

DGR n. 34-8769 del 12/05/2008**Piano socio-sanitario regionale 2007-2010. Area materno-infantile: definizione obiettivi ed indicatori del “Percorso Nascita”.**

Lo sviluppo di specifiche politiche sanitarie e sociosanitarie progettuali e attuative è un compito istituzionale della Regione finalizzato ad introdurre, sostenere e modulare nel sistema socio-sanitario piemontese risposte, interventi e azioni appropriate ed efficaci in ambito preventivo e curativo, che siano coerenti con l'evoluzione del quadro epidemiologico e con le disponibilità e le opportunità tecniche adeguate e sostenibili.

Il Piano Socio-Sanitario Regionale 2007-2010 di cui alla L.R. n. 18 del 6 agosto 2007 ed alla DCR 137-40212 del 24 ottobre 2007 mette al centro la persona, i suoi bisogni di salute, declina i principi ispiratori sulla scorta dei quali ridefinire l'organizzazione e la gestione dell'intero sistema regionale ed indica le aree prioritarie che richiedono azioni particolari, di intervento integrato e intersettoriale, in ragione della rilevanza dei problemi di salute sottesi e/o della complessità delle risposte socio-sanitarie conseguenti.

Tra le predette aree la tutela della gravidanza e dell'evento nascita, per il rilievo delle sue implicazioni sociali e sanitarie, costituisce elemento prioritario delle strategie regionali finalizzate alla promozione e tutela della salute della popolazione.

Al fine di porre in atto detta azione specifica è risultato necessario attivare un Gruppo di lavoro¹, ex art. 33 L.R. 51/97, cui assegnare, nell'ambito di intervento di cui trattasi, i seguenti obiettivi:

- proposte per il consolidamento della rete dei servizi compatibile con la domanda di salute e con le risorse disponibili e la definizione dei percorsi assistenziali riconducibili a quest'area;
- analisi delle relazioni di rete;
- verifica dell'attività e della messa in rete dei consultori della Regione;
- promozione dell'uso appropriato dell'ospedalizzazione e della risposta alla domanda di salute posta “in urgenza”.

Premesso quanto sopra descritto e ritenuta necessaria l'elaborazione di obiettivi ed indicatori di risultato per il riordino delle attività relative all'area materno-infantile, tenuto conto di quanto disposto con D.G.R. n. 43-2860 del 15.05.2006 che ha approvato i principi, i criteri, le modalità per l'attivazione e la gestione di gruppi di lavoro finalizzati all'elaborazione di linee di

¹ CAMPOGRANDE Mario, Responsabile DMI - ASO OIRM/S.Anna
GHIOTTI Maria Paola, Pediatra, consulente Regione Piemonte
GIOLITO Maria Rosa, Ginecologa, Responsabile Coordinamento Regionale Consultori Familiari
NIZZA Daniela, funzionario dell'Assessorato Sanità - Regione Piemonte
MASPOLI Maria, funzionario dell'Assessorato Sanità - Regione Piemonte, individuata come riferimento amministrativo
PATRUCCO Giovanna, Pediatra, consulente Regione Piemonte
RABACCHI Grace, rappresentante ARESS (Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari)
RAMELLA Cristina, funzionario dell'Assessorato Politiche Sociali - Regione Piemonte
STURLESE Ugo, coordinatore vicario del gruppo di lavoro “assistenza specialistica a livello ospedaliero e ambulatoriale”
VALPREDA Andrea, vice segretario FIMP nazionale
VELLAR Giampiero, psicologo ASL 12
VIBERTI Gabriella, coordinatore vicario del gruppo di lavoro “assistenza distrettuale”

indirizzo progettuale e programmatico in ambito sanitario, con Determinazione n. 165 del 18.05.2007 del Direttore regionale della Programmazione sanitaria è stato istituito un Gruppo di lavoro che definisse un approccio territoriale omogeneo nell'ambito dell'area materno-infantile.

Il Gruppo di lavoro, in attuazione dei criteri stabiliti dalla predetta determinazione dirigenziale, nel definire una metodologia di lavoro ha previsto specifici momenti di approfondimento con i competenti Settori degli Assessorati "Tutela della salute e Sanità" e "Welfare e Lavoro", al fine di garantire un coordinamento generale nell'ambito delle macroaree funzionali assistenziali e delle aree strumentali di governo.

Il Gruppo di lavoro ha valutato opportuno identificare prioritariamente i cinque percorsi assistenziali fondamentali:

- Percorso Genitorialità Responsabile
- Percorso Nascita
- Percorso Crescita
- Percorso Cronicità
- Percorso Adolescenza

e definire in modo congiunto il termine "percorso" che sottintende uno sviluppo temporale (successione dei controlli, evoluzione temporale dell'evento) e uno sviluppo spaziale, attraverso i servizi preposti presenti sul territorio, per garantire la maggiore linearità possibile ai percorsi.

Si è valutato opportuno avviare i lavori a partire dal Percorso Nascita cogliendone gli aspetti peculiari finalizzati a garantirne la maggiore linearità possibile attraverso la collaborazione di tutti gli operatori sanitari coinvolti: medici di medicina generale, ginecologi, ostetriche, neonatologi-pediatri e, laddove la domanda di salute della donna richieda altri interventi, gli specialisti specifici.

Il documento elaborato si articola in due parti : A) Premesse Generali e B) Percorso Nascita, allegati al presente provvedimento quali parti integranti e sostanziali. Tali allegati definiscono strategie di azioni e programmi di intervento al fine di comporre il percorso appropriato per l'assistenza alla gravidanza-parto-nascita, ponendo l'attenzione sugli obiettivi specifici e sui relativi indicatori.

Il documento elaborato ha ripreso il quadro di riferimento normativo intorno all'assistenza in gravidanza che si è andato definendo negli ultimi anni nonché le Linee-Guida e Raccomandazioni che, sotto il profilo scientifico, sono state prodotte dalle Società Scientifiche legate alla disciplina e dalle agenzie governative di alcuni Paesi (USA, Canada, Regno Unito).

L'assistenza alla gravidanza è livello assistenziale essenziale da garantire in modo uniforme su tutto il territorio regionale attraverso il Percorso Nascita secondo quanto delineato nel Progetto obiettivo Materno Infantile (Decreto 24 aprile 2000) assunto dal Decreto sui LEA (Decreto 14 febbraio 2001).

Il Percorso Nascita va inteso come programma coordinato tra Regione, Aziende Sanitarie Regionali(ASR) e Dipartimenti Materno Infantili delle singole ASR per il perseguimento degli obiettivi di Piano e, localmente come coordinamento degli interventi sanitari, educativi, sociali che attengono alla gravidanza, parto, perinatalità.

Partendo da tali presupposti i profili assistenziali lungo la gravidanza, parto, nascita si pongono i seguenti obiettivi generali:

- favorire il benessere delle gravida e del feto;
- identificare i fattori di rischio e le relative azioni di protezione;
- sottolineare la priorità assoluta della distinzione tra decorso a basso rischio (fisiologico) e decorso patologico ad ogni passaggio del percorso;
- rendere note le caratteristiche della rete assistenziale trasversale (territorio-ospedale-territorio) e verticale (livelli assistenziali differenziati).

Il Percorso Nascita si intende attuato attraverso rapporti coordinati e collaborativi dei diversi livelli di responsabilità:

1. ad ogni ASR spetta la definizione quantitativa e qualitativa delle strutture attraverso le quali si sviluppa il Percorso Nascita della azienda (Consultori Familiari, Punti Nascita, reti assistenziali definite a livello locale o regionale), nel rispetto delle indicazioni del PSSR e delle leggi nazionali di riferimento e in relazione alla domanda/offerta del proprio territorio (leggibile sia come domanda che come offerta dai dati SDO, Cedap, Flussi ministeriali);
2. alle ASR, in collaborazione tra loro all'interno dell'AFS competono le funzioni sovrazionali relative alla rete TIN - diagnostica prenatale- analgesia in travaglio;
3. al responsabile del DMI, referente della realizzazione del collegamento funzionale tra i vari servizi coinvolti nel Percorso Nascita, compete il raggiungimento degli obiettivi qualitativi relativi alle strutture del Dipartimento stesso contestualizzati nell'ambito assistenziale locale attraverso i profili assistenziali. I Direttori di struttura semplice o complessa e di Distretto collaborano al raggiungimento degli obiettivi dettagliati nel presente provvedimento per le parti di loro competenza in un approccio che sia efficiente e razionale.

Ogni ASR deve, pertanto, elaborare ed approvare il proprio Percorso Nascita, integrato dalle indicazioni relative alle competenze sovrazionali suddette, nel rispetto degli obiettivi contenuti nel presente provvedimento e delle disposizioni degli altri atti di riferimento.

Il monitoraggio e la valutazione dei Percorsi Nascita sono fin da ora possibili attraverso la lettura dei flussi consolidati. E' in predisposizione presso l'Assessorato un sistema di lettura dei dati che potrà rendere omogenea ed immediata la modalità di monitoraggio e valutazione che sarà oggetto di un successivo provvedimento regionale.

Tutto ciò premesso il relatore propone alla Giunta regionale di recepire i documenti allegati alla presente deliberazione : A) "Premesse Generali", "B) Percorso Nascita", quali parti integranti e sostanziali.

Visti

- Legge n. 405 del 29 luglio 1975 " Istituzione dei Consultori Familiari";
- Legge n. 194 del 22 maggio 1978 " Norme per la tutela sociale della maternità e sulla interruzione volontaria di gravidanza";
- Decreto 10 settembre 1998 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità;
- Raccomandazioni relative al Percorso Nascita proposte dalla Regione Piemonte nel '98 ai Dipartimenti Materno-infantili, successivamente integrate (Delibera 9 luglio 2001) con le

linee emanate dal Decreto ministeriale 24 aprile 2000 “Progetto Obiettivo Materno Infantile”;

- Decreto legislativo n. 286 del 25 luglio 1998 T.U. delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, art 35;
- DGR 6 aprile '99 n. 4-27001 che definisce la rete regionale di assistenza perinatale ospedaliera;
- Decreto 29 novembre 2001 “ Definizione dei livelli essenziali di assistenza”;
- Legge 8 marzo 2000, n. 53 “ Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città”;
- Decreto 16 luglio 2001, n. 349 che reintroduce il Certificato di Assistenza al Parto per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla nati mortalità ed ai nati affetti da malformazioni;
- DGR n. 80 –5989 del 14 maggio 2002 “ Modalità di accesso e rimborsi per le prestazioni accessorie a favore degli uremici cronici. Per il parto a domicilio e per l’ossigenoterapia iperbarica” e relativo Profilo Assistenziale per l’assistenza extraospedaliera al parto;
- DPR 7 aprile 2006 “ Piano Sanitario Nazionale 2006-2008”;
- L.R. 16 del 2 maggio 2006 "Modifiche all'articolo 9 della legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1 (Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento)";
- DGR 22-4914 del 18 dicembre 2006 “Individuazione dei soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali competenti in materia di gestanti ai sensi della L.R.16/2006 e definizione dei criteri, procedure e modalità di esercizio delle funzioni”;
- DGR n. 3-6466 del 23 luglio 2007 “Rete regionale di assistenza intensiva neonatale”;
- L.R. n. 18 del 6 agosto 2007 “Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale” ;
- D.C.R. n. 137 – 40212 del 24 ottobre 2007”Piano socio-sanitario regionale 2007-2010;
- DGR n. 11-7983 del 7 gennaio 2008 “Approvazione Linee-Guida in materia di interventi a favore dei minori non riconosciuti”;
- DGR n.13-8266 del 25 febbraio 2008 “Progetto regionale protezione, promozione, sostegno dell’allattamento al seno: verso un Regione amica di mamma e bambino”.

Visto il parere positivo del Co.Re.Sa. espresso in data 30 aprile 2008.

La Giunta Regionale, a voti unanimi

d e l i b e r a

- di approvare, per le motivazioni espresse in premessa, i documenti di cui agli Allegati A) e B) al presente provvedimento, “Premesse Generali”, e “Percorso Nascita”, quali parti integranti e sostanziali. Tali allegati definiscono strategie di azioni e programmi di intervento al fine di comporre il percorso appropriato per l’assistenza alla gravidanza–parto–nascita, ponendo l’attenzione sugli obiettivi specifici e sui relativi indicatori;
- di dare atto che ogni ASR deve elaborare ed approvare il proprio Percorso Nascita, integrato dalle indicazioni relative alla rete TIN - diagnostica prenatale- analgesia in travaglio, da organizzare a livello di AFS, nel rispetto degli obiettivi contenuti nel presente provvedimento e delle disposizioni degli altri atti di riferimento;
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi per la Regione Piemonte.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell’art. 61 dello Statuto.

ALLEGATO A

PREMESSA GENERALE

La Regione nell'ambito dell'area materno-infantile identifica cinque percorsi assistenziali fondamentali:

- Percorso Genitorialità Responsabile
- Percorso Nascita
- Percorso Crescita
- Percorso Cronicità
- Percorso Adolescenza

l'area convenzionalmente identificata con riferimento a mamma e bambino, va piuttosto intesa nella sua accezione allargata come area che comprende, ovviamente, entrambi i genitori – maternità e paternità responsabile, genitorialità condivisa e che nella sua dimensione longitudinale accoglie la domanda di salute della adolescenza.

Nei sopraddetti percorsi si integrano i percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali specifici per situazioni peculiari di tipo clinico e/o sociale.

Rispetto ai percorsi fondamentali la Regione definisce gli obiettivi, i guadagni di salute attesi e gli indicatori regionali, nel rispetto del Progetto Obiettivo Materno-Infantile nazionale, e, nella consapevolezza dell'importanza della valutazione degli indicatori da parte dei Dipartimenti Materno-Infantile aziendali (DMI), prevede come principale strumento di valutazione l'audit clinico relativo ai percorsi avviando il processo per la valorizzare delle riunioni di audit in crediti formativi .

Le ASR e le comunità di riferimento elaborano i propri percorsi calati nella specifica realtà del loro territorio, aggiungendo obiettivi e indicatori aziendali al fine di prevedere adeguati interventi sui determinanti di salute. Il percorso aziendale è una strategia che trova le sue basi nel profilo di salute della comunità come declinato nel Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR) 2007-2010 “*l'elaborazione del profilo di salute rappresenta lo stimolo all'azione degli amministratori ma anche per la popolazione: sulla base del profilo la comunità locale può essere in grado di pervenire alla progettazione coordinata di un piano di salute che individui linee ed obiettivi concreti per lo sviluppo sostenibile sotto il profilo sanitario, includendo valutazioni etiche, ambientali, sociali ed economiche ed anche tecniche*”

“La multifattorialità dei determinanti della salute impone che le soluzioni non si producano esclusivamente negli investimenti nella crescita dei servizi sanitari ma si sviluppino anche e soprattutto negli interventi sullo stato dell'ambiente, sulle condizioni sociali ed economiche, sugli stili di vita, sulle relazioni tra persone e tra queste e le comunità in cui vivono” PSSR 2007-2010.

La logica della strutturazione dell'assistenza come “percorso” appare attualmente la più congrua ed appropriata alle esigenze dei cittadini e alle risorse disponibili del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) in quanto potenzialmente in grado di:

- garantire la continuità delle cure;
- aumentare il grado di soddisfazione e di sicurezza dell'utente;
- aumentare il grado di qualificazione e soddisfazione degli operatori;
- ridurre le procedure e gli interventi inappropriati e ripetuti;
- permettere una valutazione complessiva ed appropriata di tutto il sistema assistenziale;

- indurre un utilizzo appropriato delle risorse materiali e umane.

I Percorsi assistenziali vanno intesi come:

1. sequenze logiche, economiche, comprensibili di prestazioni EBM (Evidence Based Medicine) finalizzate al mantenimento o recupero della salute nella accezione più ampia;
2. processi partecipati in cui i soggetti (utenti) possono esprimere appieno il diritto di scelta ed esplicitare il loro progetto di salute in una alleanza con le istituzioni preposte (Sanità, Politiche sociali, Sport. Scuola, ecc);
3. strumenti per una valutazione che coniughi gli indicatori di efficienza con quelli di efficacia;
4. strumenti per una valorizzazione degli interventi ancorata alle evidenze scientifiche degli stessi, impossibile da applicare se la prestazione è presa singolarmente, esclusivamente ancorata ad una valorizzazione poco dinamica e basata sui costi di produzione;
5. strumenti per una crescita collettiva nell'ambito dei diritti/doveri nei confronti del Servizio Sanitario pubblico;
6. strumenti per una crescita individuale nei confronti del diritto alla salute e del ruolo personale per la realizzazione del proprio progetto di salute;
7. strumenti per superare le rigidità organizzative creando la rete tridimensionale lungo la quale i percorsi si svolgono: dimensione orizzontale = legami tra servizi dedicati alle cure primarie; dimensione verticale = legami tra servizi di cure primarie e cure specialistiche;
8. strumenti cui si applichi la metodologia del "governo clinico";
9. strumenti per garantire l'azione sistematica e collettiva indispensabile per ottenere adeguati livelli di sicurezza per i pazienti.

I cinque percorsi fondamentali sono rivolti all'utente principale (donna, bambino, adolescente) nel contesto del suo nucleo familiare, per cui le " cure" devono essere intese come presa in carico e sostegno delle problematiche del nucleo.

I cinque percorsi, ben lungi dall'esaurirsi nell'ambito strettamente sanitario, debbono mettere in rilievo le forti interrelazioni con gli altri ambiti nei quali i percorsi si svolgono (contesto sociale, scuola, ecc) alla luce di quanto sottolineato nel PSSR 2007-2010 " *La perdita del livello di salute è determinato in modo sempre più evidente dalla interrelazione di fattori biologici, fisici, chimici, ma anche da cause sociali. La collocazione sociale influenza non solo l'insorgenza dello stato di malattia determinandone la frequenza e la gravità, ma anche il decorso ed il suo esito*". Nell'ambito della tutela materno-infantile l'assunto ha particolare rilevanza poiché incide non solo sul singolo individuo ma anche sulla generazione successiva determinando lo stato di salute della società futura.

Un investimento socio-sanitario sulla donna e sulla salute delle nuove generazioni, accompagnato da un forte investimento culturale sui nuovi genitori, fin dalla nascita e prima ancora, puntando in particolare alla procreazione responsabile, al rinforzo della relazione di attaccamento, nella direzione del rinforzo delle competenze genitoriali, alla promozione di stili di vita infantile salubri, costituisce sicuramente un elemento di promozione e di prevenzione primaria, di familizzazione e umanizzazione della nascita e della crescita, presupposto per la **salute** delle età successive.

Le donne e le nuove generazioni, due settori forti della popolazione, per le loro caratteristiche di relazioni intra ed extra familiari e per il patrimonio di salute proprio del neonato/bambino, sono capaci di produrre salute per l'intera popolazione.

I percorsi debbono dunque essere orientati verso gli obiettivi declinati dal PSSR 2007-2010:

- *salute come diritto inalienabile di ogni individuo e come interesse della collettività*
- *centralità della prevenzione nelle sue articolazioni di: 1) sistema di prevenzione primaria; 2) sistema di prevenzione secondaria attraverso interventi dimostratamente efficaci; 3) promozione individuale e collettiva di comportamenti e stili di vita sani; 4) informazione e comunicazione del rischio*
- *applicazione dei criteri di dignità, di umanizzazione e di giustizia (accoglienza che tuteli i diritti, faciliti l'accesso e rispetti il tempo delle cittadine e dei cittadini)*
- *coinvolgimento degli Enti locali*
- *informazione e rappresentazione del sistema come patrimonio democraticamente disponibile (sistema socio-sanitario informativo)*
- *integrazione funzionale, intersettoriale ed interistituzionale*
- *equità, con riferimento ai diversi gradi di fragilità biologica e sociale; sobrietà, austerità*
- *forte priorità dell'assistenza extraospedaliera e delle cure primarie*
- *organizzazione della rete ospedaliera per livelli di competenza e specializzazione*
- *attenzione agli aspetti formativi e partecipativi di tutti gli operatori*

Il **Percorso** è un modello organizzativo e assistenziale che garantisce l'assistenza, l'accompagnamento e il sostegno al nucleo familiare nel contesto del suo ambiente di vita o nella struttura più idonea alla situazione, attraverso:

- presa in carico efficace ed efficiente;
- superamento della parcellizzazione della risposta che deve essere tracciabile anche dal punto di vista informatico;
- integrazione con tutti i servizi coinvolti dalla problematica su cui si interviene;
- trasparenza dell'offerta, in relazione e a confronto con la domanda di salute espressa dal nucleo familiare;
- qualità della comunicazione tra gli operatori e tra operatori e nucleo familiare, ivi compreso il consenso informato;
- attenzione alla sicurezza, per la quale sono necessari non soltanto clinici esperti, ma anche processi di cura ben disegnati ed adeguati supporti organizzativi.

Preso in carico non significa estromissione del nucleo familiare dalla problematica ma anzi deve, da una parte, contenere la delega, dall'altra, deve confrontarsi con i modelli di salute del nucleo familiare per arrivare ad un progetto comune che garantisca la congruità della domanda di intervento e la congruità delle risposte ai bisogni reali; che ponga gli interventi in serie e non in parallelo e li storicizzi in modo comprensibile per gli assistiti, portando anche ad una nuova sensibilità rispetto ai rischi reali della gravidanza, dell'età neonatale, dell'età pediatrica fino all'adolescenza e rispetto alla valutazione dell'urgenza delle prestazioni richieste.

L'assistenza lungo i percorsi deve portare la donna/coppia e più avanti il ragazzo/a ad essere in grado di prendere decisioni informate, basate sui propri bisogni, avendo discusso gli elementi con i professionisti coinvolti.

“ Nel contesto specifico del percorso assistenziale l’individuo deve essere reso partecipe e consapevole delle cure poiché è lui stesso attore della buona riuscita delle scelte assistenziali. Non siamo di fronte a processi di cura “oggettivi” da imporre ai cittadini ma a percorsi di cura da tradurre nel contesto culturale e sociale in cui vive la persona; è in questa fatica quotidiana che i servizi e gli operatori debbono mostrare la loro professionalità nel ruolo di “traduzione” e “mediazione” nei confronti del bisogno. E’ in questa relazione che si collocano le iniziative di informazione, di educazione e di partecipazione dei singoli, dei gruppi di cittadini” PSSR 2007-2010.

I percorsi si configurano pertanto da una parte come il terreno di confronto e dialogo tra il modello di assistenza richiesta dalla donna/coppia e le risposte Evidence Health Care (EHC) possibili, dall’altra, inteso come metodo per creare sistema, per dare ordine e per misurare, si configura come la risposta programmata, condivisa, basata su evidenze scientifiche (Evidence Based Medicine e Evidence Health Care), valutabile attraverso indicatori di processo e di risultato, nei confronti dei bisogni specifici.

OBIETTIVI

L’obiettivo, da una parte, è un nucleo familiare con RISORSE di cura (empowerment² della donna/madre e della coppia genitoriale), che **insieme** al SSR promuova la salute della gravida e la salute del neonato, la salute del bambino e dell’adolescente, dall’altra un servizio che proponga una “esperienza” di percorso appropriato (collegamento con altri servizi, ascolto, efficienza ed efficacia delle prestazioni, ecc) in una fase di particolare sensibilità per costruire un rapporto di fiducia che consenta, anche nelle età successive, l’utilizzo ottimale dei servizi a disposizione.

Il nucleo familiare con risorse di cura e un SSR che dialoga con esso vuole dire anche il superamento delle diseguità attualmente esistenti principalmente nei confronti dei cittadini stranieri. Particolare attenzione va posta nella presa in carico della gravidanza e cura al neonato/bambino per le donne extracomunitarie alla luce delle seguenti criticità: ridotte conoscenze della situazione (clandestinità), minore conoscenza delle “culture” dietro la domanda esplicita e/o non espressa, problemi linguistici che possono limitare la comprensione dei messaggi, scarsa conoscenza dei servizi preposti e modalità per accedervi, limitata conoscenza epidemiologica della salute delle popolazioni di origine.

GUADAGNI DI SALUTE ATTESI:

I guadagni di salute attesi (= **riduzione** dell’incidenza o prevalenza degli eventi o delle condizioni che si vogliono prevenire e **incremento** di quelle da favorire) sono oggetto del monitoraggio regionale e costituiscono gli **indicatori di risultato dei Percorsi Regionali dell’area materno-infantile:**

² Promozione dell’autonomia personale, definita dall’ Health Evidence Network (HEN 2006) del WHO come processo di aumento della capacità degli individui o dei gruppi di compiere delle scelte e di trasformare quelle scelte nelle azioni e nei risultati voluti, per costruire i diversi beni collettivi e per migliorare l’efficienza e l’imparzialità del contesto organizzativo ed istituzionale che governa gli stessi

- IVG; maternità /paternità responsabile
- malformazioni fetali
- mortalità: fetale, neonatale, infantile, materna, pediatrica 0-5 anni, 1-14 anni, 14-24 anni
- esiti invalidanti infantili da cause perinatali
- depressione materna postpartum
- medicalizzazione dei percorsi (es: tasso di taglio cesareo (TC), tasso induzioni travaglio, codici bianchi in DEA, screening senza appropriato rapporto costo/beneficio, ecc.)
- tasso di ospedalizzazione in età pediatrica
- domiciliazione nelle patologie croniche
- incidenza malattie prevenibili tramite vaccinazione
- presa in carico tempestiva nella insufficienza d'organo
- gravidanze /Interruzioni volontarie gravidanza (IVG) in età adolescenziale
- tossicodipendenza in età adolescenziale
- patologie psico-relazionali in età pediatrica/adolescenziale
- disabilità
- supporto socio-sanitario adeguato nei casi di disabilità
- maltrattamento e abuso in età pediatrica
- inserimento tempestivo di ogni bambino in famiglia (affido, adozione)

Salute degli operatori:

- contenziosi medico-legali
- burn-out degli operatori
- turn over

Salute del sistema

- contenimento costi dell'assistenza
- contenimento della medicina difensiva, sintomo della mancanza di comunicazione del sistema con l'utente
- rivalutazione figure professionali appropriate
- riduzione della "privatizzazione" dell'assistenza alla gravidanza con messa in rete dei percorsi tra pubblico e privato
- efficienza dei collegamenti tra i diversi percorsi
- efficienza dei collegamenti tra le diverse reti assistenziali

Dal punto di vista sanitario, i **Percorsi realizzano i livelli essenziali e appropriati di prevenzione, di assistenza ostetrica e pediatrica/neonatologica/adolescenziale**, attraverso il collegamento funzionale fra servizi e risorse umane dedicate, con l'obiettivo di implementare il rispetto della fisiologia e dell'ambiente relazionale del nucleo familiare e l'efficacia dell'assistenza lungo tutto il percorso.

All'interno dei percorsi possono essere compresi interventi di tipo trasversale che riguardano tutta la popolazione di riferimento, secondo modalità di coinvolgimento dei cittadini che prevedano l'informazione e il recepimento del consenso (es. screening neonatali, vaccinazioni, ecc.). Tali interventi debbono rispondere ai criteri di alta sensibilità e specificità, utilità ai fini prognostici e rapporto ottimale costi/benefici.

I Percorsi si articolano in: **profili di assistenza**³, che, all'interno dei percorsi aziendali, dovranno essere declinati operativamente con specificazione di chi fa che cosa, come e insieme a chi.

³ Profilo assistenziale = strumento operativo con il quale un gruppo di professionisti e di operatori stabilisce di gestire, sfruttando nel modo migliore possibile le risorse a disposizione, un determinato problema di salute e con il quali gli

I profili saranno organizzati in modo da offrire il massimo della continuità dell'assistenza sia all'interno del singolo servizio sia tra un servizio e l'altro (es. consultorio- ospedale-consultorio/ medici di medicina generale (MMG)/ Pediatri di famiglia (PdF)/ Neuropsichiatria Infantile (NPI)/Servizi di Psicologia).

La continuità va garantita non solo tra le varie fasi dei percorsi ma anche nel rinsaldare i legami di rete tra i servizi, valutando le modalità più appropriate, nel rispetto della privacy, per realizzare il passaggio bidirezionale delle informazioni tra servizi che si occupano dello stesso nucleo familiare (NPI, servizi di psicologia, Servizio Tossicodipendenze (SERT), Dipartimento Salute Mentale (DSM), Servizi Sociali, ecc) per esempio attraverso protocolli di intesa tra servizi e attraverso l'accompagnamento del soggetto al consenso. Comunicare alle gestanti e ai loro partners i compiti dei vari Servizi coinvolti e il loro modo di interagire, permette di evitare forme di manipolazione delle informazioni e di costruire un reale spazio di lavoro comune tra i diversi operatori.

La comunicazione tra operatore e utenti all'interno di ogni fase è importante che tenga in debito conto le tecniche di comunicazione (counselling).

La “qualità” del processo di comunicazione è attributo fondamentale dell'efficacia, dell'equità, della trasparenza ed accettabilità del percorso, può essere misurata nei suoi effetti complessivi dagli indicatori di risultato, mentre negli aspetti specifici potrebbe essere oggetto di indagini campionarie attraverso questionari/interviste alle donne/coppie.

Ogni percorso si propone un guadagno di salute (individuale e/o collettiva) che deve essere esplicitato e condiviso con gli utenti e tra gli operatori; ogni fase deve essere tracciabile attraverso i flussi relativi ai debiti informativi obbligatori, e, se del caso, con flussi ad hoc e deve essere compatibile con le iniziative già in essere a livello regionale o aziendale.

Il percorso individuale deve altresì essere tracciabile sia per l'utente che per il professionista di riferimento (*case manager*) e per quelli che occasionalmente vengono in contatto con la donna gravida, con il bambino, con l'adolescente, attraverso un documento che ne segua e ne documenti la storia clinica: **Agenda di Gravidanza** (in fase di predisposizione) e **Agenda della salute: dalla nascita all'adolescenza**.

Per la attuazione dei diversi Percorsi proposti a livello regionale è indispensabile che in ogni ASR vengano elaborati e realizzati i rispettivi Percorsi aziendali che, rispettando le indicazioni regionali, rispondano alle esigenze locali e coinvolgano nella loro estensione la partecipazione di tutti i servizi interessati. Tale elaborazione deve soddisfare i quattro principi guida della efficacia ed appropriatezza clinica, sicurezza e gestione del rischio, efficienza ed appropriatezza organizzativa, soddisfazione degli utenti e degli operatori.

stessi si rendono disponibili ad un sistematico confronto con la realtà effettiva al fine di individuare tutti i possibili interventi migliorativi nel rispetto di quanto viene stabilito, sul piano diagnostico terapeutico nell'ambito delle linee guida. IL PROFILO è uno STRUMENTO DI LAVORO.

L'elaborazione e realizzazione dei Percorsi Aziendali e di progetti interaziendali (tra ASL e ASO, tra ASL e ASL nell'ambito della AFS) costituiscono un necessario sviluppo dei percorsi assistenziali definiti a livello regionale.

Per ogni percorso debbono dunque essere individuati gli interventi :

- ♦ efficaci, appropriati, sostenibili, “tracciabili” nei flussi;
- ♦ in quali servizi/strutture possano essere eseguiti;
- ♦ con quali professionalità;
- ♦ con quali indicatori di processo e di risultato, corredati dai valori di partenza e quelli cui arrivare;
- ♦ la modalità di offerta attiva⁴ del “percorso” (informazione, coinvolgimento);
- ♦ con quali collegamenti con altre iniziative già attive in Regione e/o nell'Azienda.

Lungo ciascuno dei percorsi è opportuno sia attivabile la rete di sostegno psicologico attraverso la realizzazione di sinergie tra servizi, istituzioni, iniziative presenti nel territorio. Il sostegno ai percorsi va visto come :

- collaborazione nella sensibilizzazione e formazione degli operatori per aumentarne le competenze nella decodifica dei messaggi della donna/coppia/bambino/ragazzo al fine di intercettare precocemente le situazioni che potrebbero giovare del sostegno psicologico;
- disponibilità alla presa in carico delle donne/coppie/bambini/ragazzi che lo richiedano o che vengano segnalati da altri servizi;
- disponibilità al sostegno degli operatori sia singoli che in gruppo.

La rete di sostegno psicologico all'interno dell'Azienda deve essere identificabile da operatori e cittadini.

Lungo ciascuno dei percorsi deve essere attivabile l'intervento dei **Servizi sociali** secondo modalità stabilite localmente.

L'integrazione dei Servizi Sanitari e Sociali, nel rispetto delle specifiche competenze e risorse, è fondamentale per la definizione degli interventi di tutela e di prevenzione rivolti al singolo, alla coppia e al nucleo familiare problematici.

Alla base dei percorsi deve esserci un importante impegno per la diffusione della “cultura del sostegno” a fronte delle caratteristiche della popolazione a rischio che in presenza di nuclei problematici manifesta una spiccata tendenza alla chiusura, all'isolamento e alla diffidenza verso i Servizi.

I determinanti di molte situazioni di sofferenza psichica e disagio psicosociale : conflitti e disfunzioni familiari precoci, violenza e trascuratezza intrafamiliare, grave depressione materna, dipendenza parentale da alcool e droghe, forte marginalità ed esclusione sociale sono situazioni

⁴ processo comunicativo che sfrutta tutti i potenziali canali sinergicamente operanti, a partire da quelli istituzionali ma con grande impiego di quelli già costituiti e/o riconoscibili e/o creati ad hoc nella comunità, con modalità tarate sulle specifiche caratteristiche delle persone e dei gruppi di popolazione da coinvolgere, nella consapevolezza della complessità delle dimensioni in cui la comunicazione è iscritta (fisica, relazionale, psicologica, etica, culturale, sociale e antropologica) Istituto Superiore Sanità

riscontrabili nel 5-10% dei nuovi genitori e possono essere cause o concause di esiti psicopatologici.

Ciò che qualifica i bambini e le famiglie a rischio psicosociale non è il singolo fattore o situazione isolata, ma l'accumularsi di più problematiche su diversi piani quali: povertà, difficoltà socio-economiche, malattia mentale o devianza dei genitori, pratiche educative e stili di accudimento distorti, abusi, conflittualità familiari (es. neonato non riconosciuto, gravidanza in minorenne, maltrattamento e abuso, mancanza di supporto familiare e/o sociale, deprivazione socio-economica, monoparentalità, multiculturalità legata ai processi migratori, mancata integrazione socio-culturale).

Di fronte a queste situazioni di rischio vanno identificati i fattori protettivi che possono entrare in gioco, quali interventi possano prevenire o minimizzare gli effetti negativi in bambini sottoposti a situazioni difficili.

Una componente protettiva deriva da fattori interni (il carattere del bambino, autostima) che, secondo autori diversi, possono entrare in gioco per un 20% - 50%, mentre quelli esterni o prevalentemente tali come la qualità delle relazioni di attaccamento, gli stili genitoriali, la presenza di altre figure adulte di riferimento, gli elementi di connessione sociale giocano un ruolo altrettanto importante. Agendo su questi fattori in età precoce e all'atto della costituzione delle relazioni stesse (= periodo perinatale) è possibile rafforzare entrambe le categorie dei fattori protettivi e più tardi interrompere carriere di disagio.

E' importante avviare una strategia generale di interventi di supporto psicosociale e culturale alla genitorialità sia nelle situazioni difficili che come elemento di cultura generale.

Non c'è bisogno di nuovi servizi bensì di un nuovo modo di lavorare all'interno dei servizi che già esistono. L'approccio alla nuova famiglia deve essere un approccio multidisciplinare ed integrato. Questo modo di lavorare consiste in primo luogo nell'andare incontro alla domanda esplicita o sommersa (il più delle volte la domanda non è esplicita), e essere disponibili o meglio ancora favorire l'ascolto delle famiglie. Essere in grado di fare "offerta attiva" di tutte le prestazioni essendo ben consapevoli che chi meno ha meno chiede e proprio queste fasce di popolazione sono quelle che vanno raggiunte con più urgenza.

Essere in grado di realizzare servizi a bassa soglia cioè cercare i miglioramenti e non le soluzioni: essere capaci di operare nell'ottica della riduzione del danno.

Il supporto in situazioni di disagio socioculturale e ambientale o di rischio psico-relazionale, si realizza con aiuti pratici, informativi e assistenziali mirati, non appena possibile, attraverso l'intervento degli operatori dei servizi sociali e di igiene mentale e delle mediatrici culturali, su segnalazione specifica.

Il passaggio di informazioni tra gli operatori deve avvenire secondo criteri di rapidità e trasparenza.

Individuata e costituita la rete integrata dei Servizi, è necessario costruire e realizzare i progetti di intervento rivolti alla promozione delle potenzialità individuali e all'utilizzo delle risorse territoriali.

La donna, la coppia, il nucleo familiare devono essere resi partecipi e consapevoli degli interventi proposti poiché essi sono gli artefici della buona riuscita delle scelte assistenziali

GOVERNO CLINICO

Nell'ambito dei Percorsi Genitorialità Responsabile, Nascita, Crescita, Cronicità, Adolescenza, la disponibilità di indicatori di processo e di risultato, facenti parte dei flussi correnti, pone gli operatori ed i policy makers nella situazione di poter efficacemente esercitare il governo clinico secondo quanto proposto dal Ministero della Salute sui principi del governo clinico come approccio di sistema complessivo che comprende il paziente, i professionisti e l'organizzazione.

Tali dati permettono pertanto ad ogni azienda di leggere le sue criticità (attraverso apposito programma Cedap-CSI in corso di elaborazione) e di implementare le conseguenti azioni di miglioramento. Permettono alla Regione di programmare una azione di supporto ai programmi aziendali di miglioramento, basata su un lavoro di analisi con i professionisti relativo agli indicatori di processo e di risultato della loro ASR, in rapporto alle altre ASR alla luce dei dati di evidenza scientifica, contribuendo alla realizzazione del "governo clinico" nella sua accezione di "costruzione delle condizioni necessarie ad una attenzione sistematica e continuativa alla qualità dell'assistenza".

Inoltre con riferimento all'obiettivo di TRASPARENZA dei percorsi delle singole aziende i dati di risultato devono diventare patrimonio comune della popolazione, attraverso la Carta dei Servizi e attraverso la pubblicazione sul sito delle ASR, proprio per realizzare quella partecipazione collettiva alle scelte di politica sanitaria che costituiscono uno dei capisaldi del PSSR 2007-2010 e per consentire la libera scelta dell'individuo nella realizzazione del proprio progetto di salute.

Il monitoraggio degli indicatori, letti principalmente a livello di Dipartimenti, riguarda, oltre ai risultati di salute attesi, il monitoraggio delle iniziative aziendali/dipartimentali relative alla promozione degli stili di vita congrui, alla trasparenza dei percorsi, e alla strutturazione della rete dei servizi coinvolti. Per una lettura agevole dei dati è indispensabile la integrazione dei flussi informatizzati e la piena condivisione da parte degli operatori sulla imprescindibile veridicità nella registrazione del dato, sulla importanza della raccolta dei dati e della lettura degli stessi.

L'articolazione in percorsi sottolinea il principio secondo il quale non si possono affrontare i problemi settorialmente né dal punto di vista clinico-assistenziale né per quanto riguarda la valutazione, che non può essere analizzata come sommatoria dei risultati di ogni singola componente assistenziale in quanto risultato degli sforzi congiunti di più componenti sanitarie ed extrasanitarie.

ALLEGATO B

PERCORSO NASCITA

La cornice è costituita dal PSSR 2007-2010, dal PSN 2006-2008, dal Progetto Obiettivo Materno-Infantile aprile 2000 e dalle Carte Internazionali (Convenzione sui diritti del fanciullo dell'ONU, OMS – Unicef , Dichiarazione degli Innocenti) recepite a livello nazionale.

Il Percorso Nascita⁵ regionale e aziendale non può che fondare le sue basi nel Profilo della salute riproduttiva materno-infantile del territorio, quale “descrizione quantitativa e, soprattutto, qualitativa dello stato di salute di mamma e neonato nel territorio considerato e dei suoi fattori di criticità, direttamente connesso alle funzioni di informazione e comunicazione del rischio, di selezione partecipata delle priorità e di valutazione di impatto degli interventi attuati” (PSSR 2007-2010) (vedi Rapporto “Nascere in Piemonte” maggio 2007⁶).

PREMESSA

La tutela della gravidanza e dell'evento nascita, per il rilievo delle sue implicazioni sociali e sanitarie, costituisce elemento prioritario delle strategie regionali finalizzate alla promozione e tutela della salute della popolazione.

Nel contesto regionale caratterizzato da:

- tasso di natalità del 8,59 per mille (nazionale 9,4); tasso grezzo di fecondità del 38,75 (nazionale 40,6) (ISTAT 2005)
- lieve ripresa della natalità (parti + 1,5% tra 2004/2005, + 2% tra 2005/2006) dovuta in parte all'aumento di giovani donne straniere che partoriscono (18,3% delle partorienti nel 2005, 20,2% nel 2006) (dati Certificati Assistenza al Parto (Cedap)/ Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO));
- percentuale di gravidanze programmate pari a 65,9% (ricerca finalizzata, denominata 6+1, del Ministero della Salute, dati relativi alla regione Piemonte);
- percentuale di primipare 55,5%, mentre le pluripare sono il 45,5% (dati Cedap 2003-2005)
- su 50.180 gravidanze iniziate nel 2006 (dato SDO 2006 = somma dei parti + aborti spontanei ospedalizzati + IVG) il 17,8% sono esitate in interruzioni volontarie di gravidanza (IVG), il 9,6%, in aborti spontanei ospedalizzati, il 72,5% in parti, di cui pretermine sotto 37 settimane di gestazione il 7,2%, in particolare molto pretermine, cioè di età gestazionale inferiore/uguale a 32 settimane, l' 1,3%;
- età media al parto di 30,8 anni (31,4 per le donne italiane e 27,6 per le straniere) (dati Cedap 2003-2005);
- decorso della gravidanza segnalato come fisiologico sui Cedap nell'82,4% dei casi (dato sovrapponibile a quello italiano ISTAT 2001)
- trend in continuo aumento per quanto riguarda la medicalizzazione della gravidanza (es. 37,4% con più di 4 ecografie in gravidanza) (dati Cedap 2003-2005);
- medicalizzazione del parto (tasso di tagli cesarei (TC) pari al 30,7% dei parti, induzione di travaglio nel 16% dei parti vaginali, episiotomia nel 48% dei parti vaginali; riconducibile ad un

⁵ Per **Percorso Nascita** si intende un modello organizzativo e assistenziale che garantisca l'assistenza, l'accompagnamento e il sostegno alla donna/coppia e neonato durante la gravidanza, il travaglio, il parto ed il dopo parto, nel contesto del suo ambiente di vita (Nascere in Piemonte, 2007; pag. 80)

⁶ Pubblicazione a cura dell'Assessorato tutela della salute e sanità della Regione Piemonte, reperibile sul sito regionale www.regione.piemonte.it, Sanità; Servizi Sanitari; Dip. Materno Infantile; pubblicazioni per gli operatori.

decorso di travaglio e parto completamente fisiologici circa il 9% dei parti) (dati Cedap 2003-2005);

- mortalità perinatale ⁷ ancora comprimibile (natimortalità ⁸ del 2,5 per mille, mortalità infantile ⁹ del 3,2 per mille) (dati Cedap/SDO);
- abortività spontanea tasso grezzo 112,9 (nazionale 127,65) (ISTAT 2003) spie di possibile danno ambientale insieme con l'incidenza di neonati di basso peso
- utilizzo disomogeneo e poco appropriato dei servizi (servizi privati per l'assistenza in gravidanza per il 73,6% delle gravide, servizi pubblici per la nascita: per il 98,1%);
- scarsa realizzazione della continuità assistenziale tra i servizi per la gravidanza e quelli per il parto
- sottoutilizzo di modalità assistenziali dimostratamente utili (es. corsi di accompagnamento alla nascita, misurazione sinfisi-fondo, ecc); sovrautilizzo di procedure assistenziali dimostratamente inappropriate (es. TC iterativo di routine, episiotomia di routine, cardiocografia (CTG), ecc); scarso impatto delle "tradizionali" iniziative di miglioramento; assistenza ancora troppo legata a scelte personali non scientificamente motivate;
- progressivo aumento di utilizzo di procedure diagnostiche e terapeutiche complesse ed invasive che inducono aumento dei costi e possibile aumento di rischi iatrogeni
- difformità di utilizzo dello screening prenatale e diagnostica prenatale invasiva fra donne italiane e straniere (diagnostica prenatale non invasiva 61,3 % delle gravide italiane, 35,4% nelle gravide straniere);
- presenza di gravidanze "fragili": richiesta di IVG, abuso di droghe o di sostanze dopanti, abuso parentale di alcool, mancanza di supporto familiare e/o sociale, deprivazione socio-economica, mancata integrazione socio-culturale.

La realizzazione di un **modello assistenziale partecipato** (Percorso Nascita) permette di affrontare le criticità e di porsi degli obiettivi di salute concreti per il maschio e la femmina in età riproduttiva, per la coppia mamma- bambino nel periodo di gestazione e nascita ma anche, per entrambi, nelle età successive. In letteratura, nell'ambito della medicina perinatale, numerose sono le evidenze scientifiche che sorreggono le prassi assistenziali Evidence Based Medicine (EBM), ma la sfida per il percorso nascita è quella di arrivare all' "HEALTH CARE EVIDENCE" (EHC).

Accanto agli indicatori di risultato (incidenza IVG, malformazioni fetali, mortalità materna, mortalità fetale, neonatale, infantile, disabilità legate alla nascita, ritardo crescita intrauterina, prematuranza, depressione postparto) **verranno monitorati a livello regionale e locale gli indicatori di processo in relazione al:**

- **rispetto della fisiologia** (% di TC nelle classi 1,3,5 di Robson¹⁰, % induzioni travaglio, attaccamento precoce al seno, allattamento al seno esclusivo durante la degenza ospedaliera, curva di decadimento dell'allattamento al seno, % episiotomie, operatori presenti in sala parto a seconda della tipologia del parto, tecniche di contenimento del dolore in travaglio, personalizzazione dei tempi di degenza) con riferimento ai valori proposti dall'OMS ed agli standard regionali;
- **presa in carico della gravidanza a rischio e/o della gravidanza complicata** (profili assistenziali specifici condivisi tra servizi di base e servizi specialistici, concentrazione della

⁷ Mortalità perinatale : morte antenatale + morte intra-parto + morte tra 0 e 6 giorni di vita post-natale rapportata al totale dei nati vivi + morti x 1000.

⁸ Natimortalità : nati morti rapportati alla somma di tutti i nati vivi e nati morti x 1000. Il nato morto è il bambino che non dà segni di vita al momento della nascita

⁹ Mortalità infantile è il numero di bambini morti nel primo anno di vita dal parto per 1000 nati vivi.

¹⁰ La classificazione di Robson identifica 10 categorie di donne al momento del parto sulla base delle caratteristiche ostetriche della gravidanza e travaglio: parità, genere, presentazione, età gestazionale, tipo travaglio. Entro ciascuna delle classi, mutuamente esclusive, è possibile analizzare la frequenza di ricorso al parto cesareo

sorveglianza e dell'assistenza al parto presso i servizi regionali appropriati per il caso, riduzione numero neonati trasportati)

- **equità percorso** donne straniere versus donne italiane (riduzione delle differenze di accesso ai servizi e alla diagnostica, garantendone l'offerta comprensibile e facilitata, presenza di persona di fiducia al momento del parto tra popolazione italiana e straniera); differenze di percorsi a seconda della residenza; differenze di percorsi in relazione al livello socio-culturale dell'utenza;
- **riduzione interventi inappropriati** (diagnostica eseguita in tempi non corretti – ecografie, analisi di laboratorio es. monitoraggio situazione relativa al virus dell'epatite B (Hbs Ag), ecc.; riduzione invasività dei controlli in travaglio);
- **continuità dell'assistenza** lungo il percorso (percentuale di donne che esegue controlli in più servizi (rilevabile da Cedap, trasmissione dati dal consultorio all'ospedale, utilizzo dell'Agenda regionale della Gravidanza (in corso di predisposizione), attivazione collegamento informatico tra Consultorio e Punto Nascita, percentuale di 1° Bilancio di Salute pediatrico (BdS) effettuato entro 15 giorni); collegamenti con gli altri servizi (es. Neuropsichiatria Infantile, Servizi di Psicologia, ecc.);
- **salute del sistema** analisi dei costi dei Percorsi, turn over personale, tipologia personale coinvolto, efficienza del collegamento percorso nascita-percorso crescita (epoca del 1° BdS, passaggi in pronto soccorso (DEA) nel 1° mese di vita, passaggi ambulatoriali 1° mese di vita), riduzione della ospedalizzazione per acuzie nel primo mese di vita;
- **trasparenza del sistema** offerta attiva del Percorso (modalità per raggiungere la popolazione bersaglio, iniziative specifiche per i diversi target relative alla promozione della salute e degli stili di vita congrui), condivisione dei profili assistenziali da parte di tutti i servizi coinvolti, Carta dei Servizi, adozione Agenda regionale della Gravidanza, pubblicazione dati sul sito aziendale.

Il Percorso Nascita si articola in fasi successive: **profili di assistenza**¹¹

- ♦ preconcezionale,
- ♦ gravidanza,
- ♦ travaglio/parto/nascita,
- ♦ puerperio,
- ♦ primi giorni di vita del neonato,
- ♦ presa in carico pediatrica del bambino,
- ♦ presa in carico di servizi territoriali (consultori, MMG) per quanto riguarda la donna.

Le premesse al Percorso Nascita nella sua interezza sono che:

- “la gravidanza è un normale processo fisiologico e come tale ogni intervento offerto dovrebbe avere benefici riconosciuti ed essere accettabile alla donna gravida” (Royal College of Obstetricians and Gynaecologist (RCOG));
- la gravidanza con elementi di rischio o di patologia richiede profili assistenziali specifici che si inseriscono nel Percorso Nascita generale
- in termini di valutazione (appropriatezza, efficacia, equità, economicità, gradimento da parte dell'utenza e degli operatori) e di politiche di implementazione/miglioramento, le varie fasi del percorso non possono essere trattate singolarmente ma nel loro continuum di cui il momento

¹¹ Profilo assistenziale = strumento operativo con il quale un gruppo di professionisti e di operatori stabilisce di gestire, sfruttando nel modo migliore possibile le risorse a disposizione, un determinato problema di salute e con il quali gli stessi si rendono disponibili ad un sistematico confronto con la realtà effettiva al fine di individuare tutti i possibili interventi migliorativi nel rispetto di quanto viene stabilito, sul piano diagnostico terapeutico nell'ambito delle linee guida. IL PROFILO è uno STRUMENTO DI LAVORO.

parto/nascita rappresenta la parte terminale non estrapolabile da quanto succede prima e dopo;

- deve essere garantito, lungo tutto il percorso, il massimo della sicurezza e della qualità delle cure con il massimo rispetto della fisiologia degli eventi, secondo il principio definito dall'OMS della "massima sicurezza garantita con il livello più basso di medicalizzazione compatibile con ogni singolo caso";
- il percorso deve essere strutturato in modo da garantire la continuità assistenziale, attraverso la condivisione all'interno dei servizi e tra i servizi delle linee assistenziali e del loro razionale, e attraverso una organizzazione che favorisca, nei successivi incontri, il contatto della gravida con lo stesso operatore o con minima variazione di operatori lungo il percorso;
- la strutturazione del Percorso deve realizzare l' "offerta attiva" come modalità operativa di impatto sulla sanità pubblica sia in relazione all'attuazione dell'art. 32 della Costituzione sia come obbligazione professionale. Creare le condizioni per aumentare le capacità dei singoli di "cercare salute" , promuovere la capacità di chiedere aiuto è il presupposto per poter offrire un aiuto reale.

Si individuano nei Consultori, nei Punti Nascita e nella Rete regionale delle Terapie Intensive neonatale (TIN)¹² i servizi pubblici che garantiscono l'efficienza del percorso nascita e nella figura professionale dell'ostetrica la professionalità più indicata a garantire la continuità assistenziale nel percorso fisiologico.

Si auspica che, a fronte della elevata percentuale di donne che scelgono per il monitoraggio della loro gravidanza servizi privati e per il parto servizi pubblici, i percorsi nascita aziendali prevedano l'offerta attiva del percorso pubblico, l'adeguata informazione sullo stesso, la valorizzazione delle azioni rivolte alla omogenizzazione dei profili assistenziali, nonché stretti rapporti anche con gli operatori privati di cui può essere strumento l'Agenda regionale della gravidanza che la donna porta con sé lungo tutto il percorso e che veicola, oltre alle informazioni per la donna in ordine alle misure di prevenzione primaria e secondaria ed alla normativa vigente in tema di diritti connessi con la gravidanza, le informazioni cliniche raccolte in servizi diversi.

FASI

La suddivisione in **fasi** è funzionale al documento, nel Percorso reale deve essere garantita la continuità "fluida" degli interventi nel contesto di una personalizzazione del percorso che tenga preventivamente in debito conto il grado di adesione (compliance) della singola donna al percorso (esempio classico la frequenza o meno della donna ai corsi di accompagnamento alla nascita).

Il Percorso Nascita si interrompe quando si realizza una impossibilità a proseguire la gravidanza: compito dei servizi, in questi casi, è accompagnare la donna al percorso relativo alla situazione verificatasi (aborto spontaneo, interruzione volontaria di gravidanza, interruzione terapeutica di gravidanza).

¹² La DGR 3-6466 " Rete Regionale di Assistenza Intensiva Neonatale" definisce la rete delle TIN come parte integrante della Rete Regionale di Assistenza Intensiva Perinatale che sarà definita con successivo provvedimento

FASE PRECONCEZIONALE

L'intervento riguarda l'informazione e la sensibilizzazione verso le azioni di prevenzione primaria e secondaria relative ad una maternità e paternità responsabile. L'azione coinvolge gli attori delle cure primarie: medici di medicina generale (MMG), consultori familiari, pediatri di famiglia (PdF) ed i servizi deputati alla divulgazione dei messaggi (progetti di promozione alla salute per corretti stili di vita) e quelli che potrebbero offrire sinergie) (es. farmacie, servizi vaccinali, servizi per adolescenti,).

La fase preconcezionale, dal punto di vista clinico, prevede un Bilancio di salute¹³ preconcezionale per la coppia, soprattutto per la prima gravidanza, ad opera del MMG in collaborazione con il ginecologo e con l'ostetrica del consultorio o privati.

Le modalità di attuazione degli interventi assistenziali si collocano all'interno delle Linee Guida nazionali - Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali 2004 (ASSR) - e internazionali - National Institute for Clinical Excellence (NICE)¹⁴.

In base al DM 10 settembre 1998¹⁵ gli esami del sangue previsti dalle linee guida (LG) per gli accertamenti preconcezionali sono a totale carico del SSN e non prevedono partecipazione alla spesa da parte dell'utente se rispettato il tipo e l'epoca dell'esame.

Il bilancio di salute preconcezionale, che dovrebbe essere effettuato da tre a cinque mesi prima di programmare la gravidanza, deve essere documentato alla coppia e costituire il primo elemento della Agenda regionale della Gravidanza.

Il servizio o il professionista deve predisporre agili collegamenti con gli eventuali specialisti necessari ai problemi che possono emergere (es infertilità, rischio genetico, ecc) e tenere le fila delle consulenze.

Il Bilancio di salute preconcezionale è l'occasione per interventi personalizzati relativi alla promozione degli stili di vita opportuni per un decorso fisiologico della gravidanza e per una anamnesi mirata alla intercettazione del rischio riproduttivo nonché del rischio di depressione.

¹³ I bilanci di salute sono momenti di incontro tra professionista e "utente" finalizzati ad un confronto sulla salute individuale. Vanno programmati in modo tale da concedere ad entrambi una opportunità di dialogo al di fuori della condizione di malattia acuta.

¹⁴ Il NICE è un'organizzazione indipendente che ha il mandato dal Servizio Sanitario Inglese di fornire ai professionisti indicazioni e strumenti guida per la promozione della salute, la prevenzione e la cura delle malattie.

¹⁵ GU n 245 del 20/10/1998 "Aggiornamento del decreto ministeriale del marzo 1995 concernente l'aggiornamento el decreto ministeriale del 14 aprile 1984 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità"

Guadagni di salute attesi:

Procreazione responsabile ; Riduzione dell'incidenza di malformazioni congenite ¹⁶;

Riduzione numero di gravidanze con esiti patologici fetali prevedibili (es. talassemia) e relativo costo psicologico per la coppia.

Obiettivi specifici :	Indicatori :	Valore:	Fonte dati :
diffusione della cultura della visita preconcezionale	Azioni intraprese nei confronti della popolazione bersaglio N° visite preconcezionali		Flusso C Cod.esenzione
assunzione acido folico nei tempi appropriati per la prevenzione dei difetti del tubo neurale	% donne residenti che hanno assunto acido folico prima del concepimento	> 30%	Cedap
vaccinazione antirosolia prima della gravidanza nelle donne prive di anticorpi	% donne testate % donne negative al parto	> 50%	Flusso C Cedap
consulenza genetica preconcezionale per le coppie a rischio, nei Centri accreditati	Distribuzione per ASL della domanda Equa distribuzione		Flusso C Cod. esenzione
prevenzione disordini ipertensivi, ritardo di crescita e distocia di spalla: attraverso mantenimento peso corporeo normale con indice di massa corporea 18-34	% donne sovrappeso/obese al concepimento (indice di massa corporea ≥ 35)		Cedap
verifica adesione ai programmi di screening di Prevenzione Serena ed eventuale invio	% donne inviate dai Consulenti a Prevenzione Serena		Prevenzione Serena
<i>condivisione di protocollo assistenziale relativo a BdS</i>	Disponibilità protocollo aziendale		

¹⁶ “l'incidenza di malformazioni congenite è intorno a 3 casi su 100 gravidanze. Una donna che non fuma, non beve, non fa uso di droghe, non presenta altri fattori di rischio (es. malattie croniche particolari) ed è immune da rosolia e varicella ha una ulteriore possibilità per ridurre il rischio di avere un bambino malformato, e cioè prendere acido folico nel periodo periconcezionale”

L'atteso è di una riduzione di 897 casi su 530.000 nati in Italia. “ Progetto finalizzato Ministero della salute”

<i>preconcezionale</i>			
riduzione ITG	% donne che hanno fatto ricorso a ITG		Flusso IVG
riduzione IVG	% donne che hanno fatto ricorso a IVG per età, nazionalità,		Flusso IVG

FASE PRIMO TRIMESTRE DI GRAVIDANZA

L'intervento riguarda l'informazione e la sensibilizzazione verso una genitorialità responsabile; in particolare va realizzata l'offerta attiva nei confronti delle madri svantaggiate (es monogenitorialità, tossicodipendenza, bassa scolarità materna, età materna inferiore ai 20 anni, famiglia numerosa, disoccupazione, immigrazione recente, reddito inferiore alla soglia di povertà).

Recupero fase precedente se non è stata eseguita.

L'azione coinvolge gli attori delle cure primarie: MMG e consultori familiari (ostetriche e ginecologi) e i servizi deputati alla divulgazione dei messaggi (progetti di promozione alla salute in gravidanza, promozione allattamento al seno, ecc) e quelli che potrebbero offrire sinergie (es. farmacie, laboratori analisi, ecc.).

L'accoglienza da parte del servizio/professionista deve contemplare l'informazione sul percorso nascita proposto localmente (servizi, orari, modalità di accesso, frequenza delle visite, prenotazione esami, ecc.) e l'acquisizione dell'anamnesi della donna/coppia/ famiglia.

Dal punto di vista clinico prevede una visita ostetrica ad opera dell'ostetrica/o, con presa di conoscenza delle informazioni cliniche relative al BdS preconcezionale, se eseguito, e/o con presa di contatto col medico curante in caso di difficoltà a raccogliere tutti gli elementi anamnestici utili. La visita sarà corredata dagli esami per lo screening delle principali situazioni di rischio materno e/o fetale, previsti nelle linee guida nazionali ed esenti da partecipazione alla spesa da parte dell'utente se rispettato il tipo e l'epoca dell'esame.

Obiettivi dell' intervento complessivo sono la valutazione dello stato di salute "gravidica" e la promozione di stili di vita salubri per la gravidanza, la selezione del rischio materno-fetale, compreso il rischio anamnestico per depressione, e il relativo avvio agli approfondimenti necessari e alle strutture idonee al livello di rischio riscontrato.

Le modalità di attuazione degli interventi assistenziali saranno esplicitate nei protocolli dei servizi coinvolti con riferimento alle LG nazionali (ASSR 2004) e internazionali del NICE .

Il servizio o il professionista deve predisporre agili collegamenti con gli eventuali specialisti necessari alla situazione (es genetista, infettivologo, ecc) e tenere le fila delle consulenze.

L'esito della visita deve essere documentato alla coppia e costituire elemento della Agenda regionale della Gravidanza.

Il riscontro di elementi di rischio o di patologia, in qualsiasi fase del percorso, deve attivare i relativi profili assistenziali patologia-specifici da definire con appositi protocolli.

La verifica dell'impossibilità a proseguire la gravidanza deve attivare gli specifici percorsi relativi all'assistenza ed al sostegno in situazione di aborto spontaneo, interruzione volontaria di gravidanza, interruzione terapeutica di gravidanza. All'interno di tali percorsi va posta attenzione all'importanza di eseguire esami anatomo-patologici e isto-patologici finalizzati ad un counseling efficace per la coppia.

Guadagni di salute attesi:

Promozione e rispetto dello stato di fisiologia contenendo la medicalizzazione e relativa ansia della donna.

Trattamento efficace e riduzione delle complicanze e dei disagi psicologici e pratici evitabili, nei decorsi patologici.

Obiettivi specifici :	Indicatori :	Valori :	Fonte :
avvio tempestivo del percorso delle donne italiane ¹⁷	prima visita: entro la 10 ^o settimana e.g. ¹⁸	> 94%	Cedap Flusso C
avvio tempestivo del percorso nascita per le donne straniere	Valutazione in base alla cittadinanza Equità rispetto alla 1 ^o visita tra italiane e straniere		
selezione del rischio	Concentrazione gravidanze a rischio negli ambulatori per gravidanza a rischio		Cedap Flusso C
Test di screening e diagnostica prenatale tempestiva ("screening prenatale", ecografia) con adeguato counselling	% donne che eseguono test di screening e diagnostica prenatale per classi di età Risposta dei servizi dell'area		Cod. esenzione Cedap

¹⁷ Le indicazioni in letteratura per il primo controllo in gravidanza suggeriscono entro le 12 settimane di età gestazionale (NICE, draft for consultation, 2007; pubblicazione prevista per marzo 2008).

¹⁸ L'attuale organizzazione del SSR suggerisce di anticipare entro la 10^o settimana per proporre e realizzare tempestivamente gli screening prenatali

	funzionale sovrazonale (AFS) alla domanda delle donne residenti nell' area		Flusso C
informazione "comprensibile" e "compresa" a tutte le donne gravide sugli esami di screening	Disponibilità di materiale in lingua Rapporti % tra tri test ¹⁹ , test integrato ²⁰ e test combinato ²¹		Cedap Flusso C
assunzione di vitamina D nelle donne con fattori di rischio di carenza (es.esposizione inadeguata alla luce del sole)			<i>Cedap</i>
astensione dal fumo in gravidanza e successivamente (riduzione fumo passivo per i figli)	% donne che fumano in gravidanza	< 6 %	Cedap
astensione dall'alcool in gravidanza	% donne dedite all'alcol in gravidanza	< 6 %	Cedap
garantire il rispetto della fisiologia	Riduzione interventi inappropriati: accessi inappropriati di gravide a basso rischio in DEA		Cedap SDO Flusso C
garantire la continuità assistenziale	Riduzione % percorsi seguiti in più servizi (=donne con gravidanza fisiologica seguite sia in Consultorio che in ambulatorio distrettuale o ambulatorio ospedaliero o nel privato)	< 3%	Cedap
promuovere salute all'interno del percorso nascita	Valutazione ponderata dell'insieme degli indicatori del profilo assistenziale		
rendere la donna capace di attivare la propria competenza a partorire ed	idem		

¹⁹ **tri test** : dosaggio alfa-fetoproteina + estriolo libero o non coniugato + gonadotropina corionica totale a 16 settimane eg ecograficamente dimostrate (Proposta di riorganizzazione del percorso per lo screening delle anomalie fetali - gruppo di lavoro ARESS febbraio 2008)

²⁰ **test integrato**: dosaggio proteina plasmatica A associata alla gravidanza, a 11-13 settimane eg a gestanti con esame ecografico e adeguata misura della translucenza nucale + successivo tri test a 15 settimane con espressione del rischio solo dopo il secondo prelievo (idem)

²¹ **test combinato**: dosaggio della proteina plasmatica A associata alla gravidanza e della sub-unità beta libera della hCG, a 11-13 settimane a gestanti con referto ecografico attestante la misura della lunghezza vertice-sacro dell'embrione e la misura della translucenza nucale da parte di operatore accreditato (idem)

allevare il proprio bambino			
sostenere l'autonomia della donna e promuovere la consapevolezza delle sue scelte	idem		

FASE SECONDO TRIMESTRE DI GRAVIDANZA

Recupero fase precedente se non è stata eseguita.

L'intervento complessivo consiste nella valutazione dello stato di salute "gravidica", e nel rinforzo della promozione di stili di vita salubri, nella selezione del rischio e relativo avvio agli approfondimenti necessari e alle strutture idonee al livello di rischio riscontrato. Particolare attenzione deve essere posta alla accessibilità alla diagnostica prenatale nei tempi e nei modi appropriati, presso servizi "accreditati" dalla Regione secondo criteri di qualità nonché alla garanzia di una assistenza adeguata nei casi di patologia malformativa (con relativa informazione, prognosi, consenso informato, accompagnamento alle scelte della coppia, ecc.). Fondamentale è l'offerta a tutte le donne dell'informazione corretta e comprensibile relativa alle modalità, ai limiti, alle implicazioni successive, dei diversi test di screening e delle tecniche di diagnostica prenatale²².

In funzione della richiesta di contenimento del dolore al momento del travaglio e parto, va anticipato in questa fase un colloquio finalizzato all'illustrazione delle diverse modalità e tecniche utilizzabili e concordato con la donna un percorso di massima che tenga conto delle diverse offerte nell'ambito dell'area funzionale sovrazonale (AFS).

Le modalità di attuazione degli interventi assistenziali si collocano all'interno delle LG nazionali e internazionali del NICE.

Il servizio o il professionista devono predisporre agili collegamenti con gli eventuali specialisti necessari alla situazione (es genetista, infettivologo, ecc) e tenere le fila delle consulenze.

L'esito della visita deve essere documentato alla coppia e costituire elemento della Agenda di Gravidanza.

Offerta attiva di corsi di accompagnamento alla nascita che coinvolgano il maggior numero di donne/ coppie residenti, organizzati in collaborazione/continuità tra territorio e ospedale di riferimento territoriale. I corsi di accompagnamento alla nascita vanno visti come occasione per realizzare la "coralità" del sostegno alla gravidanza (e successivamente alle cure al bambino), riacquisendo il valore della messa in comune di esperienze, unitamente alla possibilità di confronto

²² Proposta di riorganizzazione del percorso per lo screening delle anomalie fetali - gruppo di lavoro ARESS 31/01/2008

tra il progetto di salute della donna/coppia con le evidenze scientifiche relative e con la disponibilità di servizi del territorio di residenza. L'organizzazione di questo importante momento di promozione della salute della donna, del bambino, del nucleo familiare e di promozione di corretto rapporto famiglia/servizi sanitari deve coinvolgere tutti gli operatori del Percorso Nascita in una riflessione comune sui messaggi irrinunciabili, sull'apertura ai famigliari oltre il partner, sulle figure professionali utili alla completezza dei messaggi, sulle modalità di offerta attiva, sugli orari compatibili con partecipazione dei partners e delle coppie straniere, sulla compartecipazione ai corsi dei servizi coinvolti nel Percorso Nascita.

Guadagni di salute attesi:

Promozione e rispetto dello stato di fisiologia contenendo la medicalizzazione e relativa ansia della donna.

Assistenza adeguata ai casi di patologia malformativa intercettata.

Trattamento efficace e riduzione delle compicanze e dei disagi psicologici e pratici evitabili, nei decorsi patologici.

Obiettivi specifici :	Indicatori :	Valori :	Fonte :
<p>garanzia del profilo diagnostico "Test di screening e diagnosi prenatale non invasivo" qualità, accessibilità, counselling e sostegno nei casi a rischio</p> <p>Attivazione di percorsi facilitati e esenti da fattori ostacolanti (liste d'attesa, burocrazia, ecc)</p>	<p>% donne che hanno eseguito test di screening e diagnosi prenatale non invasiva per classi di età e per residenza</p> <p>Equità tra italiane e straniere letto con riferimento alle singole nazionalità di provenienza</p> <p>< 35 anni > 35 anni</p> <p>Concentrazione esami chimici Esecuzione ECO 2° trimestre all'interno dell'area funzionale sovrazonale di residenza</p> <p>Tempi di attesa, iter prenotazione (telefonica, ecc)</p>	<p>differenza tra donne italiane e straniere</p> <p>< 20 punti percentuali</p>	<p>Cedap Flusso C</p>
<p>garanzia del profilo diagnostico "Diagnosi prenatale invasiva" qualità, accessibilità, counselling e sostegno nei casi patologici</p>	<p>% donne sottoposte a diagnosi prenatale invasiva per età e per residenza e indicazione</p> <p>Equità tra italiane e straniere</p>	<p>differenza tra donne italiane e straniere</p> <p>< 20 punti</p>	<p>Cedap Flusso C</p>

attivazione percorsi facilitati e esenti da fattori ostacolanti (liste d'attesa, burocrazia, ecc)	< 35 anni > 35 anni Concentrazione interventi di diagnostica invasiva in centri con casistica adeguata almeno > 300 amniocentesi/anno	percentuali	
garanzia ecografia del 2° trimestre qualità, accessibilità, counselling e sostegno nei casi con patologia	% donne che ha fatto eco 20/21 settimane per residenza Concentrazione ecografie diagnostiche Equità tra donne italiane e straniere	=100% differenza < 20 punti percentuali	Cedap Flusso C
diagnosi precoce delle malformazioni maggiori	Parto dei neonati con malformazioni maggiori in PN di III° livello collegati con chirurgia neonatale		Cedap
garantire il rispetto della fisiologia	Riduzione ricoveri inappropriati in gravidanza Rapporto tra osservazione breve intensiva (OBI) e ricovero ordinario (RO) in gravidanza		SDO
promuovere salute all'interno del percorso nascita	Attivazione e corsi accompagna-mento alla nascita a partire dal II° trimestre		
rendere la donna capace di attivare la propria competenza a partorire ed allevare il proprio bambino	% coppie frequentanti corsi accompagnamento alla nascita a partire dal II° trimestre		
sostenere l'autonomia della donna e promuovere la consapevolezza delle sue scelte			
prevenzione e trattamento delle patologie materne e dei grandi ritardi di crescita intrauterina, della prematurità e delle altre patologie fetali (Progetto Obiettivo Materno Infantile)	Incidenza patologie materne e fetali Concentrazione nascite da gravidanze patologiche in PN di livello adeguato		

FASE TERZO TRIMESTRE DI GRAVIDANZA

L'intervento si configura come monitoraggio del livello di rischio della gravidanza e accompagnamento alle scelte relative al Punto Nascita²³ (PN) adeguato, mantenendo come filo conduttore il rispetto della fisiologia e la rispondenza ai criteri del Progetto Obiettivo Materno infantile e a quelli della Rete regionale delle TIN per quanto riguarda gli elementi anamnestici e clinici che richiedono trasferimento antenatale al PN di terzo livello. La selezione del rischio è un obiettivo longitudinale lungo l'intero percorso, che in questa fase deve portare alla scelta del PN adeguato.

Offerta attiva di corsi di accompagnamento alla nascita in collaborazione/continuità tra territorio e ospedale di riferimento territoriale.

La fase "terzo trimestre di gravidanza" dal punto di vista clinico comprende, oltre agli esami ematochimici previsti nella linee guida nazionali ed esenti da partecipazione alla spesa da parte dell'utente, i tamponi per la ricerca dello Streptococco B, la ripetizione dei test per la sifilide congenita nei soggetti a rischio; per quanto riguarda l'ecografia ostetrica del terzo trimestre si assumono le linee guida della Società Italiana Ecografia Ostetrica Ginecologica (SIEOG) che ne sottolineano l'appropriatezza solo su indicazione clinica.

Sul piano della comunicazione debbono essere garantite le informazioni alla donna/coppia relative ai segnali di allarme (es. riduzione dei movimenti attivi fetali, presenza di contrazioni dolorose, perdita liquido amniotico, rottura delle membrane) nonché le informazioni sulle modalità del parto ipotizzabile per il livello di rischio riscontrato e la verifica sulla modalità di contenimento del dolore in travaglio scelta dalla donna.

L'esito della visita deve essere documentato alla coppia e costituire elemento della Agenda regionale della Gravidanza.

Guadagni di salute attesi:

Promozione e rispetto dello stato di fisiologia contenendo la medicalizzazione e relativa ansia della donna.

Trattamento efficace e riduzione delle complicanze e dei disagi psicologici e pratici evitabili, nei decorsi patologici.

Obiettivi specifici :	Indicatori :	Valori :	Fonte :
ricerca Streptococco alla 35-36 settimana e.g per impostare corretta profilassi intra partum e prevenzione	% donne che hanno fatto ricerca Strepto	> 85%	Cedap

²³ Per Punto Nascita si intende una struttura dotata di reparto di ostetricia, sala parto e assistenza neonatale.

sepsi neonatale			Flusso C
appropriatezza tempi monitoraggio antigene-anticorpi virus epatite B (Hbs Ag) per impostare adeguata profilassi neonatale	% donne che hanno fatto ricerca Hbs Ag nei tempi corretti	> 90%	Cedap Flusso C
ridurre necessità profilassi con immunoglobuline legata ad assenza del dato materno su Hbs Ag	% neonati vaccinati e profilassati con Ig contro epatite per assenza notizie su situazione anticorpale materna	< 5%	SDO
profilassi del distress respiratorio neonatale (RDS) in caso di minaccia di parto prematuro	% neonati pretermine profilassati contro RDS	> 90%	Cedap
appropriatezza profilo diagnostico toxoplasmosi	% controlli toxoplasmosi effettuati immediatamente prima del parto	< 5 %	Cedap
aumentare la partecipazione delle coppie ai corsi di accompagnamento alla nascita Ridurre diseguità tra donne italiane e straniere	<i>Frequenza Corsi di accompagnamento alla nascita</i> Aumentare frequenza donne straniere	> 40% > 10% sul 2006	Cedap Flusso C
garantire il rispetto della fisiologia	% ricoveri in gravidanza fisiologica		
promuovere salute all'interno del percorso nascita	Valutazione ponderata dell'insieme degli indicatori del profilo assistenziale		
rendere la donna capace di attivare la propria competenza a partorire ed allevare il proprio bambino	idem		
sostenere l'autonomia della donna e promuovere la consapevolezza delle	idem		

sue scelte			
prevenzione e trattamento delle patologie materne con attenzione alle infezioni materne precoci, ai grandi ritardi di crescita intrauterina, alla prematurità e alle patologie fetali (Progetto Obiettivo Materno Infantile)	<p>Incidenza patologie materne e fetali</p> <p>Concentrazione nascite da gravidanze patologiche in PN di livello adeguato</p>		

FASE TERMINE DI GRAVIDANZA

L'intervento riguarda il passaggio della presa in carico dai servizi territoriali ai servizi ospedalieri con l'obiettivo di dare continuità all'assistenza, di permettere la conoscenza dell'ambiente ospedaliero in anticipo rispetto al momento del travaglio, di fare un bilancio del rischio per il travaglio ed il parto con eventuale trasporto in utero nei casi non compatibili con il livello assistenziale del punto nascita, secondo i protocolli operativi della Rete regionale delle TIN (in corso di redazione secondo quanto previsto dalla DGR 3-6466/2007).

Nel rispetto della libertà della donna/coppia di scegliere il luogo dove espletare il suo parto, il Percorso Nascita deve averle fornito a questo punto, tutte le informazioni su offerte e opportunità appropriate alle condizioni della sua gravidanza.

L'azione coinvolge gli attori del Punto Nascita: le ostetriche in primis, i ginecologi, le coordinatrici dell'ostetricia e del centro neonatale con l'eventuale partecipazione dei neonatologi per i casi a rischio.

Nell'occasione è utile fornire le informazioni circa l'organizzazione dell'accoglienza alla coppia genitoriale ed alla coppia mamma-neonato. L'organizzazione, atta a favorire gli stili di nascita, di avvio della relazione mamma-bambino, famiglia-bambino, di alimentazione neonatale, che sulla base delle evidenze scientifiche sono di forte impatto sulla salute e sullo stile di vita futuro dell'individuo e della sua famiglia (10 passi OMS- Unicef ²⁴), sarà condivisa con la coppia al fine di far comprendere il rationale delle scelte organizzative e permettere l'esplicitazione delle loro aspettative (= "**birth planning**"): persona di fiducia presente al travaglio, eventuale donazione funicolo, contenimento del dolore in travaglio, alimentazione del neonato, durata degenza, ecc.

Sarà questo il momento di un confronto sulle tecniche di contenimento del dolore in travaglio e parto, argomento preventivamente trattato nei corsi di accompagnamento alla nascita (che tuttavia non contattano la totalità delle donne gravide). Nel caso sia manifestata dalla donna la richiesta di controllo farmacologico tramite analgesia peridurale, il Bilancio di Salute dovrà coinvolgere l'anestesista.

²⁴ I 10 passi OMS-Unicef (1989) definiscono le routines assistenziali, di elevato livello di evidenza, che favoriscono il successo dell'allattamento al seno lungo tutto il Percorso Nascita

La possibilità di effettuare il parto con analgesia epidurale deve essere garantita, quale possibile opzione della donna che lo richieda, all'interno della rete complessiva dei Punti Nascita dell'area funzionale sovrazonale, dal momento che tale tecnica richiede una organizzazione ed una casistica minima di prestazioni non raggiungibile in tutti i Punti Nascita.

Dal punto di vista clinico si prevede un Bilancio di Salute materno-fetale a termine di gravidanza (36/37 settimane di gestazione) effettuato presso il Punto Nascita scelto per il parto. In questa occasione si realizza il collegamento con l'assistenza precedente, si verificano le condizioni in relazione al rischio per il parto, si raccoglie l'anamnesi e si compila la parte anamnestica del Cedap, si programmano i successivi momenti di incontro e si forniscono gli elementi di "allarme" per la mamma. In caso di TC programmato si procede alla prenotazione degli esami pre operatori secondo il protocollo di reparto.

Secondo le indicazioni OMS ogni donna deve ricevere un programma scritto dell'assistenza dalla 37 settimana che espliciti le modalità di monitoraggio della gravidanza oltre il termine con esecuzione della cardiocografia e della valutazione ecografica della quantità di liquido amniotico a partire da 41⁺⁰ settimane di E.G. (≥ 287 gg). L'esito della visita deve essere documentato alla coppia e costituire elemento della Agenda di Gravidanza.

Guadagni di salute attesi:

Promozione e rispetto dello stato di fisiologia contenendo la medicalizzazione e relativa ansia della donna.

Trattamento efficace e riduzione delle complicanze e dei disagi psicologici e pratici evitabili, nei decorsi patologici.

Riduzione dei trasporti neonatali gravati da outcomes meno positivi rispetto ai neonati non trasportati.

Obiettivi specifici :	Indicatori :	Valori :	Fonte :
prendere conoscenza delle aspettative della donna/coppia maturate durante il percorso di gravidanza (birth planning)			
trasporto in utero	Concentrazione gravidanze a rischio ai Punti Nascita di livello adeguato	> 90%	SDO Cedap
riduzione trasporti neonatali	<i>Trasporti neonatali</i>	< 10% rispetto al 2006	SDO Cedap
monitoraggio “appropriato” delle gravidanze oltre il termine			
aumentare il collegamento territorio-ospedale	% di Cedap prealimentati dai servizi consultoriali		<i>Cedap</i>
ricovero appropriato per assistenza al travaglio	N° ricoveri per falso travaglio Giorni tra ricovero e parto N° parti fuori struttura non programmati	< 0,1 %	SDO Cedap
promuovere salute all’interno del percorso nascita	Valutazione ponderata dell’insieme degli indicatori del profilo assistenziale		
rendere la donna capace di attivare la propria competenza a partorire ed allevare il proprio bambino	idem		
sostenere l’autonomia della donna e promuovere la consapevolezza delle sue scelte	idem		

TRAVAGLIO/PARTO/NASCITA

L'intervento riguarda la messa a disposizione della donna/coppia delle competenze relazionali, organizzative, tecnologiche, cliniche per accompagnarla lungo l'espletamento del travaglio, parto, nascita, accoglienza al neonato, garantendo, da una parte, il rispetto dell'evoluzione fisiologica, dall'altra la differenziazione tra "stress fetale fisiologico" in travaglio e sofferenza fetale che richiede interventi medici o chirurgici tempestivi.

Uno degli elementi fondamentali dell'assistenza intra-partum consiste nel rendere la donna in grado di prendere decisioni in modo consapevole su ciò che concerne le modalità per la sua assistenza. La scelta informata è presupposto fondamentale per una buona qualità dell'assistenza. L'obiettivo è quello di offrire alla donna, nel limite del possibile, una assistenza conforme alle sue aspettative maturate durante il percorso di gravidanza.

Gli operatori coinvolti dipendono dal setting del parto scelto dalla donna/coppia sulla base delle informazioni ricevute relativamente al livello di rischio ipotizzabile per il suo parto e dal tipo di parto, nella consapevolezza che le ostetriche sono qualificate per garantire una buona assistenza durante l'andamento naturale del parto:

- parto a domicilio, operatori coinvolti: le ostetriche secondo il profilo regionale relativo;
- parto, in Punto Nascita, senza fattori di rischio: ostetriche e operatore dell'area infermieristica del Centro Neonatale, con la presenza al bisogno di ginecologo, pediatra/neonatologo, anestesista;
- parto, in Punto Nascita, con fattori di rischio: ostetriche e operatore dell'area infermieristica del Centro Neonatale, ginecologo, pediatra/neonatologo, anestesista.

Qualsiasi sia il setting, va salvaguardata l'adeguata e tempestiva risposta all'evento inatteso nonché l'unicità del momento relazionale che propone al nuovo nato e alla sua mamma uno scambio sensoriale, coinvolgente tutti i sensi, unico nell'esistenza di ciascun individuo e fondante per le sue relazioni future, a partire dalla relazione mamma-neonato.

Per assicurare una assistenza qualificata al neonato che necessiti di rianimazione è opportuno sia dato seguito al programma di qualificazione intrapreso dalle ASR e diffuso a tutti gli operatori di assistenza alla nascita nonché all'aggiornamento biennale degli stessi, secondo le modalità proposte dalla Società Italiana di Neonatologia (SIN).

Nel limite del possibile va impostata l'organizzazione in modo da realizzare una assistenza con la minima rotazione di personale intorno alla donna, nonché la partecipazione della persona di fiducia identificata dalla donna.

Per i parti operativi al di fuori del travaglio il timing del parto è concordato anche con i neonatologi in modo da espletare tutte le pratiche EBM per ridurre i rischi neonatali.

Le modalità di attuazione degli interventi assistenziali si collocano all'interno delle LG nazionali e NICE.

Guadagni di salute attesi:

Più mamme vive, sane, non depresse, con esperienza di parto positiva, che allattano il proprio bambino senza difficoltà, anche al fine di sostenere, nel lungo periodo, la realizzazione di un progetto riproduttivo non solo orientato al numero dei figli ma anche a rivivere una esperienza positiva e rigenerante per la donna e la coppia.

Più bambini vivi, sani, allattati al seno, più percettivi e interattivi sul piano relazionale.

Questi guadagni di salute sono attesi anche per le fasi successive.

Obiettivi specifici :	Indicatori :	Valori :	Fonte :
offrire alla donna una assistenza conforme alle sue aspettative maturate durante il percorso di gravidanza			
riduzione TC nelle categorie a basso rischio	% di tagli cesarei secondo la classificazione di Robson riduzione nelle classi I, III, V rispetto ai valori del 2006	Classe I < 15 % Classe II < 25 % Classe V < 85 %	Cedap
riduzione induzione travaglio	% travagli indotti riduzione all'interno delle diverse categorie di partorienti	< 15%	Cedap
riduzione invasività controlli in travaglio	% monitoraggio CTG continuo delle diverse categorie di partorienti	< 15 %	Cedap
aumento messa al seno precoce	% neonati messi al seno nelle prime due ore dalla nascita	> 80 %	Cedap
trasporto in utero da Punto Nascita di I° e II° livello a terzo livello	Concentrazione gravidanze a rischio nei Punti Nascita di terzo livello	> 90%	Cedap SDO

trasporto assistito materno			
aumentare il benessere fetale al parto	% neonati rianimati	< 3 %	Cedap SDO
realizzare per gli operatori dei Punti Nascita e per le ostetriche che assistono parti a domicilio corsi di formazione biennali su rianimazione primaria e stabilizzazione del neonato critico, secondo le linee guida della SIN	N° corsi effettuati N° operatori formati		Crediti ECM
realizzare corsi di formazione sulla valutazione del benessere fetale in travaglio/parto e sulla risposta alle emergenze /urgenze in sala parto	N° corsi effettuati N° operatori formati		Crediti ECM
riduzione episiotomia	% episiotomie % danni perineali	< 30 % < 60 %	Cedap
<i>rispetto scelte della donna su:</i>			Cedap
presenza di persona di fiducia			Cedap
contenimento dolore			Cedap
posizione libera per partorire			Cedap
analgesia in travaglio			Cedap
adeguate presenze in sala parto per i parti a rischio			Cedap
promuovere salute all'interno del percorso nascita	Valutazione ponderata dell'insieme degli indicatori del profilo assistenziale		
rendere la donna capace di attivare la propria competenza a partorire ed allevare il proprio bambino	idem		
sostenere l'autonomia della donna e promuovere la consapevolezza delle sue scelte	idem		

DEGENZA OSPEDALIERA

Tale fase pur svolgendosi in Ospedale va considerata come momento delle cure di base/primarie o avvio delle stesse (riguarda il 99% dei nuovi cittadini – 1% sceglie di partorire a domicilio -) e si rivolge prevalentemente a soggetti sani (perlomeno 85%) ed è di particolare importanza l'imprinting relativo ai rapporti nuova famiglia/ SSR che tale esperienza può offrire =“inizio sicuro”.

L'intervento consiste nell'affiancare la donna/coppia nell'accoglienza/conoscenza del nuovo nato, mettendo a disposizione dei neogenitori l'esperienza professionale degli operatori della nascita, come supporto al loro personale percorso relazionale con il bambino - “base sicura”- ed alla elaborazione del progetto di salute per il loro bambino.

I reparti di Ostetricia e Nido, che costituiscono il Punto Nascita, devono realizzare modalità assistenziali integrate, orientate alla **coppia mamma-neonato**, attraverso l'organizzazione concordata tra i due reparti (orari, dimissioni, presenza persona di fiducia, ecc).

Di fondamentale importanza:

- la formazione/aggiornamento congiunti dei due reparti, integrati da crediti formativi per frequenze “organizzate” nell'altro reparto;
- l'adesione a protocolli condivisi tra i due reparti ;
- la comunicazione quotidiana sui singoli casi;
- l'omogeneità delle informazioni da fornire alla neomamma, tenendo conto della specificità della situazione delle donne che non intendono riconoscere il proprio nato o che sono in situazione di incertezza in merito;
- la realizzazione del passaggio di informazioni coerenti tra i due reparti e con le banche dati dei flussi specifici (Cedap- SDO);
- la realizzazione di audit congiunti sui casi patologici e sui dati epidemiologici di reparto.

L'azione coinvolge gli operatori del Punto Nascita che nella peculiarità del loro ruolo professionale (ginecologo, ostetrica, pediatra, infermiera professionale, infermiera pediatrica, puericultrice, operatore socio-sanitario) devono garantire una omogeneità di approccio e l'univocità delle informazioni, per ridurre gli elementi confusivi in un momento di sensibilità particolare quale il puerperio, e per avviare in maniera virtuosa il rapporto famiglia/SSN. Altri operatori possono intervenire durante la degenza ospedaliera (es. specialisti: oculista, NPI, ecc) integrandosi nel modello comunicativo del reparto che valorizzi la comunicazione di diagnosi non tanto o non solo come un momento puntuale in cui viene verbalizzata una patologia, quanto come filo conduttore cui collabora **l'insieme del reparto** per delineare un quadro in cui i genitori, insieme a coloro che li accompagneranno nel percorso di accudimento e cura del piccolo, comprendano gli elementi che connotano la situazione in cui si trovano e i servizi che il SSR mette loro a disposizione.

Tutti gli operatori debbono contribuire all'empowerment²⁵ della donna e debbono a creare legami tra ospedale e territorio per accompagnare la coppia mamma-neonato alle Cure Primarie.

Durante la degenza sarà posta la massima attenzione a favorire la continuità del rapporto mamma-neonato (rooming-in²⁶, ecc.) garantendo la massima sicurezza con la minima intrusività, nella consapevolezza che il rooming-in non solleva il personale medico ed infermieristico dall'obbligo delle cure al bambino, anzi richiede una attenzione maggiore per rassicurare e sostenere la madre nella "cura" (accudimento) del proprio figlio e nella promozione dell'allattamento al seno.

Durante la permanenza in ospedale si evidenzia l'importanza che gli operatori tengano comportamenti adeguati nei confronti delle donne che non intendono riconoscere il proprio nato, nel rispetto della volontà espressa dalle stesse.

Si evidenzia, altresì, l'importanza di attivare la collaborazione con gli operatori sociali competenti per individuare linee comuni e condivise di gestione del caso specifico.

Le modalità di attuazione degli interventi assistenziali, saranno esplicitate nei protocolli del Punto Nascita con riferimento alle indicazioni OMS (WHO: *Recommendation for Improving Maternal and Newborn Health; Essentials Newborn Care; Global Strategy for Infant and Young Child Feeding; Ten Steps to Successful Breastfeeding*), alle evidenze espresse nella *Cochrane*²⁷ e alle linee guida che le società scientifiche hanno prodotto su singoli interventi (prevenzione dolore, dimissioni, puerperio, profilo assistenziale al neonato sano, screening neonatali, ecc).

In caso di patologia neonatale deve essere garantita la congruità del reparto con il livello di assistenza richiesta dalla patologia in oggetto, la continuità della relazione genitori-bambino (reparto aperto), il coinvolgimento della mamma nelle cure del piccolo, l'assistenza incentrata sulla famiglia, l'attenzione al contenimento del dolore nel neonato, la "care", il sostegno all'allattamento materno anche con la collaborazione con le Banche di latte umano, la continuità delle cure al momento della dimissione con il coinvolgimento prima delle dimissioni del Pediatra di famiglia, e dei servizi territoriali specialistici competenti per patologia.

²⁵ Promozione dell'autonomia personale, definita dall' Health Evidence Network (HEN 2006) del WHO come processo di aumento della capacità degli individui o dei gruppi di compiere delle scelte e di trasformare quelle scelte nelle azioni e nei risultati voluti, per costruire i diversi beni collettivi e per migliorare l'efficienza e l'imparzialità del contesto organizzativo ed istituzionale che governa gli stessi

²⁶ assistenza alla coppia mamma-neonato **degenti nella stessa stanza** per tutta la durata della degenza per non introdurre separazione tra il bambino e la sua mamma

²⁷ La Cochrane Collaboration è una iniziativa internazionale no-profit nata con lo scopo di raccogliere, valutare criticamente e diffondere le informazioni relative alla efficacia degli interventi sanitari. Produce - utilizzando una metodologia scientifica comune - sintesi (denominati "revisioni sistematiche") sulla efficacia e sicurezza degli interventi sanitari di tipo preventivo, terapeutico e riabilitativo. I rapporti sono diffusi sia attraverso un database elettronico denominato "Cochrane Library", sia via Internet (<http://cochrane.it>).

A fronte delle nuove frontiere della medicina perinatale che porta alla sopravvivenza di neonati di bassissima età gestazionale è indispensabile la condivisione e osservanza dei relativi protocolli assistenziali, ispirati ai principi dell'etica attuale (vedi raccomandazioni approvate dal Consiglio di Sanità 4 marzo 2008), tra **tutti** gli operatori coinvolti.

Guadagni di salute attesi:

Demedicalizzazione delle cure al neonato sano e sicurezza delle mamme nelle cure al proprio figlio

Mamme che allattano il proprio bambino senza difficoltà e mettono in atto le azioni di prevenzione di provata efficacia.

Sostegno precoce ai casi di depressione post partum.

Continuità delle cure tra ospedalizzazione e domicilio in casi di patologia neonatale.

Obiettivi specifici :	Indicatori :	Valori :	Fonte :
rispetto dei 10 passi OMS	N° Punti Nascita in cui è possibile il rooming in % coppie mamma-bambino che usufruiscono del rooming-in	33/33	Coordinamento Progetto Promozione allattamento al seno
incremento allattamento al seno esclusivo durante la degenza per nascita	% Allattamento al seno durante la degenza (secondo le definizioni OMS)	> 75%	SDO
incremento neonati dimessi dal Punto Nascita con allattamento al seno esclusivo <i>l'allattamento al seno è una dimostrazione di "competenza"</i>	% allattamento al seno esclusivo alla dimissione		Cedap
prosecuzione della formazione capillare relativa al progetto regionale "Promozione e sostegno	N° corsi realizzati N° operatori formati		

dell'allattamento al seno”			
personalizzazione durata degenza	Durata degenza		SDO
Nei casi di neonati con patologia garanzia di: <ul style="list-style-type: none"> – assistenza in reparto aperto alla presenza dei genitori – partecipazione dei genitori alle cure – sostegno all'allattamento materno – informazione comprensibile ai genitori sulle necessità del piccolo malato – programmazione degli interventi terapeutici nel rispetto del contenimento del dolore del neonato e nel rispetto dei ritmi della relazione mamma-bambino 	% Centri con apertura 24/24 % allattamento al seno esclusivo alla dimissione	> 40%	Carta dei Servizi
correttezza e trasparenza dei percorsi intraospedalieri	Percentuale neonati in cure minime, intermedie, intensive		SDO
diagnosi precoce delle patologie in cui sia dimostrata l'appropriatezza dell'intervento di screening ²⁸	Screening metabolici		
promuovere salute all'interno del percorso nascita	Valutazione ponderata dell'insieme degli indicatori del profilo assistenziale		
rendere la donna capace di attivare la propria competenza all'accudimento del proprio bambino	idem		
sostenere l'autonomia della donna e promuovere la consapevolezza delle sue scelte	idem		

²⁸ In riferimento agli screening introdotti nella revisione dei LEA DPCM 23/04/08 (disturbi uditivi e visivi) l'impostazione del profilo di screening sarà sviluppato nel Percorso Crescita in quanto essi richiedono anche verifiche in epoche successive (BdS)

DIMISSIONE E PUERPERIO

La dimissione e l'assistenza in puerperio rappresentano dal punto di vista assistenziale il passaggio dall'Ospedale al territorio nella prosecuzione della logica che riconosce come:

- il benessere materno sia dipendente dalla vicinanza del suo bambino e dall'ambiente che la circonda: se l'ambiente è di supporto, la donna può avere cura di sé e del suo bambino;
- l'adattamento ed il benessere del bambino siano favoriti dalla vicinanza con la madre e l'ambiente familiare, da un intervento assistenziale focalizzato sulla conferma alla madre delle sue competenze naturali all'accudimento e sul rinforzo e la promozione della relazione madre-bambino e dell'allattamento al seno.

L'intervento assistenziale è dunque orientato a prevenire le possibili complicanze puerperali, a confermare alla donna le sue competenze naturali all'accudimento e a promuovere l'allattamento al seno. Sul piano della comunicazione prima della dimissione debbono essere fornite informazioni esaurienti per ottenere in tempi utili i contatti con i Servizi (Carta dei servizi, Agenda regionale della gravidanza, Agenda di salute, depliant illustrativi) con illustrazione esauriente sulle modalità di iscrizione del neonato al PdF, e sulle offerte assistenziali dei Consultori (Punti di Sostegno all'allattamento al seno, incontri di gruppo, corsi di massaggio infantile, eventuale visita domiciliare, ecc.).

Deve essere aggiornata l'Agenda regionale della Gravidanza con gli elementi significativi dell'assistenza al travaglio, parto e indicatori della salute perinatale del neonato; deve essere consegnata l'agenda di Salute "Dalla nascita all'adolescenza" adeguatamente compilata nella parte che riguarda il Bilancio di salute neonatale e l'avvio dell'alimentazione, illustrata e rinforzata nei messaggi di prevenzione da applicare nei primi mesi di vita del bambino.

A fronte degli aspetti assistenziali propri del periodo puerperale, aspetti rilevanti sia per la madre (possibili crisi di stanchezza, difficoltà nell'allattamento, valutazione pavimento pelvico, "post-partum blues", depressione post-partum, ecc.), che per il neonato (calo ponderale, disidratazione, ittero, evidenziazione di malformazioni congenite non identificabili nei primi giorni di vita, ecc.), che per l'instaurarsi della loro relazione all'interno della nuova famiglia (possibilità di distorsioni relazionali precoci), l'intervento deve prevedere il massimo coordinamento dei servizi ed operatori coinvolti: Punto Nascita, Consultorio, PdF, MMG, Servizi sociali, Centri famiglia, eventuali interventi servizi di psicologia e NPI.

In termini temporali la prima azione riguarda la scelta del momento opportuno per la dimissione della coppia mamma-neonato: la dimissione deve essere **concordata e appropriata** "con ciò intendendo una modalità di dimissione che tenga conto delle esigenze e della volontà delle madri e della necessità, qualora sussistano i motivi, di attivare ed integrare tra loro le necessarie risorse territoriali atte a sostenere la nuova famiglia nel periodo critico del rientro a domicilio".

Le dimissioni debbono essere "preparate" lungo tutto il percorso nascita a partire dall'inizio della gravidanza ad opera degli operatori dei vari servizi e del PdF che si attivino a catena: ciò che rende adeguata l'assistenza è l'appropriatezza delle dimissioni, non semplicemente la loro precocità.

Nella attivazione di dimissioni precoci (tra 24 e 48 ore) o molto precoci (prima delle 24 ore) devono essere stabiliti criteri di inclusione ben definiti e concordati con i servizi territoriali, programmi di educazione familiare sulla dimissione precoce, assistenza domiciliare in puerperio.

Ne conseguirà un “piano di assistenza caratterizzato dalla **personalizzazione** e dalla **continuità** degli interventi in cui si tenga conto degli orientamenti e delle preferenze della donna e che sia effettuato da operatori integrati tra loro (prima, durante e dopo la nascita)” secondo criteri di selezione appropriati per un follow up domiciliare di madre e bambino per alcuni giorni, concordati fra operatori del Punto Nascita , del territorio e della famiglia.

Come per la preparazione alla nascita, anche nella fase del puerperio interventi di messa in comune delle esperienze, in gruppi tra pari, magari con aiuto alla lettura delle stesse, il sostegno reciproco, il confronto tra i progetti di salute per il proprio bambino con quelli di altri genitori, realizzano un aiuto demedicalizzato alla soluzione dei problemi che frequentemente mettono in difficoltà le donne ed i neogenitori e li inducono a ricercare soluzioni “sanitarie” anche laddove non sono necessarie.

Dal punto di vista clinico (controllo involuzione uterina, lochiazione, cura del perineo, valutazione della poppata, ecc) particolare attenzione deve essere posta alle problematiche della cosiddetta “depressione postpartum” per la gestione delle quali le ostetriche dell’equipe consultoriale ed i PdF, adeguatamente formati, debbono essere in grado di fornire tutte le forme di supporto utili alla donna ed attivare, se necessario, l’intervento di competenze specialistiche presenti nei servizi dell’Azienda o nei centri a ciò qualificati.

Per quanto riguarda il bambino l’intervento si configura come monitoraggio del completamento dell’adattamento alla vita extrauterina (curva ponderale, regressione dell’ittero, validità della suzione, ritmo sonno-veglia, appropriata esecuzione eventuali misure profilattiche o curative, ecc) e come trasferimento delle competenze al PdF ed al primo bilancio di salute del Percorso Crescita.

Gli interventi di supporto in situazioni di disagio socioculturale e ambientale o di rischio psico-relazionale, con aiuti pratici, informativi e assistenziali mirati, devono essere attivati attraverso segnalazione specifica, il più tempestivamente possibile, attraverso la collaborazione degli operatori dei servizi sociali e di igiene mentale e delle mediatrici culturali, secondo i protocolli d’intesa concordati tra i servizi.

I protocolli aziendali faranno riferimento alle “Raccomandazioni OMS per l’assistenza alla madre in puerperio e al neonato”, alle linee guida nazionali e internazionali ed alle “Raccomandazioni per l’assistenza alla madre in puerperio e al neonato” stilate dalle società scientifiche di tutte le discipline coinvolte nel periodo puerperale.

Guadagni di salute attesi:

Riduzione del numero di casi di depressione post partum.

Mamme che allattano il proprio bambino senza difficoltà e mettono in atto le azioni di prevenzione di provata efficacia.

Demedicalizzazione delle cure al neonato sano e sicurezza delle mamme nelle cure al proprio figlio.

Obiettivi specifici :	Indicatori :	Valori :	Fonte :
personalizzazione durata della degenza	Curve durata degenza e degenza media		SDO
dimissioni protette e dimissioni precoci appropriate	Visite in puerperio effettuate in Consultorio		Software Consultori
formazione degli operatori sulla depressione post-partum	N° corsi attivati % operatori formati		
continuità dell'assistenza alla depressione post-partum	identificazione di uno psichiatra ospedaliero e uno territoriale come riferimenti per la depressione post-partum		
offerta visite domiciliari in puerperio in casi selezionati	N° visite e motivazioni		
adeguato sostegno ai neogenitori : riduzione ospedalizzazione inappropriata nel primo mese di vita	Ospedalizzazione nel primo mese di vita		SDO
riduzione ricorso al PS nel primo mese di vita	Passaggi in PS e visite ambulatoriali nel primo mese di vita		Flusso C2
Istituzione registro mortalità materna fino a 40 giorni dopo il parto			
promuovere salute all'interno del percorso nascita	Valutazione ponderata dell'insieme degli indicatori del profilo assistenziale		
rendere la donna capace di attivare la propria competenza ad allevare il proprio bambino	idem		
sostenere l'autonomia della donna e promuovere la consapevolezza delle sue scelte	idem		

DAL PERCORSO NASCITA AL PERCORSO CRESCITA

Il Percorso Nascita prevede il passaggio della presa in carico dal Punto Nascita ai servizi di cure primarie (Consultori, MMG, PdF) con i quali operativamente si collega e se del caso si integra secondo il principio di sussidiarietà.

Si considera concluso il Percorso Nascita nel momento in cui:

- la mamma sia stata rinvia ai servizi consultoriali e al MMG per le eventuali necessità che possano insorgere in puerperio, per il sostegno all'allattamento al seno, la futura pianificazione familiare, il sostegno alla genitorialità;
- il neonato sia preso in carico dal PDF e/o dagli operatori pediatrici;
- in caso di neonato con patologia cronica sia stato attivato il suo Percorso Cronicità .

In tale passaggio deve essere data continuità alle azioni previste nel progetto regionale "Promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno" .

Guadagni di salute attesi:

Continuità delle cure tra ospedalizzazione e domicilio in casi di patologia neonatale.

Obiettivi specifici :	Indicatori :	Valori :	Fonte :
Continuità delle cure territoriali	% donne che tornano in Consultorio		Software Consultori
incremento dei collegamenti tra servizi	Segnalazioni casi ai servizi di riferimento in caso di malattia cronica (rete malattie rare, NPI, Centro Down, rete assistenza respiratoria domiciliare, ecc)		
segnalazione ai Centri di riferimento delle patologie rare			Registro malattie rare
segnalazione tempestiva alla NPI dei casi di patologia o rischio di patologia NPI			NPI net
segnalazione ai servizi di psicologia dei casi che potrebbero			

giovarsi del loro intervento			
epoca del primo bilancio di salute da parte del PdF			
efficienza passaggio presa in carico	N° neonati ricoverati entro 7 giorni dalla dimissione		SDO

Con riguardo alle varie fasi del Percorso Nascita fase sono attivi a livello regionale/Aress i seguenti programmi:

<i>campagna acido folico</i>
<i>network acido folico</i>
<i>Piano Nazionale/Regionale Eliminazione Rosolia congenita</i>
<i>Piano Nazionale/Regionale prevenzione obesità</i>
<i>Piano Nazionale/Regionale prevenzione fumo</i>
<i>Piano Nazionale/Regionale Tossicodipendenze</i>
<i>Programma nazionale " Genitori più"</i>
<i>Coordinamento dei Consultori su linee di comportamento per il monitoraggio della gravidanza a basso rischio</i>
<i>Coordinamento dei Consultori su linee di comportamento per il monitoraggio della gravidanza a rischio</i>
<i>Gruppo di lavoro ARESS su profilo diagnostico per screening prenatale</i>
<i>Predisposizione software per Consultori</i>
<i>Registro regionale malformazioni</i>
<i>Documento su donna che non vuole essere nominata</i>

I NODI DELLA RETE SOTTESA AL PERCORSO NASCITA

Si individuano nei Consultori Familiari (CF), negli Ambulatori specialistici, nei Punti Nascita (PN), nella Rete regionale delle Terapie Intensive Neonatale (TIN), in collegamento con i servizi di Neuropsichiatria Infantile (NPI) e di Psicologia, con i Servizi Sociali, i servizi pubblici che garantiscono l'efficienza del Percorso Nascita.

Una rete di servizi funziona quando siano stabilite delle **regole** relative alla: 1) entrata degli assistiti nella rete; 2) distribuzione delle competenze ai vari nodi; 3) distribuzione del sovraccarico tra i nodi; 4) passaggio di informazione rapido che coniughi l'efficienza della trasmissione delle informazioni essenziali con la necessaria umanizzazione e personalizzazione delle informazioni in sanità. La rete deve essere considerata in divenire, le caratteristiche sottoelencate ne definiscono la configurazione di partenza attraverso indicatori di funzione.

La rete regionale garantisce la promozione della salute e la prevenzione, la presa in carico della gravidanza/parto/nascita/puerperio/primi giorni di vita del neonato attraverso nodi (=servizi) "orientati" a casistiche con complessità diverse (gerarchia articolata in 3 livelli). La numerosità della casistica è elemento vincolante per l'attribuzione del livello.

All'interno della rete vigono i seguenti principi:

- *un livello superiore deve erogare oltre alle prestazioni che lo caratterizzano, anche quelle indicate per i livelli inferiori;*
- *principio di sussidiarietà "trasparente" tra servizi dello stesso livello o di livelli diversi senza ipertrofizzare l'offerta di servizi.*

L'accesso alle prestazioni appropriate (e relativi servizi) è realizzata principalmente attraverso due strumenti: **l'offerta attiva**, propria dei servizi di I livello, e **la selezione del rischio**, procedura continua lungo tutto il Percorso Nascita.

La rete aziendale (CF, PN, Ambulatori specialistici, MMG e PdF) garantisce alle donne/neonati residenti il Percorso Nascita, in proprio o in collaborazione con altre ASR regionali, a seconda della complessità dei casi, nella salvaguardia dei principi di libera scelta dei cittadini, di sicurezza degli interventi, di vicinanza al domicilio.

L'OMS nel documento maggio 2007 "Interventi raccomandati per migliorare la salute materno-infantile" definisce l'assistenza alla gravidanza, travaglio, parto, puerperio e neonato secondo tre profili:

- assistenza di base da offrire a tutte le donne ed i bambini;
- assistenza aggiuntiva per donne e bambini con malattie di moderata gravità;

- assistenza specializzata per donne e bambini con malattie gravi;

che corrispondono ai tre livelli assistenziali.

Le caratteristiche che contraddistinguono le attività di I livello: CF e PN di I livello (= numero nati >500/anno, con posti letto (PL) esclusivamente di codice di disciplina²⁹ 31= cure neonatali minime) sono quelle relative alla risposta alla domanda di salute attraverso un “percorso” e non solo una “prestazione”, accompagnato da una precisa strategia di “offerta attiva” necessaria per una efficace promozione della salute, per una sensibilizzazione ai diritti/doveri nei confronti della stessa e per una crescita (collettiva e individuale) delle competenze ad effettuare scelte consapevoli.

Si intende per “offerta attiva” l’implementazione di programmi di promozione della salute (collettiva e individuale), programmazione operativa (popolazione bersaglio, obiettivi, strategie comunicative e di coinvolgimento), valutazione degli interventi, formazione e aggiornamento mirato agli obiettivi.

In questa prospettiva vanno promossi stili di vita e stili di nascita che producono salute. Alla Sanità non si chiede di essere neutra rispetto alle scelte individuali del cittadino utente; al di là del dovere deontologico di prestare assistenza e rispetto per qualsiasi paziente indipendentemente dallo stile di vita più o meno pericoloso che egli conduce, le si chiede di promuovere stili di vita salubri.

Lo stile di nascita, lo stile di avvio della relazione madre-bambino; famiglia-bambino; lo stile di alimentazione neonatale sono di forte impatto per lo stile di vita futuro dell’individuo e della sua famiglia.

Nei Consultori e nel PN l’assistenza ostetrica deve essere assicurata mediante una organizzazione di lavoro in équipe, per garantire alla donna una relazione stabile e un riferimento certo.

Sarà cura delle Aziende promuovere modalità che facilitino la continuità di assistenza alla donna nei tempi e nei modi migliori per rispondere alla domanda.

I Consultori familiari per quanto riguarda il Percorso Nascita devono garantire:

- colloqui informativi relativi alla gravidanza (modalità di presa in carico, servizi offerti, corsi di accompagnamento alla nascita, facilitazioni relative ai congedi lavorativi...);
- accoglienza della donna/coppia in ambienti adeguati e confortevoli;
- assistenza alla gravidanza basso rischio e individuazione delle gravidanze; problematiche e a rischio: tale attività va offerta in particolare nelle situazioni di gravi difficoltà sociali, con particolare attenzione per le donne immigrate e/o nomadi, avendo cura nel rispettare le specifiche culture di appartenenza, anche attraverso la collaborazione della mediazione culturale;

²⁹ Codice ministeriale che identifica i reparti all’interno dei flussi ministeriali

- assistenza alla gravidanza a basso rischio preferibilmente da parte dell'ostetrica, secondo le raccomandazioni predisposte dall'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità nel 2008 e da sottoporre a periodiche verifiche ed aggiornamenti;
- interventi atti a privilegiare l'accesso ai servizi (ambulatori, laboratori analisi, ospedale, uffici) secondo percorsi e facilitazioni che portino a ridurre i tempi di attesa e i disagi per la gestante;
- adeguato tempo da dedicare ad ogni incontro per poter permettere il dialogo con la donna/coppia, la possibilità di rispondere alle domande fornendo le informazioni sulla gravidanza, il parto e a chi rivolgersi in caso di emergenza;
- continuità del percorso anche in presenza di richieste con carattere di urgenza;
- presentazione ed accompagnamento lungo i percorsi specifici nei casi di interruzione di gravidanza;
- sostegno e assistenza alle gestanti con facoltà di partorire in anonimato secondo la legislazione vigente;
- sostegno e assistenza alle minorenni che affrontano la maternità senza reti familiari di appoggio;
- offerta attiva di corsi di accompagnamento alla nascita[◇] privilegiando le donne e le coppie che possono trovare difficoltà di accesso ai servizi;
- costruzione e mantenimento di contatti permanenti con i reparti ospedalieri in cui le donne andranno a partorire secondo i principi della continuità assistenziale;
- incontri in puerperio, con particolare attenzione alle situazioni di gravi difficoltà sociali;
- Punti di Sostegno all'allattamento al seno per la promozione dell'allattamento come previsto dal progetto regionale specifico;
- flussi informatici specifici del Percorso Nascita ed al momento della messa in rete dei diversi servizi aziendali, ad alimentare la parte anamnestica del Cedap.

I PN devono essere organizzati come modelli di servizio in offerta che si realizza attraverso:

- accompagnamento e sostegno della gravida e neomamma lungo il percorso intraospedaliero improntato al massimo possibile rispetto della fisiologia (ascolto delle richieste della donna/coppia (= birth planning), tecniche di contenimento del dolore in travaglio (immersione in acqua (vasca), tecniche farmacologiche, altro) compatibili con casistica adeguata, libertà di movimento in travaglio, libertà di scelta della posizione al parto spontaneo, non allontanamento del neonato dalla mamma);
- organizzazione dell'assistenza alla coppia madre-bambino che garantisca alla donna la più ampia possibilità di scelta circa la conduzione del periodo di degenza ed al bambino le massime opportunità relazionali compatibili con le scelte della sua mamma (rooming in, sostegno all'allattamento al seno, personalizzazione dei tempi di degenza, collegamento con il territorio);
- coinvolgimento e partecipazione della famiglia non solo all'evento parto ma al percorso prima e dopo (presenza di persona di fiducia al travaglio e parto, libero accesso del padre durante la degenza, possibilità di visita per fratellini/sorelline in orari concordati).

Il Punto Nascita di qualsiasi livello deve organizzare, insieme al Consultorio familiare/al Servizio inviante l'accoglienza alla donna con l'offerta del Bilancio di salute materno-fetale, a 36-37

[◇] Il passaggio da corso di preparazione al parto a corso di accompagnamento alla nascita non è un cambiamento formale ma sostanziale: l'inizio deve essere anticipato al 3° mese, non deve finire con il parto ma proseguire in puerperio, e deve valutarne gli esiti (LM, TC, Rooming in, ecc)

settimane di gestazione, e deve realizzare le modalità assistenziali considerate essenziali per la realizzazione di un buon percorso nascita intraospedaliero:

- monitoraggio del travaglio adeguato al livello di rischio con la minor invasività possibile (es. auscultazione intermittente versus cardiotocografia in continuum);
- promozione della libertà di movimento in travaglio a partire dai luoghi e dagli arredi;
- rispetto delle scelte della donna relative alle posizioni da assumere, alla presenza di una persona di sua fiducia (partner o altri);
- creazione di un ambiente con le minime interferenze possibili di suoni, rumori, luci, persone, etc., alla temperatura ambientale adeguata per mamma e neonato;
- sostegno alla donna nella sua ricerca di contenimento del dolore sia attraverso tecniche “comportamentali”, sia attraverso l’immersione in acqua, sia attraverso tecniche farmacologiche quando se ne ravvisi l’opportunità e secondo l’organizzazione realizzata all’interno dell’area funzionale sovrazonale per quanto riguarda la disponibilità di effettuazione dell’analgia in travaglio*;
- disponibilità in ogni turno di personale addestrato alla rianimazione primaria del neonato e disponibilità in sala parto del lettino di rianimazione attrezzato e sistematicamente controllato;
- mantenimento della continuità del contatto mamma-neonato (posticipare manovre igieniche dilazionabili);
- proposta del contatto pelle-pelle tra mamma e neonato immediatamente dopo il parto per un tempo prolungato, a scelta della donna, favorendo lo spontaneo fisiologico avvicinamento del piccolo al seno, fino alla presa in bocca del capezzolo e suzione, anche nei tagli cesarei.

* Per quanto riguarda l’analgia per il travaglio di parto, la possibilità di effettuare il parto con analgia epidurale deve essere garantita, quale possibile opzione della donna che lo richieda, all’interno della rete complessiva dei Punti Nascita. Pertanto, deve essere garantita la disponibilità a livello di ogni area funzionale sovrazonale di almeno un Punto Nascita che realizzi la analgia per il travaglio di parto secondo le disposizioni che saranno definite a livello nazionale. Tale organizzazione può essere realizzata solo in PN **oltre** 1200 parti/anno secondo le attuali indicazioni ministeriali .

Sono considerati elementi irrinunciabili dell’assistenza dei Punto Nascita di qualsiasi livello:

- l’effettuazione dei TC di urgenza e possibilità di scelta del parto vaginale per gravide con pregresso TC;
- la disponibilità di spazio perché la mamma dopo il parto possa tenere fin da subito il neonato con sé;
- la contiguità del nido con le camere di degenza dell’ostetricia*; con separazione delle degenze conseguenti a parto da quelle conseguenti ad aborti spontanei o IVG
- la realizzazione del rooming-in;
- il sostegno dell’allattamento al seno secondo le indicazioni del progetto regionale specifico con particolare attenzione alla valutazione della poppata per ogni mamma che inizia l’allattamento al seno;

* Nelle ristrutturazioni o nelle progettazioni di nuovi Punti Nascita deve essere realizzata una disposizione degli spazi finalizzata a facilitare il contatto mamma neonato sia per i neonati sani che per quelli con richieste assistenziali maggiori

- il rispetto integrale del Codice Internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno³⁰;
- Nei casi di neonati con patologia garanzia di:
 - assistenza in reparto aperto ai genitori;
 - partecipazione dei genitori alle cure;
 - sostegno all'allattamento materno;
 - informazione comprensibile ai genitori sulle necessità del piccolo;
 - programmazione degli interventi terapeutici nel rispetto del contenimento del dolore del neonato e nel rispetto dei ritmi della relazione mamma-bambino;
- l'attenzione ai segnali di rischio di depressione post partum e l'attivazione dei percorsi di sostegno intra ed extraospedaliero;
- la partecipazione della mamma/genitori alle scelte assistenziali ed alle procedure (visita);
- assistenza ostetrica alla puerpera (controlli involuzione uterina, lochi, perineo, ecc);
- le dimissioni personalizzate, concordate e protette, con attivazione dei collegamenti con i servizi territoriali;
- l'adesione ai programmi di screening previsti da leggi nazionali/regionali;
- l'offerta attiva di tutte le informazioni EB utili all'avvio del progetto di salute familiare per il bambino (allattamento al seno, prevenzione SIDS, trasporto sicuro, vaccinazioni raccomandate, Nati per leggere);
- la compilazione, condivisa con i genitori, dell'Agenda di salute del bambino il cui bilancio di salute neonatale sintetizza gli elementi anamnestici e clinici utili al passaggio alle cure primarie;
- la redazione del foglio di dimissione ostetrica, condivisa con la donna, da inserire nell'Agenda della Gravidanza per garantire il passaggio di informazione ai servizi territoriali;
- l'informazione alla donna che per qualsiasi ricovero che si rendesse necessario nei 40 giorni dopo il parto è necessario portare con sé l'Agenda di Gravidanza;
- l'esecuzione del riscontro diagnostico autoptico per le morti perinatali secondo le indicazioni ministeriali;
- la chiusura entro 10 giorni del Certificato di Assistenza al parto condotta congiuntamente da ostetrica/ginecologo e neonatologo in particolare nella segnalazione di eventuali malformazioni;
- la corretta e trasparente compilazione dei documenti che tracciano il Percorso Nascita (SDO materna, SDO neonatale, Cedap, segnalazione al Registro Malformazioni, Segnalazione al Registro Malattie Rare, ecc..

*Le caratteristiche che contraddistinguono le attività di II livello: Ambulatori specialistici distrettuali e ospedalieri e PN di II livello (= nati > 800/anno con PL di codice di disciplina³¹ e 62=cure neonatali intermedie) sono quelle di erogare prestazioni **aggiuntive** (assistenza aggiuntiva per donne e bambini con malattie di moderata gravità) prevalentemente richieste dal I livello che mantiene la continuità del percorso. (Es. anche nelle gravidanze a rischio sarà compito del Consultorio offrire il corso di accompagnamento alla nascita insieme con le altre donne in gravidanza).*

In particolare per quanto riguarda gli screening e la diagnostica prenatale il principio della casistica adeguata richiede una organizzazione decentrata in ogni ASL per quanto riguarda gli Ambulatori dedicati (informazione all'utente, raccolta consenso informato, prelievo, ecografia, invio del

³⁰ Il codice, approvato nel 1981 dall'Assemblea Mondiale della Sanità e aggiornato con "risoluzioni" ogniqualvolta si renda necessario, è un regolamento internazionale che pone regole precise per la commercializzazione dei sostituti del latte materno

materiale da analizzare e documentazione) e una centralizzazione della diagnostica analitica che garantisca un'efficiente procedura di controllo di qualità interno secondo quanto ampiamente documentato dalla "Proposta di riorganizzazione del percorso per lo screening delle anomalie fetali" gruppo di lavoro ARESS 31/01/2008.

Anche per quanto riguarda la diagnostica ecografia prenatale è da prevedere una organizzazione decentrata per la realizzazione dell'ecografia di screening eseguita su gravide a basso rischio da operatori in grado di riconoscere la normalità, attraverso l'applicazione delle LG della SIEOG, mentre l'ecografia diagnostica, finalizzata all'identificazione di una patologia specifica, richiede competenze cliniche e strumentali tali da suggerire una centralizzazione a livello di area funzionale sovrazonale con una supervisione dal Centro di ecografia ostetrica dell'ASO OIRM-S'Anna dotato di tutte le specialità medico-chirurgiche necessarie per l'assistenza al feto/neonato affetto da malformazioni che richiedano interventi in utero o in epoca neonatale.

Le attività di III livello: Ambulatori di alta specializzazione e Punti Nascita dotati di TIN (= >15 neonati/anno con peso <1500 g e bacino di riferimento di 5000 parti/anno³¹, PL di codice di disciplina 31, 62,73= terapia intensiva neonatale).

La diagnostica invasiva prenatale deve essere centralizzata presso i PN che eseguono almeno 300 interventi di DPN/anno.

I PN di III livello che richiedono una corrispondenza tra la componente ostetrica e quella neonatologia in particolare per una organizzazione che permetta una valutazione dinamica della necessità di un parto immediato o possibilità di continuare la gestazione in ambiente compromesso (= diagnostica specialistica e ripetuta del benessere/malessere fetale + disponibilità all'urgenza), confluiscono nella rete regionale TIN assumendone i protocolli operativi (Protocolli Rete TIN e STEN in corso di redazione secondo DGR 3-6466/2007). I PN di III livello devono disporre del supporto della NPI.

Per i Punti Nascita di III livello deve essere realizzata una modalità assistenziale che garantisca l'accesso ad entrambi i genitori senza limitazioni di orario e la disponibilità a fornire informazioni sui ricoverati in orari predeterminati.

“ La tutela della salute delle donne gravide che afferiscono a strutture di I o II livello e dei feti, di fronte all'evidenziarsi di situazioni cliniche richiedenti trattamenti di livello superiore è garantita dall'obbligo dell'ostetrico-ginecologo di guardia di accertare clinicamente e strumentalmente gli elementi di rischio materni e/o fetali che indicano l'opportunità di un trasferimento e dall'efficienza di un servizio di trasporto della gravida” (Progetto Obiettivo Materno Infantile 2000).

Le attività della rete di assistenza perinatale, sottesa al Percorso Nascita, devono essere realizzate secondo appositi protocolli regionali o aziendali, e secondo protocolli di intesa fra aziende e fra istituzioni diverse, a seconda del livello di operatività, condivisi dai servizi e dagli operatori coinvolti

³¹ DGR 3-6466/2007

(protocolli assistenziali relativi a: trasporto in utero, trasporto neonatale, BdS preconcezionale, monitoraggio gravidanza a basso rischio, monitoraggio gravidanza a rischio, BdS materno-fetale a termine di gravidanza, monitoraggio gravidanza oltre il termine, sorveglianza del benessere fetale in travaglio di parto, accoglienza/assistenziale al neonato sano, BdS neonatale, assistenza in puerperio, protocollo dimissioni precoci, ecc).

Le modalità di attuazione degli interventi assistenziali, saranno esplicitate nei protocolli dei servizi del Percorso Nascita con riferimento alle indicazioni OMS (WHO: *Recommendation for Improving Maternal and Newborn Health; Essentials Newborn Care; Global Strategy for Infant and Young Child Feeding; Ten Steps to Successful Breastfeeding*), alle evidenze espresse nella *Cochrane* e alle linee guida che le società scientifiche hanno prodotto su singoli interventi (prevenzione dolore, dimissioni, puerperio, ecc). Tali protocolli saranno parte integrante del documento Percorso Nascita Aziendale corredati dalla data dell'ultima stesura e dalla data prevista di revisione.

Tutti i nodi della rete debbono essere collegati alle reti già esistenti in Regione per quanto di loro competenza (es. segnalazione malattie rare, segnalazione a Centro di riferimento laddove esistente es. DOWN, Centro SIDS, ecc).

L'organizzazione aziendale attuerà le strategie possibili per:

- fornire informazioni esaurienti e fruibili per ottenere in tempi utili i contatti con i Servizi (Carta dei servizi, depliant illustrativi,.....) del Percorso Nascita;
- coordinare all'interno dell'area funzionale sovrazonale i messaggi inseriti nelle Carte dei Servizi;
- fornire l'Agenda di gravidanza a tutte le donne gravide residenti sul suo territorio, identificando la modalità di distribuzione capillare;
- monitorare il corretto utilizzo dell'Agenda stessa;
- fornire l'Agenda di Salute "Dalla Nascita all'adolescenza" a tutti i neonati nati nei Punti Nascita aziendali e a bambini residenti sul suo territorio che ne risultino sprovvisti;
- monitorare il corretto utilizzo dell'Agenda stessa;
- offrire le funzioni di ufficio di stato civile presso il Punto Nascita con modalità facilmente fruibili;
- favorire l'iscrizione al SSN e scelta del PdF dal Punto Nascita;
- realizzare almeno un Punto di Sostegno all'allattamento al seno per ogni distretto in modo che possa integrare il lavoro dei PdF verso l'obiettivo di una riduzione della caduta dell'allattamento esclusivo dopo le dimissioni dal punto Nascita;
- favorire la specializzazione di almeno un operatore per ASR con la qualifica di IBCC (Consulente Internazionale Allattamento) per la presa in carico degli allattamenti con problematiche complesse;
- organizzare trasparentemente la disponibilità sussidiaria del Punto Nascita secondo protocolli locali specifici, in caso di carenza di PdF o di pediatri dei servizi territoriali;
- favorire l'inserimento del personale non medico (ostetriche, infermiere pediatriche, puericultrici, assistenti sanitarie visitatrici) nelle iniziative di sostegno alla genitorialità (corsi di massaggio infantile, gruppi di neogenitori, Nati per Leggere, ecc);
- favorire l'integrazione con i Servizi Sociali;
- favorire l'integrazione con il volontariato (es. Leche League);
- favorire la partecipazione del PdF alla dimissione del neonato patologico;

- favorire l'integrazione culturale e operativa fra tutti i pediatri operanti nell'azienda con la condivisione degli obiettivi di promozione della salute dei bambini, demedicalizzazione della puericultura, empowerment dei neogenitori e delle famiglie, diffusione del progetto Nati per leggere, politica per screening accreditati;
- favorire la creazione di una rete aziendale di intercettazione e presa in carico della depressione post-partum;
- diffondere i messaggi relativi alle azioni di prevenzione primaria attivabili lungo il percorso nascita (= assunzione di acido folico periconcezionale, allattamento al seno, posizione supina in culla, riduzione fumo attivo e passivo, adozione supporti per trasporto sicuro in auto del neonato, adesione ai programmi vaccinali regionali, promozione della lettura ad alta voce dalle prime epoche della vita).

Indicatori:	Fonte dati
Disponibilità protocolli dipartimentali	
Distribuzione Agenda di gravidanza a tutte le gravide residenti	
Distribuzione Agenda di Salute "dalla nascita all'adolescenza" a tutti i nuovi nati	
Numero gravidanze seguite in Consultorio	Cedap
Percorso completo in Consultorio	Software Consultori
Numero puerpere seguite in Consultorio	Software Consultori
Numero visite ostetriche/infermiera pediatrica/assistente sanitaria a domicilio per casi selezionati	Software Consultori
1 ambulatorio ostetrico per ASL con apertura oltre le 19 perlomeno una volta/settimana	Carta dei Servizi
Presenza di ambulatorio per gravidanza a rischio in ogni PN di II° e III° livello	Carta dei Servizi
Presenza in ogni area funzionale sovrazonale di almeno un Punto Nascita che realizzi la analgesia per il travaglio di parto	Carta dei Servizi
Concentrazione test di screening e diagnostica prenatale in Servizi che mantengano una casistica sufficiente a garantire la qualità dell'esame	Tracciato C
Concentrazione della diagnostica invasiva in Servizi che mantengano una casistica	SDO

sufficiente a garantire la qualità dell'esame (Amniocentesi in Centri con almeno 300 amniocentesi/anno)	tracciato C
Numero di corsi di accompagnamento alla nascita in continuità tra Consultorio e Punto Nascita	Carta dei Servizi
Attivazione di routines assistenziali ospedaliere indirizzate alla demedicalizzazione del parto e facilitanti il contatto madre-bambino	Carta dei Servizi
Realizzazione del rooming-in nei Punti Nascita	Carta dei Servizi
Percentuali di neonati richiedenti cure minime (=DRG 390 e 391) cure intermedie (= DRG 389, 388, 387) cure intensive (= DRG 386) coerenti con il livello del Punto Nascita	SDO
Allattamento alla dimissione dal Punto Nascita	SDO Cedap
Concentrazione della patologia della gravidanza in Centri dove sia possibile effettuare la presa in carico multidisciplinare della diade madre-feto	
Parto al Sant'Anna per neonati con malformazioni congenite con indicazione di assistenza feto/neonatale specialistica	SDO Cedap
Prematuri profilassati per la sindrome respiratoria neonatale	Cedap
Concentrazione delle gravidanze a rischio nei Punti Nascita di livello adeguato	SDO Cedap
Realizzazione del Servizio di Trasporto Neonatale di Emergenza	SDO
Realizzazione di almeno un Punto di Sostegno all'allattamento al seno per Distretto	Carta dei Servizi
Audit del Punto Nascita (due reparti congiunti)	Banca dati

sulla patologia neonatale Crediti ECM per audit clinici congiunti (= formazione sul campo)	ECM
Audit della Rete TIN sui trasporti neonatali	Crediti ECM
Alimentazione Registro Malformazioni Qualità dei dati contenuti nel Cedap (es. numero malformazioni segnalate)	Cedap
Alimentazione Registro nazionale e regionale sui neonati di peso molto basso (POMI)	
Applicazione protocollo operativo follow up dei neonati che hanno richiesto TI	
Diagnostica autoptica in tutti i casi di morti perinatali	Cedap
Istituzione Registro regionale mortalità materna	