumori possono andare incontro a calcificazione.

In generale mostrano un intenso potenziamento dopo mezzo di contrasto anche se le lesioni calcifiche possono mostrare solo minimo enhancement. Lesioni meno comuni a livello della cauda equina sono: astrocitoma, PNET spinale, ganglioglioma, lipoma, cisti dermoide, cisti epidermoide. Recentemente sono stati riportati casi di tumore fibroso solitario (Montano, 2013) e di emangioma capillare (Pignotti, 2015).

La sindrome della cauda equina

Dal punto di vista sintomatologico, i tumori sopra descritti causano una tipica sindrome, chiamata sindrome della cauda equina derivante dalla compressione simultanea di multiple radici nervose lombosacrali al di sotto del cono midollare (normalmente il passaggio cono midollare-cauda equina si trova tra la prima e la seconda vertebra lombare) (Mauffrey, 2008).

I sintomi ed i segni tipici nella sindrome della cauda equina sono i seguenti: dolore lombare, sciatalgia mono o bilaterale, ipoestesia o anestesia perineale (anestesia "a sellino"), disfunzioni sfinteriche urinarie o intestinali, alterazioni della sensibilità e/o deficit di forza agli arti inferiori, iporefflessia agli arti inferiori. Il dolore lombare e/o radicolare è presente nel 96% dei pazienti con sindrome della cauda equina secondaria a tumore spinale.

Il dolore è un sintomo precoce di tale condizione e non va pertanto sottovalutato.

Più tardivamente, possono presentarsi deficit di forza agli arti inferiori e disfunzioni urinarie che includono difficoltà ad iniziare la minzione, ritenzione urinaria e, successivamente a questa, incontinenza urinaria (Mauffrey, 2008).

Trattamento e fattori prognostici

In presenza di una diagnosi di tumore primitivo della cauda equina il trattamento di scelta è la chirurgia. Lo scopo dell'intervento chirurgico è quello di decomprimere le radici nervose, di asportare il tumore, se possibile, completamente e di stabilizzare la colonna vertebrale, se necessario. In generale in caso di tumori piccoli e asintomatici, soprattutto se il sospetto diagnostico è quello di un neurinoma o di un meningioma, si può consigliare uno stretto follow-up radiologico. In tutti i casi di lesioni voluminose ed in presenza di sintomi neurologici irritativo/deficitari è indicata l'asportazione chirurgica. Dal punto di vista tecnico è diventato ormai routinario l'utilizzo del microscopio operatorio e del monitoraggio neurofisiologico che hanno sicuramente migliorato la prognosi di questi pazienti. In un recente lavoro abbiamo dimostrato come la laminoplastica riduca in maniera significativa le



complicanze post-operatorie come le fistole liquorali e sia associata ad una importante riduzione delle deformità al follow-up (Montano, 2014).

Come ampiamente dimostrato dalla letteratura il fattore predittivo più importante dal punto di vista dell'outcome neurologico è lo stato neurologico pre-operatorio. In una recente revisione sistematica della letteratura è stato osservato come una buona funzione neurologica pre-operatoria sia associata ad una migliore prognosi neurologica post-operatoria ed al follow-up (Montano, 2017). In genere dopo la resezione chirurgica, in caso di asportazione completa e con una diagnosi di tumore benigno non è indicata una radio/chemioterapia che, tuttavia può essere presa in considerazione in presenza di lesioni maligne, sottolineando l'importanza, nel trattamento di queste lesioni di un approccio interdisciplinare.

Conclusioni

La sindrome della cauda equina è una condizione molto seria caratterizzata da una compressione delle radici nervose, che se misconosciuta, può portare all'insorgenza di deficit neurologici permanenti. Essa può essere causata da lesioni tumorali primitive che sono curabili con l'intervento chirurgico. Una diagnosi precoce è importante perché permette di avere un paziente con una buona funzione neurologica pre-operatoria, fattore principale nel determinare l'outcome neurologico di questi pazienti.

LA LEADERSHIP AL FEMMINILE NEL MONDO DELLA SANITÀ



Dott.ssa Annamaria Venere

Sociologa Sanitaria

Amministratore Unico
AV Eventi e Formazione

Direttore Editoriale
MEDICALIVE MAGAZINE

Bibliografia

Mascagni G., *Percorsi di vita e di salute. Un'analisi sociologica delle terze età*, Carocci, 2015.

Eagly A.H., Karau S.J., "Role congruity theory of prejudice toward female leaders" in *Psychological Review* 109 (3), p.575

Sitografia

<http://www.provincia.trieste.it/opencms/export/sites/provincia-trieste/it/attivita-servizi/diritti-pari-opportunita/progetti/Pre-mio-Barduzzi/allegati-di-barduzzi/Estratto-della-tesi.PatriciaLisettaRoa.pdf>, consultato 01-12-2017

<http://dentaljournal.it/donne-nella-sanita-gender-gap-alto/>, consultato 01-12-2017

http://www.huffingtonpost.it/niamey-wilson/il-mondo-segreto-delle-do_b_8127298.html, consultato 06-12-2017

<https://www.ilfattoquotidiano.it/2013/09/03/sanita-sempre-piu-donne-medico-ma-a-quali-condizioni/699979/>, consultato 06-12-2017

<http://www.ingenere.it/articoli/medicina-donne-sono-sempre-piu>, consultato 06-12-2017

<http://www.orthoacademy.it/sempr-piu-donne-nella-sanita-ma-gender-gap-ancora-alto/>, consultato 06-12-2017

L'affermazione del ruolo femminile in ambito lavorativo ha sempre subito numerose influenze, in modo particolare pregiudizi e discriminazioni di genere che hanno condotto allo sviluppo di un lungo processo teso alla ricerca dell'identità e dell'espressione femminile nel mondo del lavoro. Tra le principali cause che danneggerebbero l'affermazione della leadership al femminile, emergono gli stereotipi di genere. I ruoli di leadership sono spesso connotati da fattori sociali, psicologici, culturali.

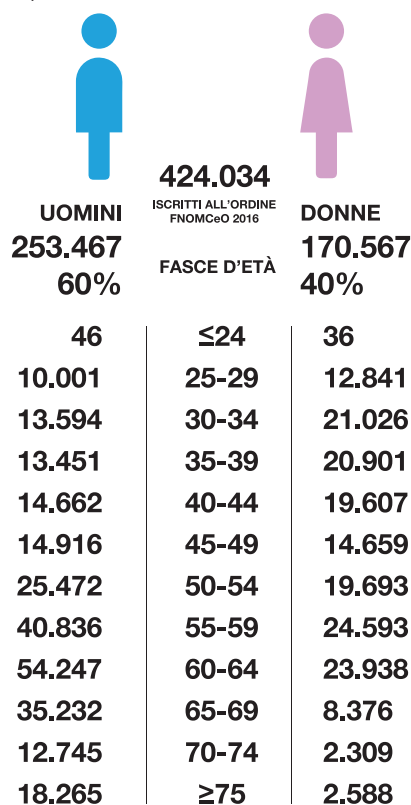
Il termine "ruolo di genere" designa l'insieme di elementi, sia normativi che ingiuntivi, connessi alle donne e agli uomini.

Eagly e Karau individuano due profili caratteristici utili a spiegare le differenze di genere: il profilo *agentic* e il profilo *communal*.

Il profilo *communal* include tutte le caratteristiche che possono essere attribuite alle donne. Appartengono a questa categoria doti quali: l'affetto, la disponibilità, la gentilezza, la simpatia, la sensibilità, la dolcezza e la capacità di sostenere gli altri. Questo profilo è più relazionale e socialmente focalizzato, dunque ascrivibile al genere femminile.

Per contro il profilo *agentic* pone l'accento su quegli attributi che sono identificati soprattutto nella figura maschile pervasa dall'autoaffermazione, dal controllo e dalla sicurezza di se stessi. Tra le caratteristiche principali di questa categoria spiccano: l'aggressività, l'ambizione, il dominio, la forza, l'indipendenza, l'autosufficienza, la fiducia di se, e infine, l'inclinazione vera e propria ad agire quale leader.

Secondo il centro di elaborazione su dati CEDFNOMCEO FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri) a novembre 2016 in Italia c'erano 424.034 medici, 253.467 di sesso maschile (il 60%) e 170.567 di sesso femminile (40%)





Nel settore odontoiatrico il cambiamento è cominciato più tardi rispetto al resto della medicina.

Come rileva Sabrina Santaniello, presidente Andi Roma, «la professione odontoiatrica nasce più tardi rispetto a quella medica; nonostante le difficoltà, dopo gli anni Novanta sono aumentate le donne iscritte all'albo odontoiatri e dal 2009 a oggi il maggior numero di iscritti è donna. Questo dato indica chiaramente che il futuro della professione sarà quasi completamente in carico ai camici rosa». Oltre ai numeri però «si riscontra un'oggettiva difficoltà di carriera che si ripercuote anche sugli incarichi istituzionali» sottolinea Santaniello.

Esiste un'abilità di leadership femminile, con particolare riferimento alla capacità di relazione delle donne, ma «alla base della discrepanza tra la presenza femminile e quella maschile nelle posizioni apicali vi è sicuramente, oltre a un fenomeno storico-culturale, la difficoltà del connubio carriera-famiglia e l'inconciliabilità tra i tempi della cura parentale e quelli di lavoro, con i tempi di carriera, necessari per raggiungere una posizione verticistica, spesso interrotti da esigenze fisiologiche come gravidanza, allattamento e cura dei figli. Sussiste quindi l'annoso problema della conciliazione famiglia-lavoro e delle misure che possono facilitare tale rapporto. È un percorso iniziato dal 1946 e che ha portato, almeno formalmente, al riconoscimento delle pari opportunità ad ogni livello».

Dopo l'entrata in vigore della Bell Commission nel 1989 e a seguito della pubblicazione del documento dell'Institute of Medicine intitolato "To err is human" del 1999, sono state applicate delle misure restrittive sulle ore lavorative del personale medico e regolamentato il processo di dimissione del paziente.

La formazione di un chirurgo ha sempre seguito un percorso lungo e accidentato. Benché un terzo delle donne medico scelga la specializzazione in chirurgia, si tratta ancora pur sempre di un terreno in larga parte controllato dagli uomini.

«Una donna con una professione dominata dagli uomini non dovrebbe ritrovarsi di fronte alla necessità di integrarsi in una cultura ormai affermata, che non è accogliente nei confronti del sesso femminile. È questo modo di pensare che deve cambiare dall'interno, per lasciare il posto ad una meritocrazia che non badi alle differenze di genere».

Nonostante sia fondamentale rilevare il contributo significativo apportato dalle donne alla chirurgia, permangono alcune barriere emotive, come una forte misoginia e la sensazione di sentirsi escluse, qualora non si possieda la stessa determinazione maschile. Un'altra difficoltà riguarda l'inconciliabilità di questo stile di vita con la volontà di crearsi una famiglia, una motivazione spesso addotta dalle studentesse per giustificare la scelta di non proseguire la formazione in ambito chirurgico. A questo proposito è bene ricordare quanto afferma Julie Freischlag, ex-primario della "John Hopkins University": «Il nostro ambiente deve diventare più favorevole alla presenza femminile».

Le donne chirurgo ricorrono a tre differenti approcci per sanare questo conflitto intestino e rivendicare il proprio valore.

In primo luogo diventano "uno dei ragazzi" e, annullando ogni differenza tra loro e i colleghi uomini, sono trattate come "asessuate", "gender neutrali".

In secondo luogo cercano di puntare su una caricatura del tradizionale ruolo femminile che le vuole seduttrici e indifese, per fare in modo che gli uomini le ritengano degli oggetti sessuali.

In ultimo, una donna può sentirsi costretta a dover dimostrare la sua competenza e le sue doti sia al lavoro che a casa... e questo indurrà gli altri a elogiarla perché riesce "ad avere tutto sotto controllo".

Inoltre non dobbiamo dimenticare le consistenti differenze di retribuzione, gli avanzamenti di carriera più lenti e le scarse opportunità di ricoprire ruoli prestigiosi. Secondo il "Bureau of Labor Statistics", nel 2014 le donne chirurgo hanno guadagnato solo il 62% della paga percepita dai loro colleghi uomini.

Sebbene la ricerca abbia dimostrato che il tasso di abbandono della professione (in generale del 20%) non sia più alto per le donne, molte dottoresse sono insoddisfatte e valutano di lasciare la carriera a causa delle difficoltà nella gestione del rapporto lavoro-vita privata.

Secondo un'altra ricerca del 2013 ad opera del portale "Quotidianosanità", si apprende che le donne non sono solo più numerose degli uomini, ma rappresentano anche le risorse più fresche a disposizione del sistema, ovvero la fetta più grossa delle nuove generazioni alla quale non è più possibile proporre modelli di medicina omeostatici e invariati. In questo senso le donne costituiscono, in chiave di nuovo potenziale intellettuale, la parte "impermanente" del sistema, dunque l'esigenza di cambiamento, nei confronti della parte "permanente", cioè dell'ortodossia, della conservazione e dell'invarianza.

La questione genere è strettamente legata al discorso generazionale. In quest'ottica trapela un senso di "riformismo potenziale" che orienta alcune donne a ridiscutere le attuali forme di organizzazione del lavoro, gli attuali approcci alla cura, oltre ad aprire un nuovo capitolo sui loro diritti. Tutto ciò farebbe ipotizzare a una visione di medicina "al femminile" come mette in luce il Prof. Ivan Cavicchi, professore di sociologia delle organizzazioni sanitarie.

«In verità da questa dissertazione traspare una visione di "un genere" nel "genere" che, diversamente da quello mascolinizzato, mimetizzato e integrato, si batte silenziosamente per cambiare lo stato delle cose».

«Da parte mia, la medicina dovrebbe essere di genere "neutro" nel senso che la formazione del medico dovrebbe valere alla stessa maniera tanto per gli uomini che per le donne, ma questo non vuol dire che "neutro" sia indifferente alle qualità anche antropologiche del genere (maschile o femminile), ma solo che tali qualità debbano essere condivisibili, ma soprattutto spendibili nell'interesse del malato».

«Al pronto soccorso ho trovato una dottoressa che mi ha levato dai pasticci».

«Un medico di famiglia l'abbiamo sempre avuto, credo fosse bravo. Vabbè, in anni e anni l'avrò visto cinque o sei volte [...]. Poi anche lui è andato in pensione. È subentrata una dottoressa che credo sia brava».

«La dottoressa di famiglia [...] è una brava dottoressa, veramente. Quello che non ha fatto per mia mamma...!»

Ecco alcuni brevi stralci, tratti dalle interviste raccolte in un lavoro di ricerca allo scopo di mettere in risalto l'impatto che il processo di femminilizzazione della professione medica sta esercitando sulle più comuni esperienze di cura.



Da una lettura accurata si può comprendere come le origini della presenza femminile in medicina si siano contraddistinte per l'assenza di ostacoli normativi all'iscrizione e alla partecipazione delle laureate alla professione.

Tuttavia bisogna sempre fare i conti con due questioni aperte e tuttora irrisolte. Innanzitutto, un problema già noto ma ancora persistente nella società attuale è quello della conciliazione lavoro-famiglia. La quotidianità di un medico-donna che è anche donna-medico è il risultato del complesso intreccio dei suoi numerosi ruoli e della costante ricerca di un equilibrio tra attività lavorative e cariche familiari, aspettative personali e collettive, progetti e doveri. Le frequenti esigenze di negoziare da posizioni subalterne, di riorganizzarsi, di tutelare scelte "alternative" o di elaborare strategie mimetiche e di conformità, si confermano attività dagli alti costi materiali e immateriali. Un secondo problema, molto avvertito in medicina generale è legato all'indebolimento dell'autonomia professionale: l'affermazione di mentalità manageriali in sanità, riorientando le priorità dalla dimensione della cura alla dimensione della prestazione, concorre a incentivare un'organizzazione del lavoro che pianifica e impartisce e che riduce notevolmente i confini di autodeterminazione e discrezionalità dei professionisti. Inoltre le donne medico vedrebbero aggiungersi a questa situazione di mancata accettazione della propria autonomia le conseguenze di un'ancora presente segregazione occupazionale a vantaggio del genere maschile e sarebbero perciò spinte in questo ambito lavorativo verso posizioni meno prestigiose, da housewives della medicina.

Per quanto concerne il rapporto con i pazienti, distanza, insofferenza e sfiducia risulterebbero già riconosciute e affrontate con maggiore efficacia dalle professioniste.

Nell'interazione medico-paziente, e in particolare nella condivisione dei percorsi di salute e di malattia e nella co-costruzione delle strategie di intervento, il medico offre e sfrutta le competenze sulla patologia e insieme a esse propone la sua concezione di salute e i suoi modelli di essere e di fare il medico.

I dati rivelano che le donne medico, a differenza dei loro colleghi uomini, dedicano due minuti di più ai loro pazienti durante le visite; a parità di completezza di informazioni biomediche, riescono a tenere conto dell'aspetto emozionale della malattia, coinvolgono il paziente, praticano una medicina fondata sulla persona. Le donne medico esprimono grande disponibilità, privilegiando la sfera pubblica e relazionale, concentrando maggiori energie nei momenti d'incontro riconosciuti dai pazienti, invece che proiettarsi verso gli aspetti tecnici e gestionali e il riconoscimento della comunità scientifica.

Gli stessi concetti sono sottolineati da Isabella Frigerio che, con Gaya Spolverato, ha fondato Women in Surgery Italia, l'associazione di donne che svolgono la professione di chirurgo, parte di una rete internazionale presente in diversi Paesi europei e americani.

«Il mondo chirurgico – sostiene Frigerio – non vede ancora la donna come equivalente all'uomo. Preconcetti e discriminazioni sono ancora presenti in numerose realtà anche se, per fortuna, non in tutte. La conciliazione della vita personale con il lavoro rappresenta una difficoltà importante. Questo deriva dal fatto che la società italiana è ancora fortemente impostata in modo tale che la donna è di fatto il principale e a volte unico "manager" di famiglia e figli. Questa difficoltà genera frustrazione e insoddisfazione, portando spesso a rinunce, di solito professionali».

Nel settore dell'ortopedia, Simonetta Odella presenta un quadro non privo di perplessità ma con una vena più ottimistica, per esempio riguardo alla discriminazione di genere: «la discriminazione fra colleghi non penso esista; forse da parte dei pazienti c'è un po' di fatica a individuare la figura dell'ortopedico in una donna per via dell'immaginario collettivo, ma appena si instaura un rapporto diretto col paziente non c'è alcuna difficoltà, non mi sento offesa se un malato non mi chiama dottore ma signora, è per me una forma di rispetto, riconoscono che oltre al medico c'è una persona di sesso femminile; la parità certo è necessaria e importante ma anche il riconoscimento delle differenze che per fortuna esistono fra uomo e donna lo è altrettanto, per fortuna non siamo uguali».

Pertanto sarebbe da considerare un errore attribuire la costruzione di tale pratica professionale solo ed esclusivamente a tratti "natural" e individuali. Porre il paziente al centro e concedere spazi non marginali anche alle espressioni emotive non sono solo questioni di "carattere", attitudini e disposizioni. Il modo in cui si fa medicina è il frutto di scelte complesse e socialmente costruite.

Resta da chiedersi come e quanto l'apporto innovativo del processo di femminilizzazione venga, di fatto, depotenziato dall'effetto combinato dei vincoli e delle dinamiche di disuguaglianza attive nel quotidiano esercizio della professione: in particolare dalla crescente compressione e rigida pianificazione dei tempi di lavoro e dall'ancora presenti disparità di prestigio, di accesso ai ruoli primari e di esercizio del potere decisionale.

In ultima analisi l'interrogativo di fondo è capire se e con quali modalità le donne medico si stiano adattando, se non più dei loro colleghi ai ritmi e alle richieste che il sistema medico impone loro, e quale sia in termini di perdita delle caratteristiche, delle necessità, delle sensibilità più diverse e innovative, il peso di questa ulteriore trasformazione.

L'OSPEDALE NON HA OBBLIGO DI DIAGNOSI, TERAPIA E CURA SE IL PAZIENTE RICHIEDE SOLO L'ESECUZIONE DI UN ESAME ECOGRAFICO



Avv. Angelo Russo

Avvocato Cassazionista,
Diritto Civile,
Diritto Amministrativo,
Diritto Sanitario,
Catania

Con una interessante pronuncia (Sez. III, Sentenza 09-11-2017, n. 26518) la Corte di Cassazione ha precisato il contenuto dell'obbligo dell'ospedale a seguito della sola esecuzione di un esame ecografico.

I fatti

Nell'Ospedale Civile di Caserta, viene alla luce un bimbo, V. D. che, a causa delle difficoltà espulsive insorte durante il parto, patì una grave lesione del plesso brachiale destro, con esiti invalidanti permanenti. Su tali presupposti i genitori del minore convennero in giudizio dinanzi al Tribunale di Napoli la Regione Campania e la USL n. xx della Regione Campania, chiedendone la condanna al risarcimento dei danni rispettivamente patiti in conseguenza dei fatti appena descritto.

I genitori sostenevano che la lesione del plesso brachiale patita dal proprio figlio andasse ascritta a colpa dei sanitari dipendenti della ASL

convenuta, i quali:

- a) non avevano saputo diagnosticare tempestivamente la macrosomia del feto;
- b) avevano scelto di conseguenza di far partorire la donna per via naturale, anziché con parto cesareo.

Il Tribunale di Napoli rigettava la domanda così come la Corte di Appello rigettava il gravame.

La Corte d'appello, in particolare, pur ammettendo l'esistenza del nesso di causa tra il parto e la distocia di spalla escludeva la colpa dei sanitari, sul presupposto che non aveva costituito né imprudenza, né negligenza, né imperizia la scelta di procedere al parto per via naturale, rilevando che:

- 1) Non esisteva, all'epoca dei fatti, un esame sicuro per prevedere con certezza la macrosomia del feto.
- 2) Non vi era alcun dato clinico che consentisse ai sanitari di sapere se la donna avesse il diabete mellito (il quale è un indizio della macrosomia fetale).
- 3) La donna aveva già avuto un parto senza problemi, all'esito del quale diede alla luce un bimbo del peso di quattro chili e, pertanto, non si poteva sospettare alcuna sproporzione tra le dimensioni del feto e il canale del parto.
- 4) La donna si era presentata in ospedale a membrana già rotta, a travaglio già iniziato e il parto avvenne soli 30 minuti dopo il ricovero, talché, in questo ridottissimo lasso temporale, i sanitari non avrebbero potuto obiettivamente evidenziare alcuna anomalia nella progressione dell'espulsione.

La sentenza d'appello veniva impugnata per cassazione.

La decisione della Corte

Col ricorso i genitori del piccolo lamentavano che la Corte d'appello avrebbe commesso i seguenti errori:

- a) Avrebbe mancato di attribuire il giusto rilievo alla circostanza del rilevante aumento ponderale della gestante durante la gravidanza, indice predittivo del diabete mellito, il quale a sua volta è indice della probabile macrosomia del feto.
- b) Avrebbe erroneamente affermato che il diabete della madre, anche se fosse stato diagnosticato, non avrebbe consentito nel caso specifico ai medici di fare una scelta diversa dal parto per via naturale.

Il motivo veniva dichiarato manifestamente inammissibile in quanto con esso si censurava, da un lato, un'affermazione a contenuto scientifico (*"una tempestiva diagnosi di diabete mellito non avrebbe affatto indotto i sanitari imposto ai sanitari l'esecuzione del cesareo"*), che si assume inesatta e, dall'altro, si censurava la valutazione di elementi probatori (se fosse stato dato o no il giusto peso all'aumento ponderale della gestante).

La Corte, sul punto, sottolineava che lo stabilire se un sanitario abbia o meno interpretato correttamente dei sintomi, abbia o meno adottato le conseguenti e pertinenti scelte terapeutiche, potesse o meno prevedere, con l'ordinaria diligenza, l'insorgere di una complicazione, sono altrettanti accertamenti di fatto, non certo interpretazioni giuridiche con la conseguenza che le valutazioni con le quali la Corte d'appello ha ritenuto che i sanitari non potessero prevedere la macrosomia del feto, e di conseguenza non fossero in colpa per non aver proceduto all'esecuzione di un parto cesareo, non erano censurabili in sede di legittimità.

Lamentavano, inoltre, che la sentenza impugnata sarebbe affetta da contraddittorietà in quanto, da un lato, si afferma che non esiste alcun esame predittivo in grado di stabilire con certezza il peso fetale e, dall'altro, si sottolinea che con l'ecografia si può accertare con esattezza il peso fetale solo nel 59% dei casi.

La Suprema Corte, sul punto, rilevava che il senso dell'affermazione compiuta dalla Corte d'appello, secondo l'unica ed evidente interpretazione consentita dalla buona sintassi della lingua italiana, è: *"il massimo di esattezza che l'ecografia può dare, per prevedere il peso fetale, è il 60%"* sicché non è contraddittorio affermare, sulla base di questo dato, che non esistono esami predittivi certi per diagnosticare con certezza la macrosomia fetale.



Col terzo motivo i ricorrenti lamentavano che i sanitari al momento del parto si trovarono dinanzi ad una gestante del peso di 100 kg. e il cui peso era aumentato di 20 kg durante la gestazione.

Ciò avrebbe dovuto suggerire ai sanitari che la donna fosse diabetica e che, per tale motivo, il feto avrebbe dovuto avere dimensioni e peso tali da rendere necessario l'esecuzione del parto cesareo.

La Corte d'appello – osservavano i ricorrenti - dopo aver affermato che l'aumento ponderale della gestante avrebbe potuto indurre i sanitari ad intuire che essa fosse diabetica ha, contraddittoriamente, ritenuto che quei medici, anche se avessero saputo del diabete, non avrebbero potuto fare altro che indurre il parto per via naturale sicchè non vi era nesso tra la loro omissione e la lesione del plesso brachiale patita dal neonato.

Secondo i ricorrenti, la Corte d'appello avrebbe violato le regole sulla causalità stante che il nesso causale tra il mancato rilievo dell'aumento ponderale e la possibilità di eseguire un parto cesareo si sarebbe dovuto ritenere provato in via presuntiva.

Anche questo motivo veniva rigettato dalla Corte sul presupposto che il Giudice di appello era stato chiamato a stabilire se l'eventuale condotta colposa per imperizia dei sanitari (ovvero, il non avere saputo intuire che la gestante poteva essere diabetica, e di conseguenza il feto poteva essere macrosomico) avesse avuto per effetto la perdita possibilità di praticare il parto cesareo. La Corte d'appello aveva risposto "no" a tale interrogativo, sul presupposto che, quand'anche i sanitari fossero stati certi della macrosomia del feto, il parto cesareo comunque non si sarebbe potuto eseguire, a causa sia del breve tempo (30 minuti) trascorso tra il ricovero e il parto, sia della circostanza che al momento in cui pervenne in ospedale la gestante aveva già rotto le acque e il feto si era già incanalato.

La valutazione operata dalla Corte d'appello veniva giudicata corretta dalla Suprema Corte atteso che, in tema di causalità omisiva, il nesso di causa può dirsi sussistente quando, se il sanitario avesse tenuto la condotta che invece non volle o seppe tenere, il danno non si sarebbe verificato "con ragionevole probabilità".

La Corte d'appello aveva ritenuto che, se i sanitari avessero saputo prevedere la macrosomia del feto, il parto cesareo non si sarebbe potuto comunque eseguire non già con "ragionevole probabilità", ma con certezza sicchè la regola causale era stata correttamente applicata.

Col quarto motivo i ricorrenti lamentavano che la Corte d'appello avrebbe errato nell'escludere una colpa dei sanitari che invece era ben sussistente e che la sentenza sarebbe contraddittoria per avere negato l'esistenza di esami predittivi certi per prevedere la macrosomia del feto, deducono che la Corte d'appello avrebbe erroneamente deciso la questione sottoposta applicando le regole sulla responsabilità extracontrattuale, addossando agli attori l'onere di provare la colpa medica.

Anche il quarto motivo non veniva accolto atteso che la Corte d'appello aveva rigettato la domanda evidenziando che i sanitari avevano dato prova della loro assenza di colpa sicchè nessuna violazione vi è stata delle regole sul riparto dell'onere della prova. Col quinto motivo i ricorrenti sostenevano che la Corte d'appello avrebbe violato le norme sulla colpa, sul nesso causale e sulle presunzioni semplici, per avere escluso l'esistenza di una condotta colposa dei sanitari, deducendo che il diario clinico, le condizioni della gestante, la sua anamnesi, i risultati ecografici già compiuti, avrebbero dovuto indurre i sanitari all'esecuzione del parto cesareo.

La Corte rigettava anche questo motivo stante che in esso si faceva cenno alla omissione di una adeguata informazione alla gestante ma tale profilo non poteva essere esaminato in sede di legittimità in quanto già valutato e ritenuto inammissibile perché nuovo dalla Corte d'appello.

Col sesto motivo i ricorrenti sostenevano che la responsabilità del medico può essere affermata in base a un nesso di causalità presunta, quando la cartella clinica fosse incompleta e che, nel caso di specie, la cartella clinica era incompleta, in quanto non vi si riferiva quali manovre di parto avessero eseguito i sanitari.

Il motivo veniva giudicato manifestamente infondato in quanto frutto di un evidente fraintendimento della giurisprudenza della Corte di Cassazione circa gli effetti dell'incompletezza della cartella clinica; principio affermato, invero, in riferimento all'accertamento del nesso di causa e non della colpa e che poteva così riassumersi:

- quando il nesso di causa tra l'opera del medico e il danno non si sia potuto accertare a causa dell'incompletezza della cartella;
- quando la condotta del medico sia stata astrattamente idonea a provocare l'evento;

in questi casi, il giudice di merito può ritenere provata in via presuntiva l'esistenza del nesso eziologico.

Nel caso di specie, la Corte d'appello non aveva rigettato la domanda per insufficienza della prova del nesso di causa ma, al contrario, sul presupposto che:

(a) vi era la prova della mancanza di colpa;

(b) se anche vi fosse stata una condotta colposa, vi era la prova che essa era priva di efficacia causale.

L'incompletezza della cartella clinica, quindi, non veniva e non poteva venire in rilievo nel caso esaminato dalla Corte d'appello, sia perché non ricorreva alcuna situazione di incertezza sul nesso di causa, sia perché in ogni caso la responsabilità veniva esclusa per insussistenza della colpa e non del nesso di causa.

Col settimo motivo i ricorrenti sostenevano che la sentenza avrebbe violato le norme di legge appena trascritte perché aveva escluso la colpa dei sanitari.

Il motivo veniva giudicato manifestamente inammissibile per il suo contenuto tautologico.

Con l'ottavo motivo i ricorrenti lamentano che il ginecologo personale della gestante, avendola seguita durante l'intera gestazione, si sarebbe potuto avvedere con l'ordinaria diligenza della macrosomia del feto, ovvero del rischio di essa, e avrebbe perciò dovuto consigliare alla gestante il parto cesareo.

Di questa negligenza del ginecologo personale della gestante era tenuta a rispondere la ASL, poiché nell'ospedale da essa gestito erano stati eseguite le ecografie disposte da quel libero professionista.



Il Tribunale di Napoli aveva rigettato tale domanda sul presupposto che degli errori d'un medico che abbia agito quale libero professionista non potesse rispondere la ASL.

Con l'atto d'appello, gli appellanti avevano denunciato l'erroneità di tale statuizione, e tuttavia la Corte d'appello aveva omesso di pronunciarsi su questo motivo di gravame.

Il motivo era giudicato fondato nella parte in cui lamentava l'omessa pronuncia da parte del Giudice di appello.

In primo grado, i genitori avevano sostenuto che i sanitari dipendenti della ASL convenuta dovessero essere ritenuti in colpa per due ragioni:

(a) al momento del parto, per non avere eseguito tempestivamente un parto cesareo;

(b) durante la gestazione, per non essersi avveduti, in occasione delle ecografie cui la gestante si era ivi sottoposta, che la paziente presentava i sintomi predittivi d'una macrosomia fetale, e non aver pianificato già allora un parto cesareo.

Il Tribunale di Napoli aveva escluso la sussistenza di ambedue le condotte.

Quanto alla condotta sub (b), in particolare, osservava che durante la gravidanza la gestante era stata seguita ed assistita da tale dott. P., medico di sua fiducia, che era stato questi a prescrivere le ecografie prenatali, eseguite poi presso l'ospedale di Caserta e che, di conseguenza, di eventuali errori diagnostici avvenuti in quella fase non potesse essere chiamato a rispondere l'ospedale di Caserta.

In grado di appello, i genitori avevano impugnato tale statuizione, sostenendo che avendo la gestante eseguito durante la gravidanza tre ecografie nell'ospedale di Caserta (prescritte dal suo medico di fiducia), tanto bastava perché i dipendenti di quest'ultimo dovessero ritenersi in colpa, per non avere saputo intuire e prevedere la necessità dell'esecuzione d'un parto cesareo.

La Corte di Cassazione, pur nella ritenuta fondatezza del motivo di ricorso, ha rigettato il motivo di gravame che la Corte d'appello aveva trascurato di esaminare.

Gli attori, precisa la Suprema Corte, avevano sostenuto che i sanitari dipendenti dell'ospedale civile di Caserta, e per essi la ASL datrice di lavoro, dovessero rispondere dei danni rispettivamente patiti perché:

(a) durante la gravidanza, il medico personale della gestante le prescrisse tre ecografie, eseguite – su indicazione dello stesso medico – nell'ospedale di Caserta *“in regime di day hospital”*;

(b) quando la gestante si sottopose a tali esami ecografici, essa *“entrò in contatto”* con la struttura ospedaliera, la quale di conseguenza assunse l'obbligo di redigere una cartella clinica e raccogliere i dati anamnestici della gestante;

(c) se ciò fosse stato fatto, i sanitari si sarebbero dovuti avvedere del rischio di macrosomia del feto, e programmare un parto cesareo;

(d) in ogni caso, quand'anche tale errore fosse stato causato dal medico personale della gestante, di tale errore l'ospedale avrebbe dovuto rispondere, in virtù del *“contatto sociale”* insorto al momento dell'esecuzione delle tre ecografie.

La Suprema Corte ha rigettato le quattro allegazioni, precisando che:

1) In primo luogo, va escluso che un ospedale pubblico possa essere chiamato a rispondere dell'errore commesso da un medico libero professionista, sol perché ivi siano stati eseguiti gli accertamenti da questo prescritti.

2) E' errato sostenere che un ospedale, per il solo fatto di essere stato chiamato ad eseguire un esame ecografico, assuma per ciò solo l'obbligo di diagnosi, terapia e cura in quanto la richiesta di un esame ecografico impone al debitore (l'ospedale) di eseguire con diligenza il suddetto esame e non di sostituirsi al medico curante, già scelto dal paziente, assumendone tutti gli obblighi e gli oneri.

Il massimo esigibile dal medico o dalla struttura specialistica chiamati ad eseguire un esame diagnostico, oltre il dovere di eseguire quest'ultimo con diligenza – conclude la Corte di Cassazione – è l'obbligo di informare il paziente circa l'emergere di sintomi dubbi od allarmanti.



Se sei un professionista o una struttura sanitaria

PROMUOVI LA TUA ATTIVITÀ SU

MEDIC@LIVE
Magazine

Per info contattaci
+39 095 7280511
publicita@medicalive.it
www.medicalive.it

Comitato Tecnico Editoriale

Domenico Antonelli
Antonio Bortone
Carmelo Erio Fiore
Fulvio Giardina
Riccardo Guglielmi
Raffaello Pellegrino
Angelo Rosa
Angelo Russo
Sergio Russo
Maria Zamparella



MEDIC@LIVE Magazine

Rivista di informazione Medico - Scientifica

Direttore Responsabile

Salvo Falcone
direttore@medicalive.it
Twitter: @falconesalvo

Direttore Editoriale

Annamaria Venere
editore@medicalive.it

Per inserzioni pubblicitarie

pubblicita@medicalive.it

Grafica e Impaginazione

Francesco Sgrò

Editore

AV EVENTI E FORMAZIONE S.r.l.
Sede Legale e Operativa
Viale Raffaello Sanzio, 6
95128 – Catania
E-mail: info@medicalive.it
P. Iva: 04660420870
ISSN 2421-2180

SEGUICI ANCHE SU...



<https://www.facebook.com/medicalivemagazine>



@MedicaliveMag



Segui i nostri servizi sul canale Youtube **MEDICALIVE Magazine**



<https://plus.google.com/+AventieformazioneCatania>