

L'educatore professionale sanitario nel reparto di Ostetricia e Ginecologia. Un'osservazione etnografica

Paola Rigoni

Educatrice Professionale

Contesto di osservazione

Le riflessioni proposte in quest'articolo sono il risultato dell'osservazione effettuata nell'arco di due mesi da parte di un'educatrice professionale sanitaria presso un'Azienda Sanitaria del Veneto¹ nell'unità operativa complessa di ostetricia ginecologia. Tale osservazione si è focalizzata sugli approcci educativi adottati dai professionisti presenti in questo reparto ospedaliero nei confronti delle pazienti, in particolare per quanto concerne le figure sanitarie professionali dell'infermiere e dell'ostetrica

Inquadramento teorico-legislativo

Nel regolamento concernente l'individuazione della figura di infermiere professionale e di ostetrica/o è prevista un'attività educativa.

Per ciò che riguarda gli infermieri professionali il secondo comma del primo articolo del DM 739/94 stabilisce che "l'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria".

Fino al 1994, l'ostetrica poteva esercitare la professione infermieristica perché il percorso formativo prevedeva prima l'accesso alla scuola regionale triennale per infermieri e il conseguimento del relativo titolo, poi un percorso biennale che permetteva di acquisire il titolo di ostetrica. Successivamente, grazie all'istituzione del corso di laurea, i due percorsi nelle professioni sanitarie sono stati distinti. Per l'ostetrica/o nel DM 740/94, si individuano queste specifiche attività educative: "l'ostetrica/o, per quanto di sua competenza, partecipa ad interventi di educazione sanitaria e sessuale sia nell'ambito della famiglia che nella comunità; alla preparazione psico-profilattica al parto; alla preparazione e all'assistenza ad interventi ginecologici; ai programmi di assistenza materna e neonatale".

Il processo educativo diretto al paziente costituisce il terreno comune agli infermieri, alle ostetriche e agli educatori sanitari, e comprende l'educazione sanitaria, l'educazione alla salute, l'educazione terapeutica, la promozione alla salute e l'*empowerment* del paziente.

Il piano sanitario regionale 1999/2001 definisce l'educazione sanitaria come l'insieme di "iniziative informative ed educative volte a rendere il cittadino parte attiva e consapevole nel rapporto con il servizio sanitario sviluppando in questo ultimo conoscenze di carattere sanitario, al fine di migliorare l'efficacia dei servizi e di creare le condizioni per l'effettivo esercizio da parte del cittadino del principio di autonomia nei trattamenti sanitari".

Nella saggistica di settore seguono le definizioni di educazione alla salute, di educazione terapeutica e di *empowerment*. L'educazione alla salute è tratteggiata nei termini di un messaggio semplice nella prevenzione primaria, dove sono previste azioni di sensibilizzazione e comunicazione (Ferraresi et al. 2015). L'educazione terapeutica è principalmente focalizzata nei

¹ Per motivi di privacy tale Azienda non verrà menzionata.

confronti di pazienti affetti da una malattia cronica, ed è spiegata dall'OMS come una pratica di acquisizione e di mantenimento da parte del paziente di quelle capacità e competenze in grado di aiutarlo a vivere in maniera ottimale con la sua malattia. Infine, l'OMS (1998) definisce l'*empowerment* come il processo attraverso il quale un soggetto o una comunità possono accrescere il controllo sulle decisioni e sulle azioni relative alla propria vita. Il nucleo di questo processo di sviluppo della consapevolezza dei soggetti è delineato dall'incremento di un'educazione sanitaria che ha come scopo finale la crescita degli individui e della collettività rispetto alla gestione della propria salute. L'*empowerment* nasce dalla percezione di poter influenzare il decorso degli eventi e di poter aumentare il controllo sugli stessi. Questo nucleo si accompagna ad altri elementi di natura psicologica: la percezione di competenza che genera autostima, la sensazione di possedere conoscenze e capacità e di poterle trasferire ad altri.

Da queste definizioni emerge come l'educazione al paziente sia una materia complessa e di come il paziente e la sua condizione siano i fattori determinanti dell'approccio educativo che il professionista sanitario è chiamato a conoscere e a mettere in pratica.

L'Educatore Professionale Sanitario è la figura sanitaria della riabilitazione che durante la sua formazione acquisisce particolari competenze in materia di Educazione al Paziente. L'iter disciplinare, basato su fondamenti di pedagogia, psicologia, sociologia e medicina, indirizza sia alla conoscenza della condizione del paziente, sia alla costruzione di progetti e interventi educativi mirati e declinati sulla situazione contingente.

L'approfondimento teorico che ha guidato la conoscenza degli approcci all'educazione al paziente si è basato sulla conoscenza *dell'Evidence Based Medicine and Practise*, la pratica empirista nata in seno alla medicina, e sulle nozioni di pedagogia della salute di Guilbert (2002) e di d'Ivernois (2006), nelle quali si cerca di descrivere e indicare quali siano le modalità relazionali atte a favorire il processo di adattamento alla malattia e vincere le resistenze al trattamento. In particolare, si è scelto un orientamento *Patient Centred*, imperniato sull'approccio di Picker², e *l'Empowerment Based Approach*, l'estensione della teoria psicologica *dell'empowerment* di Zimmerman (2000) nell'ambito della salute.

Il corpus dell'ospedale

L'ospedale è un'organizzazione moderna, complessa, e in continuo cambiamento – adattamento.

Con il decreto-legge del 1992, che ha trasformato le unità sanitarie locali in aziende, l'efficienza e l'imperativo della produttività sono parte integrante delle direttive dirigenziali di questa istituzione. L'efficienza viene misurata attraverso performance come la coerenza tra bisogno di salute e “*setting*” della risposta assistenziale, tra la capacità di integrazione clinica multidisciplinare e quella di integrazione di quest'ultima con la ricerca e la didattica.

Al sistema ospedaliero e agli operatori è richiesto di essere plastici e mobili, al passo con le esigenze della politica, del territorio, “dell'utenza”.

Nel sistema italiano e a livello internazionale si discute perciò del necessario mutamento della visione dell'ospedale stesso. Le pressioni a favore di questa trasformazione sono multiple e agiscono su più livelli. Ci sono istanze ambientali ed endogene: i cambiamenti demografici e epidemiologici, la presenza sempre più imponente di patologie complesse e poli-patologie, il cambiamento della demografia professionale — progressiva femminilizzazione e *shortage* dei medici — e le aspettative crescenti di pazienti che appaiono sempre più “*empowered*” (Prentestini, 2012).

Infine, la politica urbana: gli ospedali tendono ad essere collocati “ai margini della città, aumentando e amplificando il senso di liminarietà già implicito nella natura di tali istituzioni” (Paone, 2012, pag. 73). L'allontanamento dal centro delle città degli ospedali rende di fatto più complicato l'accesso ai servizi sanitari da parte delle fasce più deboli della popolazione.

² Harvey Picker (8 Dicembre, 1915 – 22 Marzo, 2008) era un uomo d'affari e filantropo americano che nel 1986 ha fondato Picker Institute a Boston, un'organizzazione not for profit dedicata allo sviluppo di un approccio di cura Patient-Centered. Nel 2000 Picker ha fondato un altro Istituto, tutt'ora attivo, in Inghilterra.

In sintesi, la realtà ospedaliera riflette le contraddizioni, i paradossi e le conflittualità della macrorealtà in cui è inserita.

Contenuti dell'osservazione

Durante il periodo di osservazione, l'educatrice ha potuto affiancare sia le infermiere professionali che le ostetriche (che in questo contesto sono tutte donne) in vari ambiti di azione: in corsia, in sala travaglio, in sala parto e nella *nursery*. Il reparto è diviso in due sezioni separate e distinte: il reparto di ginecologia con guardiola, cucinino (zona dedicata alla pausa) e stanze degenti, alcune ad utilizzo della ginecologia, altre dell'ostetricia; e la zona parto detta "sala parto", divisa materialmente in una zona neutra d'entrata con le scrivanie delle ostetriche, una sala travaglio e la sala parto vera e propria.

I focus dell'osservazione sono stati:

- la gestione del tempo nel reparto;
- l'educazione alla paziente durante il travaglio e dopo il parto;
- l'educazione alla paziente che pianifica un'interruzione volontaria di gravidanza;
- la comunicazione con il paziente.

Dati raccolti dall'osservazione dell'esperienza

Il tempo

Il turno nel reparto di ostetricia-ginecologia comincia alle 7 del mattino con il passaggio di consegne da parte delle colleghe che hanno lavorato durante la notte.

In questo reparto viene utilizzato il metodo narrativo per il passaggio di informazioni, che può richiedere anche un'ora. Questa prassi si ripete per tre volte nell'arco delle ventiquattro ore: al mattino alle 7, il pomeriggio alle 14 e la sera alle 21. In questi tre momenti della giornata le pazienti non hanno accesso alla guardiola e possono comunicare con il personale sanitario esclusivamente chiamandolo, attraverso l'attivazione del campanello di cui ogni posto letto è dotato.

Il medico non partecipa alle consegne, se non in casi eccezionali o per casualità. Concluso questo passaggio, infermiere e ostetriche cominciano a somministrare le terapie, a effettuare i prelievi del sangue, e gli operatori socio sanitari (OSS) si occupano dell'igiene delle pazienti e del cambio lenzuola. A metà mattina circa arriva un medico per il giro visite. I medici sono presenti in reparto solo per le visite del mattino o su chiamata.

Il mattino è scandito principalmente da questi eventi: somministrazione delle terapie, medicazioni, prelievi, trasferimento delle pazienti in sala operatoria, monitoraggio delle pazienti di ritorno dalla sala operatoria, giro visite, somministrazione del cibo, ricoveri e dimissioni. In tarda mattinata e nel pomeriggio ci sono gli appuntamenti delle ostetriche con le gestanti per la redazione della scheda della gravidanza — che accompagna la donna nel periodo della gestazione e nei mesi successivi al parto —, le visite ambulatoriali ginecologiche e ostetriche da pronto soccorso e programmate, cardiocografie (monitoraggi in gravidanza) sia per le pazienti ricoverate in pre-travaglio sia per le pazienti esterne.

La particolarità di questo reparto è l'imprevedibilità degli accessi, data proprio dall'evento parto. A differenza di altre unità operative dove le degenze sono pianificate, eccetto i ricoveri da pronto soccorso, qui la programmazione riguarda quasi esclusivamente la ginecologia.

L'arrivo di una partoriente è improvviso, ma atteso. Quando si verifica, si passa dalla velocità del ricovero alla sospensione della sala travaglio, per arrivare al tempo indefinito della sala parto.

Dopo aver svolto il lavoro di *routine*, e in mancanza di emergenze, infermiere e ostetriche si separano, le une in guardiola le altre in sala parto in attesa del cambio turno. Parte del tempo non impiegato per le esigenze delle pazienti viene occupato da varie attività: descrizione delle prestazioni, scritte sia a mano sul libro delle consegne sia al computer per produrre un foglio consegne da distribuire al cambio turno; ordinazione di farmaci, controllo e inserimento in *database* dei farmaci arrivati in reparto; programmazione delle visite ambulatoriali (gestione

delle prenotazioni e disdette); prenotazione degli esami prescritti dal medico durante le visite in reparto.

L'educazione

L'interazione con le pazienti di infermiere ed ostetriche è condizionata dai loro compiti. L'infermiera affianca il medico nell'ambulatorio ginecologico di base e nell'ambulatorio chirurgico. In reparto assiste le degenti di chirurgia ginecologica in laparoscopia e le donne che pianificano un'interruzione di gravidanza volontaria o alle quali è praticato un aborto terapeutico.

Le ostetriche si occupano del percorso nascita: diagnosi prenatale, monitoraggi, ambulatorio gravidanze a rischio, corsi pre-parto; affiancano il medico in ambulatorio per visite di routine o consulenze d'urgenza.

Le infermiere neonatali della *Nursery* si dedicano alla promozione dell'allattamento al seno, *rooming – in* e al consolidamento del legame mamma -bambino.

Le infermiere neonatali della *Nursery* sono infermiere afferenti al reparto di neonatologia che hanno formalmente sostituito la puericultrice.

La *mission* dell'ostetrica, affermata dall'associazione nazionale, prevede la cura della donna “da un punto di vista clinico (*midwifery cure*), di supporto (*midwifery care*) nonché educativo/informativo (*midwifery educator*)” (fonte FNOPO).

In questo reparto nelle prime fasi del travaglio o nel *triage* di valutazione del travaglio l'ostetrica segue un protocollo per il quale inizialmente chiede alla donna come sta, quali sono i suoi desideri e le sue aspettative o preoccupazioni, nonché come affronta il dolore che sta vivendo. Se la donna ha contrazioni dolorose, ma non è ancora in travaglio attivo, le viene spiegato che non ha ancora modificazioni cervicali e le viene offerto un supporto di analgesici. In questa fase le ostetriche consigliano alla donna di fare esercizi di respirazione; alcune ostetriche utilizzano l'aromaterapia ed esercizi con la palla da ginnastica. Durante il travaglio attivo, quando ci sono contrazioni regolari e una progressiva dilatazione cervicale, le ostetriche registrano una serie di parametri clinici (temperatura e pressione sanguigna, battito cardiaco, frequenza minzioni) e spiegano alla donna che è necessario fare delle esplorazioni. In questa fase le ostetriche hanno approcci educativi differenziati: alcune offrono il “pacchetto” conosciuto come *management active* del travaglio (supporto uno a uno, esplorazione ogni 2 ore, ossitocina se il travaglio diventa ‘lento’, amniotomia precoce di *routine*); altre accompagnano la donna cercando di non velocizzare i tempi. Se il bambino sta bene, e se non ci sono altri impedimenti, assecondano la donna rispetto al desiderio di partorire o meno in sala parto, la informano sulla posizione da tenere durante il parto, provano insieme posizioni diverse per affrontare il dolore.

Dopo il parto si è osservato che la parte educativa è svolta dalle infermiere della *nursery*. In particolare, l'azione educativa è mirata all'addestramento all'allattamento al seno, insegnare alla madre a riconoscere e rispondere ai primi segnali di fame del neonato, assicurarsi che il piccolo sia nutrito almeno 8 volte nelle 24 ore, principio dell'allattamento a richiesta.

L'osservazione dell'intervento educativo delle infermiere professionali con le donne che hanno programmato un'interruzione di gravidanza ha visto emergere principalmente obiettivi informativi quali: istruzioni sulla modalità di auto somministrazione dei farmaci; contenuto e utilizzo dei farmaci somministrati; valutazione del dolore della paziente con scala VAS; addestramento sul riconoscimento di alcuni segni e sintomi da riferire all'infermiere; addestramento su comportamenti da tenere in fase pre o post operatoria, come eventuali digiuni, deambulazione in autonomia, idratazione. Le infermiere utilizzano mezzi di comunicazione sociale e un linguaggio sanitario specifico.

La comunicazione con la paziente

La comunicazione verbale delle infermiere professionali e delle ostetriche è parsa molto formale e caratterizzata da una scelta accurata delle parole in fase di ricovero e dimissione. Durante la degenza delle pazienti il rapporto diventa più informale e il linguaggio meno clinico. Il personale utilizza parole semplici e di facile comprensione.

La comunicazione paraverbale è apparsa più controllata, lenta e modulata su un tono basso in situazioni di difficoltà; più spigliata e veloce in situazioni non problematiche.

Il linguaggio non verbale in molti casi sembrava “filtrato” dalla divisa, che proprio per il materiale e il taglio di cui è fatta rende meno sciolti i movimenti, più rigida la postura.

Riflessioni sull’esperienza osservata

Il tempo delle consegne è, di fatto, un momento di separazione dalle pazienti. Il metodo narrativo utilizzato non è strutturato con delle griglie o altri strumenti. Le informazioni che riguardano le pazienti diventano così parte di un racconto fortemente connotato dalla soggettività di chi parla.

Nel 2012 un gruppo di ricercatori ha realizzato uno studio qualitativo commissionato dall’Unione Europea sulla partecipazione dei pazienti al momento del passaggio delle consegne. A questa indagine ha partecipato anche l’Italia. Lo scopo della ricerca era esplorare l’esperienza e la percezione del passaggio delle informazioni dal punto di vista del paziente. Dalle interviste e dai *focus groups* è emerso che i pazienti vorrebbero poter essere resi partecipi e avere una posizione attiva in questo processo e preferirebbero un passaggio di informazioni nel quale le responsabilità sono chiare e non ambigue (Flick et al., 2012). Dall’osservazione effettuata si può dedurre che la presenza del medico non è influente e alcuni problemi potrebbero essere risolti in modo più tempestivo e fluido se un medico partecipasse al passaggio delle consegne.

Lo stesso gruppo di ricerca ha condotto un altro studio focalizzato sull’attenzione nei confronti dei pazienti al momento delle dimissioni (Hesselink et al., 2012); anche in questa indagine emerge l’elemento dello scarso coinvolgimento dei pazienti nel processo decisionale.

La partecipazione del paziente in tutto il suo iter ospedaliero dovrebbe essere pensata e organizzata dai vertici dell’azienda, secondo il principio del rispetto nei confronti del paziente e del suo bisogno di chiarezza, ma è difficile immaginare in reparti così strutturati di poter realizzare progetti di questo tipo. Il personale sanitario dovrebbe essere preparato ad accogliere e condividere con i pazienti le informazioni che li riguardano e le procedure che li coinvolgono in un tempo che diverrebbe così davvero condiviso.

Durante l’arco della giornata pazienti e personale sanitario vivono invece in spazi separati. Le pazienti stanno nelle loro stanze e possono socializzare solo con la compagna di stanza; questo per motivi correlati alla condizione di salute, o perché non ci sono fisicamente spazi comuni da poter utilizzare. Il tempo delle pazienti non è il tempo del personale sanitario, e le pazienti hanno accesso al tempo dei sanitari solo in caso di necessità.

Un altro aspetto da sottolineare è il percorso formativo delle figure sanitarie che lavorano in questo reparto. In Italia il personale sanitario presenta ancora una notevole disomogeneità rispetto alla preparazione di base nell’esercizio di ostetrica e di infermiera a causa della istituzione relativamente recente di un corso di laurea per queste professioni. L’età media in questo reparto è di oltre 30 anni. Questi due elementi incidono sull’approccio con il paziente e sull’attività educativa.

Le infermiere professionali e le ostetriche che esercitano da oltre 15 anni questa professione stanno vivendo il cambiamento dell’ospedale e delle diverse esigenze dei pazienti, la presenza massiva della burocrazia e la necessità di essere performative, ma non sono state accompagnate in percorsi formativi sulla comunicazione e il contatto con il paziente.

Appare evidente, osservando i colloqui con le pazienti, che l’orientamento di queste figure professionali è ancora paternalistico, per cui esse tendono a trattare la paziente come soggetto passivo e non come persona in grado di partecipare alle decisioni e partner nell’azione educativa.

La vita di reparto è intrisa di micro-conflitti: un tipico conflitto con le giovani leve è da collegarsi alla difficoltà di mettere in discussione, da parte delle più anziane, una modalità relazionale con la paziente assodata dal tempo e dall’esperienza.

La comunicazione con la paziente si limita spesso a informare, confondendo l’informazione con l’educazione. In altri casi, omette informazioni che al personale appaiono non di competenza delle pazienti: alle donne che hanno partorito non viene spiegato che i morsi uterini

sono indotti dall'ossitocina prodotta dalla suzione al seno, non viene chiesto di monitorare il proprio ventre segnalando gonfiori e, in caso di dolore intenso dopo il parto, non vengono illustrate le patologie collegate a queste manifestazioni. La consuetudine di utilizzare l'ossitocina come farmaco per indurre le doglie non è discussa con le partorienti. Le ragioni di questa procedura spesso sono collegate al fenomeno della medicina difensiva (Istud, 2011), ma questi argomenti non sono affrontati con le future mamme, benché oggi molte donne abbiano i mezzi culturali per poter comprendere la motivazione che giustifica tale pratica.

La donna durante il parto è seguita da una o due ostetriche e il medico interviene solo se necessario. In questo caso, per lo più non viene comunicato alla donna e a chi l'accompagna cosa sta accadendo. Quando il medico interviene durante il parto decade qualunque approccio adottato sino a quel momento e prevale l'esigenza di salvare la vita del nascituro. Il medico mette in atto tutte le manovre necessarie, spesso brutali, con la piena collaborazione delle ostetriche, le quali si adeguano al comportamento del medico, per cui la paziente diventa un soggetto passivo.

Il metodo Leboyer del parto dolce dovrebbe essere una prassi consolidata. In realtà alcune ostetriche praticano ancora oggi una guida autoritaria verso la donna durante il parto e molti aspetti di quella prassi vengono trascurati, in primis la luce (la sala viene illuminata come una sala operatoria) e la *privacy* (il via vai di personale sanitario dentro la sala durante il parto è continuo).

Durante il periodo di osservazione c'è stato un caso di MEF (morte endouterina fetale). La donna è stata messa in una stanza singola (prassi applicata a tutte le interruzioni di gravidanza involontarie). Ha ricevuto delle visite dal cappellano dell'ospedale, ma non si è verificato nessun colloquio con gli operatori sanitari. Dopo 4 giorni, l'ostetrica che aveva in carico la gestione della salma del bambino, rimasta in reparto, si è ricordata di avere del materiale per l'elaborazione del lutto da proporre ai genitori. L'educatrice ha tentato di raccogliere alcune testimonianze dalle ostetriche e dalle infermiere sull'evento, indagando i sentimenti che poteva suscitare la presenza della piccola salma in reparto e le eventuali ragioni di questo distacco dalla paziente. Non c'è stata, di fatto, alcuna apertura al dialogo: tutte hanno sottolineato come sia "solo una questione di abitudine". La letteratura documenta che per parlare dello stress emotivo gli operatori spesso scelgono i propri colleghi e più raramente si affidano a psicologi o psichiatri che lavorano all'interno del reparto (Garrel, 2007). Inoltre, in alcuni colloqui con l'educatrice, le ostetriche hanno manifestato la loro difficoltà dovuta a una scarsa formazione di base in merito a concetti di psicologia o di comunicazione al paziente e alla sua famiglia (Garrel, 2002). Queste criticità a livello comunicativo hanno un impatto sull'esperienza della paziente.

Per quanto concerne le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG), le donne che scelgono questa procedura e si rivolgono a questa struttura, hanno un'età media in linea con le statistiche, oscillando tra i 30 e i 40 anni. Nell'unità operativa osservata, vengono confermati i dati relativi alla difficoltà di applicazione della legge n. 194/78 in Veneto, a causa dell'altissima presenza di obiettori e di carenze organiche nei Consultori. Nel contesto osservato, la proporzione di medici obiettori è di 1 a 5.

Le donne che programmano l'IVG si presentano in reparto nei giorni stabiliti con il certificato per l'interruzione di gravidanza, i referti degli eventuali accertamenti già eseguiti (esami ematochimici, ecografia ostetrica), la tessera sanitaria, un documento d'identità, e prenotano l'intervento. In questo reparto è previsto un colloquio con un medico e l'affiancamento di un'infermiera per fissare la data dell'intervento. Il colloquio avviene anche con i medici obiettori e, oltre all'anamnesi, non è previsto siano raccolte notizie biografiche.

In questo contesto (come in tutti reparti di ginecologia e ostetricia) convivono queste due realtà, i parti e le IVG. Il reparto non è grande e le stanze delle donne presenti in reparto per l'IVG sono attigue a quelle delle donne che hanno appena partorito. In questi due mesi di osservazione si è constatato che queste donne arrivano in reparto la mattina ed escono nel tardo pomeriggio o in serata senza un accompagnatore.

Nonostante sia ormai nota la difficoltà psicologica vissuta dalla donna che compie tale scelta, in questa unità operativa non è prevista alcuna attività di supporto psicologico, così come non è previsto un intervento educativo per l'elaborazione del vissuto emotivo. In un articolo del

2013 la psicologa Di Stefano scrive: ‘La società finisce col negare a chi affronta l’esperienza dell’aborto procurato la possibilità di lutto (non si piange e non si soffre su ciò che si è scelto volontariamente), rendendo l’aborto una morte senza lutto, senza dolore. Generalmente regna la convinzione che chi sceglie di abortire abbia una consapevolezza tale da non provare sentimenti di lutto e si fatica a comprendere che questa scelta, pur essendo “razionalmente” volontaria, è, comunque, emotivamente sofferta e può essere vissuta come scelta indesiderabile’.

In un caso osservato, una paziente è stata ricoverata prima della data prevista per l’IVG, per sospetta emorragia. Esclusa l’emorragia interna, i medici hanno deciso di anticipare l’intervento. La paziente, finita la sedazione post-operatoria ha cominciato a manifestare un disagio importante, con sintomi somatici. Si è creata una situazione di difficile gestione, il medico di turno non ha autorizzato la somministrazione di alcun farmaco ed è stato necessario chiamare il marito per la dimissione. Nei due giorni di degenza, la paziente aveva più volte avuto degli atteggiamenti singolari, passando dall’aggressività verbale alla scherzosità irrefrenabile. Se questi messaggi fossero stati ascoltati, sarebbe stato possibile mitigare la drammaticità dell’esperienza di questa paziente. La creazione di una relazione comunicativa avrebbe potuto aumentare l’efficienza della risposta assistenziale.

Alcune implicazioni per la figura dell’educatore

Nel 2009 al *Frontiers in Medical and Health Sciences Education Conference* a Hong Kong è stato presentato un documento redatto da una ricercatrice dell’università di Calgary (Suzanne Kurtz) nel quale è esposta l’*Evidence Based Rationale* sul miglioramento delle prestazioni delle figure sanitarie a seguito del miglioramento delle abilità comunicative. Incrementare queste *skills* porta a una maggiore precisione, efficienza, a relazioni caratterizzate dalla *partnership* e a elevare il coordinamento nelle cure (all’interno del team di lavoro, con il paziente e con la famiglia del paziente). Un pregiudizio piuttosto radicato considera la comunicazione un’abilità minore, priva di un retroterra scientifico e collegata a capacità soggettive: una sorta di dono che si possiede o meno. L’esperienza lavorativa come strumento di acquisizione di competenze comunicative o l’auto-percezione della capacità di ascoltare il paziente sono state oggetto di numerose ricerche empiriche (Maguire et al 1986; Beckman & Frankel 1984; Langewitz et al, 2002; Waitzkin 1984; Levinson et al 2000), le quali hanno permesso di evidenziare che l’esperienza lavorativa non è sufficiente ad acquisire abilità comunicative specifiche e che la percezione della propria capacità di ascolto, in termini di tempo investito nell’ascolto, è nettamente inferiore a quella reale rilevata. La comunicazione ha dei criteri distinti, elaborati e teorizzati, che non si rifanno al senso comune e ogni contesto richiede un’accurata conoscenza e scelta dei metodi da adottare.

Da tali premesse, visti i risultati della nostra osservazione, riteniamo di poter affermare che l’educatore sanitario in un reparto ospedaliero potrebbe porsi come figura professionale di riferimento per il paziente sia durante la degenza, sia in un programma di *follow up*. L’educatore può essere la figura che dialoga con i pazienti sugli aspetti inerenti la sua partecipazione alle decisioni sul piano di assistenza, che rileva i bisogni di cura individuali ed è in grado di proporre strategie di mediazione tra i bisogni del paziente e le esigenze procedurali delle altre figure sanitarie.

Di seguito alcuni esempi:

I. per quanto concerne la paziente partoriente, si è visto come la comunicazione con la gestante si concentri nella fase del travaglio e del parto, mentre dopo la nascita del bambino non sia previsto alcun percorso educativo di accompagnamento. Nell’eventualità di un travaglio difficile le ostetriche non hanno il tempo materiale di seguire individualmente la donna per rielaborare insieme quanto accaduto. L’educatore potrebbe offrire un supporto alle madri dopo il parto in termini di:

- a) incontri di *expressive writing*, per raccontare e raccontarsi l’esperienza del parto e affrontare il tema del rischio della sintomatologia post traumatica e depressiva;
- b) colloqui educativi per affrontare lo stress materno nella relazione con il bambino;

c) consulenza in *follow up* di informazione sui servizi presenti nel territorio, per il sostegno psicologico della madre, e in particolare per le donne che non hanno la famiglia vicino o una rete sociale di supporto significativa.

II. Per le donne che hanno vissuto l'esperienza di un aborto terapeutico, un aborto eugenetico o un aborto elettivo (IGV), l'educatore in reparto potrebbe proporre:

a) prima della dimissione alcuni colloqui educativi sulle conseguenze dell'aborto per esaminare insieme alla paziente le principali ripercussioni collegate a questa esperienza, quali la sindrome post-abortiva, il disturbo post traumatico da stress, la depressione, l'ansia e l'impatto che l'aborto può avere sulla vita sessuale di coppia;

b) in *follow up* l'educatore potrebbe rendersi disponibile per incontri di ascolto, individuali o di gruppo, nei quali verrebbe data la possibilità a queste donne di narrare la loro esperienza con la presenza di un facilitatore che, oltre a guidare la discussione nella direzione di una riformulazione dei pensieri legati all'aborto, potrebbe promuovere anche una presa in carico psico-terapica nei casi più a rischio.

Da questa osservazione sul campo è possibile dedurre come l'incremento delle abilità comunicative nelle figure tradizionali presenti in un reparto ospedaliero sia ormai un target essenziale; tuttavia, anche dando per scontato questo aspetto, gli altri compiti relativi alla cura della relazione educativa con la paziente prima e dopo l'evento legato al ricovero (nascita o interruzione di gravidanza) non possano essere comunque attribuiti a medici, infermieri ed ostetriche, sia per la mancanza di specifiche competenze che per l'enorme carico di lavoro già affidato a essi. Si rende quindi auspicabile l'introduzione in questo contesto, come in altri simili, di una nuova figura professionale, l'educatore sanitario, in grado di assumersi l'onere della presa in carico educativa della paziente in un momento della sua vita che è particolarmente significativo in termini di crescita umana e personale e che può avere enormi ripercussioni sulla sua identità di madre o donna in futuro.

Bibliografia

- Alpay, L., van der Boog, P., & Dumaij, A. (2011). *An empowerment-based approach to developing innovative e-health tools for self-management*. Health informatics journal, 17(4), 247-255.
- Beghelli, A., Ferraresi, A., Manfredini, M. (2015). *Educazione terapeutica. Metodologia e applicazioni*. Carrocci, Roma.
- Bruster, S., Jarman, B., Bosanquet, N., Weston, D., Erens, R., & Delbanco, T. L. (1994). *National survey of hospital patients*. Bmj, 309(6968), 1542-1546.
- Flink, M., Hesselink, G., Pijnenborg, L., Wollersheim, H., Vernooij-Dassen, M., Dudzik-Urbaniak, E., ... & Johnson, J. K. (2012). *The key actor: a qualitative study of patient participation in the handover process in Europe*. BMJ Qual Saf, 21(Suppl 1), i89-i96.
- Gagnayre, R., D'Ivernois, J. F. (2006). *Educare il paziente. Un approccio pedagogico*. McGraw-Hill Companies, Milano.
- Garel M., Etienne, E., Blondel, B., Dommergues, M. French (2007). *Midwives' practice of termination of pregnancy for fetal abnormality. At what psychological and ethical cost?*. Prenatal Diagnosis Volume 27, Issue 7, pages 622–628.
- Garel M., Gosme-Seguret S., Kaminski M. and Cuttini M. (2002). *Ethical decision-making in prenatal diagnosis and termination of pregnancy: a qualitative survey among physicians and midwives*. Prenatal Diagnosis Volume 22, pages 811 – 817.
- Guilbert, J.J. (2002). *Guida pedagogica per il personale sanitario*. Edizioni dal sud, Bari.
- Istud, F. (2011). *Impatto sociale, economico e giuridico della pratica della medicina difensiva in Italia e negli Stati Uniti*. Programma “Scienziati in Azienda”–XII Edizione, Stresa, 26.
- Hesselink, G., Flink, M., Olsson, M., Barach, P., Dudzik-Urbaniak, E., Orrego, C., ... & Vernooij-Dassen, M. (2012). *Are patients discharged with care? A qualitative study of*

- perceptions and experiences of patients, family members and care providers*. BMJ Qual Saf, 21(Suppl 1), i39-i49.
- Kurtz, S. (2009). *Raising the bar on clinical communication in medicine*. Academic Medicine, 78(8), 802-809.
- Leboyer, F. (1974). *Pour une naissance sans violence*. Éditions du Seuil, Parigi.
- Miley, K. K., O'Melia, M., & DuBois, B. (2001). *Generalist social work practice: An empowering approach*. Allyn and Bacon, Boston.
- Paone, S. (2012). *Città nel disordine. Marginalità, sorveglianza, controllo*. Ets, Pisa.
- Prentestini, A. (2012). "La formazione delle strategie nelle Aziende Sanitarie Pubbliche", in AA.VV., *Strategia e performance management nelle Aziende Sanitarie Pubbliche*, pp. 19-33. Egea, Milano.
- Rawson, J. V., & Moretz, J. (2016). *Patient-and family-centered care: a primer*. Journal of the American College of Radiology, 13(12), 1544-1549.
- Zimmerman, B. J. (2000). *Self-efficacy: An essential motive to learn*. Contemporary educational psychology, 25(1), 82-91.

