

COMARE, MAMMANA, LEVATRICE, OSTETRICA

RUOLO, FUNZIONI,
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO ALLA LUCE
DELLA LEGISLAZIONE ATTUALE

1

**Laurea Specialistica in Scienze
Infermieristiche e Ostetriche**



UN Po' DI NOMENCLATURA

○ PERCOSO NASCITA



○ PUNTO NASCITA



○ CENTRO NASCITA

Per il nuovo nato è obbligatoria l'iscrizione nel registro comunale dello stato civile


Dichiarazione di nascita

Chi fa la dichiarazione: uno dei genitori; persona con procura speciale di uno dei genitori, medico, ostetrica o persona che ha assistito al parto.

Dove: ospedale o casa di cura in cui è avvenuta la nascita, Comune nel cui territorio è avvenuta la nascita, Comune di residenza dei genitori, se diverso da quello di nascita.

Come: La dichiarazione deve essere fatta: oralmente, senza bisogno di testimoni entro il termine di tre giorni dalla nascita, se fatta presso un ospedale o casa di cura, dieci giorni dalla nascita, se fatta presso un Comune.

LEGGE 43 2006



Per il nuovo nato è obbligatoria l'iscrizione
nel registro comunale dello stato civile

Dichiarazione di nascita

Chi fa la dichiarazione: uno dei genitori; persona con procura speciale di uno dei genitori, medico, ostetrica o persona che ha assistito al parto.

Dove: ospedale o casa di cura in cui è avvenuta la nascita, Comune nel cui territorio è avvenuta la nascita, Comune di residenza dei genitori, se diverso da quello di nascita.

Come: La dichiarazione deve essere fatta: oralmente, senza bisogno di testimoni entro il termine di tre giorni dalla nascita, se fatta presso un ospedale o casa di cura, dieci giorni dalla nascita, se fatta presso un Comune.



LE POLITICHE SANITARIE

Leg.RER N° 26/98

24/04/2000 Adozione Piano obiettivo materno infantile relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998

2003-2005 Piano Sanitario nazionale

2007 LINEE DI INDIRIZZO PER L'ASSISTENZA OSTETRICA ALLA GRAVIDANZA, AL PARTO E AL PUERPERIO. RER

2008 DRG 533 RER

06/03/2008 RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE MORTE MATERNA o malattia grave correlata al travaglio e/o parto

2008 Linee di indirizzo per l'assistenza al travaglio e parto in ambiente extraospedaliero



LE POLITICHE SANITARIE

- Accordo ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "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 16 dicembre 2010

LE POLITICHE SANITARIE

- DECRETO 2 aprile 2015, n. 70

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. (15G00084)

- Accordo, ai sensi del punto 8.1 dell'Allegato 1 al decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, sul documento "Linee guida per la revisione delle reti cliniche - Le reti tempo dipendenti"

LE POLITICHE SANITARIE

il Comitato Percorso Nascita nazionale che coadiuva e supporta le Regioni nella costruzione della nuova rete dei PN sulla base dell'Accordo Stato-Regioni del 16-12-2010 e del DM 70/2015, ha elaborato il documento: *Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)* che promuove modelli assistenziali per la donna con gravidanza e travaglio/parto a basso rischio in grado di affiancarsi ai modelli tradizionali. L'obiettivo è quello di incoraggiare soluzioni organizzative che rispondano non solo a criteri di qualità e sicurezza ma garantiscano una maggiore continuità nell'assistenza al peri partum. Nel contempo, si vuole offrire alla donna, debitamente informata, la possibilità di scelta del setting assistenziale, ferma restando la valutazione clinica delle sue condizioni di salute e dello specifico rischio.



ADOZIONE PIANO OBIETTIVO MATERNO INFANTILE 24/04/2000

8

**relativo al Piano sanitario nazionale per il
triennio 1998**

ADOZIONE PIANO OBIETTIVO MATERNO INFANTILE RELATIVO AL PIANO SANITARIO NAZIONALE PER IL TRIENNIO 1998



05/07/2024

La tutela della salute in ambito materno infantile costituisce un impegno di valenza strategica dei sistemi sociosanitari per il riflesso che gli interventi di promozione della salute, di cura e riabilitazione in tale ambito hanno sulla qualità del benessere psico-fisico nella popolazione attuale e futura.....

.....è necessario individuare modelli organizzativi **dipartimentali dell'area materno infantile** capaci di **sinergizzare** le attività delle Aziende territoriali e ospedaliere....

.....il distretto diviene il bacino privilegiato per la pianificazione degli interventi in ambito territoriale e per la realizzazione del Piano Attuativo Locale.....necessità di integrare tutti gli interventi sanitari e sociali.

ADOZIONE PIANO OBIETTIVO MATERNO INFANTILE

OBIETTIVI AZIONI INDICATORI

- Percorso nascita
- Trasporto materno e neonatale
- Salute della donna in tutte le fasi della vita
- Consultori familiari
- Organizzazione dipartimentale dell'area materno infantile
- Requisiti e standard di fabbisogno assistenziale
Per unità operative di ostetricia e neonatologia



LA TUTELA DELLA SALUTE DELLA DONNA, DEI DIRITTI DELLA PARTORIENTE E DELLA SALUTE DEL NEONATO

costituiscono un impegno di valenza strategica dei sistemi socio-sanitari per il riflesso che gli interventi di promozione della salute, di cura e di riabilitazione in tale ambito, hanno sulla qualità del benessere psico-fisico nella popolazione generale attuale e futura.

IL PERCORSO NASCITA

Il "Percorso nascita" è un programma rivolto alle donne in gravidanza per accompagnarle dall'inizio della stessa fino ai primi mesi di vita del bambino o della bambina.

Garantisce assistenza ma anche sostegno ed ascolto alla donna e alla coppia.

Il "Percorso nascita" è un programma del Consultorio Familiare Pubblico, **in stretta integrazione con i reparti di Ostetricia e Ginecologia degli ospedali.**



SALUTE
PRECONCEZIONALE



GRAVIDANZA



PARTO



PARTO IN ANONIMATO



PUERPERIO



ALLATTAMENTO



ESENZIONI



COMITATO PERCORSO NASCITA



AZIONI REGIONALI



PROCREAZIONE
MEDICALMENTE ASSISTITA

MINISTERO DELLA SALUTE

SALUTE

DONNA

PERCORSO

NASCITA

<http://www.salute.gov.it/portale/donna/menuContenutoDonna.jsp?lingua=italiano&area=Salute%20donna&menu=nascita>

05/07/2021

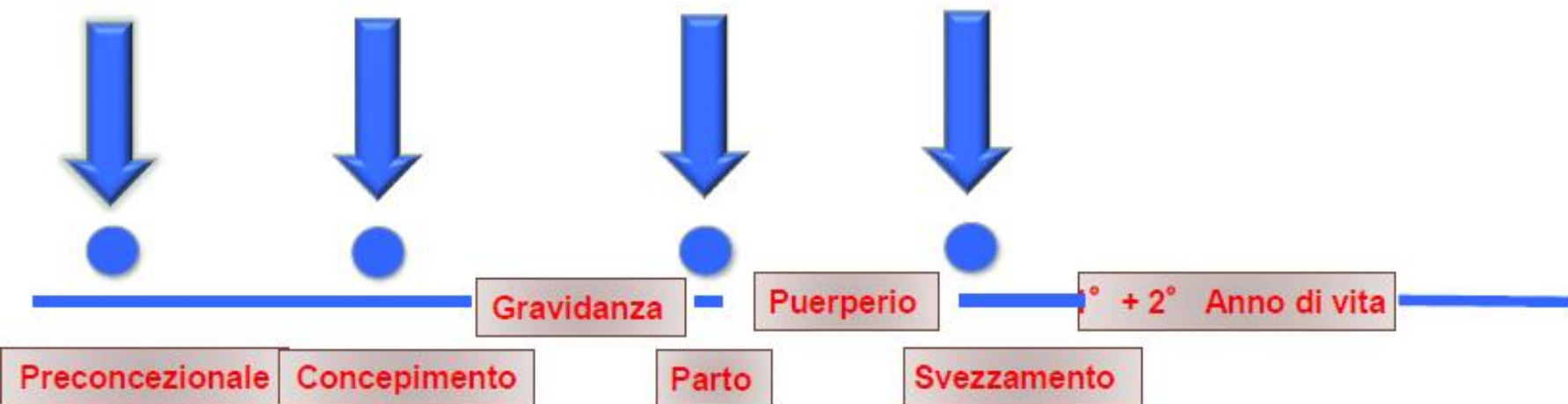
NASCERE IN ITALIA IL PERCORSO NASCITA

Il percorso nascita è il periodo che intercorre
dal momento della consapevolezza di una gravidanza al compimento del primo ciclo di vita del bambino che coincide convenzionalmente con il termine dei primi 1000 giorni, vale a dire con il terzo anno di età.

Focalizzare l'interesse del progetto sul percorso nascita (dalla gravidanza fino a pochi mesi dopo il parto) è sembrato il modo più appropriato per affrontare un sistema di fenomeni sui quali occorre intervenire ***con un approccio di tipo integrato***, mettendo in relazione i diversi momenti del percorso, gli attori che ne fanno parte, le modalità con cui i servizi sono regolamentati ed erogati, le criticità che vengono registrate e le ipotesi di intervento.

La nascita e il suo percorso assistenziale. Una visione complessiva

1000 Giorni



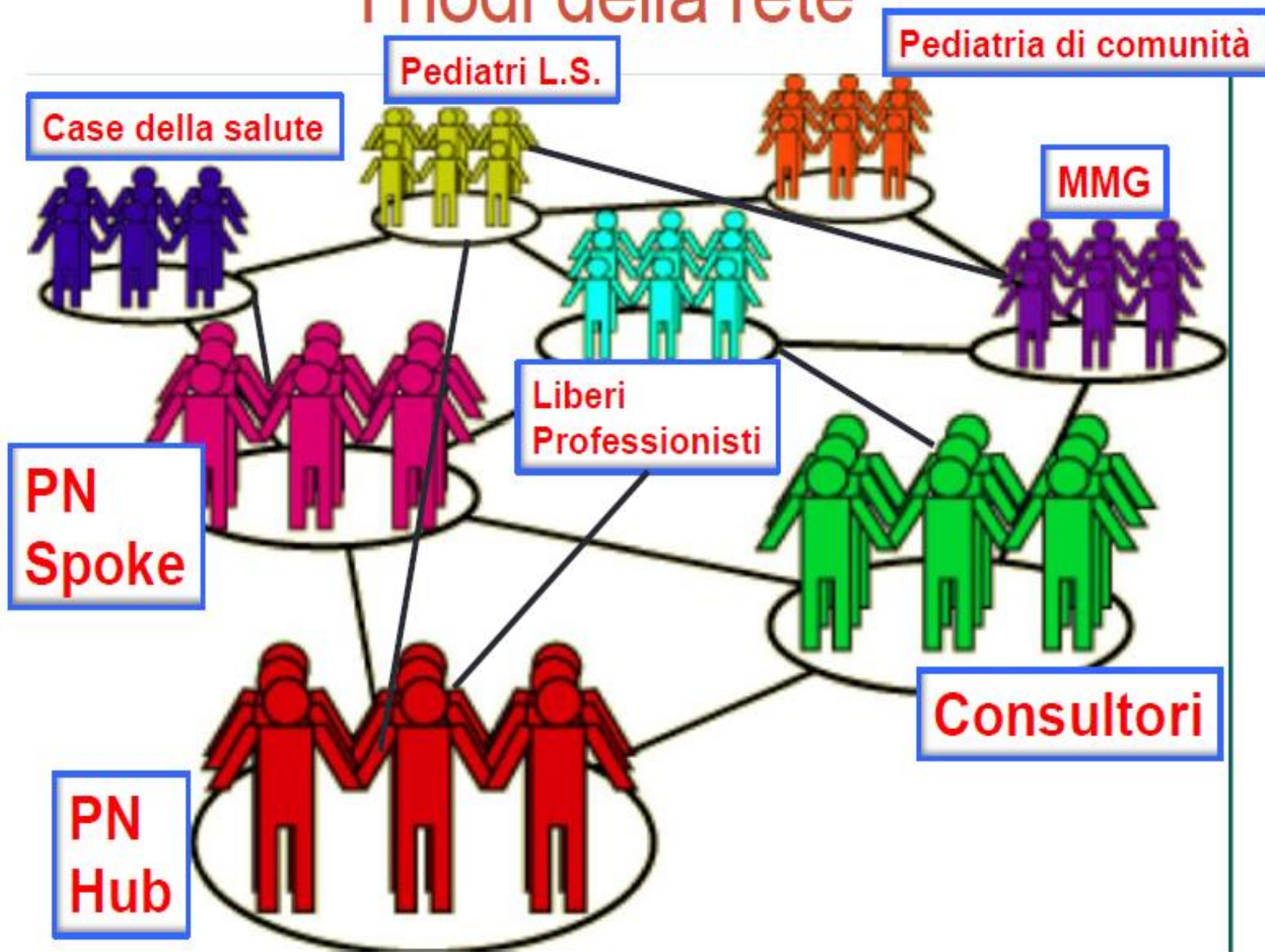
LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

- vista anche come omogeneita' dell'assistenza erogata,
- perseguendo *modelli di continuita' assistenziale che* consentano la distinzione tra gravidanza fisiologica e gravidanza a rischio.

INTEGRAZIONE

- Un sistema fortemente integrato (integrazione funzionale e cooperazione tra i vari livelli istituzionali, in ospedale come sul territorio, in ambito sanitario e sociosanitario) potrebbe essere supportato da un modello organizzativo di tipo dipartimentale mirante a garantire **unita', efficienza e coerenza negli interventi dell'area materno infantile sinergizzando le attività territoriali e ospedaliere e valorizzando le interdipendenze esistenti fra le strutture operative.**

I nodi della rete



Livelli assistenziali POMI

III livello
(cure intensive e diagnostica complessa)

II Livello
(cure specialistiche e diagnostica ambulatoriali)

I Livello
(promozione della salute → **Popolazione sana**)



2003-2005 PIANO SANITARIO NAZIONALE

Premesso che il POMI del PSN 1998-2000 ancora non ha avuto piena applicazione, ma mantiene la sua validità.....

Obiettivi strategici.....

- Programmi di protezione della maternità e migliorare l'assistenza ostetrica e pediatrico neonatologica
- Educare alla salute (abusi, maltrattamenti, malattie sessualmente trasmesse, alcol, fumo, tossicodipendenza)
- Ridurre tagli cesarei al 20%
- Ottimizzare il numero dei punti nascita
- Campagne informative per le gestanti
- Riqualfica dei consultori



2007 LINEE DI INDIRIZZO PER L'ASSISTENZA OSTETRICA ALLA GRAVIDANZA, AL PARTO E AL PUERPERIO. RER

- **La definizione del ruolo e delle responsabilità dei professionisti coinvolti nell'assistenza al percorso nascita, deve necessariamente partire dalla centralità della donna, e della sua famiglia; quest'ultima rappresenta il supporto che quella donna ha a disposizione per la sua vita.**
- **Queste linee di indirizzo hanno lo scopo di ridefinire il ruolo professionale dell'ostetrica/o ed il suo rapporto di collaborazione con gli altri professionisti che assistono la nascita, per personalizzare i percorsi assistenziali e mirare alla salute complessiva della donna, del bambino e della loro famiglia.**
- **Ogni equipe di assistenza ostetrica deve elaborare propri protocolli condivisi, sia per il percorso della fisiologia che per quello della gravidanza a rischio. Occorre inoltre prevedere collaborazione ed integrazione con i servizi sociali e sanitari.**



2007 LINEE DI INDIRIZZO PER L'ASSISTENZA OSTETRICA ALLA GRAVIDANZA, AL PARTO E AL PUERPERIO. RER

Capitolo 1. Linee di indirizzo generale

- 1.1. *L'ostetrica/o è professionista competente ad assistere la donna nella gravidanza, nel parto e nel puerperio.***
- 1.2. *L'ostetrica/o è professionista competente a distinguere le condizioni fisiologiche della gravidanza da quelle potenzialmente patologiche.***
 - 1.2.1. *E' fondamentale distinguere con chiarezza il percorso del basso rischio dal percorso della gravidanza a rischio.***
 - 1.2.1a. *L'ostetrica/o segnala e condivide con il medico il passaggio da una condizione di basso rischio ad una a rischio elevato e viceversa. Entrambi collaborano nell'assistenza alla donna con gravidanza a rischio***
 - 1.2.1b. *L'ostetrica/o è anche figura professionale che collabora con il medico nelle procedure/manovre di competenza del medico***



2007 LINEE DI INDIRIZZO PER L'ASSISTENZA OSTETRICA ALLA GRAVIDANZA, AL PARTO E AL PUERPERIO. RER

Capitolo 3. Percorso Gravidanza

Un colloquio informativo dovrebbe essere offerto a tutte le donne gravide che si trovano all'inizio del loro percorso verso la Nascita

3.1. *L'ostetrica/o è professionista competente a condurre il colloquio informativo*

L'assistenza sanitaria nel periodo pre, peri e postnatale dovrebbe essere condotta da una equipe pluridisciplinare, secondo modalità proprie di ciascuna organizzazione di salute, che comprenda ostetrica/o e ginecologo e/o, attivabili al bisogno, psicologo, assistente sociale o altri professionisti dei servizi territoriali e dei presidi che compongono la rete del percorso nascita.

L'integrazione tra le Unità Operative territoriali ed ospedaliere delle Aziende Sanitarie e la collaborazione tra le diverse professionalità coinvolte nella nascita sono fondamentali per ottimizzare e rendere efficace l'assistenza.



2007 LINEE DI INDIRIZZO PER L'ASSISTENZA OSTETRICA ALLA GRAVIDANZA, AL PARTO E AL PUERPERIO. RER

- 3.2. *L'ostetrica/o è competente all'assistenza/sorveglianza delle gravidanze a basso rischio.***
 - 3.2.1. *L'assistenza della gravidanza a basso rischio è affidata all'ostetrica/o. L'ostetrica segnala e condivide con il medico il passaggio da una condizione di basso rischio ad una a rischio elevato e viceversa. Entrambi collaborano nell'assistenza alla donna con gravidanza a rischio.***
 - 3.2.2. *L'ostetrica deve disporre di riferimenti e percorsi predefiniti a cui inviare la donna quando insorgano eventi che modifichino il decorso fisiologico e che possano prefigurare rischi per la sua salute e/o per quella del feto***
- 3.3. *E' raccomandato il rispetto della continuità della figura/equipe assistenziale nel periodo prenatale e di percorsi e protocolli condivisi con le U.O. sedi del parto nel periodo perinatale.***



Capitolo 4. Gravidanza a termine e Travaglio Parto

La strutturazione/organizzazione di un servizio per l'accoglienza ed il controllo e la presa in carico delle gravidanze a termine costituisce uno strumento di lavoro indispensabile per le U.O. di Ostetricia. Le Aziende sono invitate ad organizzare un percorso strutturato in ogni Punto Nascita.

- 4.1. *L'ostetrica/o è professionista competente alla organizzazione ed alla gestione del servizio per il controllo della gravidanza a termine.***
- 4.2. *In assenza di fattori di rischio, l'ostetrica indirizza ed avvia la donna al percorso assistenziale a basso rischio.***
 - 4.2.1 *Alle donne identificate come gravidanza a rischio la responsabilità del piano di assistenza è del medico specialista; l'ostetrica/o fornisce l'assistenza di base***



4.3. *L'assistenza al travaglio-parto a basso rischio è competenza dell'ostetrica/o, che ne è responsabile.*

4.3.1 *E' compito dell'ostetrica/o porre la diagnosi di travaglio attivo affinché il ricovero e la condotta clinica siano appropriati.*

4.3.2. *L'ostetrica/o, in continuità assistenziale segue tutte le fasi della nascita con una conduzione di sostegno rispettando la centralità della donna e della sua famiglia e nel rispetto della sua cultura e della privacy.*

4.4. *In caso di insorgenza di situazioni che possano prefigurare rischi per la salute della madre e/o per quella del feto, l'ostetrica/o deve informare il medico.*

4.4.1. *L'ostetrica/o compila il partogramma.*

4.4.2. *Poiché l'ostetrica/o è responsabile anche del monitoraggio del benessere fetale, per le modalità di sorveglianza si rimanda alla Linea Guida: "La sorveglianza del benessere fetale in travaglio di parto".*



Capitolo 5. Puerperio

5.1. *L'ostetrica/o, garante della continuità, è professionista che assiste e consiglia la donna durante il puerperio in quanto possiede conoscenze e competenze globali sia per la madre che per il bambino.*

5.1.1. *... E presta assistenza al neonato sano*

5.1.2. *L'ostetrica/o possiede le competenze per l'assistenza complessiva di tutto il periodo del puerperio sia in ambito ospedaliero che territoriale*

5.1.3. *E' competenza dell'ostetrica/o fornire alla donna e alla coppia il supporto emozionale*

5.1.4. *E' competenza dell'ostetrica/o la pianificazione e l'organizzazione dell'assistenza in relazione ai bisogni espressi e non espressi.*



Capitolo 6. Aspetti organizzativi

6.1. Ogni organizzazione di salute è responsabile di:

- *definire idonei percorsi formativi per il proprio personale;*
- *promuovere la produzione dei protocolli necessari alla realizzazione delle linee di indirizzo*
- *realizzare il percorso di implementazione*
- *monitorare il cambiamento valutando appositi indicatori.*



2008 DRG 533 RER

29

..\legislazione\DGR 533 21[1].04.2008 Direttiva
alle AUSL programma percorso nascita.doc

2008 DRG 533 RER

Visti:

- PSN 2006-2008
- PSN 2008-2010
- LEG RER 26/98
- PROGETTO RER
riorg. cons. 2464/99
- Linee guida per
l'assistenza ostetrica
alla gravidanza, al
parto e al puerperio

A Chi:

- Area vasta
- Aziende sanitarie per
piano di attuazione
concordato fra diverse
Aziende almeno
provinciale



2008 DRG 533 RER: 11

OBIETTIVI

Obiettivo 1 realizzare una razionalizzazione delle metodiche invasive utilizzate per la diagnosi prenatale di anomalie cromosomiche, mediante l'uso di metodologie finalizzate alla ridefinizione del rischio e all'aumento dell'efficienza della diagnosi prenatale

Obiettivo 2 predisporre un percorso razionale della diagnostica ecografica delle anomalie morfologiche fetali, ivi inclusa la possibilità di eseguire gli opportuni approfondimenti diagnostici finalizzati ad una migliore definizione della prognosi e alla offerta di un adeguato e tempestivo counselling alla donna

Obiettivo 3 applicare le linee di indirizzo regionale per la ridefinizione del ruolo dell'ostetrica e la sua integrazione con le altre figure professionali Nell'assistenza al percorso nascita (gravidanza, parto e puerperio), con la costruzione di modelli assistenziali che vedano al centro la donna e la sua famiglia



2008 DRG 533 RER: 11 OBIETTIVI

Obiettivo 4 promuovere e consolidare l'adozione della linea guida sul "Controllo del benessere fetale in travaglio di parto" per la valutazione e la modifica delle prassi assistenziali al travaglio di parto in termini di appropriatezza degli interventi, di definizione dei ruoli professionali. introducendo criteri di migliore pratica clinica basati su prove di efficacia

Obiettivo 5 migliorare l'assistenza ai disturbi emozionali della donna In gravidanza e nel primo anno di vita del bambino anche sperimentando interventi di prevenzione e terapeutici che completino l'assistenza al percorso nascita

Obiettivo 6 attuare interventi di supporto alla relazione madre-bambino e di promozione e sostegno all'allattamento al seno

Obiettivo 7 favorire il processo di ascolto dell'opinione delle donne e delle coppie che hanno accesso ai servizi per il percorso nascita, mediante l'adozione di strumenti e modalità di indagine specifici



2008 DRG 533 RER: 11 OBIETTIVI

Obiettivo 8 garantire un miglioramento della prassi diagnostico assistenziale in caso di nato morto. evidenziando gli interventi atti a ridurre la natimortalità e favorire un miglioramento della qualità dei dati raccolti e nella comunicazione e degli interventi di supporto rivolti alle famiglie

Obiettivo 9 garantire un'assistenza qualificata al travaglio e parto fisiologico in ambiente extra-ospedaliero

Obiettivo 10 garantire a tutte le gravide i corsi prenatali "di base" in quanto interventi educativi a tutela della maternità e sperimentare un'offerta attiva dei corsi di accompagnamento alla nascita in grado di raggiungere la popolazione svantaggiata

Obiettivo 11 aumentare le conoscenze e l'attenzione dei professionisti e delle donne al tema "il dolore nel parto", anche attraverso sperimentazioni controllate di metodiche farmacologiche e non farmacologiche

| | |
|--------------------------------------|--|
| Obiettivo 3 | APPLICARE LE LINEE DI INDIRIZZO REGIONALE SU RUOLO DELL'OSTETRICA E CON LE ALTRE FIGURE PROFESSIONALI NELL'ASSISTENZA AL PERCORSO NASCITA (GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO), CON MODELLI ASSISTENZIALI CHE VEDANO AL CENTRO ; |
| Documento di riferimento | Linee di indirizzo per l'assistenza ostetrica alla gravidanza, al parto e al puerperio |
| Premessa | <p>La definizione del ruolo e delle responsabilità dei professionisti coinvolti nell'assistenza al percorso nascita, deve necessariamente partire dalla centralità della donna, e della sua famiglia; quest'ultima rappresenta il principale supporto che la donna ha a disposizione per la sua vita.</p> <p>Il progetto ha lo scopo di ridefinire il ruolo dell'ostetrica/o nell'assistenza alla gravidanza fisiologica, al parto ed al puerperio, nel contesto del percorso nascita, valorizzandone la competenza e l'autonomia nell'ambito del lavoro di equipe. Ridefinisce inoltre il rapporto di collaborazione tra l'ostetrica/o e gli altri professionisti che assistono la nascita, con l'intento di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ offrire una assistenza ostetrica appropriata al livello di rischio ostetrico; ▪ evitare una eccessiva medicalizzazione, introducendo modelli assistenziali e organizzativi "sostegno strutturato" capaci di cogliere tempestivamente eventuali scostamenti dalla normalità e/o possibili patologie, nel rispetto della centralità della donna e dei suoi diritti; ▪ personalizzare i percorsi assistenziali ▪ offrire alle donne e alle loro famiglie modalità di comunicazione e di relazione efficaci; ▪ offrire condizioni di sicurezza sempre crescenti delle cure ostetriche, basate sulla EBM. |
| Obiettivi specifici | <p><small>Sulla base delle indicazioni sviluppate dalla Commissione Consultiva Tecnico Scientifica sul Percorso Nascita e partendo da un documento dell'OMS (1), si sono definite "linee di indirizzo" che riguardano l'intero percorso nascita e che hanno l'obiettivo di:</small></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ favorire lo sviluppo di modelli assistenziali che individuano nell'ostetrica/o, internamente al contesto del lavoro di equipe, un professionista qualificato ed in grado di garantire il livello appropriato di assistenza; ▪ promuovere, sia nelle equipe consultoriali sia in quelle ospedaliere, la elaborazione e la condivisione di percorsi assistenziali appropriati e diversificati per fattori di rischio: a" nella <i>fisiologia</i> (basso rischio) l'ostetrica/o è competente e garante della promozione e del rispetto della fisiologia; b" nelle situazioni di <i>rischio</i> o di <i>patologia</i> competente e garante è il medico; ▪ assicurare l'utilizzo di pratiche assistenziali basate sulle evidenze scientifiche ed in grado, laddove implementate, di contribuire a ridurre gli interventi inappropriati; ▪ indirizzare i servizi a privilegiare la continuità assistenziale incentrata sul lavoro di equipe, all'interno del quale la figura dell'ostetrica è il riferimento in grado di supportare la fisiologia e di identificare precocemente l'eventuale insorgenza di condizioni di rischio. |
| Modalità operative | <p>Sulla base dei diversi contesti organizzativi le Aziende Sanitarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> -definiscono piani di implementazione per l'applicazione delle indicazioni regionali -realizzano percorsi formativi finalizzati al lavoro di equipe, specifici di tutti i professionisti coinvolti nell'assistenza al percorso della gravidanza a basso rischio, dal concepimento a dopo il parto, identificando opportuni indicatori di performance; -monitorizzano il cambiamento valutando appositi indicatori |
| Risultati attesi | <ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione ed implementazione di propri percorsi assistenziali condivisi e supportati da specifiche procedure: • per il percorso della fisiologia e dei criteri di selezione dinamica; • per il percorso della gravidanza a rischio; • per la collaborazione ed integrazione con tutti i servizi sociali e sanitari coinvolti |
| Indicatori per la valutazione | <ul style="list-style-type: none"> - % donne selezionate per il piano assistenziale a basso rischio/tot. gravide seguite dal Consultorio Familiare - % donne selezionate per il piano assistenziale a basso rischio seguite dall'ostetrica/tot. gravide a basso rischio seguite dal CF - % donne in travaglio-parto selezionate per il piano assistenziale a basso rischio seguite in autonomia dall'ostetrica/tot. gravide con piano assistenziale a basso rischio all'esordio del travaglio - % donne a basso rischio ad inizio travaglio seguite in autonomia dall'ostetrica che si mantengono a basso rischio fino a parto avvenuto/ totale di donne a basso rischio ad inizio travaglio/fino al parto; - % di puerpere che vengono seguite dall'ostetrica nei primi 30gg sul totale delle puerpere dimesse. |

05/09/2021

| | |
|-------------------------------|---|
| Obiettivo 4 | PROMUOVERE E CONSOLIDARE L'ADOZIONE DELLA LINEA GUIDA SUL "CONTROLLO DEL BENESSERE FETALE IN TRAVAGLIO DI PARTO" PER PRASSI ASSISTENZIALI AL TRAVAGLIO DI PARTO IN TERMINI DI APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI, DI DEFINIZIONE DEI RUOLI PROFESSIONALI, INTRODUCENDO CRITERI DI MIGLIORE PRATICA CLINICA BASATI SU PROVE DI EFFICACIA |
| Documenti di riferimento | <p>La sorveglianza del benessere fetale in travaglio di parto - Linea guida basata su prove di efficacia (riferimento: http://www.saperidoc.it/file/140_1.pdf)</p> <p>Linea Guida: Il controllo del benessere fetale in travaglio di parto – Elaborazione ed implementazione della linea guida</p> |
| Premessa | <p>Partendo dalla revisione sistematica della letteratura e dalla identificazione delle Linee Guida già esistenti, la Linea Guida del RCOG "<i>The use of electronic fetal monitoring. Evidence-based clinical guideline</i>" (2001) è stata adottata, tradotta, rielaborata, aggiornata con la letteratura sino al 2003, ed ha subito un processo di adattamento locale delle raccomandazioni.</p> <p>Ne è esitata una Linea Guida multidisciplinare, con individuazione di raccomandazioni basate su prove di efficacia ed esplicitazione del grado di forza di queste raccomandazioni.</p> <p>I contenuti della Linea Guida sono complessi, ma riconducibili ad alcuni punti chiave:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) la valutazione e la codifica del rischio ostetrico antenatale e intrapartum; 2) l'individuazione di un monitoraggio intrapartum diversificato sulla base del rischio ostetrico; 3) la definizione di una tassonomia della cardiografia con la descrizione delle caratteristiche dei vari aspetti del tracciato cardiocografico e con la classificazione delle caratteristiche del battito cardiaco fetale (BCF) e della cardiocografia (CTG); 4) l'introduzione di criteri di audit per la valutazione degli esiti dell'applicazione della Linea Guida stessa <p>L'adozione ed implementazione della Linea Guida, attuata in 5 aziende sanitarie della regione, si è realizzata in modi e tempi diversi. In tre di queste aziende l'introduzione della L.G. ha prodotto profonde modifiche delle prassi assistenziali in termini di appropriatezza degli interventi e di definizione dei ruoli professionali, introducendo criteri di migliore pratica clinica.</p> |
| Obiettivi specifici | <ul style="list-style-type: none"> - analisi del processo di implementazione della linee guida nelle 5 Aziende sanitarie della regione, finalizzato al trasferimento del progetto nelle altre aziende - aggiornamento della linee guida, - aggiornamento della linea guida. |
| Modalità operative | <p>Definizione, da parte delle Aziende sanitarie coinvolte, del piano di implementazione prevedendo le seguenti fasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - descrizione ed analisi del percorso di implementazione - raccolta e valutazione dei dati (indicatori di processo, indicatori intermedi, indicatori di esito materno e feto-neonatale) - ricerca sistematica e valutazione della letteratura apparsa successivamente alla pubblicazione della L.G. |
| Risultati attesi | <ul style="list-style-type: none"> - Report del processo di implementazione in cui venga riportato: <ul style="list-style-type: none"> • Tasso di partecipazione dei professionisti nella fase di discussione e conoscenza della linea guida • Tasso di adesione dei professionisti alle raccomandazioni • Descrizione dei fattori favorevoli all'introduzione delle linee guida nelle diverse realtà • Descrizione delle criticità emerse (es. organizzativa gestionale, motivazionale, ecc.) • Indicatori intermedi e di esito rilevati - Elaborazione dell'aggiornamento della linea guida |
| Indicatori per la valutazione | <ul style="list-style-type: none"> - % dei professionisti che hanno partecipato alla fase di presentazione e discussione della linea guida - % di esecuzione del CTG all'ingresso in donne a basso - % di donne assegnate alla categoria ad alto rischio/donne che partoriscono (esclusi i TC fuori travaglio) - % donne che ricevono un monitoraggio con auscultazione intermittente/donne assegnate alla categoria a basso rischio al parto - % donne che ricevono un monitoraggio intermittente/donne assegnate alla categoria a rischio |

05/10/2021

| | |
|--------------------------------------|---|
| Obiettivo 6 | ATTUARE INTERVENTI DI SUPPORTO ALLA RELAZIONE MADRE-BAMBINO E DI PROMOZIONE E SOSTEGNO ALL'ALLATTAMENTO AL SENO |
| Documento di riferimento | Allattamento al seno – Strumenti per facilitare il cambiamento delle pratiche assistenziali (riferimento: http://www.saperidoc.it/str_ques_12.html) |
| Premessa | <p>Le azioni volte ad incrementare l'allattamento al seno, oltre a produrre benefici legati all'aspetto nutrizionale sono in grado di favorire la relazione madre-bambino e i processi di attaccamento agendo sull'empowerment dei genitori e sulle competenze del neonato. Ne deriva che la tutela dell'allattamento al seno va ben oltre l'aspetto nutrizionale poiché la sua realizzazione richiede la messa in atto di una serie di interventi che vanno a soddisfare anche altri bisogni di salute della madre e del neonato.</p> <p>L'indagine regionale triennale condotta con la collaborazione dell'Associazione Pediatria di Comunità (APEc) sulla prevalenza dell'allattamento al seno (rilevata in occasione della 1° e 2° vaccinazione) mostra che il tasso di allattamento al seno completo è leggermente migliorato sia a 3 che a 5 mesi dal 1999 al 2005, tuttavia l'allattamento artificiale, dopo un calo iniziale, è rimasto stabile. Questo andamento varia da Azienda ad Azienda, e, nonostante i miglioramenti, il dato medio della Regione Emilia-Romagna risulta essere inferiore a quello di altre regioni delle quali sono disponibili informazioni confrontabili (es. Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Piemonte). Alcune Aziende Sanitarie (AUSL di Piacenza, AUSL e AOSP di Reggio Emilia, AUSL e AOSP di Modena, AUSL e AOSP di Ferrara, AUSL di Forlì) hanno avviato l'implementazione delle raccomandazioni con uno stato di avanzamento diversificato (AUSL Piacenza, AOSP Reggio Emilia, AUSL e AOSP Modena: costituito il gruppo multidisciplinare, in corso l'analisi della curva di persistenza, AUSL Reggio Emilia: costituito il gruppo multidisciplinare, in corso l'analisi della curva di persistenza e l'indagine presso i professionisti (analisi dei risultati), AUSL e AOSP Ferrara e AUSL Forlì: costituito il gruppo multidisciplinare, eseguita l'analisi della curva di persistenza dell'allattamento al seno, con definizione dello scenario in cui si colloca la criticità, eseguita l'indagine presso i professionisti e in corso l'individuazione delle criticità e dei fattori favorenti e la costruzione del piano di implementazione)</p> |
| Obiettivi specifici | <ul style="list-style-type: none"> - migliorare il tasso di allattamento al seno - diffondere l'implementazione delle raccomandazioni a tutte le Aziende Sanitarie della regione, secondo la metodologia prevista dal Manuale, e sulla base delle sperimentazioni attuate |
| Modalità operative | <p>In ciascun ambito provinciale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - costituzione di gruppi multidisciplinari - analisi della curva di persistenza dell'allattamento al seno - definizione dello scenario in cui si colloca la criticità (basso tasso d'inizio, abbandono precoce, abbandono tardivo), - effettuazione di un'indagine sull'opinione dei professionisti e sulla prassi attuale nei singoli contesti - individuazione delle criticità e dei fattori favorenti - costruzione del piano di implementazione - monitoraggio del cambiamento valutando appositi indicatori |
| Risultati attesi | <ul style="list-style-type: none"> - Aumento del tasso di allattamento al seno tendendo: <ul style="list-style-type: none"> • al 95% di allattamento esclusivo alla dimissione • al 50% di allattamento esclusivo e al 60% di allattamento completo al 3° mese • al 40% di allattamento completo al 5° mese |
| Indicatori per la valutazione | <ul style="list-style-type: none"> - % neonati allattati in modo esclusivo alla dimissione/tot. nati vivi - % di neonati allattati al seno a 3 mesi di vita/tot. neonati di 3 mesi - % di neonati allattati al seno a 5 mesi di vita/tot. neonati di 5 mesi |

| | |
|--------------------------------------|---|
| Obiettivo 9 | GARANTIRE UN'ASSISTENZA QUALIFICATA AL TRAVAGLIO E PARTO FISIOLÓGICO IN AMBIENTE EXTRA-OSPEDALIERO |
| Documento di riferimento | Linee di indirizzo per l'assistenza al travaglio e parto fisiologico in ambiente extra-ospedaliero |
| Premessa | <p>26/98 promuove e garantisce i diritti della donna e della coppia sulla scelta del luogo e della modalità del parto e della qualità dell'assistenza alla gravidanza al parto ed al puerperio.</p> <p>in carico dal 1999 ha valutato la qualità dell'informazione delle donne circa il luogo e le modalità del parto, ha monitorato le modalità dei parti avvenuti nelle strutture ospedaliere pubbliche e private e a domicilio e ne ha valutato i costi.</p> <p>Da questo monitoraggio è emerso che la richiesta di parti in ambiente extra-ospedaliero è un fenomeno presente nella realtà regionale anche se probabilmente sottostimato per una difficoltà nella raccolta dei dati.</p> <p>Vi è una scarsa informazione sulle varie modalità di offerta di assistenza al parto sia nella popolazione generale, sia tra i professionisti (ostetriche e ginecologi dell'ospedale e del territorio, medici di medicina generale).</p> <p>E' stata infine rilevata una variabilità tra le varie Aziende sul rimborso delle spese sostenute per il parto in ambiente extra-ospedaliero.</p> <p>Nelle Aziende dove non è presente un progetto relativo all'assistenza al parto a domicilio emergono notevoli criticità di tipo organizzativo</p> |
| Obiettivi specifici | <ul style="list-style-type: none"> • Garantire un'assistenza qualificata al parto extra-ospedaliero • Uniformare protocolli e procedure sul territorio regionale • Omogeneizzare i rimborsi alle donne relativi al parto a domicilio |
| Modalità operative | <p>Nelle Aziende Sanitarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> -individuazione di un progetto relativo al parto extra-ospedaliero -adozione da parte dei professionisti coinvolti nel parto in ambiente extra-ospedaliero della linea di indirizzo -analisi da parte delle Aziende Sanitarie della prassi attuale, con individuazione delle criticità contenute e definizione, in base a queste, delle azioni e degli strumenti necessari per superarle; -attuazione un corso di formazione sul campo specifico sulla base di indicazioni che verranno fornite a livello regionale <p>A livello regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> -raccolta e valutazione dei dati (indicatori di processo, indicatori di esito materno e feto-neonatale) |
| Risultati attesi | <p>A livello Aziendale</p> <ul style="list-style-type: none"> •Elaborazione e implementazione di propri protocolli e procedure condivisi con tutti i servizi coinvolti nel percorso <p>A livello regionale</p> <ul style="list-style-type: none"> •Istituzione di un osservatorio regionale per il monitoraggio del parto in ambiente extra-ospedaliero |
| Indicatori per la valutazione | <ul style="list-style-type: none"> • Numero di donne che partoriscono a domicilio/numero di donne che ne fanno richiesta • Natura e numero delle complicanze/numero dei parti • Numero dei trasferimenti/numero dei parti (questo indicatore deve essere rilevato per trasferimenti avvenuti durante il travaglio, periodo espulsivo, nel post-partum e per i neonati) |

| | |
|--------------------------------------|--|
| Obiettivo 10 | GARANTIRE A TUTTE LE GRAVIDE I CORSI PRENATALI "DI BASE" IN QUANTO INTERVENTI EDUCATIVI A TUTELA DELLA MATERNITÀ E SPERIMENTARE UN'OFFERTA ATTIVA DEI CORSI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA IN GRADO DI RAGGIUNGERE LA POPOLAZIONE SVANTAGGIATA |
| Premessa | <p>Obiettivo della assistenza prenatale è promuovere la salute delle donne in gravidanza, identificare e trattare le condizioni di patologia, se e quando presenti, e favorire la salute del neonato. L'assistenza prenatale dovrebbe anche comprendere informazioni e sostegno alle donne, al loro partner e alla loro famiglia, per aiutarli nella loro transizione alla genitorialità. I servizi sanitari dovrebbero quindi assicurare, senza costi a carico degli utenti, sia l'assistenza, sia l'educazione sanitaria, area tematica in cui vanno inclusi i corsi di preparazione alla nascita.</p> <p>Da un'indagine conoscitiva realizzata in Italia dall'ISTAT nel 2002 su "Gravidanza, parto, allattamento al seno" la partecipazione ai corsi di preparazione alla nascita è risultata uno degli elementi fondamentali per ridurre gli esiti negativi per la salute della madre e del bambino, ma i dati derivanti da un'indagine multiscope dell'ISTAT mostrano una scarsa frequenza da parte delle donne ai corsi di preparazione alla nascita, con marcate differenze territoriali. Nel nord Italia e nel centro le donne che frequentano corsi di preparazione al parto sono circa 64%, nell'Italia meridionale e nelle isole sono invece poco più del 20%. I corsi inoltre sono più frequentati dalle donne laureate (65,6%), meno da chi ha la licenza media (34,2%) e solo da una piccola quota dalle donne che non hanno conseguito alcun titolo di studio o la sola licenza elementare (20,2%).</p> |
| Obiettivi specifici | <ul style="list-style-type: none"> - Definire contenuti, modalità di presentazione e numero di incontri dei corsi prenatali di base, affinché offrano informazioni e strumenti per fare scelte appropriate sulla gravidanza, il parto e l'assistenza al neonato - Garantire l'offerta gratuita dei corsi prenatali di base alle donne in gravidanza e alle coppie - Definire contenuti e modalità di realizzazione di corsi di accompagnamento alla nascita rivolti all'utenza più svantaggiata, con offerta attiva e gratuita - Definire la programmazione di eventuali corsi di "approfondimento", con quota di partecipazione a carico degli utenti, compatibile con la concreta realizzazione dei corsi base e di offerta attiva sulla base del fabbisogno individuato |
| Modalità operative | <ul style="list-style-type: none"> - I corsi di preparazione alla nascita "di base" dovrebbero comprendere informazioni su: <ul style="list-style-type: none"> • Informazioni relative alla tutela della maternità (normativa vigente). Informazione inerenti ai servizi territoriali e ospedalieri aziendali • Cambiamenti in gravidanza - Le competenze del bambino • La funzione del dolore del travaglio il suo "significato" di guida - tecniche per affrontare il dolore • Travaglio-parto (informazioni relative alle varie fasi del travaglio e del parto) • Luoghi e modalità di parto - La nascita (i primi momenti con il bambino) • Allattamento - puerperio e rientro a casa (la nuova famiglia) - Sperimentazione iniziale presso alcune Aziende Sanitarie della regione di percorsi di offerta attiva dei corsi di accompagnamento alla nascita con corsi che siano appropriati a target di utenza più svantaggiata, per mettere a punto contenuti e modalità di offerta - Organizzazione di eventuali altre iniziative "di approfondimento" con partecipazione alla spesa da parte degli utenti, compatibili con l'effettiva realizzazione dei corsi di base sulla base del fabbisogno e con l'offerta attiva di interventi informativi/educativi rivolti all'utenza più svantaggiata. |
| Risultati attesi | Definizione ed organizzazione dei corsi di preparazione alla nascita "di base" che devono essere offerti a tutte le donne gravide e degli interventi educativi/informativi rivolti alla popolazione svantaggiata mediante offerta attiva. |
| Indicatori per la valutazione | <ul style="list-style-type: none"> - n° corsi "di base" offerti - n° corsi "di approfondimento" offerti - % di donne in gravidanza che partecipano ai corsi "di base" - % di donne in gravidanza che partecipano ai corsi "di approfondimento" - % donne straniere in gravidanza che partecipano ai corsi in offerta attiva - % di donne in gravidanza con basso o senza titolo di studio che partecipano ai corsi in offerta attiva |

| | |
|--------------------------------------|--|
| Obiettivo 11 | AUMENTARE LE CONOSCENZE E L'ATTENZIONE DEI PROFESSIONISTI E DELLE DONNE AL TEMA "IL DOLORE NEL PARTO", ANCHE ATTRAVERSO SPERIMENTAZIONI CONTROLLATE DI METODICHE FARMACOLOGICHE E NON FARMACOLOGICHE |
| Documento di riferimento | Il controllo del dolore in travaglio di parto approvato con delibera N. 1921 del 10.12.2007 «Linee guida alle Aziende Sanitarie della regione Emilia-Romagna per il controllo del dolore in travaglio di parto» |
| Premessa | <p>Negli ultimi decenni si è verificata la diffusione della cultura dell'analgesia, e l'attenzione al dolore nelle sue varie componenti, con metodi farmacologici o non farmacologici.</p> <p>Al contempo si è sviluppato un crescente interesse della donna ad affrontare il parto controllando e/o contenendo il dolore, in linea con lo sviluppo delle conoscenze e delle esperienze nazionali e di altri Paesi.</p> <p>Un'apposita rilevazione effettuata nell'anno evidenziato che a fronte di circa 37.000 parti con una percentuale di cesarei del 29,93% (fonte dati schede dimissione ospedaliera (SDO), Regione Emilia-Romagna (RER)), la percentuale di analgesie epidurali era del 4,9% dei parti inclusi i cesarei, 6,1% esclusi i cesarei (fonte dati: survey sottocommissione partoanalgesia RER), realizzate con una distribuzione disomogenea sul territorio regionale e mediamente solo per il 50% in attività istituzionale.</p> <p>Dalla letteratura si evince che più del 60% delle gestanti primipare quantificano il dolore da parto su livelli da severo ad intollerabile ed il restante 40% lo consideri da lieve a moderato e che il dolore severo si riduca in percentuale tra le pluripare sino a circa il 47%</p> <p>E' necessario offrire a tutte le gestanti le corrette informazioni per avere la possibilità di partorire con il contenimento e il controllo del dolore in travaglio e durante il parto.</p> <p>Esistono tecniche non farmacologiche, psicologiche e di confort che possono essere utilizzate con l'intento di rendere il dolore più sopportabile.</p> <p>Qualora non sia tollerato e la donna lo richieda, il dolore dovrebbe essere trattato e la tecnica analgesica più efficace secondo le valutazioni Evidence Based Medicine (EBM) (Cochrane 2005) per il sollievo dal dolore durante il travaglio e il parto è l'analgesia epidurale</p> |
| Obiettivi specifici (*) | <ul style="list-style-type: none"> - Individuare i criteri clinico-organizzativi di fattibilità per rendere operativo il parto in analgesia epidurale, per le gestanti che lo richiedano, presso i punti nascita in condizioni di sicurezza, secondo raccomandazioni/indicazioni e con livelli di competenza professionale secondo EBM, EBN (Evidence Based Nursing). - Definire e condividere raccomandazioni/indicazioni e percorsi per l'analgesia epidurale e per le tecniche farmacologiche in alternativa qualora indicate, sicura per la gestante, per il nascituro e per il team sanitario. - Definire percorsi per rendere operativa l'offerta di tecniche non farmacologiche di provata efficacia |
| Modalità operative (*) | <ul style="list-style-type: none"> - Definire i piani provinciali, da parte delle Aziende Sanitarie, finalizzati alla organizzazione della risposta assistenziale in materia di controllo del dolore da travaglio di parto, sulla base delle indicazioni elaborate dalla Commissione Consultiva Tecnico Scientifica sul Percorso Nascita. - Realizzare percorsi formativi specifici di contenimento del dolore nel travaglio per tutti i professionisti coinvolti nell'assistenza a travaglio-parto sulle metodiche non farmacologiche di provata di efficacia - supporto emotivo strutturato, libertà di movimento e posizioni, immersione in acqua - per garantirne l'offerta alle donne in travaglio di parto. - Realizzare i percorsi di formazione del personale addetto all'erogazione delle prestazioni di partoanalgesia, al fine di garantire la sicurezza delle prestazioni finalizzate al controllo del dolore in travaglio di parto. |
| Risultati attesi (*) | <ul style="list-style-type: none"> - Le fasi di cui sopra devono consentire, entro il 1 gennaio 2009: - l'erogazione del servizio di partoanalgesia con carattere di gratuità e sulle 24 ore per tutti i giorni dell'anno in almeno un punto nascita a livello di ciascuna provincia - l'erogazione di almeno una tecnica non farmacologica in tutti i punti nascita della regione |
| Indicatori per la valutazione | <ul style="list-style-type: none"> - N. professionisti formati per analgesia non farmacologica/tot professionisti - N. professionisti formati per i parti con analgesia epidurale - % travagli in analgesia esclusivamente non farmacologica/n. travagli - parti operativi in analgesia esclusivamente non farmacologica/tot. travagli in analgesia non farmacologica - TC urgenti in analgesia esclusivamente non farmacologica/ tot. travagli in analgesia non farmacologica - % travagli vaginali assistiti con analgesia epidurale/tot. travagli effettuati - % parti assistiti con terapia farmacologica antalgica/tot. parti vaginali effettuati - % donne con anestesia epidurale che effettuano un taglio cesareo in urgenza/donne che effettuano il travaglio in anestesia epidurale - % di parti in analgesia farmacologica con applicazione di ventosa / totale applicazioni di ventosa - % di allattati al seno esclusivo alla dimissione e al 3° mese nei nati da parto con analgesia farmacologica vs % di allatti al seno nel parto |

5/01/2011

06/03/2008 RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE MORTE MATERNA O MALATTIA GRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO

- A chi

Raccomandazione alle
Direzioni Sanitarie

- Per chi

A tutte le donne in
gravidanza assistite
per l'espletamento
del travaglio e/o
parto in tutte le
strutture sanitarie
ospedaliere
erogatrici di
assistenza ostetrica

06/03/2008 RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE MORTE
MATERNA O MALATTIA GRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO

- Triage ostetrico per la valutazione del rischio
- Percorsi assistenziali per profilo di rischio
- La comunicazione interna ed esterna
- Organizzazione équipe
- Documentazione clinica
- Formazione continua
- Esercitazioni di simulazione emergenze
- Studio valutazione di casi
- Implementazione della raccomandazione.
- Evento sentinella



06/03/2008 RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE MORTE
MATERNA O MALATTIA GRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO

Le cause più frequenti:

Malattia tromboembolica

Emorragia postpartum

Iperensione –preeclampsia

Sepsi

La morte dovuta ad anestesia



**IN CONSIDERAZIONE DELLA
NECESSITÀ DI GARANTIRE ADEGUATI
STANDARD ASSISTENZIALI E DI
ASSICURARE, NEL CONTEMPO, UNA
CAPILLARE COPERTURA DEL
TERRITORIO, SI È GIUNTI**

43

all'Accordo Stato Regioni 16-12-2010

ALL'ACCORDO STATO REGIONI 16-12-2010 (FAZIO)

“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”, (con il quale vengono date indicazioni circa la riorganizzazione dei Punti nascita sul territorio nazionale e la cui applicazione costituisce il cardine per la qualità e la sicurezza delle cure in campo materno-infantile.

- 1) Misure di politica sanitaria e di accreditamento
razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con parti inferiori a 1000/anno, prevedendo l'abbinamento per pari complessita' di attivita' dell UU.O.O. ostetrico-ginecologiche con quelle neonatologiche/pediatriche,

trasposto assistito materno (STAM) e neonatale d'urgenza (STEN);

ric conducendo a due i precedenti tre livelli assistenziali;

le 10 linee di azione

Allegati

1°

1b

1c

STANDARD PER LA RIORGANIZZAZIONE DELLE U.O. DI OSTETRICA E DELLE UNITÀ OPERATIVE DI PEDIATRIA/NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE (TIN)

U.O. OSTETRICA DI I LIVELLO (500 - 1000 parti/anno) (*)

Unità che assistono gravidanze e parti, in età gestazionale > 34 settimane, in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico ed assistenziale elevato tipiche del II livello, per la madre e per il feto.

U.O. OSTETRICA DI II LIVELLO (parti/anno > 1000) (*)

Unità che assistono gravidanza e parto indipendentemente dal livello di rischio per madre e feto.

() I requisiti per il II livello sono legati oltre che al numero di parti anche al bacino di utenza, alla presenza nella stessa struttura di TIN e di discipline specialistiche in numero e con intensità di cura più elevata*

GARANTIRE UN NUMERO ADEGUATO DI OSTETRICHE PER TURNO.

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 e 5 oltre i 2000 parti/anno, con incremento di 1 ostetrica ogni 750 parti in più;

- Carta dei Servizi per il percorso nascita (Allegato 2,
- 3) Integrazione territorio-ospedale (Allegato 3, parte integrante del presente Accordo):
- 4) Sviluppo di linee guida sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo da parte del SNLG-ISS (Allegato 4, parte integrante del presente Accordo):
- 5) Programma di implementazione delle linee guida (Allegato 5, parte integrante del presente Accordo):
- 6) Elaborazione, diffusione ed implementazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita (Allegato 6,
- 7) Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto (Allegato 7,
- 8) Formazione degli operatori (Allegato 8, parte integrante del presente Accordo):

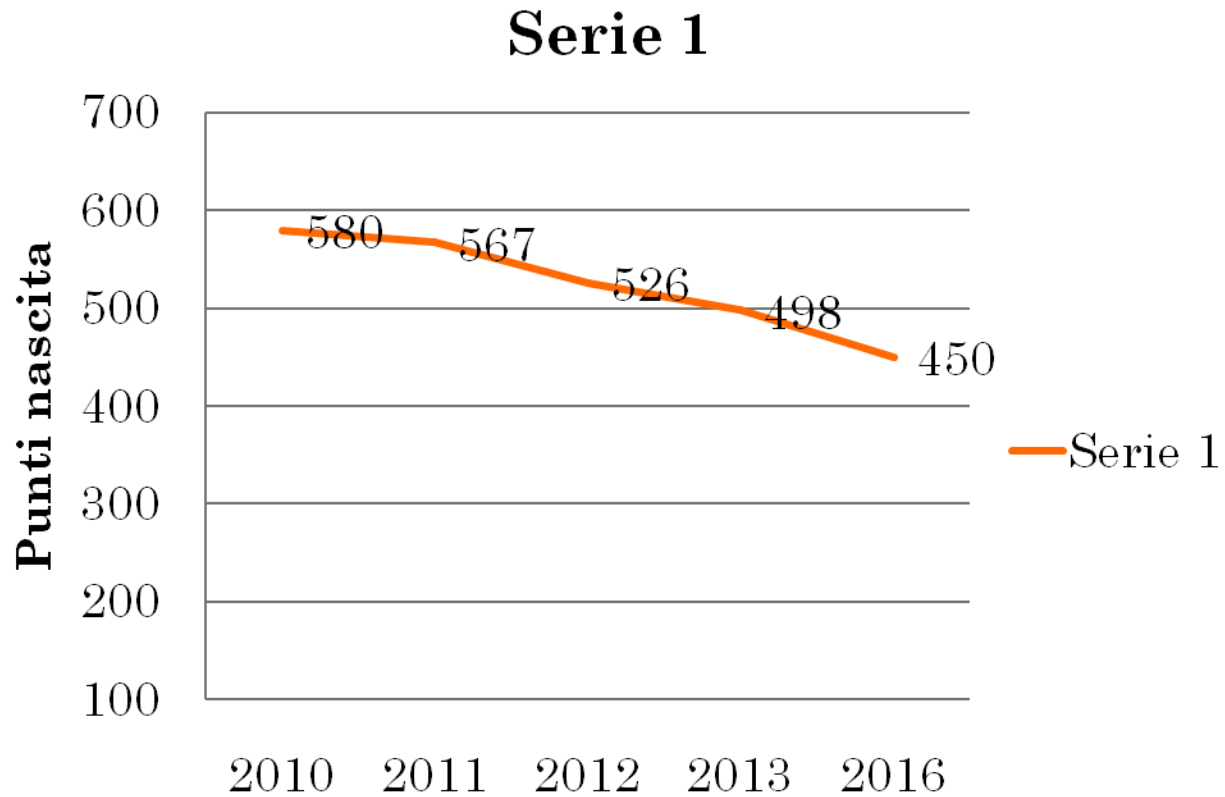
9) Monitoraggio e verifica delle attività' (Allegato 9, parte integrante del presente Accordo):

promuovere l'utilizzo di sistemi di monitoraggio delle attività', capaci di definire le ricadute cliniche e assistenziali delle attività' stesse attraverso indicatori misurabili;

promuovere una sistematica attività' di audit quale strumento di autovalutazione dei professionisti sanitari e di miglioramento della pratica clinica;

promuovere sistemi di monitoraggio e valutazione delle attività' previste dal presente accordo.

10) Istituzione di una funzione di coordinamento permanente per il percorso nascita (Allegato 10, parte integrante del presente



71% raggiunto Nazionale, 86% RER, 84% toscana, 83% Bolzano

MA

Raggiungimento obiettivi

- 71% nazionale
- 86% RER

Integrazione territorio ospedale

- 45% post nascita
- 80% pre parto
- 65% RER

Considerato che l'ambulatorio della gravidanza fisiologica a termine costituisce

il primo accesso al punto nascita *per monitorare la fisiologia, definire eventuali fattori di rischio*, riconoscere e valutare una eventuale patologia, finalizzato alla programmazione del ricovero per l'espletamento del parto e che, quindi, le prestazioni in esso effettuate *si configurano come pre-ricovero* e sono pertanto remunerate dalla tariffa onnicomprensiva relativa al ricovero e non soggette alla partecipazione alla spesa da parte della donna.


I relativi referti devono essere allegati alla cartella clinica che costituisce il diario del ricovero;

Circolare n. 13 del 23 agosto 2013:

Indicazioni alle Aziende sanitarie per l'assistenza alla gravidanza nell'ambulatori o della gravidanza fisiologica a termine organizzato e gestito da ostetriche

DELIBERA REGIONALE PRESA IN CARICO

05/07/2021



**REGOLAMENTO RECANTE
DEFINIZIONE DEGLI
STANDARD QUALITATIVI,
STRUTTURALI,
TECNOLOGICI E
QUANTITATIVI RELATIVI
ALL'ASSISTENZA
OSPEDALIERA**

53

DM 2 APRILE 2015 N. 70

II° LIVELLO

- **600–1.200.000 ab.**
- DEA II livello, discipline più complesse (es. cardiologia con emodinamica interventistica, neurochirurgia, cardiocirurgia e rianimazione cardiocirurgica, chirurgie specialistiche, endoscopia ad elevata complessità, broncoscopia interventistica, radiologia interventistica, rianimazione pediatrica e neonatale, medicina nucleare)
- **Presenti h.24** servizi di radiologia, laboratorio, servizio immunotrasfusionale

I° LIVELLO

- **150-300.000 ab.**
- DEA I livello, specialità base più ostetricia/ ginecologia, pediatria, cardiologia e UTIC, neurologia, psichiatria, oncologia, oculistica, ORL, urologia
- OBI e terapia subintensiva
- **Presenti o disponibili in rete h.24** radiologia (TAC ed Eco), laboratorio, servizio immunotrasfusionale, forme di consultazione e protocolli di trasferimento immagini e pz per patologie complesse

BASE

- **80-150.000 ab.**
- Sede di PS con numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale
- OBI
- **Supporto in rete o pronta disponibilità h.24** radiologia, laboratorio, emoteca

Modello in rete, 3 livelli complessità crescente

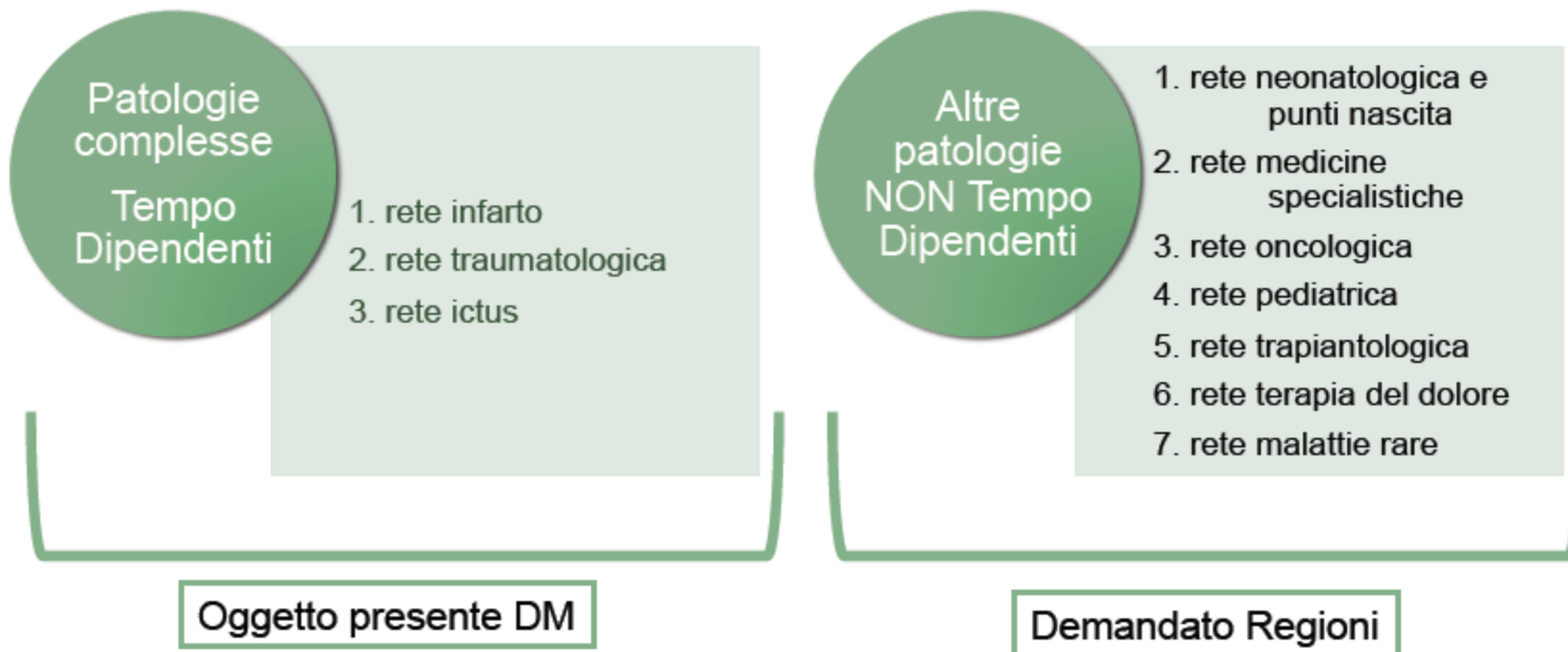
- 3,7 posti letto pr 1000 abitanti compensivi dei 0,7 per riabilitazione e lungodegenza post acuzie
- Tasso di ospedalizzazione 160/1000 abitanti
- Indice di occupazione dei posti letto del 90%
- Durata media di degenza per ricoveri ordinari a 7gg

Maternità si applicano le
soglie di volume di attività
di cui all'Accordo Stato
Regioni 16 dicembre 2010

Proporzione di tagli cesarei primari
in maternità di I livello o comunque
con < 1000 parti massimo 15%

Proporzione di tagli cesarei primari
in maternità di II livello o
comunque con > 1000 parti
massimo 25%

Le misure e le stime di riferimento
e di verifica per i volumi di attività
e gli esiti sono quelle prodotte dal
Programma nazionale esiti (PNE)
di Age.nas ai sensi del comma 25
bis dell'art. 15 della legge
135/2012.



Ad un **tavolo tecnico** viene affidato il compito di **aggiornare le LG e raccomandazioni** già esistenti e nonché di **definirne di nuove** per le reti per le quali non sono ancora disponibili, **entro un anno** dall'approvazione del presente decreto

PRESIDI OSPEDALIERI L'ATTIVITÀ DOVRÀ ESSERE SOSPESA.

- Castelnovo ne' Monti (Re), Pavullo nel Frignano (Mo) e Borgo Val di Taro (Pr).

Il ministero della salute ha concesso sui punti nascita - con meno di 500 parti all'anno solo per gli ospedali di Scandiano (Re) e per i due del cratere sismico: Mirandola (Mo) e Cento (Fe).





ACCORDO AI SENSI DEL PUNTO 8.1 DELL'ALLEGATO 1 AL DM N.70 DEL 2015 SUL DOCUMENTO

60

LINEE GUIDA PER LA REVISIONE DELLE RETI
CLINICHE-LE RETI TEMPO DIPENDENTI

1.1 Definizione di Rete clinico assistenziale

La Rete clinico-assistenziale è un modello organizzativo che assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa. La Rete individua i nodi e le relative connessioni definendone le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei cittadini¹.



validare il Piano di Rete di cui al punto 2.1.3;

definire le modalità organizzative volte a realizzare la connessione tra i nodi di Rete di cui al punto 2.1.4;

monitorare e validare i Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) di cui al punto 2.1.5;

definire il piano delle attività formative di Rete avuto riguardo dei livelli di responsabilità e delle specifiche attività dei nodi (*Hub & Spoke*) di Rete e favorendo l'integrazione tra i professionisti dei diversi nodi di cui al punto 3.4.

LA RETE PER LA NEONATOLOGIA E I PUNTI NASCITA

05/07/2021

Il modello di *governance* regionale deve essere coerente con l'organizzazione della Rete come previsto dall'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 e richiamato dal D.M. 70/2015 che individua soglie minime di volume di attività e soglie di rischio di esito riportate nelle seguenti tabelle:

| Soglie di volume di attività | |
|---|---|
| Punti Nascita di I Livello con U. O. Pediatriche/Neonatologiche di I livello | 500 - 1000 parti/anno 500 - 1000 nati/anno |
| Punti Nascita di II Livello U.O. Neonatologiche di II Livello - (Centri TIN) | >1000 parti/anno |

| Soglie di rischio di esito | |
|---|-------------|
| Proporzione di Tagli Cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1000 parti/anno | massimo 15% |
| Proporzione di Tagli Cesarei primari in maternità di II livello o comunque con > 1000 parti/anno | massimo 25% |

Con riferimento ai processi assistenziali è necessario che:

- vi sia una piena integrazione tra ambito ostetrico-ginecologico e neonatale, in particolare per la condivisione delle indicazioni al trasporto, nonché dei criteri di definizione del livello di assistenza necessario durante il trasporto;
- la ReNPuN identifichi la capacità di trattamento delle complicanze della gravidanza da parte dei nodi della rete, al fine di poter definire criteri di centralizzazione primaria delle gravidanze a rischio verso i centri in grado di trattare la specifica patologia o di gestire eventualmente la patologia fetale o neonatale;
- si implementi l'adozione del modello assistenziale a conduzione ostetrica, ove applicato, al fine di promuovere la cultura della fisiologia della nascita e può contribuire a ridurre lo *overtreatment*;
- i protocolli di invio dei mezzi di soccorso/*dispatch* relativi alla gravidanza siano concordati con gli specialisti ostetrici, identificando le parole chiave correlate a situazioni di rischio.

7.1.1 Aspetti essenziali di tipo organizzativo legati all'emergenza-urgenza

La ReNPuN deve applicare al contesto regionale le linee di indirizzo dei servizi di trasporto assistito materno (STAM) e dei servizi di trasporto neonatale d'urgenza (STEN), prodotte dal Comitato Percorso Nascita nazionale, già divulgate, che esplicano il modello organizzativo, richiedendo il rispetto e la verifica della presenza nei Punti Nascita degli standard operativi, organizzativi, di sicurezza e tecnologici individuati nell'Accordo del 16.12.2010 e ribaditi dal D.M. n. 70/2015.

7.4 I processi di supporto: la formazione

7.4.1 Rilevazione dei bisogni formativi clinico assistenziali ed organizzativi e sviluppo di programmi di formazione/aggiornamento per gli operatori della rete: sviluppo e potenziamento delle competenze ed abilità

La formazione del personale operante nella Rete deve essere basata sulla rilevazione di bisogni formativi coerenti alla funzionalità della Rete stessa (criticità, eventi avversi, inserimento di personale, nuove tecnologie, ecc.) che comprenda anche i modelli e le procedure/protocolli organizzativi interni alla Rete.

I programmi di formazione/aggiornamento, secondo quanto indicato per il Coordinamento di Rete, devono essere orientati anche allo sviluppo e al potenziamento delle competenze ed abilità, anche utilizzando tecniche di simulazione, nell'ottica del miglioramento continuo e del mantenimento dei livelli di qualità e di sicurezza delle attività erogate. In questa logica vanno

considerati la formazione continua in medicina (ECM) e tutti gli strumenti di accrescimento e di certificazione delle competenze come gli audit clinici e organizzativi e l'attribuzione dei privilegi (*privileges*).

La partecipazione del personale sanitario alla formazione, garantisce che l'intera organizzazione possa mantenere adeguati livelli di *performance* per la gestione di situazioni di urgenza-emergenza nei diversi livelli di cura secondo quanto previsto dal D.M.n.70/2015.

V- RETE PER LA NEONATOLOGIA E I PUNTI NASCITA- INDICATORI

INDICATORI DI PRIMO LIVELLO

Rappresentano indicatori direttamente implementabili sulla base dei flussi informativi disponibili e riguardano la valutazione della Rete negli aspetti più strettamente legati all'ospedalizzazione, nonché sull'uso integrato degli stessi flussi informativi, quali ad esempio CEDAP e SDO, che consentono anche una valutazione combinata dell'assistenza ospedale-territorio.

La maggior parte di questi indicatori vengono routinariamente calcolati dai flussi correnti e dal PNE e possono essere utilizzati anche ai fini del monitoraggio delle Reti.

INDICATORI DI SECONDO LIVELLO:

Non sono direttamente calcolabili a partire dai flussi informativi correnti ma possono essere implementati attraverso l'uso integrato di sistemi informativi già esistenti, quali ad esempio SDO, CEDAP, EMUR, con il Sistema Informativo Anagrafe Tributaria e possono altresì essere integrati con ulteriori indicatori *proxy* della valutazione dell'assistenza territoriale.

BALDUZZI

○ IFORMA DELLE CURE PRIMARIE (ART. 1)

L'assistenza territoriale. Arrivano gli ambulatori H24 con medici e infermieri

Le regioni organizzano l'assistenza primaria secondo modalità operative monoprofessionali denominate aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e forme organizzative multiprofessionali denominate unità complesse di cure primarie (UCCP) che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Ssn, **degli infermieri, delle ostetriche, delle tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.** Le unità complesse di cure primarie sono costituite in reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione.

D.L. 158/2012: Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più livello di tutela della salute.



L'AGGIORNAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

12 gennaio 2017

69

L'AGGIORNAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Il nuovo decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, sostituisce integralmente il precedente DPCM 29 novembre 2001, recante “Definizione dei Livelli essenziali di assistenza”.

Il provvedimento è stato predisposto in attuazione della legge di stabilità 2016 (articolo 1, commi 553 e 554, legge 28 dicembre 2015, n. 208), che ha stanziato 800 milioni di euro per l'aggiornamento dei LEA.

FOCUS: GRAVIDANZA

Aggiornamento della lista delle prestazioni sanitarie che il Servizio Sanitario Nazionale *offre gratuitamente, senza pagamento di alcun ticket*, alle coppie e alle donne in epoca preconcezionale e **durante la gravidanza e in puerperio.**

- corsi di accompagnamento alla nascita;
- assistenza in puerperio;
- colloquio con lo psicologo in caso di disagio emotivo in gravidanza e/o in puerperio;

ALL'ARTICOLO 24 DEL DECRETO SI LEGGE: IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE GARANTISCE ALLE COPPIE CONSULENZA E ASSISTENZA PER I PROBLEMI DI STERILITÀ E INFERTILITÀ E PER LA PROCREAZIONE ASSISTITA

L'elenco delle prestazioni ambulatoriali specialistiche include, infatti, l'inseminazione artificiale, la FIVET, l'ICSI e il trasferimento in utero degli embrioni ottenuti con queste tecniche. Queste prestazioni richiederanno il pagamento di un ticket che ogni Regione deciderà in autonomia.

l'articolo 49 del Decreto di aggiornamento dei LEA che riguarda la donazione delle cellule riproduttive, spermatozoi e ovociti, ora consentita in Italia per l'utilizzo nella PMA eterologa. Il Servizio Sanitario Nazionale, recita l'articolo, garantisce la selezione dei donatori e l'attività di prelievo, conservazione e distribuzione delle cellule.



MINISTERO DOCUMENTO BRO

31/10/2017

73

il Comitato Percorso Nascita nazionale che coadiuva e supporta le Regioni nella costruzione della nuova rete dei PN sulla base dell'Accordo Stato-Regioni del 16-12-2010 e del DM 70/2015, ha elaborato il documento: *Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)* che promuove modelli assistenziali per la donna con gravidanza e travaglio/parto a basso rischio in grado di affiancarsi ai modelli tradizionali. L'obiettivo è quello di incoraggiare soluzioni organizzative che rispondano non solo a criteri di qualità e sicurezza ma garantiscano una maggiore continuità nell'assistenza al peri partum. Nel contempo, si vuole offrire alla donna, debitamente informata, la possibilità di scelta del setting assistenziale, ferma restando la valutazione clinica delle sue condizioni di salute e dello specifico rischio.

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.

Il Comitato Percorso Nascita nazionale che coadiuva e supporta le regioni nella costruzione della nuova rete dei PN, anche sulla scorta delle indicazioni della letteratura internazionale, ritiene utile promuovere linee di indirizzo di tipo organizzativo per l'offerta di modelli assistenziali per la donna con gravidanza e travaglio/parto a basso rischio. Tali modelli non devono essere considerati sostitutivi di quelli in essere, bensì in grado di affiancarsi ad essi con l'obiettivo di promuovere soluzioni organizzative che rispondano non solo a criteri di qualità e sicurezza ma garantiscano una maggiore continuità nell'assistenza in gravidanza, parto e puerperio, offrendo alla donna,

Si sottolinea, a tal proposito, che la gestione in autonomia da parte delle ostetriche delle gravidanze BRO è specificamente prevista dall'Accordo del 16-12-2010 nonché nella Linea guida "Gravidanza fisiologica", prodotta dal Sistema Nazionale Linee Guida dell'ISS.

Attualmente, ai modelli organizzativi di *Gestione autonoma BRO* in UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia, si affiancano altre due modalità nelle quali viene data alle ostetriche altrettanta piena autonomia di assistenza a gravidanze BRO: i cosiddetti centri nascita "*freestanding*", cioè esterni ai presidi sanitari e gli "*alongside*", ossia aree collocate nello stesso edificio dell'Unità Operativa (UO) di ostetricia o adiacenti e direttamente collegati ad esso. Le *Aree funzionali BRO*, cui fanno riferimento le presenti Linee di indirizzo, appartengono a questa seconda tipologia.



DELIBERAZIONE DI GIUNTA N. 2050 DEL 18 NOVEMBRE 2019.

77

“Percorso Nascita: Indicazioni alle Aziende sanitarie per garantire la sicurezza del parto con taglio cesareo e la continuità delle cure tra ospedale e territorio a madree bambino”

DELIBERA

gli obiettivi :

- - garantire la continuità delle cure tra ospedale e territorio e, in particolare, un appropriato passaggio in cura della diade madre e bambino al momento della dimissione dal punto nascita;
- - garantire la sicurezza delle donne sottoposte a taglio cesareo e del loro neonato

- di approvare i documenti elaborati dalla Commissione “PercorsoNascita”, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento:
- a) “Continuità delle cure. Dimissione della mamma e del bambino dal punto nascita” (allegato 2);
- b) “Buone pratiche clinico-organizzative per il taglio cesareo” (allegato 3)

| | |
|--------------------------------------|---|
| Risultati attesi | <p>Entro il 30 giugno 2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le Aziende dovranno elaborare ed implementare proprie procedure condivise con tutti i servizi/professionisti coinvolti nel percorso per garantire la presa in carico di mamma e bambino dopo la dimissione dal punto nascita; - A livello regionale dovrà essere prodotta una cartella del neonato che contenga le informazioni utili che riguardino il puerperio da consegnare ai neogenitori al momento della dimissione. |
| Indicatori per la valutazione | <ul style="list-style-type: none"> - N. donne utenti per visite e consulenze in puerperio presso il consultorio familiare/totale donne che hanno partorito nell'anno; - N. neonati per cui è stato scelto il pediatra di famiglia entro 3 giorni dalla nascita/tot. neonati nell'anno; - Tassi di allattamento completo a 3 mesi. |

**Risultati
attesi**

Entro il **30 aprile 2020** le Aziende devono produrre o aggiornare le procedure aziendali in materia di taglio cesareo;

**Indicatori per
la valutazione**

- produzione (o aggiornamento) della procedura aziendale
- adesione al flusso informativo sulla specifica check list di sala operatoria-taglio cesareo

DIPARTIMENTO DI CURE PRIMARIE

- Il sistema di produzione del Distretto è organizzato secondo un'organizzazione dipartimentale:

struttura organizzativa complessa costituita da U.O. e moduli organizzativi che erogano le cure primarie.

*CONSULTORIO FAMILIARE-1° LIVELLO-PUNTI
DECENTRATI. L'OSTETRICA È LA FIGURA DI
RIFERIMENTO NUCLEI DI CURE PRIMARIE*

. Assicura :

- assistenza ostetrica di base alla gravidanza
- assistenza al puerperio e all'allattamento
- informazione e colloquio sulla contraccezione
- colloquio per problemi di sterilità e preconcezionale
- consulenza ostetrica, pap test.

2° LIVELLO-È ASSICURATO NEL DIPARTIMENTO DI CURE PRIMARIE DAL CONSULTORIO FAMILIARE

- come Unità Operativa.
- Assicura il collegamento con il primo livello , gli interventi di educazione sanitaria, l'attività ostetrico ginecologica
- diagnostica e terapeutica ambulatoriale, attività psicologica,
- consulenza e terapia sessuale, gestione dello screening.
- E' il punto di riferimento per la salute sessuale, relazionale e riproduttiva dei singoli, delle coppie, della famiglia.

INTEGRAZIONE DISTRETTO-OSPEDALE

- L'integrazione fra il Dipartimento di cure primarie e i Presidi Ospedalieri riguarda principalmente:
 - • Dimissione protetta-devono essere previsti protocolli clinici e organizzativi per garantire l'appropriatezza e la continuità delle cure al di fuori dell'ospedale in rapporto con i MMG e la famiglia
 - • Assistenza specialistica-

INTEGRAZIONE DISTRETTO-OSPEDALE

- Percorso nascita-finalità di monitoraggio delle gravidanze fisiologiche e a rischio, umanizzazione del parto, dimissione precoce e assistenza a domicilio
- della puerpera, dimissione precoce del neonato,
- corretta dimissione del neonato affetto da patologia.
- Programma di screening per la prevenzione e trattamento dei tumori femminili
- I programmi di cure palliative

IL PROGRAMMA NAZIONALE ESITI

sviluppa nel Servizio Sanitario Nazionale la valutazione degli esiti degli interventi sanitari, che può essere definita come: **Stima**, con disegni di studio osservazionali (non sperimentali), dell'occorrenza degli esiti di interventi/trattamenti sanitari.

05/07/2021





DI CHE COSA SI TRATTA

Il Programma Nazionale Esiti è un'attività istituzionale del Servizio sanitario italiano e fornisce valutazioni comparative a livello nazionale sull'efficacia, la sicurezza, l'efficienza e la qualità delle cure prodotte nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

Le misure di PNE sono strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel SSN. PNE non produce classifiche, graduatorie, giudizi.



| | | | | | | | | |
|--------------------|---|----|----|--------|-------------|---------|---------|--------|
| CH. ONCOLOGICA | Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attivita' > 135 casi | 33 | % | =100 | 80 –100 | 50 –80 | 30 –50 | < 30 |
| | Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno | 17 | % | ≤ 5 | 5– 8 | 8– 12 | 12– 18 | > 18 |
| | Intervento chirurgico per TM polmone: mortalita' a 30 giorni | 17 | % | ≤ 0.5 | | 0.5– 3 | | > 3 |
| | Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalita' a 30 giorni | 8 | % | ≤ 2 | 2– 4 | 4– 7 | 7– 10 | > 10 |
| | Intervento chirurgico per TM colon: mortalita' a 30 giorni | 25 | % | ≤ 1 | 1– 3 | 3– 6 | 6– 8 | > 8 |
| GRAVIDANZA E PARTO | Proporzione di parti con taglio cesareo primario | 80 | % | ≤ 15 | 15– 25 | 25– 30 | 30– 35 | > 35 |
| | Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio | 10 | % | ≤ 0.20 | 0.20– 0.70 | | | > 0.70 |
| | Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio | 10 | % | ≤ 0.30 | 0.30– 1.2 | | | > 1.2 |
| OSTEOMUSCOLARE | Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni | 90 | % | ≥ 70 | 60 – 70 | 50 – 60 | 40 – 50 | < 40 |
| | Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico | 10 | gg | < 2 | 2 – 4 | 4 – 6 | 6 – 8 | ≥ 8 |

ONDA (OSSERVATORIO NAZIONALE SALUTE DELLA DONNA)

- si l'impegno nel promuovere, anche all'interno degli ospedali, un approccio "di genere" nella definizione e nella programmazione strategica dei servizi socio-sanitari, che è indispensabile per garantire il diritto alla salute non solo delle donne ma anche degli uomini.

GLI OBIETTIVI ONDA

creare un network di ospedali a "misura di donna"
sempre più all'avanguardia nella prevenzione,
diagnosi e cura delle patologie femminili;
contribuire ad una scelta consapevole da parte
dell'utente attraverso un confronto diretto tra i
servizi offerti dalle diverse strutture;
dare voce alle pazienti sui servizi premiati

COSA SONO I BOLLINI ROSA?

- I Bollini Rosa sono il riconoscimento che Onda attribuisce dal 2007 agli ospedali italiani ‘vicini alle donne’, ossia quelle strutture che offrono servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali patologie femminili, riservando particolare attenzione alle specifiche esigenze dell’utenza rosa
- Nel sito www.bollinirosa.it è possibile consultare le schede di tutti gli ospedali con i relativi servizi premiati, esprimere un giudizio in base alla propria esperienza e conoscere i servizi gratuiti offerti in occasione delle iniziative “Ospedali a porte aperte”.



Ministero della Salute

Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria

**Piano Nazionale della
Prevenzione
2020-2025**

LE PRINCIPALI AREE DI INTEGRAZIONE RIGUARDANO:

- - cronicità e connessione con il relativo Piano Nazionale;
- - malattie trasmesse con gli alimenti
- - malattie trasmesse da vettori
- - gestione delle emergenze epidemiche umane ed animali, incluso il COVID-19;
- - igiene urbana veterinaria;
- - produzione, commercio ed impiego di prodotti chimici tra cui i fitosanitari;
- - prevenzione del “rischio chimico”
- - rapporti con la rete oncologica, i registri tumori, i Distretti e i Medici di Medicina Generale e i **Pediatrati di Libera Scelta** (MMG e PLS);
- - **promozione della salute in gravidanza e nei primi 1000 giorni;**
- - integrazione delle tematiche ambientali con quelle relative alla promozione della salute
- - relazioni con l'INAIL riguardo l'esposizione dei lavoratori a rischi chimici o fisici.

PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2020-2025

la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente) che, riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi sono interconnesse, promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente-animali-ecosistemi. **One Health**

L'approccio **life course** consente di ridurre i fattori di rischio individuali e rimuovere le cause che impediscono ai cittadini l'accesso ad ambienti e a scelte di vita salutari, mettendo in atto l'azione preventiva già a partire dai primi 1.000 giorni, cioè nel periodo che intercorre tra il concepimento e i primi due anni di vita del bambino

PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2020-2025

L'elemento strategico di innovazione del PNP 2020-2025 sta nella scelta di sostenere il riorientamento di tutto il sistema della prevenzione verso un “approccio” di Promozione della Salute, rendendo quindi trasversale a tutti i Macro Obiettivi lo **disviluppo strategie di empowerment e capacity building** raccomandate dalla letteratura internazionale e dall'OMS

È necessario, quindi, disporre di sistemi flessibili di risposta, con capacità di richiamare su temi emergenti risorse umane per i compiti da svolgere in tempi rapidi. Questa capacità di reazione alle emergenze **va preparata con formazione di operatori di tutti i settori**, che al momento opportuno possano lavorare in **sinergia su** uno stesso obiettivo.

MMG e PLS sono figure chiave per favorire **l'health literacy e l'empowerment dei cittadini** e per contrastare le disuguaglianze. Pertanto, è necessario il loro attivo coinvolgimento, nell'ambito delle attività territoriali di promozione della salute, prevenzione e assistenza sanitaria primaria, affinché la loro azione sia di coerente supporto agli obiettivi nazionali di prevenzione.

Non solo medici : infermieri di famiglia e comunità ostetriche consultorio e famiglia i dirigenti sanitari non medici

ART. 3.

(APPLICAZIONE E DIFFUSIONE DELLA MEDICINA DI GENERE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE)

predispone, con proprio decreto, un piano volto alla diffusione della medicina di genere mediante divulgazione, formazione e indicazione di pratiche sanitarie che nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura tengano conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale in modo omogeneo sul territorio nazionale.

PIANO PER L'APPLICAZIONE E LA DIFFUSIONE DELLA MEDICINA DI GENERE (IN ATTUAZIONE DELL'ARTICOLO 3, COMMA 1, LEGGE 3/2018)

A.2) Promuovere, sulla base dei dati epidemiologici, la prevenzione e la diagnosi precoce delle patologie in un'ottica di genere

A.2.3)

Obiettivo Promuovere programmi di screening e loro monitoraggio in un'ottica di genere

Attori Ministero della Salute, ISS, AGENAS, Regioni, Enti e Aziende del SSN

indicatori Programmi di screening realizzati Report sui programmi di screening

IL PNP 2020-2025 PERSEGUE, INOLTRE

05/07/2021

l'approccio di genere come un cambio di prospettiva e culturale affinché la valutazione delle variabili biologiche, ambientali e sociali, dalle quali possono dipendere le differenze dello stato di salute tra i sessi, diventi una pratica ordinaria al fine di migliorare l'appropriatezza degli interventi di prevenzione e contribuire a rafforzare la “centralità della persona”.

La dimensione del genere consiste, dunque, in un approccio da prevedere e sostenere in ogni ambito e settore per evitare stereotipi e definire strategie volte ad evitare disuguaglianze.

L'INCONTINENZA URINARIA FEMMINILE

è spesso chiamata "malattia silenziosa" perché le **donne** che ne soffrono raramente ne parlano al proprio medico. Eppure si tratta di una patologia molto comune, che coinvolge circa 3 milioni di donne in Italia.

viene da pensare che i **problemi di incontinenza** vadano di pari passo con l'età. Non è così. Qualsiasi donna potrebbe essere soggetta a **perdite di urina** e in circa il 20% dei casi i disturbi compaiono addirittura prima dei 30 anni. L'**incontinenza** spesso è dovuta ad un indebolimento del **pavimento pelvico**, ad un'ipermobilità dell'**uretra** o ad una diminuzione del tono sfinterico dell'uretra

L'incontinenza coinvolge in Italia 5 milioni di persone, di cui il 60% sono donne ed è l'ultimo tabù medico, qualcosa di cui è difficile parlare perché questo disturbo risveglia sensazioni di vergogna, inappropriatezza, timidezza e tanto altro ancora



MANCATA LIBERA SCELTA E LA QUALITÀ DEI DISPOSITIVI MEDICI",

di contro, Regioni, Centrali Acquisto ed ASL, specialmente in periodo di spending review, si battono per indire Gara d'appalto in regime di monopolio.

Ragione e buonsenso non prevalgono, atteso che si continua a non considerare simili dispositivi "infungibili e di qualità". Tali gare solo apparentemente fanno risparmiare, in realtà attivano costi indiretti sulle ASL/Regioni, e sulla pelle dei pazienti

NO STANDARD DI ASSORBENZA

Per non parlare dell'inquinamento ambientale: il mancato riciclo, lo smaltimento e il conseguente inquinamento provocato dai pannoloni, pannolini per neonati e assorbenti per l'igiene intima delle donne

Riduzione dei costi per il conferimento dei rifiuti all'impianto di trattamento.

- Riduzione di gas serra
- CO2 risparmiata nell'area in cui opera il sistema

SE IN OGNI ASL ITALIANA FOSSE CREATI “CENTRI RIABILITATIVI PROVINCIALI PREMesso CHE IL PANNOLONE È LA SCONFITTA DELL’INCONTINENZA, NON LA SOLUZIONE, È DOVEROSO PRECISARE CHE LE

per la prevenzione e la cura dell'incontinenza" si otterrebbero un considerevole risparmio di denaro pubblico ed un inquinamento ambientale azzerato, soddisfacendo le necessità delle persone che utilizzano il pannolone, riuscendo sin anche a riavvicinare i Cittadini al mondo della politica.

L'attuale sistema nazionale di assistenza protesica, tuttavia, non è in grado di rilevare e quantificare il valore generato dai costi diretti e indiretti connessi al trattamento dell'incontinenza.

PREVENZIONE INCONTINENZA URINARIA

05/07/2021

Prevenzione (FKT pre e post partum)
Modificazioni del comportamento
Riabilitazione / terapia comportamentale

