

RUOLO SOCIO-SANITARIO DELL'OSTETRICA NELL'ORGANIZZAZIONE E NELL'ACCOMPAGNAMENTO DELLA PUERPERA, DEL PARTNER E DEL BAMBINO AL "RITORNO A CASA"

Monica Molinar Min¹, Elena Tosco²

¹ASO San Giovanni Battista - Torino ²ASO Mauriziano - Torino

La professione sanitaria ostetrica in questo ultimo decennio è andata incontro a dei mutamenti culturali sia nei suoi aspetti generali che in quelli pratici come l'immagine, le competenze, la professionalità e il ruolo sociale grazie anche alla riforma degli ordinamenti didattici Universitari (L.341/90), alla riforma sanitaria (D. Lgs. 502/92, 517/93 e D. Lgs. 229/99), alla definizione del profilo professionale (D.M. 740/94), al riconoscimento dell'autonomia professionale con la Legge 42/99 e la Legge 251/00, al travagliato avvio del Corso di Laurea e alla definizione della formazione post-base e della Laurea specialistica.

La nuova architettura della sanità, il profilo, la nuova formazione e la vigente normativa incidono sul profilo complessivo della categoria, esaltandone gli aspetti dell'autonomia e della responsabilità. Con la definizione del *profilo professionale*, emerge il riconoscimento della responsabilità di tale operatore sanitario, in quanto viene riconosciuta all'ostetrica una propria autonomia nella gestione dell'intervento assistenziale di propria competenza. Il D.M. n.740 del 14.09.1994 "*Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'ostetrica*", stabilisce che "*l'ostetrica assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato*" (Art. 1 comma 1), inoltre "Per quanto di sua competenza, partecipa:

- a interventi di educazione sanitaria e sessuale nell'ambito della famiglia e della comunità
- alla preparazione psico-profilattica al parto
- alla preparazione ed assistenza ad interventi ginecologici
- alla prevenzione ed accertamento dei tumori della sfera genitale femminile
- ai programmi di assistenza materna neonatale" (Art. 1 comma 2).

Il *Codice Deontologico* delle Ostetriche approvato in sede di Consiglio Nazionale nel marzo 2000, rappresenta un importante segnale di rinnovamento della categoria. Si propone alle ostetriche ed ai cittadini con rilevanti novità nella formulazione e nei contenuti di molti articoli, sintetizza con chiarezza l'attuale fondamento della professione esprimendone la sua maturità etico-morale.

Il suo aggiornamento si è reso necessario dopo la Legge n. 42/99, poiché con l'abrogazione del regolamento dell'esercizio professionale del 1975, il Codice Deontologico va a definire, con i contenuti del profilo professionale, dell'ordinamento didattico e della formazione post-base, il "*campo proprio delle attività e delle responsabilità dell'ostetrica/o*".

Questa nuova versione del Codice, pertanto non solo detta le norme inerenti i doveri professionali nei confronti della persona assistita, dei colleghi e delle istituzioni, ma definisce e rafforza la sfera di competenza dell'ostetrica/o nell'ambito della tutela della salute sessuale-riproduttiva della persona rispetto agli eventi naturali e fisiologici del ciclo della vita: nascita, infanzia, adolescenza, gravidanza, parto, puerperio, periodo della fecondità, menopausa e climaterio.

In quest'ottica l'intervento dell'ostetrica/o supera i limiti connessi al processo della nascita e comprende la globalità dei bisogni di salute nelle varie età. Particolare importanza assume la definizione degli ambiti di competenza dell'ostetrica, trattati nel primo articolo del codice "*In ambito ostetrico-neonatale-ginecologico, l'ostetrica/o si pone come obiettivo ogni intervento volto alla promozione, tutela e mantenimento della salute globale della persona rispetto agli eventi e*

fenomeni della sfera sessuale/riproduttiva relativi al ciclo vitale (nascita, infanzia, adolescenza, periodo fertile, gravidanza, parto, climaterio e menopausa), con piena autonomia e responsabilità per quanto è di sua competenza". Il comma 2 stabilisce "Al fine di aiutare il recupero della salute della donna, del neonato e della famiglia, l'intervento dell'ostetrica/o si integra con le attività di altri professionisti: (...) - durante l'evoluzione della gravidanza patologica, il travaglio/ parto distocico e in tutto il puerperio patologico (...)".

L'attuale ordinamento didattico deriva dalla trasformazione del preesistente Diploma Universitario di Ostetrica/o ed è disciplinato dal Decreto del MURST n. 136 del 2 aprile 2001. Definisce che i laureati, ai sensi della legge n.251 del 10 agosto 2000¹, articolo 1, comma 1, sono gli "operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica che svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali, nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza nell'età evolutiva, adulta e geriatrica".

I laureati nell'ambito della professione sanitaria di ostetrica/o sono gli operatori sanitari a cui competono le attribuzioni previste dal D.M. 14 settembre 1994, n. 740. Nello specifico, il Settore MED/47 "Scienze infermieristiche ostetrico - ginecologiche" riguarda l'attività scientifica e didattica formativa, nonché l'attività assistenziale nel campo dell'infermieristica speciale ostetrica e ginecologica ed ostetrica neonatale. Il conseguimento del titolo professionale (laurea in ostetricia) è unico e peculiare per l'esercizio della competenza specificamente attribuita dalla legge, infatti rispetto ad altre professioni sanitarie, sono compito specifico dell'ostetrica l'assistenza alla donna durante la gestazione, il parto, il puerperio normale e l'assistenza al neonato, insieme alla vigilanza della madre e del bambino nel quadro della difesa sanitaria della famiglia.

Fino agli anni della riforma sanitaria i 2/3 delle ostetriche esercitavano la professione nelle condotte, negli ambulatori o come libere professioniste, le restanti risultavano dipendenti dell'ospedalità pubblica e privata. Oggi tale proporzione si è invertita: secondo un'indagine statistica condotta dalla Federazione negli scorsi anni le ostetriche sembrano essere così impiegate: 70% nelle strutture pubbliche, 10% in quelle private, 20% sono libere professioniste.

L'ostetrica esplica uguali funzioni allorché operi in ambiente ospedaliero o sul territorio, anche se le attività possono avere caratteristiche diverse. Sul territorio devono necessariamente essere espletate attività di sostegno a livello consultoriale, di prevenzione per le malattie della donna, di assistenza per tutto il corso della gravidanza, di aiuto nel periodo del puerperio ed educazione sanitaria alla donna e al nucleo familiare.

Alla luce delle vigenti normative, le competenze riconosciute all'ostetrica/o nell'accompagnamento della coppia al "ritorno a casa" sono:

Ambito ostetrico - Puerperio

- Assistenza /cura della puerpera nel post-partum e in puerperio
- Diagnosi precoce delle anomalie a carico della puerpera
- Collaborazione con il medico in caso di patologie del puerperio

¹ Legge n. 251 del 10.08.2000 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica stabilisce che " (...) Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza (...)"

- Sostegno alla donna nell'allattamento
- Informazione /Educazione in merito alle cure da prestare al neonato

Ambito neonatale - Assistenza al neonato

- Sostegno alla famiglia (garantire il legame madre-bambino-padre)
- Individuazione precoce delle eventuali anomalie (diagnosi) e richiesta dell'intervento medico

Ambito ginecologico

- Educazione sanitaria e sessuale alla donna alla famiglia e alla collettività
- Recupero delle funzioni della zona pelviperineale (rieducazione pelviperineale)
- Consulenza alla donna su problemi di carattere ginecologico compresi quelli inerenti la sessualità

Si presenta così la necessità di preparare un professionista che da un lato opera nelle strutture ospedaliere, sempre più a contatto con i nuovi accorgimenti dell'ostetricia moderna, mentre dall'altro c'è la necessità di affrontare in ambiente extraospedaliero i problemi e gli obiettivi di una corretta assistenza sanitaria di base.

In questo quadro l'ostetrica è caratterizzata da un ruolo preciso, definibile e non intercambiabile con quello di altri operatori sanitari, in quanto tale professione si pone costantemente a contatto con la donna dall'età adolescenziale all'età senile, con i suoi molteplici problemi legati alla fisiologia, alla patologia e in particolar modo con la maternità.

La necessità dell'integrazione, tra i servizi ospedalieri e quelli territoriali, delle cure fornite nel corso della gravidanza e durante il parto è stata evidente fin dagli anni settanta; i modelli organizzativi proposti miravano a creare un rapporto d'insieme fra le varie strutture.

Per trovare dei riferimenti su questo modello assistenziale occorre analizzare le vigenti normative che sono rappresentate da:

- Legge n. 405 del 1975 "Istituzione dei Consultori Familiari"
- Legge n. 833 del 1978 - "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale"
- Decreto Legislativo 502/92, 517/93, 229/99
- DM 24.04.2000 "Adozione del Progetto Obiettivo Materno Infantile"
- Livelli Essenziali di Assistenza
- Piano Sanitario Nazionale
- Piani Sanitari Regionali

Il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000 ha collocato l'area materno infantile tra quelle prioritarie, tanto da prevederne uno specifico Progetto Obiettivo. Da questo documento traspare la tendenza alla realizzazione di un sistema fortemente integrato, secondo un modello organizzativo di tipo dipartimentale, che mira al soddisfacimento dei bisogni della persona assistita.

Il Progetto Obiettivo Materno Infantile prevede un'integrazione a rete territoriale comprendente, accanto ai Presidi Ospedalieri, i Distretti Sanitari, i Consultori Familiari e gli altri servizi attivi nell'ambito dell'area materno infantile. Viene segnalata la necessità di una convergenza fra maggiore umanizzazione dell'evento nascita e fattori che garantiscano la sicurezza per la diade madre-bambino.

Solo con l'istituzione del Progetto Obiettivo Materno Infantile, il Consultorio Familiare è stato identificato come un importante strumento, all'interno del Distretto Sanitario, per attuare gli interventi previsti a tutela della salute della donna più globalmente intesa e considerata nell'arco dell'intera vita.

Le attività consultoriali assumono, infatti, un ruolo fondamentale nel territorio poiché la peculiarità del lavoro in equipe le rende uniche nella rete delle risorse sanitarie e socio-assistenziali esistenti. Il Consultorio Familiare viene anche individuato come luogo per la continuità dell'assistenza alla puerpera e al neonato.

Nell'ambito del Percorso Nascita sono evidenziati importanti obiettivi cui tendere, tra cui:

- Promozione dell'allattamento al seno
- Dimissioni protette e dimissione precoce mediante l'attivazione della rete sanitaria ospedaliera-territoriale e sociale per il rientro a domicilio della madre e del neonato
- Favorire l'avvicinamento/contatto puerpera-neonato (anche patologico) mediante il collegamento funzionale-strutturale tra area ostetrico-ginecologica ed area pediatrico-neonatalogica, tramite l'applicazione di norme regionali di indirizzo per l'area ospedaliera materno infantile mirati a favorire l'integrazione operativa tra UOO Ostetricia e UOO neonatologica-pediatria soprattutto in fase di riordino-ristrutturazione dei reparti e l'adeguamento strutturale al fine di facilitare il rooming-in e l'allattamento al seno.

Gli obiettivi inerenti ai consultori familiari riguardano:

- Massima integrazione del Consultorio Familiare nell'organizzazione dipartimentale attraverso l'afferenza al Distretto e la collaborazione con i servizi sociali e socio - assistenziali ad esso afferenti tramite un piano di integrazione sanitario - sociale - socio-assistenziale con il coinvolgimento di tutti i servizi territoriali interessati e il suo finanziamento
- Migliorare il benessere psicofisico della puerpera e del neonato tramite l'offerta attiva di visite domiciliari, con particolare riferimento al caso di dimissioni precoci e/o in situazioni di rischio sociale.

Con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri relativo all'istituzione dei Livelli Essenziali di Assistenza², all'allegato 1.A Classificazione dei livelli, comma 2 Assistenza Distrettuale, punto g Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, è indicato che le prestazioni garantite sono:

- L'assistenza programmata a domicilio (assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata domiciliare, comprese le varie forme di assistenza infermieristica territoriale)
- L'attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle donne, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità, (...).

Infine, il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie" all'articolo 1 prevede le "prestazioni sanitarie sulla base di progetti assistenziali personalizzati".

Riflettendo su tutto quanto di nuovo c'è nell'organizzazione delle Aziende ospedaliere e sanitarie, e sul diritto dell'utenza di veder soddisfare al meglio i propri bisogni, è indispensabile rivisitare la professionalità dell'ostetrica partendo dalla consapevolezza di appartenere ad una professione intellettuale³. Occorre quindi che le ostetriche italiane, forti degli indirizzi di legge, comincino a progettare e a realizzare proposte per servizi in linea con le normative e relativi al proprio ambito di competenza erogando assistenza nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva⁴, con particolare

² I Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria sono le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale.

³ Professione Intellettuale: implica una decisione fondata sulla competenza tecnico - scientifica e comporta l'assunzione di responsabilità dirette e personali per le prestazioni effettuate *Codice Civile Articoli 2222 – 2238*.

⁴ Nel 1994 l'OMS ha coniato una definizione ufficiale inserita nel contesto della definizione generale di salute: "La salute riproduttiva è volta al sistema, ai processi e alle funzioni riproduttive in tutti gli stadi della vita umana" (nascita, infanzia, adolescenza, maturità, gravidanza, parto, puerperio, menopausa, vecchiaia).

attenzione ai bisogni di salute della donna-madre, del feto-neonato, dell'uomo-padre, della coppia, della famiglia e della comunità.

Un'analisi dell'evoluzione dell'evento nascita in Italia ha rilevato che negli ultimi decenni l'assistenza è sempre più parcellizzata; si assiste:

- a una separazione fra assistenza prenatale, intra-partum e periodo successivo alla nascita
- all'intervento di differenti operatori che spesso non interagiscono fra loro
- ad un'offerta di informazioni e sostegno risultanti in larga misura frammentarie e inadeguate, denunciando così, la mancanza di continuità nell'assistenza al percorso nascita⁵.

Un'indagine conoscitiva sul Percorso Nascita condotta nel 2002 dall'Istituto Superiore di Sanità, per quanto concerne il puerperio rileva che al rientro a casa oltre il 25% delle donne ha riferito di aver avuto problemi inerenti all'allattamento. Meno del 15% delle puerpere ha ricevuto una visita domiciliare. La proporzione di donne allattanti al seno in maniera esclusiva⁶ oltre il 4° mese varia del 18% al 56%. La percentuale di mamme allattanti al seno a 6 mesi di vita del bambino è compresa in un range del 31 - 68%. La percentuale di bambini svezzati entro il 4° mese di vita varia dal 16% al 51%.

Per quanto riguarda la ripresa della vita sessuale, circa il 70% delle donne ha dichiarato di aver ripreso i rapporti entro il 2° mese dal parto; oltre il 40% ha riferito di aver avuto problemi alla ripresa e circa il 70% ha riferito di aver utilizzato un metodo contraccettivo.

Sinteticamente i risultati dell'indagine mostrano che un elemento critico è rappresentato dalla scarsa offerta di visite e di incontri in puerperio, dalla bassa prevalenza dell'allattamento al seno oltre i 3 mesi e dalla precocità dello svezzamento.

È soprattutto durante il puerperio⁷ che manca una sistematica offerta attiva d'informazioni, counselling e sostegno su tutti gli aspetti riguardanti questa fase delicata e importante del percorso nascita.

La frequente mancanza d'aiuto alla puerpera al momento del rientro a domicilio suggerisce un maggior impegno dei servizi ospedalieri e territoriali.

Si sta verificando una sempre maggiore tendenza alla deospedalizzazione del periodo del puerperio, che cerca giustificazione nei presunti vantaggi economici e socioculturali e non sempre nell'espressione di un reale miglioramento delle cure.

Se le motivazioni sono prevalentemente di carattere economico, si possono tradurre in dimissioni affrettate, senza la garanzia di un sostegno a domicilio con il conseguente aumento di riammissioni per patologie neonatali o maggiori difficoltà nell'allattamento al seno e nelle relazioni.

Il sostegno dopo la dimissione della madre e del neonato a domicilio trova significato soprattutto perché il rapporto con il neonato rappresenta un evento fortemente centrale nella vita della donna e della coppia.

⁵ Per Percorso Nascita si intende la diffusione in ogni ASL di un modello organizzativo che consenta di prendere in carico la donna in gravidanza ed il neonato, unendo all'efficienza del trattamento perinatale il rispetto della fisiologia e dell'ambiente relazionale. È un programma coordinato tra Regione, ASL e DMI delle singole ASL per il perseguimento degli obiettivi di Piano e, localmente rappresenta il coordinamento degli interventi sanitari, educativi, sociali, che riguardano gravidanza, parto e perinatalità. Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte n. 30 del 25 luglio 2001.

⁶ Si intende non dare al bambino altri alimenti o liquidi, compresa l'acqua, oltre il latte materno. Per allattamento al seno prevalente si intende dare al bambino anche piccole quantità di acqua o bevande a base di acqua come ad esempio la camomilla.

⁷ Il puerperio è il periodo di tempo che inizia subito dopo l'espulsione della placenta e termina con la ripresa dell'attività ciclica ovarica.

Il fatto che questo evento sia più raro quantitativamente nella vita di ciascuna donna, lo rende ancora più “prezioso”, ma anche critico da diversi punti di vista. Infatti, essendo un evento meno presente nella comunità, viene a mancare quella modalità “spontanea” di apprendere il comportamento, sia materiale che relazionale con il neonato.

Sempre più le coppie, che si trovano nella situazione di mettere al mondo il loro primo - e spesso unico - figlio, dichiarano di sentirsi sole particolarmente in riferimento a “ciò che bisogna fare” nei primi tempi a casa con il bambino. E’ un senso di solitudine sostenuto dall’effettiva mancanza di un contorno protettivo, che accompagna, che guida, che sostiene. La famiglia allargata non è stata sostituita da rapporti comunitari tali da dare rinforzo al singolo individuo nel momento in cui vive un’esperienza forte e per molti versi unica, come quella di diventare genitore. La mancanza di scambi e di condivisione tra donne riguardo l’esperienza della maternità, nei suoi aspetti emotivi e psicologici ma anche nei suoi aspetti concreti legati alla cura e all’accudimento del bambino, acuisce il senso di inadeguatezza e di spaesamento di molte madri, rallentando così i tempi per un adattamento armonico nella relazione col bambino.

In una società altamente dinamica e in continua evoluzione il modello di una “nuova ostetrica” è quello di una figura professionale che, ponendosi come leader naturale del processo di raggiungimento di nuovi valori sociali, conscia delle problematiche proprie del territorio in cui opera, sia veicolo principale nell’attuazione di un’assistenza sanitaria di base diversa e più in linea con il contesto ambientale e sociale dei tempi in cui viviamo, dove la tutela della salute si ottiene garantendo stili di vita sani e creando le condizioni ottimali per assicurare un completo benessere psichico, fisico e sociale all’utenza che afferisce ai servizi ostetrico-ginecologici.

La gravidanza, il parto e l’iniziale vita con il bambino rappresentano un periodo di transizione⁸, di crisi evolutiva, d’estrema apertura e vulnerabilità con implicazioni fisiche e fisiologiche per la donna che deve accogliere e sostenere il neonato per poter partorire ed allattare serenamente.

Qualsiasi grosso cambiamento della vita porta con sé un senso di vulnerabilità, di stress, una naturale regressione⁹ e un senso di perdita; quando si vive un importante cambiamento, si ha a che fare con un certo grado di perdita di controllo su:

1. Proprio stato fisico e di salute
2. Esperienza del parto e del bambino immaginato
3. Stile di vita e dei propri ritmi (comunicazione nella relazione, ridefinizione di ruoli e competenze, perdita di sonno)
4. Propria vita sociale e affettiva.

Il puerperio presenta aspetti assistenziali rilevanti per la madre, il bambino, la coppia e la famiglia.

La madre

- Possibili crisi di stanchezza, spesso legate anche a disturbi fisici (suture perineali dolenti, contrazioni uterine, emorroidi, ragadi al seno)
- Senso d’onnipotenza - euforia, perdita e frastuono

⁸ La fase di transizione può essere accompagnata da momenti critici che possono essere di:

- *Carattere emotivo*, per entrambi, con il sorgere d’emozioni anche ambivalenti che il nuovo percorso porta
- *Carattere relazionale*, perché in precedenza la coppia aveva una relazione indisturbata; se già c’erano altri figli, è necessario riadattare la dinamica di coppia
- *Carattere mentale*, perché si deve dar spazio al nuovo ruolo ed alle attese correlate.

⁹ Vulnerabilità per l’estrema apertura a tutti i livelli: è un viaggio ignoto, colmo d’ansie, con emozioni ambivalenti che vanno dall’euforia al panico. Stress perché si richiede la necessità di doversi e sapersi adattare, di riorganizzarsi per qualcosa di completamente nuovo. Regressione perché in uno stato di così totale apertura è facile rimescolare e spolverare memorie, eventi, esperienze del passato.

- Senso di timore di non svolgere correttamente l'accudimento del proprio bambino, di non compiere le scelte più idonee tra le diverse indicazioni avute o di non comprenderne i bisogni
- Difficoltà nell'allattamento¹⁰
- Possibile insorgenza di crisi depressive¹¹.

Il neonato

- Calo ponderale, disidratazione, ittero fisiologico, infezioni, evidenziazione d'anomalie congenite.

La coppia e la nuova famiglia

- Possibili distorsioni relazionali precoci legate all'accudimento del nuovo nato ed al suo inserimento nel nucleo familiare anche in relazione alla presenza di altri figli.

La mancanza d'aiuto al momento del rientro a domicilio suggerisce la necessità di un maggiore impegno dei servizi per risolvere i problemi della puerpera, del neonato, della famiglia richiedendo un miglior e maggior collegamento tra ospedale e territorio.

È compito dell'organizzazione dipartimentale dell'area materno-infantile assicurare la continuità assistenziale, la presa in carico e la realizzazione di interventi volti alla promozione della salute. Tutto questo deve basarsi sulla complementarietà dei servizi nel rispetto delle reciproche autonomie e specificità. Obiettivo del Percorso Nascita è quello di aiutare le donne nel processo d'adattamento al nuovo ruolo, ascoltando i loro bisogni ed individuando insieme le modalità di sostegno più adeguate per affrontare la gravidanza, il parto e il puerperio a seconda della loro situazione familiare, sociale e culturale e ponendo la massima attenzione a non espropriarle delle loro competenze.

Il rientro a casa sia che avvenga con dimissione precoce concordata e appropriata¹², prima delle 48-72 ore dalla nascita, sia che avvenga successivamente deve essere supportato dall'assistenza ostetrica, in quanto il puerperio è il periodo più sensibile per lo stabilirsi di un rapporto intimo e profondo tra i genitori e il neonato. Il rientro a casa senza supporto o con il solo riferimento ambulatoriale espone i neonati e le puerpere a rischi socio sanitari.

Diverse esperienze di modelli assistenziali relativi all'assistenza in puerperio, presenti sul territorio nazionale, hanno come obiettivo prioritario quello di sperimentare un nuovo percorso al fine di favorire la demedicalizzazione della gravidanza, del parto e del puerperio, ma anche di attivare la

¹⁰ È necessario discutere con la madre quali siano i suoi progetti dopo la dimissione. Prima del rientro a casa deve essere verificata la buona capacità di alimentarsi al seno da parte del neonato, l'assenza di un calo ponderale eccessivo, l'assenza di problematiche legate al seno materno es. ingorghi mammari, ragadi.

¹¹ Le sindromi depressive hanno una prevalenza di insorgenza doppia nelle donne rispetto agli uomini e la gravidanza sembra essere un periodo in cui aumenta la vulnerabilità e l'insorgenza di disturbi dell'umore.

I dati clinici sostengono l'idea che esiste un impatto sfavorevole sull'attaccamento madre-neonato e sul carattere del bambino derivante dalla depressione materna e che i figli di donne depresse hanno maggiori probabilità di soffrire di disturbi dell'adattamento e di depressione infantile rispetto ai figli di madri non depresse. È per questo motivo che assume grande importanza il riconoscimento precoce delle sindromi depressive in gravidanza al fine di instaurare una più efficace condotta terapeutica. In gravidanza il rapporto di coppia cambia, a volte anche entrando in crisi; ciò può servire come momento evolutivo, d'adattamento alla nuova condizione del divenire genitori. Se non si giunge ad un'evoluzione del rapporto possono condurre a manifestazioni psicopatologiche.

I tre disturbi dell'umore riconosciuti sono: maternity blues, depressione post partum e psicosi post partum. Punto fondamentale per il trattamento è il riconoscimento precoce dei sintomi e dei segni: qui trova valore l'importanza del sostegno in puerperio.

¹² È una modalità di dimissione che tiene conto delle esigenze e delle volontà della madre e delle necessità, qualora sussistano i motivi, di attivare ed integrare tra loro le necessarie risorse territoriali atte a sostenere la nuova famiglia nel periodo del rientro a domicilio.

competenza della donna/famiglia nei confronti del suo bambino, tutelando il loro benessere psico-fisico, salvaguardando la continuità della relazione e supportando i genitori a far emergere le proprie capacità di accudimento.

Quale modello organizzativo?

Qualunque modello organizzativo si intenda adottare, deve nascere dalla condivisione della medesima filosofia assistenziale attraverso l'utilizzo di protocolli comuni condivisi e continuamente modificati, nel rispetto dell'evoluzione della medicina basata sulle prove di efficacia.

Il processo del divenire madre e figlio si rende concreto con una modalità ciclica, attraverso tre periodi: prenatale, natale e postnatale.

L'evento nascita potrebbe rappresentare l'anello di discontinuità, poiché l'assistenza al travaglio, parto e post partum¹³ potrebbe non essere erogata dalle stesse ostetriche che seguiranno poi le donne a domicilio; ciò nonostante questo significato viene meno, se vi è da parte di tutte le ostetriche del Dipartimento Materno Infantile, la condivisione della medesima filosofia assistenziale.

La mancanza del sostegno nel rientro a domicilio rappresenta spesso l'anello di debolezza del modello assistenziale basato sulla continuità; è indispensabile per ciò garantire un modello organizzativo che permetta agli operatori di esprimere le proprie competenze sul piano tecnico, relazionale ma anche educativo.

I principi ispiratori di un modello assistenziale relativo all'assistenza in puerperio sono:

- Consapevolezza della centralità della persona assistita e necessità di adeguare l'offerta assistenziale in relazione alla variabilità della domanda
- Convinzione di quanto sia utile adeguare e differenziare la risposta tecnologica, attraverso un processo di continuo adeguamento e incremento delle conoscenze tecniche e scientifiche in risposta ai cambiamenti legislativi, scientifici, sociali, culturali ed economici.

I punti di forza di tale modello assistenziale sono rappresentati da:

- Continuità assistenziale¹⁴, espressa sia in termini di condivisione della medesima filosofia assistenziale, sia attraverso l'agire secondo protocolli comuni durante la gravidanza, il parto ed il post-partum
- Dimissione dall'ospedale con affidamento ai servizi territoriali
- Offerta da parte di un gruppo di operatori della medesima assistenza, lungo tutto il percorso nascita

La mancanza del sostegno nel rientro a domicilio è spesso determinata da:

1. *Cause di tipo organizzativo* ⇒ Mancanza di continuità assistenziale in puerperio per:

- Mancanza di una rete di comunicazione tra il Presidio Ospedaliero e il servizio ambulatoriale dell'avvenuto parto
- Mancanza di uno strumento operativo, la cartella ostetrica, per sorvegliare l'assistenza del puerperio e del neonato a domicilio

¹³ Per post partum si intende un periodo di due ore che segue l'espulsione della placenta. Tale durata è stata stabilita convenzionalmente in base ad una norma italiana che impone a chi ha assistito il parto di sorvegliare per almeno due ore le condizioni generali della puerpera. In particolare: lo stato generale della donna (polso, temperatura, pressione), la perdita di sangue, la contrazione e la retrazione dell'utero.

¹⁴ In una metanalisi condotta dalla Cochrane (ultima revisione aprile 2000) si è rilevato che le donne che hanno usufruito della continuità assistenziale da parte di ostetriche si sono dichiarate soddisfatte più frequentemente delle donne del gruppo controllo; non risulta però chiaro se la soddisfazione sia dovuta prevalentemente alla continuità stessa dell'assistenza o più specificatamente all'assistenza fornita dalle ostetriche.

- Mancanza di riunioni di confronto tra le ostetriche e i medici pediatri del Presidio Ospedaliero e di libera scelta
 - Mancanza di un adeguato riconoscimento economico per la pronta disponibilità
 - Mancanza di brochure informative riguardanti le prestazioni erogate dal Dipartimento Materno Infantile
2. *Cause legate all'operatore sanitario* ⇒ Scarsa e inadeguata informazione fornita alle donne in merito alla possibilità della dimissione precoce per:
- Mancanza di un protocollo assistenziale elaborato e condiviso dalle ostetriche coinvolte nell'assistenza in ospedale e nell'assistenza del puerperio e del neonato a domicilio
 - Inadeguata definizione degli obiettivi, criteri organizzativi, costi per la pianificazione del servizio
3. *Cause legate alla persona assistita* ⇒ Scarso riconoscimento da parte della donna circa le proprie competenze sulla gestione del rientro a domicilio per:
- Mancanza di un percorso assistenziale pianificato e precedentemente concordato, in grado di far emergere competenze specifiche per garantire il rientro a domicilio con successo
 - Scarsa o inesistente presenza di un nucleo familiare in grado di sostenere il rientro a domicilio.

Obiettivo generale: Sviluppare un modello organizzativo, garante della continuità assistenziale e promotore della fisiologia dell'adattamento post-natale e dell'allattamento al seno, che salvaguardi e sostenga il benessere psicofisico della madre e del neonato al rientro a domicilio dopo il parto.

Obiettivi specifici

1. Promuovere e salvaguardare la continuità della relazione e del benessere madre-neonato, attraverso l'integrazione dei servizi ospedalieri e territoriali
2. Facilitare lo sviluppo dell'autostima e dell'auto-valORIZZAZIONE della coppia, attraverso il rafforzamento delle competenze e delle abilità nell'accudimento del bambino
3. Garantire il rispetto dei bisogni fondamentali del neonato e un'assistenza appropriata fornendogli anche le idonee misure di profilassi e di prevenzione di patologie
4. Favorire e sostenere l'allattamento al seno
5. Elaborare una cartella ostetrica al fine di facilitare il controllo dello stato di salute della madre e del neonato, attraverso l'osservazione dei fenomeni oggettivi e soggettivi
6. Tracciare un percorso assistenziale con informazioni chiare ed esaurienti per favorire la scelta ed il sostegno della dimissione
7. Documentare i risultati ottenuti dopo la sperimentazione al fine di evidenziare l'efficacia del protocollo applicato per eventuali modifiche e/o integrazioni

Risorse Necessarie

- Umane: Ostetriche del Presidio Ospedaliero e del Consultorio Familiare, Medici pediatri del presidio ospedaliero e di libera scelta
- Materiali:
 - Presidi sanitari per la borsa ostetrica
 - Macchina in dotazione del consultorio familiare con specifica polizza assicurativa per il conducente e l'accompagnatore
 - Telefono cellulare
 - Blocchetti voucher per le soste a pagamento
 - Pass per la zona a traffico limitato (ZTL) o per le ordinanze comunali per la circolazione

- Locali per le riunioni di lavoro, personal computer con accesso ad internet per la ricerca della letteratura e delle banche dati, materiale di cancelleria di vario genere
- Economiche:
 - Fondi stanziati dal Dipartimento Materno Infantile per l'elaborazione del progetto e per la formazione continua
 - Riconoscimento economico dell'attività svolta
 - Riconoscimento della pronta disponibilità e dell'attività svolta durante i giorni festivi

Costi

Posto che una verifica dei costi reali potrà essere effettuata solo a posteriori, è possibile però ipotizzare ex ante che i costi saranno così ripartiti:

- Costo auto: eventuale acquisto, assicurazione del veicolo, del conducente e dell'accompagnatore, bollo, benzina¹⁵
- Costo tempo-lavoro dei singoli professionisti appartenenti al gruppo di lavoro. Il progetto può essere elaborato in orario di servizio. Calcolare quanto sarà in termini di ore il supporto erogato a domicilio è impossibile stabilirlo a priori poiché non si può determinare quanto tempo l'ostetrica rimane a domicilio e quante saranno le visite domiciliari. Potrà essere attivata la pronta disponibilità per le ostetriche
- Costi fissi relativi al materiale sopra elencato es. bolletta telefonica, materiale di cancelleria ecc..

Azioni

La traduzione di quanto previsto dal POMI: *“Offrire colloqui informativi sulla gravidanza - offrire attivamente i corsi di preparazione al parto, alla nascita, al ruolo genitoriale e all'assistenza post-parto, con particolare riferimento alla promozione dell'allattamento al seno - (...) - adottare una cartella ostetrica ambulatoriale orientata da linee guida condivise - (...) - perseguire e mantenere contatti permanenti con i reparti ospedalieri in cui le donne andranno a partorire, anche attivando momenti strutturati di conoscenza reciproca, e prevedendo incontri di formazione comune tra operatori ospedalieri e territoriali privilegiando l'integrazione degli operatori dei consultori familiari e ospedalieri per quanto attiene il percorso nascita”* si attua attraverso le seguenti azioni:

1. Fornire continuità assistenziale attraverso l'integrazione dei servizi ospedalieri e territoriali:
 - Illustrare ai dirigenti responsabili il progetto e i relativi obiettivi da perseguire al fine di ottenerne il consenso
 - Condivisione del progetto con gli operatori dei servizi ospedalieri e territoriali
 - Costituzione del gruppo di lavoro
 - Identificare i mandati di lavoro
 - Garantire l'equità nei processi di lavoro
2. Tracciare un percorso assistenziale, fornendo informazioni chiare ed esaurienti, per favorire la scelta ed il sostegno della dimissione
 - Definire e stabilire i mandati di lavoro
 - Programmare incontri per il confronto
 - Ricerca ed analisi di linee guida e protocolli
 - Identificare alcune realtà operative in cui questo servizio viene già erogato. Analisi dei criteri da loro utilizzati: punti di forza e debolezza

¹⁵ Tenendo conto dell'indicazione dell'ACI costo/Km in base alla cilindrata dell'auto

- Elaborare un elenco di presidi sanitari necessari per la realizzazione della preparazione della borsa ostetrica, strumento necessario per le visite a domicilio
 - Valutare periodicamente l'attività svolta
3. Promuovere e salvaguardare la continuità della relazione e del benessere della madre-neonato
- Promuovere l'allattamento al seno
 - Elaborare un protocollo assistenziale per il sostegno dell'allattamento esclusivo
 - Programmare incontri di gruppi di sostegno in puerperio
 - Analisi delle evidenze scientifiche in merito alle sindromi depressive puerperali
 - Pianificare procedure per l'identificazione precoce di segni d'alterazione psicologica materna
 - Elaborare un questionario per la rilevazione del grado di soddisfazione dell'assistenza erogata
 - Valutare periodicamente l'attività
4. Stabilire una modalità per far emergere le competenze materne dell'accudimento nei confronti del bambino
- Analisi della letteratura inerente le competenze endogene della madre e del bambino e la comunicazione
 - Pianificare modi di comunicazione: creare empatia, dare sostegno e fiducia, saper ascoltare e capire
 - Pianificare un elenco di frasi da non utilizzare, perché giudicanti.

Risultati attesi

- Maggiore soddisfazione delle donne, soprattutto per la personalizzazione e la continuità dell'assistenza offerta
- Avviamento con successo e mantenimento dell'allattamento esclusivo al seno
- Maggiore protezione dell'integrità familiare
- Contenimento delle ansie, timori delle donne e promozione della salute nel rispetto della fisiologia.

Dall'analisi dei modelli assistenziali presenti sul territorio nazionale, si è potuta rilevare, inoltre, un'alta soddisfazione professionale nelle ostetriche dovuta al riconoscimento della competenza assistenziale e alla valorizzazione della propria autonomia professionale.

Lo strumento fondamentale, strategico, indispensabile e soddisfacente per l'umanizzazione del Percorso Nascita è la continuità assistenziale. Tutto questo è reso possibile grazie ad un accordo tra i punti nascita ed i servizi territoriali. Sviluppare un modello organizzativo, garante della continuità assistenziale e promotore della fisiologia dell'adattamento post-natale e dell'allattamento al seno, è fondamentale per la salvaguardia e il sostegno del benessere psicofisico della madre e del neonato al rientro a domicilio dopo il parto. I progetti già attuati hanno assunto maggiore significato dove nell'area materno infantile dei Presidi Ospedalieri presso cui è avvenuto il parto, erano attivate iniziative volte all'umanizzazione dell'assistenza, come rooming-in, promozione e tutela dell'allattamento al seno, incontri tra puerpere ed ostetriche.

A tal proposito rappresenta una risorsa indispensabile e necessaria l'integrazione ospedale-territorio, in modo tale che la triade possa affrontare nel modo migliore questo periodo di transizione, di crisi evolutiva e vulnerabilità che rappresenta il puerperio.

Il sostegno al rientro a domicilio favorisce l'innata competenza materna nell'accudimento del proprio bambino, facilita la relazione madre-neonato, sostiene l'allattamento al seno, permette di individuare precocemente segni di disturbi emozionali e facilita l'adattamento alla nuova condizione e alle nuove relazioni familiari.

La realizzazione del modello assistenziale basato sulla continuità è strettamente correlato all'impegno politico d'ogni Regione, ai singoli operatori impegnati nel Percorso Nascita ma anche a quello delle donne che usufruiscono dei servizi, in quanto deve essere pianificato in accordo con la coppia un percorso assistenziale che rispetti il più possibile i bisogni e le aspettative. Le madri devono essere correttamente informate sui modi di conduzione, sulle possibili difficoltà e sulle relative soluzioni. La donna deve sempre coinvolta nelle decisioni e collocata in primo piano insieme al suo bambino.

Attraverso l'adozione di questo modello, l'assistenza diventa personalizzata; viene abbandonata la parcellizzazione del percorso nascita a favore della continuità e della globalità. Questo approccio non lascia spazio alla ripetitività, ma alla dinamicità, all'approccio ragionato con la necessità di un aggiornamento e confronto continuo, ricorrendo alle procedure assistenziali utili secondo le prove di efficacia disponibili.

L'assistenza da parte delle ostetriche ha l'obiettivo di accompagnare la donna, promuovere la fisiologia, instaurare la relazione, offrire sostegno emozionale e collaborare - là dove è necessario - con altri operatori, utilizzando una linea guida assistenziale comune.

La continuità dell'assistenza permette di poter rinunciare alle procedure assistenziali di routine e permette inoltre un'assistenza individualizzata, all'insegna della fiducia e del rispetto reciproco.

Il modello assistenziale basato sulla continuità, risulta essere uno degli standard¹⁶ professionali di qualità che, il D. Lgs. 517/1993 e il successivo D. Lgs. 229/1999, concepiscono nella nuova organizzazione sanitaria in cui la soddisfazione della donna/bambino/famiglia diventa l'obiettivo prioritario per l'agire professionale attraverso un miglior impiego ed un'equa distribuzione delle risorse.

BIBLIOGRAFIA

1. Alimonti D, Nobile M G, Sartori M. *Continuità assistenziale ostetrica Atti "Il percorso nascita fra territorio ed ospedale" Matera 22-23 ottobre 2004:115-120*
2. Arcadu M. I, Pozza I *Puerperio - assistenza domiciliare Atti della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia, Perugia, Novembre 2002:91-2*
3. Buckley E R. *La qualità nell'assistenza ostetrica. Edizione italiana a cura di Miriam Guana. Edizione McGraw-Hill, Milano1998*
4. Calistri D, Baldan M, Berti M, Chiodini C, Farris R, Sale R *Dimissione precoce e protetta della puerpera e del neonato fisiologici. Atti "Il confort in gravidanza e dopo il parto" Centro di Medicina perinatale Assisi 7-9 maggio 1998*
5. Grandolfo M, Donati S, Giusti A. *Indagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002: aspetti metodologici e risultati nazionali Lucina 2003;4:5-32*
6. Grandolfo M. *Il consultorio familiare nel Progetto Obiettivo Materno Infantile Atti "Il percorso nascita fra territorio ed ospedale". Matera 22-23 ottobre 2004 :53-68*
7. Hodnett ED. *Continuity of caregivers for care durin pregnancy and childbirth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Chichester, UK: Update Software;2005*
8. La Prova A, Todros T *Continuità dell'assistenza in gravidanza, parto e puerperio. Falcinelli N, Trabucchi M, Vasara F Rapporto Sanità 2001 – la continuità assistenziale. Bologna Edizione Il Mulino:411-444*

¹⁶ Standard inteso come livelli d'azione professionalmente concordati adeguati alla popolazione assistita che riflettano quanto è accettabile, raggiungibile, osservabile e misurabile. Sale, 1991

9. Lisa M. *Le basi legislative per realizzare servizi con il principio di continuità. D&D Il giornale delle Ostetriche* Marzo 2004;3(44):16-8
10. Rapisardi G, Pierattelli M, Tamburini G. et al. *Raccomandazioni per l'assistenza alla madre in puerperio e al neonato. Bollettino della società Italiana di medicina perinatale* 2001;3(1):6-19
11. Tosco E. *Continuità assistenziale, dimissione precoce e concordata di puerpera e neonato: proposta di un modello organizzativo d'integrazione tra ospedale e territorio Tesi Master I° livello in Management Infermieristico per le funzioni di coordinamento Università Cattolica Del Sacro Cuore - Piccola Casa della Divina Provvidenza - Torino Anno Accademico 2003-2004*
12. WHO: *Appropriate technology for birth. Lancet* 1985;3:436-7
13. WHO: *Care in normal birth: a practical guide. Report of a technical working group. Publication on WHO/FRH/MSM/96.24 Ginevra*

Fonti Normative consultate

1. Legge 29 luglio 1975, n. 405 - "Istituzione dei Consultori Familiari"
2. Legge 23 dicembre 1978, n. 833 - "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale"
3. Legge Regione Lombardia n 16/87 - "Tutela della donna partoriente e del bambino"
4. D. Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 - "Norme per la razionalizzazione del SSN"
5. DM 24 aprile 2000 - "Adozione del Progetto Obiettivo Materno - Infantile relativo al Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000"
6. DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie"
7. DPCM 29 novembre 2001 - "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"

Fonti Normative di interesse professionale

1. D.M. n.740 del 14.09.1994 - "Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'ostetrica"
2. Legge n. 42 del 26.02.1999 - "Disposizioni in materia di professioni sanitarie"
3. Codice Deontologico dell'ostetrica/o Approvato dal Consiglio Nazionale FNCO nella seduta del 10 e 11 marzo 2000
4. Legge n. 251 del 10.08.2000 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica"
5. Decreto Interministeriale 2 aprile 2001 "Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie"
6. Legge n. 1 dell' 8.01.2002 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 12 novembre 2001, n. 402, recante disposizioni urgenti in materia di personale sanitario"