

Disguidi, errori, criticità. Il risultato dell'indagine voluta dal Ministero della Salute dopo la recente morte di parto di quattro donne è raccapricciante. Fatta eccezione per il caso di Angela e della piccola Elisa a Torino, negli altri tre casi – si legge nella relazione preliminare della task force ministeriale – si sarebbe in presenza di manchevolezze da parte del personale ospedaliero sia da un punto di vista organizzativo, sia da un punto di vista di gestione delle complicazioni. Ma com'è possibile? Come si può nel 2016 morire di parto, o in seguito a un aborto come accaduto ieri al Cardarelli di Napoli a una ragazza diciannovenne?

Un tempo sì, si moriva. Si moriva di parto o in seguito a un aborto perché c'erano le malattie infettive, c'erano le emorragie, c'era la setticemia, c'erano tante e molteplici complicazioni cui molto spesso non si era capaci di far fronte. C'era poca igiene e non c'erano ancora gli antibiotici. Si partoriva o si abortiva in casa, talvolta anche senza medici e senza assistenza sanitaria. Ma oggi? A che servono gli straordinari progressi fatti dalla medicina se poi, negli Ospedali, non si è più capaci di gestire le emergenze o di predisporre procedure ad personam del percorso assistenziale? A che servono ginecologi, ostetriche, pediatri e infermiere se poi non si riescono a valutare i rischi specifici che presenta una donna incinta?

Sembra di essere tornati indietro di decine e decine di anni. Con una cronaca macabra che avrebbe avuto ancora senso negli anni Quaranta o Cinquanta e che oggi, però, fa solo rabbrivire. Non soltanto perché a morire sono giovani donne che avevano ancora tutta la vita davanti, ma anche e soprattutto perché coloro che avrebbero dovuto prendersene cura, di fatto, hanno tradito la propria missione. Come ricorda il celebre giuramento di Ippocrate, ripreso oggi da tutti i codici di deontologia medica, il compito del personale sanitario è quello di tutelare la salute dei pazienti, evitare che corrano rischi eccessivi e far di tutto per alleviarne le sofferenze. Primum non nocere, "innanzitutto non nuocere", recita il giuramento. Ma come si fa a non nuocere quando un paziente diventa un numero, e invece di essere trattato come una persona non è altro che una "malattia da curare" o una "cosa da fare"? Ci si può limitare ad applicare metodi standardizzati a tutte le donne incinta senza interrogarsi sulla specificità individuale di chi arriva in Ospedale per essere aiutato e che ha bisogno di essere riconosciuto come "unico" e "non-intercambiabile"?

Certo, quando si parla con gli addetti ai lavori, sono loro i primi a lamentarsi per la mancanza di mezzi sia economici, sia umani. Certo, molto spesso gli Ospedali sono sovraffollati, c'è poco tempo, c'è poco personale, ci sono ritmi frenetici. Niente giustifica, però, questa tendenza tutta contemporanea a sacrificare l'umanità dei pazienti per massimizzare i risultati e consumare il minimo necessario di risorse. Quando si arriva in Ospedale o si consulta un medico, lo si fa per essere aiutati. Ci si affida e ci si fida. Abbandonandosi alla buona volontà di chi, quella fiducia, dovrebbe fare di tutto per rispettarla e non tradirla. Anche quando di cose da fare ce ne sono veramente tante, e ogni complicazione o difficoltà sembra un ostacolo insormontabile. È questo il compito del personale sanitario, esattamente come è questo che ogni donna incinta ha il diritto di aspettarsi quando arriva in Ospedale. Soprattutto oggi. Soprattutto in Italia. A un'epoca e in un paese in cui il rischio di morire di parto, o in seguito a un aborto, non dovrebbe più nemmeno esistere grazie proprio allo straordinario progresso della medicina.

Michela Marzano

(pubblicato su Repubblica il 13 gennaio 2016)