

Tra razionalizzazione delle risorse e umanizzazione del percorso nascita: quali cambiamenti per ostetriche e ginecologi?

Between rationalization and humanization of birth: what changes for midwives and gynecologists?

Elena Spina

Ricercatrice di sociologia economica, Università Politecnica delle Marche

Parole chiave: relazioni interprofessionali, politiche materno-infantili, razionalizzazione, umanizzazione

RIASSUNTO

Obiettivi: le politiche materno-infantili costituiscono un tema centrale nell'agenda politica di molti Paesi compresa l'Italia dove da tempo il dibattito appare polarizzato su due concetti spesso considerati contrapposti: quello di umanizzazione e quello di razionalizzazione. L'articolo si concentra su questa contrapposizione focalizzandosi, in particolare, sulla tensione che ne deriva sulle relazioni interprofessionali, laddove le diverse professionalità coinvolte nella nascita (ostetriche e ginecologi) tendono ad enfatizzare l'una o l'altra dimensione, per arrivare a comprendere se e in che misura possa cambiare la loro configurazione professionale.

Metodi: dopo aver presentato le più recenti politiche sulla maternità introdotte in Italia ed aver brevemente illustrato la dinamica storica delle relazioni tra ostetriche e ginecologi, l'articolo mostra i principali risultati di uno studio empirico condotto nei punti nascita dell'azienda Sanitaria Unica Regionale delle Marche dove i professionisti hanno compilato un questionario appositamente costruito dall'unità di ricerca.

Risultati: il quadro che emerge è quello di due categorie professionali che reclamano spazi di autonomia e rivendicano una giurisdizione senza aver sempre chiari i rispettivi confini entrando così inevitabilmente in conflitto. Sebbene mostrino, a livello micro, rapporti di collaborazione e di scambio, di fatto esprimono una certa divergenza nel modo di concepire l'assistenza e la cura oltre che nel modo di essere professione, interpretando in modo diverso il concetto di fisiologia e finendo per configurare forme di dominanza dell'una sull'altra.

Conclusioni: le recenti politiche, in Italia, stanno determinando cambiamenti importanti per le professioni coinvolte nel percorso nascita e, in particolare, per l'ostetrica la cui professionalizzazione sta vivendo una nuova fase che può presentare nuove opportunità come pure nuovi rischi.

Key words: interprofessional relationships, maternity policies, rationalization, humanization of care

SUMMARY

Objectives: maternity policies are a central issue in the political agenda in many western Countries including

Autore per corrispondenza: e.spina@staff.univpm.it

Italy, where for a long time, the debate appears to be polarized on two concepts that are often considered as opposed: that of humanization and that of rationalization. The article focuses on this opposition, placing particular emphasis on the tension that arises on inter-professional relations where professionals who are involved in birth (midwives and gynecologists) tend to emphasize one or other dimension, in order to understand whether and to what extent it can change their professional configuration.

Methods: after having presented the most recent maternity policies introduced in Italy and having briefly illustrated the historical dynamics of the relations between midwives and gynecologists, the article shows the main results of an empirical study that was carried out at the birthplaces of the Azienda Sanitaria Unica Regionale of Marche Region where professionals completed a questionnaire that was specifically built by the research unit.

Results: the picture that emerges is that of two professional groups that claim spaces of autonomy as well as a jurisdiction without having clear their own borders, thus inevitably entering in conflict. Although, at a micro level, they show collaborative relations based on scientific exchange, in fact they express a divergence in the way of conceiving assistance and care as well as in the way of being a profession, interpreting the concept of physiology differently and ending up configuring forms of dominance of one over the other.

Conclusions: the recent policies, in Italy, are determining important changes for professions involved in birth, especially for midwives whose professionalization is experiencing a new phase that can present new opportunities as well as new risks

Introduzione

Le politiche materno-infantili costituiscono un tema centrale nell'agenda politica di molti Paesi occidentali e la ricerca su questi aspetti è incoraggiata e sostenuta anche a livello sovranazionale. Il benessere materno e infantile ricade, infatti, nel più ampio obiettivo di promuovere efficacemente la salute al fine di prevenire le malattie, migliorare il benessere, implementare l'efficienza in termini economici e migliorare il processo decisionale in termini di prevenzione e trattamento, per identificare e sostenere la diffusione delle migliori pratiche in materia di salute e di assistenza.

Va osservato, a riguardo, come da tempo il dibattito sulle politiche per la maternità appaia polarizzato su due concetti spesso considerati contrapposti: quello di umanizzazione e quello di razionalizzazione.

Il primo termine, che ha a che fare con il modo di vivere l'evento della nascita, rimanda ad una concezione olistica di benessere che coinvolge la triade madre-padre-bambino (1-2). Umanizzare, in questa accezione, significa personalizzare ed implica offrire alle persone che vivono l'esperienza della nascita, la scelta di conservare e riprodurre i propri valori, le proprie convinzioni, i desideri e le aspettative favorendone l'arricchimento (3). Nella carta dei servizi del percorso nascita elaborate da diverse aziende sanitarie su indicazione del Ministero della Salute (4), l'umanizzazione viene intesa come il diritto ad una sanità rispettosa delle esigenze relazionali delle persone, realizzata attraverso un percorso caratterizzato dall'ascolto, dalla condivisione, dalla partecipazione e dal coinvolgimento, senza trascurare gli aspetti organizzativi e strutturali. Assume importanza, a riguardo, anche l'ambiente in cui la nascita avviene che deve essere idoneo a trasmettere sicurezza

e tranquillità affinché gli utenti vivano l'esperienza nel modo più soddisfacente possibile. Il termine razionalizzazione, di weberiana memoria, rimanda invece al modo di organizzare un evento al fine di poterlo coordinare e pianificare su larga scala, prevedendone per quanto possibile gli esiti. Derivata del progresso scientifico e tecnologico che ha interessato la medicina nel corso dei secoli, favorendo il superamento di molte criticità, la razionalizzazione della nascita può essere inserita nell'ottica del miglioramento delle performance, in termini di salute e di risparmio delle risorse. Essa si realizza su due piani distinti: da un lato, richiede una riconfigurazione dei luoghi del nascere, che implica una riorganizzazione dei punti nascita finalizzata alla riduzione dei rischi connessi a tale evento e, dunque, la chiusura delle unità ospedaliere non in grado di assicurarne la sicurezza. Dall'altro, impone una maggiore strutturazione organizzativa che può essere garantita da una diversa scansione dei tempi e delle attività assistenziali con il rischio, tuttavia, di burocratizzare eccessivamente le procedure, le routine organizzative oltre che l'operato dei professionisti.

I concetti di umanizzazione e razionalizzazione tendono, così, ad essere interpretati come due estremi di un continuum e, dunque, ad autoescludersi. In effetti risulta difficile pensare che si possa umanizzare la nascita all'interno di contesti rigidamente strutturati da routine prestabilite in cui i tempi e le modalità vengono previsti *ex ante*. Si tratta, tuttavia, di una sfida per i sistemi sanitari e, più in generale, per i governi che sempre di più si prefiggono l'obiettivo di un aumentato benessere dei propri cittadini.

In questo quadro appare rilevante l'operato dei professionisti ai quali, in linea con la tensione tra i due termini, è richiesto, da un lato, un maggiore coinvolgimento nell'assistenza e nella cura affinché intercettino i bisogni dell'utenza e diano ad essa risposte personalizzate e, dall'altro, è imposto un più stretto rispetto delle procedure e ad un più rigido controllo del loro stesso operato. In aggiunta, tale tensione sembra riproporsi nei rapporti interprofessionali laddove le diverse professionalità coinvolte nella nascita (tra cui ostetriche e ginecologi) tendono ad enfatizzare l'una o l'altra dimensione.

È su questa tensione, in particolare, che questo contributo si concentra: dopo aver presentato le più recenti politiche sulla maternità introdotte in Italia ed aver brevemente illustrato la dinamica storica delle relazioni tra ostetriche e ginecologi, l'articolo mostra i principali risultati di uno studio empirico condotto in alcuni punti nascita della regione Marche. Da ultimo vengono proposte alcune riflessioni e immaginati alcuni possibili scenari futuri sull'evoluzione del ruolo ostetrico.

1. Tra razionalizzazione e umanizzazione: le politiche per la maternità in Italia

Nel dicembre del 2010 in Italia viene approvato il piano per la riorganizzazione dei punti nascita, predisposto dal Ministero della Salute e approvato dalla Conferenza Stato-Regioni. Tale Piano fa seguito al processo di riorganizzazione delle reti regionali di assistenza

ospedaliera iniziato con un impegno previsto dal “Patto per la Salute 2010 – 2012”, siglato il 3 dicembre 2009 tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano. Il piano è finalizzato alla promozione e al miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita. Si articola in dieci linee di azioni da avviare congiuntamente a livello nazionale, regionale e locale. La prima linea di azione, denominata “Misure di politica sanitaria e di accreditamento” contempla la “razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 1000/anno”. In questo modo si decreta la chiusura dei reparti di maternità con meno di 500 parti e la riorganizzazione di quelli che effettuano tra i 500 e i 1000 parti sulla base di precisi standard operativi, di sicurezza e tecnologici elencati in dettaglio negli allegati al documento. Tra le altre azioni indicate nel piano rilevano quelle volte alla elaborazione della carta dei servizi per il percorso nascita, alla integrazione territorio-ospedale, alla predisposizione e all'implementazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita e, infine, allo sviluppo di linee guida sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo.

Quest'ultima azione sta alla base delle raccomandazioni emanate dal Sistema Nazionale per le Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità nel 2010 (la prima parte) (5) e nel 2012 (la seconda parte) (6), finalizzate alla promozione dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e alla riduzione del taglio cesareo, piuttosto diffuso nella penisola, seppure in modo differenziato da una regione all'altra (7). Nella presentazione delle Linee Guida (5) si legge “è necessario promuovere interventi di sanità pubblica finalizzati, da una parte, al recupero dell'appropriatezza nella pratica clinica che valorizzi il ruolo dei professionisti della salute e il loro impegno a tutela delle persone assistite, dall'altra a una maggiore consapevolezza e partecipazione attiva delle donne alle decisioni sulla gravidanza e sul parto”.

Entrambi i documenti coinvolgono in modo diretto le professioni della nascita, ostetriche e ginecologi, e contribuiscono a ridisegnare la mappa delle relazioni interprofessionali oltre ad aprire nuovi possibili scenari futuri.

2. La storia recente della lenta professionalizzazione dell'ostetrica tra dominanza e autonomia

La storia delle relazioni tra ostetriche e ginecologi ha condizionato, ed è stata a sua volta influenzata, dall'andamento del percorso di professionalizzazione dell'ostetrica. Si tratta di un percorso molto lungo, piuttosto articolato, che, specie con la nascita e il successivo sviluppo della ginecologia come disciplina medica, procede in maniera discontinua alternando fasi di ascesa a fasi di declino dello status professionale (8-9) a seconda dei margini di autonomia goduti dalla categoria professionale e/o della dominanza medica (10). Quest'ultima espressione, introdotta da Freidson nel 1970, è intesa qui come potere

esercitato dalla professione medica sui gruppi occupazionali addetti allo svolgimento di compiti e mansioni ausiliarie (11-14). Si tratta di forme di controllo esercitate dai medici che hanno assunto nel tempo dimensioni diverse (funzionale, gerarchica, scientifica e istituzionale), che si sono presentate con maggiore o minore intensità e che sono evolute insieme ai contesti plasmando di volta in volta configurazioni professionali ed organizzative diverse.

A partire dai primi anni del Novecento, il percorso di professionalizzazione dell'ostetrica può essere suddiviso in tre fasi, in ciascuna delle quali, si modificano gli spazi di autonomia goduti dalla professione (9). Durante il primo periodo, che corrisponde ai primi quarant'anni del Novecento, la categoria può contare su una forte legittimazione sociale, anche grazie all'istituzione della condotta, esercitando la propria attività con un discreto grado di autonomia, benché sia priva di un formale riconoscimento giuridico. Durante la seconda fase, che va dagli anni '50 alla fine degli anni '80 del Novecento, l'ospedalizzazione e la crescente medicalizzazione dei parti limitano l'autonomia delle ostetriche italiane che, a seguito dell'istituzione del Servizio sanitario nazionale (Ssn), vengono trasferite all'interno dei nosocomi. Gli anni dell'aziendalizzazione sanitaria coincidono con l'inizio della terza fase che si protrae fino al primo decennio del 2000 ed è caratterizzata dall'avvio di un percorso di neo-professionalizzazione finalizzato ad una maggiore qualificazione delle occupazioni sanitarie non mediche cui non sembra seguire però, sul piano sostanziale, un reale aumento dell'autonomia (8-9). Da questo momento è possibile ipotizzare che una serie di cambiamenti, tra cui l'avvento di un nuovo clima culturale, spinte verso una maggiore razionalizzazione sanitaria unitamente ad esigenze di umanizzazione dell'assistenza, abbiano determinato l'avvio di una quarta fase le cui prospettive di sviluppo non sono facilmente prevedibili. L'applicazione delle disposizioni citate all'inizio del paragrafo e il ruolo giocato dai neonati ordini professionali delle professioni sanitarie non mediche, rappresentano variabili non secondarie che possono orientare tale percorso.

Osservando le ricadute delle normative sullo status professionale dell'ostetrica, si possono immaginare almeno due scenari.

Da un lato, le Linee Guida sulla fisiologia della nascita volte a demedicalizzare l'evento e a ricondurlo entro una dimensione più naturale, possono offrire una nuova chance alla categoria professionale che potrebbe così riconquistare quel terreno in parte sottrattole dalla chirurgizzazione del parto.

Dall'altro, il piano per la riorganizzazione dei punti nascita, nell'imporre nuove configurazioni organizzative, può restringere gli spazi di autonomia dell'ostetrica e limitare i confini delle proprie attività. La razionalizzazione dei punti nascita può infatti limitare lo sviluppo della professione su due piani distinti. Dal punto di vista quantitativo, laddove la chiusura dei piccoli reparti di maternità implicherà un ricollocamento del personale occupato e un blocco delle assunzioni per gli anni a venire, riducendo le possibilità di

espansione quantitativa di una professione già tutt'altro che numerosa(15)¹. Dal punto di vista dei contenuti professionali, la questione riguarda i reali spazi di autonomia che verranno garantiti all'ostetrica all'interno di organizzazioni ospedaliere di grandi dimensioni, caratterizzate da una consistente concentrazione dei parti. Il rischio, infatti, può essere legato a una progressiva routinizzazione e meccanizzazione delle funzioni svolte, con una conseguente perdita dei contenuti che compongono e definiscono la professionalità dell'ostetrica(16)².

Queste non sono che ipotesi relative ad alcune prospettive future; sarà pertanto necessario attendere qualche anno per poterne valutare realmente gli esiti. Nel frattempo, però, possono essere osservati gli atteggiamenti degli operatori, i loro orientamenti verso la pratica professionale, i valori che guidano le loro interazioni. Si possono cioè analizzare i presupposti che stanno alla base della crescita in senso professionale di un'occupazione che, ad oggi, può essere considerata una professione solo sul piano formale (8, 17, 9) restando confinata nel novero di quelle che Etzioni (18) ha definito semi-professioni riferendosi a quei gruppi occupazionali privi di uno o più tratti distintivi tipici delle professioni consolidate e dunque dotati di minore autonomia e assoggettati a forme di controllo sociale più stringente.

3. Tra dominanza e autonomia: quale ruolo per l'ostetrica? Una ricerca empirica

Il disegno della ricerca

I cambiamenti avvenuti negli ultimi anni pongono, come si è visto, una serie di interrogativi, primo fra tutti quello volto a capire come possa cambiare la configurazione professionale delle categorie che si occupano di maternità. In particolare, ci si può chiedere se e in che misura il ruolo dell'ostetrica sia destinato a cambiare, guardando sia al set di funzioni/competenze/responsabilità che compongono il suo essere professione, sia ai rapporti con gli altri operatori della sanità, ginecologi in primis.

Al fine di approfondire questi aspetti nel 2017, nell'ambito di un Progetto Strategico di Ateneo finanziato interamente dall'Università Politecnica delle Marche, è stata avviata una ricerca che ha coinvolto demografi, medici ed esperti di comunicazione. Nell'ambito di tale studio una fase è stata dedicata alla ricerca empirica svolta in tutti i punti nascita dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale delle Marche.

A seguito delle disposizioni contenute nel Piano per la riorganizzazione dei punti nascita, la Regione Marche ha provveduto ad adeguarsi, seppur con un ritardo che però ha

¹ Oggi in Italia sono censite 15.241 ostetriche.

² Se, da un lato, questa nuova configurazione organizzativa può compromettere il percorso di crescita professionale delle ostetriche ospedaliere, che oggi costituiscono la grande maggioranza, dall'altro la razionalizzazione delle strutture può favorire lo sviluppo di una pratica privata ancora scarsamente diffusa (3-5% secondo le stime della FNCO).

riguardato anche le altre regioni italiane: in un clima fortemente contestativo, nel 2016 è stata annunciata la chiusura di tre punti nascita con meno di 500 parti annui, Osimo, San Severino e Fabriano, cui ha fatto seguito l'immediato smantellamento dei reparti di ostetricia dei primi due ospedali e, solo a gennaio 2019, è stato chiuso anche quello di Fabriano³.

A fronte di 15 punti nascita presenti sul territorio regionale prima di tale data, oggi essi si sono ridotti a 12.

REGIONE MARCHE		
AZIENDE OSPEDALIERE	REPARTI DI MATERNITA'	Parti annui (2017)
Azienda Ospedaliera Marche Nord	Pesaro	790
	Fano	715
Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti	Ancona (clinica universitaria)	1.187
	Ancona (divisione ospedaliera)	917
Asur	Urbino	652
	Senigallia	646
	Jesi	826
	Fabriano	331
	Osimo	
	San Severino	
	Civitanova Marche	708
	Macerata	1.385
	Fermo	897
	San Benedetto Del Tronto	802
	Ascoli Piceno	585
Parti a domicilio		7
TOTALE		10.448

Fonte: nostra elaborazione su dati ASUR

Tabella 1 - Reparti di maternità presenti nella Regione Marche e parti annui

Come si evince dalla Tabella 1, negli ospedali Asur sono nati, nel 2017, 6.832 bambini (il 65,4% del totale). In questi reparti lavorano complessivamente 364 unità di personale, di cui il 21,9% è composto da medici, il 45% da ostetriche, il 20,4% da infermieri e il 12,6% da oss e ausiliari (Tab. 2).

³ A seguito delle prime due chiusure erano state avanzate istanze in cui si chiedeva la sospensiva della deliberazione dell'Asur, poi respinte dal Tar Marche che invece, rispetto al nosocomio fabrianese, aveva inizialmente concesso una deroga in ragione della collocazione della città in una zona orograficamente difficile, deroga poi rigettata dal Ministero.

PERSONALE PRESSO LE UNITA' OPERATIVE DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA ASUR MARCHE ALLA DATA DEL 20 APRILE 2018															UTENTI
	MEDICI			OSTETRICHE			INFERMIERI			OSS E AUSILIARI			TOTALE		
	IN SERVIZIO	COMPILATI	%	IN SERVIZIO	COMPILATI	%	IN SERVIZIO	COMPILATI	%	IN SERVIZIO	COMPILATI	%	IN SERVIZIO	COMPILATI	%
URBINO	9	9	100,0	12	12	100,0	8	8	100,0	6	6	100,0	35	35	100,0
FABRIANO	7	0	0,0	14	9	64,3	13	9	69,2	4	4	100,0	38	22	57,9
JESI	9	2	22,2	15	15	100,0	14	10	71,4	5	4	80,0	43	29	67,4
SENIGALLIA	10	10	100,0	22	21	95,5	2	2	100,0	6	6	100,0	40	39	97,5
CIVITANOVA M	9	5	55,6	19	18	94,7	8	9	112,5	3	2	66,7	39	33	84,6
MACERATA	10	10	100,0	29	25	86,2	7	8	114,3	4	4	100,0	50	45	90,0
FERMO	10	9	90,0	18	15	83,3	6	7	116,7	6	6	100,0	40	37	92,5
ASCOLI PICENO	9	5	55,6	20	13	65,0	5	3	60,0	6	5	83,3	40	27	67,5
SAN BENEDETTO T	7	6	85,7	15	14	93,3	11	10	90,9	6	5	83,3	39	35	89,7
TOTALI	80	56	80,0	164	142	86,5	74	66	89,2	46	42	91,3	364	302	83,0

Fonte: nostra elaborazione su dati ASUR

Tabella 2 - Personale presso le unità operative di ostetricia e ginecologia dell'Asur Marche al 20 aprile 2018 e utenti che hanno aderito all'indagine

Durante la ricerca empirica è stato individuato un arco temporale di 15 giorni (dal 23 maggio al 6 giugno 2018) durante il quale operatori sanitari (ostetriche, ginecologi, infermieri e personale ausiliario) e pazienti hanno compilato un questionario appositamente costruito dall'unità di ricerca. Il tasso di risposta è stato piuttosto elevato considerato che sono stati restituiti 302 questionari dal personale in servizio, pari all'83%. Tra gli utenti ne sono stati raccolti 213, di cui 46 compilati da stranieri (pari al 21,6%)⁴.

Nelle pagine che seguono l'attenzione verrà concentrata sull'analisi di alcuni items relativi ai questionari auto-compilati da ostetriche e ginecologi per provare ad interpretare la direzione del cambiamento determinato dalle recenti normative. A tale scopo vengono in particolare osservati tre aspetti:

la percezione di ciascuna categoria professionale in relazione alla qualità dei servizi offerti, intesa in termini di umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza;

le relazioni intra e interprofessionali;

la percezione di ciascuna categoria rispetto ai cambiamenti che l'applicazione della normativa sta determinando.

3.2 Alcuni primi risultati

Il campione

Prima di illustrare i risultati dell'indagine, sembra opportuno presentare brevemente il campione.

⁴ Il questionario era stato tradotto in inglese, in francese, in spagnolo, in albanese e in arabo.

Le 142 ostetriche che hanno compilato il questionario (86,6% del totale), sono quasi tutte donne (2 soli uomini) e hanno un'età media piuttosto bassa pari a 41,2 anni: oltre il 60% ha meno di 45 anni (tabella 3). Il 54,2% è sposata/convivente e soltanto il 35,7% non ha figli. Le più anziane hanno seguito i vecchi corsi per infermieri e, successivamente, il biennio per diventare ostetriche; le più giovani, invece, hanno conseguito la laurea triennale; 14 rispondenti hanno poi proseguito il percorso di studi laureandosi presso un corso magistrale, mentre 36 hanno frequentato un master di I livello abilitante alle funzioni di coordinamento. Soltanto 4 rispondenti sono coordinatrici del reparto in cui lavorano.

Coorti	Ostetriche		Ginecologi	
	v.a.	%	v.a.	%
Minore di 30	16	11,4%	0	0,0%
Da 30 a 34	31	22,1%	3	5,5%
Da 35 a 39	24	17,1%	13	23,6%
Da 40 a 44	14	10,0%	8	14,5%
Da 45 a 49	13	9,3%	3	5,5%
Da 50 a 54	17	12,1%	7	12,7%
Da 55 a 59	20	14,3%	10	18,2%
Over 60	5	3,6%	11	20,0%
Totale	140	100,0%	55	100,0%

Fonte: nostra elaborazione

Tabella 3 - Ostetriche e ginecologi per coorti d'età

Il 53,5% dei 56 medici che hanno preso parte all'indagine⁵ è composto da donne; l'età media complessiva è di 48 anni, con un ampio gradiente tra maschi, il cui valore sale a 56, e femmine che, invece, sono molto più giovani (43 anni), a conferma del processo di progressiva femminilizzazione della professione medica (19, 20). Il 18% dirige una struttura complessa e il 55% una struttura semplice; osservando il dato da una prospettiva di genere, viene confermato il permanere di una certa segregazione femminile in termini di carriera (19, 21) laddove le donne in posizione apicale sono in numero inferiore rispetto agli uomini, pur essendo maggioranza nel campione. Il 72% dei medici è coniugato/convivente e il 75% ha dei figli.

3.2.2 La percezione dei professionisti rispetto ai servizi offerti in termini di umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza

Soltanto il 40% delle ostetriche dichiara che nei rispettivi reparti viene sempre garantito

⁵ I medici dell'ospedale di Fabriano, intercettati prima della chiusura del reparto, si sono rifiutati di compilare il questionario.

il rispetto della fisiologia del parto, nonostante il 67% ammetta che sia previsto un apposito percorso nascita (spazi fisici, strumentazione, protocolli), differenziato da quello riservato alle pazienti che vivono una condizione patologica. Ad impedire il rispetto della fisiologia sarebbero, stando alle intervistate, i protocolli organizzativi (40%) ma anche la carenza di personale (20,3%) oltre che i tempi stretti entro cui si articola il processo assistenziale (15,2%).

A riguardo va subito rilevato un forte divario con quanto affermato dai ginecologi, per l'83,6% dei quali il rispetto della fisiologia sarebbe invece sempre garantito.

Le ostetriche lamentano, dunque, una scarsa attenzione alla fisiologia del percorso nascita il che pare confermato dall'elevata percentuale (67,1%) di quante affermano che anche in caso di parto a basso rischio in sala parto è richiesta comunque la presenza del ginecologo, contro una percentuale di questi ultimi ferma al 20%. Questo dato fa emergere anche una diversa percezione rispetto alla esistenza di forme di dominanza medica.

Se, dunque, da un lato le ostetriche manifestano una certa insoddisfazione rispetto alla possibilità di esprimere completamente il proprio sé professionale, dall'altro si intravedono segnali positivi in relazione al processo di umanizzazione che coinvolge in modo pregnante tale figura occupazionale: per il 90 % di esse (e per il 96,3% dei ginecologi) l'umanizzazione sarebbe garantita. Se, da un lato infatti, può essere compromessa dal mancato rispetto della fisiologia del percorso nascita, dall'altro può trovare garanzie di realizzazione, secondo le intervistate, nell'espletamento di alcune pratiche ampiamente incentivate nelle strutture ospedaliere quali il contatto pelle a pelle e il rooming-in⁶ (97,7%), oltre al breastfeeding⁷ (52,3%) e al sostegno psicologico post-partum (35,9%). Anche l'accortezza mostrata nel ricoverare in camere separate le pazienti ginecologiche dalle pazienti ostetriche (74,6%), nonostante le difficoltà logistiche e legate all'organizzazione degli spazi, dimostra come vi sia attenzione verso questo aspetto. Tra quante ritengono che l'umanizzazione non venga garantita, prevale la motivazione legata alla carenza di personale ma anche all'eccessiva burocratizzazione delle procedure che riduce la quantità di tempo da dedicare alle donne. Vale la pena di sottolineare, per contro, come nessuna indichi nell'eccessivo numero di utenti il motivo della mancata umanizzazione nonostante, però, il 47,8% sostenga che il numero degli operatori del reparto non sia sufficiente alle necessità dell'utenza e oltre l'87% dichiara che sarebbe utile prestare una maggiore attenzione al benessere degli utenti in termini alberghieri, di assistenza e di sostegno a familiari e parenti.

Guardando alle risposte fornite dai medici si osserva un malcontento più spiccato su quest'ultimo punto: il 76% di essi crede che il numero degli operatori non sia adeguato a soddisfare

⁶ Il rooming-in è la pratica che permette di collocare il neonato nella camera insieme alla madre piuttosto che essere affidato ad un nido ospedaliero.

⁷ Il breastfeeding è l'allattamento al seno.

le esigenze degli utenti e che vada prestata una maggiore attenzione al loro benessere (86,3%). Nonostante ciò, tuttavia, l'80% dei ginecologi e il 77,3% delle ostetriche ritengono che l'organizzazione dei reparti permetta di instaurare relazioni empatiche con le partorienti.

3.2.3 Le relazioni intra e interprofessionali

Passando ad osservare le relazioni intra e interprofessionali, emergono particolari utili a comprendere meglio la direzione del processo di cambiamento.

Un primo aspetto interessante riguarda il modo di percepire i rapporti intra professionali (Tab. 4).

	Ginecologi	Ostetriche
Di indifferenza	0,0	1,5
Di reciproca stima	42,6	42,3
Di scambio professionale	38,9	30,7
Conflittuali	1,9	0,7
Cordiali	16,7	10,2
Di amicizia	0,0	14,6
Totale complessivo	100,0	100,0

Fonte: nostra elaborazione

Tabella 4 - Relazioni intra professionali (valori percentuali)

Nessun medico li qualifica in termini di amicizia, cosa che avviene nel 14,6% dei casi tra le ostetriche; per contro, tra queste ultime, una seppur piccola percentuale definisce le relazioni con le colleghe in termini di indifferenza, cosa che invece non accade tra i primi. Piuttosto limitata sembra essere la conflittualità intra professionale a vantaggio di relazioni basate per lo più sulla stima reciproca e sullo scambio professionale (Tabella 5). Guardando alle relazioni interprofessionali si osserva un notevole divario rispetto all'uso delle etichette impiegate nel questionario per definirle. Le ostetriche privilegiano la definizione basata sullo scambio professionale (36,7%) che invece è meno utilizzata dai ginecologi (29,4%) preferendo qualificare le relazioni con le ostetriche in termini di stima (37,3% contro il 27,3% delle ostetriche). Nessun professionista definisce le relazioni con l'altra categoria come rapporti di amicizia e soltanto l'1,4% delle ostetriche le qualifica in termini di indifferenza. Trascurabile per entrambe le categorie, la percentuale di quanti le connotano come relazioni conflittuali (Tab. 5) a dimostrare come nella quotidianità dei rapporti si riproduca poco quella distanza di posizioni che a livello ideologico separa le due professioni.

	Ostetriche vs Ginecologi	Ginecologi vs Ostetriche
Di indifferenza	1,4	0,0
Di reciproca stima	27,3	37,3
Di scambio professionale	36,7	29,4
Conflittuali	11,6	9,8
Cordiali	23,0	23,5
Di amicizia	0,00	0,0
Totale	100	100

Fonte: nostra elaborazione

Tabella 5 - Rapporti interprofessionali (valori percentuali)

3.2.4 La percezione dei professionisti rispetto ai cambiamenti introdotti dalla normativa

Venendo al terzo e ultimo aspetto, quello relativo alla percezione delle conseguenze derivanti dall'applicazione delle recenti normative, va innanzitutto osservato come il 20% delle ostetriche abbia dichiarato di non conoscerne i contenuti, contro una percentuale ferma al 7,4% tra i ginecologi che appaiono, dunque, un poco più consapevoli a riguardo. Le risposte fornite ad alcuni dei quesiti che componevano la domanda sembrano piuttosto disomogenee all'interno di ciascuna categoria, a dimostrazione di una scarsa compattezza su questo fronte; ciò che rileva maggiormente, tuttavia, è la divergenza di opinioni tra le due categorie professionali (Tabella 6).

Tra le ostetriche prevale un forte scetticismo circa le ricadute delle normative: se da un lato riconoscono che esse potranno garantire maggiore sicurezza alle partorienti e ai neonati (68%), dall'altro credono che andranno a determinare un aumento della burocratizzazione del lavoro (67,6%), un'accelerazione del processo di medicalizzazione del parto (56,8%) privilegiando il risparmio rispetto al benessere delle partorienti (58,6%) e finendo per ridurre la qualità dei servizi forniti dal sistema sanitario (57,3%). Del resto, solo il 44,4% delle rispondenti ritiene che le recenti leggi abbiano migliorato la qualità delle prestazioni erogate e appena la metà si dice convinta che esse ridurranno i rischi di errori umani.

Piuttosto diversa è la lettura che emerge dalle percezioni dei ginecologi, tra i quali prevale invece un certo ottimismo: valutano infatti positivamente le ricadute della normativa che, a detta loro, migliorerebbe la qualità delle prestazioni fornite (73,6%), garantendo maggiore sicurezza agli utenti (79,2%), riducendo il rischio di errori (76,3%), non compromettendo i percorsi fisiologici del parto né implementando la medicalizzazione (32,1%).

	Garantisce maggiore sicurezza alle partorienti e ai neonati		Riduce i rischi di errori da parte degli operatori sanitari		Migliora la qualità delle prestazioni fornite		Rappresenta una riduzione dei servizi che il sistema sanitario fornisce al cittadino		Privilegia il risparmio rispetto al benessere degli utenti		Provoca un incremento della medicalizzazione del parto		Incrementa il livello di burocratizzazione del lavoro	
	Ost	Gin	Ost	Gin	Ost	Gin	Ost	Gin	Ost	Gin	Ost	Gin	Ost	Gin
Accordo	68,1	79,3	51,4	73,6	45,5	73,6	57,3	53,9	58,6	45,2	56,8	32,1	67,6	52,8
Né d'accordo né disaccordo	6,2	11,3	13,5	9,4	20,0	13,2	18,2	9,6	19,8	20,8	15,3	24,5	19,8	18,9
Disaccordo	25,7	9,4	35,1	17,0	34,5	13,2	24,5	36,5	21,6	34,0	27,9	43,4	12,6	28,3
Totale	100,0	100,0	100,1	100,0	99,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: nostra elaborazione

Tabella 6 - Percezione circa le conseguenze della recente normativa da parte delle ostetriche e dei ginecologi (%)

Discussione

Il quadro che emerge dai primi risultati dell'indagine sembra essere rassicurante per certi aspetti e più critico per altri.

Sul piano della qualità dell'assistenza, la percezione degli operatori, restituisce l'immagine di un servizio sanitario regionale attento al benessere dei cittadini, in grado di offrire prestazioni personalizzate, che pongono al centro l'individuo e i suoi bisogni e che, dunque, permettono di vivere un'esperienza umanizzata del parto. La razionalizzazione dei punti nascita, da questo punto di vista, sembra non aver compromesso la qualità dell'assistenza. La riduzione della natalità che si è verificata nell'ultimo periodo può aver favorito questo processo, limitando il sovraffollamento delle strutture rimaste aperte che si sarebbe potuto verificare se il trend delle nascite fosse aumentato o rimasto inalterato dopo la chiusura dei punti nascita.

Sul piano delle relazioni interprofessionali il quadro che emerge è quello di due categorie professionali, tanto vicine nelle funzioni svolte, ma al tempo stesso tanto lontane, che reclamano spazi di autonomia e rivendicano una giurisdizione senza aver sempre chiari i rispettivi confini. Nate per occuparsi di situazioni e condizioni diverse (la fisiologia l'ostetricia e la patologia la ginecologia), queste due professioni hanno finito per contendersi la scena del parto, entrando così inevitabilmente in conflitto. Il quadro che sembra emergere è quello di due categorie professionali che, sebbene mostrino a livello micro rapporti di collaborazione e di scambio, di fatto esprimono una certa divergenza nel modo di concepire l'assistenza e la cura oltre che nel modo di essere professione.

Dall'indagine emerge in maniera evidente un ampio divario nell'interpretazione, da parte delle due categorie, del concetto di fisiologia che, va ricordato, non si esaurisce nel mancato ricorso al taglio cesareo, ma implica il rispetto dei tempi naturali ed esclude ogni intervento "artificiale" anche minimo (ad esempio l'uso di ossitocina o la rottura artificiale delle membrane) che invece configura forme di medicalizzazione. Allo stesso

modo la ricerca documenta il permanere di forme di dominanza medica che è fortemente percepita dalle ostetriche. Il profilo professionale dell'ostetrica, formalizzato dalla stessa legge istitutiva (DM 740/1994), stabilisce espressamente che l'ostetrica "conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità" in quanto è "in grado di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono intervento medico". In realtà, tuttavia, come emerge dalla ricerca, molto spesso ciò non accade nella maggior parte dei reparti di maternità oggetto dell'indagine dove i medici sono presenti in sala parto anche in caso di andamento fisiologico.

Considerazioni conclusive

Il piano per la riorganizzazione dei punti nascita, come pure le Linee Guida dell'ISS, stanno determinando cambiamenti importanti per le professioni coinvolte nel percorso nascita.

Il piano, basato sulla logica della maggiore sicurezza, sembra ridefinire gli spazi di autonomia dell'ostetrica e i confini delle proprie attività in senso restrittivo, con il rischio di limitare lo sviluppo della professione; le linee guida, per contro, dettate dalla volontà di demedicalizzare il parto, sembrerebbero agevolere la fisiologia aprendo nuove chance per l'ostetrica.

Certamente questo processo trasformativo sta aprendo una nuova fase nell'ambito del lungo percorso di professionalizzazione dell'ostetrica, fase che può presentare nuove opportunità come pure nuovi rischi (9).

Sul fronte delle opportunità si può ipotizzare che la spinta verso l'umanizzazione del percorso nascita possa permettere alla categoria professionale di stipulare un nuovo patto sociale con l'utenza, consentendole di ricavare così uno spazio di autonomo esercizio professionale. Questa possibilità appare tuttavia minacciata dal rischio che la razionalizzazione delle strutture e la riorganizzazione del sistema ospedaliero, possano routinizzare il percorso della nascita andando così a comprimere proprio quegli spazi di autonomia professionale e rafforzare, per contro, la posizione della professione medica che potrebbe così esercitare forme di controllo e di dominanza ancora più stringenti.

Il caso Marche lascia intravedere come, nonostante il profilo professionale lo preveda espressamente, le ostetriche non riescano ad imporre il rispetto della normativa portando alla luce uno squilibrio in termini di potere e di status rispetto ai medici. Di conseguenza, sembrano manifestare un certo grado di insoddisfazione, legata allo scarso rispetto della fisiologia della nascita, e di frustrazione per la mancata valorizzazione del ruolo che ricoprono. Tutto questo è alla base delle diverse percezioni che medici ed ostetriche hanno rispetto al futuro e, nello specifico, alle ricadute che le normative produrranno sia sull'assistenza, sia, indirettamente, sul loro futuro come professioni.

È ancora troppo presto per riuscire a prevedere quale esito prevarrà e quale potrà essere

lo scenario degli anni a venire. Sono tante, del resto, le variabili che possono influenzare questo processo una delle quali è costituita dalla trasformazione dei collegi delle ostetriche in ordini professionali, avvenuta con legge 3/2018 e successivo decreto attuativo del 13 marzo 2018. Si tratta di un momento importante nella storia della professione e nel suo percorso di ascesa professionale che, almeno formalmente, sancisce un passaggio di status, contribuendo a conferirle la dignità di una professione. Ciò, tuttavia, può non essere sufficiente affinché possa seguire anche una crescita in termini sostanziali: molto dipenderà dalla capacità della categoria di saper trovare una motivazione endogena e dalla abilità di tale neonato organismo istituzionale di muoversi con fermezza e decisione e di adottare azioni e strategie chiare ed esplicite. Soltanto così la professionalizzazione futura potrà assumere i caratteri di un ruolo ricercato più che imposto dall'esterno, come è sempre stato finora, e porre la categoria su un piano di maggiore parità rispetto alle altre.

Bibliografia

1. ANDRIA (a cura di). 1985-1997: raccomandazioni O.M.S. e cambiamenti nella assistenza alla nascita. Lugo di Romagna: Litografia LUGHESE; 1999.
2. Page L. The Humanization of Birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2001; 75(1): S55–S58.
3. Guerresi E, L'umanizzazione della nascita: la mia esperienza. *Riv It Ost Gin* 2006; 9: 464-66.
4. Ministero della Salute, Comitato Percorso Nascita nazionale. Carta dei servizi del percorso nascita. 2011. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_4483_listaFile_itemName_1_file.pdf
5. Istituto Superiore di Sanità. Sistema Nazionale per le Linee Guida Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010.
6. Istituto Superiore di Sanità. Sistema Nazionale per le Linee Guida Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Seconda parte. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012.
7. Ministero della Salute. Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2015. Roma: Ministero della Salute; 2018.
8. Spina E. Ostetriche e Midwives. Spazi di autonomia e identità corporativa. Milano: FrancoAngeli; 2009.
9. Spina E. La professione ostetrica: mutamenti e nuove prospettive. *Cambio, Rivista sulle trasformazioni sociali* 2014; 7: 53-64.
10. Freidson E. Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care. New York: Atherton Press; 1970.
11. Tousijn W. Il sistema delle occupazioni sanitarie. Bologna: Il Mulino; 2000.
12. Tousijn W. La divisione del lavoro sanitario: verso nuovi rapporti tra le professioni sanitarie. *Rivista di diritto delle Professioni Sanitarie* 2001; 4(1): 280-88.
13. Tousijn W. Le professioni sanitarie: per un rinnovamento della logica professionale. *Economia & Lavoro* 2003; 2: 49-61.
14. Tousijn W. Il sistema delle occupazioni sanitarie: dominanza medica e logica professionale. *Salute e Società* 2004; 3: 52-63.
15. AtlanteSanità. Quante ostetriche in Italia. Al sito <http://www.pkegroup.it/html/blog/quante-ostetriche-in-italia.asp>. Consultato il 10 agosto 2019.
16. Guana M. FNCO 2014. Investimento di risorse e concrete opportunità per le nuove generazioni di ostetriche. *Lucina* 2014, 1: 3.

17. Spina E. An evaluation of the professional status of Italian Midwives. *Evidence Based Midwifery* 2013; 11(3): 88-93.
18. Etzioni A. *The Semi-Professions and Their Organization: Teachers, Nurses, Social Workers*. New York: The Free Press; 1969.
19. Vicarelli G. *Donne di medicina. Il percorso professionale delle donne medico in Italia*. Bologna: Il Mulino; 2008.
20. Vicarelli G, Bronzini M. Les femmes médecins en Italie: peu de traces, aucune mémoire et une histoire difficile. In : Ferréol G (sous la dir. de). *Traces et mémoires*. Louvain-la-Neuve: Eme editions; 2018; pp. 241-50.
21. Spina E, Vicarelli G. Are Young Female Doctors Breaking Through the Glass Ceiling in Italy? *Cambio, Rivista sulle trasformazioni sociali* 2015; 9: 121-34.

Conflitti di interessi dichiarati: *nessuno*