

L'ostetrica, la donna, la famiglia: un patto fra il sanitario ed il sociale

Ost. Rita Emilia Roascio

Presidente Federazione Nazionale Collegio Ostetriche

Sempre vicino a te. Lo slogan con cui fu proposto il "Patto per la Salute" fra cittadini e SSN nella passata legislatura, fatto proprio da tutte le professioni sanitarie, per le 14.600 ostetriche italiane si identifica col processo della *midwifery care* (arte e scienza dell'ostetrica che si prende cura della gestante). Esso non è altro che la nobile arte della maieutica esercitata attraverso un percorso altamente personalizzato in cui il "patto assistenziale" fra la donna e l'ostetrica/o è simmetrico.

Chi possiede i "saperi del parto" non è solo l'ostetrica/o, ma anche e soprattutto la donna. Una donna che, opportunamente supportata, sa attivare competenze endogene, innate, rispetto alla gestione della gravidanza, del "suo" parto, della sua salute (riproduttiva e non) nonché del benessere del nucleo familiare che, nel contesto sociale italiano, gravita tradizionalmente attorno a lei e da lei può essere fortemente influenzato.

L'ostetrica ha sempre avuto un ruolo di prevenzione e sorveglianza della fisiologia, ma spesso le sue azioni sembrano finalizzate solo ad aumentare la "compliance" (obbedienza, accondiscendenza) delle gestanti rispetto a schemi prestabili. Si tratta dell'*active management* (assistenza attiva) in cui l'operatore "giustifica" la sua presenza solo attraverso "azioni" (prescrittive, diagnostiche, terapeutiche) e con l'uso intensivo della tecnologia, non importa quanto e se supportata dalle evidenze scientifiche. E' un modello confacente ad un SSN in cui la "produzione" deve essere misurata in termini di prestazioni codificate, di DRG (quantità) e non attraverso gli indici di rischio, gli indicatori di processo e di esito (qualità) che monitorizzano e testimoniano il raggiungimento di obiettivi di "salute", intesa secondo l'accezione più nobile del termine.

La *midwifery care* prevede che si sappia applicare l'arte e la scienza anche "prestando attenzione, ascoltando, notando, distinguendo, rispondendo", con l'obiettivo della partecipazione attiva e dell'*empowerment* (acquisizione di consapevolezza e di responsabile potere decisionale) delle persone assistite; nel nostro caso le donne/coppie, per lo più in attesa del loro primo e (speriamo non più) unico figlio.

La funzione di formatrice/informatrice dell'ostetrica/o, nel rispetto delle proprie competenze e delle effettive competenze altrui, è indispensabile perché le politiche di

educazione sanitaria siano effettivamente correlabili poi ad aspetti estremamente delicati quali il consenso informato, la scelta informata, secondo valenze eticamente e deontologicamente ineccepibili.

Esplicando il suo ruolo tradizionale di consulente, l'ostetrica/o infatti predispone ed instaura, prima, durante e dopo il percorso nascita, quella fiduciosa partnership col SSN necessaria per costruire un modello sociale di salute (riproduttiva e non) veramente responsabile, in un settore in continua evoluzione in cui, grazie ai progressi della genetica, della medicina fetale, delle tecnologie applicate, possono ingenerarsi false sicurezze e false aspettative di onnipotenza.

Nel suo contesto lavorativo, ben delineato nel Progetto Obiettivo Materno - Infantile (P.O.M.I.), alla base anche del PSN 2001-2004 ma purtroppo ancora in fieri, l'ostetrica/o assume il ruolo privilegiato di interlocutrice della donna/coppia oggi sempre più alla ricerca di un equilibrio tra concetti di naturalità/naturalzza e tecnicismo/scientificità il cui inderogabile denominatore comune è, sempre e comunque, la sicurezza.

In presenza di un progressivo trend ascendente della natalità, sebbene lungi dai baby boom del 1964, indice di una raggiunta stabilità e di una economia florida, si stenta ancora a scorgere un modello organizzativo veramente integrato territorio/ospedale/domicilio e prevale l'ospedalizzazione tradizionalmente intesa.

Una rete di consultori familiari sui generis, sottostimata, priva delle figure chiavi individuate dal P.O.M.I., punti nascita i cui standard strutturali, tecnologici ed organizzativi non rispondono ai requisiti previsti per i vari livelli di assistenza, ovviamente fatte salve le eccezioni, non sono il contesto ideale di lavoro. La qualità delle prestazioni offerte e dei servizi erogati, non si disgiunge mai dalla qualità dell'organizzazione, da quella della struttura, da quella delle tecnologie e del personale coinvolto. Senza qualità accertata e certificata riteniamo francamente che sia difficile ipotizzare il contenimento di una spesa sanitaria, spesso gravata dal ricorso improprio alle strutture e dalla sovraesposizione alle prestazioni.

Abbiamo sufficienti dati epidemiologici per affermare che complessivamente l'outcome (risultato in termini di salute) materno-fetale-neonatale è soddisfacente. Ma occorre una ancora più accurata ed onesta valutazione del contesto ed una approfondita analisi delle possibilità future per puntare all'eccellenza, tenendo presente i veri bisogni assistenziali specie per la fascia, piuttosto larga ed eterogenea, della popolazione più a rischio, ossia quella non informata sui diritti, sui doveri e sulle azioni (anche economiche) poste in essere a tutela del loro benessere.

Ricomporre nell'evento nascita la componente affettiva e relazionale, ridarle l'indiscusso valore di evento altamente sociale e non solo sanitario è un imperativo che vige da anni, ma estremamente attuale ed all'attenzione del legislatore. Si sa che le leggi, come ogni altro atto umano, sono sempre perfettibili, ma non è per ordinanza parlamentare che si

insegna o si impara la differenza fra affettività e sessualità, fra procreazione e corretto ruolo genitoriale in un nucleo familiare sano ed equilibrato.

Si contesta l'eccessiva medicalizzazione della nascita. Ebbene, il saper assistere senza intervenire è un modello di assistenza esemplare ed estremamente complesso che, a contrario di quanto si possa pensare, è in genere appannaggio solo dei professionisti più preparati, maturi, continuamente aggiornati. Significa infatti avere da un lato la capacità di gestire in modo adeguato eventi e situazioni potenzialmente naturali (in donne/uomini sani), e dall'altra l'abilità di individuare con la minor tecnologia possibile la potenziale patologia, trattandola correttamente.

Le leggi 42/99 e 251/00 hanno imposto una attenta ridefinizione delle responsabilità (che significa far la cosa giusta, al momento giusto, per la persona giusta) di tutti i professionisti. Il nuovo *setting* formativo dell'ostetrica/o, la consapevolezza delle nostre potenzialità e dei relativi limiti, ci consentono fare alcune proposte operative:

1. una vera interazione coi i Medici di Base, attraverso il ripristino (perché no?) della Convenzionale territoriale per la gestione congiunta anche degli screening oncologici di I livello;
2. la differenziazione tra sedi e strutture preposte alla sorveglianza ed assistenza del basso rischio ostetrico, in cui esplicitare al meglio le nostre competenze, coadiuvate anche dal personale di supporto previsto già dal D.M. 740/94 (profilo professionale) e tuttora ignoto;
3. la riorganizzazione delle strutture di II e III livello in cui concorrere alla sorveglianza ed assistenza della fisio-patologia con lo specialista ostetrico-ginecologo e gli altri membri dell'equipè.

Congiuntamente, ginecologi ed ostetriche, potremo sfatare il paradigma per cui i fallimenti assistenziali in Ostetricia sono correlati non ad elementi di rischio insiti nella nascita, come in ogni atto della natura umana, ma solo e sempre a comportamenti di *malpractice* (mala sanità). La convinzione è rafforzata nell'utenza dall'enfasi con cui viene proposto "il bambino in braccio, comunque sano e bello", frutto del progresso scientifico, e sfocia in una medicina difensiva, diventata il razionale di comportamenti tecnici ed organizzativi posti in essere per scongiurare "il rischio denuncia", che coinvolge irrimediabilmente tutti.

La consapevolezza che la società ha bisogno delle nostre competenze e che le donne/coppie cercano il rapporto fiduciario con "l'ostetrica di casa", di famiglia, di comunità, apprezzando i nostri sforzi in tal senso, sono l'incentivo per la categoria, e soprattutto per il suo gruppo dirigente, a trovare il giusto equilibrio nel contesto sociale e

sanitario nel quale da sempre operiamo.

L'indice di attrazione della professione fra le nuove leve è buono, le potenzialità operative tante. Per accelerare il processo di cambiamento in atto, confidiamo che nel settore materno-infantile ben definito dal P.O.M.I. (che condividiamo ed alla cui stesura abbiamo partecipato con entusiasmo) si possa agire bene, subito e con la necessaria serenità.

L'umanità continua a perpetuare la specie anche in situazioni disperate; vogliamo che in Italia sia assistita da professionisti accreditati non su valori autoreferenziali, ma dimostrati e dimostrabili in termini di salute, di soddisfazione dei bisogni anche psico-relazionali ed affettivi del "customer" tanto protetto anche dalla normativa europea, fin da quando spalanca gli occhi in un paese dove, malgrado tutto, continua ad essere bello vivere.