



OSTETRICIA E GINECOLOGIA 2023
Congresso Nazionale A.Gi.Co
5-6 maggio

**DSA2 OSTETRICO:AUSL
FERRARA STATO DELL'ARTE**

Bruschi Caterina

IL PERCORSO NASCITA



Consultori familiari

Regione Emilia-Romagna



**Consultorio
familiare**

La legge del 29 luglio 1975, n. 405 istituisce i consultori familiari allo scopo di “intervenire in sostegno alla famiglia o al singolo che vi faccia ricorso”; riveste quindi un ruolo centrale nell’ambito della tutela sociale della maternità, della salute della donna gravida e del prodotto del concepimento.



IL PERCORSO NASCITA



Fa parte dei programmi strategici del **PROGETTO OBIETTIVO MATERNO INFANTILE (P.O.M. I.)** all'interno del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000, individua e definisce specifici criteri di accreditamento delle strutture sanitarie territoriali ed ospedaliere il cui obiettivo è quello di garantire uniformità di assistenza alla nascita ed alla salute della donna/coppia, dalla presa in carico della donna e successivamente del neonati da parte delle strutture territoriali ed ospedaliere collegate in rete.

Il Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) assegna un ruolo strategico centrale ai Consultori Familiari (CF) nella promozione e tutela della salute della donna.

INCOMINCIANO A CAMBIARE GLI SCENARI



“UMANIZZAZIONE DEL
PERCORSO NASCITA”

PERCORSO NASCITA NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Delibera di Giunta Regionale n.533/08

«Direttiva alle Aziende Sanitarie in merito al programma Percorso Nascita»



- Obiettivo 1** realizzare una razionalizzazione delle metodiche invasive utilizzate per la diagnosi prenatale di anomalie cromosomiche, mediante l'uso di metodologie finalizzate alla ridefinizione del rischio e all'aumento dell'efficienza della diagnosi prenatale
- Obiettivo 2** predisporre un percorso razionale della diagnostica ecografica delle anomalie morfologiche fetali, ivi inclusa la possibilità di eseguire gli opportuni approfondimenti diagnostici finalizzati ad una migliore definizione della prognosi e alla offerta di un adeguato e tempestivo counselling alla donna
- Obiettivo 3** applicare le linee di indirizzo regionale per la ridefinizione del ruolo dell'ostetrica e la sua integrazione con le altre figure professionali nell'assistenza al percorso nascita (gravidenza, parto e puerperio), con la costruzione di modelli assistenziali che vedano al centro la donna e la sua famiglia
- Obiettivo 4** promuovere e consolidare l'adozione della linea guida sul "Controllo del benessere fetale in travaglio di parto" per la valutazione e la modifica delle prassi assistenziali al travaglio di parto in termini di appropriatezza degli interventi, di definizione dei ruoli professionali, introducendo criteri di migliore pratica clinica basati su prove di efficacia
- Obiettivo 5** migliorare l'assistenza ai disturbi emozionali della donna in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino anche sperimentando interventi di prevenzione e terapeutici che completino l'assistenza al percorso nascita
- Obiettivo 6** attuare interventi di supporto alla relazione madre-bambino e di promozione e sostegno all'allattamento al seno
- Obiettivo 7** favorire il processo di ascolto dell'opinione delle donne e delle coppie che hanno accesso ai servizi per il percorso nascita, mediante l'adozione di strumenti e modalità di indagine specifici
- Obiettivo 8** garantire un miglioramento della prassi diagnostico assistenziale in caso di nato morto, evidenziando gli interventi atti a ridurre la natimortalità e favorire un miglioramento nella qualità dei dati raccolti e nella comunicazione e degli interventi di supporto rivolti alle famiglie
- Obiettivo 9** garantire un'assistenza qualificata al travaglio e parto fisiologico in ambiente extra-ospedaliero
- Obiettivo 10** garantire a tutte le gravide i corsi prenatali "di base" in quanto interventi educativi a tutela della maternità e sperimentare un'offerta attiva dei corsi di accompagnamento alla nascita in grado di raggiungere la popolazione svantaggiata
- Obiettivo 11** aumentare le conoscenze e l'attenzione dei professionisti e delle donne al tema "il dolore nel parto", anche attraverso sperimentazioni controllate di metodiche farmacologiche e non farmacologiche

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE DEL 21 APRILE 2008, N. 533
DIRETTIVA ALLE AZIENDE SANITARIE IN MERITO AL PROGRAMMA PERCORSO NASCITA.

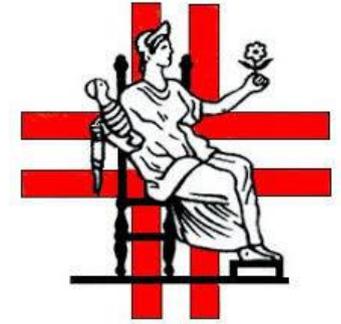
.....
Obiettivo n. 3 “applicare le linee di indirizzo regionale per la ridefinizione del ruolo dell’ostetrica e la sua integrazione con le altre figure professionali nell’assistenza al percorso nascita (gravidanza, parto e puerperio), con la costruzione di modelli assistenziali che vedano al centro la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

Il nuovo paradigma delle cure:

da una sanità medico-centrica
a una sanità utente-centrica (processo
empowerment)



Gli aspetti normativi della professione



● PROFILO PROFESSIONALE DELL'OSTETRICA (D.M. 740/94)

Art. 1.1 «l'ostetrica/o è l'operatore sanitario che assiste e consiglia (*si prende cura -> to care*) la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e il puerperio...»

Art. 1.2. «partecipa a programmi di assistenza materna e neonatale»

Art. 1.3. «L'ostetrica/o, nel rispetto dell'etica professionale, gestisce, come membro dell'equipe sanitaria, l'intervento assistenziale di propria competenza»

Art.1.5 «è in grado di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono intervento medico...»

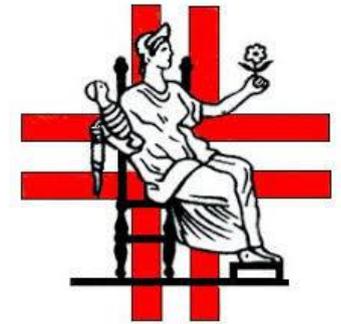
Centro Salute Donna
AUSL FERRARA



ARTE OSTETRICA



Gli aspetti normativi della professione



- **LEGGE 42/99**

Art. 1 «Viene sostituita la denominazione di “professione sanitaria ausiliaria” con quella di “professione sanitaria” » abrogazione del mansionario --→ ruolo di professionista

- **LEGGE 251/2000**

Art. 1 «gli operatori delle professioni sanitarie....svolgono con autonomia professionale....» (e quindi di responsabilità)

- **DM 740/1994**

Art. 1.5. «L'ostetrica/o, è in grado di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono l'intervento medico»

CONTESTO NORMATIVO EUROPEO



Direttiva Europea 2005/36/CE

Art. 42 «Gli stati membri garantiscono che le ostetriche sono autorizzate **almeno** all'esercizio delle seguenti attività:

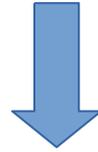
- **accertare la gravidanza e in seguito sorvegliare la gravidanza diagnosticata come normale da un soggetto abilitato alla professione medica;**
- **effettuare gli esami necessari al controllo dell'evoluzione della gravidanza normale;**
- **prescrivere gli esami necessari per la diagnosi quanto più precoce di gravidanza a rischio**
- effettuare corsi ai futuri genitori di preparazione al parto;
- assistere la partoriente in travaglio e praticare il parto normale (compresa se necessario l'episiotomia e in caso di urgenza il parto podalico);
- individuare i segni dell'anomalia che richiedono l'intervento medico;
- esaminare il neonato ed averne cura;
- assistere la partoriente e sorvegliare il puerperi.



**Recepita con
il D.Lgs
n.206/07**

Obiettivo dell'OMS presente nel documento "Care in Normal Birth: a Pratical Guide" 1996:

"Il fine di una moderna medicina perinatale è quello di ottenere una mamma ed un bimbo in perfetta salute con il livello di cure più basso compatibile con la sicurezza"



L'OMS definisce la gravidanza come un processo fisiologico, pertanto non va trattata come una patologia, bensì come una condizione fisiologica a basso rischio di complicanze finché non emergono evidenze contrarie.



Secondo l'OMS sarebbe opportuno attivare "la vigilanza di tutte le gestanti che dovrebbero essere considerate come potenzialmente capaci di avere una gravidanza fisiologica fino a quando non ci sono chiare evidenze del contrario.

GESTIONE AUTONOMA DELL'OSTETRICA...

Esistono convincenti evidenze scientifiche che un'assistenza fornita da sole ostetriche, in un contesto di supporto alla naturalità dell'evento nascita, in una visione olistica, continuativa e personalizzata, migliora la qualità delle cure, la sicurezza e la soddisfazione delle persone assistite.

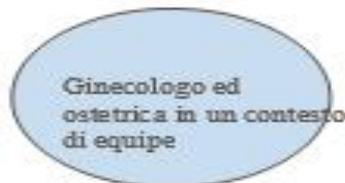


Maggiore probabilità di avere un parto spontaneo
Minor ricorso a farmaci analgesici e antidolorifici in travaglio
Minore incidenza di neonati con indice di APGAR inferiore a 7 a 5 minuti
Minore probabilità di essere sottoposti ad interventi medici
Riduzione del numero di neonati che necessitano di rianimazione
Riduzione del tasso di episiotomie e lacerazioni perineali
Maggiore soddisfazione delle donne per l'assistenza ricevuta

OBIETTIVI SPECIFICI (Obiettivo 3)

(derivanti dal documento dell'OMS "Care in normal birth: a practical guide" 1996)

- Favorire lo sviluppo di modelli assistenziali, basati sull'intensità di cure.
- Privilegiare la continuità assistenziale incentrata sul lavoro d'equipe, dove la figura dell'ostetrica è il riferimento in grado di supportare la fisiologia e di identificare precocemente l'eventuale insorgenza di condizioni a rischio.
- Promuovere percorsi assistenziali appropriati per fattori di rischio: fisiologia (basso rischio) e situazioni di rischio o di patologia (medio-alto rischio).



IL MEDICO

è competente e garante
e l'Ostetrica collabora
nell'assistenza
nel percorso nascita



L'OSTETRICA

è competente e
garante della
promozione e del
rispetto della
fisiologia

Commissione consultiva tecnico-scientifica sul percorso nascita

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

Luglio 2007

Allegato n°4

Criteria per la selezione della gravidanza a basso rischio al 1° incontro

Gravidanze pregresse

Malformazioni uterine

Aborto abituale > di 3

Cerchiaggio, TC

Morte fetale o morte perinatale-Aborto tardivo-Parto Pretermine-pregrasso nato con basso peso alla nascita e ricoverato in T.I. neonatale

Iperensione in gravidanza, Preeclampsia o Eclampsia, HELLP

Isoimmunizzazione M-F

Emorragia Post-parto

Placenta ritenuta

Psicosi puerperale

Pregresso nato anomalia congenita o patologia genetica

SI	No

Gravidanza attuale

Età < 16 e > 40

Donne con crisi epilettiche o in terapia anticonvulsivante

Esposizione a raggi e farmaci nell'attuale gravidanza

Perdite ematiche vaginali

Gravidanza multipla attuale

Ogni altra patologia ostetrica o fetale presente o dubbia al momento del 1° colloquio o della 1° visita

SI	No

Allegato n°5

Criteria per la selezione della gravidanza a basso rischio ai controlli ostetrici successivi al 1° incontro

Controllo n..... Epoca gestazionale settimane:

Uso di droghe (come cocaina, crac, eroina, ecstasy)	SI	NO
Abuso di fumo o alcool	SI	NO
Disagio sociale/disagio psichico	SI	NO
Patologie psichiatriche	SI	NO
Malattie autoimmuni	SI	NO
Isoimmunizzazione MF	SI	NO
Dati di laboratorio anomali	SI	NO
Asma severa	SI	NO
Malattie Infettive sistemiche	SI	NO
Infezioni urinarie	SI	NO
Infezioni genitali	SI	NO
Tromboflebite	SI	NO
Ipertensione	SI	NO
Preclampsia, Eclampsia, HELLP	SI	NO
Diabete	SI	NO
Cardiopatie	SI	NO
Nefropatie/Uropatie	SI	NO
Malformazioni fetali	SI	NO
Ritardo di crescita intrauterine accertato o sospetto	SI	NO
Microsomia fetale	SI	NO
Presentazione anomala dopo la 32 ^a settimana	SI	NO
Oligo-polidramnios	SI	NO
Fibromi uterini sintomatici	SI	NO
Masse Pelviche sintomatiche	SI	NO
Sanguinamenti anomali	SI	NO
Ogni altra grave patologia o condizione di rischio specificare quale _____	SI	NO



*La **valutazione del rischio ostetrico** non solo come una misura, ma un processo continuo attraverso la gravidanza e il travaglio. In ogni momento infatti possono esserci complicazioni della gravidanza che possono indurre ad applicare alla donna un livello di cure più intensivo”*
OMS “Care in Normal Birth: a Pratical Guide”1996

Alla comparsa di una o più delle condizioni/patologie elencate nella scheda l'ostetrica attiva la consulenza del medico-ginecologo.

PERCORSO NASCITA NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA



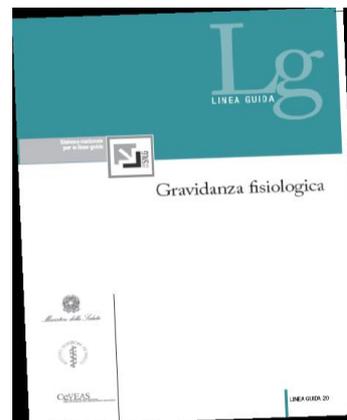
- **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 1097 del 2011** *Indicazioni alle Aziende Sanitarie per la presa in carico della gravidanza a basso rischio in regime di DSA2 a gestione dell'ostetrica.*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27/11/2011 N. 1097
Indicazioni alle Aziende Sanitarie per la presa in carico della gravidanza a basso rischio in regime di DSA2 a gestione dell'ostetrica

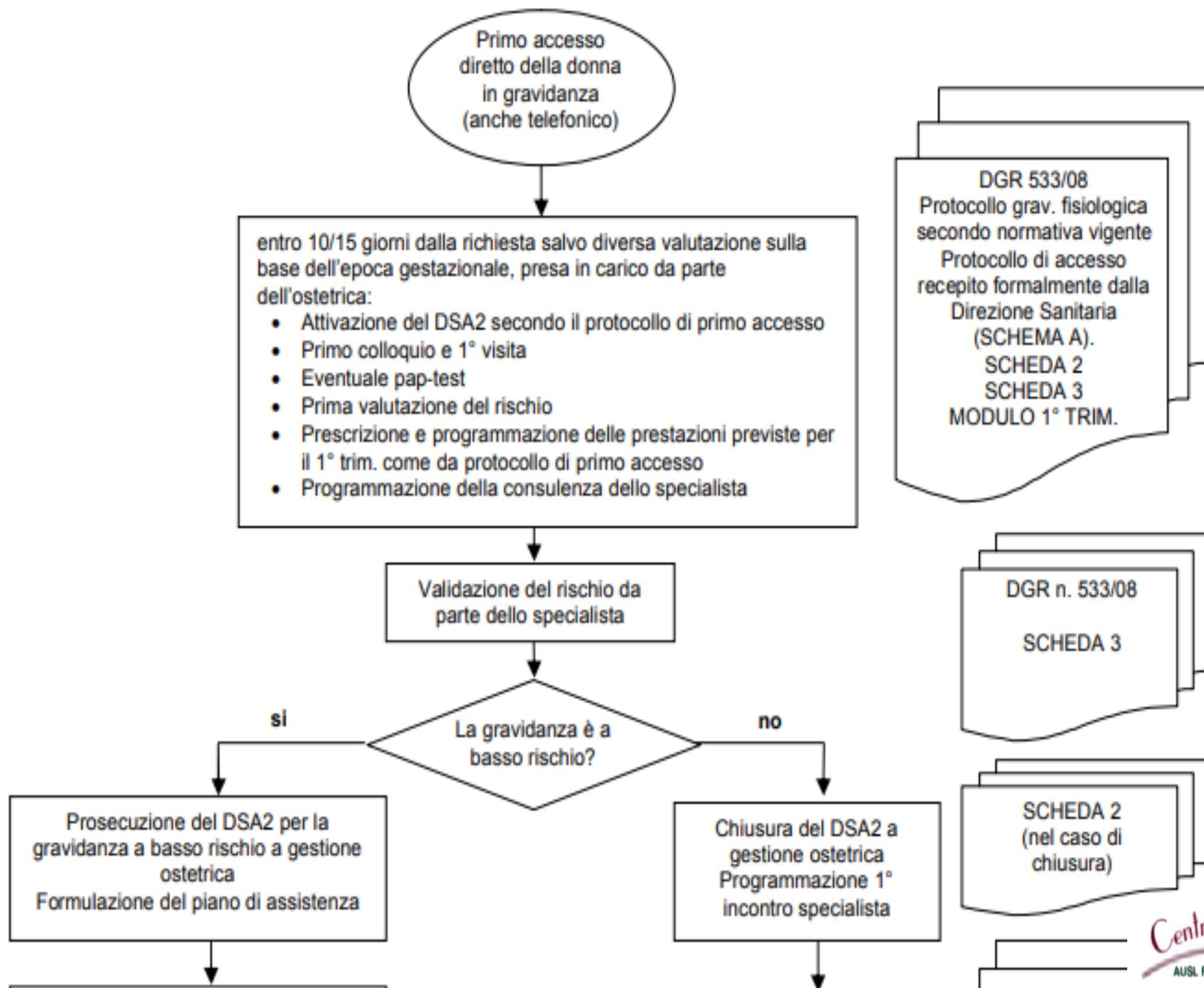
DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27/11/2011 N. 1704
Aggiornamento del Documento Interfiliare delle prestazioni di assistenza specialistica ostetrica e delle relative tariffe

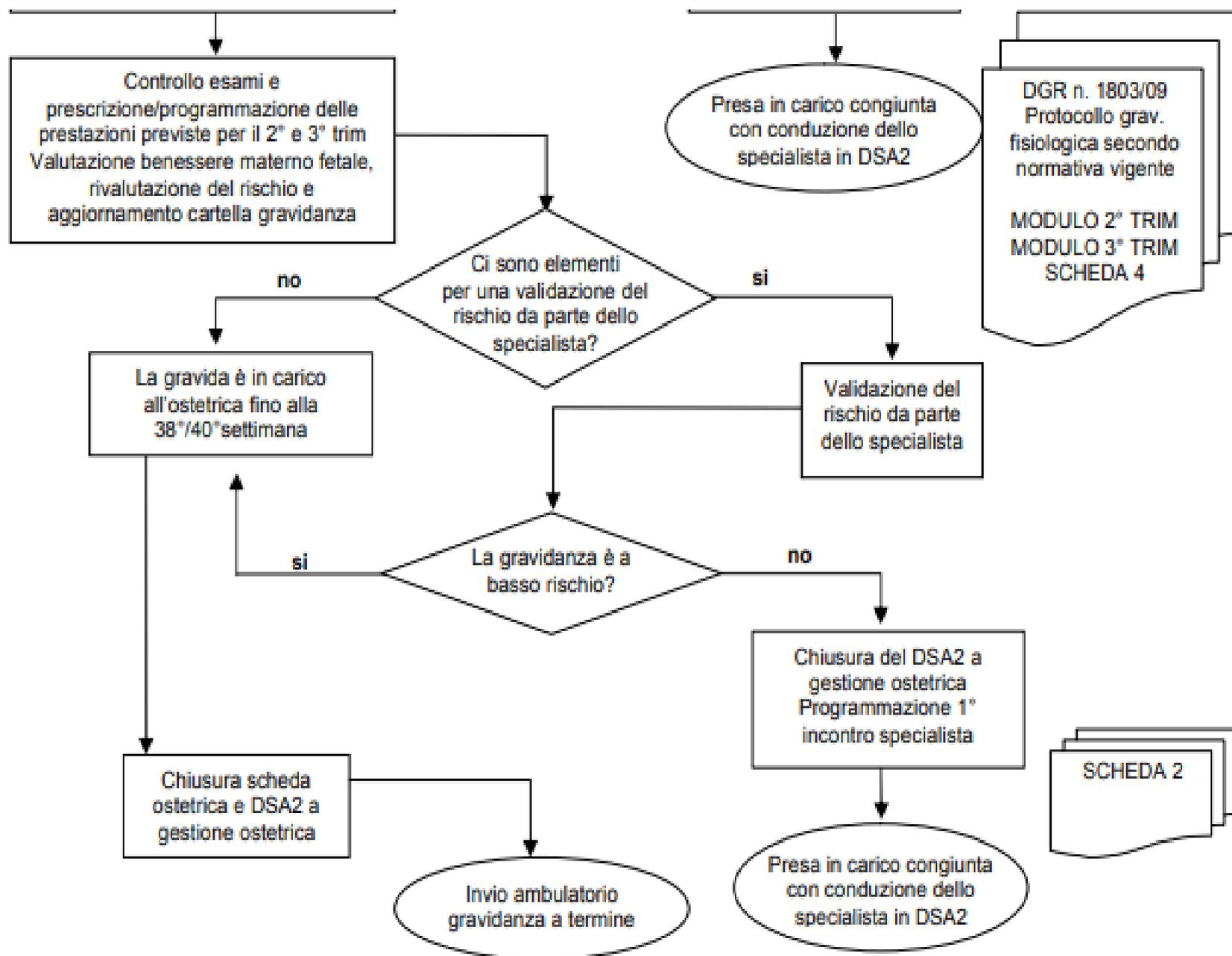
- **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N.1704 del 2012** *Linee guida “Linee guida Gravidanza fisiologica”*



SCHEDA 1 DIAGRAMMA DI FLUSSO

DELLA DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 1097 del 2011





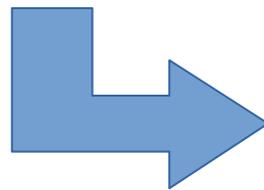
SERVIZIO SALUTE DONNA

AZIENDA USL DI FERRARA





Ad ottobre del 2014 viene attivato il modello assistenziale di DSA2 a gestione dell'ostetrica, prima presso la sede di Comacchio (Distretto Sud-Est) e successivamente esteso in tutte le sedi aziendali dei tre distretti.



Promozione dell'autonomia professionale dell'ostetrica nella gestione della gravidanza a basso rischio

2014 2015 2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Comacchio	Comacchio Portomaggiore Ferrara Cento	Comacchio Portomaggiore Ferrara Cento Codigoro Argenta Copparo	Comacchio Portomaggiore Ferrara Cento Codigoro Argenta Copparo	Comacchio Portomaggiore Ferrara Cento Codigoro Argenta Copparo	Comacchio Portomaggiore Ferrara Cento Codigoro Argenta Copparo	Comacchio Portomaggiore Ferrara Cento Codigoro Argenta Copparo Bondeno

Tipologia: Dipartimento Cure Primarie -
Salute Donna – Procedure

GESTIONE AMBULATORIO GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO A GESTIONE AUTONOMA OSTETRICA

doc. Nr. 6438 - versione 1 del
30/01/2017

procedura gestione amb. grav basso
rischio 28 gennaio 2017 con allegati.pdf



LE FASI DEL PERCORSO:

IL PRIMO INCONTRO *(idealmente entro le 10 settimane)*

Prenotazione di prima visita ostetrica (tramite lo sportello unico Cup-farmacie-num. Verde

ACCOGLIENZA OSTETRICA *(inserimento su Onesys)*

- Accoglienza, ascolto e risposte a domande e dubbi
- Presentazione del percorso assistenziale
- Valuta la necessità di attivare la mediazione culturale
- Apertura e compilazione scheda della gravidanza informatizzata
- Anamnesi
- Rilevazione P.A., peso, altezza, BMI.
- *Educazione sanitaria e informazione su stili di vita, alimentazione, diagnosi prenatale, diritti delle lavoratrici, servizi e supporto alla genitorialità.*
- Valutazione benessere psichico e screening violenza domestica se sospetto
- Offerta esecuzione Pap test/HPV test
- Compilazione scheda RISCHIO OSTETRICO
- Consegna materiale informativo cartaceo fornito dalla RER



SCHEDA 3 ¹¹

FACSIMILE

Criteria per la selezione delle gravidanze a basso rischio al 1° incontro/visita

NOME E COGNOME della donna _____

Epoca gestazionale settimane:

Gravidanze pregresse

Malformazioni uterine

Aborto abituale > di 3

Cerchiaggio, TC

Morte fetale o morte perinatale-Aborto tardivo-Parto Pretermine-pregrasso nato con basso peso alla nascita e ricoverato in T.I. neonatale

Ipertensione in gravidanza, Preeclampsia o Eclampsia, HELLP

Isoimmunizzazione M-F

Emorragia Post-parto

Placenta ritenuta

Psicosi puerperale

Pregresso nato anomalia congenita o patologia genetica

Si	No

Gravidanza attuale

Età < 16 e > 40

Donne con crisi epilettiche o in terapia anticonvulsivante

Esposizione a raggi e farmaci nell'attuale gravidanza

Perdite ematiche vaginali

Gravidanza multipla attuale

Ogni altra patologia ostetrica o fetale presente o dubbia al momento del 1° colloquio o della 1° visita

Si	No

VISITA CON IL MEDICO

- *Visita ostetrica e controllo ecografico*
- ***VALUTAZIONE CONDIVISA DEL RISCHIO***

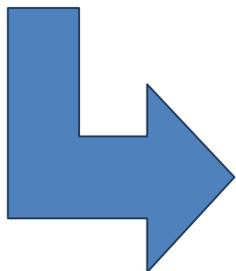


GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO

In caso di GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO, l'ostetrica prende in carico la gestante programmando i controlli successivi e le indagini previste dal D.M. 10/09/98 n°245 e il D.G.R. n.1704 del 2012



ATTIVAZIONE DSA2



Programmazione e prenotazione:

- ✓ Esami ematochimici previsti (secondo D.G.R. N° 1704 del 2012)
- ✓ Ecografie (1° ,2° trimestre)
- ✓ Test combinato
- ✓ Visita ostetrica successiva





FASI DEL PERCORSO

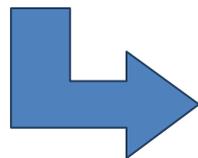
CONTROLLI SUCCESSIVI

ogni 30-40 giorni

- Colloquio- raccordo anamnestico
- Rilevazione peso, PA
- Misurazione Sinfisi-Fondo dalla 24° W
- Rilevazione BCF
- Controllo referti esami ematochimici e indagini ecografiche
- Aggiornamento della cartella della gravidanza
- Prescrizione e prenotazione degli esami ematochimici ed ecografici

(previste nel D.M. 10/09/98 n°245 e nel D.G.R. n.1704 del 2012)

- **RIVALUTAZIONE PERIODICA DEL RISCHIO**



Collaborazione con il medico ginecologo

FASI DEL PERCORSO

ULTIMO CONTROLLO

- Preferibilmente entro la 36° settimana di gestazione
 - Colloquio- raccordo anamnestico
 - Rilevazione peso, PA
 - Misurazione Sinfisi-Fondo
 - Rilevazione BCF
 - Aggiornamento della cartella della gravidanza
 - Prescrizione e prenotazione degli esami ematochimici del termine di gravidanza
- (previste nel D.M. 10/09/98 n°245 e nel D.G.R. n.1704 del 2012)
- Condivisione con il medico ginecologo per la chiusura del DSA2
 - Invio diretto all'ambulatorio GAT dell'Ospedale di riferimento



Il percorso assistenziale di DSA2 si conclude :

- In caso di interruzione spontanea della gravidanza;
- In caso di deviazione dalla fisiologia
- Con l'invio della donna in GAT



Modello Organizzativo

Il percorso di presa in carico della gravidanza richiede una valutazione periodica e programmata da parte del professionista che ha in cura la gestante, sulla base di un protocollo clinico e organizzativo definito (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale).

L'obiettivo è impostare l'assistenza alla gravidanza sulla figura professionale appropriata per il livello di intensità di cura richiesto da quella gravidanza.



Come individuare i modelli assistenziali adeguati?

La Linea Guida nazionale “Gravidanza Fisiologica” afferma che l’assistenza fornita dalle ostetriche nelle gravidanze a basso rischio porta a migliori esiti di salute e maggiore soddisfazione delle utenti.

Per questo raccomanda che alle donne con questo tipo di gravidanza sia offerto il modello assistenziale basato sulla presa in carico da parte dell’ostetrica.

ABO: Assistenza di **B**ase centrata sull’**O**stetrica:





CONVEGNO
Come investire sulla promozione dei primi 1000 giorni di vita
Roma, 20 aprile 2023 - Aula Pocchiari, Istituto Superiore di Sanità

Sono stati presentati i dati relativi al progetto “Rilevazione dei percorsi preventivi e assistenziali offerti alla donna, alla coppia e ai genitori per promuovere i primi 1000 giorni di vita, anche al fine di individuare le buone pratiche, modelli organizzativi e gli interventi adeguati”. In particolare è stata realizzata un’indagine campionaria sulla qualità percepita durante il percorso nascita da parte delle donne che hanno partorito tra maggio e ottobre 2022 in 16 punti nascita di 9 Regioni nel Nord, Centro e Sud e 1 Provincia Autonoma (3642 donne intervistate e 500 professionisti coinvolti)



CONVEGNO

Come investire sulla promozione dei primi 1000 giorni di vita

Roma, 20 aprile 2023 - Aula Pocchiari, Istituto Superiore di Sanità

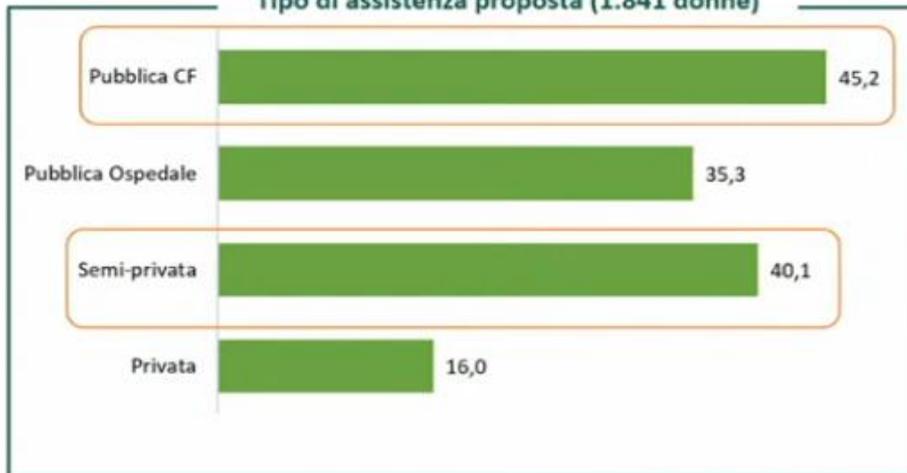
Punteggio medio per tipologia di assistenza ricevuta



Possibilità di scelta su struttura e professionista per l'assistenza in gravidanza

Al **32%** delle donne non è stata offerta alcuna possibilità di scelta

Tipo di assistenza proposta (1.841 donne)



Professionista sanitario che ha seguito principalmente la gravidanza



Riflessioni conclusive

- La **qualità percepita** rilevata dall'indagine è **complessivamente buona** e migliore rispetto alle precedenti indagini ISS, tuttavia al **32%** delle partecipanti non è stata offerta **alcuna possibilità di scegliere** la tipologia di assistenza
- L'assistenza offerta dalle **ostetriche nei consultori familiari** è quella che si associa alle **esperienze più positive** in assoluto
- La **qualità percepita** è **minore nei punti nascita del Sud** in tutte le fasi assistenziali anche se si evidenziano **differenze per punto nascita** all'interno delle stesse aree geografiche
- L'**assistenza al dopo parto**, sia in ospedale che sul territorio, è quella per la quale le donne riferiscono le **esperienze meno positive**
- L'ambito delle informazioni sui **cambiamenti di umore e sulla salute mentale** è quello che presenta **maggiori criticità in tutte le fasi assistenziali**
- L'area della **promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita** compreso il **coinvolgimento del padre** e le informazioni ricevute dal **pediatra di libera scelta** presenta ampi spazi di possibile miglioramento
- Non si rilevano differenze per **cittadinanza** della donna e solo la **condizione economica** dell'intervistata risulta **significativamente associata** a una diversa percezione della qualità dell'assistenza

Profili di assistenza alla gravidanza appropriati per condizione clinica della gestante

- **ABO:** Assistenza di **B**ase centrata sull'**O**stetrica:
- **ABOM:** Assistenza di **B**ase **O**stetrica **M**odificata: gestione clinica per condizioni di rischio di complicazione molto contenuto, o di cui si prevede la risoluzione, sono stati concordati protocolli d'equipe, che specificano i contenuti, che integrano l'assistenza di base, e l'intervento del Ginecologo.
- **AGI:** Assistenza **G**inecologica Integrativa la conduzione clinica è affidata al Ginecologo, l'**O**stetrica contruibuirà agli obiettivi assistenziali, per es. incontrando la gestante al 2° trimestre per informazioni sull'allattamento e corso nascita, e al 3° trimestre con obiettivo di supporto per la scelta del luogo del parto, della parto analgesia, e come affrontare l'arrivo del bambino
- **AGIM** Assistenza **G**inecologica **M**odificata: la conduzione clinica è affidata al Ginecologo in presenza di situazioni di rischio complesse: gravidanza in donne con dipendenze patologiche, donne in condizione di rifugiata, in minorenni, in caso di violenza subita.

Da valutare il rischio (modello tecnologico/medico)
A individuare il bisogno di cure (modello assistenziale adeguato) attraverso i 4 profili.

**Da Rischio a Bisogno di cure:
Competenze professionali e profili di assistenza**

Mantenere il raccordo
multiservizi

Condurre il percorso
diagnostico e fornire
terapie appropriate

Individuare lo
scostamento dalla
fisiologia

Proteggere la normalità

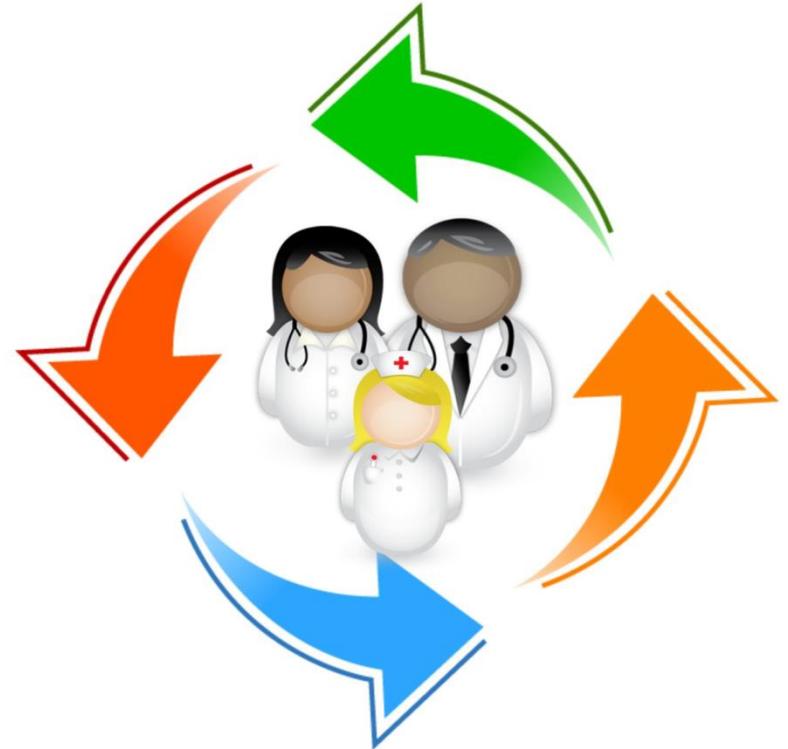


**INDIVIDUAZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI
E CRITERI DI ELEGIBILITA'**



PROFILO DELL'ASSISTENZA

- *Proteggere la normalità*
- *Individuare lo scostamento dalla fisiologia*
- *Condurre il percorso diagnostico e fornire le terapie appropriate*
- *Mantenere la rete con i servizi*







CAMBIARE SGUARDO

~~Rischio Assente = Fisiologia = Conduzione Ostetrica~~

~~Rischio Presente = Patologia = Conduzione Medica~~

Si perpetua uno schema rigido e oppositivo tra modello tecnologico e modello ritenuto più olistico

Rischiamo di trascurare la persona-gestante e il suo “bisogno” di cure.

Da **Valutare il rischio** A **Individuare il bisogno di cura**
(profilo di assistenza): non chi, ma cosa e come

Attribuire una condizione ad un profilo di assistenza: Criteri di Eligibilità

Tab 2 CONDIZIONI PRESENTI NELLA GRAVIDANZA ATTUALE		
In assenza delle condizioni elencate nella tabella sarà assegnato il profilo ABO	PROFILO ASSISTENZA I profili AGI o AGIM comportano chiusura del DSA2	
Malformazioni uterine non corrette	AGI	
Età < 16 anni	AGIM	
Età fra 16 e 20		ABOM
Età > 40 anni	AGI secondo condizioni associate	ABOM
Donne affette da epilessia o in terapia anticonvulsivante	AGI	
Esposizione a raggi e farmaci nell'attuale gravidanza		ABOM
Perdite ematiche genitali	AGI (se non risolta o legata ad altra condizione di rischio)	ABOM (in corso di accertamenti, o dopo risoluzione)
Gravidanza Multipla	AGI	
BMI <18	AGI o AGIM	ABOM per magrezza costituzionale
BMI >35	AGI	

Report dati



La Nascita in Emilia Romagna

**19° Rapporto sui dati del
Certificato di Assistenza al Parto
(CedAP) – Anno 2021**



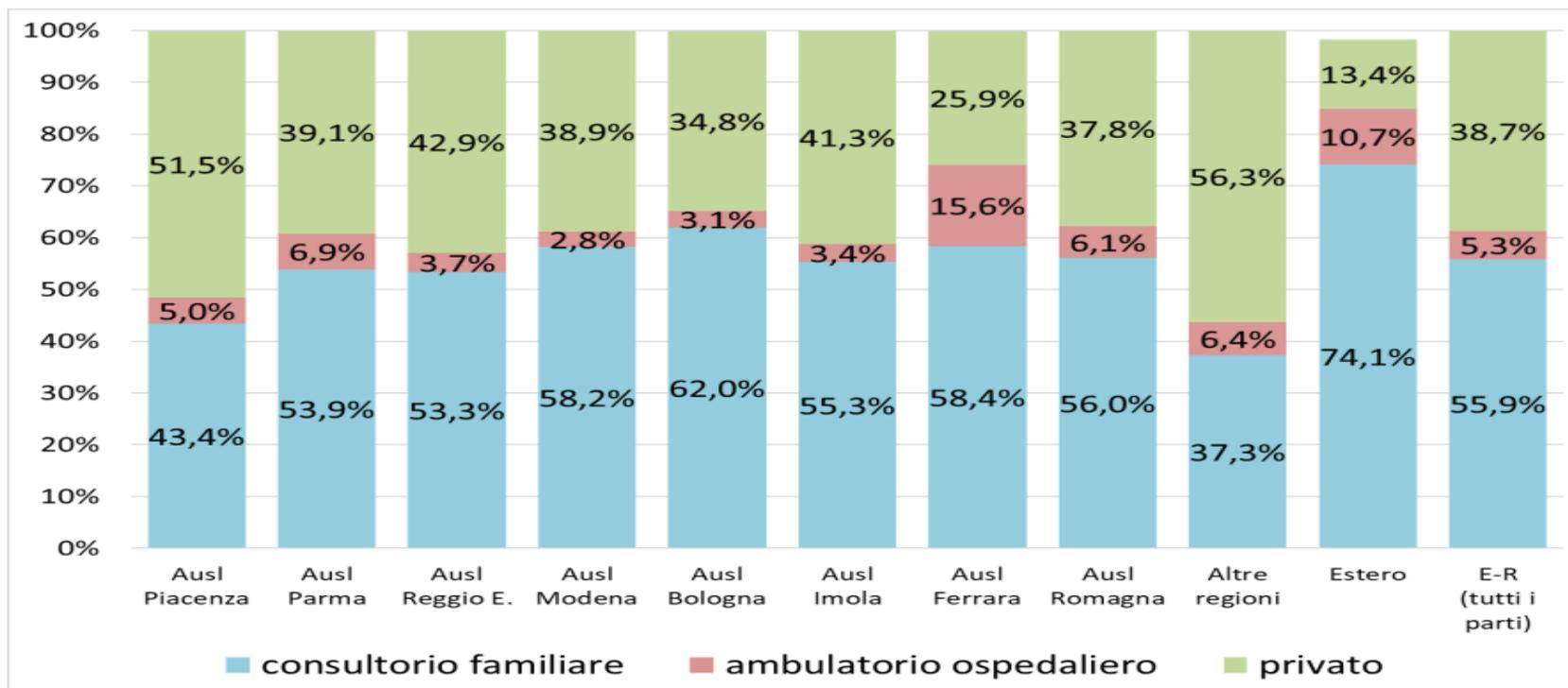
La nascita in Emilia Romagna 2021 (CedAP)

Nel 2021 le nascite sono state 30.350 (29.912 parti) di poco superiori a quelle registrate nell'anno precedente (+0.1%), ma in diminuzione del 25.0% dal 2011.

In base al **servizio prevalentemente utilizzato in gravidanza**, nel 2021:

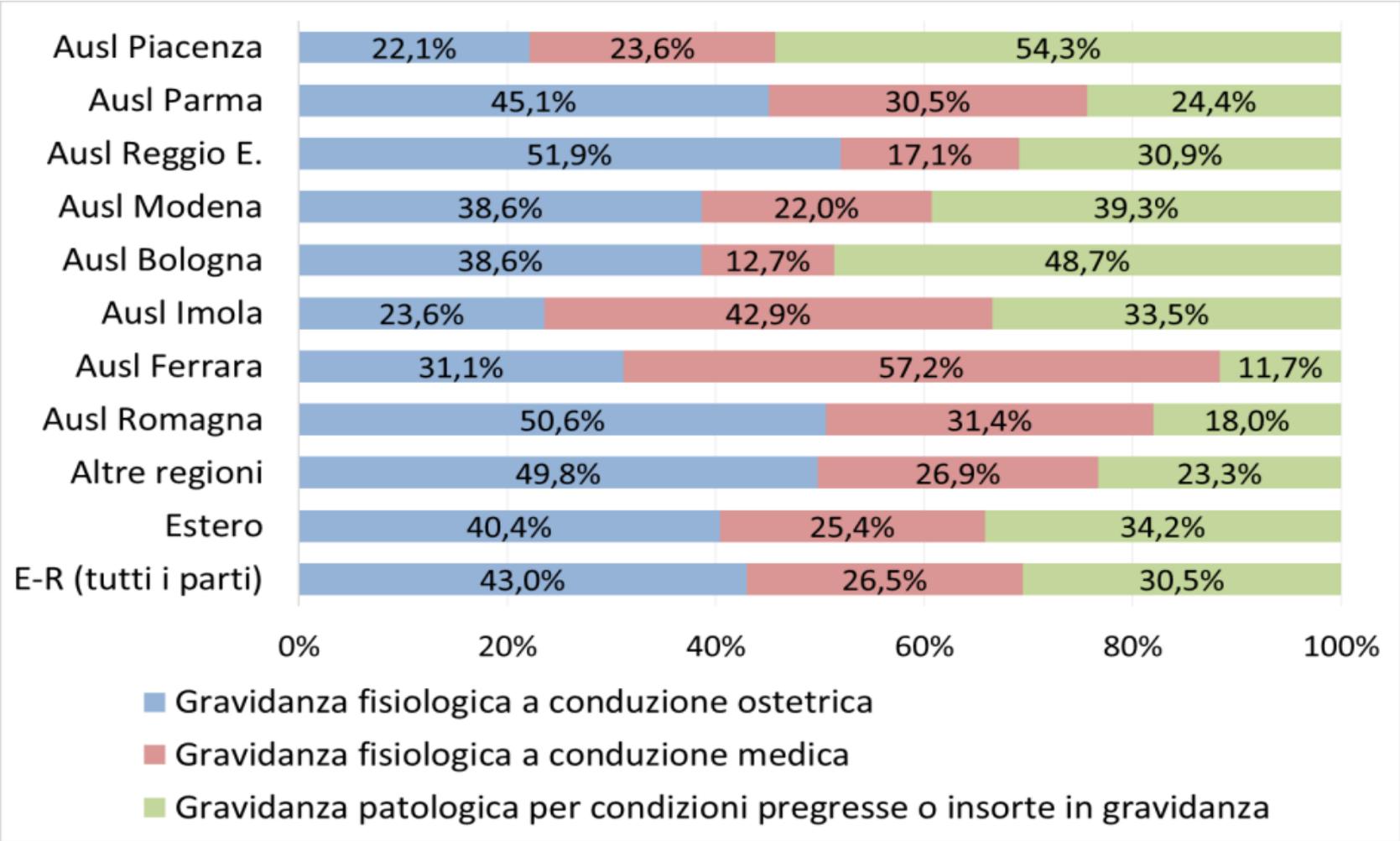
- 55,9% delle donne è stata seguita presso un consultorio familiare pubblico
- 37,2% delle donne si è rivolta a un libero professionista privato (medico ginecologo/a o ostetrica)
- 5,3% delle donne è stata seguita presso un ambulatorio ospedaliero pubblico
- 1,5% delle donne ha utilizzato un consultorio privato
- 31 donne non risultano aver utilizzato alcun servizio (0,1%).

Frequenza di parti per servizio utilizzato e residenza, E-R 2021



Le donne con gravidanza fisiologica assistite dall'ostetrica sono 29.4%, la quota aumenta tra coloro che vengono seguite in consultorio pubblico (43.0%); le donne con gravidanza patologica sono 29.8%, quasi il doppio rispetto al 2016 - primo anno di rilevazione dell'informazione.

Frequenza di donne seguite in consultorio per tipo di decorso della gravidanza e residenza, E-R 2021



AUSL FERRARA: STATO DELL'ARTE



2017	PORTOMAGGIORE	ARGENTA	CODIGORO	COMACCHIO	COPPARO	FERRARA	CENTO	BONDENO	TOTALE
NUMERO GRAVIDE ASSISTITE DAI CONSULTORI FAMILIARI	59	68	75	55	77	929	250	29	1542
DI CUI DSA APERTI	1 (1,6%)	0	0	22 (40%)	0	67 (7,2)	26 (10,4)	0	116(7,5%)

2018	PORTOMAGGIORE	ARGENTA	CODIGORO	COMACCHIO	COPPARO	FERRARA	CENTO	BONDENO	TOTALE
NUMERO GRAVIDE ASSISTITE DAI CONSULTORI FAMILIARI	80	98	57	66	67	754	282	42	1446
DI CUI DSA APERTI	10 (12,5%)	20 (2%)	18 (31%)	28 (42%)	1(1,5)	23 (3%)	71(25%)	0	171 (11,8%)

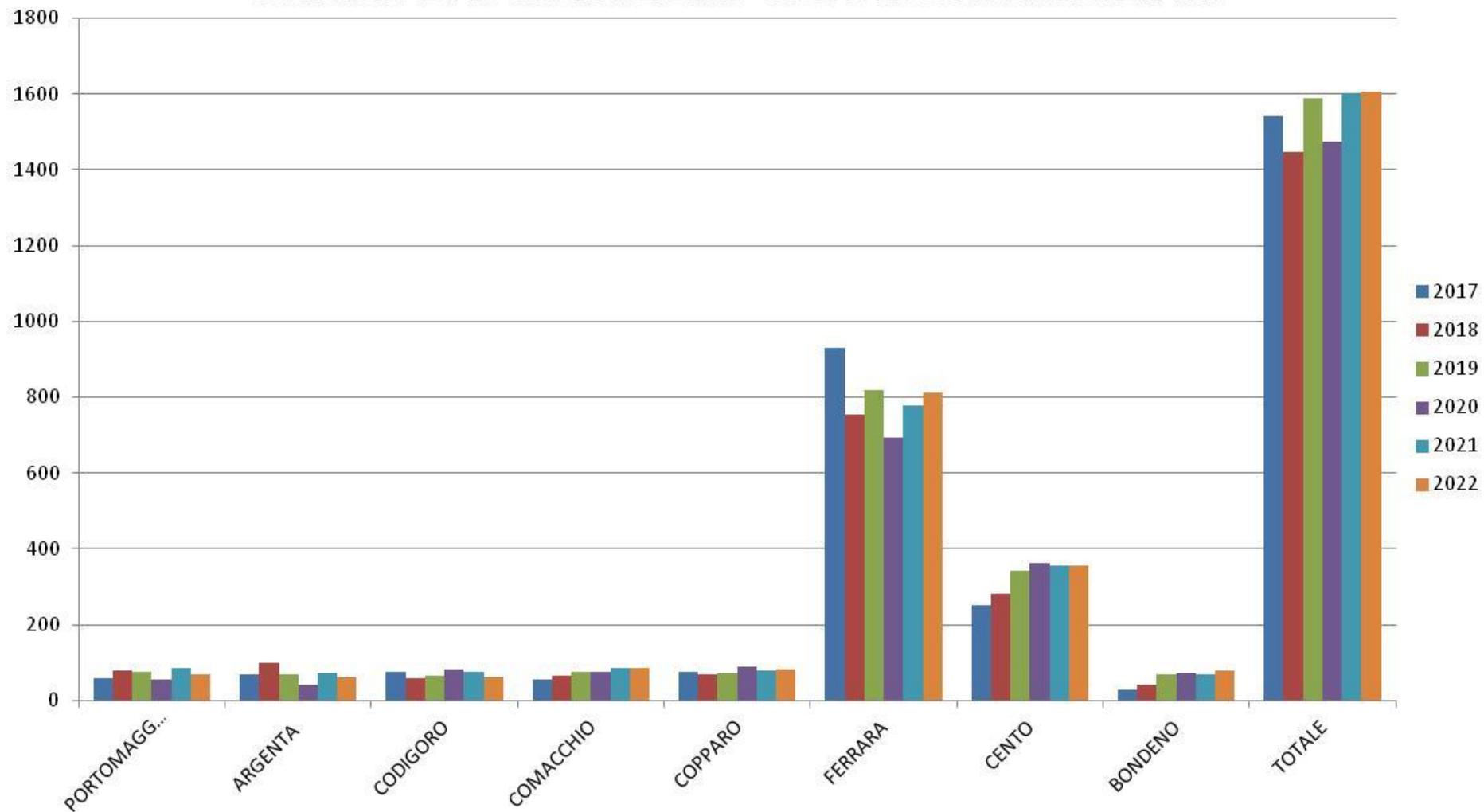
2019	PORTOMAGGIORE	ARGENTA	CODIGORO	COMACCHIO	COPPARO	FERRARA	CENTO	BONDENO	TOTALE
NUMERO GRAVIDE ASSISTITE DAI CONSULTORI FAMILIARI	77	70	66	74	73	819	341	69	1589
DI CUI DSA APERTI	12(15,5%)	23(32,8)	23(34%)	24(32%)	3(4,1%)	52(6,3%)	68(19,9%)	0	205(12,9%)

2020	PORTOMAGGIORE	ARGENTA	CODIGORO	COMACCHIO	COPPARO	FERRARA	CENTO	BONDENO	TOTALE
NUMERO GRAVIDE ASSISTITE DAI CONSULTORI FAMILIARI	56	43	81	76	88	694	364	72	1474
DI CUI DSA APERTI	10 (17,8%)	6(13,9%)	20(24,6%)	27(35,5%)	10(11,3)	38(5,4%)	24(6,5%)	0	135(9,1%)

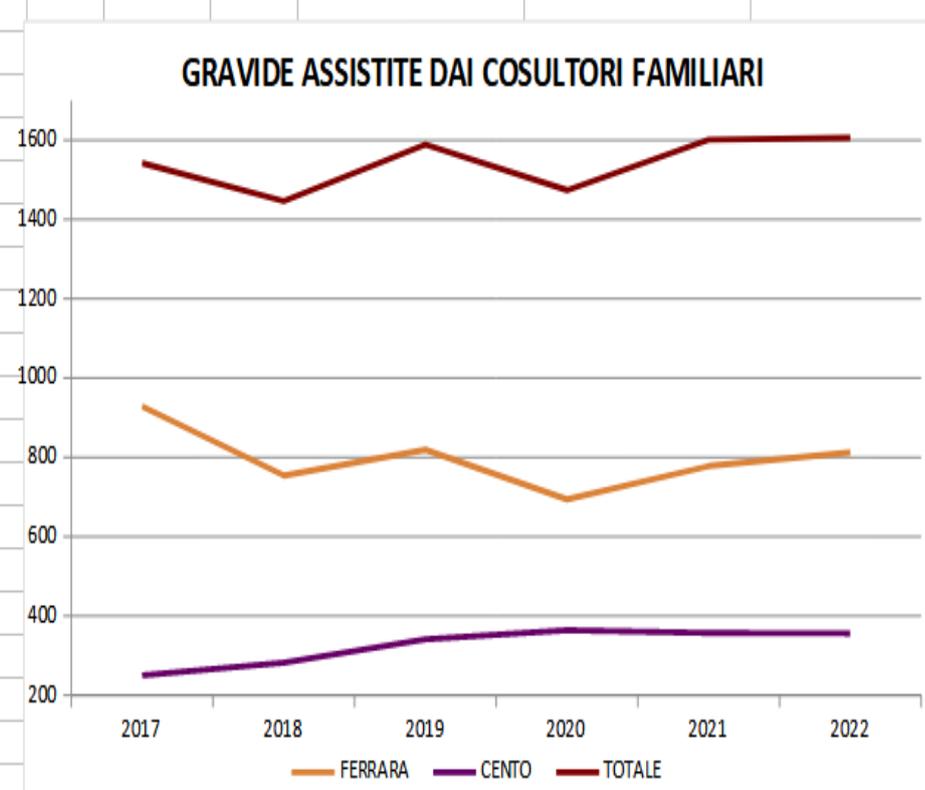
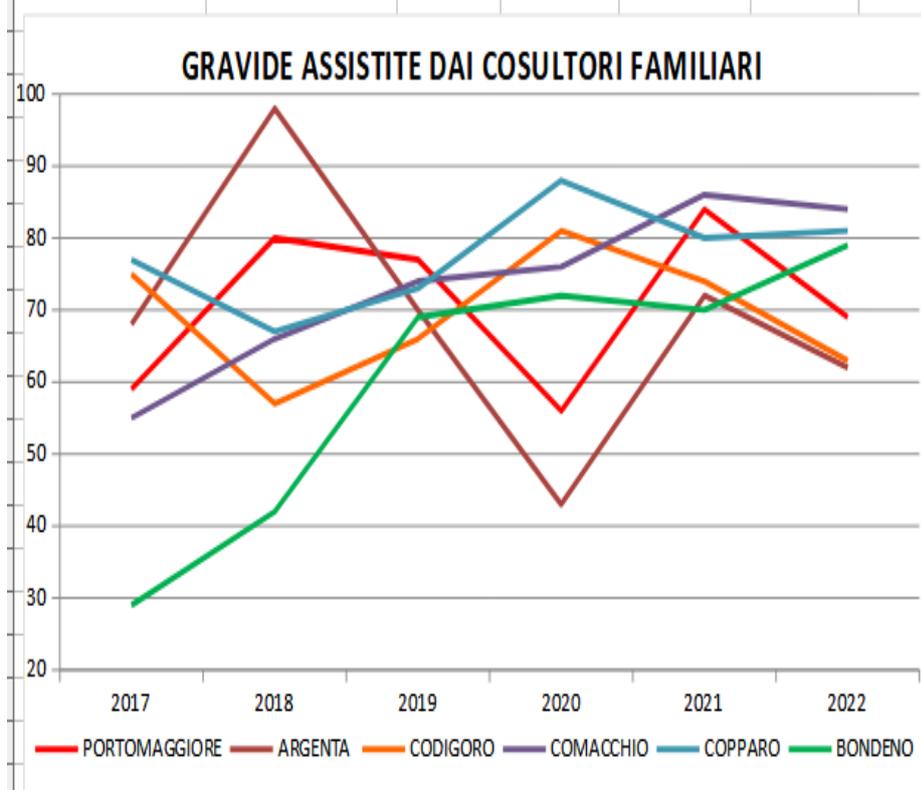
2021	PORTOMAGGIORE	ARGENTA	CODIGORO	COMACCHIO	COPPARO	FERRARA	CENTO	BONDENO	TOTALE
NUMERO GRAVIDE ASSISTITE DAI CONSULTORI FAMILIARI	84	72	74	86	80	778	357	70	1601
DI CUI DSA APERTI	18 (21%)	12(16,6%)	14(18,9)	28(32,5%)	14(17,5%)	56(7,2%)	20(5,6%)	0	162(10,1%)

2022	PORTOMAGGI ORE	ARGENTA	CODIGORO	COMACCHIO	COPPARO	FERRARA	CENTO	BONDENO	TOTALE
NUMERO GRAVIDE ASSISTITE DAI CONSULTORI FAMILIARI	69	62	63	84	81	812	356	79	1606
DI CUI DSA APERTI	12 (17,3%)	11 (17,7%)	14 (22,2%)	19 (22,6%)	7 (8,6%)	73 (8,9%)	30 (8,4%)	10 (12,6%)	176 (10,9%)

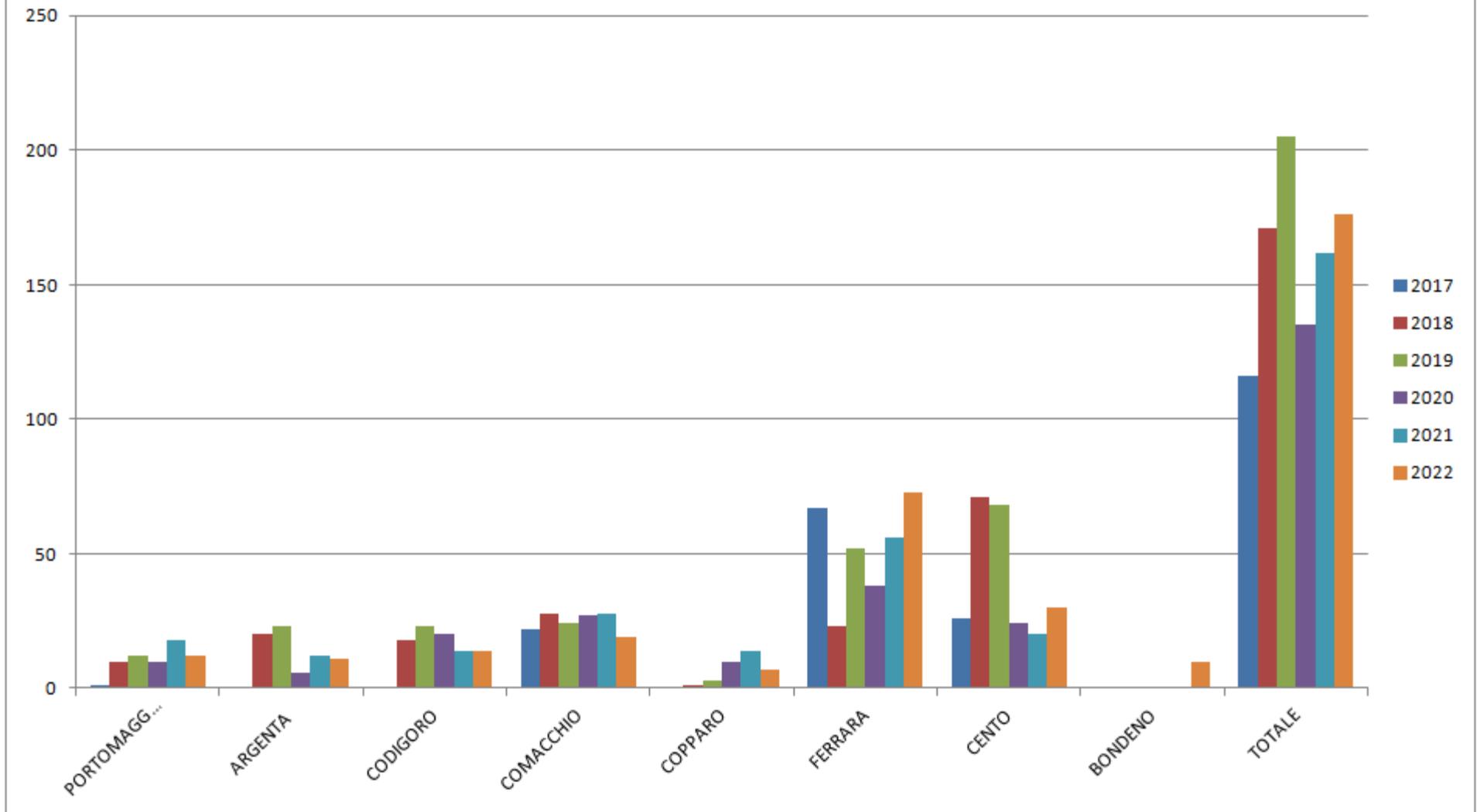
GRAVIDE ASSISTITE DAI COSULTORI FAMILIARI



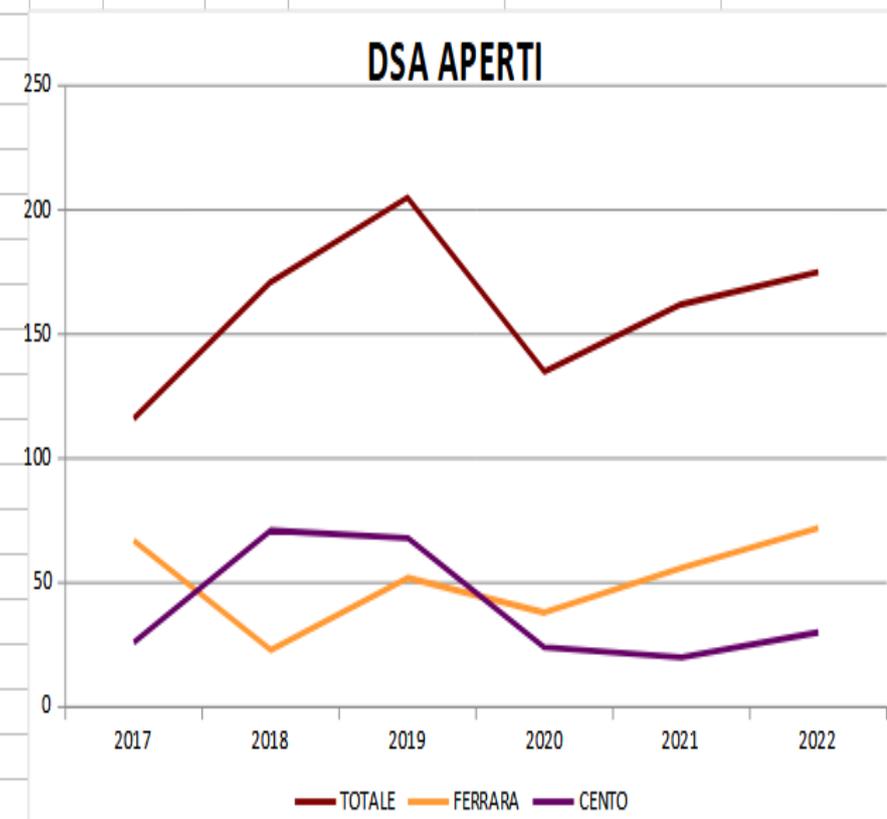
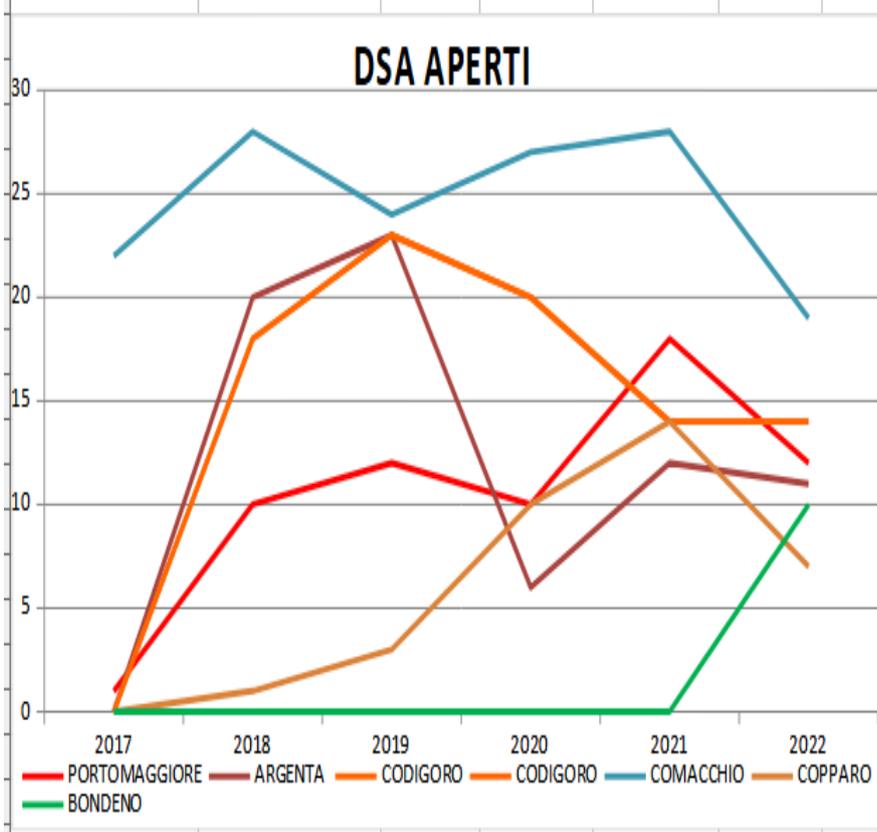
NUMERO GRAVIDE ASSISTITE DAI CONSULTORI FAMILIARI	PORTOMAGGIORE	ARGENTA	CODIGORO	COMACCHIO	COPPARO	FERRARA	CENTO	BONDENO	TOTALE
2017	59	68	75	55	77	929	250	29	1542
2018	80	98	57	66	67	754	282	42	1446
2019	77	70	66	74	73	819	341	69	1589
2020	56	43	81	76	88	694	364	72	1474
2021	84	72	74	86	80	778	357	70	1601
2022	69	62	63	84	81	812	356	79	1606



DSA APERTI



DI CUI DSA APERTI	PORTOMAGGIORE	ARGENTA	CODIGORO	COMACCHIO	COPPARO	FERRARA	CENTO	BONDENO	TOTALE
2017	1	0	0	22	0	67	26	0	116
2018	10	20	18	28	1	23	71	0	171
2019	12	23	23	24	3	52	68	0	205
2020	10	6	20	27	10	38	24	0	135
2021	18	12	14	28	14	56	20	0	162
2022	12	11	14	19	7	72	30	10	175





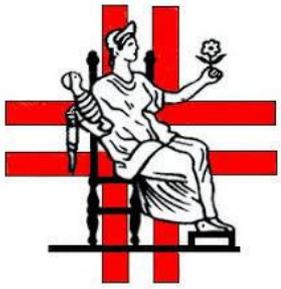
"Ma qual è la pietra che sostiene il ponte?" Chiede Kublai Kan a Marco Polo che gli ha descritto un ponte pietra per pietra.

"Il ponte non è sostenuto da questa o da quella pietra", risponde Marco, *"ma dalla linea dell'arco che esse formano".*

Kublai Kan rimane silenzioso, riflette e poi aggiunge: *"Perché mi parli di pietre? È solo dell'arco che m'importa".*

E Marco Polo risponde: *"Senza pietre non c'è arco".*

[*Le città invisibili* di Italo Calvino]



5 MAGGIO



**GIORNATA
INTERNAZIONALE
DELL'OSTETRICA**

*Journée internationale
de la sage-femme*



Le mani dell'Ostetrica

*“Mani che raccolgono,
mani che palpano,
mani che leniscono,
mani che contengono,
mani che esplorano,
mani che massaggiano,
mani che invadono,
mani che spremono,
mani che leggono,
mani che capiscono,
mani con gli occhi,
mani che raccontano,
mani che si contorcono,
mani che si aprono,
mani che benedicono,
mani che consolano,
mani che asciugano le lacrime,
mani che avvolgono,
mani che accarezzano,
mani che gioiscono,
mani lievi,
mani dure,
mani che profumano del primo profumo della vita.”*

Verena Schmid



Socrate, il primo coach della storia,
creò l'arte della maieutica che
consiste nel far "partorire" all'allievo la
verità che già possiede dentro di sé



**Día Internacional de la
Partera o Matrona**

04 de mayo



EL IMSS CUENTA CON 6 MIL 704 PARTERAS
VOLUNTARIAS BUENAS DE IMSS-BIENESTAR.

• Son parte de las estrategias en salud
del Instituto.

• Reciben orientación para fomentar el
parto institucional en los embarazos
de alto riesgo.



Stefano Braccini
LA LEVATRICE

Romanzo



Centro Salute Donna
AUSL FERRARA