

L.M. Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

**“Focus di approfondimento su modelli
ostetrici di integrazione professionale
e socio-sanitaria”**



Lavorare secondo modelli professionali, mito o realtà?

-Lavorare secondo modelli condivisi significa essere pronti ad una assistenza avanzata che segue, come evoluzione naturale, l'assistenza per processi.....

i modelli in questo caso rispondono alla necessità di uniformità di comportamento e alla necessità di una guida per gli operatori responsabili di quel processo.



Di “chi” sono i modelli?

Piccole polemiche e grandi riflessioni

-Chi per primo ha codificato modelli assistenziali sanitari specifici è stato l'infermiere proveniente dall'area anglo – americana in Italia i primi modelli tradotti sono arrivati attorno alla metà degli ottanta



Di “chi” sono i modelli?

-Le ostetriche hanno seguito storie peculiari non paragonabili alle corrispettive professioni all'estero per cui i loro modelli professionali di base riguardano l'assistenza ONE TO ONE (fino nel secondo dopo guerra la levatrice non lavorava in ospedale seguiva singolarmente la donna il neonato e la sua famiglia a casa) ed i modelli provenienti dall'area psicologica (MASLOW) che riguardano la gerarchia dei bisogni .



Teorie assistenziali ostetriche e modelli provenienti dagli U.S.A

Ernestine Wiedenbach

ostetrica progressista laureata a New York nel 1946 ha pubblicato per la prima volta un testo dedicato alla assistenza la donna gravida e al neonato basandolo sulla assistenza alla famiglia “Family Centered Maternity Nursing”

Fautrice di una formazione universitaria per le infermiere, che permettesse loro di superare i limiti della pratica e, inoltre, fu anticipatrice di molti progressi nel settore dell'assistenza pediatrica: già negli anni Cinquanta, per esempio, raccomandava la presenza delle mamme in ospedale accanto ai neonati.



Secondo la filosofia della Wiedenbach

la qualità dell'assistenza ostetrica è determinata da fattori:

1. il significato profondo della vita in senso lato, (pro-life) mettere in atto tutte le risorse a favore della vita

*2. dignità della donna e della sua famiglia
- caring about /caring for -*

l'importanza dell'ambiente socio-culturale che circonda la famiglia .



secondo la Wiedenbach

L'intervento pianificato dell'infermiera è influenzato da cinque fattori:

l'**agente**, rappresentato dall'infermiera stessa,

il **fruitore**, cioè il paziente con tutte le sue caratteristiche,

lo **scopo**, che è il risultato atteso dall'infermiera,

i **mezzi**, vale a dire le abilità, le procedure, le tecniche e le attrezzature che l'infermiera usa per raggiungere lo scopo

la **struttura**, formata dai fattori umani, ambientali, professionali e organizzativi che costituiscono il

setting dell'attività infermieristica, che ne condizionano lo svolgimento.



COSA C'E' DI ATTUALE NEL MODELLO

“LA PRESCRIZIONE”.

La prescrizione tiene conto di fattori peculiari della famiglia e non è standardizzata

“L'AMBIENTE”

inteso sia come fisico che come cultura è *considerato fondamentale ed influisce sulla prescrizione*

“LA VALUTAZIONE FINALE”

molti modelli assistenza trascurano questa fase. Oggi risulta importante valutare un intervento sanitario sotto il profilo dell' appropriatezza.



COSA C' E' DI DISCUTIBILE O SUPERATO IN QUESTO MODELLO:

“ LA FASE DI ACCERTAMENTO ”

*LA W. SOSTIENE CHE ESISTE UNA FASE
INIZIALE “DI INTUIZIONE”
DELLA COMPrensIONE DEL PROBLEMA*



La midwifery led care, dall'esperienza inglese all'esperienza italiana

Le radici della moderna *midwifery* affondano anche nella filosofia della WIEDENBACK, oggi l'evoluzione della assistenza ostetrica per modelli è rappresentata dalla *midwifery led care* che rappresenta il modello integrativo ostetrico per eccellenza, mentre il *case management*, proveniente dal mondo della finanza americano portato in Italia dall'assistenza sociale come metodologia di lavoro, ne riassume la integrazione multiprofessionale



Il supporto teorico del modello

della Midwifery Led Care proviene dalla filosofia della teorica del nursing di E. Wiedemback, secondo la quale la qualità dell'assistenza ostetrica è determinata da quattro fattori:

- Il significato profondo della vita
- La dignità della donna e della famiglia
- Caring about/caring for
- L'importanza dell'ambiente socio culturale che circonda la famiglia



Caratteristiche

di questo modello è che la prescrizione tenendo conto dei fattori della famiglia non può essere standardizzata,

pertanto il contesto influisce sulla prescrizione stessa



Un altro importante supporto teorico

a questo modello di assistenza ostetrica è offerto da E. Schein,, il quale pone particolare rilevanza all'analisi della cultura organizzativa dei contesti ove si opera e attraverso un cambiamento culturale si possono evitare che progetti innovazioni falliscono. Richiede un cambiamento consapevole dell'identità professionale e culturale dei professionisti coinvolti, prima ancora che delle istituzioni.



E' interessante notare

come la continuità assistenziale delle cure ostetriche, come evidenziato dalla letteratura, dimostra un miglioramento della qualità assistenziale confermata da migliori outcomes materni e neonatali



In particolare dalla revisione della letteratura emerge quanto segue:

Attualmente un gruppo mondiale multidisciplinare di ricercatori prosegue un importante lavoro di revisione metanalitica della produzione scientifica, rendendo disponibili informazioni come “**The Cochrane pregnancy and childbirth database**”, utilizzabile su personal computer. Il data base è aggiornato almeno due volte all’anno

- Nel 1985 sono state pubblicate le raccomandazioni dell’OMS^[1] per l’assistenza perinatale, riconfermate sulla base di una revisione metanalitica di tutti gli studi randomizzati controllati (RCT) sull’assistenza perinatale. Le raccomandazioni sono il frutto della discussione di un gruppo formato da tecnici e utenti.
- Il fine di una moderna medicina perinatale è quello di ottenere un mamma e un bambino in perfetta salute con il livello di cure compatibili con la sicurezza^[2]

^[1] Raccomandazioni sulla tecnologia appropriata per la nascita: The Lancet, 24:436-437, 1985

^[2] WHO: care in normal birth: a practical guide. Report of a technical working group: Publication on WHO/fRH/MSM796.24 Ginevra



Ogni atto medico

anche e soprattutto in ambito ostetrico trattandosi di eventi a basso rischio deve avere una motivazione ed una indicazione precisa e chiara^[1]

L'obiettivo dell'assistenza prenatale dovrebbe essere quello di *garantire un'assistenza non invasiva alla gran parte delle gravidanze a basso rischio* e un'adeguata identificazione e sorveglianza della piccola quota di gravidanze a rischio. In una donna o coppia sana, la gravidanza è un evento con un potenziale basso rischio, che necessita principalmente di una attenta vigilanza per poter prevenire e diagnosticare tempestivamente le patologie e i fattori di rischio.^[2]

La valutazione del rischio è un processo continuo e dinamico attraverso la gravidanza e il travaglio, che attribuiscono la donna ad un livello più intensivo di cure

^[1] Requisiti e raccomandazioni per l'assistenza perinatale: società italiana di medicina perinatale SEE Firenze 1999

[1] Villar J, Khan-Neelofur D. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane Library, Issue 3 Oxford: Update software;2001

^[2] Chalmers, M. Enkin e M Keirse: effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press 1989, oxford WHO/RH/MSM 796,24 Ginevra



La riduzione della mortalità materna e perinatale

è correlata alla organizzazione e miglioramento dell'assistenza prenatale (Greenberger, Fiscella, Villar): esiste un'associazione positiva tra il numero di visite prenatali o tra età gestazionale alla prima visita ed esiti materni e neonatali. Tale pratica presenta risvolti negativi dati da un incremento della quantità di interventi (esami ematochimici, ecografie, ecc.) la cui efficacia non è provata^[1]

In molti paesi sviluppati si è osservato un aumento progressivo della frequenza di procedure diagnostiche e terapeutiche complesse ed invasive, estese alla totalità delle gravidanze. Tutto ciò può indurre a un aumento dei costi, con un rischio di aumento di problemi iatrogeni e di ridotta qualità delle prestazioni sanitarie. **L'eccesso di medicalizzazione dell'evento** nascita produce inoltre, un effetto di creazione di dipendenza delle donne e perdita di controllo in un periodo, in cui la potenza creativa è al massimo livello e dove sarebbe auspicabile, il massimo coinvolgimento in processi di empowerment. A fronte di un eccessivo ricorso a procedure diagnostiche e terapeutiche non sostenute dalle evidenze scientifiche, si registra una carenza di informazioni e conoscenze fra le donne^[2].

[1] Requisiti e raccomandazioni per l'assistenza perinatale: Società Italiana di Medicina Perinatale SEE Firenze 1999

[2] M:Grandolfo, S.Donati Indagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002 aspetti metodologici e risultati nazionali



Nell'organizzazione dell'assistenza prenatale

la **continuità assistenziale** assume un ruolo cruciale, oltre a garantire alla donna un rapporto personalizzato, favorisce il rilevamento di elementi indispensabili per la diagnosi di patologia di nuova insorgenza. L'efficacia della continuità assistenziale evidenzia:^[1]

- una riduzione dei ricoveri ospedalieri antenatali
- una maggior partecipazione agli incontri prenatali
- un ricorso meno frequente a farmaci analgesici e antidolorifici in travaglio
- maggior probabilità di avere un parto vaginale spontaneo
- riduzione del n° di neonati che necessitano di rianimazione
- nessuna differenza nel punteggio di Apgar

^[1]Hodnett ED. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth



Sulla continuità assistenziale

gli RCTs sintetizzati nella revisione sistemática [\[1\]](#) hanno evidenziato che

[\[1\]](#) Hodnett ED. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth (Cochrane Review) IN: The Cochrane Library, Issue 3 Oxford:update Software; 2001



- ✓ la **continuità assistenziale** fornita da un'équipe di ostetriche, a parità dell'efficacia, garantisce un'esperienza della nascita più soddisfacente per la donna con costi minori[1]
- ✓ Non solo le donne a basso rischio possono essere incluse nella continuità assistenziale, con questa modalità assistenziale. I problemi che possono insorgere nelle gravidanze a rischio possono essere risolti, attraverso la collaborazione programmata con una struttura di riferimento qualificata [2]
- ✓ Tutti gli *indicatori di soddisfazione materna* (possibilità di discutere delle proprie ansie, buona preparazione al parto, sentirsi in grado di accudire il proprio bambino, percezione di buona assistenza) sono positivi e favoriscono la continuità assistenziale[3]

[1] MJ Rowley: continuity of care by a midwife team versus routine care during pregnancy and birth: a randomised trial. Medical J. Australia 1995; 163:289_93

[2] Hodnett ED. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth

[3] Hodnett ED. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth Review: In: The Cochrane Library, Issue Oxford:Update Software; 2001



L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)

individua *nell'ostetrica* il professionista competente e indicato per l'assistenza alla gravidanza /parto e post natale a basso rischio

Da una review che analizzava 10 studi randomizzati sull'assistenza in gravidanza a 60.000 donne con gravidanza a basso rischio nel gruppo delle donne seguite dall'ostetrica o dal medico di famiglia, si è rilevato un *miglioramento di alcuni esiti materni e perinatali*:

- ✓ minor incidenza di mortalità perinatale
- ✓ minore numero di gravidanze complicate da ipertensione e preeclampsia
- ✓ meno visite
- ✓ maggior contenuto delle visite, maggior soddisfazione da parte delle donne
- ✓ non vi è nessuna variazione notevole rispetto a:
- ✓ incidenza nei TC
- ✓ anemia
- ✓ infezioni urinarie
- ✓ emorragie post-partum^[1]

^[1] Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gulmezoglu M Patterns of routine antenatal car for low-risk pregnancy (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004.



L'assistenza delle ostetriche

comparata con quella effettuata da specialisti ostetrici pubblici e privati è associata a miglior gradimento da parte delle donne^[1]

- ✓ La midwifery led care aumenta anche la possibilità della donna di essere seguita durante il travaglio da un'ostetrica che aveva già conosciuto, e la possibilità di avere il controllo durante il travaglio, con un parto spontaneo vaginale e di avviare l'allattamento al seno.
- ✓ Le donne che sono state randomizzate a ricevere assistenza ostetrica guidata (**Midwifery Led Care**) avevano meno probabilità di perdere il bambino prima delle 24 settimane di gestazione, anche se non vi erano differenze nel rischio di perdere il bambino dopo 24 settimane, o in generale,
- ✓ I neonati di donne che sono state randomizzate a ricevere assistenza ostetrica guidata avevano una maggiore probabilità di avere una minore lunghezza della degenza ospedaliera.
- ✓ La revisione ha concluso che alla maggior parte delle donne dovrebbe essere offerto un modello di cura ostetrica guidata (MLC), anche se si deve usare cautela in applicazione di questo consiglio alle donne con notevoli complicazioni mediche o ostetriche

^[1] M:Grandolfo, S.Donati: Indagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002 aspetti metodologici e risultati nazionali



**Compiti ----->Processi -----> Modelli
assistenziali ---> Modelli assistenziali integrativi**

Compiti → Midwifery → Midwifery led care →
▶Midwifery advanced (case/care management)



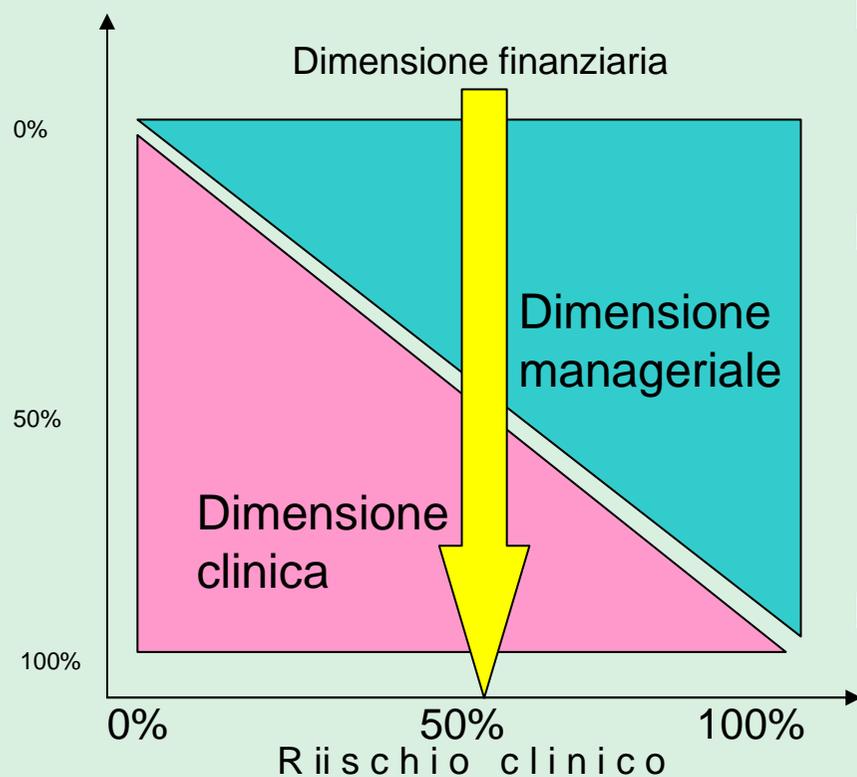
La midwifery led care:

Concetto di “ostetrica guida”

**concetto di caseload primario (led care)
e caseload secondario**



“Le quattro dimensioni del case management ostetrico”: *FILOSOFIA DI UNA FUNZIONE*

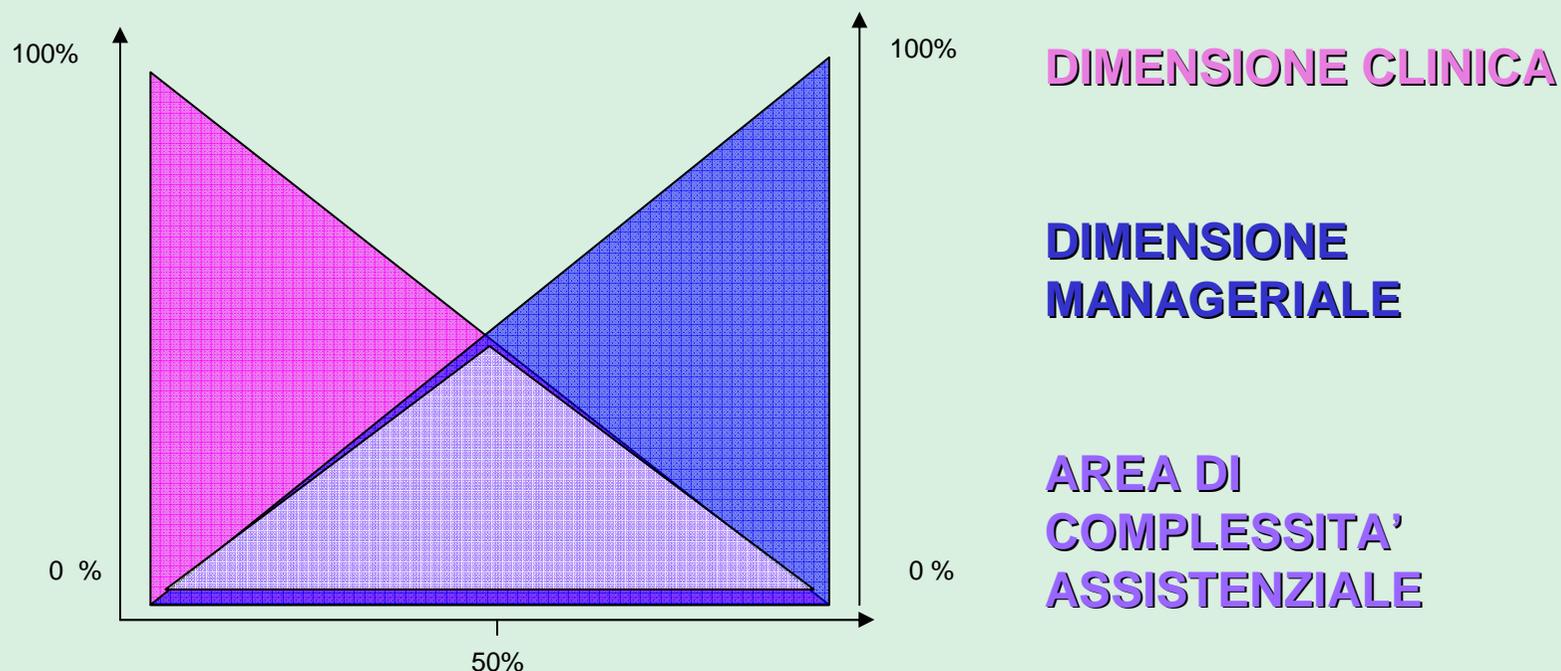


OCM 1° livello
Basso rischio
clinico
(fisiologia)

OCM 2° livello
Alto rischio clinico
(patologia)

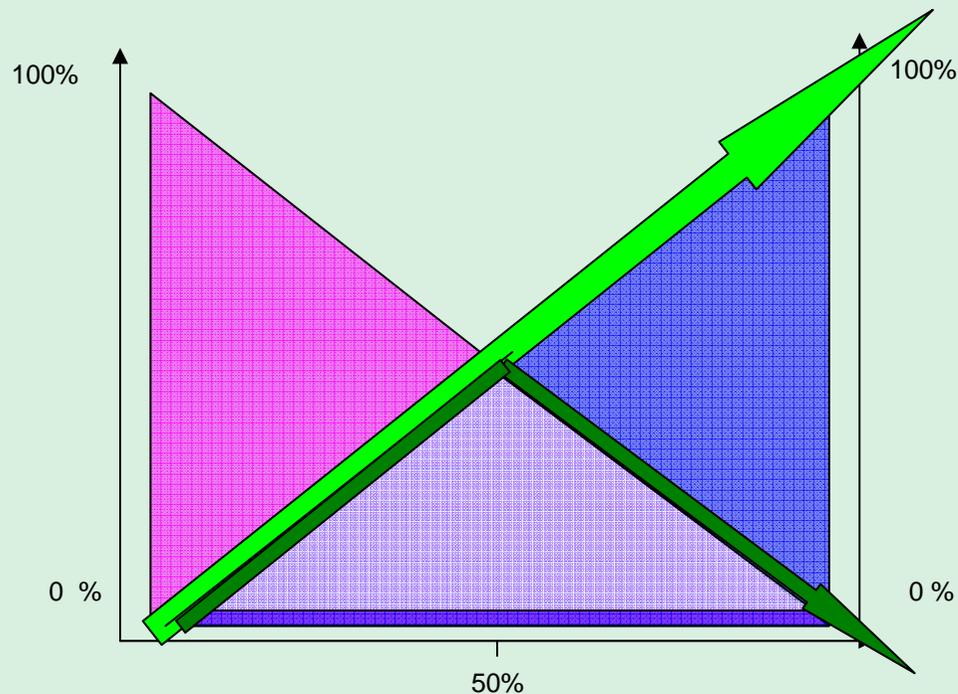
- *Rispetto al rischio ostetrico, le dimensioni clinica e manageriale sono inversamente proporzionali*
- *La formazione dell'OCM di 1° e di 2° liv. rappresentano gli estremi del case management ostetrico e i relativi obiettivi saranno coerenti con le dimensioni maggiormente rappresentate*
- *La dimensione finanziaria è particolarmente significativa quando l'ostetrica raggiunge la massima complessità assistenziale a responsabilità clinica relativa.*

“Le quattro dimensioni del case management ostetrico”: **COMPLESSITA' ASSISTENZIALE**



- La complessità assistenziale è l'area in cui coincidono il massimo livello di responsabilità clinica e manageriale spesso riconducibile a rischio ostetrico di natura prevalentemente psico-sociale anziché clinico
- Più l'area di complessità assistenziale si avvicina al 50% delle abilità messe in campo, più diventa significativa la collaborazione dei due livelli di case management ostetrica

“Le quattro dimensioni del case management ostetrico”: LA QUARTA DIMENSIONE



DIMENSIONE CLINICA

**DIMENSIONE
MANAGERIALE**

**AREA DI
COMPLESSITA'
ASSISTENZIALE**

**DIMENSIONE
TUTORIALE -
FORMATIVA**

- La dimensione tutoriale-formativa nasce in seguito al notevole sviluppo della scienza ostetrica nel campo della diagnostica prenatale, dell'etica e della bioetica
- I professionisti sono coinvolti in una riflessione continua sui comportamenti assistenziali rispetto al proprio patrimonio di valori culturali, morali e religiosi
- La funzione tutoriale dell'OCM verso i colleghi rappresenta una risorsa per affrontare in modo costruttivo (formativo) i conflitti di natura professionale scaturiti dall'applicazione dei diversi modelli assistenziali

Case management di primo livello o di midwifery-led,

questa **funzione** di gestione e responsabilità clinica per percorsi assistenziali semplici all'interno della clinica o reparto maternità o consultorio di riferimento, è attribuibile a tutte le ostetriche. Ogni ostetrica può divenire OCM di 1° livello per alcune pazienti e contemporaneamente assistere le altre degenti all'interno del team multiprofessionale.



Case management di 2° livello.

- L'OCM di secondo livello svolge all'interno della clinica, o distretto di riferimento, un **ruolo** di presa in carico gestionale (CM gestione percorsi) per le pazienti che necessitano di un'assistenza particolarmente articolata anche attraverso servizi non ostetrici sia territoriali che ospedalieri (esempio pediatrie, cardiologie pediatriche, terapie intensive, diabetologie servizi sociali, SERT, Consultori...ecc)
- Si configura come “ufficiale di collegamento” con le strutture sanitarie, questo ruolo di “ponte” si realizza attraverso la quotidiana collaborazione con gli altri OCM sia ospedalieri che distrettuali.
- L'OCM di 2° livello ha notevoli **responsabilità cliniche sulle scelte assistenziali** che riguardano il proprio profilo professionale e **responsabilità gestionale sulle scelte cliniche del medico responsabile.**



Riepilogo:

Filosofia e modello assistenziale di base fornito dalla Wiedemback (approccio culturale)

Modello assistenziale avanzato (*midwifery led care*) per la maggiore autonomia ostetrica, rappresenta un modello di integrazione professionale ostetrico utile per la continuità ad esempio ospedale – territorio

Case Management Ostetrico modello di integrazione multiprofessionale utile nella continuità assistenziale tra servizi





*Quando arriva la
tempesta, alcuni
costruiscono
mura altri mulini
a vento*



Come gestire l'avvio al cambiamento culturale secondo il modello di Shein:

Cambiamento di modelli operativi significa per far sì che i professionisti scartino dalla propria struttura mentale vecchi concetti e comportamenti senza sminuire la propria immagine, senza cioè che si inneschi il meccanismo

“io perdo/tu vinci”

dove il concetto di perdente è identificato al professionista che deve riconoscere come sbagliati o superati i concetti che fino ad allora lo avevano giustamente guidato nella professione.



-E.H Shein “Lezioni di consulenza”

“E' meglio non imporre le nostre soluzioni agli altri, ma aiutarli a scoprire di che cosa abbiano bisogno, e in seguito guidarli nella giusta direzione.”

“L'unica possibilità di aiutare davvero gli altri consiste nell'aiutarli ad aiutarsi”.



-E.H Shein “Lezioni di consulenza”

"Un sistema umano può essere aiutato solo ad aiutarsi da sé.

Il consulente non sa mai abbastanza sulla particolare situazione e cultura di un'organizzazione per poter dare consigli specifici su quello che i membri dell'organizzazione stessa dovrebbero fare per risolvere i loro problemi".



E.H Shein “Lezioni di consulenza”

Tuttavia Schein ricorda che "il problema è sempre del cliente". Il consulente non deve prenderlo e risolverlo come problema suo, ma deve lasciarlo al cliente, aiutandolo a definirlo e risolverlo con le sue capacità.



Nel suo famoso lavoro sulla cultura d'impresa

Schein distingue tre livelli di cultura artefatti, valori dichiarati e assunti taciti.



(E. H. Schein, Culture d'Impresa, Raffaello Cortina Editore, 2000)

il modello di Shein

**modello universale di sostegno per il governo del
cambiamento**

“riforma del pensiero” versus “persuasione coercitiva”

strumento utilizzato:

consulenza di processo e counselling

**necessitano di un modello semplificato che possa
produrre un cambiamento senza sminuire le attuali
concezioni di sé del professionista quindi senza
danneggiare l'immagine**



il modello di Shein

- Nei progetti di cambiamento l'acquisizione del consenso al cambiamento è basilare.
- Un atteggiamento che serve ad acquisire il consenso può essere quello di far partecipare le persone attivamente a tutte le fasi del cambiamento,
- Aiutare gli altri ad aiutare se stessi costituisce una forma basilare di supporto organizzativo e rappresenta la base di quella che l'autore citato sopra chiama **consulenza di processo**.



Un modello di riferimento sul cambiamento delle persone

Le fasi del cambiamento:

scongelamento

trasformazione

ricongelamento



Da io perdo/tu vinci a io vinco/tu vinci

1°FASE Scongelamento:

requisito di questa fase è una situazione di instabilità che genera uno stato di ansia o di insoddisfazione. Quando questo stato di ansia è superiore al normale si avverte il bisogno del cambiamento. Scongelare significa creare la motivazione e la disponibilità al cambiamento.

tramite:

- mancanza di conferma
- il non riconoscimento delle cause giustificative porta i professionisti ad un senso di ansietà rispetto alle aspettative future, senso di inadeguatezza
- creazione di sicurezza psicologica



Da *io perdo/tu vinci a io vinco/tu vinci*

2° FASE Ricostruzione cognitiva in questa fase occorre aiutare il cliente a vedere con occhi nuovi, ragionare in modo diverso. Il cambiamento effettivo, può essere visto come "una ristrutturazione cognitiva o una ridefinizione del suo problema che porta a nuove percezioni, nuove sensazioni, nuovi giudizi e infine a nuovi comportamenti" (E. H. Schein).

Aiutare il professionista a vedere, giudicare, sentire e reagire in modo differente sulla base del punto di vista nuovo tramite:

- Identificazione di un modello
- esplorazione



Da io perdo/tu vinci a io vinco/tu vinci

3° FASE Ricongelamento:

A- Ricongelamento personale

B- Ricongelamento relazionale

il ricongelamento è quella fase che incorpora i nuovi punti di vista. Il ricongelamento avviene quando l'interessato verifica i cambiamenti attraverso l'esperienza. Nelle fasi iniziali del ricongelamento è importante mantenere un continuo rafforzamento del comportamento richiesto in modo da accelerare il processo di apprendimento.

Secondo E. H. Schein molti progetti di cambiamento o di consulenza falliscono perchè tentano di ristrutturare le percezioni, la mentalità, gli atteggiamenti e la condotta del cliente prima che sia stato eseguito uno scongelamento adeguato.

E MOLTI CAMBIAMENTI NON SOPRAVVIVONO PERCHE' IL
NUOVO APPRENDIMENTO NON SI ADATTA ALLA PERSONALITA'
DEL SOGGETTO O DEI SUOI INTERLOCUTORI





Tutti sanno che
una cosa è
impossibile da
realizzare fino a
che non arriva uno
sproveduto che
non lo sa e la
inventa!

