

L'Ostetricia oggi, una professione temeraria

N. Natale - Direttore S.C. Ostetricia e Ginecologia
Direttore Dipartimento Interziendale di Ginecologia del Territorio

L'aggettivo "temerario" si applica a persona che senza riflettere, alla cieca si espone a inutili pericoli con sconsiderata audacia. Non è certo questo l'aggettivo che si adatta a chi dopo la Facoltà di Medicina e Chirurgia fa la scelta di seguire la Scuola di Specialità in Ostetricia e Ginecologia, anche se la realtà sembra dare ragione all'accostamento dei due termini: Ostetricia e temerarietà.

Ciò che oggi fa sembrare "temerari" gli Ostetrici non è la cecità della loro scelta, ma i cambiamenti sopravvenuti nel corso degli ultimi anni nel campo della:

- Legislazione
- Tecnologia
- Società
- Contenziosi medico legali
- Economia
- Qualità

Molto più complessi si sono fatti i rapporti tra la cultura, la scienza, il diritto e l'etica e ciò comporta ulteriori difficoltà.

La legge

Numerose leggi hanno modificato profondamente il sistema sanitario nazionale istituendo i Dipartimenti, modificando la gerarchia all'in-

terno dei reparti, modificando i rapporti dei medici con la direzione generale, ma al di là delle modifiche strutturali un'altra tipologia di leggi è stata adottata creando legami più stretti tra Società-Medicina-Etica.

La Legge 405/1975 con cui sono stati istituiti i consultori familiari attraverso i quali l'ostetricia e ginecologia è stata inserita nello stesso tessuto del territorio con lo scopo ben definito di rendere più vicino alla popolazione l'accesso ad una procreazione più controllata, anche se associato ad una altra serie di compiti di interesse più immediatamente sociale.

La Legge 194/1978 con cui si è autorizzata l'interruzione volontaria della gravidanza con tutto il suo seguito di problemi etici e morali e l'ultima in ordine di tempo, la Legge 40/2004 che regola la procreazione medicalmente assistita e che ha suscitato forti reazioni nella Società e nell'ambito stesso della professione.

L'impatto di alcune di queste leggi (194/78 e 40/2004) sul sentire etico-morale dei professionisti è stato di tale importanza ed evidenza che si è dovuti ricorrere al dispositivo della Obiezione di Coscienza cui il medico può richiamarsi onde non essere coinvolto in gesti non condivisi.

Un terzo tipo di intervento legislativo è inter-

venuto mediante l'istituzione delle lauree triennali in Ostetricia a modificare lo status di quelle che sono sempre state le collaboratrici più strette ma anche istituzionalmente subordinate del ginecologo, anche se non raramente ci sono state maestre: le Ostetriche. Questo passaggio, di cui non si apprezza ancora la portata, potrebbe influire profondamente sulla nostra professione.

La tecnologia

Ritengo che tutti concordino sul riconoscere che in questi ultimi decenni la evoluzione tecnologica ha avuto una improvvisa ed imprevedibile accelerazione di cui molti di noi, anche se non ancora anziani e fuori dalla attività, sono stati testimoni.

Due esempi tra tutti.

L'informatizzazione ha aperto l'accesso ad un gran numero di dati ed informazioni, senza limiti di tempo e di spazio, in tempi estremamente brevi, facilitando e velocizzando conoscenze che possono facilmente e rapidamente essere condivise in ogni luogo.

L'uso degli ultrasuoni ha aperto accessi a ciò che prima era in conoscibile o risentiva di grosse limitazioni. Il poter esaminare già prima della nascita l'embrione ed il feto ha aperto alle nostre capacità nuovi spazi clinici e il sorgere di una nuova branca specialistica: la Medicina Maternofetale che già rappresenta il futuro della ostetricia. Ma già emergono gli aspetti problematici di questa nuova tecnica. Uno di questi è l'uso socio-affettivo (foto-ricordo=entertainment ultrasound) (Sbiroli Gynecol 9/2004, Jama, FDA) che ne viene fatto dai genitori che da una parte offre un riconoscimento oggettivo della vita che si sta sviluppando nel corpo

materno ma d'altra parte toglie il senso dell'attesa e del mistero. Ma un'altra conseguenza deriva dall'uso improprio di questo strumento: la richiesta della garanzia di perfezione (che normalmente viene definita come "normalità") del bambino presente nell'utero. È sano? È normale? Ma la garanzia richiesta talora sfocia in risentimento e la anomalia diventa occasione di rivalta nei confronti del ginecologo che non ha saputo dare la risposta corretta.

Ormai numerose sono le linee guida che si applicano all'uso dell'ecografia (Evidence Based Medicine=EBM), ma tuttavia ancora oggi spesso il medico ricorre ad esse in modo inappropriato. Numerose altre sono le conquiste tecniche (la laparoscopia, la chirurgia robotica, le sonde RNA, le tecniche di procreazione medicalmente assistita, etc) ma non altrettanto rapida è stata la elaborazione etica delle scoperte creando così talora sconcerto sulle scelte applicative.

La paziente

I rapporti medico-paziente sono scaduti. Quali le cause? Sono sicuramente molteplici e nessuna delle due parti può ritenersi esente da colpe. Lo sviluppo delle subspecialità e la perdita della visione globale dell'uomo può essere un fattore, la concezione del medico come il risolutore dei problemi e la forte autostima del tecnico sono altri aspetti possibili, l'aumento del distacco tra medico e paziente è sicuramente uno dei principali problemi che portano il paziente a ricercare altrove la soluzione dei propri problemi (nel corso degli ultimi tre anni secondo l'ISTAT il ricorso alle medicine complementari è passato dal 9 al 12% della popolazione) e a analizzare sempre con sospetto le scelte proposte dal medico.

In ciò è facilitata dalla diffusione delle conoscenze attraverso le numerose rubriche che si trovano sui giornali, alle televisioni, alle radio e, non ultimo, sulla rete informatica. Ne deriva la ricerca di autonomia decisionale e l'insofferenza della autorità medica.

Gli scoop mediatici ogni giorno ci offrono soluzioni sempre più mirabolanti ed immediate delle nostre patologie o dei nostri problemi anche se si tratta di esiti di singole ricerche ancora ben lontane dal poter essere applicate, la meta della salute e (nel subliminale) della immortalità sembrano così a portata di mano che il fallimento (cioè l'imprevedibile) è sinonimo di frutto di ERRORE, mentre il risultato positivo (guarigione) è OBBLIGO.

Questa attesa del paziente e la non sempre adeguata preparazione del medico hanno creato le condizioni per l'incremento del contenzioso medico legale.

Il contenzioso medico-legale

"Nel 1967 segnalavo che il numero dei contenziosi che si rifacevano alle malformazioni neonatali sembrava fosse in aumento, e non mi rendevo conto che questo incremento era foriero di una epidemia" (RL Brent. The law and congenital malformations. Clin Perinatol 1986 ;13:505-44). I numeri sono in rapida crescita se perfino in Turchia, non certo tra le più avanzate nazioni in questo settore, è stato osservato che interessa nel 16,8% dei casi l'ostetricia e la ginecologia, per il 10,69% la chirurgia, per il 10,53% la neurochirurgia e neurologia. Il forte incremento avvenuto nel triennio 1998-2000 è stato dovuto per il 58% ai problemi ostetrici e ginecologici, di cui la quasi totalità (96%) ostetrici.

Da una analisi di 500 contenzioni inglesi (B-Lynch C, Coker A, Dun JA. A clinical analysis of 500 medico-legal claims evaluating the causes and assessing the potential benefit of alternative dispute resolution. Br J Obstet Gynecol 1996; 103: 1236-42) le ragioni del contenzioso sarebbero costituite per il

19%	cure inadeguate
12%	errore di diagnosi
9%	incompetenza
7%	mancata comunicazione
6%	scarsa sorveglianza
1%	équipe inadeguata

Anche se altri (Barber HR. The malpractice crisis in obstetrics and gynecology: is there a solution? Bull NY Acad Med. 1991; 67:162-72) trovano spiegazioni diverse che forse in parte sono vere: "Il problema per i medici comincia quando viene adottata la legge sulla assicurazione obbligatoria sugli incidenti d'auto e gli avvocati si ritrovarono senza lavoro... il paziente perse, l'avvocato vinse e il ginecologo spesso fu devastato dalla ingratitudine del paziente". Conseguenze: aggravamento della perdita di fiducia del paziente nei confronti del medico, un aumento del 128% in quattro anni dei primi assicurativi per il medico, un aumento delle parcelle mediche ed un ritiro di medici dalla professione sia privata che nelle strutture ospedaliere (Donlen J, Puro D.J. The impact of the medical malpractice crisis on OB-GYNs and patients in southern New Jersey. NEJMed 2003; 100: 12-9)

I cittadini devono allearsi con i medici e con gli esponenti più autorevoli della professione legale per bloccare questa mostruosa ingiustizia...Essa deve essere risolta subito poiché giustizia rinviata è giustizia negata (Barber HR.

The malpractice crisis in obstetrics and gynecology: is there a solution? Bull NY Acad Med. 1991; 67:162-72)

Etica

Non è il momento di entrare nello specifico dei problemi etici che sono prepotentemente emersi a seguito dell'approfondimento della tecnologia e che incidono nelle scelte professionali. Voglio in questa sede solo ricordare i principi basilari che devono essere considerati nelle scelte etiche:

Autonomia: il diritto della paziente a scegliere o rifiutare il procedimento diagnostico e terapeutico

Beneficenza: ricercare il bene del paziente

Non maleficenza: evitare di danneggiare il paziente

Giustizia: il bene non può valere solo per pochi ma la proposta deve poter essere fatta a molti se non a tutti.

Rapporti professionali

I meno giovani tra noi sono stati educati ad avere un rapporto diretto ed unico con la paziente. L'ostetrica si inseriva in tale rapporto ma in posizione non preminente e di supporto. Con la trasformazione del diploma in laurea triennale, il ruolo delle ostetriche si è modificato e ha modificato anche il sentire da parte delle ostetriche. Il grado maggiore del titolo di studio, le maggiori possibilità offerte nel campo professionale, le maggiori responsabilità loro affidate hanno fatto sì che in alcuni aspetti professionali le ostetriche tendono ad un ruolo più importante e talora conflittuale con il laureato in Medicina e ad avere un rap-

porto più diretto ed immediato con la paziente. Ciò non può non influire sui rapporti tra queste due figure professionali soprattutto in ambito ospedaliero.

Qualità

LINEE GUIDA

Stanno prendendo sempre più piede nel nostro agire quotidiano strumenti (linee guida, protocolli, raccomandazioni, percorsi diagnostico-terapeutici) che hanno come finalità il raggiungimento di una uniformità di comportamento basata sulla valutazione dei migliori dati diagnostico-terapeutici ottenibile dalla letteratura al fine di una ottimizzazione e prevedibilità della spesa sanitaria, una trasparenza nei rapporti con la paziente, una confrontabilità dei dati tra realtà diverse, un comportamento migliore (Evidence Based Medicine) nonché una difesa dell'operato del medico ed una facilitazione nella diagnosi e cura. Ma ancora oggi solo nel 4% dei casi si usano protocolli che hanno dimostrato una forte evidenza statistica ed un 45% con nessuna evidenza ma con un forte consenso dei medici; vi è ancora un 51% dei casi in cui si utilizzano strumenti diagnostici o terapeutici con modesta evidenza statistica e modesto consenso medico.

ISO 9000, VISION 2000, i criteri della Joint Commission Americana sono strumenti per la qualità che vengono utilizzati per aiutare nella gestione della sanità. Faticosi da preparare e talora farraginosi nel loro uso.

Aspetti economici

L'inserimento del pagamento a prestazione (DRG) e l'attivazione della gestione budgetaria

della sanità sono altri due strumenti con cui il ginecologo di oggi si trova a confrontarsi.

Occorre cambiare la mentalità. Dopo anni di gestione economica non discussa, di spese non sempre giustificate, di pagamenti effettuati agli ospedali in base alla spesa e non in base alla assistenza oggi ci viene richiesto di valutare le spese e confrontarle con la complessità della assistenza. La sensazione è quella di doversi trasformare in "ragionieri della sanità", ma ciò accade nei casi in cui non viene adeguatamente discusso il budget.

Molto è cambiato nella sanità italiana, molto è cambiato nel mondo ostetrico-ginecologico, ma l'uomo richiede sempre attenzione e cura. Esiste una cultura primaria che guarda all'uomo come soggetto e da questo sguardo deriva la cultura secondaria che utilizza la tecnologia. Una cultura secondaria senza un riferimento preciso alla cultura primaria comporta sempre una violenza sull'uomo.