

I MODELLI ORGANIZZATIVI OSTETRICI

The Adventures
of
Chummy

CHUMMY RIDES A BIKE.



CHUMMY and FRIENDS

FNOPO

Modelli organizzativi, dotazione organica ed ambiti di attività e responsabilità

dell'ostetrica/o nei servizi territoriali, ospedalieri del S.S.N. - Universitari – 2° documento

di aggiornamento

NASCERE SICURI indagine Senato 2010

E' palese che il modello di cura deve diventare più efficace ed efficiente per tentare di far fronte agli aspetti legati alla gravidanza e al parto, avendo come obiettivo primario la sicurezza, la qualità, la professionalità e cercando di abbattere i rischi presumibili. Occorre un investimento di risorse da parte delle Regioni per garantire che le strutture siano adeguate sotto il profilo di risorse strutturali e umane e si profili la razionalizzazione dei piccoli punti nascita. Non si può prescindere, però, ed è emerso in corso di audizioni ed è stato fonte di fatti di cronaca, che nei punti nascita e, ancor più in sala parto, risulta indispensabile la chiarezza della catena di comando decisionale tra i diversi attori coinvolti





WHAT WOULD
CHUMMY DO?

(WHO "Care in Normal Birth: a practical Guide" report of a technical Working Group Pubblicatio no WHO/FRH/MSM/96.24 Geneva

"Il fine di una moderna medicina perinatale è quello di ottenere una mamma ed un bimbo in perfetta salute con il livello di cure più basso compatibile con la sicurezza...")

Occorreva porsi una domanda...

‘Come possono “i modelli” cambiare le costrizioni che impediscono una buona assistenza ostetrica oggi?’

(Hughes, 1998)


Nespoli A (a cura di)

Sul versante organizzativo, si avverte la necessità di rivisitare l'intero percorso nascita, *[omissis]*. *Nel contempo, serve approntare nuovi modelli organizzativi, capaci di integrare livelli e setting assistenziali diversi”*

CAMBIO DI PARADIGMA

GINECOLOGI	OSTETRICHE
Sono chirurghi specializzati nelle patologie degli organi riproduttivi della donna.	Sono specialiste nella fisiologia del parto e la loro formazione ha lo scopo di preservarla. Integrano gli aspetti psicologici e sociali nell'assistenza.
La loro formazione è orientata all'intervento per risolvere dei problemi. La loro specializzazione in casi ad alto rischio spesso viene messa in campo anche nelle gravidanze a basso rischio, cosa che non fa bene e può causare danni considerevoli.	Invece di intervenire, la loro formazione è volta a preservare la normalità del parto e sostenere la madre.
I loro interventi sono spesso invasivi e comportano rischi che rendono necessario valutare attentamente il rapporto rischio / beneficio.	Hanno un vasto repertorio di misure semplici e non invasive per risolvere i problemi che possono sorgere. Offrono un'attenzione flessibile e individualizzata.
Il loro lavoro si concentra su aspetti specifici della salute delle donne.	Hanno una prospettiva globale della salute delle donne essendo esperte in aspetti come la depressione post-partum, l'allattamento al seno o la menopausa.

Fuente: Goer H., "The Thinking Woman's Guide to a Better Birth", TarcherPerigee; Revised edition (1999)

- 
- *“Una significativa sfida che riveste oggi l’ostetricia è quella di **riconoscere la complessità e l’incertezza della nascita e riportarla come ‘un’eccezionale normalità’** piuttosto che attendere la **patologia**”*

Downe S. 2008 *Normal Childbirth. Evidence and Debate*. Churchill Livingstone

Nespoli A (a cura di)

ONE TO ONE

riorganizzazione strutturale, allo scopo di assicurare un'assistenza su base territoriale fornita continuativamente dai medesimi professionisti
sviluppo della pratica clinica fondata su prove di efficacia e acquisizione da parte delle ostetriche di competenza a relazioni interpersonali efficaci

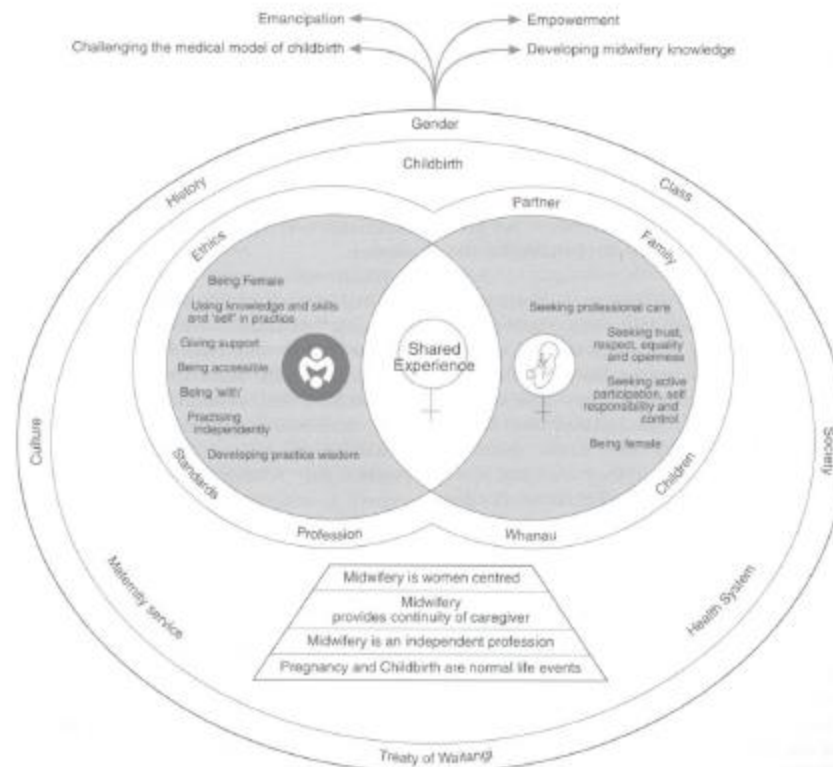
Questa modalità di assistenza è essenzialmente basata sulla continuità di assistenza durante la gravidanza, il travaglio, il parto ed il post-partum da parte della stessa ostetrica.

Le ostetriche del team one-to-one collaborano con una collega che conosce la donna e che può provvedere all'assistenza qualora l'ostetrica responsabile non sia disponibile.
Questa organizzazione permette:

flessibilità dei modelli lavorativi delle ostetriche
autonomia professionale, che deve essere adeguatamente supportata dal team manageriale e da altri professionisti (medico di base, ginecologo, ecc.)


1 ottobre 2010


Modelli organizzativi, dotazione organica ed ambiti di attività e responsabilità dell'ostetrica/o nei servizi territoriali, ospedalieri del S.S.N. - Universitari – 2° documento di aggiornamento



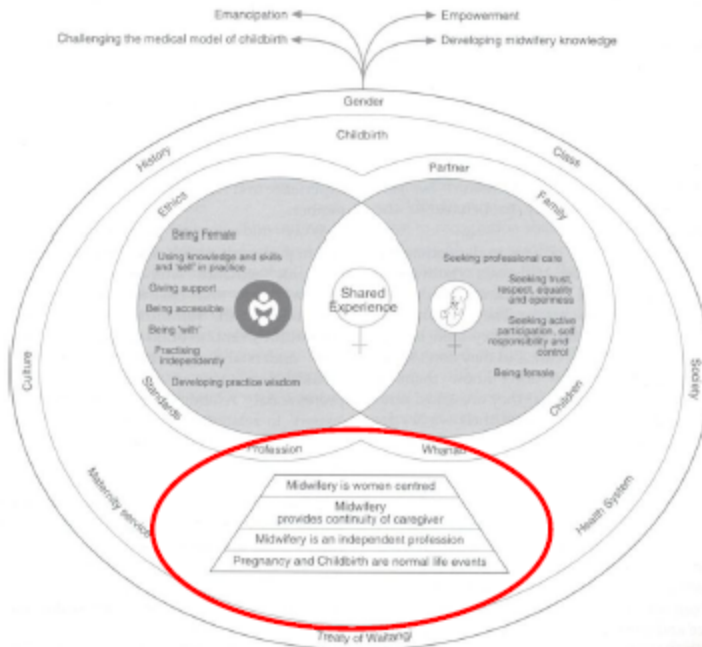
Nespoli A. (a cura di)

The Midwifery Partnership Model (refined) (Pairman 1998)

- 
- Il Midwifery partnership model riconosce la normalità della nascita, sostiene la condivisione dell'evento tra donne e ostetriche e permette a queste professioniste di **determinare il range di normalità definendo la normalità per ogni donna (katz Rothman 1984)**, evitando il pericolo di eccedere nella medicalizzazione o di trascurare segnali di disagio o segni clinici sopraggiunti.

- 
- **Conoscere e riconoscere la normalità è la competenza distintiva e irrinunciabile dell'ostetrica su cui si fondano tutte le macro competenze descrittive del sapere ostetrico, la competenza è tale se è agita in autonomia e responsabilità, ovvero non risponde solamente ad un'organizzazione per compiti o all'autonomia di un gesto come affermano Pairman e Guilliland.**

Midwifery Partnership: strutture supportanti



Nespoli A. (a cura di)

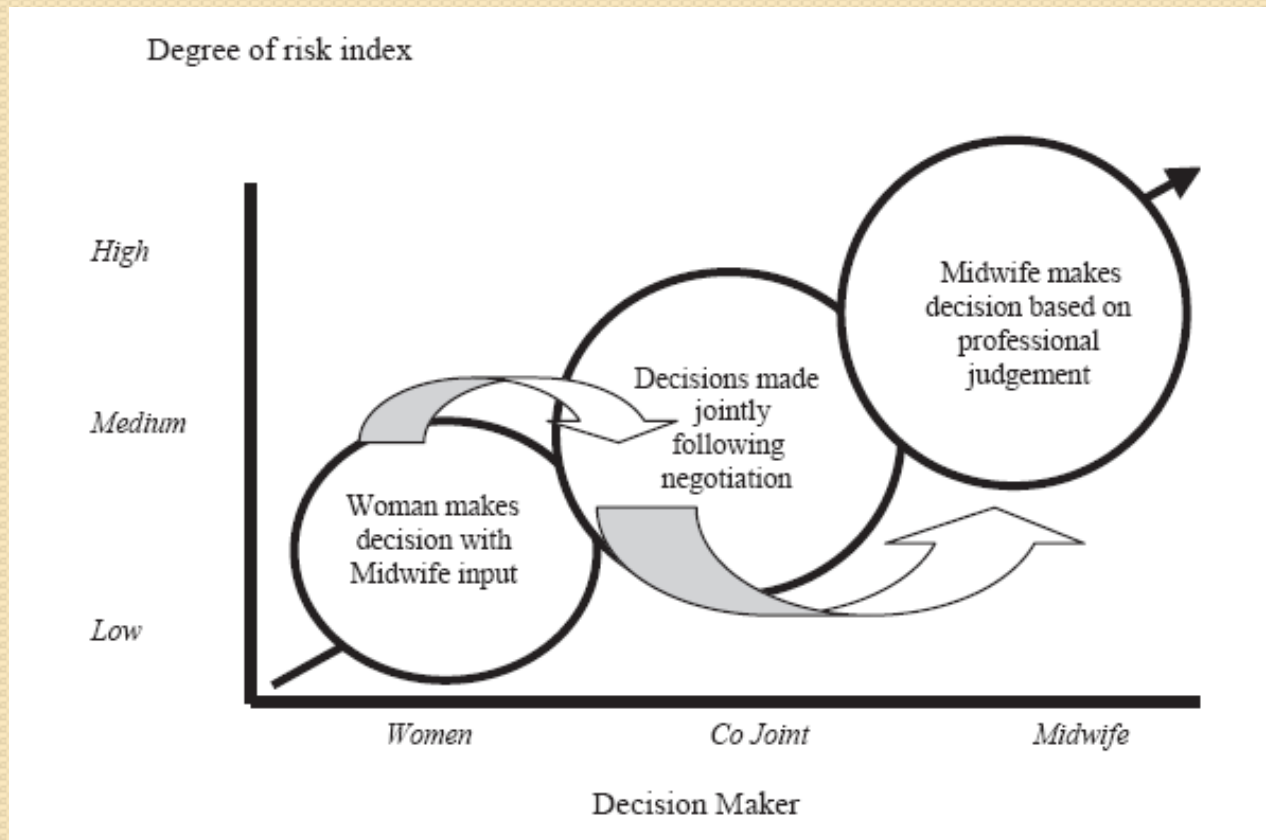
Gravidanza e nascita sono **eventi normali della vita**
Midwifery è una **professione indipendente**
Midwifery fornisce la **continuità del caregiver**
Midwifery is women centred

Lesley Ann Page, Rona McCandlish. *The New Midwifery. The New Midwifery Science and Sensitivity in Practice 2°* ed Churchill Livingstone, Elsevier 2006

- **I due Partners del modello sono la donna e l'ostetrica** e sono due agenti attivi
- si realizza solo **nella continuità assistenziale** che per le autrici del modello significa “ un'ostetrica, supportata dalle sue colleghe durante l'intera esperienza di nascita” col compito di facilitare l'esperienza ottimale della nascita ancorché possa essere una nascita complicata.
- **di shared decision making** all'interno della pratica assistenziale in associazione alle scelte organizzative e mediche può contribuire a migliorare la qualità delle relazioni ma soprattutto a far riconoscere e utilizzare ad entrambe i partner le loro rispettive differenze per raggiungere propositi e desideri.
- **Il processo di negoziazione e i limiti del shared decision making** di questo modello si inserisce nel contesto della selezione del rischio ostetrico, poiché la responsabilità delle scelte e delle decisioni deve essere fatta dai professionisti

TIMPERLEY E ROBINSON SUGGERISCONO TRE LIVELLI DI NEGOZIAZIONE

shared decision making

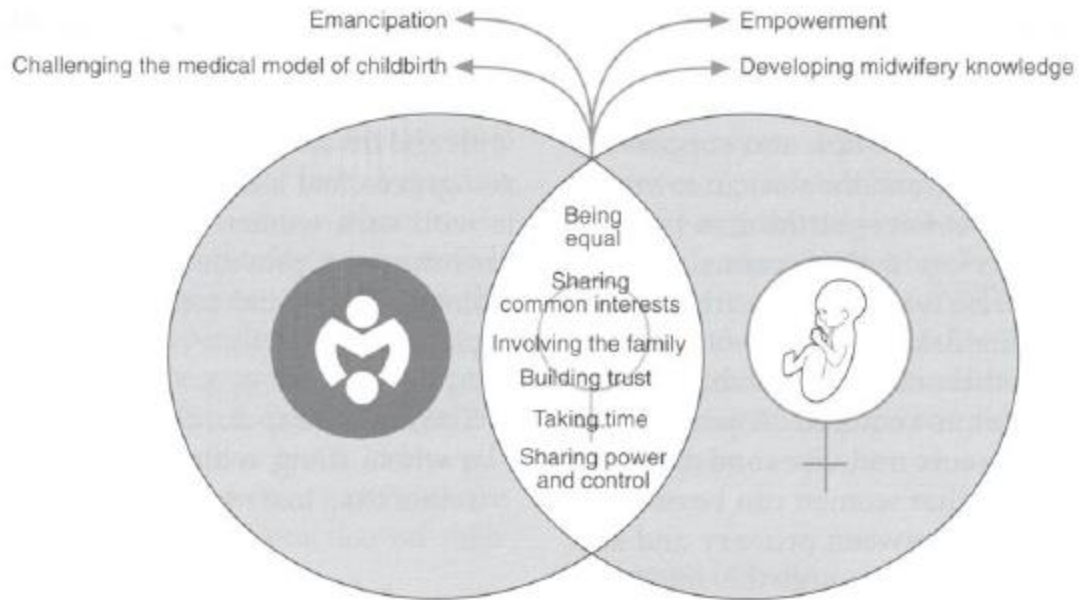




Nespoli A. (a cura di)

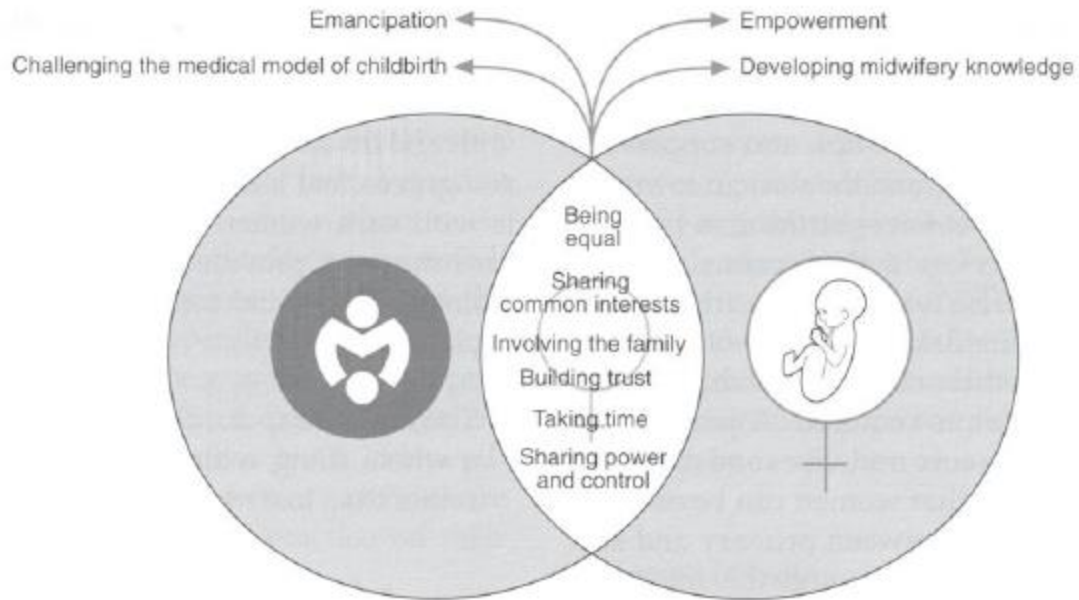
Per l'arte ostetrica, i bisogni di madre e neonato sono spesso percepiti in una visione integrata, "*dove i bisogni dell'uno sono i bisogni per l'altro.*" (Guilliland & Pairman 1995)

Guilliland K, Pairman S 1995 The midwifery partnership: a model for practice. Monograph series: 95/1. Department of Nursing and Midwifery, Victoria University of Wellington, New Zealand



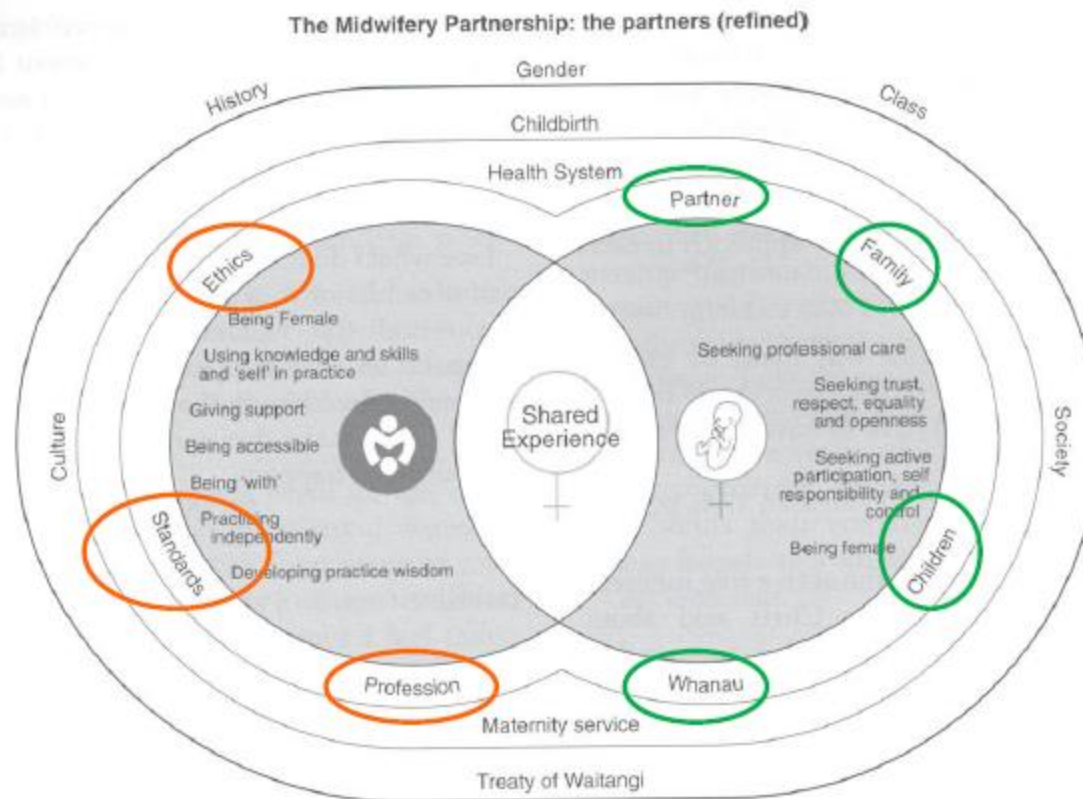
Principles inherent within the partnership model and outcomes of midwifery partnership (refined) (Pairman 1998)

Nespoli A. (a cura di)



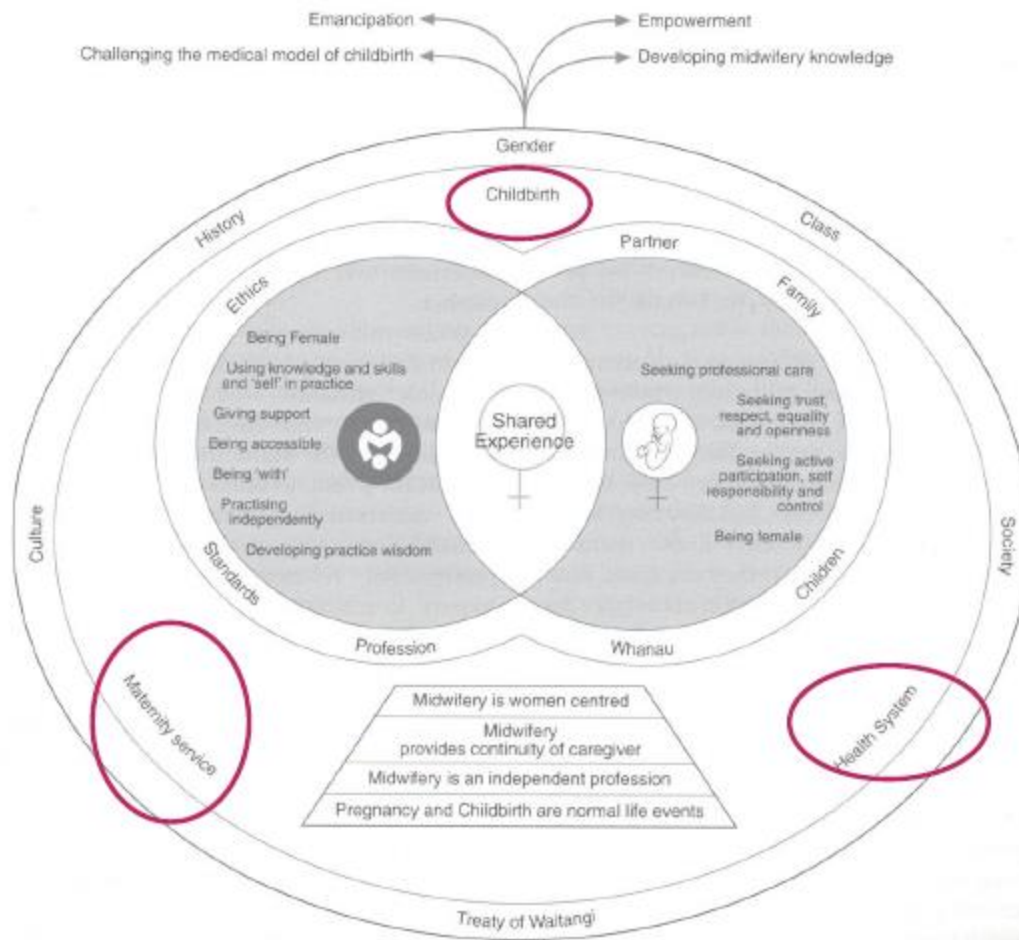
Principles inherent within the partnership model and outcomes of midwifery partnership (refined) (Pairman 1998)

Nespoli A. (a cura di)



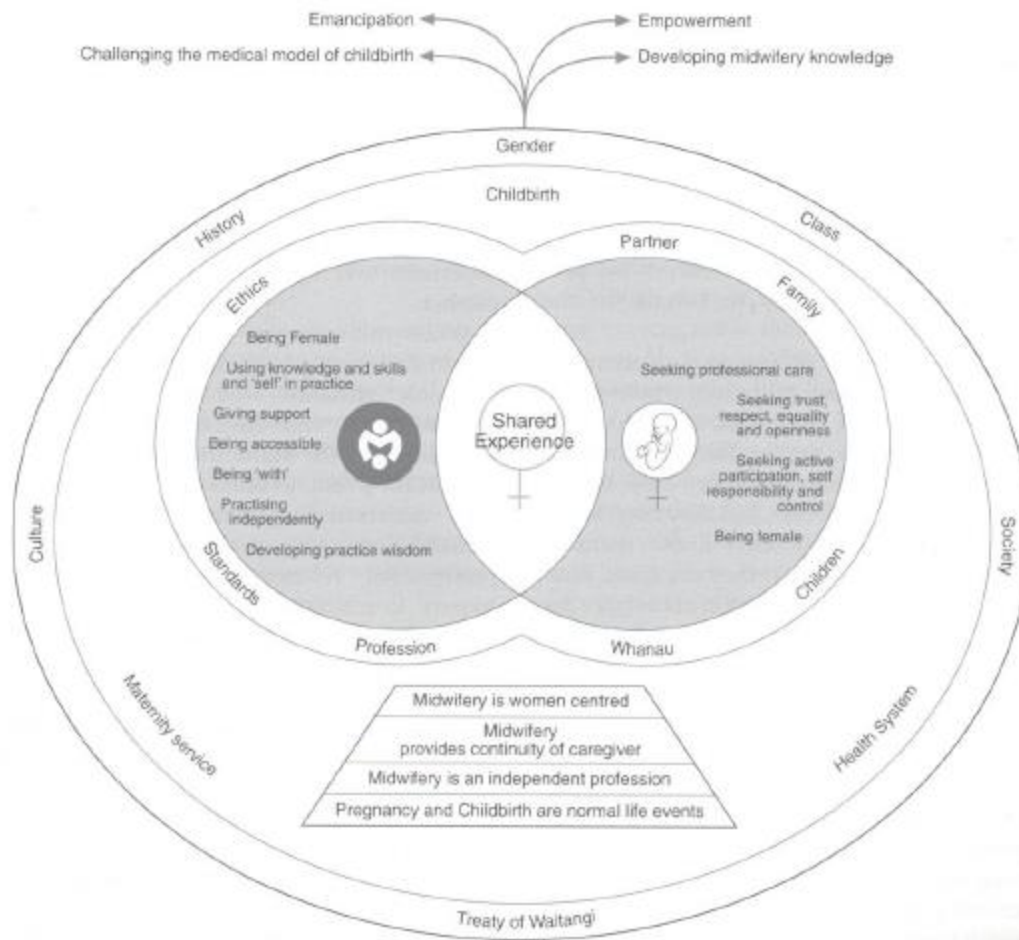
The Midwifery partnership: the partners (refined) Pairman 1998

Nespoli A. (a cura di)



Nespoli A. (a cura di)

The Midwifery Partnership Model (refined) (Pairman 1998)




The Midwifery Partnership Model (refined) (Pairman 1998)

Lesley Ann Page, Rona McCandlish. *The New Midwifery. The New Midwifery Science and Sensitivity in Practice* 2nd ed Churchill Livingstone, Elsevier 2006

‘[...] quello che è innegabile è che una donna e la sua ostetrica si sono incontrate nel travaglio; il modo con il quale l’ostetrica ha posto la sua presenza sarà sicuramente ricordato dalla donna per il resto della sua vita.’

Leap & Hunter 1993, Simkin 1999



Responsabilità e autonomia dell'agire
ostetrico e modello di Midwifery
Partnership necessitano per attuarsi

di un modello organizzativo assistenziale
che ha tutti gli elementi costitutivi del
Primary Nursing

Case management di primo livello o di midwifery-led,

questa funzione di gestione e responsabilità clinica per percorsi assistenziali semplici all'interno della clinica o reparto maternità o consultorio di riferimento, è attribuibile a tutte le ostetriche.

Ogni ostetrica può divenire OCM di I° livello per alcune pazienti e contemporaneamente assistere le altre degenti all'interno del team multiprofessionale.



Case management di 2 ° livello .

L'OCM di secondo livello svolge all'interno della clinica, o distretto di riferimento, un ruolo di presa in carico gestionale (CM gestione percorsi) per le pazienti che necessitano di un'assistenza particolarmente articolata anche attraverso servizi non ostetrici sia territoriali che ospedalieri (esempio pediatrie, cardiologie pediatriche, terapie intensive, diabetologie servizi sociali, SERT, Consultori...ecc)

Si configura come “ufficiale di collegamento” con le strutture sanitarie , questo ruolo di “ponte” si realizza attraverso la quotidiana collaborazione con gli altri OCM sia ospedalieri che distrettuali. L'OCM di 2°livello ha notevoli responsabilità cliniche sulle scelte assistenziali che riguardano il proprio profilo professionale e responsabilità gestionale sulle scelte cliniche del medico responsabile.

Dsa alto rischio



c.a.l.l.t.h.e.m.i.d.w.i.f.e

Le declinazioni del modello utilizzate nel Regno Unito

Il one-to-one caseload midwifery è stato applicato, nel Regno Unito, principalmente secondo tre tipologie di modelli assistenziali:

- 1. Tradizionale: le ostetriche assistono le donne durante la gravidanza e nel puerperio e sono stabilite delle reperibilità 24 ore su 24 per le donne che decidono di partorire a casa;**
- 2. Caseload: ogni ostetrica ha un numero predefinito di donne da seguire in un determinato periodo (annualmente); la stessa ostetrica segue le donne (36-40) durante tutto il percorso nascita. In questo modello due ostetriche condividono i casi;**
- 3. Shared caseload (casi condivisi tra ostetriche o tra ostetriche e altre figure come il medico di medicina generale) seppur ogni ostetrica ha un numero predefinito di donne da seguire, spesso per esigenze organizzative vengono condivise con altre colleghe o con il medico di medicina generale**

caseload midwifery I

Questo modello è caratterizzato da una ostetrica che si assume la responsabilità della continuità dell'assistenza di un gruppo di donne (*caseload*) *attraverso gravidanza, parto e post-partum*. Il numero annuo di donne assistite come prima ostetrica va da 35 a 40, tuttavia ogni professionista è considerata “seconda” ostetrica per altrettante donne che hanno una collega come primo riferimento.

Questo meccanismo permette di garantire ai lavoratori i loro diritti di ferie e riposo; ma dà alla donna la possibilità di essere seguita da professionisti con cui ha già creato un legame (Hartz 2012).

caseload midwifery 2

Le ostetriche *caseload* sono dipendenti pubbliche a cui è garantito un salario annuo.

grande flessibilità
che contraddistingue la giornata lavorativa delle
ostetriche;

Ogni ostetrica è reperibile per le donne di cui è prima responsabile 24h/24 e 7g/7, a eccezione delle ferie e dei riposi settimanali previsti per cui un professionista può non essere né reperibile, né in servizio

La donna è lasciata libera di scegliere dove vuole partorire (casa propria o ospedale), ma, indipendentemente dalla scelta, la maggior parte del travaglio viene condotto a casa (per ridurre i rischi associati a un accesso prematuro in ospedale) e quindi l'ostetrica viene contattata telefonicamente quando la donna comincia ad avere le contrazioni.

caseload midwifery 3

Tabella 2.2 - Punti di forza e di debolezza del modello *caseload midwifery*

Punti di forza	Punti di debolezza
Autonomia professionale	Cambiamento culturale
Relazione con la persona assistita/famiglia	Sei sempre reperibile
Assistenza olistica	Riorganizzazione del servizio maternità
Competenze ampie	Necessità di tempo per sviluppare competenze
Flessibilità di orario	Flessibilità di orario
Relazione con le colleghe	Relazione con le colleghe
Continuità dell'assistenza	Rapporti con l'ospedale

Models of midwife-led care

Team midwifery

Aim to provide continuity of care to a defined group of women through a team of midwives sharing a caseload, often called 'team' midwifery. Thus, a woman will receive her care from a number of midwives in the team, the size of which can vary.

Caseload midwifery

Aim to offer greater relationship continuity over time, by ensuring that a childbearing woman receives her ante, intra and postnatal care from one midwife or her/his practice partner.



A midwifery unit

A midwifery unit or birth centre is a maternity unit that offers a social model of care, where birth is viewed primarily as a physiological event

A midwifery unit is managed by a midwife and staffed by midwives and maternity support workers. Guidance for running the unit, including eligibility Criteria and clinical protocols, are often developed collaboratively by a multi-disciplinary group led by the lead midwife.

Midwifery units are situated

- either 'alongside' a labour ward or delivery suite in an obstetric unit (hospital),
- or 'freestanding' in a community setting, usually some distance from an obstetric unit.

Both types of midwifery units are run by experienced midwives, who try to make the birthing environment homely and tranquil.

- Working in a midwifery unit can initially be **emotionally distressing for a midwife**.
- **First**, it may require de-learning of a medical approach to birth, and **second**, it requires a revitalising (and relearning) of birth care based on the promotion of physiological birth. Midwifery, particularly in FMUs, does require an **especially careful assessment of the labouring process**, the ability to be foresighted, and **capability in emergencies**. Practising in midwifery units is also associated with the experience of “the art of midwifery” and enables revitalisation of the midwifery philosophy.

Freestanding midwifery units (FMUs)

are situated on a separate site from obstetric services;

they may be an independent building or on the site of a community hospital. FMUs provide care and support to women who are well and unlikely to have complications (**low-risk**). Low risk women booking care at an FMU frequently use a birth pool during labour and have less medical intervention than low risk women booking care in an obstetric unit. If a woman transfers to the obstetric unit during labour she will usually travel by ambulance .

Alongside unit

Alongside midwifery units (AMUs) are usually situated **within a hospital** that provides obstetric care, close to the delivery (birthing) suite, or labour ward. Sometimes they are on the same site, but in a different building. AMUs provide care and support to women who are well and unlikely to have complications (**low-risk**), they are close to medical facilities and personnel should the woman need them. If a woman transfers to the obstetric unit during labour she might walk, go by a wheelchair, bed or trolley.

Chocrane

Midwife-led continuity models of care compared with other models of care for women during pregnancy, birth and early parenting

We included 15 trials involving 17,674 women.

- **Published:**
- 28 April 2016
- **Authors:**
- Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D
- **Primary Review Group:**
- [Pregnancy and Childbirth Group](#)

- minor parto analgesia
- Minor parti operativi vaginali
- parti spontanei
- Minor episiotomia
- Minor aminitomia
- Maggior soddisfazione

BMJ JOURNAL

Freestanding midwifery unit versus obstetric unit: a matched cohort study of outcomes in low-risk women

Charlotte Overgaard¹,
Anna Margrethe Møller²,
Morten Fenger-Grøn^{3,4},
Lisbeth B Knudsen¹,
Jane Sandall⁵

Conclusion Comparing FMU and OU groups, there was no increase in perinatal morbidity, but there were significantly reduced incidences of maternal morbidity, birth interventions including caesarean section, and increased likelihood of spontaneous vaginal birth. FMU care may be considered as an adequate alternative to OU care for low-risk women. Pregnant prospective mothers should be given an informed choice of place of birth, including information on transfer.

COSTING STATEMENT: INTRAPARTUM CARE: CARE OF HEALTHY WOMEN AND THEIR BABIES DURING CHILDBIRTH IMPLEMENTING

2014 update 2017

the NICE guideline on intrapartum care .

- provide a model of care that supports one-to-one care in labour for all women **and** benchmark services and identify overstaffing or understaffing by using workforce planning models and/or woman-to-midwife ratios.

Some freestanding midwifery units may be operated on a model whereby they could be closed when no women are in labour and opened when needed, thus minimising running costs and ensuring that staffing always matches demand.

When designing services, commissioners should consider that one-to-one care can be provided by midwives supported by auxiliary staff in obstetric and midwifery units. However, for a home birth 1 midwife is needed throughout labour and 2 midwives need to be present for the birth

COSTING STATEMENT: INTRAPARTUM CARE: CARE OF HEALTHY WOMEN AND THEIR BABIES DURING CHILDBIRTH IMPLEMENTING THE NICE GUIDELINE ON INTRAPARTUM CARE .

2014 update 2017

A key factor in providing continuity and one-to-one care for women throughout labour and birth is the availability of midwives. **The exact number of midwives needed by any individual maternity** service will depend on a variety of factors, including the type of cases and maternal characteristics, the flexibility with which midwives are deployed and the availability of other healthcare staff, such as maternity support workers

A flexible model of care is required where community midwives **may need to be on-call to ensure** that staffing levels are adequate for the estimated number of births in each birth setting.

SAFE MIDWIFERY STAFFING FOR MATERNITY SETTINGS (NG4)

NICE guideline Published: 27 February 2015
nice.org.uk/guidance/ng4

- **On-call staff** .**Staff** who are available to work at short notice during the period of time that they are not rostered to work or off duty. The on-call arrangements should be locally agreed and should not deplete other areas of care.
- **Temporary staff** Local bank or agency staff.

Potential areas for additional costs locally are:

- training for staff who may move from 1 type of birth unit to another if services are reorganised
- promoting midwifery units and education for women about their choice of place of birth
- additional staff resource requirements in order to provide one-to-one care for women in labour
- capital cost of refurbishment of existing estate or, if required, identification of buildings or land for new midwifery units
- resource requirements for ambulance transfer services.

Potential areas for savings locally are:

- efficiency savings because of more appropriate use of maternity staff resources and increased occupancy rates in midwifery units
- reduction in maternity pathway payments for the delivery phase at the payment level that includes complications or comorbidities
- reduction in insurance premiums for litigation and maternity claims.

**Conclusion: Costing statement: Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth
Implementing the NICE guideline on intrapartum care**

FIGURE 1: SYSTEMATIC PROCESS TO CALCULATE THE MIDWIFERY STAFFING ESTABLISHMENT

Safe midwifery staffing for maternity settings

- [Nuovo Documento di Microsoft Office Word.docx](#)

LINEE DI INDIRIZZO PER LA DEFINIZIONE E L'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA IN AUTONOMIA DA PARTE DELLE OSTETRICHE ALLE GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO OSTETRICO (BRO)

L'Accordo siglato il 16-12-2010, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento concernente *«Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo»* ha dato l'avvio, nel nostro Paese, ad una opportuna riorganizzazione della rete dei Punti nascita.

Pur non potendosi definire concluso, il processo di riorganizzazione della rete dei PN, che ha subito una accelerazione anche grazie al DM 70/2015 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera), è una realtà concreta, che vede l'impegno delle Istituzioni regionali e locali e dei professionisti, consapevoli della necessità di implementare opportune strategie organizzative per garantire livelli di qualità e sicurezza del percorso nascita sempre più elevati, anche al fine di migliorare la percezione e la soddisfazione delle donne. In tal senso, il ruolo dell'Ostetrica appare centrale.

LINEE DI INDIRIZZO PER LA DEFINIZIONE E L'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA IN AUTONOMIA DA PARTE DELLE OSTETRICHE ALLE GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO OSTETRICO (BRO)

la gravidanza e il parto a basso rischio siano gestiti in autonomia da personale ostetrico anche per quanto concerne l'assistenza al neonato.

- Aree BRO funzionalmente collegate e adiacenti alla U.O. di Ostetricia e Ginecologia ma con separazione fisica: i cosiddetti centri nascita “*alongside*”, ossia aree collocate nello stesso edificio dell'Unità Operativa (UO) di ostetricia o adiacenti e direttamente collegati ad esso. Questo modello avanzato di autonomia ostetrica non è frequente in Italia, al contrario vi sono numerose esperienze a livello europeo e internazionale.

- Gestione autonoma BRO all'interno della U.O. di Ostetricia e Ginecologia sulla base di protocolli e griglie di definizione del rischio condivise. Questo modello è più rappresentato nel nostro Paese.

LINEE DI INDIRIZZO PER LA DEFINIZIONE E L'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA IN AUTONOMIA DA PARTE DELLE OSTETRICHE ALLE GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO OSTETRICO (BRO)

- **Collocazione delle Aree funzionali BRO:**
 - **Percorsi assistenziali territorio-ospedale:**
 - **Aggiornamento interdisciplinare:**
- **Rivalutazione del rischio:**
- **Protocolli per screening neonatali e problematiche cliniche:**
- **Esperienza e competenza dell'ostetrica:**
 - **Protocolli e check list:**

LINEE DI INDIRIZZO PER LA DEFINIZIONE E L'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA IN AUTONOMIA DA PARTE DELLE OSTETRICHE ALLE GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO OSTETRICO (BRO)

le Aziende Sanitarie devono definire i livelli di responsabilità e di autonomia delle ostetriche e adottare sistemi di monitoraggio annuale dei volumi di attività delle ostetriche, sia all'interno delle Aree funzionali BRO, che nella gestione autonoma delle gravidanze BRO, al fine di verificare il mantenimento della necessaria expertise;

➤ **Indicatori:**

➤ **Audit clinici:** 1

La ricerca degli indicatori

- Di primo livello
- Secondo livello o proxy
- Pne

**GPG/2017/1462 DEL 14/09/2017 PIANO
SOCIALE E SANITARIO 2017-2019.**

**APPROVAZIONE DELLE
SCHEDE ATTUATIVE**

**◦ D'INTERVENTO E DI
INDIRIZZI PER
L'ELABORAZIONE DEI
PIANI DI ZONA
DISTRETTUALI PER
LA SALUTE E IL
BENESSERE SOCIALE**

INTERVENTO	AREE TRASVERSALI DI RIFERIMENTO	DESTINATARI	INDICATORI
<p><i>15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servizi</i></p>	<p>B</p>	<p>Donne e coppie in preconcezione e gravidanza, bambini 0/3 anni ed i loro genitori con attenzione a particolari vulnerabilità</p>	<p>1. sperimentare un progetto integrato tra servizi sociali, sanitari ed educativi nei primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie, almeno in ogni ambito di CTSS; 2. <u>N. utenti per visite/consulenze in puerperio /totale donne che hanno partorito nell'anno;</u> 3. <u>tassi allattamento materno a 3 e 6 mesi;</u> 4. <u>N. donne per cui è richiesta una valutazione complessa /totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse</u></p>

INDICATORI

16. Sostegno alla genitorialità

B

Famiglie con figli piccoli, adolescenti, giovani adulti con attenzione a particolari vulnerabilità

1. attività formative regionali per operatori dei Centri per le famiglie a supporto della loro attività e in relazione a problematiche familiari emergenti;
2. evidenza di attività annuali svolte dai centri per le famiglie, con particolare riferimento a quelle dell'area sostegno alle competenze genitoriali (quali attività di consulenza, counselling di coppia e genitoriale, Mediazione familiare, ecc.) e all'area dello sviluppo delle risorse familiari e comunitarie (quali gruppi di auto-aiuto, gruppi di famiglie-risorsa e reti di famiglie, ecc.);
3. attività di rete dei Consultori familiari a sostegno alla genitorialità, con particolare riferimento a evidenza di progetti integrati tra consultori, centri per le famiglie, servizi educativi, sociali e associazioni

			INDICATORI
<p><i>18. Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità</i></p>	<p>B</p>	<p>Donne, uomini e coppie di età 20-34 anni</p>	<p>realizzazione di <u>almeno un progetto di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità in ogni realtà aziendale</u>;</p> <p>2. <u>progettazione di una campagna informativa per la cittadinanza sulla tutela della fertilità maschile e femminile</u>;</p> <p>3. <u>apertura di almeno uno spazio giovani adulti per distretto</u>;</p> <p>4. <u>% di utenti 20-34 anni/utenti totale dei CF.</u></p>

INDICATORI

31.
Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti

E

Madri e padri in attesa e neogenitori, neonati

1. evidenza dei documenti di riorganizzazione della rete dei punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati in ogni ambito di CTSS;
2. % ricoveri per parto in punti nascita < 1000 parti/anno;
3. % parti cesarei nella classe I di Robson;
4. % di donne con basso titolo di studio che effettuano la prima visita tardiva (\geq 12^a settimana di gestazione o non effettuata);
5. % allattamento completo a 3 mesi e a 5 mesi;
6. % di donne che eseguono almeno una visita in consultorio nel post parto.

CONFERENZA UNIFICATA STATO-REGIONI E STATO-CITTA' ED AUTONOMIE LOCALI (EX ART. 8 DEL DECRETO LEGISLATIVO 28 AGOSTO 1997, N. 281)
ACCORDO 16 dicembre 2010 (Fazio)

- Si raccomanda fino a 1000 parti/anno almeno 2 ostetriche per turno;
- Si raccomanda fino a 1500 parti/anno almeno 3 ostetriche per turno;
- 4 fino a 2000 parti/anno
- 5 oltre i 2000 parti/anno, con incremento di 1 ostetrica ogni 750 parti in più

Fabbisogno assistenziale

norma	Reparti di base	Media intensità	Terapie intensive
Minuti di assistenza giornaliera per paziente			
DPR 128/69	120'		420'
DEL. CIPE 81/84	70'-90'	200'-240	500'-600'
Dm 13/9/1988	123'	186'-256'-349'	698'
Dpr 14/1/97	120'	180'-240'-300'	600'
Nuovo modello*	129' -140' oss 56'-60	186-547' oss 80'-248'	619'-903 75'-308'

*METODOLOGIA DI VALUTAZIONE DEI PIANI DI FABBISOGNO DEL PERSONALE
elaborato dal Ministero della salute come previsto dalla legge 208/2015

DM N.70/2015

LEGGE 16/ 2018 TEMPO LAVORO

**SONO IN CORSO APPROFONDIMENTI PER
OSTETRICHE**

FABBISOGNO ASSISTENZIALE (NUMERO DI OPERATORI)

U.O. Medicina di Base

10.403 giornate annue di degenza

standard 120' di assistenza per degente nelle 24
ore

Calcoliamo:

1. Calcolo fabbisogno assistenziale annuo
2. Calcolo fabbisogno assistenziale giornaliero e settimanale
3. Calcolo dotazione operatori necessari

Fabbisogno annuale

$$10.403 \times 120' = 1.248.360$$

Tot giorni di deg. Minuti ass. previsti minuti ass. annui

$$1.248.360 : 60' = \mathbf{20.806}$$

Fabbisogno
annuale

Fabbisogno giornaliero e settimanale

$$\mathbf{20.806 \text{ h}} : 365 \text{ g} = 57 \text{ h}$$

fabbisogno giornaliero

$$57 \text{ h} \times 7 \text{ gg} = 399 \text{ h}$$

fabbisogno settimanale

Calcolo dotazione operatori necessari

$$399 \text{ h} : 36 \text{ h} = 11,08 \text{ N}^\circ \text{ operatori in turno (organico di base)}$$

orario settimanale

$$20.806 \text{ h} : 1500 \text{ h} = 13,87 \text{ N}^\circ \text{ operatori U.O (organico complessivo)}$$

totale ore operatore anno

STUDIO IRCCS Ca Granda

Ospedale Maggiore Policlinico Milano

I modelli di
calcolo del
carico di
lavoro:

Minutaggio per
livello di
dipendenza,
prestazioni da
erogare,
pianificazione
assistenza

- Dal 2000:
presupposto totalmente
differente diverso:
Quello sugli esiti dei
pazienti

FABBISOGNO ASSISTENZIALE (NUMERO DI OPERATORI)

STUDIO IRCCS Ca
Granda
Ospedale Maggiore Policlinico Milano

Applicare la nuova metodologia per la definizione del fabbisogno di personale

- ostetriche contabilizzate come infermieri
- Nido separato dalla degenza ostetrica

Quindi molto lontano dalle organizzazioni con rooming in (aggregazione dell'assistenza a carico delle ostetriche)

CONCLUSIONI

Gli standard del ministero non consentono di arrivare al livello di staffing previsto dagli studi

STANDARD

- Quando il rapporto tra infermieri e pazienti è maggiore di 1/6 aumentano esiti negativi (mortalità a 30gg, errori di terapia, lesioni da pressione e riduzione della soddisfazione), le attività previste e non svolte e il burn out del personale .

Aggiungendo un pz aumenta: del 23% le cure mancate e del 6% la mortalità.

**STUDIO IRCCS Ca Granda
Ospedale Maggiore Policlinico Milano**

**INTESA, AI SENSI DELL'ARTICOLO 8, COMMA 6, DELLA
LEGGE
5 GIUGNO 2003, N. 131, TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E
LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO
CONCERNENTE
IL PATTO PER LA SALUTE PER GLI ANNI 2019-2021**

- **Scheda 3**

Risorse umane

Si conviene:

- al fine di dare attuazione a quanto previsto dall'ultimo periodo dell'articolo 11 comma 1 del decreto legge n. 35/2019 il Ministero della salute previa informativa sindacale propone la metodologia per la valutazione del fabbisogno del personale ospedaliero già approvata e testata con le regioni ed avvia, altresì, il processo di valutazione della metodologia del fabbisogno del personale dei servizi assistenziali territoriali.

Il comma 1 del decreto legge n. 35/2019

- Dall'anno 2021, il predetto incremento di spesa

del 5 per cento e' subordinato all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, in coerenza con quanto stabilito dal decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, e con l'articolo 1, comma 516, lettera c), della legge 30 dicembre 2018, n. 145.

**I, comma 516, lettera c), della legge
30 dicembre 2018, n. 145.**

- La valutazione dei fabbisogni del personale del servizio sanitario nazionale e dei riflessi sulla programmazione della formazione di base e specialistica e sulle necessità assunzionali, ivi comprendendo l'aggiornamento del parametro di riferimento relativo al personale

**INTESA, AI SENSI DELL'ARTICOLO 8, COMMA 6, DELLA
LEGGE**

**5 GIUGNO 2003, N. 131, TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E
LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO
CONCERNENTE**

IL PATTO PER LA SALUTE PER GLI ANNI 2019-2021

- la valorizzazione e lo sviluppo delle relative competenze professionali delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, nonché del servizio sociale tenendo conto dei livelli della formazione acquisita nell'ambito di quanto previsto nei CCNL di settore relativamente al conferimento degli incarichi professionali senza nuovi e maggiori oneri per la finanza pubblica;

- **Scheda 3**

Risorse umane

Si conviene:

LEGGE 8 MARZO 2017, N. 24

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

- 1. La sicurezza delle cure e' parte costitutiva del diritto alla salute ed e' perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività'.
- 2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività' finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzati

PROTEGGERE L'ALLATTAMENTO: UNA RESPONSABILITÀ DA CONDIVIDERE



- Il tema della SAM2021 rientra nella seconda area degli Obiettivi di sviluppo sostenibile (Agenda 2030) e ci ricorda che l'allattamento è determinante per la sopravvivenza, per la salute e per il benessere delle donne, dei bambini e delle nazioni, e che è imprescindibile proteggerlo in tutto il mondo.



**COSA ABBIAMO NOI
AD OGGI
IMPLEMENTATO?**

IL PARTO A DOMICILIO

Legge Regionale n.26/1998.

Delibera di Giunta Regionale n.10/1999.

Delibera di Giunta Regionale n.983/2010

Circolare n.12/2010 sul “Rimborso per il parto in ambiente extra-ospedaliero” (DGR n.983/10) rettifica.

sospeso



IL PARTO A DOMICILIO

Il parto a domicilio è possibile solo nei casi di gravidanza considerata a basso rischio.

Nelle Aziende Usl che hanno attivato l'assistenza al parto a domicilio, la donna che desidera partorire nella propria abitazione deve rivolgersi al responsabile aziendale del progetto" parto a domicilio , che le comunicherà tutti i nomi, recapiti, orari, degli operatori e strutture sanitarie che le offriranno l'assistenza necessaria.

La donna che decidesse di partorire a casa propria, senza usufruire dell'assistenza gratuita offerta dall'Azienda Usl, può avere un rimborso delle spese sostenute. La richiesta deve essere fatta alla propria Azienda Usl di residenza entro l'8° mese di gravidanza

Ausl Parma 2017 sospeso



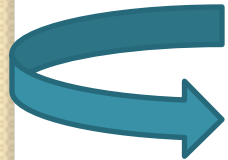
triage

- Triage
- Presa in carico
- Gravidanza a termine
- Basso rischio in travaglio

L'evoluzione Il triage telefonico

Jiwa et al (2003) :

- in grado di ridurre la domanda di appuntamenti faccia a faccia fino al 39%.



RIDUCENDO carico di lavoro, migliorando l'accesso e la soddisfazione per il servizio.

- Triage telefonico in “Maternity Care” all'interno di Forth Valley

:

Delle 232 donne che hanno chiamato il servizio triage: 167 (72%) delle chiamate relativi ai sintomi.

Un totale di 32 chiamate (19,2%) relativi al travaglio e 42 chiamate (25,1%) erano per altre ragioni, che variavano da vomito, ansia, vertigini, gonfiore e eruzione cutanea

A proposito di triage

- ◉ **DPR 27/92** atti di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza
Le funzioni di triage per l'emergenza urgenza sono state attribuite a personale infermieristico Prima della 42/99
- ◉ **DM 740/1994 Art. 1 comma 3**
*L'ostetrica nel rispetto dell'etica professionale gestisce, come **membro dell'equipe sanitaria**, l'intervento di propria competenza*
- ◉ **DM 740/1994 Art. 1 comma 5:**” *è in grado di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono l'intervento medico*

Accordo Ministero della Salute e Regioni- 2001

- ***eseguito da un infermiere***
- ***l'infermiere deve sempre essere presente in PS*** (in relazione al n° di accessi) per effettuare il triage
- ***valuta sulla base di segni e sintomi*** con supervisione del medico in servizio

D.M. 740/1994

**«Profilo professionale
dell'Ostetrica/o»**

«l'Ostetrica è in grado di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono l'intervento del medico e di praticare ove occorra le relative misure di particolare emergenza»



A proposito di triage

E l'ostetrica.....?

- **DM 740/1994 Art. 1 comma 3**

*L'ostetrica nel rispetto dell'etica professionale gestisce, come **membro dell'equipe sanitaria**, l'intervento di propria competenza*

- **D.Lgs novembre 2007 art,48** Attuazione direttiva CEE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali *“**Individuare ... anomalie che richiedono il medico Sorvegliare lo stato del feto nell'utero con i mezzi clinici e tecnici appropriati**”*

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

26 LUGLIO 2010, N. 1184

Regione Emilia-Romagna

Approvazione documento triage informatico in Pronto Soccorso..... approvare il documento: “Linee guida per la corretta effettuazione del triage nei Pronto Soccorso dell’Emilia-Romagna”, allegato alla presente deliberazione quale sua parte integrante e sostanziale;

- [GPG 2010 1297_ALL.pdf](#)
f

I Servizi debbono dotarsi di opportuni strumenti per la definizione dei percorsi assistenziali e gestionali (es. percorsi brevi o accessi diretti) che fungano da riferimento per l’attività di Triage.

SOLO ACCETTAZIONE

**KEEP
CALM**

DON'T WORRY

- SISTEMA DI INDIVIDUAZIONE DI PRIORITÀ
- EVITARE DISCUSSIONI ALLA PORTA
- DESCRIVERE LE ATTIVITÀ CON ARCHIVIAZIONE INFOMATICA DEGLI ACCESSI E DEI REFERTI

IL MODELLO OPERATIVO (priorità)

Il sistema **Spot Check** (“*controllo saltuario*”) si caratterizza per

non avere un operatore infermiere dedicato alla funzione di triage. Si tratta del sistema applicabile nelle piccole strutture *con ridotto numero di operatori* 24 ore al giorno. La necessità di accogliere, valutare e assegnare la priorità di accesso alle cure per i pazienti che afferiscono non è continuativa.

l’Infermiere che opera in Pronto Soccorso *svolga la funzione di triage solo quando necessario o a chiamata dell’utente.*

Il sistema **Globale**

sostanzialmente si applica a tutte le altre strutture di Pronto Soccorso medio grande e contempla la presenza (*anche per fasce orarie*) di almeno un Infermiere dedicato allo svolgimento

della funzione di Triage

es. percorsi brevi o accessi diretti

Il rischio ostetrico

- Primo livello → basso rischio
- Secondo e terzo livello → rischio medio o elevato

Sulla base di ciò:

- ✓ si imposterà un adeguato piano di assistenza,
- ✓ si richiederà o meno la collaborazione di specialisti,
- ✓ si individuerà un luogo idoneo per l'espletamento del parto

Livelli di Assistenza sulla base del BISOGNO RILEVATO

...dal sistema binario al sistema quaternario

<p>A.B.O.</p> <p>Data..... firma</p> <p>La condizione di assenza di fattori di rischio clinico identifica le gravidanze e cui fornire :</p> <p>ASSISTENZA DI BASE OSTETRICA</p>	<p>A.B.O.M</p> <p>Data..... firma</p> <p>Condizioni in cui è presente un fattore di rischio contenuto o di cui si prevede la risoluzione, per le quali è possibile elaborare protocolli di equipe che consentono di mantenere la conduzione clinica dell'ostetrica</p> <p>ASSISTENZA DI BASE MODIFICATA</p>	<p>A.G.I.</p> <p>Data..... Firma</p> <p>Il fattore di rischio non è modificabile o consiglia di integrare l'assistenza di base con monitoraggi più frequenti o approfonditi la conduzione clinica sarà affidata al ginecologo, mantenendo però il contributo dell'ostetrica su obiettivi di sua competenza</p> <p>ASSISTENZA GINECOLOGICA INTEGRATIVA</p>	<p>A.G.I.M.</p> <p>Data..... Firma</p> <p>Se i fattori di rischio sono complessi e richiedono valutazioni multidimensionali interservizi o multidisciplinari, saranno formulati piani personalizzati, il raccordo dei quali e le decisioni cliniche che comportano sono condotti dal medico</p> <p>ASSISTENZA GINECOLOGICA INTEGRATIVA MODIFICATA</p>
---	---	---	---

In gravidanza

Fine 2018 rischio binario

Gestione autonoma BRO protocolli, schede rischio

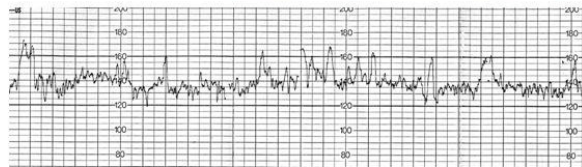


Controllo benessere fetale in
travaglio

Ascoltazione intermittente
(ogni 15' stadio 1, 5' stadio 2)



Cardiotocografia



Accoglienza neonatale



ROOMING IN

Organizzazione ospedaliera per cui il neonato, subito dopo il parto, viene tenuto nella stessa camera della madre anziché in una stanza in comune con gli altri neonati.



DIMISSIONE APPROPRIATA

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitarie Locali di Parma

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Università di Parma

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Università di Parma

Dipartimento Materno-Infantile
Unità Operativa Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale

PROGETTO DIMISSIONE APPROPRIATA

Il sottoscritto Dr./Dr.ssa _____

Pediatra di Libera Scelta, convenzionato presso il Distretto _____

dichiara

la propria disponibilità ad assistere il/la bimbo/a _____

ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale n. 272/00 e dell'Accordo Locale 2002-2003.

Il Pediatra

Per eventuali comunicazioni da parte del Neonatologo:



Telefono _____



Cellulare _____



e-mail _____



Fax _____

Parma, _____

Cari genitori,

Vi informiamo che per favorire il ritorno a casa dopo il parto, è stato predisposto un programma di controlli domiciliari per chi è residente in provincia di Parma.

Il giorno della dimissione dall'ospedale il vostro nominativo ed indirizzo verrà comunicato ai servizi territoriali e successivamente l'ostetrica incaricata vi telefonerà per concordare una visita domiciliare che verrà effettuata entro le 48 ore dalla dimissione.

Durante questo controllo verranno valutate le condizioni della madre e del neonato; l'ostetrica provvederà ad eseguire lo screening neonatale se non è già stato eseguito in Nursery durante la degenza.

Ricordatevi inoltre di avvisare il vostro pediatra dell'avvenuto parto, al fine di poter usufruire della prevista visita specialistica entro 72 ore dalla dimissione.

Se preferite non usufruire di questo servizio, è sufficiente che avvisiate l'Infermiera o il medico della Nursery di non comunicare il vostro nominativo ai servizi territoriali.

Firma Accetto _____

Non accetto _____

Dipartimento Materno-Infantile - Unità Operativa Neonatologia
& Terapia Intensiva Neonatale
Via Gramsci, 14 - 43100 Parma
T. +39 0521 702226 - 702440
F. +39 0521 702794

Azienda Ospedaliero-Università di Parma
Via Gramsci, 14 - 43100 Parma
T. +39 0521 702111 - 702111
Parma fax 0167404042

- 
- **Rotazione del personale**
 - **Piano formativo annuale**

CLINICAL COMPETENCE

- Acc
- Sp

- Puerp
- Centro nascita

CASE DI MATERNITÀ

LEGGE REGIONALE 11 agosto 1998, n.
26#LR-ER-1998-26# NORME PER IL PARTO
NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE, NELLE
CASE DI MATERNITÀ E A DOMICILIO
Bollettino Ufficiale n. 104 del 14 agosto 1998

No pubblica



Il Primary Nursing

M. Manthey

è un sistema di erogazione dell'assistenza infermieristica fondato su quattro elementi costitutivi:

1. L'attribuzione e l'accettazione da parte di ciascun individuo della responsabilità personale nel prendere decisioni.
2. L'assegnazione dell'assistenza quotidiana secondo il metodo dei casi (case method).
3. La comunicazione diretta da persona a persona.
4. L'individuazione di una persona operativamente responsabile per la qualità dell'assistenza erogata ai pazienti di un reparto 24 ore al giorno, sette giorni alla settimana.

RESPONSABILITÀ6 (responsibility): chiara e specifica assegnazione

dei doveri professionali. La responsabilità è garantita quando si è in presenza di un'assegnazione e della sua accettazione (quando si è infermiere primario) , nonché dell'assunzione del proprio ruolo anche esecutivo (quando si è infermiere associato).

AUTORITÀ7 (authority): il diritto/la libertà di operare negli ambiti in cui è stata conferita e si è accettata una responsabilità. I livelli di autorità debbono essere chiaramente definiti e dipendono dall'ambito della situazione (un problema da risolvere) e dalle competenze dell'individuo.

Il grado di autorità viene definito dalla domanda: “Dispongo delle conoscenze e delle capacità necessarie a prendere la decisione o a fare l'azione della quale ho assunto la responsabilità?”

AFFIDABILITÀ (accountability^{8,9}): l'obbligo di rispondere delle proprie responsabilità "di rendere conto del proprio operato", valutando i risultati delle proprie decisioni ed azioni in vista di un adeguamento degli sforzi futuri.

Viene definito dalle domande: "Ho fatto quello che avevo promesso di fare? Con quale risultato? Cosa ho imparato? Quale verifica è necessaria?" Ogni singolo infermiere è eticamente e legalmente tenuto a rispondere delle azioni compiute nell'esercizio della propria pratica.

APPROCCIO DECISIONALE DECENTRATO⁵: le decisioni sull'assistenza vengono prese dall'infermiera che si assume la responsabilità del singolo caso, cioè cosa, come e perché fare un dato intervento viene definito non dall'organizzazione, dalla routine o da piani standard ma scaturisce dalla valutazione dell'infermiera PN che entra in relazione con la persona a lei affidata.

CONFERENZA UNIFICATA STATO-REGIONI E STATO-CITTA' ED AUTONOMIE LOCALI (EX ART. 8 DEL DECRETO LEGISLATIVO 28 AGOSTO 1997, N. 281)

ACCORDO 16 dicembre 2010 (Fazio)

- Si raccomanda fino a 1000 parti/anno almeno 2 ostetriche per turno;
- Si raccomanda fino a 1500 parti/anno almeno 3 ostetriche per turno;
- 4 fino a 2000 parti/anno
- 5 oltre i 2000 parti/anno, con incremento di 1 ostetrica ogni 750 parti in più

**ESCLUSO IL TURNO NOTTURNO
DALLE
22.00 ALLE 7.00**