

L'ostetrica e la coppia nel Percorso di accompagnamento alla Nascita “sussurrare, non gridare”

(ostetrica Graziella Bielli)

L'assistenza Ostetrica **one-to-one**, è un Modello organizzativo e assistenziale che si basa sulla Continuità di Assistenza, nel Percorso Nascita, alla donna /coppia attraverso una presa in carico efficace ed efficiente da parte dell'ostetrica, dal punto di vista clinico, relazionale attuando interventi di Promozione della Salute e rilevando così precocemente eventuali Fattori di Rischio, quando si presentano.

L'ostetrica, dal momento che conosce la donna nell'ambulatorio ostetrico, pianifica e progetta insieme a lei il tipo di assistenza alla gravidanza fisiologica, al parto e dopo parto.

Con la Continuità di Assistenza e con la capacità della Relazione, l'ostetrica impara a conoscere la donna, tutela la sua salute fisica e psichica e quella del neonato, favorisce la loro capacità di adattamento e i processi fisiologici, tenendo conto delle esigenze relazionali ed organizzative del nucleo familiare.

Stringe un *Patto Terapeutico* con la donna:

- Accompagnarla per tutto il Percorso
- Rispetto nella sua Persona- nelle sue Scelte
- Sostegno e Contenimento per la donna - coppia ,nel momento in cui ,sono da loro richiesti
- Offrire un'Assistenza adeguata perciò Conservativa- Protettiva nel rispetto della Fisiologia
- Educare alla Nascita dando alla donna Strumenti Cognitivi, Comportamentali, di Ascolto, di Espressione, di Autogestione

OBIETTIVI GENERALI

Criteri di Valutazione :

Piano Clinico – Piano Psicosociale - Piano Economico

- Fornire un'assistenza globale- personalizzata migliorando la qualità dell'assistenza
- Maggior considerazione dell'Unità madre-bambino
- Valorizzazione della professione
- Integrazione del lavoro tra territorio e ospedale
- Riduzione dei tempi di degenza, perciò minor costi

METODI

Questo tipo di assistenza, mette la donna-coppia al centro dell'esperienza e presuppone una riorganizzazione dei servizi sanitari che in base alla realtà aziendale, al numero di unità ostetriche presenti, potrà avere due livelli di Assistenza:

- LIVELLO OTTIMALE: la continuità dell'assistenza *one to one* con la presa in carico da parte di un *ostetrica di fiducia*, garantendo l'assistenza in gravidanza – parto e dopo parto.

- II° LIVELLO: in questo modello, l'ostetrica del consultorio, prende in carico la donna/coppia dall'inizio della gravidanza sino alle prime fasi del travaglio fisiologico, prestando la sua assistenza a domicilio. Successivamente la donna si recherà al Punto Nascita, per l'assistenza al parto da parte delle ostetriche ospedaliere. Al momento della dimissione concordata, l'ostetrica consultoriale continuerà l'assistenza alla puerpera a domicilio, oppure presso l'ambulatorio in consultorio.

In entrambi i modelli, la continuità dell'assistenza sarà maggiormente garantita se a livello istituzionale ci saranno: lavoro in equipe e formazione comune tra ostetriche territoriali e ospedaliere – Protocolli locali e Piani di assistenza integrati tra l'ospedale e i Servizi di competenza territoriali - Tecniche di Assistenza uniformi degli Operatori Sanitari Ospedalieri e Territoriale

Ai fini del raggiungimento degli obiettivi sono importanti alcuni aspetti prioritari:

Per la MADRE

1. La tutela della relazione all'interno della nuova famiglia, ottenibile promuovendo fin dal momento della nascita il *contatto precoce e rooming-in* 24 ore su 24
2. La possibilità di una permanenza breve in ospedale
3. La programmazione di una *continuità assistenziale personalizzata* garantita ponendo la donna al centro dell'esperienza, favorendo le sue Competenze (Modello di Welfare Partecipativo).

Per il NEONATO

Diritto a ricevere un'Assistenza appropriata che Promuova la sua Salute e identifichi tempestivamente condizioni che necessitano di interventi assistenziali mirati.

Criteri per la dimissione della madre e del neonato

La permanenza della mamma e del neonato in ospedale, solitamente non dovrebbe essere superiore alle 48/72 ore se il parto è spontaneo e di 3-4 giorni se è stato un parto operativo.

In questo modello assistenziale è preferibile parlare di *dimissione concordata e appropriata*, dove tenendo conto della volontà della madre, può essere dimessa prima delle 48 ore secondo i criteri clinici di sicurezza, garantendo lo screening neonatale e la presa in carico domiciliare da parte dell'ostetrica e del PDF.

Come strumento di integrazione ospedale e territorio si adatterà una cartella clinica di dimissione dove vengono riportate, dal momento del ricovero, tutte le informazioni cliniche, riguardanti la donna e il bambino, con particolare riferimento al suo stato di salute e il modo in cui è stato alimentato.

In un primo momento, l'ostetrica sosterrà la donna con la sua assistenza nel proprio ambito familiare, effettuando le visite domiciliari puerperali, per poi offrire le sue prestazioni professionali in ambito ambulatoriale e all'interno di un Gruppo dopo parto sino al primo anno di vita del bambino.

L'ostetrica, in base alle sue competenze, dovrà valutare e condividere con la mamma le condizioni generali e i Segni di Contesto di Buona Salute del bambino, come si comporta un neonato fisiologico i primi giorni dopo la nascita e come conoscere i Segni che il nutrimento è sufficiente

Le informazioni che la donna riceve, dovranno essere coerenti, chiare, efficaci, pertinenti e basate su evidenze scientifiche e l'ostetrica la sosterrà assicurandola che tutto ciò che sente fanno parte di un processo fisiologico del recupero dopo il parto, del cambiamento emotivo in puerperio legate alla fase di adattamento nel *percorso del divenire madre*.

Per quelle situazioni potenzialmente a rischio, segnalate dal Punto Nascita, dal PDF, dal MMG l'ostetrica collaborerà con altre figure professionali, ognuno con le proprie competenze.

La visita comprenderà l'aggiornamento della Cartella del Puerperio sugli aspetti clinici della mamma e del neonato e su come viene alimentato, l'osservazione della poppata se è presente il neonato e un momento di ascolto per permettere alla madre/coppia di esprimere i loro dubbi e il loro bisogno di rassicurazione.

L'intervento assistenziale è orientato, a confermare alla donna le sue competenze naturali di accudimento, promuovere l'allattamento al seno, prevenire le possibili complicanze puerperali, aumentando in lei il senso di adeguatezza delle sue capacità genitoriali.

RISULTATI

- Congruità fra bisogni della donna e assistenza degli operatori sanitari
- Miglioramento della trasmissione delle informazioni fra territoriale e ospedale
- Maggiore capacità della coppia di affrontare l'evento nascita e l'esperienza della maternità/paternità, migliorando così gli outcome ostetrici e l'outcome fetali
- Minor difficoltà nella gestione dell'allattamento materno prolungato (patrimonio di salute per il neonato)
- Minor ricorso all'utilizzo di farmaci analgesici e antidolorifici e interventi medici in travaglio
- Riduzione dei Ricoveri Ospedalieri nel dopo parto per mamma e neonato
- Riduzione dei costi per quanto riguarda l'assistenza alla madre e al bambino

CONCLUSIONI

Questo progetto propone un *riappropriarci* di quella che era la figura dell'*ostetrica* condotta dove le donne partorivano in casa.

Ma, in quel Modello di Assistenza *manca la possibilità di scelta*, la donna *non era Protagonista, non c'era la Centralità della Coppia* nell'Evento Nascita e spesso *manca la Sicurezza*.

Non è un *ritornare indietro*, ma proprio come succede nei Processi di Crescita, di Cambiamento, è un *riprendere* le cose che si avevano, *utilizzare* le nuove Risorse e andare oltre e *crescere*.

Questo progetto presenta un Modello assistenziale dove la coppia può vivere questo Evento in *Sicurezza*, ma anche con il *Rispetto* e la *Discrezione* a loro dovuta, da parte delle persone che "ruotano" intorno a loro, in un momento così importante – unico come l'attesa e la nascita del proprio bambino.

Elementi necessari affinché, con il crearsi della

COMPLICITÀ – INTIMITÀ - EMOZIONE PROFONDA

possa avvenire tra la Madre - il Padre - il Bambino

“ L'INCONTRO DELL'ANIMA ”