

OSTETRICA: RICERCA, FORMAZIONE E MANAGEMENT

Italian Journal of Midwives:
Research, Learning and Management

Rivista Online

 **SYRIO**

Società Italiana di Scienze
Ostetrico Ginecologiche Neonatali

GENNAIO-APRILE | 9-2019 |

Direttore Responsabile



Miriam Guana

*Presidente, Syrio Società Italiana di
Scienze ostetrico-ginecologico
neonatali*

REDAZIONE

Sede

Via Gioberti, 71 10128 Torino

Contatti

SitoWeb: www.syrio.org

Email: info@syrio.org

SIRYO-Società Italiana di Scienze Ostetrico-Ginecologiche-Neonatali
Produzione, amministrazione, distribuzione e copyright
www.syrio.org

Comitato Editoriale



Antonella Nespoli (MZ)



Angelo Morese (SV)



Edda Pellegrini (BG)



Cristina Pavesi (PC)



Irene Marzetti (AP)



Antonella Cinotti (FI)



Elio Lopresti (PA)



Marina Lisa (TO)



*Maria Pompea
Schiavelli (BA)*



Domenica Mignuoli (CS)



Simona Fumagalli (MZ)



Dila Parma (BO)

COMITATO EDITORIALE

Lisa Marina (TO), Fumagalli Simona (MB), Marzetti Irene (AP), Schiavelli Maria Pompea (BA), Morese Angelo (SV), Cinotti Antonella (FI), Nespoli Antonella (MB), Pavesi Cristina (PC), Parma Dila (BO), Mignuoli Domenica (CS), Pellegrini Edda (BG), Lopresti Elio (PA).

GRAFICA A CURA DI: Colosio Marta, Dottoressa in Ostetricia (BS)

OSSERVATORIO INTERNAZIONALE-REVISIONE DELLA LETTERATURA

"La Buona Ostetrica" o "Good Midwife" ed i suoi elementi caratterizzanti
The "Good Midwife" and her characteristic elements

pag. 05

Miriam Guana, Viviana Lira

STORIA

L'abbandono dei neonati, considerazioni storiche
"Abandoned newborns, historical considerations"

pag. 13

Miriam Guana, Colosio Marta

RICERCA OSTETRICA

La ricerca qualitativa in ostetricia, l'approccio della Descrizione Interpretativa (DI)
"Qualitative midwifery research. The interpretative description (ID)"

pag. 20

Elena Tarlazzi

RICERCA OSTETRICA

Riconoscimento e spendibilità del titolo di laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche nel mondo del lavoro: un'indagine nazionale tra le ostetriche
"Use and development of the master's degree in Nursing and Midwifery sciences by Italian Midwives"

pag. 28

Elisa Turini, Miriam Guana

RICERCA OSTETRICA

Indagine nazionale della midwifery nella gestione del travaglio prolungato
"Italian survey on midwifery management strategies of prolonged labour"

pag. 38

Mascolo Maria Rosaria, Piccinini Ambra, Barisione Giulia

*Osservatorio
Internazionale
Revisione della Letteratura*

05

"LA BUONA OSTETRICA" O "GOOD MIDWIFE" ED I SUOI ELEMENTI CARATTERIZZANTI

Revisione della Letteratura

¹Miriam Guana, ²Viviana Lira

¹Professore Associato Scienze Ostetrico-Ginecologico Neonatali, Università degli Studi di Brescia, Presidente SYRIO, ²Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Ostetrica docente/tutor CdL in Ostetricia, Università degli studi di Brescia

The "Good Midwife" and her characteristic elements

ABSTRACT

ITA: In questo articolo viene illustrato il significato di Good Midwife (buona ostetrica). Secondo i risultati di una revisione della letteratura si ricavano una serie di peculiarità di "Buona Ostetrica", ovvero, il possesso di: conoscenza teorica, competenze professionali, qualità personali morali ed etiche, capacità comunicative. In sintesi, l'ostetrica viene raffigurata come una guida personale, che accompagna la donna e la sua famiglia attraverso il ciclo della sua vita riproduttiva; ella accompagna la donna adattandosi alle sue esigenze e della sua famiglia. Utilizza tutte le modalità/strategie di comunicazione, fornendo informazioni e conoscenze appropriate, con l'obiettivo di potenziare e rafforzare la donna. Nell'articolo si pone l'attenzione in particolare sulle caratteristiche di Buona Ostetrica" contenute nella "teoria sull'empowerment della donna" elaborata da S. Halldorsdottir, S. I. Karlsdottir, 2011.

ENGL: This article explains the meaning of "Good Midwife". According to the results of a review of the literature, a series of peculiarities of "good midwife" is obtained, namely the possession of: theoretical knowledge, professional skills, personal moral and ethical qualities, communication skills. In summary, the midwife is depicted as a personal guide, who accompanies the woman and her family through the cycle of her reproductive life; she leads the woman adapting to the needs of her family. Uses all communication methods / strategies, provides appropriate information and knowledge, with the aim of strengthening and strengthening women. Particular attention is paid on the characteristics of Good Midwives described in the "theory on women's empowerment" elaborated by S. Halldorsdottir, S. I. Karlsdottir, 2011.

I diversi significati di buona ostetrica

Il significato di "Buona Ostetrica" ha subito numerosi mutamenti negli ultimi decenni, principalmente conseguenti all'affermazione del modello di assistenza centrata sulla donna, come indicato nelle linee di indirizzo fornite dalla Confederazione Internazionale di Ostetriche, (2010), e nella letteratura internazionale (Leap, 2000; Freeman et al., 2004; Fontein, 2009). La cura centrata sulla donna si basa sul suo riconoscimento e sul suo rispetto, quale portatrice di propri bisogni, idee, pensieri, emozioni, aspettative e desideri riguardo alla gravidanza, alla nascita ed alla maternità. In altre parole, la donna e il suo bambino vengono prima di tutto (Fontein, 2009).

Una definizione ufficiale ed attuale dell'ostetrica, approvata dalla Confederazione Internazionale delle Ostetriche (ICM), dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dalla Federazione Internazionale di Ginecologia e Ostetricia (FIGO), è la seguente: "l'ostetrica è riconosciuta come un professionista responsabile che opera in collaborazione con le donne; fornisce il sostegno, l'assistenza ed i consigli necessari durante la

gravidanza, il travaglio e il periodo postparto; gestisce l'assistenza con propria responsabilità e fornisce le cure al neonato e al bambino".

In particolare, la Confederazione Internazionale delle Ostetriche (ICM) delinea le conoscenze, le abilità ed i comportamenti caratterizzanti le competenze distintive dell'ostetrica che viene formata secondo la definizione internazionale della professione. L'ICM inoltre indica specificamente il concetto di Buona Ostetrica nel codice internazionale. In Italia si identificano le caratteristiche di "Buona Ostetrica" dall'analisi del CD approvato nel 2010 e rivisto parzialmente nel 2014 e nel 2017.

La letteratura rivela diversi attributi, significati ed interpretazioni al concetto di "Buona Ostetrica" (S. Borrelli 2014).

Ad esempio:

Green et al. (1988) sostengono che la donna aspira ad incontrare un'ostetrica che si prenderà cura di lei come persona, sostenendo le sue capacità istintive nel diventare madre.

Nicholls e Webb (2006) indicano che accanto alle competenze tecniche vi è la "capacità di

comunicazione" e "essere lì", quale principale qualità di Buona Ostetrica, come riferito dalle donne, ma anche l'essere compassionevole, gentile, solidale (dominio affettivo), essere ben informata (dominio cognitivo) e abile (dominio psicomotorio)

Byrom e Downe (2010). Le caratteristiche della Buona Ostetrica si identificano in due chiare dimensioni: competenza qualificata (conoscenze, abilità e competenze) e intelligenza emotiva (qualità personali).

Carolan (2010, 2012) evidenzia una serie di attributi chiave: l'importanza di garantire una pratica sicura e supportare le donne a prendere decisioni.

Eliasson et al. (2008) sostengono che il parto essendo un evento così significativo nella vita di una donna, potrebbe influenzare i comportamenti futuri di tutto il nucleo familiare. Inoltre, le esperienze positive sono incorporate nella sua memoria se l'ostetrica ha agito in modo premuroso (Halldorsdottir e Karlsdottir, 1996).

Waldenstrom (1998) afferma che la presenza costante di un'ostetrica e cure appropriate durante la nascita possono aumentare la soddisfazione della donna e quindi migliorare il vissuto della sua esperienza. Pertanto, ogni ostetrica dovrebbe considerare prioritario il benessere e la soddisfazione della donna.

Per **Pembroke e Pembrok** (2008) l'empatia gioca un ruolo fondamentale nella qualità della relazione tra una donna e la sua ostetrica in quanto la relationship instaurata ha il potere di incidere sulle sue esperienze future legate al parto/nascita, in negativo o in positivo, nonché sulla qualità della relazione a lungo termine con il suo partner e con i suoi figli.

Quindi il ruolo giocato dall'ostetrica non coincide solo al momento del "far nascere", ma è fondamentale per la costruzione delle future relazioni di qualità. Non solo, la donna partoriente possiede attitudini materne latenti che vengono in lei attivate a livello celebrale nel momento del parto.

Quindi il ruolo dell'ostetrica è anche quello di facilitare e mantenere nel processo della nascita un contesto calmo e sereno affinché queste potenzialità materne innate non vengano bloccate o

alterate. **Pembroke e Pembrok** (2008) evidenziano che le partorienti confidano su ostetriche leali, autentiche rispettose, disponibili e sensibili ai loro bisogni. Tutto ciò è da ritenersi il nucleo della spiritualità nella pratica ostetrica.

Anche **McKenna et al.** (2015), affermano che l'empatia consente alle ostetriche di stimare nella donna una gamma diversificata di situazioni: dal bisogno di curare e consolare le madri che hanno vissuto un lutto ostetrico, alla condivisione della felicità di una nuova famiglia e di tutto ciò che entra in gioco.



SINTESI DELLE CARATTERISTICHE DI UNA BUONA OSTETRICA

Secondo i risultati degli studi sopracitati, pertanto, si ricavano una serie di peculiarità di "Buona Ostetrica", ovvero, il possesso di: conoscenza teorica, competenze professionali, qualità personali morali ed etiche, capacità comunicative.

In sintesi, la letteratura raffigura la "Buona Ostetrica" come una guida personale, che accompagna la donna attraverso il ciclo della sua vita riproduttiva, adattandosi alle sue esigenze ed a quelle della sua famiglia. Si avvale di tutte le modalità/strategie di comunicazione, fornendo informazioni e conoscenze appropriate, con l'obiettivo di potenziare e rafforzare la donna (self care). Tale influenza è meglio identificata con il termine *empowerment*, in quanto l'ostetrica rafforza la fiducia della donna facilitando il riconoscimento delle proprie forze e capacità.

LE COMPONENTI DI UNA BUONA OSTETRICA *Presentazione di un modello evolutivo della professionalità dell'ostetrica*

Nella "teoria sull'*empowerment* della donna" elaborata da S. Halldorsdottir, S. I. Karlsdottir (2011) la professionalità dell'ostetrica è caratterizzata da cinque aspetti principali qualificanti (fig.1) che costituiscono le componenti di una "Good Midwife"

Nello specifico:

1. **Il prendersi cura.** La "Buona Ostetrica" si prende cura della donna e della sua famiglia nell'ambito professionale (tab.1). Questo elemento rappresenta il cuore della professione.
2. **La saggezza professionale.** L'ostetrica possiede una saggezza e sa come applicarla all'interno dell'esercizio professionale; essa si sviluppa attraverso l'interazione tra la conoscenza e l'esperienza. (tab. 2)
3. **La competenza professionale.** L'ostetrica è competente nel proprio ambito professionale. Questa competenza è imprescindibile per garantire cure in sicurezza per madre e bambino. (tab. 3)
4. **La comunicazione interpersonale.** L'ostetrica è in grado di potenziare la comunicazione e la collaborazione con la donna e la sua famiglia. Per molte donne, questa partnership rappresenta la differenza tra un atteggiamento premuroso rispetto ad uno indifferente o distaccato. L'ascolto attivo è uno dei fattori importanti in questo ambito, oltre a fornire informazioni e consigli adeguati alla comprensione ed alle esigenze della donna (tab. 4).
5. **Lo sviluppo personale e professionale.** La "Buona Ostetrica" è consapevole di sviluppare se stessa sia come persona e sia come professionista (tab. 5).

Elementi caratterizzanti la "Buona Ostetrica":

S. Halldorsdottir, S. I. Karlsdottir, 2011



fig. 1

Tab.1 Le caratteristiche del caring "prendersi cura" di una "Buona Ostetrica"

Si prende cura della donna e della sua famiglia nella sua attività professionale

In modo autentico, sincero si prende cura della donna come cliente, e della sua famiglia

È calda, aperta e sensibile nei confronti della donna; le fornisce un adeguato supporto in relazione al suo stato emotivo

Comprende ed entra in relazione con la sofferenza della donna e mostra il suo interesse e la sua empatia

È eticamente responsabile e ha rispetto della donna

È culturalmente preparata, non giudicante, è consapevole e tiene conto del background culturale della donna

È a disposizione della donna ed è in grado di offrire la sua completa attenzione - pertanto la donna è facilitata nel richiedere il suo aiuto

Garantisce un ascolto attivo

E' presente agli eventi fisicamente ed emotivamente

Non ha paura dei sentimenti, delle emozioni difficili, complesse e complicate di una donna; ella può offrire il suo sostegno, ad esempio in caso di dolore

È fortemente interessata alla comunità delle ostetriche che ne riconosce le responsabilità

E' determinata ad offrire se stessa come ostetrica e pertanto partecipa alla vita della donna e della sua famiglia

Si pone uno standard elevato nel voler fornire un buon servizio. Aspira all'eccellenza

Ha interesse e rispetto per le donne, del loro diritto all'autodeterminazione e delle loro decisioni informate basate sul rispetto della dignità umana

Tab. 2 Caratteristiche della saggezza professionale della "Buona Ostetrica"

E' saggia in ambito professionale

Sa come integrare la conoscenza con la pratica

Sa cosa sta facendo e perché

Sa come creare un luogo rilassante per la donna, migliorare il suo comfort e creare intorno a lei un ambiente tranquillo

Enfatizza la "conoscenza" della donna gravida

Mantiene la riservatezza

È ricettiva ai bisogni della donna e le consente di raggiungere i suoi obiettivi

Si dedica alla pratica ostetrica

Ha la necessaria conoscenza delle donne, sia in buona salute che in malattia, e può prendersene cura nelle sue diverse condizioni

È professionalmente responsabile e si assume le proprie decisioni cliniche

Sa quando richiedere l'intervento di altri professionisti quando lo stato di salute della donna lo richiede

È percettiva, lungimirante e consapevole degli esiti del contesto ambientale sulla donna

È critica e creativa nel suo modo di pensare, fonda la sua pratica su conoscenze basate sull'evidenza ed è consapevole dell'importanza della ricerca

È aperta e critica nei confronti delle innovazioni

Tab.3 Caratteristiche delle "competenze cliniche professionali"

La "Buona Ostetrica" è competente nell'ambito professionale

Crea un ambiente sicuro per madre e bambino

Promuove la salute di mamma e bambino

Autorizza la donna e la sua famiglia

Stima correttamente la condizione, i bisogni e le opinioni della donna

Prende decisioni cliniche accurate

Fornisce cure e trattamenti appropriati

Educa la donna e i suoi caregivers

Esegue correttamente le proprie abilità

È il difensore della donna quando è opportuno

È un leader, pianifica ed è responsabile, quando è opportuno

Fa uso della tecnologia dell'informazione e raccoglie le ultime conoscenze in ogni momento

Applica le conoscenze basate sull'evidenza nella sua attività

È in grado di lavorare indipendentemente, quando necessario

Ha tutta la competenza per fornire alla donna cure adeguate durante la gravidanza, la nascita e il dopo parto

Riconosce quando il processo della nascita devia dalla normalità e sa come agire

Applica le sue conoscenze con competenza e abilità

Registra sistematicamente le cure fornite, per mantenere la responsabilità, l'attenzione e la continuità delle cure

Tab. 4 Caratteristiche nella comunicazione interpersonale della "Buona Ostetrica"

E' in grado di rafforzare la comunicazione, il rapporto e lo sviluppo della partnership con la donna e i suoi cari

Ha la volontà di lavorare con le donne e le loro famiglie, e con i colleghi, ad esempio in gruppi multidisciplinari

Sa come prendere l'iniziativa nella comunicazione

Sa come raggiungere le donne a lei affidate

Sa come connettersi con le donne nel processo di riproduzione, basato sulla reciprocità e sulla fiducia reciproca, nonché sviluppare una partnership con lei e i suoi cari (per costruire ponti attraverso la comunicazione)

Prende l'iniziativa nel fornire istruzioni alla donna e alla sua famiglia

Sa come fornire informazioni appropriate che la donna capisca - il che richiede una certa flessibilità nella comunicazione, in modo che l'ostetrica possa soddisfare le esigenze individuali di ogni donna

Sa come comunicare con le donne nel processo di procreazione in modo tale da essere incoraggiate e rassicurate sul fatto che tutto stia andando bene, quando questo è il caso

Sa fornire una brutta notizia a una donna e alla sua famiglia in modo premuroso

Sa come raggiungere l'intimità professionale con la donna nel processo di procreazione, in modo che la donna possa essere se stessa ed esprimersi liberamente sul processo di riproduzione

Sa come mantenere una distanza adeguata e confortevole, in modo che la connessione / collaborazione con la donna rimanga all'interno del dominio professionale

Sa come lavorare con la donna in modo tale da mantenere il suo senso del controllo durante l'intero processo di riproduzione

Sa come creare una rete collaborativa tra professionisti quando necessario

Tab.5 Caratteristiche relative allo sviluppo personale e professionale della "Buona Ostetrica"

Si evolve sia personalmente che professionalmente

Sa come valutare e sviluppare le proprie conoscenze, competenze e abilità

Valuta costantemente se stessa, ad esempio attraverso la riflessione professionale

E' consapevole dei suoi atteggiamenti e sentimenti

Conosce i punti di forza ed i limiti delle proprie capacità, le proprie debolezze ed i propri bisogni di apprendimento

Sa identificare le sue competenze e quelle degli altri professionisti

Ha una chiara immagine di sé, una normale autostima e una chiara identità professionale - è professionalmente indipendente e creativa

Ha una sana fiducia personale e professionale

Sa come gestire lo stress ed ha sviluppato i propri metodi per prevenire il burn-out

È attenta allo sviluppo costante della conoscenze e persegue quindi la formazione continua e l'apprendimento permanente

Opera di fronte a emozioni e circostanze difficili, e sa come ricorrere al supporto ed alla guida degli altri professionisti, quando necessario

Mantiene la sua competenza professionale sia teorica e sia pratica



CONCLUSIONI

Se uno degli aspetti principali caratterizzanti una "Good Midwife" o "Buona Ostetrica" è carente il servizio offerto è da considerarsi imperfetto. Una "Buona Ostetrica" è per molti aspetti da ritenersi una guida personale per la donna e la sua famiglia durante il percorso nascita verso i quali deve adattare il proprio intervento in relazione a specifiche esigenze.

L'ostetrica mette a disposizione le sue capacità comunicative per rafforzare la donna, ad esempio fornendole informazioni e conoscenze appropriate. Il risultato di questa interazione basata sulla fiducia è meglio nota come *empowerment*. Molte donne desiderano un servizio personalizzato caratterizzato da operatori sensibili ai loro bisogni. Secondo Maher (2003), le cure offerte non devono essere volte al controllo della partoriente o del suo parto, ma anche al sostegno delle sue potenzialità.

La qualità del supporto e delle cure offerte alle donne sono influenzate dalle competenze dall'ostetrica in quanto ruolo cruciale nel percorso nascita; quando agisce con efficacia la salute della donna trae beneficio. Il concetto di cura professionale include la combinazione di sentimenti e atteggiamenti che portano l'ostetrica a compiere un'azione percepita dalla donna come premurosa. Waldenström (1998), ha sostenuto che l'atteggiamento delle ostetriche e i loro valori, credenze e convinzioni sono probabilmente, insieme alle azioni di cura, il fattore più importante nella soddisfazione delle donne, più rilevanti della continuità del servizio e di molti altre variabili di contesto.

Fonti bibliografiche

1. Borrelli SE. What is a good midwife? Insights from the literature. *Midwifery* 2014 Jan
2. Lynn Nicholls, Christine Webb What makes a good midwife? An integrative review of methodologically-diverse research, *JAN* 2006
3. Sigridur Halldorsdottir, Sigfridur Inga Karlsdottir, The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery, *Scand J Caring Sci*; 2011; 25; 806-817
4. Mary Carolan, The good midwife: commencing students' views *Midwifery* 27, 2011
5. *British Journal of Midwifery* Vol. 19, No. 4
6. Lynn Nicholls, Heather Skirton, Christine Webb "Establishing perceptions of a good midwife: A Delphi study *British Journal of Midwifery* Vol. 19, No. 4
7. S Byrom, S Downe - *Midwifery*, 'She sort of shines': midwives' accounts of 'good' midwifery and 'good' leadership, Volume 26, Issue 1, *Midwifery* February 2010, Pages 126-137
8. SE Borrelli, H Spiby, D Walsh, The kaleidoscopic midwife: A conceptual metaphor illustrating first-time mothers' perspectives of a good midwife during childbirth. A grounded theory study, - *Midwifery*, 2016
9. Borrelli, Sara E. What is a good midwife? Some historical considerations, *Evidence Based Midwifery*; London Vol. 11, Fasc. 2, (Jun 2013); 51-59
10. Halldorsdottir S, Karlsdottir SI. Empowerment or discouragement: women's experience of caring and uncaring encounters during childbirth. *Health Care Women Int* 1996; 17: 361- 79.
11. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; CD00466
12. Bluff R, Holloway I. The efficacy of midwifery role models. *Midwifery* 2008; 24: 301-
13. Dickson N. A theory of caring for midwifery. *ACMI J* 1997; 10: 23- 28.
14. Nicolls L, Webb C. What makes a
15. Page L. One-to-one midwifery: restoring the "with woman" relationship in midwifery. *J Midwifery Womens Health* 2003; 48: 119- 25.
16. Guilliland K, Pairman S. The midwifery partnership: a model for practice. *NZ Coll Midwives J* 1994; 16: 5- 9.
17. International Confederation of Midwives (ICM). *International Codes of Ethics*. 2002, <http://www.internationalmidwives.org> (last accessed 10 April 2010).

Storia

13

L'ABBANDONO DEI NEONATI

¹Miriam Guana, ²Marta Colosio

¹Professore Associato Scienze Ostetrico-Ginecologico Neonatali,
Università degli Studi di Brescia, Presidente SYRIO, ²Dottore in
Ostetricia Università degli studi di Brescia

Considerazioni storiche

"Abandoned newborns, historical considerations"

ABSTRACT

ITA: In questo articolo si pone l'attenzione sull'abbandono dei neonati, noti anche con il termine *esposti*, *trovatelli*, *proietti*. Una pratica diffusa nelle epoche e nei popoli. Verrà descritto questo fenomeno presso le civiltà antiche, nel Medio Evo, nel 1800 in particolare sotto il profilo epidemiologico, sociale e culturale. Si entrerà nel merito delle motivazioni sottese a tale pratica nonché delle forme di accoglienza e di tutela come ad esempio i *brefotrofi* e la *ruota degli esposti*, per concludere poi sui sistemi di cognominazione adottati per fornire un nome di famiglia a chi per sorte nasceva sprovvisto.

ENGL: This article focuses on the abandonment of newborns, also known as *exposed*, *foundlings* and *projectiles*. A widespread practice in ages and people. This phenomenon will be described among the ancient civilizations, in the Middle Ages, in the 1800s in particular under the epidemiological, social and cultural profile. The reasons underlying this practice will be discussed, as well as the forms of reception and protection such as the *brefotrophs* of the *exposed*, to conclude on the surname systems adopted to provide a family name to those who by chance were born



Medio Evo

Anticamente la parola "esposto" stava ad indicare "neonato abbandonato"; altri termini sono stati adottati per definire questa condizione come ad esempio: *trovatello* o *proietto*. Ovvero ci si riferiva al bambino abbandonato dai genitori in tenera età o non riconosciuto alla nascita e frequentemente si trattava di illegittimi.

Riguarda una pratica diffusa nelle epoche e tra i popoli. Ad esempio nell'antica Roma il 20-40% dei bambini veniva abbandonato ed il padre che non voleva riconoscere il proprio figlio, lo esponeva al pubblico presso la "columna lactaria", luogo in cui donne senza figli, si sarebbero prese cura del piccolo, adottandolo. La Legge delle XII tavole

prevedeva di poter vendere fino ad un numero massimo di tre figli, pena la perdita della patria potestà (*patria potestas*). Nella Grecia antica le legislazioni di Licurgo e Solone permettevano l'abbandono e questo fenomeno in particolare riguardava le femmine perché rappresentavano un onere per la famiglia che doveva fornirle di dote perché potesse trovare marito.

Così si esprimeva Aristotele: "Per ciò che riguarda l'abbandono o l'allevamento dei neonati deve esserci una legge che non permetta di allevare i figli deformi; ma circa il numero dei bambini, se gli usi e i costumi impediscono il loro abbandono, dev'esserci un limite alla loro procreazione".

Le principali cause di abbandono risultavano essere una malformazione fisica, il frutto di una violenza carnale, di una relazione illecita, o di un incesto; oppure problemi economici e patrimoniali.

Nelle civiltà antiche i neonati abbandonati erano utilizzati dai mercanti di schiavi che, dopo averli affidati ad una balia li vendevano appena erano nelle condizioni fisiche di poter lavorare.

Nel caos conseguente alla caduta dell'Impero Romano la maggior parte delle condizioni di vita degli "expositi" era il risultato più delle circostanze che delle norme giuridiche o delle istituzioni. Nella società medievale di notevole matrice religiosa, dove la preoccupazione per la salvezza dell'anima superava quella del corpo, la responsabilità della tutela dei bambini abbandonati era giustificata soprattutto da preoccupazioni di ordine spirituale e la salvezza fisica del bambino ne era il logico risultato, sempre nel rispetto dei dettami evangelici della pietas e della caritas.

Anche in questo periodo storico tra le cause di questo fenomeno sociale vi erano le deformità o la cattiva salute del bambino, anche perché si era convinti che i bambini nati malformati o, comunque, cagionevoli, fossero il risultato di concepimenti durante le mestruazioni, l'allattamento o la Quaresima, o da condotte disapprovate dalla morale comune, mentre i parti gemellari erano attribuiti a comportamenti extraconiugali.

Una nuova categoria di illegittimi venne ad identificarsi quando, a partire dal XIII secolo, fu vietato il matrimonio ai preti. Ciò non portò ad una diminuzione del numero dei loro figli, i quali però da quel momento vennero considerati illegittimi e non poterono più entrare negli ordini e nelle comunità religiose, né contrarre matrimoni validi, né ereditare legalmente. Anche l'antisemitismo fu un'altra causa di abbandono, ma in questo caso forzato, perché la legge ecclesiastica prescriveva che i figli nati da matrimoni misti con mogli ebraiche fossero tolti dalla custodia delle madri perché "non trascinino i figli nell'errore di una falsa fede".

Nel Settecento il fenomeno dell'abbandono degli infanti conobbe uno straordinario incremento, tanto da far parlare del Settecento come del "secolo dei trovatelli". Il brefotrofo fu una delle fondazioni tipiche del secolo; ogni grande città costruì il suo istituto. Il protagonista di "Le avventure di Oliver Twist" di Charles Dickens (1837-38) è un trovatello,

mentre il personaggio di Quasimodo in Notre-Dame de Paris (Victor Hugo, 1831) è un esposto.

Il fenomeno nel 1800

Nell'Ottocento i bambini esposti raggiunsero dimensioni enormi, ad esempio in alcune città europee si sfiorò anche un terzo delle nascite. Fino all'Unità d'Italia il fenomeno era maggiormente diffuso nel Nord mentre nel Mezzogiorno fu prevalente sul finire del XIX secolo.

Nei Paesi cattolici come l'Italia e la Francia era più esteso rispetto ai Paesi protestanti, in quanto la legge assicurava alle donne il segreto della maternità quindi era concesso loro di partorire anonimamente in strutture pubbliche dove poi lasciare il bambino. La metà circa dei figli non riconosciuti non erano però realmente illegittimi; infatti circa il 40% degli esposti venivano poi riconosciuti e ripresi dai loro genitori verso un anno di vita, al termine del periodo di allattamento.

Era frequente al momento dell'abbandono che venissero lasciati oggetti o scritti, in modo da poter riconoscere il proprio bambino e quindi riprenderlo. Gli abbandoni di solito avvenivano dopo il tramonto, nella notte o alle prime luci dell'alba: momenti in cui si poteva agire inosservati, lontani dagli sguardi dei passanti.

La condizione Milanese

Milano è sempre stata una città benefica e caritatevole per cultura e tradizione, ha continuamente rivolto ai bisognosi una sollecita attenzione, generata dall'esigenza connaturata di alleviare le sofferenze dei poveri. In questa città nel 1800 il fenomeno ebbe grande rilevanza: tra il 1845 e il 1864 vennero abbandonati nella Pia Casa degli Esposti e delle Partorienti in Santa Caterina alla Ruota di Milano, 85.267 bambini, con una media di 4.263 trovatelli all'anno di cui il 30% nati in città. La comparsa della nuova economia industriale mutò il ruolo usualmente attribuito alle donne, forzatamente coinvolte nell'ingranaggio produttivo. Per effetto dell'industrializzazione, erano in particolare i neonati di famiglie operaie che non riuscivano a provvedere a più di 4-5 figli, quindi ogni nuova nascita costituiva un problema economico che si riversava sull'intera famiglia. Inoltre le donne operaie che lavoravano intensamente non avevano tempo da dedicare alla cura ed all'allevamento dei bambini piccoli. Questa

loro situazione sociale di conseguenza determinò una iperfecondità sostenuta da un'assenza contraccettiva naturale dovuta ad un mancato allattamento, interrotto precocemente in caso di abbandono dei figli. Quindi risultavano più esposte a nuovi concepimenti. Le operaie milanesi, a metà Ottocento, partorivano in media 13,7 figli contro gli 8,4 di quella nazionale.

La ruota degli esposti

La prima ruota cominciò a funzionare in Francia, presso l'ospedale di Marsiglia nel 1118, seguita poco dopo da quella di Aix en Provence e di Tolone; si diffuse poi rapidamente anche in Italia, Spagna e Grecia. Si trattava di un meccanismo costituito da un tamburo di legno rotante su un'asse verticale dalle piccole dimensioni volto ad ospitare bambini appena nati e dotato di un particolare sportello aperto in prossimità di una fessura posta sulla cinta esterna di un ospizio. Qui il bambino poteva essere abbandonato nell'anonimato, ma succedeva frequentemente che egli fosse provvisto di un segno identificativo (una mezza carta da gioco, un ciondolo o un qualsiasi altro mezzo identificativo). La ruota degli esposti quindi era concepita dalle famiglie indigenti come una forma assistenziale che veniva offerta alla collettività tant'è che in tutte le città, per molti secoli, avevano predisposto un luogo appropriato dove deporre i neonati prevalentemente vicino alle chiese, accanto ad un portone.

I brefotrofi come forme assistenziali

Il brefotrofio era il luogo in cui venivano accolti ed allevati i neonati illegittimi, abbandonati o in pericolo di abbandono. Il termine deriva dal latino tardo *brephotrophium* (*at-testato nel Codex di Giustiniano: 534 d.C.*); dal greco *brephotrophêion*, composto di *brêphos* "neonato, infante" e il tema di *trêphein* "allevare, nutrire". In italiano, il termine, documentato dal 1796, fu assunto nel primo Ottocento. Primo esempio sicuro in Occidente di questo genere di istituzione risulta essere lo xenodochio fondato a Milano nel 787 dall'arciprete Dateo.

Risulta che nel IX secolo Guy De Guillaume istituì a Montpellier l'Ordine di S. Spirito, con la finalità di prendersi cura dei trovatelli e per l'influenza di altri ordini, nel XIII secolo si attivarono numerosi ospizi, a Roma, Udine, Parma, Arezzo e Lucca. Il noto Ospedale degli Innocenti di Firenze fu istituito fra il XIII e il XIV secolo, diventando forse il primo brefotrofio specializzato d'Europa, tuttora attivo nel

settore dell'assistenza all'infanzia e nell'affido familiare. Queste pie istituzioni ricevettero nuovo impulso ad opera di S. Vincenzo De Paoli (1576-1660).

Tuttavia pochi dei bambini abbandonati che venivano accolti in questi luoghi, portati da lontano da uomini corrotti, riuscivano a sopravvivere allo stress del trasporto; erano contenuti in ceste di vimini, portati a spalla, restando esposti alle intemperie, nutriti solo occasionalmente e in modo inadeguato, in condizioni igieniche raccapriccianti, spesso eliminati per strada o gettati nei fiumi o nei fossati perché considerati fastidiosi e ingombranti. I pochi che sopravvivevano fino al brefotrofio spesso perivano poco dopo perché giunti in condizioni terminali.

I bambini venivano in ogni caso accolti senza alcun controllo e così illegittimi, legittimi, figli di ricchi o di poveri entravano a far parte della "categoria" degli esposti, i figli di "N.N." (Nomen Nescio) o di "M. (madre) IGNOTA" (da cui il termine dispregiativo "mignotta").

Spesso si sapeva chi era la madre del trovatello, perché aveva partorito nel "reparto ostetrico" annesso al brefotrofio, tuttavia il neonato veniva registrato come figlio di ignoti. Se la madre era benestante, pagava una certa somma, se era povera si prestava come balia all'interno dell'istituto per un certo periodo. Scarse sono le informazioni sulle madri di questi bambini, poiché era vietato dal Codice Civile fare ricerche sulla maternità naturale.

Un esempio ci è comunque fornito dalla relazione sull'Ospizio provinciale degli Esposti di Como, redatta dal suo direttore, per gli anni 1876-78, da cui si evince che delle 163 donne ricoverate nel "comparto ostetrico" durante il triennio (comprese 5 esistenti al 31 dicembre 1875), 66 erano contadine, 51 "setaiole", 23 "serventi", 5 sarte, 4 "cucitrici", 2 "girovaghe", 7 "crestaie, negozianti o civili" e 5 senza alcuna professione.

Nei brefotrofi la mortalità dei bambini era elevatissima, conseguente alle gravissime carenze igieniche, ad ambienti malsani e mal aerati, al mancato allattamento materno, alla malnutrizione se non alla denutrizione non disponendo di un numero sufficiente di balie, nonché al diffondersi della sifilide, del rachitismo, del mughetto, delle

malattie esantematiche e respiratorie e di tante altre patologie definite non note.

Le patologie più frequenti osservate tra i bambini del brefotrofia erano inoltre la rogna, la scabbia e altre dermatosi, i vermi, le malattie polmonari, la sifilide e le febbri in genere. Ad esempio, tra il 1761 ed il 1770 in un brefotrofia di Milano, la mortalità infantile si aggirava intorno al 43%.

A seguito di un sopralluogo stabilito dall'Imperatrice, venne riportato: *"Angustie di luogo assai nocive alla salute di questi poveri bambini trovasi nello Spedale maggiore per maniera che è necessario condensare perfino cinquanta bambini in*

tre sole, altronde non molto grandi, stanze e tenerveli quattro per letto".

L'incompetenza finanziaria da parte dei brefotrofia di gestire un rilevante numero di bambini, l'alta mortalità infantile e l'opinione da parte delle autorità che la ruota facilitasse l'abbandono di un figlio, condussero nel 1865 alla scelta di eliminare la "ruota" che sparisce ufficialmente nel 1923 con il regolamento generale per il servizio di assistenza agli esposti del primo Governo Mussolini.

Alcuni brefotrofia noti del passato

Ospedale di S. Spirito Roma (1198)	Oltre al nosocomio generale, al gerontocomio e al lebbrosario esisteva un asilo materno e un baliatico, oltre che un reparto brefotrofia per accogliere bambini figli di donne indigenti o di meretrici , bambini che a volte venivano partoriti nell'ospedale stesso, altre volte partoriti fuori dall'ospedale e abbandonati nella "ruota". Ospedale accoglieva i bambini esposti (i <i>proietti</i>) di tutto lo Stato Pontificio
L'Ospedale degli Innocenti di Firenze	A Firenze già alla fine del XII secolo esisteva un brefotrofia detto di S. Maria a S. Gallo dove venivano accolti i "gettatelli". Con l'accrescersi delle fortune della Repubblica Fiorentina e, conseguentemente, della sua popolazione, crebbe anche il numero dei bambini abbandonati che vennero accolti dal 1400 in nuovo grande ospedale che fu detto "degli Innocenti"
XII - L'Ospedale del Brolo di Milano	Già nel XII secolo a Milano esisteva l'Ospedale del Brolo dove venivano ricoverati e allevati gli esposti. Col dilagare della sifilide, dopo la scoperta del Nuovo Mondo, l'Ospedale del Brolo fu riservato agli "infranciosati", mentre tutti gli altri furono trasferiti all'Ospedale di S. Celso. Verso la fine del XVII secolo l'Ospedale di S. Celso, vittima dell'incuria e fatiscente, fu abbandonato e tutti i bambini esposti furono trasferiti all'Ospedale Maggiore che era in condizioni ambientali indubbiamente migliori e che aveva allora come simbolo una colomba, da cui il nome di "colombini", dato genericamente a quei trovatelli e il cognome di Colombo assegnato loro allo stato civile.
1800 S. Caterina alla Ruota Milano	Il reparto maternità e quello degli esposti furono trasferiti in S. Caterina alla Ruota, ex convento. Nel 1867, in applicazione di un progetto di legge del governo Ricasoli, la Deputazione Provinciale di Milano fece chiudere la "ruota", provvedendo all'assistenza nel brefotrofia degli illegittimi e dei legittimi abbandonati. Inoltre, per indurre le famiglie povere a non abbandonare la prole numerosa, provide a soccorrere queste famiglie nell'allattamento dei figli ponendole a carico della beneficenza dei corpi morali e delle associazioni private.

I cognomi inventati dei bambini abbandonati

I variegati sistemi di cognominazione adottati per attribuire un nome di famiglia a chi per fatalità ne nasceva sprovvisto è stato oggetto di molteplici studi. In pratica se ne sono occupati tutti coloro che hanno analizzato storicamente il fenomeno dell'infanzia abbandonata. Ad esempio ai bambini abbandonati si assegnavano cognomi prestabiliti, con differenze da città a città.

Era consuetudine attribuire cognomi dal significato religioso, che proteggesse i bambini ad esempio: Diotalvi, Diotaluti, Diotallevi, Servodidio, Acquistapace, Di Dio, Del Signore, Del Papa e simili. A Napoli era tipico il cognome Esposito (esposto), a Firenze si usava Innocenti o Degl'Innocenti (dal nome dello Spedale degli Innocenti). A Roma, durante il papato, era solito chiamare i trovatelli con il termine progetti, da cui deriva uno dei più comuni cognomi romani Proietti. A Genova venivano usati i cognomi Casagrande, Dellacasa, Dellachà, Dellacasagrande per i bambini consegnati o ritrovati presso l'Ospedale di Pammatome.

Più spesso gli abbandonati venivano indicati con un cognome più generico che faceva chiaro riferimento alla loro sfortunata condizione d'esistenza iniziale, cioè di abbandonato (Trovatelli, Trovato, Ventura, Venturelli, Venturini ecc.); altri ad una nascita illegittima (Bastardo, Bastardi, Dell'Incerti, D'Ignoto, D'Ignoti, D'Incerti, D'Incerto, D'Incertopadre, Ignoto, Ignoti, Incerto, Incerti, Incertopadre, Parentignoti, Spurio, Spuri ecc.). La varietà dei cognomi poteva essere associata a oggetti correnti (Mestoli, Quaderni, Inchiostri, Tetti, Valigi); piante (Pioppi, Peri, Susini, Limoni); fiori (Rosai, Gelsomini, Gerani); mestieri (Artisti, Osti, Tintori, Merciai); nomi

(Adeli, Angeli, Alberti, Teodori); personaggi storici (Benvenuto Napoleoni, Maria Stuarda); geografici (Mantovani, Romani, Senesi, Tamigi, Sassari i, Asiatici, Tirolesi). Talvolta il cognome suona come augurale (Fortunati, Benarrivati, Bonaventuri oppure indica particolari difficoltà (Cascai, Borbotti, Scacciamondi); altre volte evidenzia dati morali e comportamentali (Ridenti, Giusti, Pietosi, Placidi).

CONCLUSIONI

Attualmente, nonostante ci si trovi in una società maggiormente evoluta rispetto al passato, la globalizzazione tra i popoli, i flussi migratori hanno fatto riemergere situazioni di indigenza oltre che di traffico della prostituzione femminile, con conseguente aumento delle nascite indesiderate.

Frequente è la scoperta di neonati morti o ancora vivi buttati in cassonetti della spazzatura, oppure in altri luoghi come ad esempio nei parcheggi di supermercati.

Le autorità hanno da tempo provveduto a tutelare l'anonimato di donne che non intendono riconoscere il loro bambino, come ad esempio la riapertura delle ruote nei confronti del bambino abbandonato di solito presso strutture ospedale in modo da garantire un'immediata assistenza. Purtroppo molte madri non sanno che vi è la possibilità, per legge, di partorire in ospedale e lasciare il bambino senza riconoscerlo e rimanendo nell'anonimato per tutta la vita (non c'è proprio alcun obbligo di fornire le proprie generalità o altre informazioni sulla propria identità – vedi dpr 396 del 2000).

Fonti bibliografiche e sitografiche

M. Guana, A. Cinotti L' OSPEDALE DEGLI INNOCENTI "Ospedale Degli Orfani" a Firenze, Syrio RIVISTA ONLINE *Ostetrica: ricerca, formazione e management*-Italian Journal of Midwives, 8-2018, www.syrio.com

Storia dell'abbandono e dell'infanticidio - parte 1

«http://www.pediatria.it/storiapediatria/p.asp?nfile=storia_abbandono_infanticidio_1- a cura di Antonio Semprini»

Storia dell'abbandono e dell'infanticidio - parte 2

«http://www.pediatria.it/storiapediatria/p.asp?nfile=storia_abbandono_infanticidio_2 -a cura di Antonio Semprini»

Storia dell'abbandono e dell'infanticidio - parte 3

La storia dell'abbandono e dell'infanticidio dalla nascita delle prima "ruota" nel XII secolo, fino ai giorni nostri. a cura di Antonio Semprini

«http://www.pediatria.it/storiapediatria/p.asp?nfile=storia_abbandono_infanticidio_3 »

«<https://it.wikipedia.org/wiki/Brefotrofo>»

«<https://blogincultura.blogspot.com/2019/01/figli-di-nn-i-cognomi-dei-trovatelli.html> »

Il tribunale dei minori di Taranto

«http://www.tribmin.taranto.giustizia.it/il-parto-in-anonimato-la-tutela-del-neonato-e-della-donna-che-non-lo-riconosce/769/953/DPR_396/2000_art_30_comma_2»

Conflitto di interesse

Questa ricerca non ha ricevuto alcuna sovvenzione specifica da parte delle agenzie di finanziamento nei settori pubblico, commerciale o non profit

Alla realizzazione della stesura dell' articolo non ha interferito alcuna tipologia di conflitto di interesse.



Ricerca

nella

Professione

20

INDAGINE TRA LE OSTETRICHE ITALIANE

L'approccio della Descrizione Interpretativa

Elena Tarlozzi

Ostetrica ASL della Romagna

"Qualitative midwifery research. The interpretative description"

ABSTRACT

ITA: La ricerca qualitativa sta sempre più entrando a far parte della ricerca clinica in ambito assistenziale, gli approcci tradizionali hanno però una lunga tradizione di pensiero, che spesso mal si adatta alle caratteristiche della ricerca in ambito assistenziale. Il presente articolo vuole presentare l'approccio di ricerca qualitativa denominato descrizione interpretativa, presentando le sue caratteristiche peculiari. Verrà anche fornito un esempio di applicazione ad una domanda di ricerca concreta.

ENGL: Qualitative research is entering more and more in the clinical care research, but traditional approaches have a long thinking tradition, that often isn't suitable to care research characteristics. This article aim to present quality research approach "interpretative description", showing its peculiar characteristics. It also provides an example of a positive research question.

INTRODUZIONE

La ricerca qualitativa sta assumendo un ruolo sempre più importante nell'ambito della ricerca clinica e della politica sanitaria; questo grazie alla sua peculiarità di rispondere a domande sul "come" e "perché" di un fenomeno (Jack, 2006). Il legame della ricerca qualitativa con le discipline dell'assistenza è forte: "assistere una persona richiede un coinvolgimento profondo con essa, la famiglia e la comunità; richiede contatto con il corpo, la mente e lo spirito dell'assistito, con la sua realtà, le sue aspirazioni, disperazioni e trionfi" (Thorne, 2014; p.100). La ricerca qualitativa permette di interrogarsi e gettare luce proprio su questi aspetti. Questo tipo di ricerca è stata a lungo considerata il gradino più basso della piramide delle evidenze; una ricerca di "serie B", focalizzata sullo studio di un numero limitato di casi, basata sull'approccio induttivo e, pertanto, poco generalizzabile ed esposta a molti rischi di bias.

Le professioni sanitarie hanno attinto molto dalla ricerca qualitativa per dare risposta ad alcune delle loro domande. Tuttavia non si deve dimenticare che le principali tecniche di indagine usate dalle scienze della salute originano da altre discipline quali la sociologia (grounded theory), la filosofia (fenomenologia) e l'antropologia (etnografia). Per molto tempo i ricercatori delle professioni assistenziali si sono appoggiati alla tradizione metodologica e filosofica di queste discipline per

legittimare le loro ricerche (Torne et al, 1997; Sandelowski, 2000).

Tuttavia non sempre questi approcci si adattano completamente alle richieste delle professioni sanitarie: chi fa assistenza non vuole "generalizzare l'universale, ma vuole conoscere come applicare le informazioni generali nella varietà dei casi unici che incontra; i professionisti sanitari teorizzano per agire, i ricercatori delle scienze sociali esistono per teorizzare" (Thorne, 2013;p. 295). Sono così nati dei "conflitti" tra il metodo di ricerca scelto e la sua applicazione nella ricerca pratica, perché a volte veniva dichiarato l'uso di un metodo o la accettazione di un particolare orientamento di pensiero, ma poi la ricerca effettiva aveva tutt'altre caratteristiche (Hunt, 2009). Cominciò così a delinearsi la necessità di una "nuova" ricerca qualitativa propria delle professioni sanitarie, un approccio che sia fondato nel sapere specifico epistemologico di queste scienze e che sia aderente al loro specifico metodo di ragionamento, così da legittimare una conoscenza orientata all'agire pratico (Thorne et al., 1997). Questa sfida è stata raccolta da Thorne et al.(1997) con la definizione dell'approccio denominato "descrizione interpretativa" (DI).

Obiettivo dell'articolo è di presentare le peculiarità della DI. Si presenta anche un esempio di applicazione dell'approccio ad una domanda di ricerca in ambito ostetrico: "Come fanno le ostetriche a coniugare il loro sapere professionale

specifico nell'assistenza ad una donna in analgesia epidurale?".

La Descrizione Interpretativa (DI)

Fondamenti Teoretici

La DI non vuole essere una tecnica di ricerca innovativa, né una sequenza rigida di regole che porterà a una conoscenza vera o a una descrizione pura e semplice spogliata di qualsiasi radice. Il suo scopo è quello di coniugare le tecniche messe a punto dalle discipline sociali tradizionali con il metodo di ragionamento e il fine ultimo delle discipline dell'assistenza, così da poter dare origine ad una conoscenza che sia utile alle professioni sanitarie nella loro quotidianità.

Questo approccio non si presenta come una sequenza rigida di passi da seguire, ma vuole guidare il ricercatore a produrre un progetto di ricerca solido e difendibile, perché fondato su un ragionamento e non sulla mera applicazioni di regole. Inoltre la DI non vuole solo descrivere i comportamenti umani, ma anche dare loro un significato, ovvero "questo tipo di ricerca si occupa di descrivere in maniera interpretativa ciò che il ricercatore ha imparato e capito circa il significato di una situazione pratica." (George, 2010).

Quello che ne deriva è un approccio molto elastico, in grado di coniugare l'orientamento pratico delle domande di ricerca e di considerare la conoscenza clinica una piattaforma di partenza su cui costruire il disegno di ricerca (Hunt, 2009). Risulterà quindi centrale il processo di svolgimento della ricerca e la difendibilità delle scelte fatte durante il suo evolversi, rispetto alla rigida applicazione di una sequenza di regole precostituite.

Un aspetto saliente della DI è la necessità di non cancellare, né tantomeno nascondere, il background che ha portato a porsi una domanda specifica (come, per esempio, avviene nella ricerca fenomenologica), ma anzi di esser ben consapevoli della cornice teoretica che l'ha generata. La DI tiene in grande considerazione l'esperienza del ricercatore, in quanto professionista esperto della disciplina da cui origina la domanda di ricerca. Per Thorne (2008) il fatto che il ricercatore sia un professionista appartenente alla disciplina da cui origina la domanda di ricerca è un punto fondamentale, perché sarà proprio il sapere

specifico di quella disciplina a guidare le scelte necessarie a rendere solido e difendibile il processo di ricerca che verrà messo in atto.

La DI coniuga aspetti descrittivi e interpretativi: da una parte vuole presentare la realtà secondo una prospettiva induttiva (componente descrittiva), dall'altra si chiede come sono collegati tra loro gli aspetti descritti, quali sono le similitudini e le differenze, quali modelli esplicativi esistono componente interpretativa (Hunt, 2009). Le domande che meglio trovano risposta in questo disegno di ricerca hanno quindi questa duplice connotazione: descrittiva da un lato e di applicazione pratica dall'altro (Thorne, 2013). Alcuni esempi di domanda di ricerca condotti con l'approccio della DI:

- Gli adolescenti canadesi immigrati, come descrivono la loro immagine corporea e l'importanza dell'apparire? (Kimber et al. 2015).
- Le persone affette da fibromialgia, come descrivono le interazioni con gli operatori sanitari? E quali modelli di comunicazione trovano più utili o meno efficaci? (Thorne, 2004)

Il Rigore nella DI

In una ricerca condotta secondo l'approccio delle DI, il rigore non sta tanto nell'applicazione di una serie di regole, quanto nella coerenza di fondo che pervade tutta la ricerca e rende solide e difendibili le scelte fatte sulla base di un ragionamento esplicito (Morse J.M. 1994; Richards L., Morse, J.M. 2009). Deve essere evidente il filo rosso che lega la domanda di ricerca, i dati e il metodo.

Nei metodi qualitativi una delle tecniche più diffuse per garantire il rigore del processo di raccolta e analisi dei dati è la loro restituzione ai partecipanti a cui viene chiesto un giudizio su quanto i risultati siano vicini a quello che essi hanno descritto (member checking). Questo approccio, però può essere fuorviante: a volte i risultati possono essere considerati validi, più perché il ricercatore ha la capacità di presentare i risultati con grande entusiasmo oppure perché riesce a toccare le emozioni dei soggetti coinvolti, che non per una loro effettiva solidità (Thorne, 2008).

Pertanto, Thorne (2008) propone di sostituire il member checking con il test del "clinico riflessivo" (thoughtful clinician test), ovvero

sottoporre le conclusioni o parti di esse al giudizio di un clinico (o più) esperto nell'argomento oggetto della ricerca per verificare che i risultati siano plausibili e ben ancorati a ciò che si presenta nella pratica clinica, ma anche in grado di fornire una nuova lettura del fenomeno oggetto di studio: per esempio perché evidenzia significati o relazioni nuovi (Kimber, 2015).

Questo, però, non esclude che si possa fare ricorso anche agli strumenti di rigore tradizionalmente usati dalla ricerca qualitativa: quali la triangolazione dei dati e l'immersione profonda sul campo (Dmytryshyn A et al, 2015) e il confronto frequente tra i ricercatori durante la fase di codifica (Kimber, 2015).

Selezione dei casi e tecnica di raccolta dei dati

Nella ricerca qualitativa, la logica del campionamento è di selezionare intenzionalmente le unità di analisi in considerazione della ricchezza di informazioni che possono offrire, ovvero "coloro dai quali si può imparare una grande quantità di cose sul tema centrale della ricerca" *purposeful sampling* (Patton M., 1990). In alternativa si può ricorrere alla selezione di convenienza, cioè reclutare i casi che sono a portata di mano, quelli più vicini e facilmente raggiungibili, indipendentemente dalla loro capacità di fornire informazioni ricche e profonde o a quello teorico, che origina dalla *Grounded Theory* e consiste in un processo continuo di raccolta e analisi delle informazioni e, grazie a un processo di formazione della teoria in itinere, si definirà e specificherà, di volta in volta, la definizione di quali altre informazioni raccogliere e da chi (Glaser B., Strauss A. 2009).

La DI si avvale di tutte queste strategie e incoraggia il ricorso a diverse fonti di informazione, così da avere una visione poliedrica del fenomeno in studio (Thorne et al. 1997). Nello stesso studio si possono adottare più criteri di selezione dei casi a seconda delle esigenze (Thorne S.E., 2014): è fondamentale che il ricercatore sia in grado di presentare in maniera chiara e solida le scelte fatte. Le tecniche di raccolta delle informazioni più diffuse nella ricerca qualitativa sono: l'intervista faccia a faccia, l'osservazione partecipante e il focus group (Herding J., 2013). A queste si affianca l'uso di diari, espressioni artistiche (disegni, fotografie), documenti di varia natura. Thorne (2014) consiglia anche l'inclusione di fonti collaterali - quali documenti, biografie e diari - per avere una prospettiva più ampia e per non cadere nei limiti tipici di ogni

singolo metodo. L'uso contestuale di più tecniche di indagine per studiare uno specifico fenomeno consente di ottenere la "triangolazione", ossia di accertare se esiste una convergenza dei risultati ottenuti pur in presenza di strumenti di ricerca differenti.

Un tema ampiamente dibattuto tra i ricercatori qualitativi è quello della numerosità campionaria (Morse J.M., Field 1996). La popolazione arruolata deve essere in grado di fornire le informazioni più ricche e articolate sull'argomento oggetto di studio (appropriatezza), ma al contempo deve essere sufficientemente numerosa da offrire una descrizione densa e approfondita sul tema (adeguatezza). Le dimensioni del campione dipendono dalla domanda e dal contesto (Holloway I., Wheeler S., 2002), tuttavia, nelle ricerche condotte in ambito qualitativo non troviamo mai campioni molto numerosi. Morse e Field (1996) hanno definito degli intervalli di riferimento per la dimensione campionaria a seconda del disegno di studio, tuttavia, il reclutamento si considererà concluso al raggiungimento di un'adeguata densità di informazioni raccolte (saturazione), ovvero quando il ricercatore riterrà che ulteriori informazioni non concorrerebbero ulteriormente ad approfondire la comprensione del fenomeno (Carnevale, 2002).

La DI mette in discussione il concetto di saturazione, ritenendo che in ambito clinico esso è difficilmente applicabile. Infatti è impensabile che di un fenomeno clinico non emerga qualche cosa di nuovo o di potenzialmente rilevante, pertanto Thorne (2008) consiglia di fare una stima della dimensione del campione tenendo conto della riflessione clinica, di ciò che si conosce sull'argomento, di quanto il fenomeno è già stato studiato e del livello di profondità teorica che si vuole raggiungere, (Thorne, 2008; Thorne, 2013) lo scopo è ottenere una descrizione relativamente superficiale di somiglianze e differenze su una nuova circostanza clinica, allora basterà un campione piccolo; se invece il tema è stato già esplorato e si cerca una nuova visione e una conoscenza più profonda e sfaccettata, allora sarà necessario un campione più ampio. Sarà lasciata al ricercatore la libertà di definire quando la profondità di conoscenza del fenomeno sarà soddisfacente.

ANALISI DEI DATI

Non c'è una tecnica ottimale per eseguire l'analisi dei dati: è il ricercatore che guida l'analisi dei dati e i temi non "emergono" spontaneamente, come per magia (Thorne et al, 2004; Morse JM 1994). Anzi, il ricercatore ha il compito di "immergersi completamente nei dati, elaborarli, manipolarli, masticarli e sminuzzarli fino a renderli un tutto in grado di gettare nuova luce sul fenomeno" (Thorne, 2013).

Pertanto, non occorre ricorrere ad un processo di codifica troppo minuzioso, perché quello che interessa maggiormente è la visione d'insieme: il ricercatore si interroga e interroga i dati, chiedendosi: "cosa sto vedendo? Perché ciò che vedo è così e non in un altro modo? Cosa sto imparando? Cosa sta succedendo?" (Thorne et al, 2004).

Spesso si ricorre al metodo di costante comparazione (constant comparative method), che è stato sviluppato all'interno della GT, e cerca di definire somiglianze e differenze attraverso un confronto continuo tra pezzi di dati (Thorne, 2004). Oppure si ricorre all'analisi dei dati convenzionale (conventional data analysis): il testo viene letto più volte e vengono identificati i codici per ogni intervista/ testo.

Successivamente, i codici omogenei vengono fatti convergere all'interno di temi che permettono così di dare una descrizione del fenomeno (Dmytryshyn A et al, 2015; Kimber, et al 2015). Nel condurre uno studio secondo l'approccio della DI, tuttavia, il ricercatore sceglie il metodo di analisi dei dati che meglio si adatta a cercare la risposta alla sua domanda di origine (Thorne, 2008), sempre nell'ottica, illustrata in precedenza, che è più importante la logica che sottende le scelte fatte (cioè che siano scelte motivate e difendibili), rispetto alla mera applicazione di regole. Nell'interpretazione dei dati il ricercatore non può fermarsi una volta ottenuta la descrizione del fenomeno di interesse ma deve fornire anche una rappresentazione delle relazioni che intercorrono tra i temi emersi. L'obiettivo finale è quello di fornire una visione ampia e "a rete" dei dati raccolti (Thorne, 2008).

Un aspetto interessante inerente l'analisi dei dati nella DI è l'attenzione all'innovazione: quando i risultati di uno studio sembrano essere troppo simili a quanto già presente in letteratura, il ricercatore è

tenuto a cercare strade nuove, nuovi possibili collegamenti. Per farlo Thorne et al. (2004) consigliano di cercare eccezioni oppure di approfondire aspetti contraddittori.

Ultimo tratto peculiare della DI è quello inerente all'aspetto dei risultati: durante l'intero processo è importante che il ricercatore mantenga aperte tutte le opzioni possibili su qual aspetto possono avere i risultati.

CONCLUSIONI

La DI ha il valore di innestarsi nel sapere epistemologico delle scienze dell'assistenza e di essere pensata per rispondere a domande con una forte impronta clinica, oltre ad avere l'aspirazione di produrre sapere specifico per quella disciplina con una forte impronta pratica che "anche se non porta ad un cambiamento drastico del modo di fare le cose, può portare ad una riflessione nuova

e profonda di un fenomeno" (Thorne, 2014 p. 111). Un secondo aspetto di notevole importanza è il fatto che il sapere clinico e disciplinare della professione del ricercatore non viene negato o sospeso, ma anzi funge da trampolino di lancio per creare la domanda e per guidare le scelte successive della ricerca. Tuttavia, questo metodo vuole anche produrre nuova conoscenza, pertanto la cornice che ha sorretto la ricerca viene poi messa in discussione per fare spazio a un nuovo approccio al fenomeno; che prima non era neppure pensabile. L'utilizzo di questo approccio è tuttavia difficile, in primo luogo per la sua scarsa diffusione nelle scienze delle professioni assistenziali italiane.

In secondo luogo, le tecniche di raccolta e di analisi dei dati si apprendono attraverso esercizio, esempi e con un mentore dal cui imparare.

La DI può consentire alla ricerca qualitativa di essere sempre più presente nella pratica assistenziale quotidiana, oltre a offrire l'opportunità di aumentare il sapere della professione stessa e l'auspicio è che, con il presente articolo, si inizi ad aprire una riflessione più ampia sull'argomento.

Applicazione del DI nella ricerca Qualitativa Ostetrica

DOMANDA DI RICERCA	Come fanno le ostetriche a coniugare il loro sapere professionale specifico nell'assistenza ad una donna in analgesia epidurale?"
Motivazioni	<p>Circa un terzo delle donne che partoriscono nel Regno Unito ne fa richiesta, il 40% in USA e tra il 30-59% in Svezia¹⁰. Non sono disponibili dati nazionali ma in Emilia-Romagna l'utilizzo dell'analgesia epidurale è passato dal 6,9% del 2007 al 20,2% nel 2015¹¹, confermando un trend di continua crescita.</p> <p>Il tema dell'analgesia peridurale si inserisce in un contesto più ampio di dibattito professionale¹²; sulla scena del parto coesistono due modelli di assistenza: quello ostetrico e quello medico¹³⁻¹⁴. L'ostetrica considera il travaglio-parto come un processo naturale, con un valore emozionale, sociale e culturale profondo per le persone coinvolte; in questa prospettiva il dolore ha un valore positivo, è funzionale al processo della nascita e si può "lavorare con il dolore" piuttosto che contrastarlo¹⁵. Il modello medico, invece, si focalizza sugli aspetti potenzialmente rischiosi¹⁴; il dolore è un elemento che va negato o rimosso in quanto inutile e pericoloso¹³.</p> <p>La ricerca si è concentrata più sulla tecnica e i rischi della metodica¹⁷⁻¹⁹ che sul suo impatto sulle dinamiche dell'assistenza ostetrica.</p>
Obiettivo	<p>Indagare le modalità "adattative" messe in atto dalle ostetriche per coniugare i propri valori professionali con questa nuova tecnica.</p> <p>La domanda ha uno stampo estremamente pragmatico (con ricadute nell'assistenza oltre che nella formazione), ma al contempo ha le sue radici nel cuore del sapere disciplinare ostetrico. Inoltre nasce da un problema tangibile, dove modelli e temi non sono ancora stati sviluppati.</p>
CAMPIONAMENTO E RACCOLTA DATI	<p>E' stato fatto un campionamento intenzionale, per selezionare casi ricchi di informazioni, che ben conoscono l'esperienza in oggetto ma anche che offrano una visione poliedrica del fenomeno. Sono state selezionate 41 ostetriche che lavoravano presso i punti nascita degli Ospedali di Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Orsola-Malpighi di Bologna. I contesti scelti erano molto diversi tra loro per dimensioni, per mole di lavoro e per l'anno di introduzione della parto analgesia. Sono state intervistate anche 12 studentesse ostetriche dell'Università di Bologna, in procinto di laurearsi.</p> <p>Sono stati fatti 10 Focus Group (FG), tra ottobre e novembre 2014, associati ad un breve questionario per i coordinatori per raccogliere una descrizione delle caratteristiche del contesto lavorativo.</p> <p>In media i focus group erano composti da 4 ostetriche, e sono durati 68 minuti. Ogni FG (così come l'intervista) è stato registrato e trascritto testualmente. L'intervista è stata condotta seguendo la stessa traccia dei FG. Le domande guida erano, tra le altre: <i>Ostetrica e analgesia epidurale, quali parole/concetti vi vengono in mente?, Descrivi il tuo ruolo durante l'assistenza ad una donna in analgesia di parto. Pensate che la parto analgesia cambi alcuni aspetti dell'assistenza ostetrica? Perché? Quali?</i></p> <p>Si è lasciato lo spazio per esprimere liberamente il proprio pensiero, cercando di favorire il confronto spontaneo tra i partecipanti.</p> <p>Al termine dei FG, le ostetriche hanno compilato un questionario anonimo per raccogliere alcune informazioni socio-demografiche (età, anni di servizio, formazione specifica sull'analgesia) e una breve definizione della propria opinione sull'analgesia.</p>
ANALISI DEI DATI	<p>I FG sono stati trascritti parola per parola, letti e rilette per una completa immersione nei dati. E' stato prodotto un riassunto di ogni FG per mettere in luce i temi emersi, che sono poi stati confrontati per far emergere somiglianze e differenze²⁷. Durante l'analisi delle trascrizioni sono state appuntate note e memo riflessive per conservare traccia dell'intero processo analitico.</p> <p>Dopo l'analisi delle prime interviste sono state modificate alcune domande guida perché è emersa l'importanza di chiarire il ruolo dell'ostetrica in un travaglio in analgesia e se la sua presenza potesse, in qualche modo, fare la differenza.</p>

RISULTATI	<p>Sono emersi due diversi atteggiamenti delle ostetriche che si sono concretizzati in due "tipi ideali": "ostetrica in armonia" con l'analgisia e "ostetrica disorientata" dall'analgisia. L'ostetrica "disorientata", con un atteggiamento di resistenza nei confronti dell'analgisia, pensa che l'analgisia privi la donna del suo diritto a vivere appieno l'esperienza del parto, perché la donna appare annullata/distaccata da ciò che sta accadendo; fa fatica ad accettare la scelta della donna, soprattutto quando pensa che abbia tutte le risorse per affrontare il travaglio anche senza analgesia. Questa ostetrica sperimenta da un lato, la sensazione che le donne in analgesia abbiano meno bisogno del suo sostegno, dall'altro la consapevolezza che non basta togliere il dolore del travaglio per eliminare la paura legata al parto. Il travaglio in analgesia è più difficile e impegnativo di quello naturale; in questo travaglio l'ostetrica stenta a ritrovare segnali quali il senso di spinta spontanea e irresistibile, l'assunzione di determinate posizioni invece di altre, che sono i riferimenti della normalità. Questa ostetrica vive un profondo conflitto interiore tra il sapere che la donna ha le potenzialità di partorire senza alcun ausilio farmacologico e il fatto di accompagnarla e sostenerla nella scelta del travaglio in analgesia; pensa che la sua professionalità sia svilita, addirittura annullata dall'analgisia e vive il confronto con gli altri professionisti - in particolar modo, l'anestesista - come una ingerenza nel suo campo di attività; fa fatica ad assumere un atteggiamento direttivo nei confronti della donna, e la fatica e la frustrazione diventano ancora maggiori quando l'ostetrica deve, in qualche modo, sostituirsi alla donna, perché questa non ha una piena percezione del suo corpo e ha bisogno di qualcuno che le dica cosa fare e come farlo. Al contrario, l'ostetrica "in armonia" con l'analgisia ha un atteggiamento accogliente e di accettazione dell'analgisia, perché ritiene di poter esprimere comunque la sua professionalità; si focalizza sul fatto che la scelta del parto è solo della partoriente (o della coppia), e che spesso non è possibile sapere i motivi profondi che hanno portato la donna a quella scelta; pensa anche che le donne non abbiano una percezione così problematica e conflittuale dell'analgisia, che sia un problema soprattutto delle ostetriche. Questa ostetrica vive positivamente il rapporto con gli altri professionisti, in un'ottica di scambio e lavoro in équipe: ritiene il travaglio in analgesia un travaglio né più facile, né più difficile di quello naturale, ma diverso, perché occorre fare attenzione a cose specifiche. In altre parole, si attiva una sorta di "schema mentale di cose da fare" (FG1). Durante il travaglio, l'ostetrica "in armonia" mette le sue conoscenze e la sua competenza a disposizione della donna nella misura in cui lei ne fa richiesta.</p>
RIGORE	<p>I risultati dei FG sono stati analizzati da una ostetrica esperta ed estranea allo studio (<i>toughtful clinician test</i>), che ha ritenuto i risultati solidi e utili per la professione perché in grado di fornire uno sguardo nuovo su un fenomeno.</p>

Fonti Bibliografiche

- Chiari P., Mosci D., Naldi E., e il centro studi EBN;(2011) Evidence-Based clinical practice; 2 ed; Milano; McGraw-Hill
- Jack S. (2006) Utility of qualitative research findings in evidence-based public health practice. *Public health nursing*; 23; 3; 277-283.
- Thorne, S. E. (2014). Applied interpretive approaches. In P. Leavy (Ed.), *The Oxford handbook of qualitative research* (pp. 99-115). New York: Oxford University Press
- Palese A, Brugnolli A. (2013) Il perché di un dossier sulla ricerca qualitativa. *Assistenza infermieristica e ricerca*; 32; 172-174
- Thorne S., Kirkham S., MacDonald-EmersJ. (1997). Interpretive description: a non categorical qualitative alternative for developing nursing knowledge. *Research in nursing and health*; 20, 169-177.
- Sandelowski M.(2000) What ever happened to qualitative description? *Research in nursing and health*, 23, 334-340
- Thorne, S. (2013). Interpretive description. In C. T. Beck (Ed.), *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research* (295-306). New York: Taylor & Francis.
- Hunt M. (2009) Strengths and challenges in the use of interpretative description: reflection arising from a study of the moral experience of health professionals in Humanitarian work. *Qualitative health research*; 19; 1284-1291.
- Thorne S (2008) Interpretive description. Walnut Creek, Ca. Left coast press.
- Saperidoc.<http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/58>. Ultimo accesso 20/09/2018
- Regione Emilia-Romagna, 2017 La nascita in Emilia-Romagna.15° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) – Anno 2016
- Spina E. (2009) *Ostetriche e midwives. Spazi di autonomia e identità corporative*. Milano; Franco Angeli editore.
- Perrotta D.(2009) Il parto conteso. *L'ostetrica tra discorso medico e discorso umanizzante. Etnografia e ricerca qualitativa* 2009; 3, p 383-411.
- Rooks J.(1999); The midwifery model of care. *Journal of nurse-midwife*; 44(4);p 370-374.
- Vague S.(2004) Midwives' experience of working with women in labour: interpreting the meaning of pain. *New Zealand College of Midwives Journal*, (31);22-26.
- Blaaka G., Shauer E.,(2008) Doing midwifery between different belief systems. *Midwifery*; 24; p. 344-352.
- Simmons SW, Taghizadeh N, Dennis AT, Hughes D, Cyna AM. (2012) Combined spinal-epidural versus epidural analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 10.
- Sng BL, Leong WL, Zeng Y, Siddiqui FJ, Assam PN, Lim Y, Chan ESY, Sia AT. (2014) Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 10.
- Anim-Somuah M, Smyth RMD, Jones L. (2011) Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 12.
- Payant L, Davies B, Graham ID, Peterson WE, Clinch J.(2008) Nurses' intentions to provide continuous labor support to women. *J ObstetGynecol Neonatal Nurs*. Jul-Aug;37(4): 405-14
- Graninger E., McCool W., (1998) Nurse-midwife use of and attitudes toward epidural analgesia. *Journal of nurse-midwifery*, 43 (4), p 250-261.
- Thorne S., Kirkham S., O'Flynn-Magee K. (2004) The analytic challenge in interpretive description. *International journal of qualitative methods*,3, 1, p.1-11.
- Morse J.M.(1994)*Critical issues in qualitative research methods*. Thousands Oaks, SagePublication.
- Richards L., Morse J.M.(2009)*Fare ricerca qualitativa*. Ed. italiana a cura diGatti F.e Graffigna G. Milano, Franco Angeli editore.
- Patton M., (1990) *Qualitative evaluation and research methods* (p 169-186).Beverly Hills, CA: Sage.
- Glaser B., Strauss A.,(2009) *La scoperta della grounded theory. Strategie per la ricerca qualitativa*; intr. di Antonio Strati. Roma, Armando.
- Harding J, (2013) *Qualitative data analysis from start to finish*. London, Sagepublications.
- Morse J. M., Field. (1996).*Nursing research.The application of qualitative approaches*.Cheltenham Nelson Thorned Ltd.
- Holloway I., Wheeler S., (2002) *Qualitative research in nursing*. 2nd edition,Oxford, Blackwell Science.
- Carnevale F. (2002) Authentic qualitative research and the quest ofmethodological rigour. *Canadian Journal of Nursing research*; 34 (2); p 121-128.
- Thorne S., Stephens J. Truant. (2016) Building qualitative study design using nursing's disciplinary epistemology. *Journal of Advanced Nursing* 72(2), 451-460. doi: 10.1111/jan.12822
- Sandelowski M, (2010) What's in a Name? Qualitative Description Revisited. *Research in Nursing& Health*; 33, 77-84.
- George, S. (2010). Applied Interpretation: A Review of Interpretive Description by Sally Thorne.*The Qualitative Report*, 15(6),1624-1628. Retrieved from <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol15/iss6/18>
- Dmytryshyn AL, Jack SM, Ballantyne M, Wahoush O, MacMillan HL. (2015) Long-term home visiting with vulnerable young mothers: an interpretive description of the impact on public health nurses.*BMC Nurs.*, Mar 8;14:12. doi: 10.1186/s12912-015-0061-2. eCollection 2015.
- Kimber M, Georgiades K, Jack SM, Couturier J, Wahoush O.Body image and appearance perceptions from immigrant adolescents in Canada: An interpretive description. *Body Image*. 2015 Sep;15:120-31. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.08.002. Epub 2015 Sep 10.
- Thorne SE, Harris SR, Mahoney K, Con A, McGuinness L (2004) The context of health care communication in chronic illness. *Patient EducCouns*. Sep;54(3):299-306

Conflitto di interesse

Questa ricerca non ha ricevuto alcuna sovvenzione specifica da parte delle agenzie di finanziamento nei settori pubblico, commerciale o non profit
Alla realizzazione della stesura dell'articolo non ha interferito alcuna tipologia di conflitto di interesse.

Ricerca

Ostetrica

28

RICONOSCIMENTO E SPENDIBILITA' DEL TITOLO DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE NEL MONDO DEL LAVORO.

Un'indagine nazionale tra le ostetriche

¹Elisa Turini ²Miniam Guana,

¹Ostetrica Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche (Bs) ²Professore Associato Scienze Ostetrico-Ginecologiche Neonatali, Università degli Studi di Brescia

"Use and development the master's degree in Nursing and Midwifery sciences by Italian Midwives"

ABSTRACT

ITA: Introduzione. Dalla letteratura scaturiscono interrogativi circa il reale riconoscimento per le Ostetriche del titolo Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, si comprende peraltro come la pratica ostetrica avanzata sia per buona parte ancora inesplorata. **Scopo del lavoro;** indagare, a livello nazionale, il riconoscimento del titolo, la sua qualità e spendibilità da parte delle Ostetriche nel mondo del lavoro- **Materiali e Metodi.** Indagine su un campione di 175 Ostetriche Italiane, in possesso del titolo di LMSIO (ex Laurea Specialistica). Come strumento di raccolta dati è stato diffuso un questionario online, anonimo e semi strutturato. **Conclusioni:** emerge l'esigenza delle Ostetriche italiane in possesso della Laurea Magistrale di entrare a fare parte di un sistema salute capace di riconoscere ed esaltare le loro abilità avanzate. Le intervistate non nascondono quanto il loro titolo sia inadeguatamente considerato e quanto il sistema di appartenenza lavorativa poco investa su di loro o metta a frutto le competenze avanzate da loro acquisite. La LMSIO è comunque reputata come un'occasione per modificare il proprio approccio alla professione e per sviluppare attitudini complesse, nonché per affinare ed estendere il proprio campo di competenze.

ENGL: Introduction From international literature some questions about the real appreciation of the degree in Master's Degree in Nursing and Midwifery sciences. It is also clear that advanced midwifery practice is still almost all unexplored. **Aim to study,** in Italy, the appreciation of the degree in Master's Degree in Nursing and Midwifery sciences and its usability by Midwives who have this degree; to analyze the educational program offered with the degree Course, and also the perception of Midwives regarding the quality of the academic Course undertaken. **Materials and Methods** quantitative, observational descriptive study. The sample is composed of 175 Midwives, with the degree in Master's Degree in Nursing and Midwifery sciences. Data was collected by an online questionnaire, anonymous and semistructured. **Conclusions** the dominant theme that emerges from the answers of the sample is the need of the more and more numerous Midwives that have the degree in Master of Science to take part in a system able to identify and enhance their skills. Although the interviewees demonstrate that their qualification is inadequately esteemed and that their setting doesn't invest in their advanced skills, the Master's Degree in Nursing and Midwifery sciences is however considered by many Midwives as an opportunity to improve the approach to their profession and to gain higher competences. Many interviewees think that the Master's Degree in Nursing and Midwifery sciences represents an important goal for the single Midwife and for the whole profession, as it permits to perfect and increase the area of expertise.

INTRODUZIONE

La formazione avanzata delle Ostetriche è indispensabile per intervenire con elevate competenze nei processi assistenziali, gestionali, formativi e di ricerca del proprio ambito disciplinare e per garantire alle donne, ai bambini e alle famiglie servizi sanitari sicuri, di alta qualità, efficienti e coerenti con i bisogni di salute riproduttiva e di genere.

"Pratica avanzata" è un termine ampiamente utilizzato per distinguere il livello di pratica di base da quella specializzata, caratterizzato, vale a dire, da un aumento delle conoscenze e delle abilità tecniche e da una maggiore autonomia del professionista. La pratica ostetrica avanzata, è stata affrontata solo in tempi recenti e tale concetto è emerso come effetto dei profondi cambiamenti a livello socio-demografico e sanitario, che richiedono, tutt'oggi, nuove modalità di erogazione dell'assistenza, perché quest'ultima sia di elevata qualità e rispetti i criteri di efficacia e di efficienza.

Il Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche (CLMSIO) è attivo in Italia dal 2000, si prefigge di fornire agli studenti una formazione di livello avanzato per l'esercizio di attività di elevata qualificazione in ambiti specifici, nonché le basi per sviluppare, nei differenti contesti clinico-assistenziali, le capacità di analizzare i bisogni, pianificare, progettare e gestire interventi, valutare e fare ricerca.

La letteratura internazionale rivela quanto significativi siano i benefici che vengono attribuiti alla formazione post-lauream, come, ad esempio, una maggiore autonomia del professionista, un aumento delle sue motivazioni e della sua propensione all'aggiornamento continuo.

Galletti et al. (2013) nel loro studio, attestano che il 97% degli intervistati frequenterebbe nuovamente il CLMSIO, perché questo ha permesso una crescita professionale, anche se un elevato numero ritiene che il corso non ha fornito conoscenze sufficienti in ambito organizzativo/gestionale (42%) e nella ricerca (42%).

Nell'indagine di Massimi et al. (2017), la maggioranza dei professionisti sanitari con titolo Magistrale reputa di aver acquisito conoscenze e abilità utili per la propria attività professionale, nonostante limitato sia il livello di implementazione nella pratica delle stesse conoscenze. Miconi et al. (2011) nella loro indagine volta ad analizzare la

realtà occupazionale riscontrano come per la maggior parte degli infermieri e delle ostetriche intervistate non si sia verificato nessun cambiamento della loro posizione lavorativa. La congruenza tra la posizione occupata dai professionisti sanitari e il livello di preparazione da loro raggiunto, ad un anno dal conseguimento del titolo di secondo livello, riguarda solo in minima parte i laureati magistrali.

Dalla letteratura analizzata scaturiscono tuttavia una serie di interrogativi circa il reale riconoscimento del titolo Magistrale per le Ostetriche.

Nell'e-research condotta da Guana et al. nel 2017 la qualità del percorso magistrale viene considerato valido dalle ostetriche laureate nel 64%, in particolare per ciò che attiene lo sviluppo di conoscenze ed abilità in ambito formativo (76%), nella ricerca (72%) e nel management (66%). Scarse invece le conoscenze avanzate in ambito clinico-assistenziale (23%).

Emerge, dopo l'acquisizione del titolo, una bassa possibilità di applicazione delle conoscenze/competenze avanzate, un basso tasso di sviluppo professionale, di attribuzione di nuove responsabilità e di vantaggi economici.

Emergono dal campione considerato nello studio inoltre le seguenti richieste: prevedere più docenti ostetriche per l'apprendimento di contenuti disciplinari delle Scienze Ostetriche nell'ambito della ricerca, del management e della didattica, garantire pure esperienze di apprendimento relative a modelli organizzativi/gestionali in ambito ostetrico.

OBIETTIVI

Il presente studio nasce dal desiderio di indagare tra le Ostetriche italiane, in possesso del titolo di LMSIO, se e in che misura, questo corso abbia accresciuto le loro competenze e quanto le abilità acquisite siano state riconosciute e spese in ambito lavorativo ed abbiano consentito una propria evoluzione professionale.

L'obiettivo primario della ricerca è quindi quello di indagare, a livello nazionale, il riconoscimento del titolo e la sua spendibilità da parte delle Ostetriche nel mercato del lavoro.

L'obiettivo secondario consiste invece nell'analizzare l'offerta formativa proposta dallo stesso Corso di Laurea, nonché la percezione delle

ostetriche rispetto alla qualità del percorso formativo accademico intrapreso.

MATERIALI E METODI

Disegno di ricerca. È stata condotta un'indagine in un arco di tempo di 4 mesi, da Giugno a Settembre 2018.

Popolazione target: ostetriche italiane in possesso del titolo di LMSIO.

Il campione, costituito da 175 ostetriche reclutate con il supporto degli Ordini della Professione ostetrica di tutta Italia i cui iscritti venivano invitati, attraverso una lettera di presentazione, inviata per email, ad aderire allo studio.

Strumento di Raccolta Dati. La raccolta dati è avvenuta tramite la somministrazione online di un questionario anonimo semistrutturato, il cui link di accesso era incluso nella lettera di invito rivolta alle ostetriche in possesso del titolo magistrale. Lo strumento è costituito da 57 domande complessive, 56 a risposta chiusa o semichiusa e 1 a risposta aperta, suddivise in 5 macrosezioni così strutturate:

Sezione 1

luogo e anno accademico di acquisizione del titolo di secondo livello; attuale situazione occupazionale; Stato, Regione di occupazione, tipologia di impiego e di contratto;

Sezione 2

conoscenze e abilità acquisite grazie al CdL Magistrale, presenza di docenti Ostetriche/ci e/o Infermieri, eventuale esperienza di tirocinio;

Sezione 3

applicabilità delle abilità acquisite grazie al CdL Magistrale; avanzamento professionale e di carriera in seguito al conseguimento del titolo;

Sezione 4

valorizzazione e riconoscimento in seguito alla Laurea Magistrale, giudizio sulla qualità del Corso di Laurea;

Sezione 5

eventuali altri titoli posseduti, dati socio-anagrafici, osservazioni personali.

ANALISI DEI DATI

I dati raccolti sono stati inseriti in apposite tabelle di lavoro utilizzando il programma Microsoft Excel; calcolando le frequenze assolute e le frequenze percentuali delle risposte alle domande.

Rispetto alle domande semichiusate ed alla domanda aperta presenti nello strumento predisposto, è stata utilizzata una metodologia qualitativa di analisi dei dati, basata su codificazione e categorizzazione delle informazioni raccolte.

RISULTATI

Dati socio-anagrafici.

Dei 69 Ordini della Professione di Ostetrica/o invitati a collaborare, 32 hanno risposto positivamente; (46,4% tasso di rispondenza). Il campione è costituito da 175 Ostetriche in possesso del titolo abilitante acquisito nel 30,3% prima del 1996 e dopo il 1996 nel 69,7%. Le partecipanti sono tutte di nazionalità italiana, di età compresa tra i 25 e i 62 anni (media 40,8 anni) ed il 93,7% è di sesso femminile (f 164).

Il 58,3% (f 102) ha conseguito la LMSIO presso un'Università del Nord Italia, il 29,7% (f 52) presso un Ateneo del Centro Italia e il 12,0% (f 21) del Sud Italia. (Figura 1)

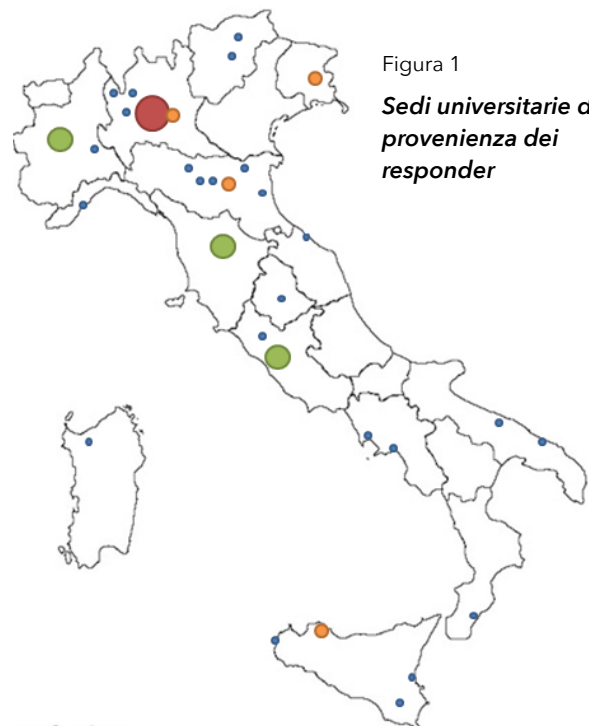


Figura 1
Sedi universitarie di provenienza dei responder

Il periodo di frequenza al corso è compreso tra l'anno accademico 2003-2004 e il 2017-2018.

Pregressa formazione post base

Il 48,6% delle intervistate è in possesso di altri titoli universitari post-base: l'81% master di I livello (coordinamento, management, ostetricia forense, ambito clinico); il 4,7% ha conseguito il dottorato di ricerca, il 17,6% un master di II livello, area del management.

Occupazione attuale nel mondo del lavoro

174 responders (99,4%) sono attualmente occupate come ostetriche, di cui il 98,3% (f 170) in Italia, mentre 3 soggetti (1,7%) nel Regno Unito.

Delle 170 occupate in Italia, il 68,8% lavora al Nord, il 21,2% nel Centro Italia e il 10% al Sud.

Rispetto alla sede lavorativa il 65,9% opera presso un ospedale pubblico o privato accreditato, il 22,9% in un ospedale universitario, l'1,2% in un ente privato, il 12,9% presso l'università, l'8,2% sul territorio, il 2,4% in uno studio/ambulatorio privato, il 4% altro (fig. 2).

L'82% ha stipulato un contratto a tempo indeterminato, il 9,2% a tempo determinato, il 4% è libera professionista; 3 partecipanti hanno ottenuto la borsa di studio.

Rispetto allo status-ruolo, il 52% del campione è collocata come ostetrica ospedaliera in unità operative (81,3% in area ostetrica, il 16,5% in area ginecologica; nessun partecipante in area neonatale) Il 2% riferisce altro. (Figura 2)

dirigente delle professioni sanitarie, in applicazione alla legge 251 del 2000. (Figura 3)

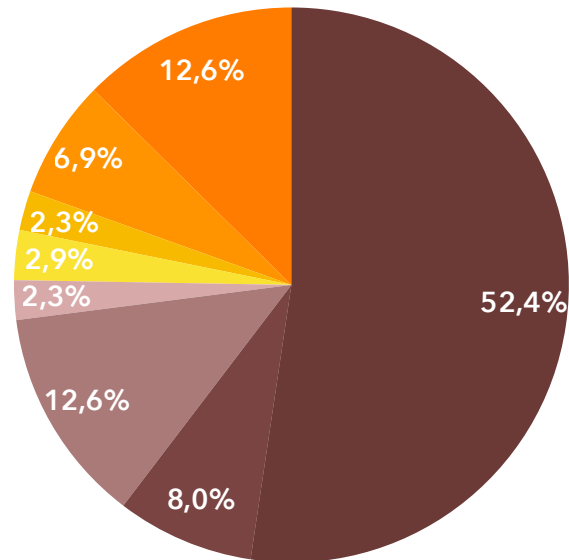


Figura 3

- Ostetrica/o U.O.
- Ostetrica/o Consultorio Familiare
- Ostetrica/o con ruolo di coordinamento
- Coordinatore Dipartimentale
- Dirigente Professioni sanitarie
- Ostetrica Tutor
- Direttore/Coordinatore didattico
- Altro

F 121 (69,5%) ha mantenuto la stessa occupazione che svolgeva precedentemente e al titolo di magistrale.

Aspettative del corso magistrale

Il campione riteneva di poter acquisire conoscenze e/o abilità utili per il suo futuro professionale (molto 45%, abbastanza 41%).

Qualità del corso

Solo il 28,5% dei responders ritiene che il corso frequentato abbia decisamente migliorato conoscenze e abilità utili per il proprio lavoro; abbastanza nel 37%.

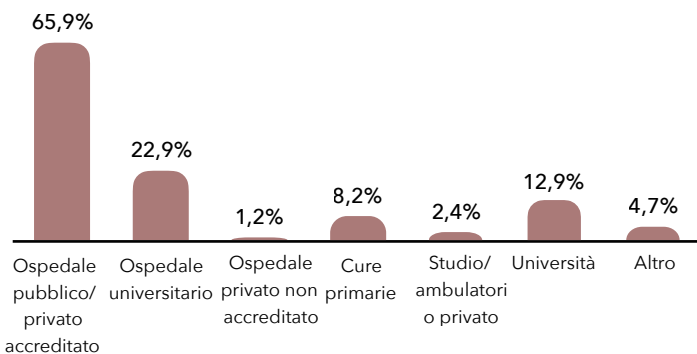
L'incremento delle abilità nello specifico (molto, abbastanza) sono così indicate : area clinica 27,5%; area educativa 73%, manageriale (73,7%) e nella ricerca (72%).

Rispetto al giudizio complessivo della qualità del corso, il 29,7% lo considera accettabile, valido nel 28,6% molto valido nel 22,9%, eccellente nel 4% e scarso/scadente nel 14,3%.

Frequenza allo stesso corso di studi

Il 60%, si iscriverebbe nuovamente al Corso di Laurea Magistrale nella stessa Università, il 24%,

Attuale sede lavorativa Figura 2



Il 12% del campione ricopre un ruolo di coordinamento (unità operativa, servizio, territorio); l'8% lavora presso un consultorio familiare; il 6,9% in università come direttore/coordinatore didattico presso il Corso di Laurea in Ostetricia. Il 2% è un coordinatore dipartimentale ed il 2,9% un

ripeterebbe l'esperienza presso un'altra università, mentre il 16% non intenderebbe più frequentarlo.

Docenti Ostetriche nel corso magistrale-(SSD MED 47)

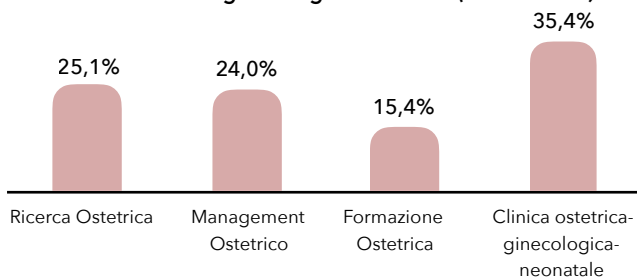
Durante la frequenza il 90,3% del campione ha contato su docenti Ostetriche. I corsi di insegnamento attivati sono: management ostetrico (60,6%), ricerca ostetrica (53,2%), deontologia e regolamentazione della professione (51,9%), teoria e filosofia avanzata delle scienze ostetriche (40,5%), metodologia didattica in Ostetricia (32,9%),

Ostetricia di comunità (36,1%), e altro (6,3%) (Figura 4).

Seppur si rileva un'offerta significativa di ostetriche docenti, il campione ritiene un non adeguato approfondimento dei contenuti relativi alle seguenti aree di apprendimento: ricerca ostetrica, (69,3%); management ostetrico (63%); formazione (78%); are clinica avanzata (79,4%).

Figura 4

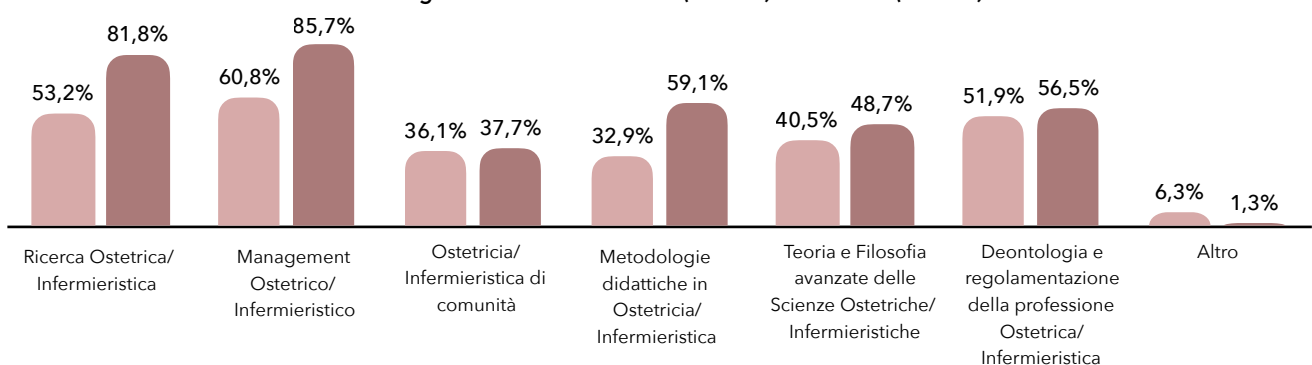
Livello di approfondimento delle conoscenze avanzate nelle scienze ostetrico-ginecologico-neonatali (SSD-MED47)



Docenti Infermieri nel corso magistrale-(SSD MED 45)

L'88% ha frequentato corsi tenuti da docenti Infermieri per i seguenti corsi: ricerca infermieristica 81,8%, management infermieristico, 85,5%, metodiche didattiche in infermieristica 59,1%, deontologia e regolamentazione e della professione infermieristica 56,5%, teoria e filosofia avanzata delle scienze infermieristiche 48,7% (grafico 3)

Corsi erogati da docenti Ostetriche (SSD-47) e Infermieri (SSD-45)



Esperienza di Tirocinio

Nel corso magistrale il 76% ha svolto un periodo di tirocinio per un arco di tempo molto variabile che va da 5 giorni a 200 con una media di 48 giorni nel biennio.

I setting riguardavano il management nel 38,3%, l'area della formazione nel 15%, l'area clinica 15,7%, la ricerca nel 19,5%.

I responder valutano l'esperienza "sul campo" abbastanza utile per il proprio lavoro attuale, nel 36,8%, poco utile nel 28,6%, molto utile nel 27,1%.

Elaborazione Tesi

Il 53,6% ha privilegiato tematiche relative alla clinica ostetrica-ginecologica-neonatale, il 28% riguardavano argomenti dell'area manageriale in ambito ostetrico, il 12% relativi alla formazione ed il restante 6% altro.

Rilevanza del corso sull'attuale occupazione e Sviluppo di carriera dopo il conseguimento del titolo (tab. 2)

In merito alla reale applicazione delle abilità e conoscenze acquisite nel corso del biennio, il campione ha espresso giudizi che si posizionano su livelli medio-bassi, sia per quanto concerne la possibilità di applicazione delle competenze acquisite in ambito clinico (66,8%), gestionale (53,2%), della ricerca (54,9%) ed educativo (45,1%).

Vengono indicati giudizi non favorevoli anche in merito alle prospettive di sviluppo professionale (65,7%), economico (87,4%), gerarchico (79,4%) e di responsabilità (72,5%), dopo l'ottenimento del titolo di secondo livello.

La scarsa valorizzazione del percorso avanzato nel proprio ambiente di lavoro, associata alla sua ridotta spendibilità sono gli aspetti che prevalentemente emergono in merito alle opinioni dei partecipanti all'indagine.

Rispetto alla rilevanza del Corso di Laurea per il proprio lavoro attuale, il campione si distribuisce in modo piuttosto equo tra i diversi livelli della scala Likert proposta: il 25,1% dei soggetti è convinto che il titolo di secondo livello non sia fondamentale per la propria occupazione; il 29,1% lo ritiene poco, il 25,1% abbastanza e il 20,0% molto rilevante.

Tuttavia, secondo numerose professioniste, la Laurea Magistrale attribuisce maggiore valore alla categoria professionale ostetrica, in quanto consente lo sviluppo di un approccio alla propria attività professionale qualitativamente assai elevato, fondato su un solido e ricco sapere disciplinare.

CONCLUSIONI

In questa indagine il tema dominante che emerge e che è in linea nazionale (tabella comparativa-tab. 2), è l'esigenza delle Ostetriche in possesso della Laurea Magistrale di entrare a far parte di un sistema salute/universitario capace di riconoscere ed esaltare le loro abilità, maturate grazie alla formazione avanzata e, di conseguenza, una sua equa collocazione nelle aree distintive di competenza. Nonostante le criticità sottolineate dagli intervistati di questo studio, la LMSIO è comunque reputata da molti responder come un'occasione per modificare il proprio approccio alla professione e per sviluppare attitudini complesse.

Diverse Ostetriche affermano infatti come questo percorso di studi avanzato rappresenti un importante traguardo, sia per la singola professionista, sia per l'intera comunità professionale e scientifica, poiché consente di affinare ed estendere le proprie abilità teoriche e pratiche nell'ambito della ricerca, del management e della formazione.

Allo stesso tempo, le ostetriche del campione non nascondono quanto il loro titolo sia anche inadeguatamente considerato e quanto il sistema lavorativo di appartenenza poco investa su di loro e metta a frutto le loro competenze avanzate. E ciò è in linea con i dati della letteratura italiana.

Di conseguenza, è evidente come il Corso di Laurea Magistrale richieda di essere rinnovato e ri-orientato, affinché possa realmente rispondere alle richieste formative delle ostetriche ed in relazione agli attuali scenari socio sanitari nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva. Seppur è rilevante la presenza di ostetriche docenti di fatto si registra uno scarso approfondimento dei contenuti disciplinari forse dovuto a curricula in cui sono stati

destinati CFU del SSD MED 47 (Scienze inf. ostetrico.ginecologiche) non adeguati sotto il profilo quantitativo come avviene inversamente per i CFU del SSD 45 (Scienze Infermieristiche generali e pediatriche).

Tenendo sempre conto dei criteri di specificità professionale, lo stesso Corso Magistrale dovrebbe considerare anche i criteri suggeriti dal mondo del lavoro, così da promuovere il reale rendimento delle competenze maturate nel percorso Magistrale.

La formazione culturale e professionale avanzata delle ostetriche quindi è indispensabile per agire con elevate competenze nei processi assistenziali di governance, formativi e di ricerca peculiari al proprio ambito disciplinare, nonché per garantire alle donne, ai bambini ed alle famiglie servizi sanitari sicuri di alta qualità, coerenti con i bisogni di salute sessuale, riproduttiva, di genere.

Tra le professioni sanitarie quella ostetrica è quella che maggiormente contribuisce nel mondo a salvaguardare la salute della donna e del bambino.

In letteratura si rileva che i principali compiti ricoperti da ostetriche siano prevalentemente quelli clinici (leader clinici e professionali), nell'ambito dell'educazione (docenti, tutor), consulenti, manager, promotori di cambiamenti e ricercatori. Casey et al. tuttavia sottolineano come le ostetriche con competenze di elevato livello continuo ad essere poco valorizzate e le loro attività scarsamente sfruttate, nonostante le evidenze mostrino come la loro attività possa migliorare l'accessibilità dei servizi e ridurre i costi.

Conflitto di interesse

Questa ricerca non ha ricevuto alcuna sovvenzione specifica da parte delle agenzie di finanziamento nei settori pubblico, commerciale o non profit

Alla realizzazione della stesura dell' articolo non ha interferito alcuna tipologia di conflitto di interesse.

tab.1

Dati socio-anagrafici del campione

Età media		40,8
Sesso	Femminile	f 164 (93,7%)
	Maschile	f 11 (6,3%)
Cittadinanza italiana	f 175 (100,0%)	
Residenza	Italia	f 172 (98,3%)
	Eestero	f 3 (1,7%)
Regione di residenza	Nord Italia	f 109 (62,3%)
	Centro Italia	f 39 (22,3%)
	Sud Italia	f 24 (13,7%)
Attuale situazione occupazionale	Occupata/o in ambito sanitario	f 172 (98,3%)
	Occupata/o non in ambito sanitario	f 1 (0,6%)
	Disoccupata/o e non in cerca di lavoro	f 0 (0,0%)
	Disoccupata/o e in cerca di lavoro	f 1 (0,6%)
	Altro	f 1 (0,6%)
Luogo attuale occupazione sanitaria	Italia	f 170 (98,3%)
	Eestero	f 3 (1,7%)
Regione italiana occupazione sanitaria	Nord Italia	f 117 (68,8%)
	Centro Italia	f 36 (21,2%)
	Sud Italia	f 17 (10,0%)
A.A. conseguimento titolo Magistrale	A.A. 2003/2004 - 2005/2006	f 12 (6,9%)
	A.A. 2006/2007 - 2008/2009	f 35 (20,0%)
	A.A. 2009/2010 - 2011/2012	f 47 (26,9%)
	A.A. 2012/2013 - 2014/2015	f 48 (27,4%)
	A.A. 2015/2016 - 2017/2018	f 33 (18,9%)

tab.2

Tabella Comparativa

	Turini E. Guana M. (2018)		Massimi A, Marzuillo C, Di Muzio M et al. (2017)	Guana M, Nespoli A, Giavera G. (2017)
Campione	175 Ostetriche/ci		374 Infermieri 12 Infermieri Pediatrici 40 Ostetriche/ci	153 Ostetriche/ci
Genere	Femminile	93,7%	70,7%	96,0%
	Maschile	6,3%	29,3%	4,0%
Età media	40,8 anni		38,6 anni	37,0 anni
Qualità del Corso ritenuta positiva	56,1%		70,4%	64,0%
Ripeterebbe la stessa scelta di Corso	Si, nella stessa Università	60,0%	64,8%	69,0%
	No	16,0%	11,3%	12,0%
	Si, ma in un'Università diversa	24,0%	23,9%	19,0%
Miglioramento di conoscenze e abilità	Area clinica	27,5%	53,8%	23,0%
	Area formativa	73,1%	86,2%	49,0%
	Area del management	73,7%	79,3%	66,0%
	Area della ricerca	72,0%	77,9%	72,0%
Implementazione nell'attuale occupazione delle conoscenze e abilità acquisite	Area clinica	32,6%	48,7%	30,0%
	Area formativa	61,1%	70,7%	49,0%
	Area del management	46,3%	54,7%	32,0%
	Area della ricerca	44,6%	52,7%	52,0%
Rilevanza del Corso sull'attuale occupazione	45,1%		58,7%	21,0%
Sviluppo di carriera dopo il conseguimento del titolo	Avanzamento professionale	33,7%	19,8%	20,0%
	Avanzamento economico	12,0%	10,6%	4,0%
	Avanzamento in termini di responsabilità	26,9%	30,8%	20,0%

Fonti Bibliografiche

1. Guana M, Gremmo M, Porro A et al. "Teorie e concetti nella disciplina ostetrica". In: Guana M, Cappadona R, Di Paolo AM et al. (a cura di). *La disciplina ostetrica. Teoria, pratica e organizzazione della professione*. 2.ed. Milano, McGraw-Hill Companies, 2011, pp. 1-50
2. Guana M. "Processo di assistenza ostetrica". In: Guana M, Cappadona R, Di Paolo AM et al. (a cura di). *La disciplina ostetrica. Teoria, pratica e organizzazione della professione*. 2.ed. Milano, McGraw-Hill Companies, 2011, pp. 51-89
3. Camera M, Mascolo MR. "La disciplina ostetrica "midwifery". In: Camera M, Mascolo MR (a cura di). *Le competenze infermieristiche e ostetriche*. Padova, libreriauniversitaria.it edizioni, 2012, pp. 47-65
4. Hegarty J, McCarthy G, O'Sullivan D et al. "A review of nursing and midwifery education research in the Republic of Ireland". *Nurse Education Today*. 2008; 28:720-36
5. Hermansson E, Mårtensson LB. "The evolution of midwifery education at the master's level: A study of Swedish midwifery education programmes after the implementation of the Bologna Process". *Nurse Education Today*. 2012; 33: 866-72
6. Betlehem J, Kukla A, Deutsch K et al. "The changing face of European healthcare education: the Hungarian experience". *Nurse Education Today*. 2009; 29:240-5
7. Evetts J. "Professionalisation and professionalism: issues for interprofessional care". *Journal of Interprofessional Care*. 1999;13:119-28
8. Davies R. "The Bologna process: the quiet revolution in nursing higher education". *Nurse Education Today*. 2008; 28:935-42
9. Camera M, Mascolo MR. "Il concetto di competenza: rassegna storica, definizione e riferimenti normativi". In: Camera M, Mascolo MR (a cura di). *Le competenze infermieristiche e ostetriche*. Padova, libreriauniversitaria.it edizioni, 2012, pp 67-81
10. Camera M, Mascolo MR. "La gestione e la valorizzazione delle risorse umane: il valore delle differenze". In: Camera M, Mascolo MR (a cura di). *Le competenze infermieristiche e ostetriche*. Padova, libreriauniversitaria.it edizioni, 2012, pp 83-86
11. Goemaes R, Beeckman D, Goossens J et al. "Advanced midwifery practice: an evolutionary concept analysis". *Midwifery*. 2016; 42:29-37
12. Begley C, Boyle C, Carroll M. "Educating advanced midwife practitioners: a collaborative venture". *Journal of Nursing Management*. 2007; 15:574-84
13. National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery. "Evaluation of Clinical Nurse and Midwife Specialist and Advanced Nurse and Midwife Practitioner Roles in Ireland: summary report. Disponibile su: [https://www.lenus.ie/bitstream/handle/10147/254314/nc028.pdf?sequence=1&isAllowed=y]
14. Casey M, O'Connor L, Cashin A et al. "An overview of the outcomes and impact of specialist and advanced nursing and midwifery practice, on quality of care, cost and access to service: a narrative review. *Nurse Education Today*. 2017; 56: 35-40
15. Sookhoo ML, Butler MS. "Professional issues. An analysis of the concept of advanced midwifery practice. *British Journal of Midwifery*. 1999; 7:690-3
16. Smith R, Leap N, Homer C. "Advanced Midwifery Practice or Advancing Midwifery Practice?" *Women and Birth*. 2010; 23:117-20
17. Spencer RL. "Nurses', midwives' and 'health visitors' perception of the impact of higher education on professional practice". *Nurse Education Today*. 2006; 26:45-53
18. Nolan, M, Owen R, Curran M. "Reconceptualising the outcomes of continuing professional development". *International Journal of Nursing Studies*. 2000; 37: 457-67
19. Massimi A, Marzuillo C, Di Muzio M. "Quality and relevance of master degree education for the professional development of nurses and midwives". *Nurse Education Today*. 2017;53: 54-60
20. Dal Molin A, Galletti C, Marmo G. "Il Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche. Riflessioni e prospettive sul percorso formativo e sulla figura del Laureato Magistrale". *Medicina e Chirurgia*. 2014; 61: 2747-52
21. Massimi A, Marzuillo C, Di Muzio M et al. "Are knowledge and skills acquired during the Master Degree in Nursing actually put into practice? A pilot study in Italy". *Epidemiology and Public Health*. 2016; 13:1-4
22. Galletti C, Tedino G, Morchio MG et al. "Curriculum formativo del Laureato specialista e mondo del lavoro: indagine su Infermieri e Ostetriche dell'Università Cattolica". *Professioni infermieristiche*. 2013;66: 195-204
23. Rega ML, Gallo R, Marmo G et al. "Il profilo del Laureato Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche in Italia: dall'analisi dei regolamenti didattici d'ateneo alle competenze distintive". *L'Infermiere*. 2015; 52:27-37
24. Guana M, Nespoli A, Giavera G. "Indagine nazionale tra le Ostetriche sulla spendibilità del titolo di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche nel mercato del lavoro". *Rivista di Syrio - Società Italiana di Scienze Ostetrico-Ginecologico-Neonatali*. Ostetrica: ricerca, formazione e management. 2017; 5: 13-6
25. Dante A, Miniussi C, Margetic H et al. "Gli effetti di un corso di formazione infermieristica avanzata sullo sviluppo professionale e della carriera". *L'Infermiere*. 2013; 50: 54-61
26. Gamberoni L, Lotti A, Marmo G et al. *L'Infermiere Laureato Specialista/Magistrale: il progetto formativo*. Milano, McGraw-Hill Education, 2008
27. Miconi A, De Nuzzo D, Tarsitani G. "La realtà occupazionale del Laureato Magistrale in Scienze Infermieristiche". *Medicina e Chirurgia*. 2011; 53:2355-9
28. WHO. "European strategic directions for strengthening nursing and midwifery towards Health 2020 goals". Disponibile su: [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/274306/European-strategic-directions-strengthening-nursing-midwifery-Health2020_en-REV1.pdf?ua=1]
29. WHO. "Nurses and Midwives: A Vital Resource for Health. European compendium of good practices in nursing and midwifery towards Health 2020 goals". Disponibile su: [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/287356/Nurses-midwives-Vital-Resource-Health-Compendium.pdf?ua=1]
30. AlmaLaurea. "XIX Indagine: condizione occupazionale dei Laureati". Disponibile su: [http://www.almalaurea.it/sites/almalaurea.it/files/docs/universita/occupazione/occupazione15/occupazione2017_rapporto2017.pdf]
31. CNCLO. "Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie". Disponibile su: [http://cplps.altervista.org/blog/wp-content/uploads/2009/11/Documento20CLO.pdf]
32. Costantini W. "La formazione dell'Ostetrica in Italia". *Lucina*. 2012; 2: 15 - 23

Ricerca

Ostetrica

38

INDAGINE NAZIONALE DELLA MIDWIFERY NELLA GESTIONE DEL TRAVAGLIO PROLUNGATO

“Italian survey on midwifery management strategies of prolonged labour”

¹D^ossa Mascolo Maria Rosaria, ²D^ossa Piccinini Ambra, ³D^ossa Barisione Giulia

¹Dottoranda Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Ostetrica Coordinatrice presso S.C. di Ostetrica e Ginecologia di Novi Ligure, D.M.I. dell'ASLAIL; ²Dottoranda in Ostetrica Università degli Studi di Genova; ³Dottoranda in Ostetrica Università degli Studi di Genova, Ostetrica presso Unikli Universitätsklinikum Freiburg (Germania)

ABSTRACT

ITA: Introduzione Il numero di tagli cesarei è in continua crescita e l'Italia è prima in Europa con il 38,1%; tra le sue principali indicazioni cliniche vi è la diagnosi di travaglio prolungato. Un'appropriate gestione del travaglio ed una condotta ostetrica condivisa, che dia risalto alle competenze della midwifery, ridurrebbero la medicalizzazione e migliorerebbero gli outcomes materno-fetali. L'obiettivo dello studio è quello di sondare la rilevanza che le ostetriche attribuiscono al travaglio prolungato e fotografare le strategie di midwifery management adottate. **Materiali e metodi.** Il disegno dello studio si è basato sulle recenti linee guida per creare ad hoc un questionario per la raccolta e l'elaborazione dei dati. Il questionario, rivolto alle ostetriche/ci, è stato somministrato online, 2018. **Risultati.** Le 262 ostetriche, che hanno aderito all'indagine, conoscono la definizione di travaglio prolungato (75,6%, n=198), tuttavia, solo il 22,5% (n=59) è in linea con l'OMS 2018. Per quanto riguarda invece la durata della fase attiva del I° stadio considerata irregolare, solo il 34,4% (n=90) è a conoscenza della tempistica raccomandata dall'OMS. Sono condivisi gli strumenti adottati per la diagnosi: la valutazione dell'attività contrattile (76,0%, n=199) e la visita vaginale ogni 2h o 4h (84,0%, n=220). Il 97,3% (n=255) riconosce la causa del travaglio prolungato in una combinazione di fattori fisici, emozionali ed ambientali ed interviene favorendo la mobilità e la verticalità (86,6%, n=227), garantendo l'one-to-one (51,5%, n=135) per favorire l'istintualità (57,3%, n=150), l'89,3% (n=234) è attenta a creare un ambiente protetto. Il campione ritiene indispensabile diagnosticare la malposizione fetale (96,6%, n=253): l'86,6% (n=227) ricorre alla visita vaginale e il 39,7% (n=104) alle manovre di Leopold. L'85,5% (n=224) riconosce che la distocia dinamica sia dovuta ad anomalie funzionali della dilatazione cervicale e/o dell'attività contrattile. I risultati ottenuti mostrano l'affinità e l'uniformità di midwifery management degli interventi e delle strategie applicate dalle ostetriche/ci nella gestione del travaglio prolungato. **Conclusioni.** Nonostante il campione limitato, esiste una buona conoscenza generale e un vivo interesse per la materia in studio. Tuttavia, dovrebbero essere messi a disposizione corsi di approfondimento e di aggiornamento sia da parte degli organismi accademici che da istituti di formazione post-laurea, master e ECM.

Parole chiave: Travaglio prolungato, competenza ostetrica, gestione ostetrica, sondaggio

ENGL: Introduction. The number of Caesarean sections is rising, and Italy has the highest in Europe, 38,1%. Among the clinical indications to C-section we find. Appropriate labour management and shared midwifery conduct, enhancing the competences of midwifery, could reduce medicalization and improve mother-child outcomes. The aim of this study is to test the relevance that midwives allocate to prolonged labour and presents the midwifery management strategies adopted. **Materials and methods.** The study is based on a research of recent guidelines to create an ad-hoc questionnaire for collecting and elaborating data. The questionnaire, dedicated to midwives, has been submitted online in 2018. **Results.** The 262 midwives who took part in the survey know the definition of prolonged labour (75,6%, n=198), nevertheless only 22,5% of them (n = 59) are in line with WHO 2018. The study shows a discrepancy in duration of the first stage of labour: only 49,2% of the study participants (n = 129) define it as recommended by WHO and 34,4% (n = 90) are aware of which time parameters are considered irregular. The study shows that the instruments adopted for diagnosis have been aligned amongst midwives: the evaluation of contractile activity (76%, n = 199) and the vaginal inspection every two or four hours (84%, n = 220). 97,3% (n = 255) of midwives recognize the cause of a prolonged labour as a combination of physical, emotional and environmental factors. The midwives favoring mobility and vertical position (86,6% n = 227), granting the one-to-one (51,5% n = 135), favoring the instinct (57,3% n = 150) and creating a protective environment 89,3% (n = 234). All respondents deem the diagnose fetal malposition fundamental (96,6% n = 253). 85,5% (n = 224) recognizes that the dynamic dystocia is due to functional anomalies of cervix dilatation and/or contractile activity. The results obtained show participants' affinity and uniformity in midwifery management and strategies applied to handle prolonged labour. **Conclusion** Despite the limited sample, there is a good general knowledge and a keen interest in the study subject. Nevertheless, it should be paid greater attention in providing in-depth and refresher courses both by the academic bodies and by post-graduate training institutes, Masters and ECM.

INTRODUZIONE

La distocia dinamica è per definizione l'anomalia funzionale della dilatazione e/o della contrazione uterina¹. Nell'ambito dell'assistenza provoca un "travaglio prolungato", che è la più frequente tra le indicazioni cliniche al taglio cesareo (TC) primario². Di fatto, gli studi a disposizione riconoscono tra le quattro indicazioni per il TC la distocia dinamica, la sofferenza fetale, la presentazione podalica e il pregresso cesareo. Nel 2001 un documento del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, riassumendo le evidenze scientifiche disponibili, riportava l'appropriatezza delle indicazioni al TC e in particolare sostenne che nessun cesareo dovrebbe essere eseguito per ritardo della progressione del travaglio, senza aver prima tentato di correggerne la distocia². Studi più recenti, del 2018, indagano l'epidemiologia globale del TC in 169 paesi a partire dal 1990 al 2015, evidenziano un trend in continua crescita che vede l'Italia al 1° posto in Europa con il 38,1%³.

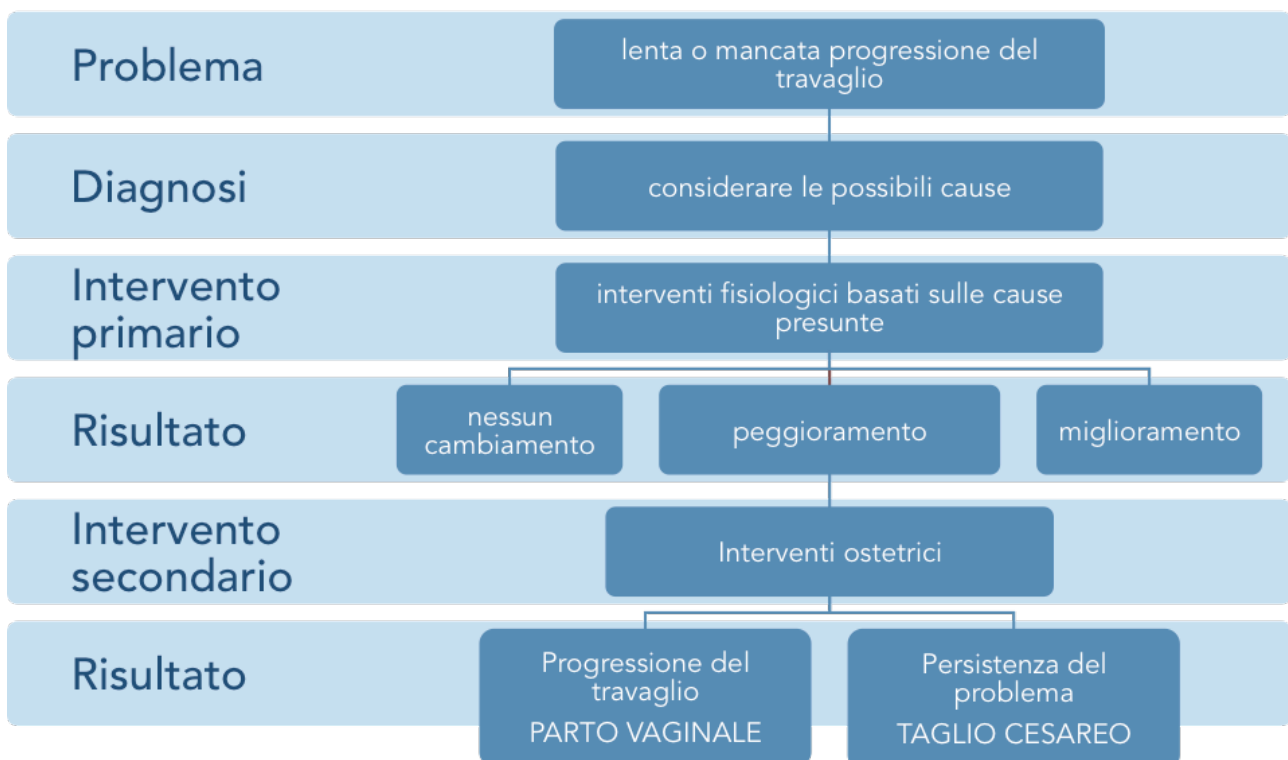
La comunità scientifica ha espresso preoccupazione a riguardo, perché alle percentuali di TC superiori al 10-15% non si sono evidenziati sostanziali benefici in termini di riduzione della mortalità e morbilità materno-neonatale⁴. D'altro canto, nei setting dei Punti Nascita varia la definizione tempistica dell'inizio del travaglio attivo: l'OMS 2018 indica l'inizio della fase attiva del I stadio a partire dai 5cm di dilatazione cervicale, in presenza di attività contrattile uterina (ACU) valida⁵.

Evidenze scientifiche dimostrano come un'appropriata gestione del travaglio, basata su EBO, e una condotta ostetrica condivisa, che valorizzi le competenze e la midwifery, ridurrebbe la medicalizzazione del parto con conseguente miglioramento degli outcomes materno-fetali. A questo fine, l'ostetrica/o possiede le competenze⁶ per attuare in autonomia i primi interventi fisiologici, partendo dall'osservazione olistica dei tre livelli, fisico-emozionale-ambientale, pone la diagnosi di travaglio prolungato. Con la sua arte riconosce le cause del rallentamento del travaglio ed attua con efficacia le strategie appropriate della midwifery.

Il punto di partenza è l'assistenza one-to-one, finalizzata a costruire ed a mantenere un rapporto di fiducia con la donna. L'ostetrica/o pone l'attenzione all'ambiente affinché sia protetto ed intimo per consentire e stimolare la mobilità e la verticalità, le tecniche di rilassamento/respirazione, e cercando di prevenire, diagnosticare ed eventualmente risolvere, il malposizionamento fetale⁷.

Per quanto riguarda il Midwifery management, l'ostetrica per strutturare il suo piano di assistenza si avvale del problem solving, un processo scientifico che prevede le seguenti fasi^{6,8}: individuazione immediata del problema, raccolta delle informazioni, definizione delle cause, attuazione degli interventi risolutivi, verifica dei risultati.

schema n° 1



LO STUDIO

L'obiettivo dello studio è stato quello di sondare la rilevanza che le ostetriche/ci attribuiscono al travaglio prolungato e fotografare le strategie di midwifery management adottate.

MATERIALI E METODI

Questo studio osservazionale ha previsto varie fasi: in principio la ricerca di evidenze scientifiche EBO e linee guida al fine di creare ad hoc un questionario. La linea guida OMS 2018 è stata la base sulla quale sono state formulate le domande per la raccolta dei dati e l'analisi dei risultati.

Il campione è costituito da 262 ostetriche italiane selezionato mediante randomizzazione.

Per la raccolta dati è stato utilizzato un questionario, somministrato per due mesi nel 2018 sulla piattaforma online professionale "Survio", e divulgato attraverso il sito Società Italiana di Scienze Ostetrico-Ginecologico-Neonatali (www.syrio.org).

RISULTATI

Il sondaggio ha raccolto informazioni da un campione selezionato con metodo randomizzato di 262 ostetriche/ci italiane/i. Dai dati anagrafici emerge che il campione: ha meno di 30 anni (53,4%, n=140), svolge la professione da meno di 5 anni (56,9%, n=149), l'88,5% (n=232) lavora in una struttura pubblica e il 74,4% (n=183) presta servizio nel Nord Italia; questi primi dati rappresentano un limite dello studio in quanto rispecchiano solo in parte la professione ostetrica italiana (*grafico 1-2-3-4*).

Il 75,6% (n=198) delle ostetriche/ci dimostra una buona conoscenza scientifica della definizione di travaglio prolungato, ma solo il 22,5% (n=59) è in linea con l'OMS 2018 e considera il travaglio prolungato quando la velocità di dilatazione è inferiore al 0,5cm/h nella nullipara e inferiore al 1cm/h nella pluripara (*grafico 5*).

Per quanto riguarda invece la durata della fase attiva del I° stadio considerata irregolare, solo il 34,4% (n=90) è a conoscenza della tempistica raccomandata dall'OMS 2018, che è di 12h nella nullipara e fino a 10h nella pluripara, non sottovalutando le fisiologiche fasi di transizione (*grafico 6*).

Gli strumenti di diagnosi del travaglio prolungato risultano condivisi, infatti, l'84,0% (n=220) delle ostetriche si affida alla visita ogni 2h o 4h e il 76,0% (n=199) alla valutazione dell'attività contrattile

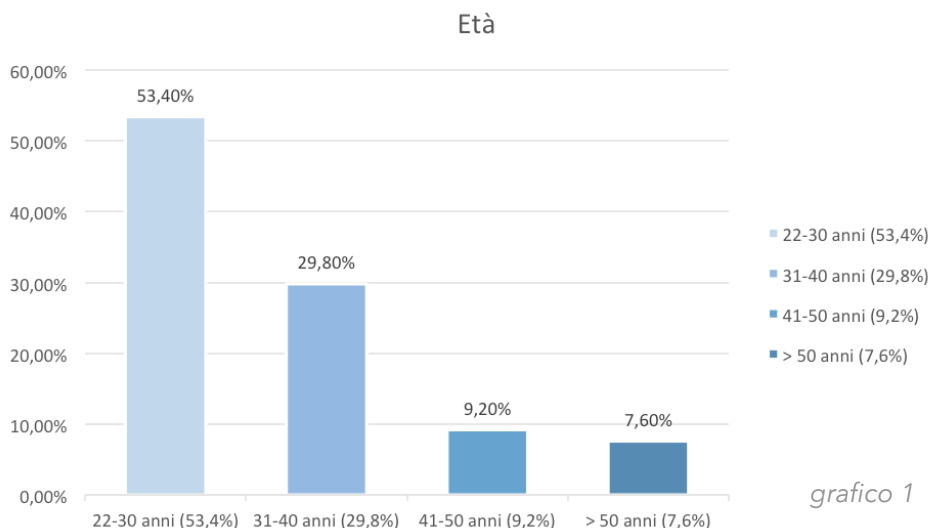
(*grafico n°7*). Il 96,6% (n=253) del campione ritiene indispensabile diagnosticare la malposizione fetale in quanto ritenuta una delle più probabili cause di travaglio prolungato e si affida sostanzialmente alla visita ostetrica (86,6%, n=227) e alle manovre di Leopold (39,7%, n=104); indicativa è la consistente percentuale che fa ricorso all'ecografia (28,6%, n=75), (*grafico 8*). Benché l'85,5% (n=224) riconosca che la distocia dinamica sia dovuta ad anomalie funzionali della dilatazione cervicale e/o dell'attività contrattile, le risposte concernenti gli interventi medici non sono unanimi. In particolare, riguardo l'accelerazione del travaglio, emerge che il campione ritiene utile (spesso 40,5%, n=106 o a volte 40,5%, n=106) eseguire l'amniorexi prima di ricorrere alla somministrazione di ossitocina, inoltre, si evidenzia una discordanza circa il grado di dilatazione più adeguato affinché l'intervento risulti efficace. Vi è eterogeneità anche nelle risposte riguardanti gli schemi terapeutici per l'infusione ossitocica e il 10,3% (n=27) afferma che non esista un protocollo specifico nella struttura ospedaliera dove presta servizio e quindi si basi esclusivamente sull'ACU. Il 53,1% (n=139) ricorre allo schema terapeutico di 5 UI in 500 ml di fisiologica con dose iniziale di 4 gtt/min raddoppiando il numero di gtt/min ogni 30 min fino a un dosaggio massimo di 64 gtt/min = 192ml/h. La quasi totalità ostetriche sondate (97,3%, n=255), attraverso il problem solving, riconosce le cause all'origine del travaglio prolungato in una combinazione di fattori fisico-emozionali-ambientali. Per quanto riguarda le strategie e gli interventi sondati di Midwifery management adottate dalle ostetriche/ci si evince che le intervistate attuano interventi assistenziali primari su tre piani: sul piano fisico, favorendo la mobilità e la verticalità, (86,6%, n=227), sull'emozionale non lasciando la donna sola garantendo l'one-to-one (51,5%, n=135) e favorendone la spontaneità e l'istintualità (57,3%, n=150), l'89,3% (n=234) considera di estrema importanza creare un ambiente protetto con luci soffuse che assicuri la privacy e dove la donna possa sentirsi a proprio agio (*grafico 9-10-11*).

Nonostante il campione limitato (n=262), i dati relativi al midwifery management evidenziano la omogeneità degli interventi e delle strategie applicate dalle ostetriche/ci, al contrario i risultati mostrano i differenti protocolli medici adottati nelle nostre sale parto. È confortante per il futuro apprendere che la quasi totalità (80,9%, n=202) delle ostetriche/ci ritiene molto utile approfondire

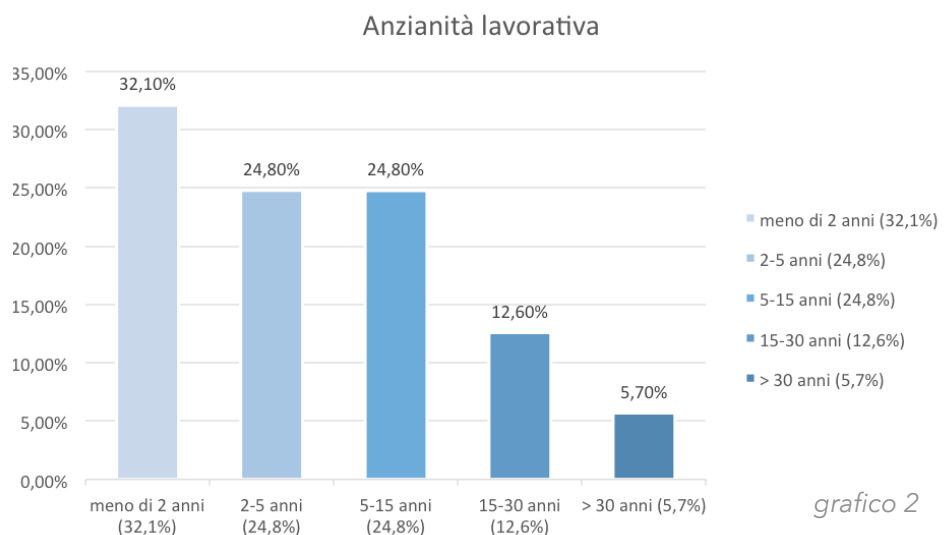
le proprie conoscenze rinnovandole periodicamente. D'altro canto, l'11,1% (n=29) dichiara di non essersi sentita sufficientemente formata durante il percorso accademico e il 37,0% (n=97) di non aver frequentato corsi di aggiornamento ECM sul tema. Concludendo, l'ostetrica/ci è il principale "care provider" nella gestione di travaglio e parto e come tale deve essere valorizzata una midwife-led care che in letteratura è documentata essere associata a esiti materno-fetali positivi e migliori e a costi sanitari più sostenibili. Anche laddove vi siano fattori di rischio o patologia conclamata, è necessario comunque tutelare la "fisiologia residua" in quanto "risorse e segni di salute" sono sempre presenti e da considerare. Infine, dato l'interesse dimostrato verso l'argomento, è auspicabile rispondere all'esigenza di strutturare corsi specifici di aggiornamento Universitari e post-laurea, Master e ECM; è necessario inoltre che le ostetriche documentino la propria "arte" e la divulgino alla comunità scientifica ostetrica.

1. Pescetto G, De Cecco L, Pecorari D, Ragni N. Ginecologia e ostetricia. SEU. 2017
2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Effectiveness Support Unit. The National Sentinel Caesarean Section Audit Report. London: RCOG Press; 2001
3. Boerma T, Ronsmans C, Melesse D.Y, Barros A.J, Barros F, Juan L, Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections, Lancet Series, Optimising caesarean section use, Volume 392, ISSUE 10155; P1341-1348, October 2018
4. WHO, HRP, Department of Reproductive Health and Research World Health Organization, WHO statement on caesarean section rates, Geneva: April 2015
5. OMS/WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Clinical Guideline Geneva: World Health Organization; 2018
6. Camera M, Mascolo M.R, Le competenze infermieristiche e ostetriche, libreriauniversitaria.it edizioni, SEU, 2012
7. Canepa M, Gamondo S, Mascolo M.R, Posizionare il feto per il parto naturale, prevenire, diagnosticare e correggere le malposizioni fetali, 2013
8. Guana M, Lucchini F. Arte e scienza della Midwifery. L'ostetrica oggi. CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI, Roma, 1996

Alla realizzazione della stesura dell'articolo non ha interferito alcuna tipologia di conflitto di interesse



Riferimenti Bibliografici



Ambito occupazionale

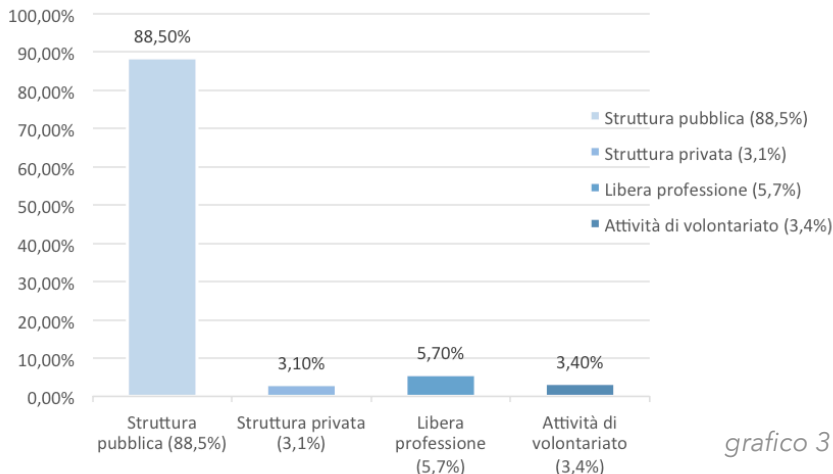


grafico 3

Distribuzione delle risposte delle ostetriche in Italia

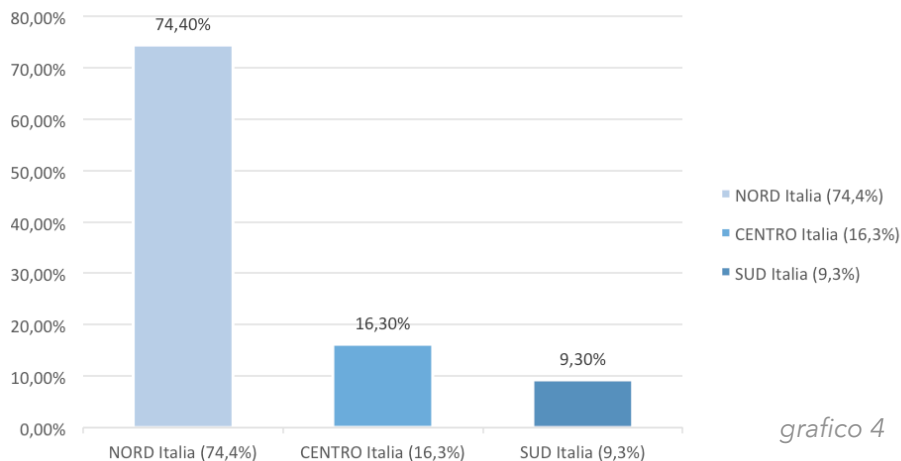


grafico 4

Definizione travaglio prolungato

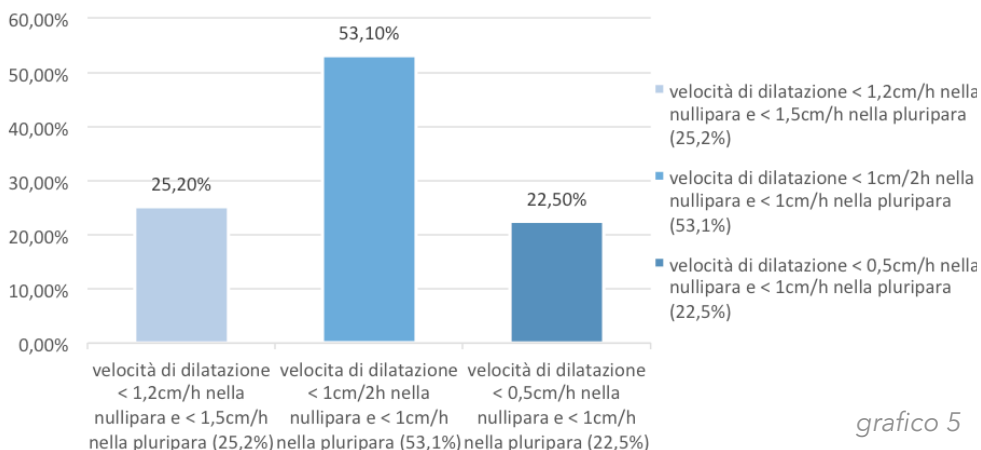


grafico 5

Durata della fase attiva considerata irregolare se:

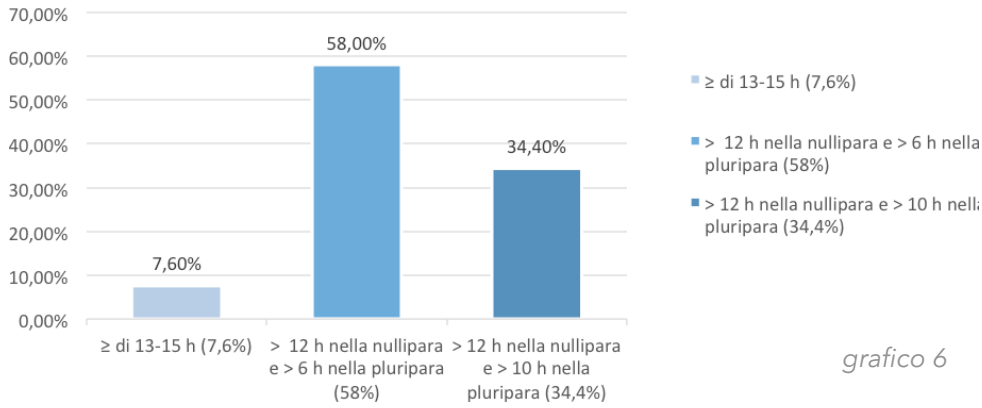


grafico 6

Diagnosi travaglio prolungato

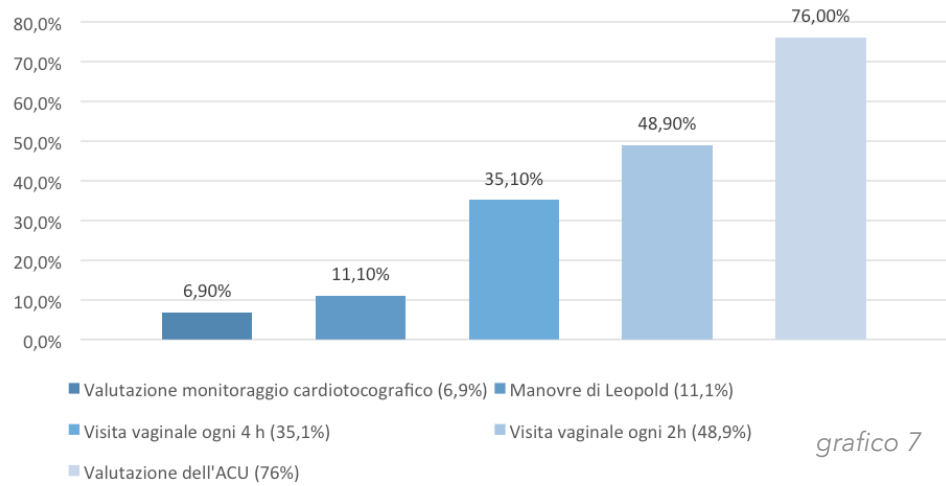


grafico 7

Diagnosi di malposizione fetale

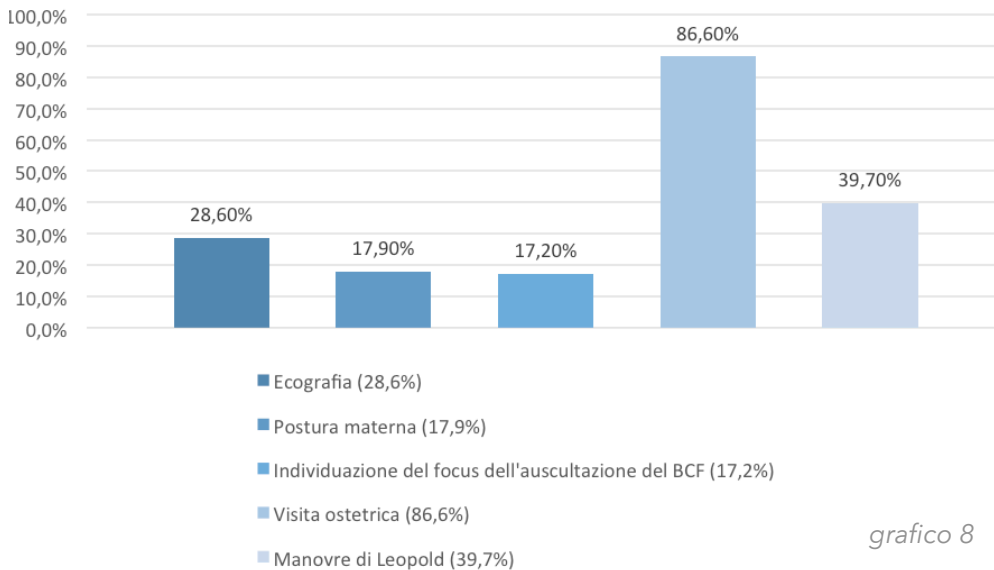


grafico 8

Piano fisico: azione dell'ostetrica/o

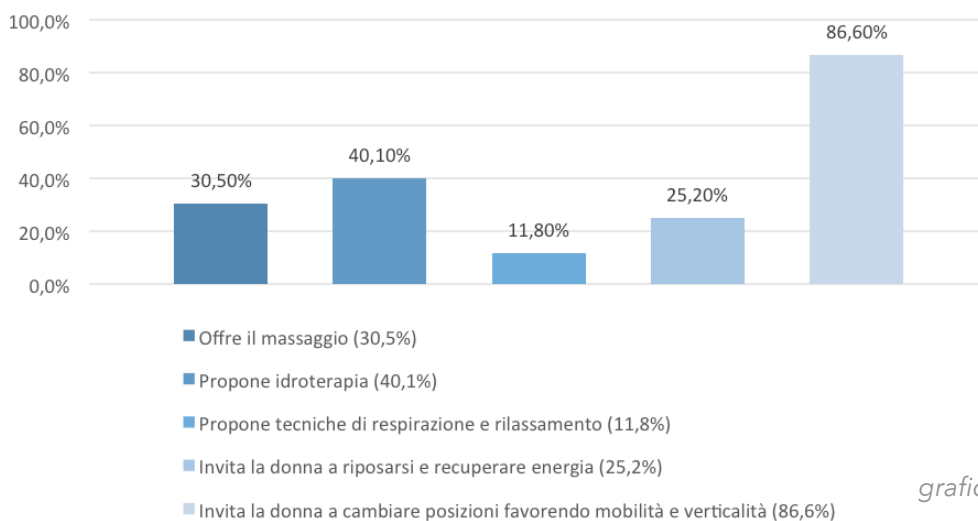


grafico 9

Piano emozionale: azione dell'ostetrica/o

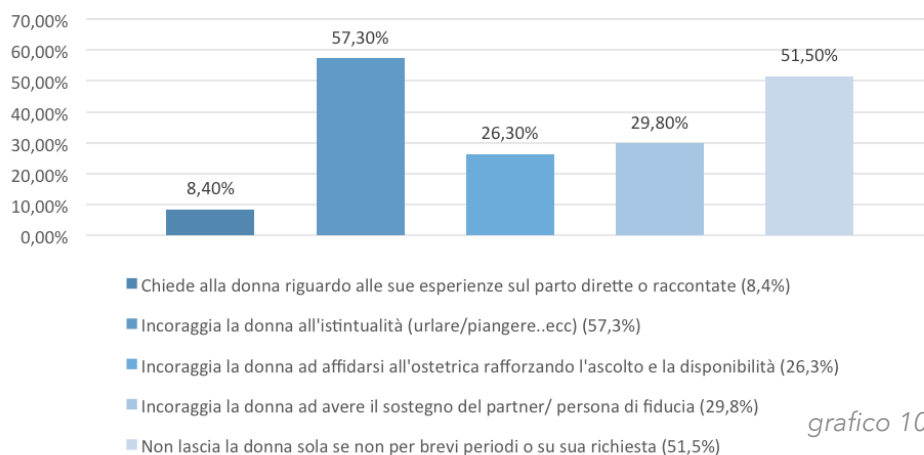


grafico 10

Ambiente: azione dell'ostetrica/o

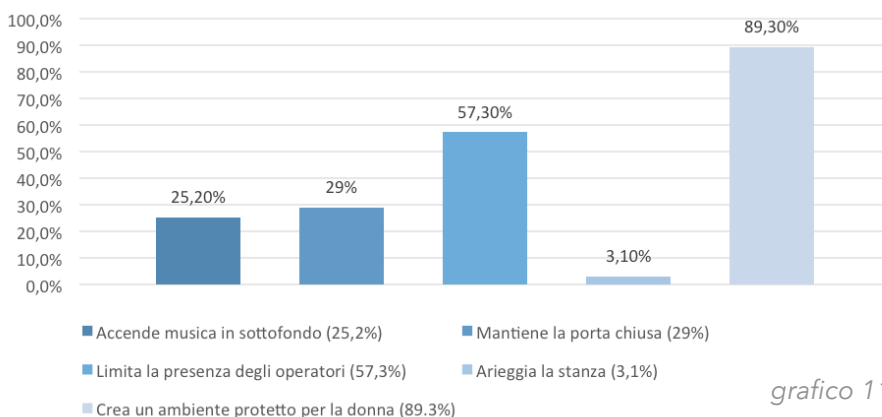


grafico 11



SYRIO

Società Italiana di Scienze Ostetrico
Ginecologiche Neonatali



SYRIO

Società

Italiana

di Scienze

Ostetrico

Ginecologiche

Neonatali

www.syrio.org

In caso di Pubblicazione di un articolo si
prega di consultare il sito: www.syrio.org
per prendere visione delle linee editoriali