

PROGETTO OBIETTIVO MATERNO INFANTILE

(PIANO SANITARIO NAZIONALE 1998 – 2000)

INDICE
DOCUMENTO

PAGINA
PRECEDENTE

LEGENDA SIGLE
E ABBREVIAZIONI

PAGINA
SUCCESSIVA

2. IL PERCORSO NASCITA

La gravidanza ed il parto sono eventi fisiologici che possono talvolta complicarsi in modo non prevedibile e con conseguenze gravi per la donna, per il nascituro e per il neonato.

E' necessario che ad ogni parto venga garantito un livello essenziale ed appropriato di assistenza ostetrica e pediatrica/neonatologica.

L'offerta dei servizi ospedalieri ostetrici e pediatrici/neonatologici non può prescindere da un'organizzazione a rete su base regionale o interregionale articolata in tre livelli, con differenti caratteristiche strutturali e competenze professionali, in modo da garantire la massima corrispondenza tra necessità assistenziali della singola persona e appropriatezza ed efficacia delle cure erogate.

In tale contesto deve essere posta particolare attenzione, in sede di programmazione regionale, affinché si consegua una uniformità di livello assistenziale tra U.O. ostetriche e U.O. neonatologiche-pediatriche.

Nelle rare realtà caratterizzate dall'esistenza in un'Azienda di Unità Operativa di Neonatologia (U.O.N.) dotata di Unità di Terapia Intensiva Neonatale (U.T.I.N.), ma non di U.O. ostetriche o viceversa, i contratti interaziendali ex D.L.vo 502/1992 e D.L.vo 517/1993 garantiscono un'integrazione funzionale interaziendale che permette di superare gli effetti negativi dell'anomalia strutturale aziendale.

L'assistenza alla gestante è affidata alle U.O. ostetrico-ginecologiche, del livello considerato, ed è soddisfatta da personale specializzato (ostetrico-ginecologico) dei ruoli laureati delle suddette U.O., dalle ostetriche e da personale dei ruoli infermieristici e tecnici, appartenente all'Area Funzionale Omogenea (A.F.O.) ospedaliera e dal Consultorio Familiare.

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.

L'assistenza al neonato è affidata, a seconda del livello considerato, all'Unità Operativa di Neonatologia e Patologia Neonatale (U.O.N. – P.N.) (con o senza U.T.I.N.) o all'Unità Operativa di Pediatria e Assistenza Neonatale (U.O.P. – A.N.) ed è soddisfatta da personale specializzato (pediatra, neonatologo) dei ruoli laureati delle suddette U.O. e da personale dei ruoli infermieristici e tecnici, anch'esso con competenze specifiche pediatrico/neonatologiche, appartenente all'Area Funzionale Omogenea (A.F.O.) ospedaliera. Le U.O. ostetriche, con le U.O.N. – P.N. (con o senza T.I.N.) e le U.O.P. – A.N. afferiscono all'organizzazione dipartimentale di appartenenza. E' importante che in ambito dipartimentale si attui una stretta collaborazione interdisciplinare tra il personale non medico con adeguate qualifiche in ambito ostetrico e pediatrico/neonatologico.

Per ognuno dei tre livelli assistenziali ospedalieri sopra richiamati, per funzioni e standard di organizzazione strumentale e di personale, si rimanda all'Allegato 1 al presente documento, fermo restando che l'individuazione degli stessi rappresenta per le Regioni un indirizzo orientativo da adattare alle proprie esigenze di programmazione sanitaria.

Nell'organizzazione dipartimentale dell'area materno - infantile., nella definizione dei livelli funzionali, di norma, le U.O. di ostetricia e le U.O.N. – P.N. e/o U.O.P. – A.N. operano a livello corrispondente.

Un livello superiore deve erogare oltre alle prestazioni che lo caratterizzano, anche quelle indicate per i livelli inferiori, perciò, ove non indicati, si intendono sempre richiesti per il livello superiore i requisiti previsti nel livello inferiore.

In condizioni territoriali caratterizzate, per esempio, da Regioni piccole e con pochi punti nascita, da condizioni orogeografiche particolari, ecc. può essere ragionevole programmare, sia per l'assistenza ostetrica che pediatrico/neonatologica, soltanto due livelli: per esempio il I e il II, se il bacino di utenza è territorialmente limitato ed è possibile fare afferire le gravide e i neonati ad alto rischio ad una Azienda o Regione limitrofa dotata di III livello ostetrico e U.O.N. – P.N. – U.T.I.N.; oppure attivare solo il I e il III livello, per limitare i costi di strutture di II livello sottooccupate.

Nessuna azione è ovviamente realizzabile se non ne esistono i presupposti organizzativi.

Si deve tuttavia rilevare che per quanto concerne l'organizzazione dei punti nascita esistono tutt'ora notevoli difformità, in termini di ambienti, attrezzature disponibili e personale dedicato.

Appropriatezza ed efficacia, qualità e sicurezza unitamente alla promozione e tutela della salute sono alla

base del Piano Sanitario Nazionale.

Adeguare le strutture sanitarie a standard strutturali, tecnologici ed organizzativi adeguati rispetto alle specifiche esigenze di salute ed alle modalità di erogazione delle prestazioni significa affermare la cultura della qualità e della sicurezza, secondo gli standard tendenziali di cui all'allegato.

Uno degli obiettivi del PSN è proprio quello della uniformità dell'assistenza alla nascita nelle varie aree del Paese.

Le Regioni, nell'ambito dei servizi afferenti all'area della Emergenza (D.E.A., servizio 118 ecc.) devono formalizzare il Servizio di Trasporto Assistito Materno (S.T.A.M.) ed il Servizio di Trasporto di Emergenza Neonatale (S.T.E.N.).

Infine, particolare attenzione va posta, in tutto il percorso assistenziale alla sempre più frequente presenza di cittadini non italiani, in particolare extracomunitari. A queste donne deve essere garantita la comunicazione interculturale e la garanzia di assistenza specialistica nei casi di portatrici di mutilazioni genitali.

PERCORSO NASCITA		
<i>OBIETTIVI</i>	<i>AZIONI</i>	<i>INDICATORI</i>
<ul style="list-style-type: none"> ● Umanizzazione ● Salvaguardia della gravida e del neonato: ● Almeno 80% delle gravide e dei neonati ad alto rischio assistiti al III livello ● Riduzione dei Tagli Cesarei in particolare nelle strutture di I e II livello ● Promozione allattamento al seno: ● Incremento, nel corso del triennio, della percentuale di allattamento precoce al seno (entro le 24 ore) ● Verifica iniziative di promozione della pratica dell'allattamento al seno oltre il 3° mese ● Prevenzione e trattamento della patologia materna e dei grandi ritardi di accrescimento intrauterino, della prematurità, delle malformazioni maggiori e delle altre patologie fetali 	<ul style="list-style-type: none"> ● Corsi pre-parto ● Qualificazione del personale ● Presenza di una persona scelta dalla donna durante il travaglio ed il parto ● Sperimentazione di percorsi di demedicalizzazione del parto ● Attivazione di percorsi facilitanti il contatto madre-bambino ● Rooming-in ● Assistenza al puerperio ● Afferenza al punto nascita competente per bisogni di salute ● Corsi pre-parto e di assistenza post-nascita ● Qualificazione del personale ● Attivazione di percorsi facilitanti il contatto madre-bambino ● Individuazione di protocolli di prevenzione pre-concezionale, di diagnosi prenatale e di terapia materno – fetale e neonatale ● Registro regionale e nazionale dei neonati con peso estremamente basso ● Registro regionale e nazionale per le malformazioni congenite 	<ul style="list-style-type: none"> ● N° corsi attivati ● Percentuale di donne in gravidanza che partecipano ai corsi ● N° corsi qualificazione attivati ● Percentuale di strutture che hanno attivato percorsi di demedicalizzazione del parto e facilitanti il contatto madre-bambino ● Percentuale di parti con presenza di persona indicata dalla donna ● Percentuale di strutture dipartimentali che permettono rooming-in ● Percentuale di gravide e neonati ad alto rischio assistiti al III livello ● Percentuale di T.C. per livello ● Percentuale di clienti soddisfatti ● N° corsi attivati ● Percentuale di donne in gravidanza che partecipano ai corsi ● Percentuali di donne assistite nel post nascita ● N° corsi qualificazione attivati ● Percentuali di strutture che hanno attivato percorsi ● Percentuale di allattamento al seno sul totale dei nati, alla dimissione ● Percentuale delle donne che allattano dopo il terzo mese ● Incidenza di patologia

		<p>materna per livello</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Percentuale di servizi che hanno attivato protocolli di diagnosi prenatale e di terapia materno – fetale e neonatale ● percentuali di diagnosi e valutazione dei trattamenti prenatali nei casi di grandi ritardi di accrescimento
<ul style="list-style-type: none"> ● Prevenzione secondaria dell'ipotiroidismo connatale e delle malattie su base genetica: Tendenza alla copertura totale dei nuovi nati e follow-up ● Dimissioni protette e dimissione precoce ● Favorire avvicinamento – contatto puerpera – neonato (anche patologico) ● Favorire la sicurezza degli utenti e degli operatori ● migliorare la sicurezza in ambiente di lavoro 	<ul style="list-style-type: none"> ● Attivazione del registro delle malattie interessate dagli screening neonatali ● Attivazione della rete sanitaria ospedaliera-territoriale e sociale per il rientro a domicilio della madre e del neonato ● Collegamento funzionale – strutturale tra area ostetrico-ginecologica e area pediatrica-neonatologica: applicazione di norme regionali di indirizzo per l'area ospedaliera materno-infantile miranti a favorire l'integrazione operativa tra U.O.O. Ostetrica e U.O.O. neonatologica-pediatrica soprattutto in fase di riordino-ristrutturazione dei reparti ● Adeguamento strutturale al fine di facilitare il rooming-in e l'allattamento al seno ● Applicazione legge n. 626/94: piano d'Azienda ● Integrazione tra D.P. e area ospedaliera dell'organizzazione dipartimentale attraverso predisposizione piani regionali e aziendali per il controllo e la valutazione periodica dell'efficienza delle attrezzature e loro turnover ● Predisporre misure di prevenzione degli incidenti sul lavoro, particolarmente nelle 	<ul style="list-style-type: none"> ● Percentuale di neonati sopravvissuti, degli esiti a distanza, dei pretermine e dei ritardi di crescita ● Percentuale di patologie fetali adeguatamente assistite ● Percentuale di bambini sottoposti a screening ● Percentuale bambini assistiti con terapia ● Percentuali di neonati con patologie assistiti a domicilio ● Percentuale dei puerperi assistiti a domiciliopercentuale di U.O. ostetriche e neonatologiche/pediatriche integrate ● percentuale di mamme che possono stare con il bambino ● percentuale di gestanti che hanno avuto accanto la persona di fiducia durante il travaglio-parto ● Percentuale di strutture adeguate al rooming-in e all'allattamento al seno ● percentuale di strutture adeguate alla 626//94 ● Percentuali di U.O. che hanno attivato il registro delle attrezzature ● Percentuale di apparecchiature sottoposte a valutazione ● Percentuale di apparecchiature obsolete o non a norma rimosse ● percentuale di incidenti sul lavoro specifici ● Percentuali di strutture che hanno piani di emergenza adeguati alla normativa.

	<p>aree di assistenza intensiva</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Registro degli incidenti sul lavoro con indicazione delle cause ● Rispetto dei piani di emergenza aziendali in rapporto alla normativa ed alle indicazioni regionali 	
--	---	--

2.1 TRASPORTO MATERNO E NEONATALE

Il trasporto della gravida e del neonato deve essere considerato una componente essenziale di un piano di regionalizzazione delle cure perinatali. Quando le condizioni che hanno richiesto il trasferimento del neonato si sono risolte, si raccomanda il suo ritorno presso l'Ente trasferente, al fine di ridurre i disagi organizzativi delle famiglie ed i costi assistenziali.

Il Servizio di Trasporto Assistito Materno (S.T.A.M.) deve essere realizzato sulla base di un collegamento funzionale tra strutture territoriali e strutture di ricovero collegate in rete tra loro e con le reti regionali dell'emergenza – urgenza sanitari territoriale (Servizio 118). Quando possibile il trasporto materno deve essere programmato e prevedere il collegamento continuo tra struttura inviante e ricevente. Il trasporto assistito materno può essere affidato, purché in presenza di ostetrica e se necessario di ostetrico-ginecologo, ai mezzi operativi afferenti ai Dipartimenti di Emergenza-Urgenza ed Accettazione (D.E.A.) di I e II livello secondo le linee guida per il sistema di emergenza-urgenza, elaborate dal Ministero della Sanità in applicazione del D.P.R. 27.03.1992.

Anche in presenza di una corretta organizzazione assistenziale che preveda il trasferimento della gravidanza a rischio, circa l'1 % dei nati vivi può avere la necessità di essere trasferito.

Anche il Servizio di Trasporto ed Emergenza Neonatale (S.T.E.N.) deve essere collegato con le reti regionali dell'emergenza-urgenza sanitaria territoriale (118). I vantaggi previsti con l'attivazione di questo servizio saranno conseguiti soltanto nelle aree in cui sarà possibile attivare tutti i posti letto di Terapia Intensiva Neonatale necessari.

Le Regioni, nell'ambito degli interventi di programmazione devono formalizzare lo S.T.E.N. attuando i modelli operativi ritenuti più rispondenti ai bisogni della propria realtà territoriale.

Il trasporto neonatale rappresenta la cerniera di collegamento tra punto nascita periferico e centro di riferimento di III livello e quindi deve provvedere ad un rapido, efficace e sicuro trasporto dei neonati che hanno bisogno di un livello assistenziale superiore a quello offerto dall'ospedale di nascita.

L'attività di trasporto deve essere espletata da personale con provata esperienza di Terapia Intensiva Neonatale e non dovrebbe, di norma, essere effettuata a cura del punto nascita che generalmente dispone di minori risorse quantitative e qualitative di personale e di attrezzature.

L'attività professionale del personale addetto al trasporto neonatale non si esaurisce unicamente nell'assistenza durante le fasi di trasporto, ma comprende anche forme di consulenza, per situazioni di rischio perinatale, e di aggiornamento professionale, che devono essere oggetto di specifici accordi tra Enti, anche ai fini delle remunerazioni accessorie.

Ogni servizio può essere costituito, a seconda delle esigenze e dei bacini di utenza, da una o più Unità Operative.

Considerate le differenti situazioni locali, le singole Regioni nell'ambito delle norme applicative dei P.S.R. devono predisporre direttive sui criteri essenziali e sulle indicazioni relative al trasferimento delle gravidanze a rischio e del neonato patologico per facilitare l'accesso della gravida e del neonato alle strutture di livello corrispondente ai bisogni di salute materno – fetali e neonatali.

Si riportano in Allegato 2 i requisiti e gli standard di fabbisogno indicativi per il trasporto materno e neonatale rappresentanti indirizzo orientativi alle esigenze di programmazione regionale.

TRASPORTO MATERNO E NEONATALE		
<i>OBIETTIVI</i>	<i>AZIONI</i>	<i>INDICATORI</i>
<ul style="list-style-type: none"> ● Accesso per il parto alla sede più sicura nel rispetto delle scelte dell'utente e dell'offerta di servizi ai tre livelli ● Riduzione del trasporto neonatale con corrispondente incremento di quello prenatale ● Accettazione da parte dell'utenza dei trasferimenti ● Servizio di Trasporto Assistito materno (S.T.A.M.) ● Servizio di Trasporto d'emergenza neonatale (S.T.E.N.) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Istituzione di linee di indirizzo regionali per il trasporto della gravida e del neonato con particolare riferimento a: <ul style="list-style-type: none"> *criteri indicatori per il trasferimento; *modalità di trasferimento (con o senza assistenza attiva specialistica) ● Predisposizione nell'ambito del sistema 118 di percorsi dedicati al trasporto della gravida ad alto rischio e istituzione dello STEN a livello regionale per il neonato ● Verifica dell'accettazione ● Attivazione del Servizio di Trasporto Assistito materno ● Attivazione del Servizio di Trasporto d'emergenza neonatale (S.T.E.N.) 	<ul style="list-style-type: none"> ● percentuale dei parti a rischio elevato in U.O. di livello non adeguato ● Percentuale di rispetto delle linee di indirizzo con particolare riguardo ai criteri fissati per il trasferimento della gravida o del neonato (registro dei trasferimenti) ● Percentuale di percorsi dedicati al trasporto della gravida ad alto rischio attivati sui previsti ● Percentuale di STEN attivati sui previsti ● Percentuale del trasporto neonatale e Percentuale del trasporto prenatale ● Percentuale di accettazione ● valutazione dell'adeguatezza e dell'efficienza :n° delle strutture che hanno attivato il servizio di trasporto assistito materno; gravidanze a rischio trasferite sul totale delle gravidanze a rischio ● percentuale di S.T.A.M. attivati sui previsti ● valutazione dell'adeguatezza e dell'efficienza.: n° delle strutture che hanno attivato lo S.T.E.N. , ● percentuale neonati trasferiti ● percentuale di S.T.E.R.N attivati sui previsti.