



Domanda e risposta

Ginecologo e ostetrica a confronto

Otto domande per capire meglio, con Giuseppe Ettore e Antonella Marchi, come Ginecologo e Ostetrica possano “ritrovarsi” e “ritrovare” – al di là di un dualismo caratterizzato da livelli di competenze, norme, ruoli e responsabilità – il vero senso del gioco di squadra

Giuseppe Ettore
Ginecologo, Segretario
regionale AOGOI Sicilia

Antonella Marchi
Ostetrica, Presidente
Associazione Italiana di
Ostetricia (A.I.O.)

1.
La presenza di ostetriche laureate costituisce un avanzamento per l'ostetricia italiana?

Antonella Marchi

Sono stati innumerevoli i mutamenti che nell'ultimo decennio hanno trasformato radicalmente la professione dell'Ostetrica: sia sul piano normativo sia per quanto riguarda la formazione di base e post-base.

Sicuramente l'Ostetricia italiana ha guadagnato una professionista con una preparazione teorica di gran lunga superiore rispetto al passato, ma ritengo vi sia la necessità di modificare radicalmente la formazione di base delle ostetriche italiane, che deve essere improntata sull'apprendimento della fisiologia di tutto il percorso della vita della donna e del bambino e da qui ripartire per poter apprendere e comprendere co-

sa devia da questa, in modo “limite” e/o “patologico”.

Il coinvolgimento sempre maggiore delle ostetriche nei contenziosi medico-legali sono la conferma di una grande difficoltà a comprendere le “competenze” e a valutare il “rischio” poiché viene a mancare la base di partenza: la fisiologia.

La seconda criticità riguarda l'insegnamento, che dovrebbe essere conferito a ostetriche in possesso di un curriculum vitae che dimostri il grado di preparazione e che attesti che lavorano solo su evidenza scientifica; una competenza che dovrebbe essere rinnovata con esame biennale e con una commissione composta da

membri del mondo universitario, ospedaliero e dai rappresentanti delle società scientifiche, a garanzia che solo le migliori, le più aggiornate e competenti abbiano la responsabilità della formazione delle ostetriche italiane.

Il passo successivo, non differibile, è quello che vede ostetriche e ginecologi fare briefing mattutini e mensili con il proprio direttore/primario, finalizzati ad apprendere e scambiarsi valutazioni cliniche e a capire anche come tutelarsi lavorando secondo evidenza...se fossi un direttore di clinica non farei sconti a nessuno!

Alcuni direttori già lo fanno, ma sono ancora troppi quelli che non ascoltano le reiterate richieste delle ostetriche. E la cosa incredibile è che sono proprio le ostetriche a chiedere i briefing.

Giuseppe Ettore

La laurea ha rappresentato per le ostetriche una rilevante opportunità per il percorso formativo, la crescita culturale e professionale e la carriera.

Ciò può rappresentare senza dubbio un avanzamento per l'Ostetricia italiana se alcuni punti troveranno e determineranno la piena applicazione, sinergia e responsabilità.

In particolare:

- si rende necessaria la rimodulazione dei percorsi formativi del triennio in termini di contenuti, per l'eccessivo carico teorico non surrogato da un sufficiente training pratico e per una scarsa formazione del lavoro in team;
- il nuovo profilo dell'ostetrica dovrebbe comunque conservare quella precisa identità che ha contribuito a scrivere la storia dell'Ostetricia come professionista della nascita fisiologica e delle fasi più significative della vita della donna;
- l'esercizio del proprio ruolo come professionista in autonomia e nel team, nel richiamare non indifferenti livelli di responsabilità, non ha raggiunto ad oggi – nel privato e nel pubblico, nelle strutture territoriali e ospedaliere – una ben netta identità.

2. Ci sarà un miglioramento della qualità dell'assistenza e della sicurezza per le gravide e in sala parto?

Antonella Marchi

La sala parto e tutto il reparto di ostetricia, ginecologia, neonatologia e sale chirurgiche potranno essere migliorate nella qualità e nella sicurezza se anche i direttori impareranno ad avere una maggiore considerazione per le proprie ostetriche e si attiveranno a:

1. effettuare briefing mattutini e mensili con il personale, conferendo anche incarichi per gratificare le persone e farle sentire parte di un team, in cui ostetriche e ginecologi sono complementari.
2. Inserire solo personale composto da ostetriche e OSS per il supporto alberghiero.
3. Pretendere dall'azienda che le proprie ostetriche si occupino dell'assistenza a donne e bambini anziché lavare la sala parto, fare i letti, sporzionare il cibo e quant'altro e venga ammonito chi, facendo leva sul posto di lavoro, impone la copertura dei turni, scoperti per la carenza del personale. Un numero ridotto di ostetriche non può essere in grado di garantire una buona assistenza e la sicurezza di madre e bambino nel parto! Le carenze di personale non sono un problema dei direttori di clinica né delle ostetriche, ma lo sono per le Direzioni sanitarie e per i direttori generali delle aziende, quindi impariamo a scaricare il problema su chi è lautamente retribuito per risolverlo!
4. Obbligare i propri uffici formazione aziendali a formare annualmente il proprio personale; a stabilire con le categorie il piano formativo, che dal livello 1-2 (effettuazione del corso

e consegna Ecm) deve passare al livello 3-4 (dopo l'effettuazione del corso, portare sul campo quanto si è appreso); a progettare, per l'anno in corso, i propri obiettivi, da raggiungere attraverso gli indicatori di esito, risultato e processo.

5. Analizzare, a fine anno, i dati in maniera sistematica, usando questo strumento per individuare e risolvere problemi, per migliorare le prestazioni di intervento e far sì che le ostetriche inizino a fare ricerca sul campo.

Giuseppe Ettore

Spero di sì. Il miglioramento sarà reale se l'ostetrica, consapevole pienamente delle proprie competenze, ruoli e responsabilità nell'ambito del team e non, saprà determinare, difendere e consolidare la propria identità di professionista in autonomia e integrata nel team.

Non si potrà produrre e consolidare qualità, appropriatezza, sicurezza e umanizzazione in tutto il percorso nascita e in sala parto se le ostetriche, in particolare, i ginecologi e le istituzioni non aiuteranno le ostetriche in tal senso.

3. La figura delle ostetriche laureate cambia i compiti del medico e dell'ostetrica in sala parto?

Antonella Marchi

Non penso che un titolo di studio possa modificare quelle che sono le competenze di due professionisti in sala parto, normati in modo chiaro; purtroppo spesso le criticità emergono a causa dell'incomprensione da parte di entrambi riguardo l'inizio e la fine dei relativi ambiti di competenza. Questo per difficoltà di comunicazione e mancanza di briefing!

Ritengo che il medico dovrebbe rispettare il *saper fare* dell'ostetrica nell'ambito della fisiologia mentre l'ostetrica dovrebbe avere la responsabilità di far intervenire il medico quando rileva che da una situazione fisiologica si passa ad una situazione patologica. Ma entrambi devono vigilare ("garbatamente") l'uno sull'altro e condividere le scelte terapeutiche: questo li renderebbe parte di un team... che è poi il motivo che ci ha spinti, ostetriche e ginecologi insieme, a creare un'associazione come l'A.I.O.! Diciamo che siamo tutti in ritardo, ma ancora in tempo, per dimostrare maggiore maturità e complementarietà.

Giuseppe Ettore

A mio avviso no! L'ostetrica laureata, con il triennio e ancor di più con il biennio (specialistica), ha acquisito una veste giuridica che da una parte implementa competenze ruoli e carriera e dall'altra i livelli di autonomia e responsabilità. Nel variegato contesto italiano, per l'ostetrica ciò purtroppo non ha determinato, ad oggi, né la piena autonomia né la piena integrazione e identità nei profili assistenziali territoriali (consultori) e di I e di II livello ospedaliero.

Spesso in molte realtà ci sono medici che svolgono i ruoli delle ostetriche, interferendo ed alterando la fisiologia del parto, così come ci sono ostetriche che assumono ruoli decisionali in condizioni patologiche, in ciò sostituendosi ai medici.

Pertanto, si rende necessaria e improcrastinabile una condotta organizzativa integrata e contestuale tra ostetriche, medici e le figure professionali del percorso nascita (neonatologi, anestesisti, infermieri) nella formazione, nel management, nell'audit e nella responsabilità.

Solo così ostetriche e medici potranno ritrovarsi e ritrovare non solo le proprie competenze, i ruoli e le responsabilità ma soprattutto l'armonia per valorizzare il senso del gioco di squadra.

4. Il ginecologo avrà meno responsabilità nell'attività di sala parto?

Antonella Marchi

Il ginecologo sarà sempre responsabile per quanto di sua competenza, così come l'ostetrica, per il principio dell'affidamento per il quale ogni componente di un'equipe deve confidare nel corretto comportamento dei propri collaboratori ed è obbligo di tutti valutare criticamente l'attività dei colleghi "in vigilando"...non esiste più un rapporto gerarchico poiché con la legge n. 42/1999 l'ostetrica non è più una figura "ausiliaria" del medico.

Giuseppe Ettore

Absolutamente no! Nel nostro ordinamento sanitario, anche se aumenteranno i centri ospedalieri con aree parto a gestione autonoma delle ostetriche (come si auspica), la figura del medico non potrà (e non deve) sottrarsi alle responsabilità derivate dalla gestione dei quadri clinici patologici che necessitano di trattamenti in urgenza/emergenza. In tutto ciò la competenza e il ruolo dell'ostetrica, per la costante presenza accanto alla gestante, è determinante nella valutazione del monitoraggio del benessere fetale e delle condizioni cliniche della donna.

5. Come si realizzeranno nella pratica clinica i rapporti gerarchici in sala parto tra medico e ostetrica e verso il resto del personale?

Antonella Marchi

Parlare ancora oggi di "rapporti gerarchici" significa non riconoscere alle ostetriche il loro ruolo di Professioniste della Fisiologia. L'ostetrica ed il ginecologo, secondo le attuali normative, sono professionisti che lavorano in totale autonomia ed in equipe per quanto riguarda le situazioni limite (poiché l'ostetrica chiede il consulto al medico prima di prendere una decisione clinica) e quelle patologiche; ma è nella patologia che il ginecologo diviene il primo operatore che decide il processo di cura e l'ostetrica il secondo operatore responsabile del piano assistenziale, come avviene ormai da 20 an-

ni nel resto dei paesi europei.

Per quanto riguarda invece il personale di supporto, ginecologo e ostetrica si avvalgono delle loro prestazioni; l'ostetrica, da Profilo Professionale, è responsabile della sua formazione sul campo ma questo non toglie nulla al medico!

Giuseppe Ettore

Medici e ostetriche, alla pari, devono condividere e pianificare i protocolli assistenziali del percorso nascita nella continuità dal territorio all'ospedale e dall'ospedale al territorio attraverso strumenti che possono facilitare i profili di competenze e dei ruoli e ridurre le criticità.



Tutto ciò non è e non può essere ordinato da rapporti gerarchici nel merito bensì esclusivamente nei vari ruoli di responsabilità. Medico e ostetrica non possono finalizzare la loro opera all'interno di un dualismo caratterizzato solo da livelli di competenze, norme, ruoli e responsabilità ma devono operare in una pie-

na sinergia che porti dalla condivisione alla complementarietà in tutto e per tutto. In tali condizioni i rapporti con le altre figure professionali verranno facilitati e orientati secondo le buone norme assistenziali della EBM, con l'obiettivo prioritario di tutelare la normalità del parto.

6. Chi valuta i limiti della fisiologia e il campo della patologia in sala parto?

Antonella Marchi

L'ostetrica valuta la fisiologia e, nelle situazioni limite, chiede il consulto del ginecologo per prendere le decisioni cliniche appropriate. Ovviamente per arrivare a questo livello di competenza deve saper leggere, studiare e interpretare le evidenze scientifiche anche attraverso il briefing di reparto. Il ginecologo ha una competenza di supporto e, quando l'ostetrica riscontra situazioni devianti e patologiche, deve assolutamente richiederne l'intervento. Credo che il primo degli obiettivi di ogni specialista ginecologo ostetrico sia di avere al proprio fianco un'ostetrica preparata, colta, che sa fare in modo competente il suo lavoro!

Giuseppe Ettore

Se si è consapevoli del difficile limite tra fisiologia e patologia si comprende il valore aggiunto del rapporto di complementarietà a cui devono giungere i professionisti del parto (medici e ostetriche). Per fare ciò si rende indispensabile un percorso di formazione di verifica e di controllo degli esiti combinato e mai disgiunto. Tale metodologia è poco diffusa nel nostro paese e si preferisce lavorare per compartimenti stagni. L'esperienza realizzata e promossa da qualche anno dall'Associazione Italiana di Ostetricia (A.I.O.) vuole indicare – nel coinvolgimento alla pari di ostetriche e medici in ogni atto professionale, dalla formazione alla ricerca – la strada vincente.



7.
In caso di parto fisiologico, assistito interamente dall'ostetrica laureata, il medico di guardia rimane comunque responsabile di eventuali eventi negativi emergenti a distanza di tempo?

Antonella Marchi

Anche questo concetto di responsabilità è piuttosto superato, in quanto ogni professionista è responsabile in primis del suo comportamento clinico e delle sue decisioni, ma lo è anche in vigilando sull'equipe. Quindi se l'ostetrica prende decisioni errate il medico specialista ha il dovere di intervenire in vigilando, così come l'ostetrica ha il dovere di intervenire se vede un medico compiere un errore, entrambi nelle forme civili e di educazione. Per tale motivo ritengo che ognuno dei professionisti abbia la responsabilità verso se stesso di essere aggiornato e di svolgere la professione secondo l'evidenza scien-

tifica. Poi ha la responsabilità morale di creare un vero team, in cui si lavora per il benessere della donna e del suo bambino e per il benessere del team!

Giuseppe Ettore

Il medico di guardia è sempre responsabile! Nel caso di aree organizzate per la gestione del parto (a basso rischio) – in totale autonomia strutturale, organizzativa e assistenziale da parte delle ostetriche, con protocolli condivisi e approvati dall'ente sanitario – il medico non può rispondere di esiti di casi clinici in cui non sia stato in precedenza coinvolto.

8.
In caso di evento avverso, come si configureranno in futuro ruoli e responsabilità dinanzi al magistrato?

Antonella Marchi

Come già detto, ognuno per le proprie competenze, per il proprio sapere e saper fare, ma comunque in vigilando sull'altro/a.

Giuseppe Ettore

Tranne che per i casi di colpa grave del singolo componente l'equipe, è auspicabile che dinanzi

al magistrato – medico e ostetrica – si trovino sempre insieme e in sintonia e non l'uno contro l'altro (come spesso accade).

La complessità della professione ostetrica per l'assistenza al parto non può essere affrontata e difesa in modo disgiunto: è l'azione e la responsabilità dell'equipe che deve prevalere e deve essere difesa.