

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 dal professionista,

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.



## 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

È il modello di assistenza ostetrica, 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<sup>[1]</sup> 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<sup>[2]</sup>

<sup>[1]</sup> Raccomandazioni sulla tecnologia appropriata per la nascita: The Lancet, 24:436-437, 1985

<sup>[2]</sup> 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<sup>[1]</sup>

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.<sup>[2]</sup>

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

<sup>[1]</sup> Requisiti e raccomandazioni per l'assistenza perinatale: società italiana di medicina perinatale SEE Firenze 1999

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

<sup>[2]</sup> Chalmers, M. Enkin e M Keirse: effective care in pregnancy and childbirth.Oxford Univeristy 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<sup>[1]</sup>

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<sup>[2]</sup>.

[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:<sup>[1]</sup>

- 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

<sup>[1]</sup>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<sup>[1]</sup>

<sup>[1]</sup> Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gulmezoglu M Patterns of routine antenatal care 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<sup>[1]</sup>

- ✓ 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

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





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



# L'OSTETRICA

1957 → 1975 → 1980 → 1996 → 1999 → 2001

**SCUOLA DI OSTETRICA**

2 anni + 2 anni IP  
+ 3 anni IP

Adeguamento  
dir. CEE

**D.U.**

3 anni

Figura  
profess.  
"ausiliaria"

Legge  
42/99

Profess.  
sanitaria

**C.L.O.**

**2004-2005**

**C.L.S.  
CORSO DI LAUREA SPECIALISTICA (BIENNALE)**

**formazione culturale e professionale avanzata per intervenire con  
elevate competenze nei processi gestionali, formativi e di ricerca  
nel complesso delle professioni sanitarie afferenti alla classe**



**MANAGEMENT SANITARIO**

# LA FORMAZIONE DELL'OSTETRICA

1957

Conoscenza  
tecnica  
di specifiche  
procedure



**Abilità manuale**  
**Rispetto mansionario**



1999

Sviluppo capacità  
decisionali nell'ambito di  
specifiche competenze:

- Preventivo
- Curativo
- Riabilitativo



**Preparazione scientifica**  
**Competenze tecniche**  
**Attività formativa**

CLO



CLS

Competenze  
manageriali



**Capacità dirigenziali,**  
**di programmazione**  
**e di ricerca**

Master



## **SISTEMA FILOSOFICO DELLA DISCIPLINA OSTETRICA**

### **MODELLO PASSATO**

#### **VALORI**

Saggezza  
Solidarietà  
Etica  
Intuito  
Qualità spirituali  
Valore iniziatico-celebrativo

### **MODELLO ATTUALE**

#### **VALORI**

Visione olistica della persona  
Unicità dell'individuo  
Assistenza socio-sanitaria globale  
Approccio sistemico  
Accompagnamento  
Empowerment

# PASSATO...

## **SAGGEZZA:**

Capacità di dirigere la vita dell'uomo intorno a ciò che è bene o male per lui  
Dote che si acquisisce con l'esperienza e che ha ispirato nei paesi francofoni l'appellativo di sage-femme

## **SOLIDARIETA':**

Sentimento di fratellanza e vicendevole aiuto materiale e morale  
Levatrice → colei che toglie le pene durante il travaglio  
Commare → come la madre, colei che si sostituisce alla madre durante il parto

## **ETICA:**

Personale ed ispirata al codice deontologico

## **INTUITO:**

Persicacia / sesto senso

## **QUALITA' SPIRITUALI:**

Rispetto della vita, della salute, della dignità, amore, comprensione, partecipazione, compassione, conforto, etc

## **VALORE INIZIATICO-CELEBRATIVO:**

che conferisce sacralità all'evento nascita

# PRESENTE...

## **OLISMO:**

**“l'organismo è un tutto superiore alla semplice somma delle parti”  
Considerare la persona nella sua interezza**

## **UNICITA' DELL'INDIVIDUO**

**ASSISTENZA SANITARIA GLOBALE, CONTINUA:**  
mediante interventi educativi, preventivi, diagnostici, curativi, riabilitativi

**ACCOMPAGNAMENTO:**  
riferimento continuo

## **APPROCCIO SISTEMICO:**

**alla persona nella sua interezza (corpo, mente, spirito), al suo compagno, alla sua famiglia, al suo ambiente**

## **ENPOWERMENT:**

**autorizzazione, consenso, consapevolezza, potere decisionale dell'assistita;  
Favorire l'autodeterminazione della persona, renderla partecipe delle scelte, garantire l'informazione e l'espressione del consenso informato**

## **MODELLO DI OSTETRICA**

### **MODELLO PASSATO**

L'ostetrica quale custode della donna nel processo della nascita

Donna saggia, abile, dolce, onesta, istruita, discreta, compassionevole

Principio etico: fare il bene della donna e del bambino  
Operare sec. scienza e coscienza

### **MODELLO ATTUALE**

Tutela della salute globale in ambito sessuale riproduttivo

Modello professionale di ostetrica/o

Principio etico: prendersi cura, partnership, alleanza terapeutica, empowerment

