


---

*“Analisi del modello di assistenza  
ostetrica one-to-one,  
continuità delle cure del percorso  
nascita”*



---

*"Il fine di una moderna medicina perinatale è quello di ottenere una mamma ed un bimbo in perfetta salute con il livello di cure più basso compatibile con la sicurezza..."*

*(WHO "Care in Normal Birth: a practical Guide" report of a technical Working Group Pubblicatio no WHO/FRH/MSM/96.24 Geneva)*

# evoluzione dell'assistenza ostetrica nel Regno Unito

---

- L'introduzione del Servizio Sanitario Nazionale (NHS) nel 1945 ha fornito assistenza sanitaria universale gratuita e inizialmente, le ostetriche che lavorano nel NHS hanno continuato a praticare l'assistenza nella comunità.
- Tuttavia la domanda di più posti letto negli ospedali adibiti a sala parto accompagnata a una politica governativa che incoraggiava le donne a partorire in ospedale, ha fatto sì che la maggior parte delle nascite iniziassero a svolgersi in ambito ospedaliero.
- Le ostetriche dovettero adeguarsi a questa nuova tendenza abbandonando la consuetudine di svolgere la propria pratica dentro le case delle assistite, mentre coloro che continuavano a svolgere la propria attività al domicilio si occupavano solamente delle fasi pre e post natale.

## tale organizzazione del percorso nascita

---

- ha generato una totale frammentazione dell'assistenza con scarse possibilità di mantenere un rapporto continuativo tra assistente e assistita.
- Pertanto, i servizi di maternità forniti dal NHS erano erogati da una miscela di “ostetriche domiciliari” e medici di famiglia nel periodo prenatale, da “ostetriche ospedaliere” e medici specialisti nel periodo intra-partum e infine da medici di famiglia e altre “ostetriche domiciliari” nel periodo post-natale.

# Dal 1980 sono emersi i primi problemi del NHS

---

connessi all'ostetricia e, dai primi anni '90, le preoccupazioni dell'opinione pubblica e le voci dei gruppi di consumatori, nonostante l'Inghilterra vantasse tassi di mortalità perinatale fra i più bassi al mondo,

palesavano che

"non tutto andava bene nel servizio di maternità" si era diffuso un senso generale di insoddisfazione riguardo il percorso di assistenza alle nascite.

# una revisione dell'organizzazione

---

dei servizi di maternità da parte della *House of Commons Health Services Select Committee* la quale, nel 1993, ha pubblicato un rapporto contenente una serie di raccomandazioni tra le quali la necessità di ripristinare il ruolo dell'ostetrica e l'importanza della continuità assistenziale.

A seguito di un programma di riorganizzazione, fu istituito dal Ministero della Salute un gruppo di esperti in maternità che prese il nome di "*Changing Childbirth*" avviato a partire dal 1994.

# Il programma “*Changing Childbirth*”

---

Basato su tre principi:

- 1) l'importanza di coinvolgere le donne nelle decisioni circa il processo di cura;
- 2) rendere i servizi di maternità attraenti e accessibili a tutte le donne;
- 3) rendere partecipi gli utenti nella pianificazione e nel monitoraggio dei servizi.

# Nascita del modello di assistenza “one-to-one”

---

Garantire un'assistenza centrata sulla donna e sulla famiglia attraverso due strumenti:

1. riorganizzazione strutturale: assicurare un'assistenza su base territoriale fornita continuativamente dai medesimi professionisti;
2. sviluppo della pratica clinica fondata su prove di efficacia e acquisizione da parte delle ostetriche di competenza a relazioni interpersonali efficaci.



# Questa modalità di assistenza

---

basata sulla continuità di assistenza durante la gravidanza, il travaglio, il parto ed il post-partum

da parte della stessa ostetrica la quale conosce la donna, pianifica e progetta assieme a lei l'assistenza alla gravidanza e al parto assumendo un ruolo centrale e di responsabilità rispetto alla madre.

Le ostetriche del team one-to-one, composto da professioniste esperte e neo-laureate, collaborano con una collega che conosce la donna e che può provvedere all'assistenza qualora l'ostetrica responsabile non sia disponibile.

Questa organizzazione permette:

- flessibilità dei modelli lavorativi delle ostetriche;
- autonomia professionale, che deve essere adeguatamente supportata dal team manageriale e da altri professionisti (medico di base, ginecologo, ecc.).

# L'ostetrica

---

assume il ruolo di caregiver e pianifica con la donna un percorso di assistenza/cura condiviso e continuativo

partnership ostetrica/donna  
alleanza terapeutica

# OSTETRICA/O

---

- Garantisce interventi di promozione e tutela della salute attraverso l'informazione ed educazione
- Promuove l'empowerment nella donna e la consapevolezza della maternità sviluppando la competenza materna/genitoriale ...
- Favorisce/sostiene l'attaccamento materno attraverso interventi appropriati (pre-intra-postpartum)
- Vigila sulla salute biologica bio-psico-sociale e individua le anomalie (sorveglianza stato di salute e modificazioni fisiologiche materne e neonatale– semeiotica della normalità e fattori di rischio)
- Garantisce un sostegno/supporto continuo (relazione di aiuto - ascolto – empatia) al fine di favorire la capacità d'adattamento post-natale (*coping nuovo ruolo* )
- Sostiene la donna nel processo decisionale in merito alle scelte sulla salute e accudimento del neonato (ruolo attivo)

# Il midwifery team

---

Questo modello di cure ostetriche non è fortemente vincolato dalle politiche della struttura ospedaliera dove lavora

ciò permette una migliore continuità assistenziale e l'instaurarsi di un rapporto di fiducia con la donna.

## **Il numero appropriato di gestanti in un caseload primario**

(numero di casi di cui un'ostetrica si occupa) varia da 36 a 40 donne all'anno.

### **E' previsto però un caseload secondario,**

con un numero simile di donne, che permette a due ostetriche supplenti di lavorare in sinergia (partnership)

fornendo una reperibilità mutuata per le chiamate;

tutto ciò assicura un maggior numero di donne assistite durante il travaglio e il parto dalla stessa ostetrica, primaria o secondaria, entrambe conosciute nel periodo prenatale.

# questo modello organizzativo

---

- Permette una programmazione migliore del carico di lavoro,
- stimola a lavorare in gruppo e a sviluppare comportamenti di collaborazione e revisioni tra pari;
- flessibilità lavorativa maggiore per coprire reperibilità nelle 24 ore,
- possibilità di usufruire di un congedo di 12 settimane annuale negoziandolo all'interno dei servizi.

# Le ostetriche praticanti caseload

---

lavorano soprattutto in coppia (“**partnership**”) al fine di garantire una determinata continuità assistenziale e offrono assistenza durante la gravidanza, il parto (incluso il parto in casa) e il puerperio.

Di solito viene preposta una “**named midwife**” ovvero l’ostetrica di riferimento per la donna in particolare durante la gravidanza;

per il parto ed il puerperio sono stabilite reperibilità

“**on call**” suddivise tra le due ostetriche partner (nel “partnership”) o tra tutte e sei le ostetriche del team.

**Esiste anche il modello caseload chiamato shared** che prevede sei ostetriche per 200/anno donne in media.

# Le declinazioni del modello utilizzate nel Regno Unito

---

Il **one-to-one caseload midwifery** è stato applicato, nel Regno Unito, principalmente secondo tre tipologie di modelli assistenziali:

- **1. Tradizionale:** le ostetriche assistono le donne durante la gravidanza e nel puerperio e sono stabilite delle reperibilità 24 ore su 24 per le donne che decidono di partorire a casa;
- **2. Caseload:** ogni ostetrica ha un numero predefinito di donne da seguire in un determinato periodo (annualmente); la stessa ostetrica segue le donne (36-40) durante tutto il percorso nascita. In questo modello due ostetriche condividono i casi;
- **3. Shared caseload** (casi condivisi tra ostetriche o tra ostetriche e altre figure come il medico di medicina generale) seppur ogni ostetrica ha un numero predefinito di donne da seguire, spesso per esigenze organizzative vengono condivise con altre colleghe o con il medico di medicina generale.

# L'organizzazione prevede

---

un'assistenza postnatale domiciliare per madre e neonato per dieci giorni dopo il parto, questo periodo può essere esteso in caso di particolari esigenze.

## **Lo strumento utilizzato**

per garantire la continuità assistenziale della donna gravida è rappresentato dalla cartella ostetrica che dovrà conservare fino al decimo/ventottesimo giorno dopo il parto.



# Lo strumento: la cartella clinica

---

## **Vengono riportate in cartella:**

l'anamnesi, i relativi esami,  
visite ed ecografie,  
storia del parto,  
dati relativi allo stato di salute del neonato e inerenti il  
post-partum della madre.

Per la dimissione è necessario compilare una  
checklist rispetto ad indicatori di salute  
materno/neonatali.



**LE EVIDENZE  
SCIENTIFICHE DEGLI  
STUDI CLINICI**

# L'esperienza Inglese

---

Una ricerca eseguita a Londra

(Page L., McCourt C. et al. 1999)

ha preso in esame, fra il 15 Agosto 1994 e il 14 Agosto dell'anno successivo, gli esiti clinici di 728 casi in cui è stata attuata un'assistenza "*one-to-one*" e li ha messi a confronto con altri 675 in cui si è attuata un'assistenza convenzionale.

# Scopo della ricerca

---

“Modello di cura prenatale per la gravidanza a basso rischio”

confrontare l'assistenza fornita dalla stessa ostetrica o medico di famiglia rispetto a quella fornita dal ginecologo e gradimento da parte della paziente.

## Conclusioni:

**nel gruppo di donne seguite dall'ostetrica o dal medico di famiglia si rileva:**

- una minore incidenza di mortalità perinatale;
- un minore numero di gravidanze complicate da ipertensione e preeclampsia;
- un aumento del mancato riconoscimento delle mal presentazioni fetali;
- maggior gradimento dell'assistenza;
- Nessuna variazione notevole negli esiti perinatali importanti quali:
  - incidenza del TC;
  - anemia;
  - infezioni urinarie;
  - emorragie post-partum (Villar J., Carroli G. et al. 2001).

# Ricerca

---

## Scopo del lavoro

Descrivere l'organizzazione di un modello di midwifery management :

**“Partnership caseload midwifery care”.**

# L'esperienza Australiana

---

Il trial di uno studio condotto in Australia (Hodnett E.D.,2001) include un'analisi economica:

l'assistenza fornita alle madri e ai loro bambini da parte delle ostetriche che assicurano un'assistenza continua, porta ad una riduzione dei costi.

Il minor numero registrato di assenze per malattia da parte delle stesse ostetriche può essere ricondotto ad una maggiore motivazione professionale.

# Scopo della ricerca:

---

“ Valutare gli effetti di un supporto continuato durante il travaglio (fornito da operatori sanitari) sulle madri e sui bambini”

## Premessa:

sono stati selezionati degli studi randomizzati che confrontano un supporto continuo durante il travaglio con l'assistenza tradizionale;

inoltre sono stati inseriti nella revisione 14 studi che hanno coinvolto, in totale, più di 5000 donne.



## Risultati:

---

la presenza continua di un supporto che implica uno scambio tra le parti ed include tre aspetti: consigli ed informazioni, assistenza concreta e tangibile, appoggio emotivo inteso come presenza, ascolto, rassicurazioni, conferme...ha ridotto la probabilità che:

- fosse necessario un trattamento per alleviare il dolore;
- si dovesse intervenire chirurgicamente nel parto per via vaginale.

# Sei studi hanno valutato

---

l'effetto del supporto sulla percezione materna dell'esperienza del parto; anche se negli studi sono stati utilizzati parametri diversi (soddisfazione globale, non riuscire a reagire nel modo adeguato durante il travaglio, giudicare il travaglio peggiore di quanto immaginato e il livello di autocontrollo personale durante il parto), in ciascuno di essi i risultati si sono rivelati a favore del gruppo di donne che avevano ricevuto il supporto continuo.

## Conclusione:

---

il supporto continuo durante il travaglio da parte di ostetriche o persone esperte ha svariati benefici sia per le madri, sia per i bambini

(Hodnett E.D.,2000)

# L'esperienza Olandese

---

E' stato condotto uno studio (Wiegers TA, Keijser MJ et al. 1996) il cui oggetto riguarda l'outcome perinatale in donne con gravidanze a basso rischio che hanno partorito a casa ed in ospedale.

L'indagine è stata svolta da 97 ostetriche su 1836 donne che avevano pianificato la nascita a casa e in ospedale.

## **Risultati:**

non c'è relazione tra il luogo del parto e gli esiti perinatali in donne primipare; nelle multipare l'outcome perinatale è significativamente migliore per chi ha pianificato il parto a casa rispetto all'ospedale.

## Conclusione:

---

L'outcome dei parti avvenuti a casa è ottimo rispetto a quelli avvenuti in ospedale in donne a basso rischio che hanno ricevuto le cure dall'ostetrica in modo continuativo secondo la modalità “**one-to-one**”.

(Antonella Marchi, Professione Ostetrica *“Il parto: piano di assistenza, linee guida e EBM, Strumentazione in Ostetricia e Ginecologia”*. SEE Editrice Firenze, 1999,p 129-133.)



# **IL MODELLO ITALIANO**

# Legge regione Emilia Romagna 533 del 2008

Percorso nascita: direttiva regionale alle Aziende sanitarie

**Obiettivo 3:** applicare le linee di indirizzo regionale per la ridefinizione del ruolo dell'ostetrica e la sua integrazione con le altre figure professionali nell'assistenza al percorso nascita (gravidanza, parto e puerperio), con la costruzione di modelli assistenziali che vedano al centro la donna e la sua famiglia

**Obiettivo 11:** aumentare le conoscenze e l'attenzione dei professionisti e delle donne al tema "il dolore nel parto"

<p><b>Obiettivo 3</b></p>	<p><b>APPLICARE LE LINEE DI INDIRIZZO REGIONALE PER LA RIDEFINIZIONE DEL RUOLO DELL'OSTETRICA E LA SUA INTEGRAZIONE CON LE ALTRE FIGURE PROFESSIONALI NELL'ASSISTENZA AL PERCORSO NASCITA (GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO), CON LA COSTRUZIONE DI MODELLI ASSISTENZIALI CHE VEDANO AL CENTRO LA DONNA E LA SUA FAMIGLIA;</b></p>
<p><b>Documento di riferimento</b></p>	<p>Linee di indirizzo per l'assistenza ostetrica alla gravidanza, al parto e al puerperio</p>
<p><b>Premessa</b></p>	<p>La definizione del ruolo e delle responsabilità dei professionisti coinvolti nell'assistenza al percorso nascita, deve necessariamente partire dalla centralità della donna, e della sua famiglia; quest'ultima rappresenta il principale supporto che la donna ha a disposizione per la sua vita.</p> <p>Il progetto ha lo scopo di ridefinire il ruolo dell'ostetrica/o nell'assistenza alla gravidanza fisiologica, al parto ed al puerperio, nel contesto del percorso nascita, valorizzandone la competenza e l'autonomia nell'ambito del lavoro di equipe. Ridefinisce inoltre il rapporto di collaborazione tra l'ostetrica/o e gli altri professionisti che assistono la nascita, con l'intento di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ offrire una assistenza ostetrica appropriata al livello di rischio ostetrico;</li> <li>▪ evitare una eccessiva medicalizzazione, introducendo modelli assistenziali e organizzativi [sostegno strutturato] capaci di cogliere tempestivamente eventuali scostamenti dalla normalità e/o possibili patologie, nel rispetto della centralità della donna e dei suoi diritti;</li> <li>▪ personalizzare i percorsi assistenziali</li> <li>▪ offrire alle donne e alle loro famiglie modalità di comunicazione e di relazione efficaci;</li> <li>▪ offrire condizioni di sicurezza sempre crescenti delle cure ostetriche, basate sulla</li> </ul> <p>ERM</p>

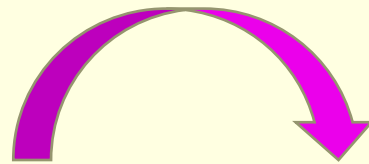


# Assistenza ostetrica al travaglio/parto a basso rischio.

- l'assistenza al parto e alla gravidanza normale deve essere demedicalizzata;
- l'assistenza deve essere fatta con l'impiego di tecnologia appropriata;
- l'assistenza deve essere basata su prove di efficacia;
- l'assistenza deve essere multidisciplinare;
- l'assistenza deve essere centrata sulla famiglia;
- l'assistenza deve essere culturalmente appropriata;
- l'assistenza deve coinvolgere le donne nel prendere decisioni.

(WHO Europe )

**La figura deputata a promuovere la fisiologia, attraverso un'assistenza personalizzata e continuativa nel percorso nascita, è quindi l'ostetrica.**



Il modello assistenziale ostetrico è centrato sulla donna,  
in una relazione tra pari, in cui si promuovono le scelte, l'apertura e l'indipendenza della donna offrendole sostegno e contenimento.

# L'umanizzazione del percorso nascita

## Il modello "one to one" midwifery.

assicurare  
l'umanizzazione della  
nascita

garantire una persona  
scelta dalla donna  
durante il travaglio e il  
parto

assicurare il  
massimo della  
privacy  
donna/coppia

assicurare la  
libera scelta  
rispetto la  
posizione da  
assumere

garantire percorsi di  
demedicalizzazione  
del parto

# Catena della continuità

---

Per qualificare la continuità dell'assistenza verranno presi in considerazione alcuni elementi che saranno utilizzati più avanti come strumenti utili per l'analisi e per la valutazione:

- **L'informazione**, intesa sia come informazione tra operatori e servizi, ma soprattutto come informazione per le donne, data in modo corretto e completo, per facilitare le scelte consapevoli durante il percorso;
- **L'integrazione**, che considera la realtà di bisogni che richiedono un coordinamento formalizzato e non casuale tra operatori e servizi diversi, per garantire la continuità;
- **La presa in carico**, intesa come assunzione di responsabilità di un professionista o dei professionisti di una struttura nel seguire ed affrontare il percorso a sostegno della donna e del suo bambino;
- **L'assistenza appropriata**, considerata come la capacità di offrire le prestazioni pertinenti al momento opportuno, svolte dall'operatore più indicato e nel luogo più adeguato.

# IL MODELLO ORGANIZZATIVO: METODOLOGIA

---

La metodologia di tale sistema si basa sul coordinamento e l'utilizzo di risorse adeguate, sull'appropriatezza degli interventi e sul monitoraggio dei risultati raggiunti.

Implica la gestione clinica di un target di utenti, dall'ammissione alla dimissione.

La gestione del caso si concentra su una donna che accede all'UO di ostetrica e include tutte le aree in cui questa donna riceve assistenza

# Utilizzando tale modello

---

I professionisti “ostetriche” possono fornire qualità e continuità, riducendo la frammentazione dell’assistenza e accrescere la soddisfazione del cliente e dello staff sanitario. Il modello per presa in carico inoltre offre alle ostetriche l’opportunità di dimostrare la competenza del loro ruolo, all’interno dei gruppi assistenziali multidisciplinari.

# Il Team

---

Team composti da 6 ostetriche in turni h24  
sostenuti  
da una ostetrica team leader

Il team di ostetriche costituirà una unica “squadra”

# Il Team Leader

---

Le competenze richieste sono quelle di pratica clinica avanzata e includono:

- la comprensione del modello organizzativo assistenziale,
- le diagnosi cliniche correlate e i trattamenti medici,
- conoscenze sulla gestione delle risorse, sull'uso dei piani di assistenza, dei protocolli e delle linee-guida,
- il riconoscimento dell'importanza della continuità assistenziale.