

Il percorso nascita in Emilia-Romagna



A cura di

Michela Bragliani, Elena Castelli, Angela Paganelli

*(Servizio assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari,
Direzione generale sanità e politiche sociali, Regione Emilia-Romagna)*

Febbraio 2008

Regione Emilia-Romagna
Assessorato politiche per la salute
Viale Aldo Moro, 21
40127 - Bologna

www.saluter.it

numero verde del Servizio sanitario regionale
800 033 033

Il percorso nascita in Emilia-Romagna

Premessa

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

La Regione Emilia-Romagna ha promosso da anni la qualità dell'assistenza al percorso riproduttivo dapprima con la legge regionale n. 27 del 14 agosto 1989 "*Norme concernenti la realizzazione di politiche di sostegno alle scelte di procreazione ed agli impegni di cura verso i figli.*" poi con la legge regionale n. 26 dell'11 agosto 1998 "*Norme per il parto nelle strutture ospedaliere, nelle case di maternità e a domicilio*". Quest'ultima detta disposizioni in materia di diritti della donna relativi al parto ed istituisce una Commissione consultiva tecnico scientifica con il compito di assistere la Giunta Regionale nel perseguimento delle finalità della legge stessa e di quanto previsto agli artt. 6, 7, 8 e 9 della legge regionale n. 27 del 1989. Tra questi ultimi sono indicati come obiettivi della programmazione sanitaria regionale:

- la ricerca, lo sviluppo e la qualificazione degli interventi delle aziende sanitarie regionali finalizzati alla prevenzione dell'abortività spontanea e alla cura della sterilità (art.6, l.r. 27/89);
- il coordinamento delle attività e dei servizi per la prevenzione ed il controllo delle malattie congenite ed ereditarie (art.7, l.r. 27/89);
- la realizzazione del percorso nascita per fornire, attraverso l'integrazione dei servizi coinvolti, gli interventi afferenti alla gravidanza, alla nascita e al puerperio (art.8, l.r. 27/89);
- la promozione del benessere psico-fisico della madre e del bambino attraverso modalità cliniche ed organizzative che favoriscano il processo naturale della nascita (art.9, l.r. 27/89).

Con il Programma Regionale per l'attivazione, la gestione e la riorganizzazione dei Consultori familiari (legge 34/96) la Regione Emilia-Romagna ha inoltre perseguito l'obiettivo di promuovere pratiche di assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio di provata efficacia, realizzando raccomandazioni cliniche ed individuando azioni per il miglioramento delle pratiche cliniche nei diversi contesti locali. Il programma, attuato attraverso specifici gruppi di lavoro, è stato finalizzato all'attuazione del Progetto Obiettivo nazionale Materno e Infantile (POMI), con finanziamenti specifici: iniziato nel 2000, ha

coinvolto nella prima fase le Aziende Usl di Bologna, Modena, Forlì, Cesena, Rimini e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, ed è stato articolato in 9 progetti relativi in particolare:

- alla sperimentazione di innovazione tecnologiche per l'informatizzazione delle attività consultoriali;
- alla realizzazione di un centro di documentazione per la formazione e l'aggiornamento degli operatori;
- alla promozione dell'assistenza al percorso nascita e di azioni per "l'umanizzazione del parto";
- all'attività educativa rivolta agli adolescenti;
- alla prevenzione e alla assistenza sanitaria nella popolazione femminile immigrata.

I risultati del programma regionale sono stati presentati e discussi con le Aziende sanitarie in tre occasioni - in un arco di tempo che va dal 2003 al 2005 - comportando un impegno dei professionisti coinvolti per diversi anni.

In particolare, "la promozione dell'assistenza al percorso nascita e le azioni per l'"umanizzazione" del parto", i risultati dei lavori, con il coinvolgimento anche delle Società scientifiche del settore, sono stati restituiti alle Aziende sanitarie a febbraio 2004, con il convegno sulla salute riproduttiva e prenatale in Emilia Romagna e, a ottobre 2005, con il convegno sull'allattamento al seno durante il quale sono state presentate le relative linee guida.

La Commissione consultiva tecnico scientifica sul percorso nascita (Commissione nascita), istituita ai sensi della legge regionale 26/1998, ha ripreso, proseguito ed ampliato i lavori iniziati nel Programma regionale (in attuazione del Progetto obiettivo nazionale POMI) attraverso il lavoro di sottogruppi costituiti per l'approfondimento specifico delle tematiche prioritarie relative alla gravidanza, al parto e al puerperio.

I lavori della Commissione nascita sono iniziati nel 1999 definendo modalità di lavoro comuni e individuando una rete di operatori referenti per ciascuna Azienda sanitaria.

La Commissione nascita, secondo quanto indicato nella legge, è composta da esperti del settore, quali: ginecologo-ostetrico, ostetrica/o, epidemiologo, psicologo, neonatologo, esperto in organizzazione dei servizi, igienista, medico di medicina generale, pediatra di base, pediatra di comunità, assistente sanitario, sociologo, assistente sociale, esperto di comunicazione- informazione. Poiché una delle finalità della legge 26/1998 è quella di salvaguardare la dimensione naturale dell'evento nascita nel rispetto delle condizioni di sicurezza, il lavoro svolto dalla Commissione sull'appropriatezza degli interventi ha riguardato la valutazione della qualità dell'assistenza nel percorso nascita in tutte le sue dimensioni: tempestività, continuità, appropriatezza, verifica dello stato di salute della donna e del bambino, qualità percepita.

Già con il Piano sanitario regionale 1999-2001 sono stati individuati, sulla base del lavoro della Commissione e dei suoi sottogruppi, specifici obiettivi ed interventi organizzativi volti a favorire la

qualità assistenziale del percorso nascita, l'equità di accesso ai servizi, il miglioramento della qualità assistenziale.

"Questi interventi – si legge nel Piano sanitario regionale 1999 – 2001 - non possono eludere l'attenzione per l'umanizzazione dell'assistenza al percorso parto, per l'adozione dell'analgesia del parto, per l'identificazione dei livelli specialistici, per l'intervento al percorso nascita. La scelta della gravidanza e la scelta del luogo del parto e del modo del parto rappresentano diritti essenziali la cui esigibilità deve essere garantita dal Servizio sanitario regionale. Tale esigibilità richiede l'impegno su due settori: la garanzia della sicurezza e della qualità tecnica dei servizi offerti, un'offerta di servizi rispettosa delle preferenze individuali".

Mentre il primo impegno richiede un sistema di governo relativamente simile a quello di tutti gli altri servizi, il secondo presenta una particolare complessità in quanto l'organizzazione deve tenere conto delle forti differenze individuali, riconducibili a fattori culturali, etici, religiosi. Differenze che sono ulteriormente accentuate dalla crescente presenza nella nostra regione di consistenti nuclei di popolazione immigrata con specifiche esigenze e specifici patrimoni culturali."

Il primo Piano sociale e sanitario regionale 2008 – 2010 (che coniuga assieme politiche sociali e politiche sanitarie per realizzare un sistema integrato di servizi) rilancia gli obiettivi prevedendo interventi organizzativi per rafforzare localmente il diritto alla "buona nascita".

Tra i percorsi assistenziali ad elevata integrazione, il Piano sociale e sanitario indica l'area materno-infantile e, tra le forme di intervento da sviluppare, inserisce le azioni promosse dai Consultori familiari in merito alla tutela della procreazione, al complesso di interventi da fornire afferenti alla gravidanza, alla nascita, al puerperio e all'informazione e alla consulenza sui temi della sessualità e della procreazione responsabile.

Il contesto

I cambiamenti avvenuti nella società regionale pongono il problema della salvaguardia e del rilancio di quella coesione sociale che caratterizza da sempre l'Emilia-Romagna. Questo è l'obiettivo che il primo Piano sociale e sanitario vuole raggiungere attraverso lo sviluppo di un welfare di comunità locale e regionale realizzato attraverso l'integrazione: delle politiche, dei servizi, degli operatori.

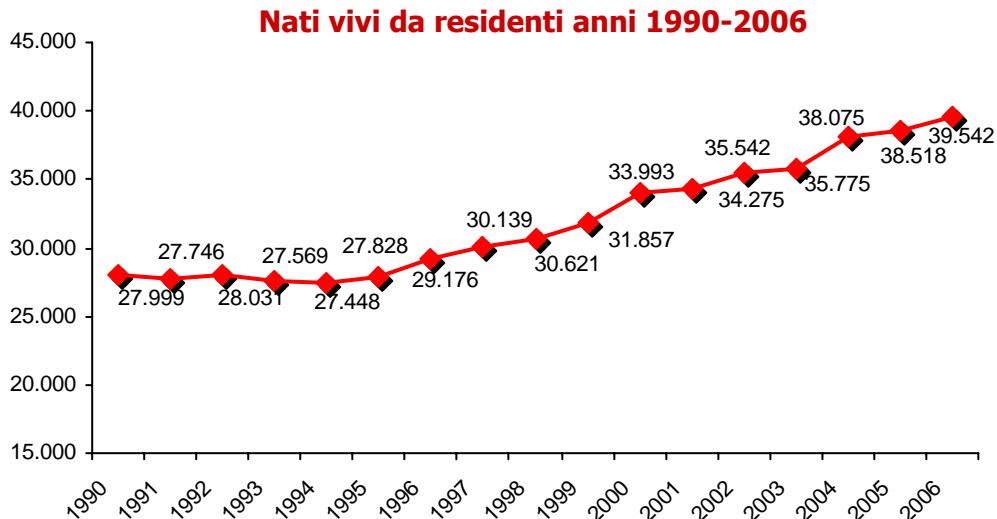
L'integrazione è considerata necessaria per prendere davvero in carico la persona e il suo bisogno, per mettere la persona al centro delle politiche e delle organizzazioni, un bisogno ancora più cogente in un contesto come quello del percorso nascita che vede coinvolti tanti e diversi operatori.

Il quadro demografico è in evoluzione.

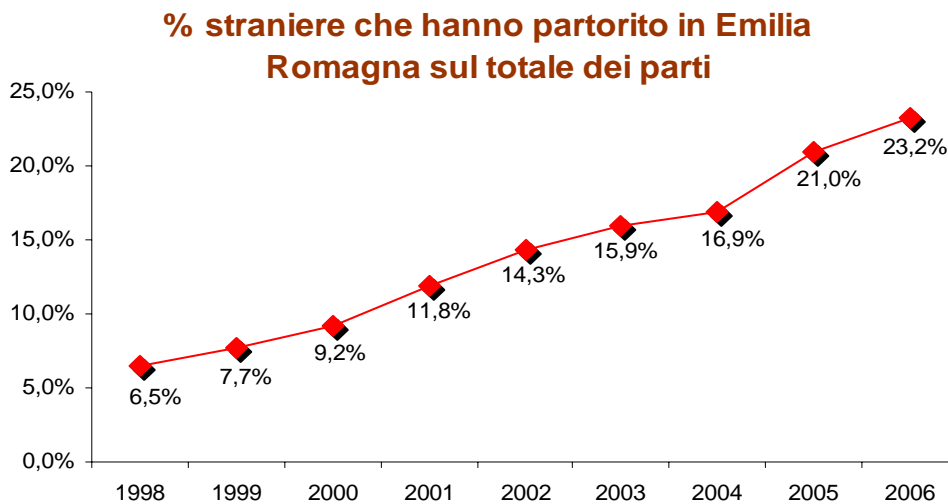
Il primo dato significativo riguarda l'inversione di tendenza delle nascite.

Se all'inizio degli anni '90 erano circa 28.000 i nati ogni anno, nel 2006 sono stati poco più di 39.500, un aumento in controtendenza rispetto al dato nazionale (variazione del tasso di natalità dal 1990 al

2005 in Italia: -22,8% , in Emilia-Romagna: +31,0%). Un dato da ascrivere in primo luogo al costante arrivo di popolazione immigrata.



Fonte: SDO – Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali – Regione Emilia-Romagna



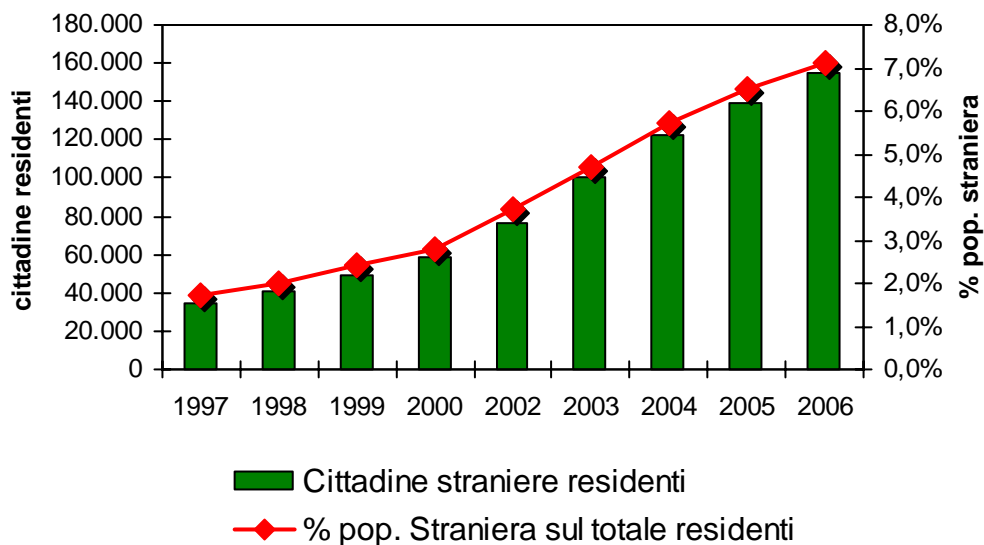
Fonte: SDO – Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali – Regione Emilia-Romagna

L' Emilia-Romagna è infatti stata caratterizzata nell'ultimo decennio da un decisivo incremento del fenomeno migratorio, in particolare di cittadini stranieri provenienti dai Paesi dell'Europa centro-orientale, dall'Africa settentrionale e da alcuni paesi dell'Asia (120 diversi Paesi). Secondo la stima della Caritas, al 31.12.2006 sono 388.203 gli stranieri presenti, di cui 77.967 minori, pari al 20,1% della popolazione straniera, che corrisponde al 9,2% della popolazione complessiva della nostra regione. Un dato destinato a crescere ulteriormente, visto che l'Emilia-Romagna negli ultimi due anni è una delle Regioni in vetta alle graduatorie delle domande presentate per la programmazione dei flussi. Le motivazioni a scegliere l'Emilia-Romagna, spesso dopo una prima esperienza migratoria in zone del sud Italia, derivano dalle opportunità offerte agli immigrati stranieri di occupazioni stabili, in termini almeno di continuità di rapporti di lavoro, e di una rete di servizi orientati ai bisogni di tipo familiare della popolazione immigrata (fonte: *Dossier Caritas 2007*).

Analizzando i dati di natalità e fecondità per gli ultimi 20 anni (fonte: *ISTAT*), si osserva come l'Emilia-Romagna, che fino agli inizi degli anni '90 risultava per questi indicatori, insieme a Liguria e Friuli, una delle regioni con i valori più bassi in Italia, abbia avuto una graduale crescita, sia in termini di natalità¹ che di fecondità². (nel 2006 dai dati ISTAT il tasso di natalità per l'Emilia-Romagna è pari al 9,4‰, per l'Italia è 9,5‰).

Questo trend in crescita è dovuto in buona parte alla *popolazione femminile immigrata*, la cui incidenza sul totale dei cittadini stranieri è salita da circa il 37% del 1993 al 48,6% a fine 2006 (fonte: *Regione Emilia-Romagna - Banca dati CedAP - 2006*). A ciò ha contribuito sicuramente il fenomeno dei ricongiungimenti familiari, ma anche lo sviluppo dei flussi migratori a carattere femminile (in particolare donne dell'Est Europa, assunte come assistenti familiari e colf).

Cittadine straniere residenti in Emilia-Romagna al 1.1.06



Fonte: Regione Emilia-Romagna – La Regione in cifre

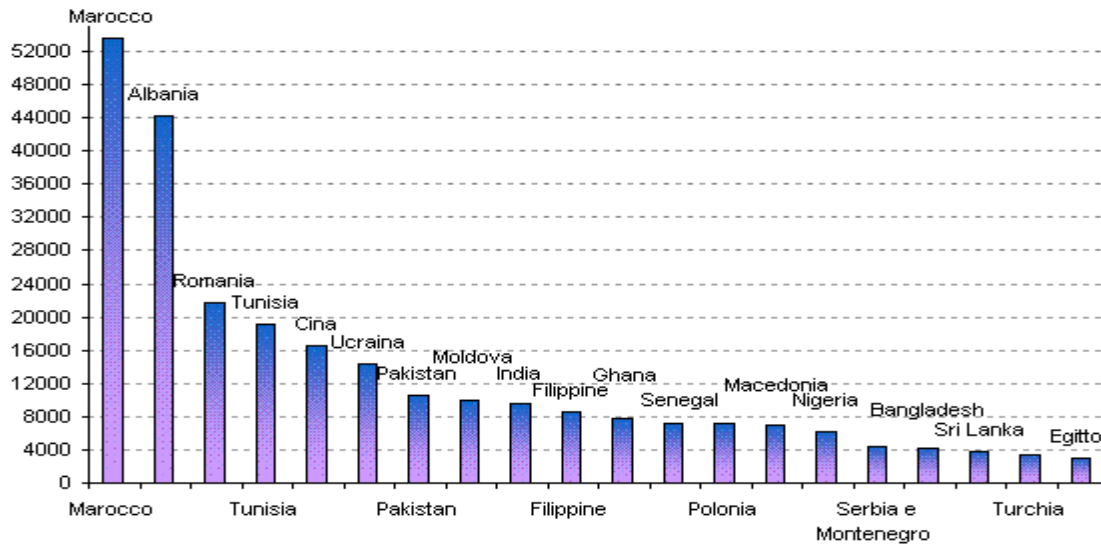
Notevoli differenze in termini di incidenza femminile si rilevano, infatti, a seconda del Paese di cittadinanza; mentre, ad esempio ancora prevalentemente maschile è la popolazione proveniente dai Paesi africani (la quota femminile è del 15.9% per il Senegal, 34.4% per la Tunisia) la popolazione che proviene dall'Europa orientale è in gran parte costituita da donne (Ucraina 82.1%, Polonia 76.5%, Moldavia 67.1%).

¹ Natalità (tasso di): rapporto tra il numero dei nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000.

² Numero medio di figli per donna (o tasso di fecondità totale): somma dei quozienti specifici di fecondità calcolati rapportando, per ogni età feconda (tra i 15 e i 49 anni), il numero dei nati vivi all'ammontare medio anno della popolazione femminile.

Analizzando le presenze in base al Paese di cittadinanza, il Marocco continua a rappresentare la nazionalità più frequente (17,0% dei residenti stranieri, al 1° posto sia per i maschi sia per le femmine), seguito da Albania, Romania, Tunisia, Cina e Ucraina.

Popolazione straniera residente in Emilia-Romagna per Paese di provenienza (20 nazionalità più rappresentate - dati al 01.01.2007)

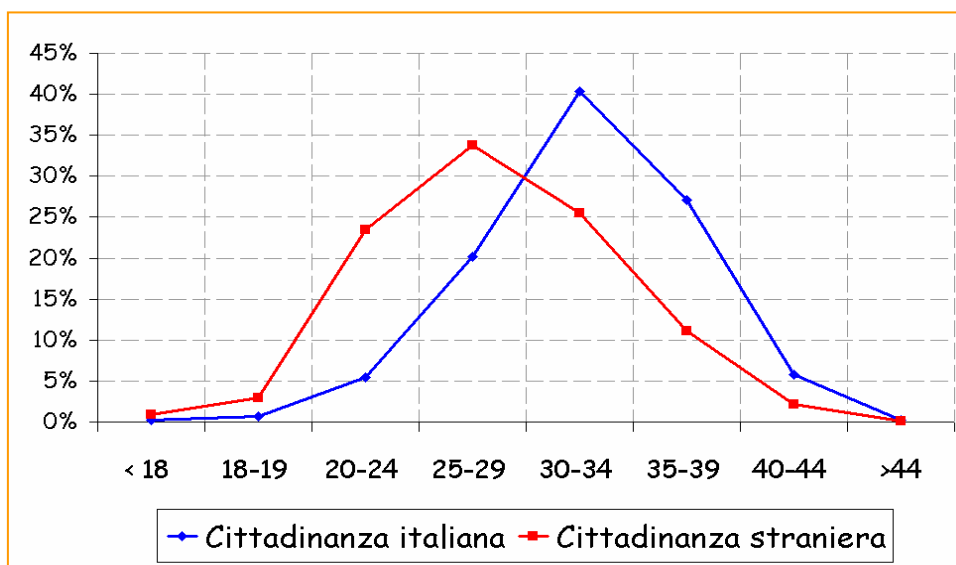


Fonte: Regione Emilia-Romagna – La Regione in cifre

La distribuzione della popolazione femminile secondo i Paesi di provenienza si riflette anche sul numero di parti: infatti il Paese con il maggior numero di parti è il Marocco (1.684 parti) seguito da Albania (1.126 parti), e dai Paesi dell'est Europa (Romania con 789 parti) e dell'Asia orientale (Cina con 629 parti) (fonte: Regione Emilia-Romagna - Banca dati CedAP – 2006).

La curva di distribuzione delle madri secondo le classi di età risulta diversa per le donne con cittadinanza italiana rispetto alle straniere. Si osserva come la maggior frequenza (moda) risulti per le italiane nella fascia di età 30-34 anni mentre per le straniere in quella 25-29 anni.

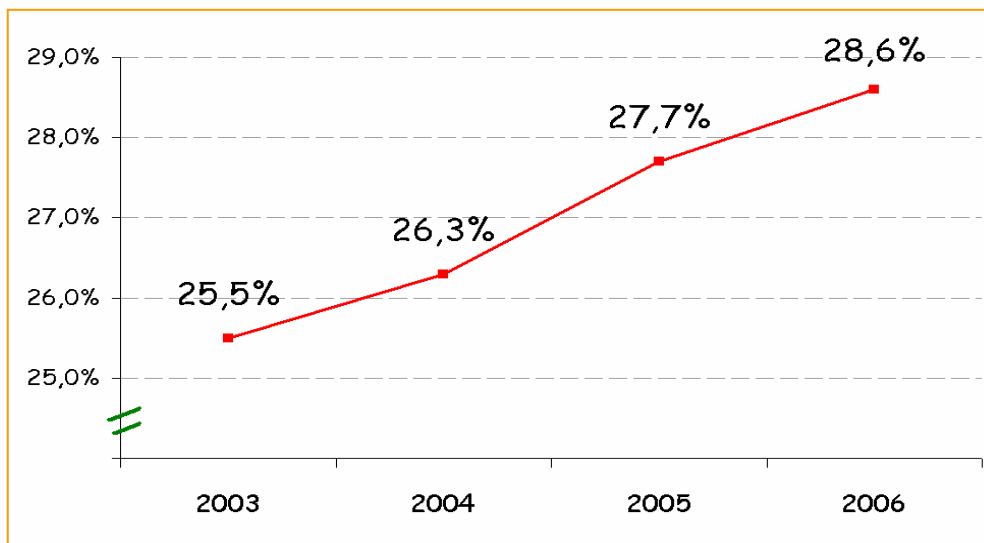
Età materna secondo la cittadinanza



fonte: Regione Emilia-Romagna - Banca dati CedAP – 2006

I dati rilevati confermano inoltre il costante aumento della frequenza delle donne che partoriscono ad un'età ≥ 35 anni (dal 25,5% nel 2003 al 28,6% nel 2006) Tale incremento si osserva nonostante l'aumentata frequenza di donne con cittadinanza straniera che presentano una diversa curva di distribuzione percentuale.

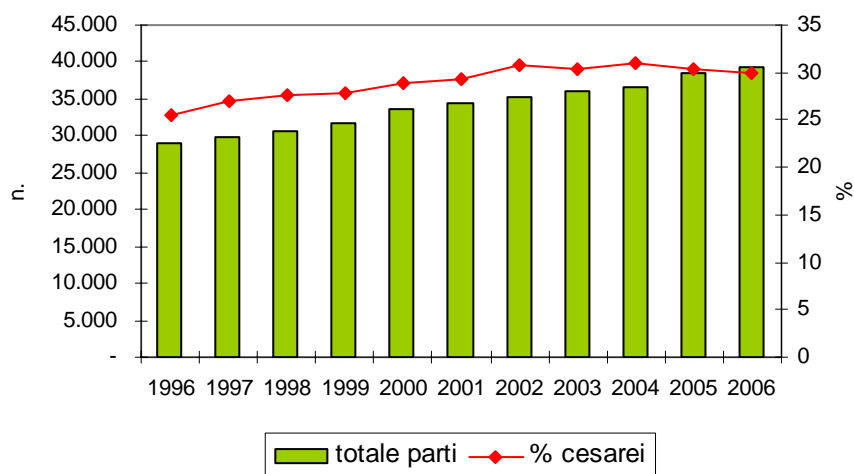
Frequenza madri con età ≥ 35 anni



fonte: Regione Emilia-Romagna - Banca dati CedAP - 2006

Con l'incremento del numero dei parti effettuati in Emilia-Romagna dal 1996 fino al 2006 si è osservato parallelamente un lievissimo decremento dei parti effettuati con taglio cesareo nell'ultimo quadriennio (dal 30,7% nel 2003 al 29,8% nel 2006), con una notevole variabilità nei diversi punti nascita (fonte: Regione Emilia-Romagna - Banca dati CedAP - 2006).

Parti in Emilia Romagna e % tagli cesarei



Fonte: SDO - Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali - Regione Emilia-Romagna

Dell'aumento della popolazione immigrata, così come dell'invecchiamento della popolazione, ma anche del restringersi del numero di componenti delle famiglie, dell'instabilità e spesso della precarietà del lavoro, si è tenuto conto per l'analisi demografica e socio-economica alla base del primo Piano sociale sanitario 2008 - 2010.

La Commissione nascita, i gruppi di lavoro, i risultati

Il Servizio assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione dei servizi sanitari della Direzione generale sanità e politiche sociali della Regione Emilia-Romagna, ha avuto il compito di dare supporto organizzativo alla Commissione nascita e di curare i collegamenti tra le attività della Commissione e le attività di programmazione della Regione in collaborazione con gli altri servizi regionali, nell'ottica della funzione del Distretto dell'Azienda Usl, luogo deputato alla programmazione dei servizi necessari alla comunità di riferimento e presidio della garanzia della continuità dei percorsi.

La Commissione nascita

La Commissione inizialmente ha lavorato sull'individuazione delle fonti disponibili per costruire gli indicatori che potessero descrivere il percorso nascita nella realtà regionale; sull'integrazione delle informazioni anche attraverso dati qualitativi raccolti con questionari presso le Aziende sanitarie; sui collegamenti con le Aziende sanitarie per individuare obiettivi e priorità.

Successivamente, anche utilizzando i lavori già svolti nell'ambito del Programma regionale di riorganizzazione dei Consultori familiari, ha individuato i seguenti obiettivi prioritari:

1. razionalizzare l'applicazione di metodiche invasive per la diagnosi di anomalie cromosomiche mediante l'uso di metodologie finalizzate alla ridefinizione del rischio di anomalie cromosomiche;
2. applicare le linee di indirizzo regionale per la ridefinizione del ruolo dell'ostetrica e la sua integrazione con le altre figure professionali nell'assistenza al percorso nascita (gravidanza, parto e puerperio) con la costruzione di modelli assistenziali che vedano al centro la donna e la sua famiglia;
3. promuovere e consolidare l'adozione della linea guida sulla "Sorveglianza del benessere fetale in travaglio di parto" per la valutazione e la modifica delle prassi assistenziali al travaglio di parto in termini di appropriatezza degli interventi, di definizione dei ruoli professionali, introducendo criteri di migliore pratica clinica basati su prove di efficacia;
4. migliorare l'assistenza ai disturbi emozionali della donna in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino anche sperimentando interventi di prevenzione e terapeutici che completino l'assistenza al percorso nascita;
5. attuare interventi di supporto alla relazione madre-bambino e di promozione e sostegno all'allattamento al seno;
6. favorire il processo di ascolto dell'opinione delle donne che hanno accesso ai servizi per il percorso nascita mediante l'adozione di strumenti e modalità di indagine specifici;
7. garantire un miglioramento della prassi diagnostico assistenziale in caso di nato morto ed evidenziare gli interventi atti a ridurre la natimortalità; favorire un miglioramento nella qualità dei dati raccolti, nella comunicazione e negli interventi di supporto rivolti alle famiglie;

8. garantire un'assistenza qualificata al parto extra-ospedaliero in modo uniforme sul territorio regionale;
9. aumentare le conoscenze e l'attenzione dei professionisti e delle donne al tema "il dolore nel parto" anche attraverso sperimentazioni controllate di metodiche farmacologiche e non farmacologiche;

Su questi nove obiettivi la Commissione nascita ha istituito appositi gruppi di lavoro, che hanno operato nel periodo 2005-2007.

I gruppi di lavoro

Tutti i professionisti della Commissione nascita hanno reso possibile questo percorso portando avanti una modalità di lavoro, ormai consolidata a livello regionale, basata sul *governo clinico*, la *partecipazione organizzativa*, *l'integrazione fra le varie professioni sanitarie*.

Sono risultati elementi caratterizzanti di tale metodologia *l'individuazione della criticità* della situazione locale, attraverso l'analisi dei dati quantitativi e qualitativi e con indagini ad hoc; *il riferimento all'evidenza scientifica*, con la predisposizione di linee guida, raccomandazioni e, in particolare, *la selezione delle raccomandazioni* utilizzabili nei singoli contesti, e quindi *le valutazioni di fattibilità*.

Presupposto indispensabile è stata la costituzione di *gruppi interdisciplinari*: l'impegno comune dei professionisti, operanti in servizi diversi a livello ospedaliero e distrettuale, è stato un importante contributo che i lavori, prima quello sul Programma regionale sulla riorganizzazione dei Consultori e poi quello della Commissione nascita, hanno portato alla comunità regionale.

E' stata poi definita la collaborazione del Ceveas (Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria dell'Azienda Usl di Modena), che già in precedenza aveva fornito ai gruppi supporto di tipo metodologico e documentale³.

Dal 2005 il lavoro della Commissione si è focalizzato in particolare sulla dimensione della continuità e della qualità dell'assistenza e sull'integrazione attraverso l'analisi di tutte le fonti di dati disponibili. Tra queste, di particolare importanza è stata la rilevazione del "Certificato di assistenza Al Parto" (CedAP) che ha già permesso di realizzare il quarto rapporto sulla nascita con dati al 31 dicembre 2006, configurandosi come uno strumento informativo aggiuntivo tra quelli a disposizione dei professionisti.

Altri dati quantitativi (e qualitativi) sono ricavati da flussi informativi, normati per legge e quindi obbligatori (Schede di Dimissione Ospedaliera della madre e del neonato), da registri sorti in modo volontaristico (ad esempio l'Indagine sulle Malformazioni Congenite in Emilia-Romagna I.M.E.R. ed il Registro dei nati pretermine), oppure attraverso indagini ad hoc come quella triennale sui tassi di allattamento al seno.

³ E' stato realizzato il sito www.saperidoc.it, il Centro di documentazione online sulla salute perinatale, riproduttiva e sessuale, nato da una collaborazione fra Regione Emilia-Romagna, *Dipartimento di ostetricia e ginecologia/Salute donna* dell'Azienda sanitaria locale di Modena e CeVEAS *Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria*.

L'altra modalità utilizzata a livello regionale per ricavare dati utili per definire le criticità è rappresentata dall'audit clinico: il rapporto *l'Audit perinatale in 11 punti nascita* della Regione Emilia-Romagna è stato presentato e discusso nel Laboratorio di neonatologia di Bertinoro a dicembre 2007. Esso ha avuto tra gli obiettivi la revisione del modello regionale di assistenza perinatale, la definizione dei criteri per l'allocazione delle risorse, l'uniformità e l'appropriatezza in tutte le fasi dell'assistenza intensiva perinatale (dalla rianimazione neonatale, al supporto psicologico in caso di nato pretermine, alla dimissione del neonato sano e di quello pretermine).

I risultati

I lavori prodotti dai gruppi interdisciplinari, composti da professionisti delle Aziende UsI, delle Aziende Ospedaliero-Universitarie e dell'Azienda Ospedaliera, sono stati presentati al convegno nazionale sul Percorso nascita che si è tenuto a Forlì il 23 e il 24 febbraio 2007.

Nel gennaio 2008 si sono conclusi i lavori di tutti i gruppi con la redazione dei seguenti documenti, che costituiscono i contenuti di una direttiva regionale sul Percorso nascita di prossima adozione:

1. Diagnosi prenatale precoce delle principali anomalie cromosomiche e Percorsi per la diagnosi ecografica del I e II trimestre di gravidanza;
2. Linee di indirizzo per l'assistenza ostetrica alla gravidanza, al parto e al puerperio;
3. La sorveglianza del benessere fetale in travaglio di parto;
4. I disturbi emozionali della donna in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino;
5. Allattamento al seno – Strumenti per facilitare il cambiamento delle pratiche assistenziali;
6. Valutazione della qualità percepita dalle donne rispetto al percorso nascita;
7. La natimortalità;
8. Linee di indirizzo per l'assistenza al travaglio e parto fisiologico in ambiente extra ospedaliero.

Relativamente all'obiettivo n. 9 *"aumentare le conoscenze e l'attenzione dei professionisti e delle donne al tema "il dolore nel parto" anche attraverso sperimentazioni controllate di metodiche farmacologiche e non farmacologiche"* il documento "Il controllo del dolore in travaglio di parto" elaborato da uno dei sottogruppi della Commissione nascita, è già stato adottato con delibera n. 1921 del 10.12.2007 "Linee guida alle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna per il controllo del dolore in travaglio di parto", con la quale sono stati dati obiettivi specifici alle Aziende sanitarie.

Già nel corso dei lavori dei gruppi, le Aziende sanitarie sono state coinvolte su alcuni obiettivi preliminari quali indagini ad hoc: come, ad esempio le indagini per acquisire informazioni necessarie sul controllo del dolore in sala parto, sulla depressione materna, su sperimentazioni utili a definire le modalità di assistenza adeguate a promuovere il ruolo dell'ostetrica nella gravidanza a basso rischio.

| | |
|--------------------------------------|---|
| Obiettivo 1/A | Diagnosi prenatale precoce delle principali anomalie cromosomiche |
| Premessa | La diagnosi prenatale delle anomalie del cariotipo fetale (malattie cromosomiche) è oggi possibile grazie alla esecuzione in gravidanza di due procedure invasive routinarie: il prelievo di liquido amniotico (amniocentesi) e il prelievo dei villi coriali (villocentesi). Sui campioni biologici di origine fetale così prelevati, vengono eseguiti test di laboratorio che consentono di evidenziare le anomalie cromosomiche. Le procedure di prelievo, per il loro carattere di invasività, comportano rischi ostetrici, il più importante dei quali è rappresentato dal rischio di aborto, aggiuntivo rispetto al cosiddetto "rischio di base" che ciascuna donna presenta a prescindere dal ricorso al test invasivo. |
| Obiettivi | Razionalizzare l'applicazione di metodiche invasive per la diagnosi di anomalie cromosomiche, mediante l'uso di metodologie finalizzate alla ridefinizione del rischio di generare un figlio con una anomalia cromosomica |
| Modalità operative | <p>1° fase sperimentazione del percorso offerto attivamente presso un numero ristretto di Aziende disponibili basato sulla volontà della donna acquisita attraverso una proposta presentata a tutte le gravide con l'obiettivo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sviluppare la cultura della risposta consapevole - verificare il grado di risposta delle donne - verificare le modalità operative e l'impatto organizzativo - testare il piano di comunicazione - verificare i costi di avvio e di gestione del percorso - studiare le modalità di coinvolgimento dei professionisti privati per l'informazione alle donne che accedono tardivamente ai servizi delle Aziende Sanitarie <p>2° fase estensione nelle altre Aziende della proposta attuando i correttivi suggeriti dalla prima fase, con l'obiettivo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - offrire in tutto il territorio regionale l'opportunità del test combinato - confermare il modello organizzativo - verificare la dimensione della richiesta delle donne - verificare l'impatto logistico legato al trasporto dei prelievi per gli esami biochimici da sedi fortemente periferiche presso il laboratorio di riferimento <ul style="list-style-type: none"> • realizzare un piano formativo strutturato e definito nei contenuti e nei tempi di realizzazione di natura tecnico professionale per la corretta interpretazione dell'ecografia, per la corretta esecuzione del bi-test biochimico e per lo sviluppo delle capacità comunicative da parte dei professionisti coinvolti, considerata la delicatezza dell'informazione e degli esiti da comunicare |
| Risultati attesi | <ul style="list-style-type: none"> - rendere disponibili il test combinato nelle sedi individuate tra la 11° e la 13° settimana a tutte le donne che ne fanno richiesta - verificare la possibilità di far coincidere nella maggioranza dei casi la 1° ecografia "normativa" con l'ecografia del test combinato |
| Indicatori per la valutazione | <ul style="list-style-type: none"> - % di donne che hanno avuto accesso al percorso di offerta proattiva/n. donne che hanno partorito - % di donne che hanno effettuato un'indagine prenatale invasiva/n. di donne che hanno partorito per fasce d'età (dati CEDAP) - tasso di neonati con malformazioni cromosomiche congenite alla nascita - n° operatori formati |

Composizione del gruppo di lavoro "Diagnosi prenatale precoce delle principali anomalie cromosomiche":

Nicola Rizzo (ginecologo – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna) COORDINATORE

Anna Baroncini (genetista - AUSL Imola)

Vittorio Basevi (ginecologo – CeVEAS – AUSL Modena)

Silvia Cremonini (Servizio presidi ospedalieri - Regione Emilia-Romagna)

Valeria Cerri (ginecologa – AUSL Piacenza)

Antonio Farina (ginecologo – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna)

Cristina Galassi (ginecologa - AUSL Modena)

Roberto Grilli (Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna)

Bruna Magi (Servizio presidi ospedalieri - Regione Emilia-Romagna)

Stefano Liverani (Servizio presidi ospedalieri - Regione Emilia-Romagna)

Vincenzo Mazza (ginecologo – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena)

Paola Salvini (ginecologa - AUSL Parma)

Ester Spinozzi (Servizio assistenza distrettuale Regione Emilia-Romagna-)

Lucia Tumiati (ostetrica - AUSL Parma)

Carla Verrotti (ginecologa – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma)

Stefano Zucchini (ginecologo - AUSL Bologna)

| Obiettivo 1/B | Percorsi per la diagnostica ecografica del I e II trimestre di gravidanza |
|--------------------------------------|--|
| Premessa | La normativa attuale prevede come livello essenziale di assistenza la esecuzione di 3 ecografie in gravidanza. In particolare l'ecografia del secondo trimestre è finalizzata al rilievo intrauterino di anomalie fetali. Le anomalie diagnosticate si differenziano anche nettamente dal punto di vista della prognosi. L'efficacia di questa indagine ecografica in rapporto alla determinazione dei successivi orientamenti della donna (appropriato counselling alla donna e alla famiglia ed eventuale management perinatale della anomalia) dipende da una ottimale organizzazione del percorso che sta alla base della sua esecuzione. |
| Obiettivi | Predisporre un percorso razionale della diagnostica ecografica delle anomalie morfologiche fetali, ivi inclusa la possibilità di eseguire gli opportuni approfondimenti diagnostici finalizzati ad una migliore definizione della prognosi e alla offerta di un adeguato e tempestivo counselling alla donna. |
| Modalità operative | <ol style="list-style-type: none"> 1. Organizzare a livello distrettuale una rete di punti di diagnosi ecografica di 1[^] livello in grado di erogare per ogni gravidanza almeno due esami ecografici: <ul style="list-style-type: none"> • alla 11[^]-14[^] settimana: finalizzato alla esecuzione anche del test combinato) su richiesta della coppia e su percorso specifico • alla 19[^]-20[^] settimana: finalizzato in particolare allo studio della anatomia fetale secondo il protocollo stabilito dalla SIEOG (Società Italiana di Ecografia Ostetrico-Ginecologica, versione del 2006). 2. Organizzare e mettere in rete punti di diagnosi ecografica di 2[^] livello sui quali far convergere le pazienti: a. con un test combinato "positivo" e cariotipo fetale normale; b. con un esame ecografico positivo o sospetto; c. con un altissimo rischio anamnestico di anomalie fetali. In questi centri dovrà essere possibile effettuare: a. la definizione diagnostica e gli eventuali approfondimenti (es.: studio del cariotipo fetale); b. il dispiegamento di un adeguato e tempestivo "counselling" sulla patologia fetale osservata con coinvolgimento di diversi specialisti (neonatologo, chirurgo pediatra, genetista, cardiologo pediatra, ecc) 3. realizzare un piano formativo strutturato e definito nei contenuti e nei tempi di realizzazione di natura tecnico professionale per la corretta esecuzione dell'ecografia cosiddetta "morfologica" |
| Risultati attesi | Rendere disponibile la esecuzione su tutto il territorio regionale di almeno 2 ecografie per ciascuna gravidanza: <ul style="list-style-type: none"> • una tra la 11[^] e la 13[^] settimana (da far coincidere con l'ecografia del test combinato) ove richiesto dalla coppia • una alla 19[^]-20[^] settimana. |
| Indicatori per la valutazione | <ul style="list-style-type: none"> - % di donne che hanno avuto accesso al percorso di diagnosi ecografica in gravidanza presso le strutture della rete (dato da inserire nella scheda CEDAP) - numero di nati con malformazione, diagnosticata in utero o alla nascita (dati IMER) - numero operatori formati |

Composizione del gruppo di lavoro "Percorsi per la diagnosi ecografia del I° e II° trimestre di gravidanza":

Nicola Rizzo (ginecologo – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna) COORDINATORE

Anna Baroncini (genetista - AUSL Imola)

Vittorio Basevi (ginecologo – CeVEAS – AUSL Modena)

Silvia Cremonini (Servizio presidi ospedalieri - Regione Emilia-Romagna)

Valeria Cerri (ginecologa – AUSL Piacenza)

Antonio Farina (ginecologo – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna)

Cristina Galassi (ginecologa - AUSL Modena)

Roberto Grilli (Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna)

Bruna Magi (Servizio presidi ospedalieri - Regione Emilia-Romagna)

Stefano Liverani (Servizio presidi ospedalieri - Regione Emilia-Romagna)

Vincenzo Mazza (ginecologo – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena)

Paola Salvini (ginecologa - AUSL Parma)

Ester Spinozzi (Servizio assistenza distrettuale - Regione Emilia-Romagna)

Lucia Tumiati (ostetrica - AUSL Parma)

Carla Verrotti (ginecologa – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma)

Stefano Zucchini (ginecologo - AUSL Bologna)

| | |
|--------------------------------------|---|
| Obiettivo 2 | Linee di indirizzo per l'assistenza ostetrica alla gravidanza, al parto e al puerperio |
| Premessa | <p>La definizione del ruolo e delle responsabilità dei professionisti coinvolti nell'assistenza al percorso nascita, deve necessariamente partire dalla centralità della donna, e della sua famiglia; quest'ultima rappresenta il principale supporto che la donna ha a disposizione per la sua vita.</p> <p>Il progetto ha lo scopo di ridefinire il ruolo dell'ostetrica/o nell'assistenza alla gravidanza fisiologica, al parto ed al puerperio, nel contesto del percorso nascita, valorizzandone la competenza e l'autonomia nell'ambito del lavoro di equipe. Ridefinisce inoltre il rapporto di collaborazione tra l'ostetrica/o e gli altri professionisti che assistono la nascita, con l'intento di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ offrire una assistenza ostetrica appropriata al livello di rischio ostetrico; ▪ evitare una eccessiva medicalizzazione, introducendo modelli assistenziali e organizzativi [sostegno strutturato] capaci di cogliere tempestivamente eventuali scostamenti dalla normalità e/o possibili patologie, nel rispetto della centralità della donna e dei suoi diritti; ▪ personalizzare i percorsi assistenziali ▪ offrire alle donne e alle loro famiglie modalità di comunicazione e di relazione efficaci; ▪ offrire condizioni di sicurezza sempre crescenti delle cure ostetriche, basate sulla EBM. |
| Obiettivi | <p>Sulla base delle indicazioni sviluppate dalla Commissione Consultiva Tecnico Scientifica sul Percorso Nascita e partendo da un documento dell'OMS (*), si sono definite linee di indirizzo che riguardano l'intero percorso nascita e che hanno l'obiettivo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ favorire lo sviluppo di modelli assistenziali che individuano nell'ostetrica/o, internamente al contesto del lavoro di equipe, un professionista qualificato ed in grado di garantire il livello appropriato di assistenza; ▪ promuovere, sia nelle équipes consultoriali che in quelle ospedaliere, la elaborazione e la condivisione di percorsi assistenziali appropriati e diversificati per fattori di rischio: a] nella fisiologia (basso rischio) l'ostetrica/o è competente e garante della promozione e del rispetto della fisiologia; b] nelle situazioni di rischio o di patologia competente e garante è il medico; ▪ assicurare l'utilizzo di pratiche assistenziali basate sulle evidenze scientifiche ed in grado, laddove implementate, di contribuire a ridurre gli interventi inappropriati; ▪ indirizzare i servizi a privilegiare la continuità assistenziale incentrata sul lavoro di equipe, all'interno del quale la figura dell'ostetrica è il riferimento in grado di supportare la fisiologia e di identificare precocemente l'eventuale insorgenza di condizioni di rischio. |
| Modalità operative | <p>Sulla base dei diversi contesti organizzativi le Aziende Sanitarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • definiscono piani di implementazione per l'applicazione delle indicazioni regionali • realizzano percorsi formativi finalizzati al lavoro di equipe, specifici di tutti i professionisti coinvolti nell'assistenza al percorso della gravidanza a basso rischio, dal concepimento a dopo il parto, identificando opportuni indicatori di performance; • monitorizzano il cambiamento valutando appositi indicatori |
| Risultati attesi | <p>Elaborazione ed implementazione di propri percorsi assistenziali condivisi e supportati da specifiche procedure:</p> <ul style="list-style-type: none"> • per il percorso della fisiologia e dei criteri di selezione dinamica; • per il percorso della gravidanza a rischio; • per la collaborazione ed integrazione con tutti i servizi sociali e sanitari coinvolti. |
| Indicatori per la valutazione | <ul style="list-style-type: none"> - % donne selezionate per il piano assistenziale a basso rischio/tot. gravide seguite dal Consultorio Familiare - % donne selezionate per il piano assistenziale a basso rischio seguite dall'ostetrica/tot. gravide a basso rischio seguite dal CF |

* Raccomandazioni OMS: Care in normal birth: a practical guide - 1996

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - % donne in travaglio-parto selezionate per il piano assistenziale a basso rischio seguite in autonomia dall'ostetrica/tot. gravide con piano assistenziale a basso rischio all'esordio del travaglio - % donne a basso rischio ad inizio travaglio seguite in autonomia dall'ostetrica che si mantengono a basso rischio fino a parto avvenuto/ totale di donne a basso rischio ad inizio travaglio/fino al parto; - % di puerpere che vengono seguite dall'ostetrica nei primi 30gg sul totale delle puerpere dimesse. |
|--|---|

Composizione del gruppo di lavoro "Linee di indirizzo per l'assistenza ostetrica alla gravidanza, al parto e al puerperio":

Giuseppe Masellis (ginecologo - AUSL Modena) COORDINATORE
 Paolo Accorsi (ginecologo – AUSL Modena)
 Patrizio Calderoni (ginecologo – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna)
 Marina Carfagna (ostetrica - AUSL Cesena)
 Valeria Castagnoli (ostetrica - AUSL Forlì)
 Elena Castelli (Servizio assistenza distrettuale - Regione Emilia-Romagna)
 Maria Grazia Catellani (pediatra di libera scelta - Modena)
 Cristina Cavallini (ostetrica - AUSL Modena)
 Carla Dazzani (ostetrica - AUSL Bologna)
 Enzo Esposito (ginecologo – AUSL Ravenna)
 Guido Fuschini (ginecologo - AUSL Bologna)
 Maria Grazia Lucchi (ginecologa – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena)
 Giuseppina Mormile (ostetrica - AUSL Parma)
 Enrico Naldi (ostetrico – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna)
 Cristiana Pavesi (ostetrica - AUSL Piacenza)
 Paola Picco (ginecologa - AUSL Modena)
 Franco Rossi (ostetrico – Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia)
 Stefano Rubini (medico di medicina generale – AUSL Bologna)
 Nicoletta Telleri (ostetrica – AUSL Modena)
 Cinzia Vicinelli (ostetrica - AUSL Bologna)
 Michela Zuffrano (ostetrica - AUSL Bologna)

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

Composizione del gruppo di lavoro “La sorveglianza del benessere fetale in travaglio di parto”:

Marinella Lenzi (ginecologa – AUSL Bologna) COORDINATORE

Vittorio Basevi (ginecologo – CeVEAS – AUSL Modena)

Marina Carfagna (ostetrica – AUSL Cesena)

Silvia Cremonini (Servizio presidi ospedalieri - Regione Emilia-Romagna)

Nicola Rizzo (ginecologo – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna)

Paolo Accorsi (ginecologo – AUSL Modena)

Carla Dazzani (ostetrica – AUSL Bologna)

Nicoletta Telleri (ostetrica - AUSL Modena)

Angela Bandini (ginecologa – AUSL Forlì)

Silvie Cicognani (ostetrica – AUSL Forlì)

Enzo Esposito (ginecologo – AUSL Ravenna)

| | |
|--------------------------------------|---|
| Obiettivo 4 | I disturbi emozionali della donna in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino |
| Premessa | <p>La nascita di un bambino è universalmente riconosciuta come un evento naturale, tuttavia non è infrequente fra le neomamme la possibilità che si manifesti una reazione di disagio e di profondo malessere.</p> <p>La sofferenza psicologica della madre in gravidanza e nel post-partum rappresenta una questione clinica complessa, visti i fattori biologici, psicologici e sociali che intervengono e richiede pertanto un approccio altrettanto articolato che trova nella multidisciplinarietà degli interventi la risposta più adeguata.</p> <p>Gli aspetti clinici descritti dalla letteratura vengono spesso ricondotti alla depressione cui si aggiungono altri disturbi che coprono lo spettro che va dai disturbi emotivi comuni fino alla psicosi post partum in una percentuale variabile.</p> <p>I dati di letteratura evidenziano inoltre che il disagio è frequente, non è solo depressione anche se già questa da sola coinvolge molte donne (circa il 4-5% mostra la depressione maggiore e il 12-14% la depressione in tutte le sue diverse manifestazioni), e se non opportunamente colto può avere effetti negativi a breve e a lungo termine sia sulla madre sia sul bambino.</p> |
| Obiettivi | <ul style="list-style-type: none"> - Sorvegliare lo stato emotivo in epoca perinatale al fine di ottimizzare il benessere psicologico della donna durante la gravidanza ed il puerperio - rilevare i diversi aspetti dei disturbi psicologici durante la gravidanza, il parto ed il puerperio - sperimentare interventi di prevenzione e terapeutici dei disturbi emotivi in gravidanza e post-parto, che completino l'offerta di assistenza alla nascita. |
| Modalità operative | <ul style="list-style-type: none"> - costituzione di un gruppo multidisciplinari (che comprenda anche i MMG ed i PdLS), con la partecipazione anche del sociale, in ogni Azienda sanitaria con il mandato di: <ul style="list-style-type: none"> • analizzare la prassi attuale (ovvero come vengono intercettate le madri in difficoltà e quali sono i professionisti e i servizi coinvolti) secondo uno schema condiviso; • individuare le criticità contenute in questo iter diagnostico e terapeutico e definire, in base a queste, le azioni e gli strumenti per superarle; • garantire che i professionisti afferenti ai diversi servizi acquisiscano una preparazione comune sul riconoscimento e sulla diagnosi dei disturbi emotivi della gravidanza e del post-partum e sulle modalità della presa in carico della donna. • attuare un corso di formazione sul campo specifico sulla base di indicazioni che verranno fornite a livello regionale. |
| Risultati attesi | <ul style="list-style-type: none"> - costruire a livello aziendale uno specifico percorso assistenziale caratterizzato da una presa in carico globale da parte dell'equipe multidisciplinare. - garantire l'acquisizione di una preparazione comune rivolta a: <ul style="list-style-type: none"> • riconoscimento e diagnosi dei disturbi emotivi della gravidanza e del primo anno di vita del bambino, • definizione di modalità di presa in carico della donna, della coppia e del bambino, • acquisizione di adeguate abilità comunicative - predisporre materiale informativo per l'utenza e strumenti di consultazione per gli operatori (es. segnali di allarme) |
| Indicatori per la valutazione | <ul style="list-style-type: none"> - n. professionisti formati al riconoscimento dei disturbi emotivi della donna in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino - n. donne avviate ad uno specifico percorso assistenziale - n. donne ricoverate per psicosi puerperale e depressione severa - evidenza di un percorso definito per l'assistenza con i punti assistenziali e le modalità d'accesso. |

Composizione del gruppo di lavoro “Disturbi emozionali della donna in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino”:

Paola Dallacasa (neonatologa - AUSL Forlì) COORDINATORE
Dante Baronciani (neonatologo – CeVEAS – AUSL Modena)
Serafina Abelli (assistente sociale – AUSL Parma)
Giacomo Biasucci (pediatra – AUSL Piacenza)
Valeria Nonni (psicologa – AUSL Ravenna)
Elena Castelli (Servizio assistenza distrettuale - Regione Emilia-Romagna)
Nadia Lugli (pediatra di libera scelta – Modena)
Cristina Lottici (ostetrica - AUSL Parma)
Marilisa Martelli (neuropsichiatra – AUSL Bologna)
Renzo Muraccini (psichiatra – AUSL Bologna)
Carlo Passarelli (psicologo - AUSL Bologna)
Silvia Pasetti (ostetrica AUSL Rimini)
Sabrina Presepi (assistente sanitaria – AUSL Rimini)
Maria Dirce Vezzani (ginecologa – AUSL Modena)
Alessandro Volta (pediatra – AUSL Reggio Emilia)

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

Composizione del gruppo di lavoro "Allattamento al seno – strumenti per facilitare il cambiamento delle pratiche assistenziali":

Paola Dallacasa (neonatologa - AUSL Forlì) COORDINATORE
Dante Baronciani (neonatologo – CeVEAS – AUSL Modena)
Giacomo Biasucci (pediatra – AUSL Piacenza)
Michela Bragliani (Servizio assistenza distrettuale - Regione Emilia-Romagna)
Elena Castelli (Servizio assistenza distrettuale - Regione Emilia-Romagna)
Claudio Chiossi (pediatra - AUSL Modena)
Chiara Cuoghi (pediatra - AUSL Ferrara)
Silvia Fanaro (pediatra – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara)
Cristiana Magnani (neonatologa – Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia)
Bruno Mordini (neonatologo – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena)
Angela Paganelli (Servizio assistenza distrettuale - Regione Emilia-Romagna)
Maria Dirce Vezzani (ginecologa – AUSL Modena)
Alessandro Volta (pediatra – AUSL Reggio Emilia)

| | |
|--------------------------------------|--|
| Obiettivo 6 | Valutazione della qualità percepita dalle donne rispetto al percorso nascita |
| Premessa | <p>Il percorso nascita rientra tra le priorità delle politiche sanitarie della Regione Emilia Romagna. L'impianto complessivo del percorso prevede diverse fasi che garantiscono l'assistenza durante la gravidanza, il parto e il post parto alla madre e al neonato. Negli ultimi anni i cambiamenti demografici della popolazione hanno portato a modificare la natalità e a ridurre il saldo negativo per l'incremento della popolazione femminile straniera in età fertile.</p> <p>Questi elementi portano ad evidenziare la necessità di approfondire il punto di vista delle cittadine che usufruiscono di tale percorso per meglio adeguare le future politiche regionali</p> <p>In particolare si intende predisporre metodologie in grado di rilevare il punto di vista delle cittadine in riferimento al modello di percorso nascita esistente nelle diverse realtà</p> |
| Obiettivi | <ul style="list-style-type: none"> - favorire il processo di ascolto dei cittadini al fine di garantire un costante monitoraggio della qualità dei servizi erogati anche dal punto di vista dei fruitori. - implementare il Servizio Sanitario Regionale di strumenti che consentano ai cittadini di valutare la qualità dei servizi erogati. <p>Concorrono al raggiungimento di tali obiettivi generali gli obiettivi specifici della attività progettata:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'acquisizione di informazioni "dalla parte delle cittadine" circa la qualità del percorso nascita - il confronto tra i professionisti per verificare le criticità del modello - l'analisi del materiale disponibile (report di ricerca, documenti ecc.) da cui trarre informazioni utili |
| Modalità operative | <p>Il progetto si articola in tre fasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. analisi dei materiali disponibili e predisposizione di un report di sintesi sui principali elementi che consentono di descrivere lo stato attuale del percorso nascita 2. indagine ad hoc a cittadine/coppie e a interlocutori (professionisti e testimoni significativi) che interfacciano specifiche fasce di popolazione emergenti attraverso focus group, interviste e ricerche longitudinali. 3. traduzione operativa della prima e della seconda fase attraverso: <ol style="list-style-type: none"> 1. sintesi delle raccomandazioni utili per migliorare il modello 2. messa a punto specifiche metodologie di monitoraggio della qualità percepita |
| Risultati attesi | <ul style="list-style-type: none"> - indicazioni di miglioramento scaturite e dalla loro applicazione che potranno costituire riferimento per le politiche regionali - metodologie di rilevazione che dovranno modularsi sulle specificità dell'utenza e sugli aspetti da indagare. - materiali scritti (report, scheda informativa) quale supporto per iniziative formative e di confronto |
| Indicatori per la valutazione | <ul style="list-style-type: none"> - report annuale su iniziative messe in atto nelle aziende (formative e/o di rilevazione specifica della qualità percepita nel percorso nascita |

Composizione del gruppo di lavoro "Valutazione della qualità percepita dalle donne rispetto al percorso nascita":

Angela Paganelli (Servizio assistenza distrettuale – Regione Emilia-Romagna) COORDINATORE
Miriam Bisagni (assistente sociale/sociologa - AUSL Piacenza)
Silvana Borsari (ginecologa - AUSL Modena)
Elena Castelli (Servizio assistenza distrettuale - Regione Emilia-Romagna)
Liliana Pittini (ginecologa – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara)
Jora Mato (mediatrice culturale - Associazione "Amis" – Bologna)
Maurizia Migliori (avvocata - Bologna)
Augusta Nicoli (Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna)
Giulia Olmi (Associazione "Donne insieme" - Bologna)
Grazia Maria Sillico (ginecologa - Casa di cura privata - Bologna)
Marco Zannini (ginecologo - AUSL Piacenza)
Michela Zuffrano (ostetrica - AUSL Bologna)

| Obiettivo 7 | La natimortalità |
|--------------------------------------|---|
| Premessa | Allo stato attuale nonostante la sottostima del fenomeno, derivante dall'insoddisfacente definizione di nato morto utilizzata nel nostro, si può affermare che il numero di nati morti supera quello dei decessi registrati in tutto il primo anno di vita. Si è stabilito una sorta di circolo vizioso tra la insufficiente conoscenza dei dati e le insufficienze registrate sul piano assistenziale (mancata esaustività delle indagini, insufficiente attenzione sia alla comunicazione che al sostegno alle famiglie). Le difficoltà a definire la causa di morte hanno importanti conseguenze sia per quanto riguarda il singolo caso (mancata spiegazione dell'accaduto e mancata valutazione del rischio di ricorrenza) sia per quanto riguarda l'identificazione degli eventuali interventi assistenziali modificabili. |
| Obiettivi | Obiettivo primario è garantire un miglioramento della prassi diagnostico assistenziale in caso di nato morto ed evidenziare gli interventi atti a ridurre la natimortalità. Obiettivi secondari un miglioramento: nella qualità dei dati raccolti; della comunicazione e degli interventi di supporto rivolti alle famiglie; |
| Modalità operative | <p>Il progetto si articola in 2 fasi principali:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. definizione degli strumenti e formazione dei professionisti <ol style="list-style-type: none"> 1.1 sulla base della revisione gerarchica della letteratura si formulerà una proposta di: cartella clinica del nato morto, protocollo diagnostico-assistenziale, soluzioni amministrative relative al "riconoscimento amministrativo" del nato, scheda di rilevazione dati ad integrazione della sezione nato morto del CedAP 1.2 il progetto prevede un processo di formazione dei professionisti dei singoli punti nascita regionali con un'attenzione particolare a acquisizione di conoscenze relative al percorso diagnostico e alle modalità di conduzione dell'audit. 1.3 il progetto prevede la definizione della rete diagnostica tra i singoli punti nascita regionali garantendo l'eventuale centralizzazione degli accertamenti e la consulenza da parte di professionisti. 2. implementazione del processo di audit e dell'indagine confidenziale. <ol style="list-style-type: none"> 2.1 avvio degli audit locali attraverso la costituzione presso i punti nascita di gruppi multidisciplinari che hanno il compito di: definire il piano diagnostico-assistenziale del singolo caso; classificare il caso ed inviare i dati all'indagine confidenziale regionale; garantire il supporto alla famiglia e la comunicazione del rischio di ricorrenza; evidenziare eventuali difetti nell'assistenza in epoca perinatale 2.2 avvio dell'indagine confidenziale regionale attraverso la costituzione di un gruppo multidisciplinare con il compito di: classificare i casi; pubblicare i dati regionali; evidenziare eventuali nell'assistenza in epoca perinatale ed indicare gli interventi necessari a garantire una maggiore appropriatezza. |
| Risultati attesi | <p>Oltre alle conoscenze già descritte, questo progetto produrrà:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) un rapporto sulla natimortalità che andrà ad integrare il Rapporto nascita (sulla base dei CedAP) e quello relativo alla nascita pretermine b) un "workshop" per la discussione pubblica dei risultati, da organizzarsi entro sei mesi dalla conclusione del progetto. |
| Indicatori per la valutazione | <ul style="list-style-type: none"> • Numero nati morti per i quali è stato effettuato l'audit locale e l'invio dei dati all'indagine confidenziale regionale sul totale dei nati morti (dato CedAP). |

Composizione del gruppo di lavoro "La natimortalità"

Gianfranco Gori (ginecologo - AUSL Forlì) COORDINATORE
Fabrizio Ambrosetti (anatomopatologo – Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia)
Dante Baronciani (neonatologo - CeVEAS – Modena)
Elisa Calzolari (genetista – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara)
Guido Cocchi (neonatologo – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna)
Alessandra De Palma (medico legale – AUSL Modena)
Francesca Emiliani (psicologa – Università di Bologna)
Fabio Facchinetti (ginecologo – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena)
Giancarlo Gargano (neonatologo – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena)
Marinella Lenzi (ginecologa - AUSL Bologna)
Camilla Lupi (Servizio sistemi informativi - Regione Emilia-Romagna)
Dila Parma (ostetrica – AOSP Bologna)
Francesco Rivasi (anatomopatologo – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena)
Nicola Rizzo (ginecologo – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna)
Angela Salerno (anatomopatologo – AUSL Bologna)
Silvia Vaccari (ostetrica – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena)
Alessandra Vancini (neonatologa – AUSL Bologna)
Arialdo Vernocchi (laboratorista – AUSL Forlì)
Maria Luisa Zerbini (microbiologa– Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna)

| | |
|--------------------------------------|--|
| Obiettivo 8 | Linee di indirizzo per l'assistenza al travaglio e al parto fisiologico in ambiente extra-ospedaliero |
| Premessa | <p>La L.R. 26/98 promuove e garantisce i diritti della donna e della coppia sulla scelta del luogo e della modalità del parto e della qualità dell'assistenza alla gravidanza al parto ed al puerperio.</p> <p>La Commissione Nascita in carico dal 1999 al 2002 ha valutato la qualità dell'informazione delle donne circa il luogo e le modalità del parto, ha monitorato le modalità dei parti avvenuti nelle strutture ospedaliere pubbliche e private e a domicilio e ne ha valutato i costi.</p> <p>Da questo monitoraggio è emerso che la richiesta di parti in ambiente extra-ospedaliero è un fenomeno presente nella realtà regionale anche se probabilmente sottostimato per una difficoltà nella raccolta dei dati.</p> <p>Vi è una scarsa informazione sulle varie modalità di offerta di assistenza al parto sia nella popolazione generale, sia tra i professionisti (ostetriche e ginecologi dell'ospedale e del territorio, medici di medicina generale).</p> <p>E' stata infine rilevata una variabilità tra le varie Aziende sul rimborso delle spese sostenute per il parto in ambiente extra-ospedaliero.</p> <p>Nelle Aziende dove non è presente un progetto relativo all'assistenza al parto a domicilio emergono notevole criticità di tipo organizzativo</p> |
| Obiettivi | <ul style="list-style-type: none"> • Garantire un'assistenza qualificata al parto extra-ospedaliero • Uniformare protocolli e procedure sul territorio regionale • Omogeneizzare i rimborsi alle donne relativi al parto a domicilio |
| Modalità operative | <p>Nelle Aziende Sanitarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - individuazione di un progetto relativo al parto extra-ospedaliero - adozione da parte dei professionisti coinvolti nel parto in ambiente extra-ospedaliero della linea di indirizzo - analisi da parte delle Aziende Sanitarie della prassi attuale, con individuazione delle criticità contenute e definizione, in base a queste, delle azioni e degli strumenti necessari per superarle; - attuazione un corso di formazione sul campo specifico sulla base di indicazioni che verranno fornite a livello regionale <p>A livello regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - raccolta e valutazione dei dati (indicatori di processo, indicatori di esito materno e feto-neonatale) |
| Risultati attesi | <p>A livello Aziendale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborazione e implementazione di propri protocolli e procedure condivisi con tutti i servizi coinvolti nel percorso <p>A livello regionale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Istituzione di un osservatorio regionale per il monitoraggio del parto in ambiente extra-ospedaliero |
| Indicatori per la valutazione | <ul style="list-style-type: none"> • Numero di donne che partoriscono a domicilio/numero di donne che ne fanno richiesta • Natura e numero delle complicanze/numero dei parti • Numero dei trasferimenti/numero dei parti (questo indicatore deve essere rilevato per trasferimenti avvenuti durante il travaglio, periodo espulsivo, nel post-partum e per i neonati) |

Composizione del gruppo di lavoro "Linee di indirizzo per l'assistenza al travaglio e al parto fisiologico in ambiente extra ospedaliero":

Michela Zuffrano (ostetrica - AUSL Bologna) COORDINATORE
Paolo Accorsi (ginecologo - AUSL MODENA)
Francesca Bertolini (ostetrica - Associazione "Futura" - Parma)
Marina Carfagna (ostetrica - AUSL di Cesena)
Elena Castelli (Servizio assistenza distrettuale - Regione Emilia-Romagna)
Lillo Bruno Cerami (ginecologo - AUSL Reggio Emilia)
Maria Flisi (ginecologa - AUSL Parma)
Elisa Gandolfi (ostetrica – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma)
Raffaella Gualerzi (ostetrica – Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia)
Marinella Lenzi (ginecologa – AUSL Bologna)
Maurizia Migliori (avvocata - Bologna)
Maria Cristina Molinaroli (ginecologa - AUSL Piacenza)
Monica Padovani (ostetrica - Associazione "Il Nido" Bologna)
Nicola Romeo (neonatologo - AUSL Rimini)
Giuseppe Santarsiero (ginecologo – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna)
Laura Sgarbi (ginecologa – AUSL Modena)
Marilena Toscani (ostetrica - AUSL Parma)
Silvia Vaccari (ostetrica – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena)
Alessandro Volta (pediatra - AUSL Reggio-Emilia)
Raffaella Zacchi (ostetrica - AUSL Modena)

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

| | |
|--------------------------------------|---|
| Indicatori per la valutazione | <ul style="list-style-type: none"> - N. professionisti formati per analgesia non farmacologica/tot professionisti - N. professionisti formati per i parti con analgesia epidurale - % travagli in analgesia esclusivamente non farmacologica/n. travagli - parti operativi in analgesia esclusivamente non farmacologica/tot. travagli in analgesia non farmacologica - TC urgenti in analgesia esclusivamente non farmacologica/ tot. travagli in analgesia non farmacologica - % travagli vaginali assistiti con analgesia epidurale/tot. travagli effettuati - % parti assistiti con terapia farmacologica antalgica/tot. parti vaginali effettuati - % donne con anestesia epidurale che effettuano un taglio cesareo in urgenza/donne che effettuano il travaglio in anestesia epidurale - % di parti in analgesia farmacologia con applicazione di ventosa / totale applicazioni di ventosa - % di allattati al seno esclusivo alla dimissione e al 3° mese nei nati da parto con analgesia farmacologia vs % di allatti al seno nel parto vaginale senza analgesia farmacologia. |
|--------------------------------------|---|

Composizione del gruppo di lavoro "Controllo del dolore in travaglio di parto":

Silvana Borsari (ginecologa – AUSL Modena) COORDINATORE
 Gina Ancora (neonatologa – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna)
 Simonetta Baroncini (anestesista – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna)
 Vittorio Basevi (ginecologo – CeVEAS – AUSL Modena)
 Elisabetta Bertellini (anestesista – AUSL Modena)
 Patrizia Bettini (ginecologa– AUSL Rimini)
 Elena Castelli (Servizio assistenza distrettuale - Regione Emilia-Romagna)
 Erga Cerchiari (anestesista – AUSL Bologna)
 Fabio Facchinetti (ginecologo – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena)
 Morena Fogli (ostetrica – AUSL Bologna)
 Gianemilio Furicchia (anestesista – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara)
 Giorgio Gambale (anestesista – AUSL di Forlì)
 Manuela Ghermandi (ostetrica – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna)
 Raffaella Gualerzi (ostetrica – Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia)
 Marinella Lenzi (ginecologa - AUSL Bologna)
 Stefano Liverani (Servizio presidi ospedalieri - Regione Emilia-Romagna)
 Bruna Magi (Servizio presidi ospedalieri - Regione Emilia-Romagna)
 Elena Marri (Servizio presidi ospedalieri - Regione Emilia-Romagna)
 Teresa Matarazzo (anestesista – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara)
 Teresa Montella (direzione sanitaria - AUSL Bologna)
 Fausto Nicolini (direttore di presidio ospedaliero - AUSL Reggio Emilia)
 G Kyriakoula Petropulacos (Servizio presidi ospedalieri - Regione Emilia-Romagna) Guido Pedrazzini (AUSL Piacenza)
 Liliana Pittini (ginecologa – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara)
 Carlo Polito (direzione sanitaria – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna)
 Ester Spinuzzi (Servizio assistenza distrettuale - Regione Emilia-Romagna)
 Enzo Valtancoli (anestesista – AUSL Forlì)

Nel quadro delle attività della *Commissione consultiva tecnico-scientifica sul percorso nascita*, istituita ai sensi della L.R. 26/98 art. 10 con delibera della giunta regionale n. 282/2005 del 14.02.2005, il gruppo dati ha avuto il compito di effettuare una ricognizione delle fonti di dati esistenti, producendo una descrizione delle informazioni disponibili sulla assistenza alla gravidanza, alla nascita e al puerperio nella Regione Emilia-Romagna.

Il gruppo di lavoro ha utilizzato seguenti flussi di dati: *Schede di Dimissione Ospedaliera*, il *Registro I.M.E.R.*, la rilevazione dei *dati di attività dei Consulteri familiari*, i *Rapporti* sulla nascita in Emilia-Romagna degli anni 2003, 2004, 2005 e 2006, il *Rapporto sulle nascite pre-termine* in Emilia-Romagna nel 2004, successivamente compreso in *La nascita pre-termine in Emilia Romagna. Dati relativi al triennio 2004-2006*.

Questi cinque *Rapporti* forniscono una descrizione analitica di molteplici elementi nodali dell'assistenza al percorso nascita e, elemento caratterizzante della produzione di informazioni in Emilia-Romagna, rappresentano il risultato della costruzione di impegnativi strumenti collaborativi fra articolazioni dell'Assessorato e i clinici.

Composizione del gruppo di lavoro "Dati":

Vittorio Basevi (ginecologo - CeVEAS – AUSL Modena) COORDINATORE

Dante Baronciani (neonatologo - CeVEAS – AUSL Modena)
Silvana Borsari (ginecologa - AUSL Modena)
Elisa Calzolari (genetista - IMER – AOSP Ferrara)
Emanuela Carossino (ginecologa – AUSL Modena)
Elena Castelli (Servizio assistenza aistrettuale - Regione Emilia-Romagna)
Alba Carola Finarelli (Servizio sanità pubblica - Regione Emilia-Romagna)
Gianfranco Gori (ginecologo - AUSL Forlì)
Pietro Guerrini (neonatologo – AOSP Ferrara)
Marinella Lenzi (ginecologa - AUSL Bologna)
Stefano Liverani (Servizio presidi ospedalieri - Regione Emilia-Romagna)
Camilla Lupi (Servizio sistema informativo - Regione Emilia-Romagna)
Antonella Messori (Servizio presidi ospedalieri - Regione Emilia-Romagna)
Kyriakoula Petropulacos (Servizio presidi ospedalieri - Regione Emilia-Romagna)
Eleonora Verdini (Servizio sistema informativo – Regione Emilia-Romagna)
Cinzia Vicinelli (ostetrica - AUSL Bologna)

Allegati

- 1. Composizione della Commissione nascita**
- 2. Indicatori**
- 3. Bibliografia principale**

Allegato n. 1

COMMISSIONE CONSULTIVA TECNICO SCIENTIFICA SUL PERCORSO NASCITA

Delibera n. 282/2005 del 14 febbraio 2005

"Nomina dei componenti della Commissione "Percorso Nascita" ai sensi della L.R. 26/98, art.10

Presidente: Corrado MELEGA, ginecologo AUSL Bologna

Vittorio BASEVI, ginecologo - CeVEAS – AUSL Modena
Francesca BERTOLINI, ostetrica - Associazione "Futura" – Parma
Miriam BISAGNI, ass. sociale/sociologa – AUSL Piacenza
Silvana BORSARI, ginecologa – AUSL Modena
Rossella BUZZONI, psicologa – AUSL Ravenna
Marina CARFAGNA, ostetrica – AUSL Cesena
M. Grazia CATELLANI, pediatra di libera scelta – AUSL Modena
Paola DALLACASA, neonatologa – AUSL Forlì
Alba Carola FINARELLI, Servizio Sanità Pubblica – Regione Emilia-Romagna
Gianfranco GORI, ginecologo – AUSL Forlì
Raffaella GUALERZI, ostetrica – AOSP Reggio Emilia
Pietro GUERRINI, neonatologo – AOSP Ferrara
Carla LANFRANCHI, esperta in processi di comunicazione – AUSL Ferrara
Marinella LENZI, ginecologa – AUSL Bologna
Stefano LIVERANI, Servizio Presidi Ospedalieri – Regione Emilia-Romagna
Giuseppe MASELLIS, ginecologo – AUSL Modena
Jora MATO, mediatrice culturale - Associazione "Amiss" – Bologna
Giulia OLMI, Associazione "Donne insieme" – Bologna
Monica PADOVANI, ostetrica – Associazione "Il Nido" – Bologna
Angela PAGANELLI, Servizio Assistenza Distrettuale – Regione Emilia-Romagna
Kyriakoula PETROPULACOS, Servizio Presidi Ospedalieri – Regione Emilia-Romagna
Sabrina PRESEPI, assistente sanitaria – AUSL Rimini
Nicola RIZZO, ginecologo – AOSP Bologna
Stefano RUBINI, medico di medicina generale – AUSL Bologna
Paola SALVINI, ginecologa – AUSL Parma
Grazia Maria SILLICO, ginecologo – Casa di Cura privata - Bologna
Ester SPINOZZI, Servizio Assistenza Distrettuale – Regione Emilia-Romagna
Eleonora VERDINI, Servizio Sistemi Informativi – Regione Emilia-Romagna
Alessandro VOLTA, pediatra – AUSL Reggio Emilia
Marta ZIVERI, assistente sociale – Comune Parma
Michela ZUFFRANO, ostetrica - AUSL Bologna

ELENCO INDICATORI DISPONIBILI

| INDICATORI | FONTE DEI DATI |
|---|--|
| 1. Natalità (numero di nati vivi per 1000 unità di popolazione residente) | ISTAT |
| 2. Tasso di abortività volontaria (IVG per 1000 donne in età feconda) | Regione (Banca dati IVG/Pop. residente) |
| 3. Rapporto di abortività volontaria (IVG per 1000 nati vivi) | Banca dati IVG Regione/nati ISTAT |
| 4. Tasso di abortività volontaria nelle ragazze inf. a 19 anni | Regione (Banca dati IVG/Pop. residente) |
| 5. Tasso di mortalità neonatale (n° morti sotto i 28 giorni di vita per 1000 nati vivi) | Banca dati Registro Mortalità Regione/dati ISTAT |
| 6. Basso peso alla nascita (percentuale di neonati < 2500 g) | Banca dati CedAP Regione |
| 7. Peso molto basso alla nascita (percentuale di neonati < 1500 g) | Banca dati CedAP Regione |
| 8. Percentuale di parti con taglio cesareo per punto nascita | Banca dati CedAP Regione |
| 9. Tasso di natalità nelle ragazze inf. a 19 anni (ind.OMS) | Regione (Banca dati SDO/Pop. residente) |
| 10. Distribuzione delle nascite per nazionalità della madre | Banca dati CedAP Regione |
| 11. Equità d'accesso: percentuale di gravidanze prese in carico dal servizio pubblico | Banca dati CedAP Regione |
| 12. Accuratezza: n° visite per gravidanza nelle donne seguite dal servizio pubblico | Banca dati CedAP Regione |
| 13. Percentuale gravidanze di donne immigrate seguite dal servizio pubblico | Banca dati CedAP Regione |
| 14. Percentuale di puerpere assistite a domicilio (livello regionale) | Consultori Familiari/dati ISTAT |
| 15. Parti a domicilio e nelle case di maternità: livello reg.le | Banca dati CedAP Regione |
| 16. Percentuale di induzioni per punto nascita | Banca dati CedAP Regione |
| 17. Percentuale di parti con presenza di persona indicata dalla donna | Banca dati CedAP Regione |
| 18. Percentuale di neonati ad alto rischio (peso < 1500g) nati in centri di 1° e 2° livello sul totale dei nati ad alto rischio | Banca dati CedAP Regione |
| 19. Tasso di abortività spontanea (Ab. spontanei per 1000 donne in età feconda) | Regione (Banca dati Abortività Spontanea/Pop. residente) |
| 20. Rapporto di abortività spontanea (Ab. spontanei su 1000 nati vivi) | Banca dati Abortività Spontanea Regione/nati ISTAT |
| 21. Tasso di mortalità perinatale (nati morti + morti nella 1° sett. di vita per 1000 nati) | Banca dati Registro Mortalità+CEDAP Regione/nati ISTAT |
| 22. Tasso di mortalità neonatale (morti nei primi 28 gg di vita per 1000 nati vivi) | Banca dati Registro Mortalità Regione/nati ISTAT |
| 23. Tasso di mortalità infantile (morti nel 1° anno di vita per 1000 nati vivi) | Banca dati Registro Mortalità Regione/nati ISTAT |
| 24. Percentuale di puerpere ricoverate entro 30 giorni dal parto per Azienda | Banca dati SDO Regione |
| 25. Percentuale di neonati ricoverati entro 30 giorni dalla nascita per Azienda | Banca dati SDO Regione |
| 26. Mortalità materna (n° morti materne per 10.000 nati vivi) | Banche dati SDO+Registro Mortalità Regione/nati ISTAT |
| 27. Percentuale di bimbi con allattamento esclusivo al momento della 1° vaccinazione | APeC - rilevazione a campione con cadenza triennale |
| 28. Percentuale di bimbi con allattamento esclusivo al momento della 2° vaccinazione | APeC - rilevazione a campione con cadenza triennale |
| 29. Tasso di neonati con malformazioni congenite | IMER+Banca dati CedAP Regione |

BIBLIOGRAFIA PRINCIPALE

1. Tabor A. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology 2006,28:359
2. Nicolaidis K. Am J Obstet Gynecol 2005,193:322
3. Wald NJ et al. First and second trimester antenatal screening for Down's syndrome: the results of the serum, urine and ultrasound screening study (SURUSS). Health Technol Assess 2003;7:1-88.
4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Antenatal screening or Down syndrome. London: RCOG; 2003.
5. UK National Screening Committee. National Down syndrome screening programme for England. London: UK NSC; 2003
6. Ritchie K et al. Routine ultrasound scanning before 24 weeks of pregnancy. Health Technology Assessment Report 5. Glasgow: NHS Quality Improvement Scotland; 2004
7. Smith DK et al. Informed consent to undergo serum screening for Down's syndrome: the gap between policy and practice. Br Med J 1994;309:776
8. DM 14 settembre 1994, n° 740 (GU 9 gennaio 1995, n°6)
9. E.D. Hodnett, Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software; 2001
10. S. Di Mario et al. What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement) Copenhagen, WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) December 2005. Il documento è scaricabile dalla rete: <http://www.euro.who.int/Document/E87997.pdf>
11. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. Clinical guideline. Commissioned by the National Institute for Clinical Excellence London: RCOG Press; 2003
12. Progetto n. 3 Regione Emilia Romagna – Agenzia Sanitaria Regionale – Linea guida basata su prove di efficacia: "La sorveglianza del benessere fetale in travaglio parto". 2004. Pag 21-3. Consultabile nella versione integrale sul sito: www.saperidoc.it/file/140_1.pdf
13. CARDIOTOCOGRAFIA
14. The National Collaborating Centre for Primary Care Postnatal care. Routine postnatal care of women and their babies. London: NICE; 2006
15. National Institute for Health and Clinical Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. London: NICE; 2007
16. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Postnatal depression and puerperal psychosis. A national clinical guideline. Edimburgh: SIGN; 2002
17. Agency for Healthcare Research and Quality. Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes. Evidence Report/Technology Assessment: number 119. Rockville, MD: AHRQ; 2005
18. World Health Organization. Division of child health and development. Evidence for ten steps to successful breastfeeding. Geneva (CH): World health organization; 1998. URL http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CHD_98.9.pdf

19. EU Project on Promotion of breast feeding in Europe. Protection, promotion and support of breast feeding in Europe: a blueprint for action. Luxembourg: European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment; 2004.URL:
http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion_2002_18_en.htm
20. International Lactation Consultant Association (ILCA). Evidence_based guidelines for breastfeeding management during the first fourteen days. Raleigh (NC): ILCA; 1999.
21. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). Evidence-based clinical practice guideline. Breastfeeding support: prenatal care through the first year.Washington (DC): AWHONN; 2000.
22. Agence Nationale d'Accretitation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Allaitement maternel: mise en oeuvre et poursuite dans le premiers mois de vie de l'enfant. Paris: ANAES; 2002. URL:
<http://www.anaes.fr>
23. Ballini L., Liberati A., Linee-guida per la pratica clinica. Metodologia per l'implementazione. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2004.
24. NICE. Principles for best practice in clinical audit. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2002.
25. Abriola D. (1990) Mothers' perceptions of a postpartum support group. *Maternal Child Nurs. J.*; 15:113-134.
26. Alfano A. (2003) Qualità percepita e management sanitario in Cinotti R., Cipolla C. (2003) La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini, Franco Angeli, Milano
27. Altieri L. (2003) Un percorso qualitativo/quantitativo per la valutazione della qualità percepita, in Cinotti R., Cipolla C. (2003) La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini, Franco Angeli, Milano, p. 90.
28. Ardigò A. (1994) Il quality assessment dei servizi e delle prestazioni sanitarie come misura della soddisfazione dei consumatori. Un approccio concettuale generale, dispense per la scuola di Specializzazione in Sociologia Sanitaria, Bologna.
29. Smith GC, Fretts RC. Stillbirth. *Lancet*. 2007;370:1715-25
30. Corabian P, Scott NA, Lane C, Guyon G. Guidelines for investigating stillbirths: an update of a systematic review. *J Obstet Gynaecol Can*. 2007 ;29 :560-7
31. Gardosi J, Kady SM, McGeown P, Francis A, Tonks A. Classification of stillbirth by relevant condition at death (ReCoDe): population based cohort study. *BMJ* 2005;331:1113-7
32. Coordinamento nazionale delle ostetriche per l' assistenza al parto a domicilio: "Protocollo tecnico di assistenza al travaglio e parto fisiologico a domicilio"
33. G. Caselli, F. Fronte, P. Maccario, L. Rosati, M. Salvano, Ass. Demetra Torino: "Linee guida per l' assistenza domiciliare al parto a domicilio" *Lucina* n.1/1996
34. A. Regalia, E. Terzian: "Linee guida di assistenza alla gravidanza fisiologica", 1994
35. V. Schmid: "Linee guida per l'assistenza al parto fisiologico e nelle case maternità" 1997
36. WHO: "Care in normal birth: a practical guide" 1996
37. G. Rapisardi, Pierattelli, Tamburini: "Raccomandazioni per l'assistenza alla madre in puerperio e al neonato" 2001
38. Agenzia Sanitaria Regionale - Emilia-Romagna, Dossier 137. Il profilo assistenziale del neonato sano. 2006; URL:
http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss137.htm

39. Schnider SM, Levinson G, Ralstone DH. Anestesia nella pratica ostetrica. Levinson G, Edizioni Internazionali, 1996.
40. Halpern SH, Leighton BL, Ohlsson A, Barrett JF, Rice A. Effect of epidural vs parenteral opioid analgesia on the progress of labor: a meta-analysis. JAMA, 1998; 280: 2105-10.
41. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 issue 4. Epidural versus non epidural or no analgesia in labour
42. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. Final draft for consultation 23 June 2006 – 29 August 2006. In press
43. Bestetti G, Regalia AL. Dolore fisiologico, dolore patologico, dolore iatrogeno: qualità del dolore ed esperienza delle donne. In: La Sala GB, Iori V, Monti F, Fagandini P (a cura di). La normale complessità del venire al mondo. Milano: Guerini e Associati; 2006. pag. 421-36
44. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 3
45. Simkin PP, O'Hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor. Systematic reviews of five methods. Am J Obstet Gynecol 2002;186:S131-159

