



PROPOSTE RISOLUZIONI AGGIORNAMENTO DEGLI STANDARD PER LA DISTRIBUZIONE DEI PUNTI NASCITA

AUDIZIONE X11 commissione affari sociali
CAMERA

23 MARZO 2023

RELATRICE
PROF.SSA MIRIAM GUANA

PRESIDENTE SYRIO

Abstract

In questa audizione la società scientifica Syrio intende apportare il proprio contributo verso le Risoluzioni presentate dalle rispettive On. parlamentari (Vietri 7-00007, Zanella, 7-00053, Malavasi 7-00057, Sportiello 7-00066, Bonetti7-00068) in merito all'aggiornamento degli standard per la distribuzione dei punti nascita sul territorio.

Dall'esame delle 5 proposte di Risoluzioni, si sono rilevati i punti che riscontrano maggiormente i *gold standard* riportati dalla letteratura scientifica più recente ed accreditata (SNLG; OMS) e dagli Atti Normativi nazionali in grado di garantire livelli di sicurezza materna, fetale/neonatale e maggiore soddisfazione materna rispetto alle cure offerte. In sintesi i punti essenziali ed irrinunciabili per Syrio riguardano:

- Riorganizzazione dell'assistenza territoriale (DM 77/22; Accordo Stato Regioni 2019).

Nello specifico si accoglie e si sostiene: il Modello di continuità delle cure ostetrico-neonatali attraverso una rete sinergica tra ospedale e territorio. Sviluppo dei Consultori Familiari. L'ostetrica figura *pivotal* nel team consultoriale quale figura di riferimento (SNLG 2010,2011) e definizione suo standard (almeno 2 TPE:10.000 abitanti). Integrazione nelle case di comunità (CdC) e nei PUA (Punto Unico di Accesso) dell'Ostetrica di Famiglia e di comunità. Implementazione degli screening prenatali; garantire *Home-visiting ostetrica come supporto universale*. *Adottare Il* Modello di salute "Investire precocemente in salute: azioni e strategie primi 1000 giorni" secondo l'Accordo Stato Regioni 2019.

Riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera dei punti nascita (Accordo Stato Regioni 16.12.2010; DM 70/2015; Accordo Stato Regioni 24.01.2018 -cd Rete Tempo dipendente-

Nello specifico si accoglie di confermare gli standard dei profili adeguati irrinunciabili (ostetrica, medico ginecologo, anestesista, neonatologo/pediatra) e di integrare con gli standard numerici delle risorse ostetriche per garantire *one-to-one* al parto e la sua presenza in tutti i setting assistenziali; Focus sugli indicatori qualitativo/quantitativi del profilo ostetrico.

Riorganizzazione dell'assistenza ostetrica in emergenza-urgenza: con attivazione equipe dedicata e dei profili di competenza (ostetrica, neonatologo/pediatra, ginecologo, anestesista). Monitorare l'applicazione della Carta dei Servizi a misura di "madre-bambino" per una scelta materna informata del luogo scelto per il parto. L'eventuale chiusura punti nascita necessita di riorganizzazione imprescindibile delle cure ostetrico-neonatali territoriali di cui sopra con standard dei profili adeguati e di quantità. Offerta di corsi di formazione continua, integrata anche in simulazione, per ostetrica, ginecologo, anestesista, neonatologo/pediatra. Stretto collegamento e partecipazione con i Servizi di Emergenza –Urgenza -

Principali caratteristiche socio-anagrafiche e professionali delle ostetriche italiane di oggi

- > n. 20.558 (dato 2021) iscritte ai rispettivi albi professionali degli Ordini di competenza provinciale
- Genere: 98,5% di genere femminile e 1,5% maschile
- Formate presso n. 24 poli universitari italiani con un titolo professionale spendibile negli Stati membri dell'U.E.,
- Operanti soprattutto presso i punti nascita (in particolare in area ostetrica rispetto a quella neonatale e ginecologica) e nei territorio (consultori) . Una percentuale esigua è occupata come libera professione
- Il tasso di occupazione a distanza di un anno dalla laurea risulta essere del 59,7% (anno 2019). seppur durante emergenza pandemica da COVID negli anni 2020-2022 questo dato è migliorato. Quindi nel mercato del lavoro vi è disponibilità di ostetriche; pertanto è auspicabile una loro adeguata allocazione nelle realtà assistenziali di competenza (ostetrica, neonatologia e ginecologia) presso gli ospedali e nel territorio.

Breve presentazione di SYRIO – Società italiana di scienze ostetrico-ginecologico-neonatali e suoi obiettivi statutari (www.syrio.org)

Syrio, è una società scientifica rappresentata da ostetriche/ci, iscritta nell'elenco delle società/associazioni accreditate dal Ministero della salute (Determina 8.2.2022) ed inserita nel panorama della Midwifery internazionale in quanto membro di EMA (European midwives association).

In relazione al ruolo ed ai rispettivi obiettivi statutari, in questa audizione la società scientifica Syrio intende apportare il proprio contributo verso le risoluzioni presentate dalle rispettive On. parlamentari (Vietri 7-00007, Zanella, 7-00053, Malavasi 7-00057, Sportiello 7-00066, Bonetti 7-00068) in merito all'aggiornamento degli standard per la distribuzione dei punti nascita, quali provvedimenti di interesse pubblico e di fondamentale importanza sia per la tutela e la promozione della salute bio-psico-sociale della vita nascente, della diade madre-bambino e della famiglia, sia per l'assicurazione del massimo livello di qualità, appropriatezza e sicurezza delle cure ad ogni gestante ed ad ogni neonato.

Si coglie l'occasione per rivolgere alle 5 parlamentari l'apprezzamento per le linee di indirizzo e di impegno date al Governo per il miglioramento del percorso di assistenza ostetrica alla nascita perché questi investimenti volti alla promozione della salute delle donne dei bambini e delle famiglie, implicano, in un'ottica salutogenica, il miglioramento dello stato di salute dell'intero Paese e delle future generazioni.

Premessa

Dall'esame delle 5 Risoluzioni, la società scientifica Syrio, ha rilevato i punti che riscontrano maggiormente i gold *standard* riportati dalla letteratura scientifica più recente ed accreditata in grado di assicurare livelli di sicurezza materna, fetale/neonatale e maggiore soddisfazione materna.

Oltre a ciò, è stato dato riscontro alle proposte che includono la riorganizzazione dell'assistenza territoriale in un'ottica di prevenzione (primaria e secondaria) e di continuità delle cure, nonché il potenziamento dei servizi di presa in carico della salute materno-infantile. Da un punto di vista scientifico e clinico, infatti, le singole fasi che declinano il percorso nascita ossia, il periodo pre-concezionale, la gravidanza, il travaglio, il parto ed il puerperio, devono essere considerate in un processo di "presa in carico continua" quindi rientrare in un unico percorso ininterrotto di offerta attiva delle cure anche in una visione multiprofessionale.

L'assistenza ostetrica offerta nel *peripartum* (periodo che si estende 6 mesi prima della fecondazione a tre anni dopo la nascita) deve essere volta a sostenere i fondamenti della salute e del benessere i cui effetti sulla persona dureranno per tutto l'arco della sua vita (E. Erikson (1951) e di D. Levinson (1978))

In sintesi, i punti essenziali ed irrinunciabili per Syrio riguardano:

Syrio – Audizione XII Commissione Affari Sociali - Camera 23 marzo 2023

Relatrice Prof.ssa Miriam Guana - Presidente Syrio

email syriosegreteria@gmail.com sitoweb www.syrio.org

LA RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE (DM 77/22)	RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA DEI PUNTI NASCITA - definizione degli standard di profili adeguati (ostetrica, medico ginecologo, anestesista, neonatologo/pediatra) e degli standard sulle risorse professionali
<ol style="list-style-type: none"> 1. Modello di continuità ostetrica delle cure e sinergia ostedale-territorio 2. Sviluppo dei consultori familiari 3. L'ostetrica di Famiglia e di Comunità figura <i>pivotal</i> nel team consultoriale e suo standard numerico e TPE 4. Le case di comunità (CdC) e Punto Unico di Accesso (PUA) 5. L'ostetrica di Famiglia e di comunità (<i>già Ostetrica condotta fino al 1978</i>) 6. Implementazione degli screening prenatali 7. <i>Home-visiting a cura dell'ostetrica a tutte le puerpere (supporto universale)</i> 8. Modello "Investire precocemente in salute: azioni e strategie primi 1000 giorni" secondo l'Accordo Stato Regioni 2019. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definizione degli standard di profili adeguati (ostetrica, medico ginecologo, anestesista, neonatologo/pediatra) e delle risorse professionali in termini numerici e Tempo Pieno Equivalente (TPE) 2. La Carta dei servizi a misura di "madre-bambino" quale strumento di scelta materna informata dell'offerta assistenziale nel percorso nascita 3. Focus sugli indicatori qualitativo/quantitativi del profilo ostetrico 4. Eventuale chiusura punti nascita: proposte di riorganizzazione delle cure a madre e bambino e degli standard qualitativi e quantitativi 5. Offerta di corsi di formazione continua per promuovere le buone pratiche e la sicurezza. La formazione del <i>core professionale</i> (ostetrica, ginecologo, neonatologo/pediatra, anestesista) come strategia organizzativa

1) RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE – CONTINUITA' ASSISTENZIALE – ACCOMPAGNAMENTO AI FUTURI GENITORI

parole chiave: percorso nascita, continuità delle cure, interventi appropriati, standard di qualità, DM 77/22, case di comunità, ostetrica di famiglia e di comunità

Il modello di continuità delle cure. Le linee guida relative alla gravidanza fisiologica (SNLG_ISS 2010, 2011), quelle dell'OMS e del NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) includono il modello di continuità a cura dell'ostetrica dell'assistenza nel percorso nascita tra i *gold standard* per l'ottimizzazione degli esiti materni e neonatali, l'assicurazione di una assistenza personalizzata delle cure secondo una visione olistica della persona, la valutazione precoce dei rischi ostetrici e neonatali e di quelli legati a fragilità ed al disagio sociale, agli stili di vita e dei bisogni/necessità di natura non solo fisica ma psico-emozionale delle donne per un intervento precoce della rete e degli specialisti.

Nel percorso nascita, la presa in carico precoce di madre-bambino attraverso un modello di *continuità ostetrica dell'assistenza* assume una valenza terapeutica di dimostrata efficacia in termini di miglioramento degli esiti in particolare la riduzione dei tagli cesarei, di parti medicalizzati/operativi, della morbilità perinatale, l'aumento della soddisfazione della persona assistita, la riduzione dell'incidenza di depressione post-partum nonché garante del sostegno ai processi della genitorialità.

Promuovere e preservare la salute materna e neonatale significa investire sulla salute e sul futuro della società e delle nuove generazioni anche attraverso la giusta allocazione delle risorse su pratiche/interventi di dimostrata efficacia.

L'organizzazione mondiale della sanità (OMS) dedica una particolare attenzione alla necessità di presidi assistenziali e ospedalieri essenziali per la natalità e per la salute di donne e bambini. In particolare sostiene che l'investimento in azioni precoci di protezione e promozione della salute dei bambini nelle prime epoche della vita tramite un approccio integrato tra diversi servizi, rappresenta una componente fondamentale della salute pubblica ed una delle priorità.

Nel caso di iniziative sull'aggiornamento degli standard per la distribuzione /riorganizzazione e che prevedono la chiusura dei punti nascita secondo le indicazioni dell'accordo stato regioni del 2010, si deve necessariamente prevedere una contestuale innovazione organizzativa dell'assistenza ostetrica territoriale/domiciliare e l'adozione di un modello di cura in grado di assicurare la continuità assistenziale attraverso una rete virtuosa tra territorio e punti nascita di riferimento.

La riorganizzazione dell'assistenza territoriale in un'ottica di promozione/tutela della salute e continuità delle cure, deve prevedere il potenziamento:

- dei servizi di presa in carico "materno-infantile", delle attività dei consultori familiari, anche attraverso un'integrazione con le case di comunità, come previsto nel DM 77/22.
- l'istituzione della figura dell'ostetrica di comunità, indicata nel ruolo di *case manager* nel DM 77/22, al fine di aumentare e implementare l'erogazione dei servizi anche nelle aree interne. Ricoprire il ruolo di case manager significa la gestione di uno o più casi garantendo la corretta applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale, facendo in modo che la persona assistita sia sempre al centro del processo di assistenza e cura.

Attività consultoriale DM 77/22 - L'ostetrica quale figura pivotale

Il DM 77/2022 (cd Assistenza Territoriale) prevede un capitolo riservato ai Consultori Familiari, istituiti da Norme nazionali a partire dal 1975.

Precedenti dispositivi legislativi degli anni '70 e nel P.O.M.I - D.M. del 24/4/2000-, avevano già ben tracciato le attività poste in essere. Purtroppo molte regioni hanno privilegiato l'attività ospedaliera "in elezione" sottostimando la necessità dell'offerta attività dell'assistenza territoriale, quale linea d'indirizzo ulteriormente potenziata durante il periodo pandemico da Covid dove si è assistito alla chiusura di diversi consultori familiari per la necessità di cooptare personale del territorio verso le strutture ospedaliere.

Il consultorio invece in questo momento storico, viste le precedenti premesse, deve essere concretamente valorizzato in particolare deve assicurare interventi di educazione legate alle manifestazioni riproduttive e di assistenza (anche domiciliari) durante la gravidanza e nel periodo postnatale quale fase di transizione e di adattamento per la donna/famiglia che deve essere assolutamente sostenuta (vedi ultime linee guida Nice, OMS) soprattutto in questa fase delicata della loro vita.

Al fine di assicurare il modello di continuità delle cure inoltre l'apertura delle attività ostetrico-materno-neonatali dovrebbe avvenire anche nei giorni prefestivi. L'indagine condotta da ISS nel 2018 sui consultori familiari fa emergere che l'ostetrica è la figura maggiormente presente nei consultori.

Viene identificata come la figura pivotale (perno centrale) nell'equipe consultoriale. La sua funzione essenziale è quella di far emergere, promuovere, sostenere e proteggere le competenze della donna e della vita nascente. Accoglie le "fragilità" e aiuta la donna a tenerle sotto controllo e a superarle. Valorizza le capacità di cercare salute, offre un'opportunità eccezionale di crescita di consapevolezza. Ricopre un ruolo educativo volto a valorizzare la donna come health driver (adeguata health literacy) Questo modello è coerente con i principi della Primary Health Care (PHC) - definiti dall'OMS

Standard professionale ostetrico nei consultori familiari

Considerato il ruolo determinante dell'Ostetrica, quale figura pivotale nell'equipe consultoriale si propone come standard quantitativo di almeno 2 unità di ostetriche Tempo Pieno Equivalente (TPE) ogni 10:0000/abitanti ed in incremento se Punti Nascita chiusi; e comunque in ogni sede consultoriale secondo lo standard previsto dalla norma, considerato che suo ruolo e competenze sono rivolte a tutti i bisogni/esigenze riproduttive collegate a tutte le fasi della vita della donna (*lung life course riproduttive*)

Home-visiting ostetrico. Nell'ottica di un miglior investimento dell'assistenza a madre e bambino l'attività ostetrica deve assicurare un'offerta attiva a tutte le donne che hanno partorito: l'home-visiting entro 7 giorni dal parto e comunque tempistiche definite dalla priorità clinica (adozione di score di priorità);

Interventi nell'ambito del Modello "*primi mille giorni di vita*". I consultori familiari sono il setting ideale e garante di azioni/interventi nell'ambito "*primi mille giorni di vita*" obiettivo di salute sostenuto dal ministero della salute e incluso contenuti nel PNRR). Infatti nel periodo compreso tra il **concepimento e i due anni di età**, si pongono le basi per un adeguato sviluppo fisico e psichico del bambino ed i genitori devono essere sostenuti nel acquisire un ruolo attivo nel garantire la salute del loro bambino futuro genitore (health drivers)

Le Case Della Comunità (CdC) e l'istituzione dell'ostetrica di famiglia e di comunità e componente dell'equipe multiprofessionale nei Punti Unico di Accesso (PUA).

Il **DM 77/22** oggi costituisce un punto di partenza e non un punto di arrivo per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale di prossimità anche dell'area materno/infantile che non può esaurirsi con il solo potenziamento della rete consultoriale. Servono proposte di nuovi modelli organizzativi, di assistenza integrata con risorse, competenze professionali, strumenti e servizi adeguati ad un'efficace presa in carico continuativa e capillare della popolazione target di riferimento.

Teleassistenza. Anche la teleassistenza può avere una sua rilevanza quando vi è la necessità di entrare in relazione con la persona collocata in realtà disagiate o di difficile

accesso. Deve essere intesa come strumento per promuovere l'assistenza di prossimità; durante l'emergenza pandemica è stata particolarmente utilizzata dalle ostetriche del territorio ed ha consentito di mantenere il rapporto con la donna in particolare durante il lock down garantendo i CAN "da remoto", ma anche integrando i controlli della gestante e della puerpera attraverso videochiamate secondo schemi di conduzione dei collegamenti strutturati e condivisi.

In tal senso, si raccomanda l'opportunità di considerare la professione ostetrica come componente **dell'equipe multiprofessionale** per le attività integrate e di collaborazione con MMG (medici di famiglia), PLS e specialisti, nonché con le farmacie (vedi ad esempio l'attività legata alla somministrazione di vaccini durante l'evento pandemico) sia nell'assistenza di prossimità per una concreta integrazione ospedale-territorio, sia nell'assistenza primaria all'interno dei diversi setting di cura (ambulatorio, cure domiciliari) per dare risposte adeguate ai bisogni di competenza e consentire la valutazione anche di quelli complessi per adeguato indirizzo ad altro livello di cura.

Le Case Della Comunità (CdC) la cui realizzazione è prevista entro il 2026, sono quali strutture di prossimità rappresentano il punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria.

Le CdC possono rappresentare una grande opportunità per l'assistenza di prossimità e le cure primarie per gestanti, puerpere e neonati (valutazione/accertamento in situazioni salute e/o di basso rischio ostetrico/bassa complessità). La cooperazione tra ostetriche e medici di famiglia deve essere rafforzata in particolare per migliorare anche il processo di prescrizione gratuita degli esami prescritti periodicamente alle gestanti per la sorveglianza dello stato di salute materno-fetale.

A titolo esemplificativo, nelle case di comunità la reperibilità dell'ostetrica famiglia deve essere garantita nelle 24 ore e per sette giorni su sette anche per assicurare il triage ostetrico. Una valutazione (assessment clinico) tempestiva della donna, può favorire la riduzione degli accessi all'ospedale nei casi di non necessità, dei ricoveri impropri (vedi ad es. un falso travaglio o una falsa rottura prematura delle membrane) oppure l'accompagnamento in sicurezza della partoriente (con attivazione del servizio 118).

Inoltre a seguito dell'aumento delle dimissioni ospedaliere precoci per donne e bambini in salute (2-3 giorno dal parto, con una forte riduzione dei costi di degenza) a cascata aumenta la richiesta di prestazioni relative alla sorveglianza materna e neonatale e l'effettuazione degli screening previsti e che attualmente vengono eseguiti nei giorni di degenza, per mamme e neonati sani.

L'allegato 2, al DM 77/22, elenca i servizi obbligatori ma nella maggior parte dei casi, non dà indicazioni operative specifiche e vincolanti sulla composizione effettiva delle equipe e sulla dotazione di personale. Negli standard di personale per le CdC prescritti nell'allegato 2, non è espressamente menzionata la professione dell'ostetrica "di comunità" ed in tal senso si auspica nella proposta/attuazione di nuovi modelli innovativi di organizzazione dell'assistenza territoriale in pertinenza ai bisogni della popolazione nonché alle raccomandazioni scientifiche più accreditate cliniche ed operative sui servizi da garantire e le politiche da adottare come ad esempio quelle del NICE e dell'OMS.

Implementazione degli screening prenatali. La riorganizzazione delle cure territoriali deve includere l'implementazione su tutto il territorio nazionale dei percorsi di screening prenatale, nonché l'affiancamento di figure sanitarie specializzate in ogni aspetto della salute materno-infantile affinché le esigenze della donna in gravidanza e della

neomamma siano soddisfatte mediante interventi appropriati da parte di operatori specializzati nei diversi momenti della gravidanza, del parto e del post partum, sia con attività di monitoraggio e di counselling che con vera e propria assistenza nelle scelte che riguardano la gestazione, il parto, il post-partum e i primi periodi di vita del bambino.

Dai dati epidemiologici e demografici del nostro Paese, oltre alla questione delle cronicità, emerge l'inderogabile necessità di investire molto sulla salute delle donne e sulla natalità imponendo la necessità di rivedere l'offerta di servizi territoriali affinché risultino appropriati e sostenibili per il miglioramento della qualità delle cure, degli esiti di salute e della qualità della vita anche dei futuri adulti (necessità di "investire precocemente in azioni e strategie nei primi mille giorni di vita -vedi Progetto ministeriale "I primi 1000 giorni di vita" e i suoi contenuti nel PNRR)

E' infatti quanto mai opportuno introdurre i percorsi preventivi e assistenziali offerti alla donna, alla coppia e ai genitori secondo il modello "i **primi 1000 giorni di vita del bambino**", quali l'assistenza preconcezionale, prenatale, al parto e dopo la nascita nei primi due anni di vita del bambino, la promozione delle competenze genitoriali, il supporto. Appare inoltre importante fornire informazioni adeguate ed utili sui servizi erogati per salute materno-infantile, in particolare nell'ottica dei 1000 giorni, per favorire la prevenzione e la consapevolezza dei genitori. Altro punto importante l'attività formativa per gli operatori coinvolti nella presa in carico della salute della mamma e del bambino.

Gli interventi di prevenzione, di protezione o di cura realizzati con tempestività in questa primissima fase della vita portano a risultati di salute positivi a breve, medio e lungo termine, non solo per il bambino e l'adulto che sarà, ma anche per i genitori, la comunità e le generazioni future.

2. RIORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA DEI PUNTI NASCITA - definizione degli standard di profili adeguati (ostetrica, medico ginecologo, anestesista, neonatologo/pediatra) e degli standard sulle risorse professionali

Una delle linee programmatiche indicate dal Ministro della Salute Schillaci è l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera, in riferimento al decreto ministeriale n. 70 del 2015, con specifico riferimento agli *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza erogata, anche in considerazione della progressiva riorganizzazione dei pronto soccorso e dei punti nascita.

Rispetto alle Risoluzioni presentate dalle rispettive parlamentari (Vietri 7-00007, Zanella, 7-00053, Malavasi 7-00057, Sportiello 7-00066, Bonetti7-00068) si sostengono le seguenti:

a. Definizione degli standard di profili adeguati (ostetrica, medico ginecologo, anestesista, neonatologo/pediatra) e degli standard sulle risorse professionali

Focus su standard qualitativi e quantitativi del profilo ostetrico

La definizione degli standard relativi al profilo ostetrico all'interno dei setting assistenziali del "percorso nascita" e nei centri nascita appare tutt'oggi una questione non adeguatamente definita ed analizzata soprattutto sotto il profilo quantitativo.

A fronte di una diminuzione delle nascite, si sta assistendo ad un aumento della complessità dell'assistenza in area ostetrica (vedi aumento dell'età e delle patologie materna, PMA,

Syrio – Audizione XII Commissione Affari Sociali - Camera 23 marzo 2023

Relatrice Prof.ssa Miriam Guana - Presidente Syrio

email syriosegreteria@gmail.com

sitoweb www.syrio.org

flussi migratori, disagi sociali, fragilità, ecc.) e tutt'oggi si registra una forte resistenza del sistema salute ad investire su questo profilo nelle aree di sua specifica competenza.

Premesso che:

- gli esiti di salute materno-feto/neonatali sono correlati a standard di profili adeguati (ostetrica, medico ginecologo, anestesista, neonatologo/pediatra) e di standard risorse professionali,
- gli esiti di salute materno-feto/neonatali sono correlati **anche ai volumi delle attività** che garantiscono il mantenimento delle competenze specifiche (*core competence*) ostetrica
- una robusta letteratura raccomanda di garantire livelli di sicurezza materna e feto/neonatali con livelli di soddisfazione materna

Si propone di aggiornare e definire gli standard ospedalieri per ciascun Punto Nascita, in termini di condizioni inderogabili di risorse ostetriche come indicato nella tab. 2

Tabella 1 Proposta degli standard del profilo ostetrico nei rispettivi setting assistenziali nei Punti nascita (Proposta Syrio, marzo 2023)

SETTING ASSISTENZIALI	STANDARD QUALITATIVO E QUANTITATIVO DEL PROFILO OSTETRICO
Ostetrica in sala parto	Con rapporto 1: 1 a travaglio attivo quale garanzia per un'assistenza one to one.
Settore di degenza ospedaliera Puerperio e rooming in	1 Ostetrica TPE* (almeno) ogni 6 diade (puerpera e neonato) nel settore degenza ostetrica <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tempo pieno equivalente</i>
settore di degenza medicina materno –fetale	1 Ostetrica (TPE) ogni 6 donne gravide per turno per la sorveglianza e l'assistenza ostetrica delle gravide A.R.O. Queste degenze sono da attribuirsi ai PN (punti nascita di II° livello) e quindi con numero maggiore di Posti Letto da attribuire alla gravidanza con maggior complessità clinica.
Servizi/ambulatori preposti alla sorveglianza della salute materno/fetale nelle gravidanze	La figura dell'Ostetrica quale del team sanitario negli specifici servizi preposti alla sorveglianza della salute materno/fetale nelle gravidanze (servizio di diagnosi prenatale, ambulatori gravidanze ARO, MAC, ambulatori di ecografia e ecografia office, ambulatorio di gravidanza oltre il termine, riabilitazione pavimento pelvico, ecc.).
Triage ostetrico e OBI ostetrico-ginecologico (Accordo Stato Regioni 2019)	1 Ostetrica TPE dedicata per il Triage ostetrico 24/h – 7/7 giorni nel servizio di pronto soccorso ostetrico, con 1 ostetrica in pronta disponibilità immediata al servizio assistito di trasporto materno e 1 ostetrica dedicata alla sorveglianza breve intensiva ostetrico-ginecologica
Sala operatoria ostetrica (Taglio cesareo e altri interventi chirurgici per patologia ostetrica e ginecologica)	2 Ostetriche TPE per l'assistenza dedicata nella sala operatoria ostetrica quale componente dell'equipe chirurgica sia in termini di strumentazione chirurgico che di supporto anestesiologicalo e per l'assistenza/prime cure al neonato in collaborazione con il neonatologo.

b. Carta dei servizi a misura di “madre-bambino” quale strumento appropriato per una scelta materna informata dell'offerta assistenziale nel percorso nascita

Le aziende sanitarie in cui è attivo un punto nascita, devono sviluppare e diffondere una carta dei servizi attraverso i propri canali di comunicazione ufficiali e specifica per il percorso nascita in conformità ai principi di qualità, sicurezza e appropriatezza. Tale strumento di visibilità deve contenere indicazioni riguardanti le informazioni generali sulla

organizzazione/articolazione delle operatività dei servizi contenenti i principali indicatori di esito, sulle modalità assistenziali dell'intero percorso nascita, sulle modalità per favorire l'umanizzazione del percorso nascita e delle esigenze delle donne, sulla rete sanitaria ospedaliera-territoriale e sociale per il rientro a domicilio della madre e del neonato atta a favorire le dimissioni protette, il sostegno dell'allattamento al seno ed il supporto psicologico .

Nello specifico tra gli indicatori certamente significativi ed irrinunciabili e di facile identificazione e interesse per la nostra utenza (o meglio a misura di mamma e bambino) sono:

- a) di esito - nr. parti/anno (spontanei, distocici, T.C.), induzioni al parto, l'uso del piano del parto, il controllo del dolore , le modalità di sorveglianza del benessere fetale intrapartum, l'episiotomia, le posizioni libere durante il parto skin to skin, l'allattamento precoce al seno, ecc.), i giorni di degenza, mortalità materna, neonatale
- b) strutturali: Servizio corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) informazioni su cosa portare il ospedale, le visite dei familiari, il parto in anonimato, donazione del sangue cordonale, servizio per la dichiarazione di nascita. Il personale: n ostetriche (ab), n medici (ad) n specialisti (as) o specializzanti, TIN, rooming in, sale travaglio e parto, percorso BRO e patologico, camera operatoria dedicata per T.C.,

c. Eventuale chiusura punti nascita: proposte di riorganizzazione delle cure a madre e bambino e degli standard qualitativi e quantitativi

La chiusura di un "punto nascita" con volumi di attività inferiori ai 500 parti annui previsto nell'Accordo Stato-regioni del 16 dicembre 2010 implica inevitabilmente una riorganizzazione ospedaliera contestualmente a quella dell'assistenza ostetrica territoriale al fine di garantire una continuità delle cure ostetriche come già precedente descritto.

Tale scelta deve necessariamente **prevedere la sola dislocazione dell'attività legata all'assistenza parto.**

Si propone invece di mantenere/attivare nella struttura ospedaliera:

1. un'attività ostetrica ambulatoriale per il Percorso Nascita per rispondere tempestivamente ai bisogni/necessità collegati al periodo preconcezionale, prenatale e postnatale e cura del bambino.
2. una reperibilità 24/h - 7/7 giorni di almeno 1 Ostetrica TPE (a titolo esemplificativo per triage ostetrico della donna che accede direttamente al Presidio del Pronto Soccorso non sede di Punto Nascita, per valutazione e accompagnamento in sicurezza della partoriente che attiva direttamente il Servizio 118.;
3. la continuità delle cure tra l'attività ostetrica ospedaliera ed il I Consultorio Familiare per garantire un "supporto universale" a tutte le donne che hanno partorito, Nonché Home-visiting ostetrico entro 7 giorni dal parto e comunque tempistiche definite dallo score di priorità; apertura delle attività ostetrico-materno- neonatali del Consultorio Familiare anche nei giorni prefestivi.

d. Offerta di corsi di formazione continua, integrata e anche in simulazione, per promuovere le buone pratiche e la sicurezza. La formazione di ostetrica, neonatologo/pediatra, ginecologo, anestesista come strategia organizzativa

Le aziende sanitarie devono offrire ai propri dipendenti una formazione continua con lo scopo di garantire l'apprendimento delle skills sia pratiche e sia relazionali necessarie per -migliorare la qualità professionale e le competenze in materia di sicurezza in particolare in sala parto anche in collaborazione con le società scientifiche e con le sedi accademiche, ove esistenti.

Importante ricorrere a metodologie di apprendimento clinico in cui si valorizzi il ruolo attivo dei discenti, ad esempio la discussione di casi clinici, il ricorso a simulazioni per l'uso di nuove tecnologie appropriate alla nascita e l'apprendimento di skills pratiche legate a situazione di emergenza in particolare se si tratta di eventi rari ma che possono avere conseguenze drammatiche a seguito di una malpractice. Inoltre, per migliorare la relazione terapeutica offrire ai personali momenti formativi appropriati ad esempio per la gestione della comunicazione di una cattiva notizia in ostetricia (bed news).

Fondamentale che l'offerta formativa non sia settoriale ma organizzata in contemporanea a tutto il team multidisciplinare/multiprofessionale per comprendere la gestione delle proprie responsabilità nel percorso diagnostico-terapeutico.

SYRIO

Società italiana di Scienze Ostetrico-ginecologico-neonatale

23 marzo 2023