

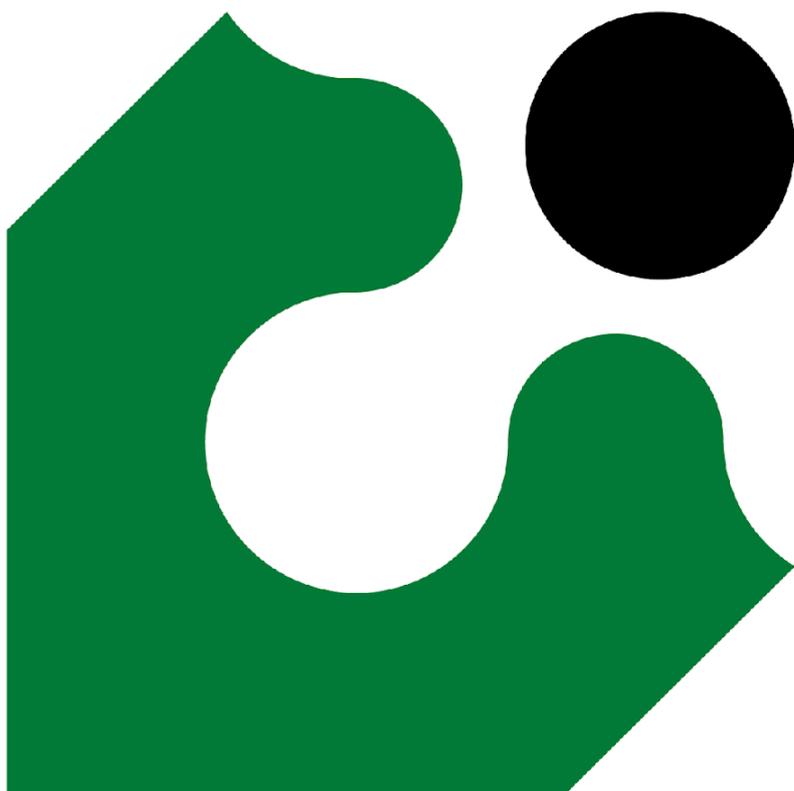
**Percorso dedicato a donne gravide e puerpere
nell'emergenza e urgenza extraospedaliera in
Lombardia**

Ruolo dell'ostetrica dalla risposta telefonica alla definizione del
setting di cura in un progetto task shifting – skill mix

Stefano Manodoro
Morena Terracciano

**Corso di formazione manageriale per
Dirigenti di Struttura Complessa**

anno 2023/2024



Corso di formazione manageriale per Dirigente di struttura complessa

Codice edizione: UNIMI DSC 2301/CE-DE

Ente erogatore: Università degli Studi di Milano

GLI AUTORI

Stefano Manodoro,

Dirigente Medico, ASST Santi Paolo e Carlo, Ospedale San Paolo, Milano,
stefano.manodoro@gmail.com

Morena Terracciano,

Ostetrica responsabile di Area Ostetrico Ginecologica, Policlinico di Milano, Ospedale Maggiore,
Fondazione IRCCS Ca' Granda, morena.terracciano@policlinico.mi.it

Il docente di progetto

Federico Lega,

Professore Ordinario, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di
Milano

Il Responsabile didattico scientifico

Federico Lega,

Professore Ordinario, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di
Milano

Pubblicazione non in vendita.

Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento

può essere pubblicata senza citarne la fonte.

Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia

Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano

www.polis.lombardia.it

INDICE

INDICE	3
INTRODUZIONE	4
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO	8
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO	10
METODOLOGIA ADOTTATA	11
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE	12
ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE	16
RISULTATI ATTESI	18
CONCLUSIONI	19
CONTRIBUTO PERSONALE	20
RIFERIMENTI NORMATIVI	21
BIBLIOGRAFIA	22
SITOGRAFIA	23

INTRODUZIONE

Sebbene sia da considerarsi nel 70-80% dei casi un evento fisiologico della vita femminile, nel corso delle 40 settimane di gravidanza e nelle 6 settimane che costituiscono il periodo di puerperio, gli accessi in pronto soccorso sono frequenti e costituiscono situazioni che richiedono particolare attenzione e cure specifiche.

Dati di letteratura riportano che circa 1 donna su 3 si rechi in pronto soccorso durante la gravidanza e un più alto numero di accessi si verifica in coloro che vivono in zone periferiche e suburbane, nelle gravide più giovani o in chi ha una concomitante patologia di base o una patologia della gravidanza.

Le cause che spingono a recarsi in pronto soccorso sono molteplici e spesso legate a complicanze della gestazione o del parto. Tra le situazioni più comuni vi sono le perdite ematiche vaginali, le contrazioni uterine prematuri, il riscontro di rialzo della pressione arteriosa, le complicanze legate a diabete gestazionale non controllato, le perdite di liquido amniotico, le complicanze legate alla placenta, le infezioni vaginali o urinarie.

Spesso la tempestività dell'intervento medico e delle eventuali cure sono fondamentali per il sano proseguimento della gravidanza o del puerperio. Talvolta la necessità di terminare anticipatamente la gravidanza con l'espletamento del parto, anche immediato con taglio cesareo, è l'unica risorsa per garantire la sopravvivenza fetale e la salute materna. Tuttavia in altre occasioni l'accesso in pronto soccorso è inadeguato e la problematica che porta la donna a rivolgersi al servizio di emergenza è differibile e dovrebbe essere gestita più adeguatamente in un contesto elettivo e ambulatoriale. In questo caso l'accesso erroneo al pronto soccorso è dettato da uno stato di ansia della paziente che richiede rassicurazione, dalla mancata consapevolezza della gravità o meno della problematica emergente, dalla difficoltà di accedere all'ambulatorio ostetrico di riferimento al di fuori degli appuntamenti concordati o dalla mancanza di una figura di riferimento, facilmente contattabile, che possa indicare la sede e la modalità più corretta per gestire il problema presentato dalla donna.

Questo comportamento ha conseguenze rilevanti sia sul sistema sanitario, sia più direttamente sulla donna.

Nel primo caso si determina un sovraffollamento del pronto soccorso con una serie di conseguenze negative:

- ritardi nel trattamento: lunghe attese per ricevere cure mediche causando ritardi nel trattamento dei pazienti e peggioramento delle loro condizioni di salute;
- aumento dei rischi per la sicurezza: un elevato afflusso di pazienti rende il personale sanitario sopraffatto e in difficoltà nel riuscire a gestire adeguatamente le emergenze, aumentando i rischi per la sicurezza dei pazienti;
- aggravamento delle condizioni dei pazienti a causa dei ritardi nel trattamento e della mancanza di risorse;
- stress per il personale sanitario: l'aumento della pressione sul personale sanitario lo induce a lavorare in condizioni difficili e ad affrontare un numero troppo elevato di pazienti;
- aumento dei costi per il sistema sanitario: il sovraffollamento del pronto soccorso può aumentare i costi per il sistema sanitario, soprattutto se i pazienti non ricevono cure tempestive e devono essere ricoverati in ospedale per periodi più lunghi;

- riduzione della qualità delle cure: con un afflusso elevato, potrebbe essere difficile garantire la stessa qualità delle cure a tutti i pazienti, con un rischio di errori medici e di un trattamento inadeguato.

In secondo luogo l'inappropriato ricorso al pronto soccorso comporta un'eccessiva medicalizzazione della gravidanza che, come espresso precedentemente, dovrebbe costituire un evento fisiologico della vita della donna.

In accordo con le più recenti indagini campionarie sulla qualità dell'assistenza al percorso nascita nel nostro paese le indagini ISTAT mostrano come la quasi totalità delle donne intervistate (99,6%) abbia ricevuto assistenza sanitaria in gravidanza. Le problematiche che emergono, riguardano invece l'eccessivo ricorso all'assistenza privata e la sovrautilizzazione delle prestazioni diagnostiche, senza differenze sostanziali tra le gravidanze fisiologiche e quelle complicate da patologia.

Il servizio Numero d'emergenza Unico Europeo (o NUE 112) rappresenta un modello per la gestione delle chiamate di emergenza realizzato in attuazione della normativa dell'Unione Europea. Tutte le telefonate di emergenza confluiscono alla rispettiva Centrale Unica di Risposta (CUR), qualsiasi numero di soccorso il chiamante abbia composto, compreso lo stesso 112. Gli operatori della CUR NUE 112 smistano le telefonate, dopo aver localizzato il chiamante e individuata l'esigenza, all'ente competente per la gestione dell'evento di emergenza: Arma dei Carabinieri, Polizia di Stato, Vigili del Fuoco, Emergenza Sanitaria.

Le CUR NUE 112 di Regione Lombardia sono 3: a Milano (per Milano e provincia), a Brescia (per le province di Brescia, Pavia, Cremona, Mantova, Sondrio e Lodi) e a Varese (per le province di Varese, Lecco, Como, Bergamo e Monza e Brianza).

AREU garantisce l'operatività del Servizio NUE 112 sul territorio lombardo ai sensi dell'art. 16 della Legge Regionale n. 33/2009.

Componendo qualsiasi numero di emergenza (112, 113, 115, 118), il cittadino entra in contatto con l'operatore della Centrale Unica di Risposta (CUR) NUE 112, che prende in carico la chiamata, eventualmente attivando il servizio di interpretariato linguistico in tempo reale, ed inizia la compilazione della scheda contatto. L'azione di filtro del 112, che riguarda circa il 50% delle chiamate in ingresso, consente di trasferire agli Enti competenti per funzione e territorio (Forze dell'Ordine, Vigili del Fuoco o Soccorso Sanitario) la scheda contatto e la fonia delle telefonate appropriate (richieste di soccorso). Gli operatori del Servizio NUE 112 appartengono all'Area del personale di supporto e all'Area degli operatori ai sensi del CCNL Comparto Sanità vigente. Al fine di garantire gli elevati standard qualitativi del servizio, gli operatori tecnici, prima di essere inseriti nelle CUR NUE 112, affrontano un percorso formativo espressamente dedicato, ma che prevede limitate nozioni di ostetricia. Per questo motivo la quasi totalità delle donne in gravidanza o puerperio che chiama il NUE 112, viene gestita mediante l'invio di un mezzo al domicilio e il trasporto della paziente presso l'UO di Ostetricia e Ginecologia più vicina, indipendentemente dal tipo di problema clinico.

In Regione Lombardia, come in molte altre regioni italiane, esiste un sistema di assistenza dedicato alle donne in gravidanza, che ha come obiettivo quello di monitorare lo stato di salute della futura madre e del nascituro, prevenire eventuali complicanze e garantire un corretto sviluppo della gravidanza.

L'assistenza alla gravidanza in Regione Lombardia viene erogata attraverso il Servizio Sanitario Regionale, che mette a disposizione delle donne in gravidanza una serie di servizi e prestazioni gratuite riconosciute dai LEA.

Uno degli aspetti fondamentali dell'assistenza alla gravidanza è la prevenzione e il monitoraggio delle eventuali patologie che possono insorgere durante il periodo della gestazione. Per questo motivo, vengono effettuati regolari controlli medici che permettono di monitorare lo stato di salute della mamma e del bambino, e di individuare eventuali complicanze in modo tempestivo.

Le strutture del Sistema Sanitario Regionale che prestano assistenza alla gravidanza e al puerperio sono articolate in:

- strutture all'interno degli ospedali delle ASST;
- strutture consultoriali extra ospedaliere sul territorio, afferenti alle ASST;
- strutture private accreditate;
- strutture completamente private.

Fatta eccezione per i percorsi differenziati della gravidanza fisiologica a basso rischio e della gravidanza ad alto rischio, che sono coordinati e regolamentati delle singole strutture che li erogano, prevenendo anche un percorso fisiologico in cui l'obiettivo di ridurre la medicalizzazione si concretizza con percorsi di assistenza gestiti ed erogati da personale ostetrico non medico, non esiste in Regione Lombardia un modello universale di assistenza alla gravidanza che stratifichi la complessità delle prestazioni ed eroghi in contesti e strutture diverse prestazioni ad alto o basso rischio.

Un modello simile è presente invece in Regione Emilia Romagna dove, nel documento di definizione del Percorso Nascita, tra gli indicatori di valutazione del gruppo di lavoro "Linee di indirizzo per l'assistenza ostetrica alla gravidanza, al parto e al puerperio" compaiono:

- la percentuale di donne selezionate per il piano assistenziale a basso rischio seguite dal Consultorio Familiare;
- la percentuale di donne selezionate per il piano assistenziale a basso rischio seguite dall'ostetrica all'interno del Consultorio Familiare;
- la percentuale di puerpere che vengono seguite dall'ostetrica nei primi 30gg sul totale delle puerpere dimesse.

A maggio 2022 il Ministero della Salute ha approvato con il Decreto n. 77/2022 il "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".

Si tratta di un atto fondamentale e innovativo. Per la prima volta infatti vengono forniti degli standard per l'assistenza territoriale che costituiscono sia degli indispensabili punti di riferimento sia un argine alla prolungata fase di depauperamento dell'assistenza territoriale degli ultimi anni. Vengono inoltre introdotti dei modelli organizzativi ed assistenziali nuovi come le Case della Comunità in cui il concetto di territorio viene sviluppato come perno centrale dell'assistenza al cittadino. Attorno all'attuazione si auspica lo sviluppo, la riorganizzazione e il rilancio dell'assistenza territoriale.

Alla luce dello stato normativo attuale pertanto l'assistenza ostetrica territoriale, già presente in Italia dal 1978 con l'istituzione dei Consultori Familiari, viene implementata e riorganizzata. Le linee di indirizzo dettate dal DM77/2022 suggeriscono però una concreta differenziazione delle prestazioni offerte in ambito territoriale rispetto a quelle offerte in ambito ospedaliero, quasi ad essere mutuamente esclusive, con il fine ultimo di rendere il sistema sanitario regione e quindi anche l'assistenza alla gravidanza e puerperio, più efficiente e sostenibile dal lato istituzionale e più

Percorso dedicato a donne gravide e puerpere nell'emergenza e urgenza extraospedaliera in Lombardia

appropriata dal versante della donna, con il conseguente vantaggio di ridurre la medicalizzazione inutile della gravidanza.

OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

Il progetto task shifting – skill mix si compone di obiettivi specifici per la popolazione a cui si rivolge e obiettivi strategici per l'efficiamento del sistema sanitario regionale nella gestione del percorso nascita e della gestione dell'emergenza-urgenza attinente al percorso nascita.

OBIETTIVI SPECIFICI

Applicare l'integrazione tra ospedale e territorio per le prestazioni rivolte a donne nel percorso nascita, dalla gravidanza al puerperio

Riorganizzare l'assistenza alla donna gravida alla luce degli indirizzi di integrazione tra ospedale e territorio dettati dal DM77/2022.

L'offerta assistenziale viene stratificata in percorsi a basso, medio e alto rischio: il primo è erogato nei Consultori Familiari afferenti alle Case di Comunità e prevede la possibilità che l'assistenza venga offerta in autonomia da parte del personale ostetrico; gli altri sono a gestione dello specialista medico ginecologo in collaborazione con l'ostetrica e viene erogato all'interno degli ospedali.

Un gruppo di lavoro multidisciplinare costituito da ostetriche e ginecologi definisce per le singole prestazioni necessarie all'assistenza alla donna in gravidanza e puerperio il percorso e il setting di cura adeguato. Corollari fondamentali sono:

- la costruzione di un canale agile attraverso cui la donna possa transitare da un percorso da un setting assistenziale all'altro qualora le condizioni cliniche si modificano;
- la condivisione delle informazioni cliniche della paziente mediante una cartella condivisa consultabile e aggiornabile in tempo reale da entrambi i luoghi dell'assistenza; la stessa cartella clinica deve essere consultabile anche dal Nucleo Ostetrico del CUR NUE 112 (vedi punto successivo).

Migliorare l'appropriatezza del Servizio di Emergenza e Urgenza in gravide e puerpere

All'interno delle CUR NUE 112 di Regione Lombardia sarà costituito un nucleo di operatori costituito da laureati in ostetricia con formazione specifica nella gestione delle emergenze e urgenze ostetriche. Tutte le chiamate provenienti da pazienti in stato di gravidanza o puerperio saranno dirottate verso questo Nucleo Ostetrico che si prende carico della gestione della problematica espressa dalla donna secondo le linee di indirizzo dettate dal punto precedente. Alla donna viene eseguito un triage telefonico al fine di definirne il percorso mediante l'invio di un mezzo di soccorso per il trasporto in pronto soccorso o in forma differita mediante l'invito a recarsi nelle strutture territoriali oppure mediante l'invio differito di una ostetrica al domicilio in base al livello di criticità della problematica espressa.

OBIETTIVI STRATEGICI

Valorizzare l'offerta territoriale delle prestazioni di assistenza alla gravidanza e al puerperio

Il Consultorio territoriale costruisce il setting di cura esclusivo del percorso nascita a basso rischio e questo può essere erogato mediante prestazioni assistenziali gestiti in autonomia dal personale ostetrico o mediante il supporto del ginecologo secondo i criteri definiti dalla DGR 268 del 2018.

L'ospedale costituisce il setting di cura esclusivo del percorso nascita ad alto rischio erogato mediante un'assistenza specialistica ginecologica con l'impiego di esami strumentali di II livello.

Razionalizzazione del percorso di assistenza

La strategia prevede di integrare le risorse a disposizione mediante la razionalizzazione e la suddivisione dei percorsi clinico-assistenziali già in essere. Ciò si ottiene attraverso una riorganizzazione degli ambulatori e delle figure coinvolte afferenti alla stessa ASST.

Risorsa extra è costituita dal personale ostetrico dedicato al Nucleo Ostetrico all'interno delle CUR NUE 112.

Razionalizzazione delle risorse nel servizio di emergenze e urgenza

Riduzione degli accessi in pronto soccorso e dell'impiego di mezzi di soccorso impropri per problematiche ostetriche non urgenti e differibili in contesto elettivo.

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

DESTINATARI DEL PROGETTO

Operatori sanitari

- Equipe di ginecologi ospedalieri;
- Equipe di ginecologi del consultorio familiare;
- Equipe di ostetriche ospedaliere;
- Equipe di ostetriche del consultorio familiare;
- Equipe di ostetriche del Nucleo Ostetrico del CUR NUE 112;
- Equipe di soccorso del CUR NUE 112;
- AREU

Pazienti

- Donne gravide e puerpere che afferiscono al percorso nascita di Regione Lombardia;
- Donne in stato di gravidanza e puerperio che si rivolgono al NUE 112 per la risposta a bisogni immediati

BENEFICIARI DEL PROGETTO

Pazienti

Donne gravide e puerpere che si rivolgono al NUE 112 per la risposta a bisogni immediati ottengono:

- una presa in carico da parte di team dedicato con skills in materia;
- personalizzazione della presa in carico;
- ridotta medicalizzazione della gravidanza e puerperio

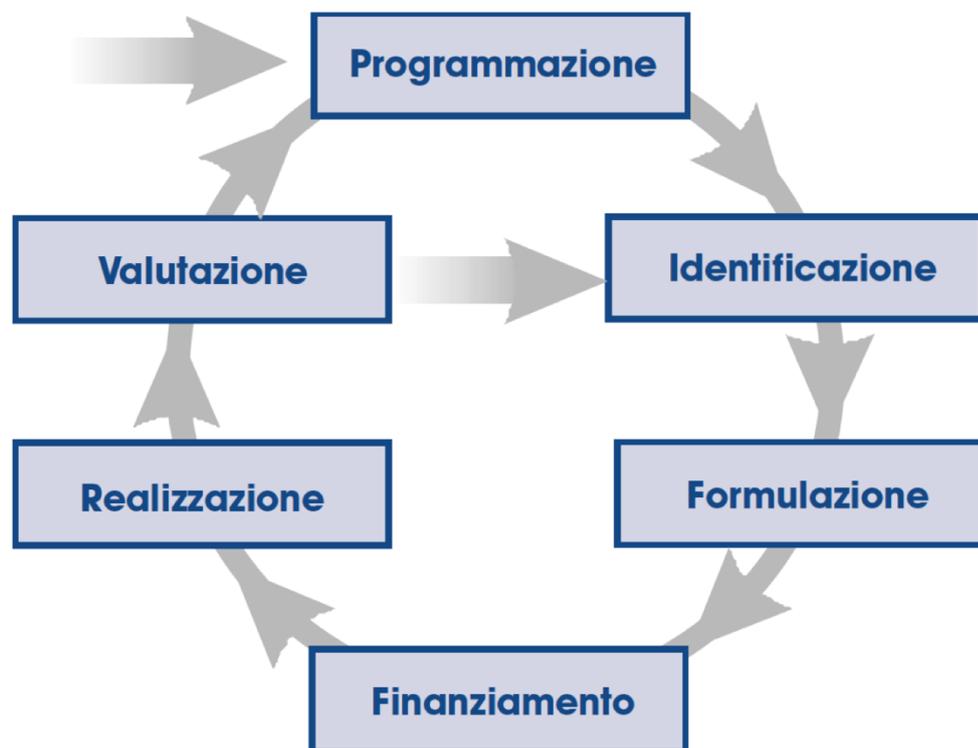
Sistema Sanitario Regionale

Il Sistema Sanitario Regionale e gli operatori sanitari ne beneficiano in termini di:

- efficientamento e organizzazione dell'offerta sanitaria a donne in gravidanza e puerperio;
- riduzione degli accessi in pronto soccorso;
- riduzione dei costi per l'erogazione di prestazioni inutili in regime di urgenza.

METODOLOGIA ADOTTATA

Il progetto è stato ideato e descritto mediante la Gestione del Ciclo di Progetto (GCP) in 6 fasi definite.



Il GCP prevede 3 tratti caratterizzanti:

1. Il ciclo definisce in ogni fase le decisioni chiave, le esigenze informative e le responsabilità specifiche.
2. Le fasi del ciclo sono progressive: ogni fase deve essere completata prima che la successiva possa essere svolta con successo.
3. Il Ciclo del Progetto trae dalla fase di Valutazione gli elementi per costruire, in base all'esperienza passata, l'ideazione di programmi e progetti futuri.

Il GCP si basa sull'analisi dei problemi, da cui poi scaturisce la logica dell'intervento. Si fonda sulla relazione di causa-effetto tra i problemi e gli obiettivi.

In particolare la "programmazione per obiettivi" prevede di stabilire prima gli obiettivi (intesi come benefici duraturi per i beneficiari dell'intervento) e identificare solo dopo le attività da realizzare per il loro raggiungimento.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

Fase 1 - Tempo T0

Istituzione di un gruppo di lavoro su integrazione ospedale-territorio per il percorso nascita in Regione Lombardia

La Direzione di AREU, previa richiesta e ottenimento di approvazione dalla Direzione del Welfare di Regione Lombardia, istituisce un gruppo di lavoro regionale composto dalle seguenti figure:

- due medici specialisti in ostetricia e ginecologia che lavorano in ospedale;
- due medici specialisti in ostetricia e ginecologia che lavorano presso il consultorio familiare;
- due laureati in ostetricia che lavorano in ospedale;
- due laureati in ostetricia che lavorano presso il consultorio familiare;
- un Direttore Sanitario di ASST/IRCCS;
- un Referente di AREU;
- due esperti informatici;
- un dipendente del personale amministrativo di Regione Lombardia;
- un dipendente del personale di segreteria di Regione Lombardia.

Il gruppo di lavoro viene denominato "*Percorsi nascita in Regione Lombardia*". La coordinazione del gruppo di lavoro è affidata a due dei componenti:

- uno dei medici specialisti in ostetricia e ginecologia;
- uno dei laureati in ostetricia.

Obiettivo del gruppo di lavoro è formulare un documento operativo che definisca il percorso nascita in Regione Lombardia declinato in:

- basso e alto rischio ostetrico;
- prestazioni di bassa e alta complessità;
- setting mutuamente esclusivo dell'erogazione delle prestazioni per donne in gravidanza e puerperio;
- definire le modalità di passaggio da un setting assistenziale all'altro;
- percorso per le donne in stato di gravidanza e puerperio che si rivolgono al 112 per la risposta a bisogni immediati;
- definire il programma e la modalità di erogazione della formazione specifica per il Nucleo Ostetrico del CUR NUE 112;
- identificazione il numero di ostetriche necessarie a costituire il Nucleo Ostetrico CUR NUE 112 in previsione della copertura della turnistica e le modalità di reclutamento;
- ideare e progettare la cartella clinica condivisa.
- ideare lo slogan che verrà utilizzato dalle campagne di comunicazione per la diffusione del progetto alla popolazione.

Dopo la sua istituzione, il gruppo di lavoro si incontra in presenza per conoscersi e ottenere da parte del Direttore di AREU e da un rappresentante della Direzione Welfare di Regione Lombardia le informazioni circa la mission e gli obiettivi del lavoro.

Vengono fornite le indicazioni delle macrofasi del percorso (scandite in questo capitolo) e date indicazioni circa le tempistiche massime richieste per completare ogni fase.

Viene abbozzato, discusso e condiviso un cronoprogramma delle attività del gruppo di lavoro.

Il gruppo di lavoro programmerà incontri mensili in presenza o in remoto fino al completamento della fase 3 (Tempo T2).

La responsabilità dell'istituzione del cronoprogramma e del rispetto del medesimo è affidata ai coordinatori del gruppo di lavoro.

Fase 2 - Tempo T1

Istituzione del Nucleo Ostetrico CUR NUE 112 di AREU e attivazione della Cartella Ostetrica Condivisa

Condizioni essenziali per l'inizio della Fase 2:

- aver definito il programma e la modalità di erogazione della formazione specifica per il Nucleo Ostetrico del CUR NUE 112;
- aver superato la fase di test della cartella clinica condivisa e risolto criticità di natura ideologica e tecnica;
- aver identificato il numero di ostetriche necessarie a costituire il Nucleo Ostetrico CUR NUE 112 e definito le modalità di reclutamento.

Viene attivata la procedura di reclutamento delle ostetriche necessarie a costituire il Nucleo Ostetrico CUR NUE 112. I dati relativi alle modalità di assunzione e turnazione vengono mutuati da quelli degli operatori tecnici attualmente già in forza al CUR di AREU. Viene identificata una figura (laureato in Ostetricia) che assumerà il ruolo di coordinatore del Nucleo Ostetrico.

Al personale ostetrico viene fornita la formazione necessaria, come definito dal gruppo di lavoro. Vengono definite le modalità di formazione e inserimento di eventuale personale ostetrico che entrerà in forza al Nucleo Ostetrico in momenti successivi.

Viene attivata la cartella ostetrica condivisa e si inizia a utilizzarla per tutte le donne gravide e puerpere che accedono al servizio di Emergenza e Urgenza.

Vengono organizzati incontri settimanali tra il coordinatore del Nucleo Ostetrico e ciascun team di ostetriche al fine di raccogliere progressivamente le criticità iniziali del processo.

Il coordinatore del Nucleo Ostetrico invia ogni settimana un report dettagliato delle criticità ed eventuali suggerimenti migliorativi ai due coordinatori del gruppo di lavoro mettendo in copia tutti i componenti del gruppo di lavoro.

Da questo momento il coordinatore del Nucleo Ostetrico entrerà formalmente a far parte del gruppo di lavoro e parteciperà a tutti gli incontri del gruppo di lavoro.

Fase 3 - Tempo T2

Riorganizzazione dell'assistenza ostetrica nelle ASST/IRCCS secondo le linee di indirizzo del Documento Operativo

Il gruppo di lavoro organizza un incontro plenario in cui sono convocati

- tutti i direttori delle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia e dei Consultori Familiari delle ASST di Regione Lombardia;
- un rappresentante della direzione strategica delle ASST di Regione Lombardia.

Durante l'incontro plenario il gruppo di lavoro espone la mission e gli obiettivi del progetto. Viene mostrato il cronoprogramma delle fasi del progetto con particolare attenzione a quelle in cui sono coinvolte le strutture eroganti le prestazioni sanitarie di Ostetricia.

Viene chiesto che l'offerta assistenziale a donne in stato di gravidanza e puerperio venga riorganizzato nelle proprie strutture mediante un processo integrato e condiviso tra ospedale e territorio secondo le linee di indirizzo indicate dal documento Operativo prodotto dal tavolo di lavoro.

Vengono individuate sottofasi temporali nelle quali verrà progressivamente implementata l'assistenza per i percorsi a basso rischio e prestazioni a bassa complessità sul territorio, al fine di ridurre progressivamente tali prestazioni in ambito ospedaliero fino al loro azzeramento.

Il cronoprogramma è il seguente:

- Fase 3A: trasferimento del 30% delle prestazioni ostetriche a bassa complessità per pazienti a basso rischio attualmente erogate in strutture ospedaliere verso le strutture del territorio
- Fase 3B: trasferimento del 60% delle prestazioni ostetriche a bassa complessità attualmente erogate in strutture ospedaliere verso le strutture del territorio
- Fase 3C: trasferimento del 100% delle prestazioni ostetriche a bassa complessità attualmente erogate in strutture ospedaliere verso strutture del territorio.

I Centri Unici di Prenotazione (CUP) seguiranno progressivamente l'andamento delle agende convogliando le donne definite basso rischio preferenzialmente verso le strutture del territorio e solo quando le agende del territorio sono sature verso le agende ancora attive presso le strutture ospedaliere.

Vengono istituite linee di prenotazione prioritaria per agevolare il flusso di pazienti da un setting di assistenza all'altro qualora se ne ravveda la necessità clinica.

Vengono istituiti sia nell'ambito territoriale che ospedaliero posti prioritari per l'erogazione di prestazioni prioritarie ma differibili con possibilità di prenotazione diretta da parte del Nucleo Ostetrico del CUR NUE 112.

I Direttori di UO si riferiranno alla propria Direzione Strategica durante tutto il processo, la quale a sua volta si riferirà ai coordinatori del gruppo di lavoro per aggiornarsi sullo stato dell'arte dei lavori, sul raggiungimento e completamento delle fasi di progetto e per eventuali criticità.

Al Servizio di Comunicazione di ciascuna ASST e ciascuna ATS viene richiesto informare la popolazione mediante i comuni canali di comunicazione (stampa, multimediali e social network), cartellonistica e volantini nelle strutture. Tali servizi si coordineranno con il Servizio di Comunicazione di Regione Lombardia che avrà un ruolo di guida e di supporto.

Fase 4 - Tempo T3

Avvio del progetto in modalità sperimentale

Una volta completata la fase di avvio, si identifica un periodo di 12 mesi in cui la modalità di lavoro viene erogata in modalità sperimentale al fine di raccogliere eventuali criticità.

Il gruppo di lavoro lavora costantemente mediante incontri mensili sull'analisi dei feedback ricevuti dalle figure cliniche coinvolte e promuovendo attività risolutive.

Al termine dei 12 mesi di sperimentazione si riunisce nuovamente l'incontro plenario e viene analizzato il lavoro svolto nel corso dell'anno, gli indicatori di performance e discussi processi migliorativi. L'attività si conclude con la produzione di un documento valutativo propedeutico all'eventuale proseguimento del progetto in modalità definitiva condiviso con tutti i componenti dell'incontro plenario.

Fase 5 - Tempo T4

Avvio del progetto in modalità definitiva

Viene definito l'avvio definitivo del progetto.

Il gruppo si riunisce annualmente per l'analisi degli indicatori e di eventuali criticità e per valutare e definire eventuali proposte di aggiornamento o miglioramento del progetto.

ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

Il progetto prevede una **fase isorisorse** di adeguamento mediante la riorganizzazione del setting delle prestazioni e delle figure coinvolte nell'assistenza della donna in gravidanza a puerperio in Regione Lombardia. Questa fase prevede il trasferimento di attività di bassa complessità rivolta a popolazione a basso rischio dall'ospedale al territorio.

Poiché i consultori territoriali afferiscono alle ASST, lo spostamento della sede di erogazione delle prestazioni non costituisce squilibrio nel bilanciamento del rimborso delle prestazioni.

Per la realizzazione del Nucleo Ostetrico del CUR NUE 112 si rende necessario istituire un nuovo centro di costo in carico a un dirigente delle professioni sanitarie del profilo di competenza afferente alla DAPS di AREU indispensabile per:

- erogare la formazione specialistica al personale ostetrico;
- implementare il personale afferente ad AREU mediante l'assunzione di un pool di ostetriche

Analisi dei costi

Stipendio lordo tabellare di un neoassunto con profilo Ostetrica/o

STIPENDIO TABELLARE	1.941,58 €
INDENNITA' DI FUNZIONE BASE	5,39 €
IND. DI FUNZIONE BASE EX IND.QUAL.PROF.	71,53 €
I.V.C - 2022 - 2024	10,07 €
INDENNITA' VACANZA CONTR. D.L. 145 2023	67,47 €
IND. PROF.SPECIFICA	36,15 €
IND. TUTELA DEL MALATO PROM DELLA SALUTE	41,1 €
Totale	2.173,29 €

Una volta definito l'impatto che il nuovo sistema avrà nei confronti della riduzione di prestazioni urgenti erogate in pronto soccorso, una parte degli aumentati costi di AREU possono essere compensati dal risparmio nei costi di pronto soccorso. A tale scopo saranno definiti indicatori specifici. A puro titolo di esempio, si consideri che nel corso dell'anno 2023 presso il Pronto Soccorso Ostetrico del Policlinico di Milano, Ospedale Maggiore, Fondazione IRCCS Ca' Granda sono stati registrati 621 accessi di donne in stato di gravidanza o puerperio accompagnate da un mezzo di soccorso del NUE 112. Di questi accessi, solo 199 (32%) sono esitati in ricovero ospedaliero. In tutti gli altri casi la paziente è stata rinvia al domicilio, trattandosi condizioni che avevano le caratteristiche per essere affrontate mediante prestazioni differite a breve termine in regime ambulatoriale.

Nell'analisi dei costi verranno impiegati i seguenti indicatori:

- numero delle pazienti inviate in pronto soccorso rispetto al numero di chiamate al NUE 112;
- numero di accessi in ospedale durante la gravidanza e il puerperio rispetto al numero di donne gravide o puerpere;

- numero di gravidanza a basso rischio che concludono il percorso nascita a basso rischio con unico accesso in ospedale quello per l'espletamento del parto.

Nell'analisi delle fonti di verifica saranno incluse inclusi:

- dati forniti da AREU;
- verbali di PS.

RISULTATI ATTESI

Risultati attesi dall'applicazione del progetto:

- dislocazione sul territorio del 100% delle prestazioni a bassa complessità per gravide e puerpere a basso rischio;
- riduzione degli accessi impropri in pronto soccorso;
- efficientamento del sistema;
- miglioramento della qualità dell'assistenza ostetrica;
- miglior grado di soddisfazione delle donne in gravidanza e puerperio.

I risultati e le fasi del progetto saranno monitorati da un cruscotto di indicatori:

- **Indicatori di processo:**
 - o stato di avanzamento temporale globale del progetto
 - o raggiungimento e completamento di ciascuna fase e sottofase del progetto
 - o settimane di scostamento temporale di ciascuna fase rispetto all'atteso.
- **Indicatori di performance:**
 - o numero delle pazienti inviate in pronto soccorso rispetto al numero di chiamate al NUE 112 e confronto rispetto all'anno precedente a quello di attuazione del progetto;
 - o numero di accessi in ospedale durante la gravidanza e il puerperio rispetto al numero di donne gravide o puerpere;
- **Indicatori di esito:**
 - o numero di gravidanze a basso rischio che concludono il percorso nascita a basso rischio con unico accesso in ospedale quello per l'espletamento del parto;
 - o numero delle prestazioni dei pronto soccorso ostetrici rispetto all'anno precedente a quello di attuazione del progetto;
 - o numero di mesi necessari per raggiungere il completamento della Fase 4;
 - o scostamento temporale nel completamento della Fase 4 rispetto all'atteso.

Il progetto viene monitorato:

- a livello centrale da:
 - o coordinatori del gruppo di lavoro;
 - o Direzione di AREU
 - o Direzione del Welfare di Regione Lombardia
- a livello periferico da:
 - o rappresentanti delle Direzioni Strategiche coinvolti in fase plenaria;
 - o dal coordinatore del Nucleo Ostetrico del CUR NUE 112.

CONCLUSIONI

Sebbene nel 70-80% dei casi sia un evento fisiologico della vita femminile, la gravidanza e il puerperio vedono un numero elevato di accessi in pronto soccorso, talvolta impropri.

Gli operatori tecnici del CUR NUE 112, hanno limitate nozioni di ostetricia e conseguentemente la chiamata esita spesso nel trasporto della paziente presso l'UO di Ostetricia e Ginecologia più vicina, indipendentemente dal tipo di problema clinico.

Il DM 77/2022 fornisce standard di integrazione tra ospedale e territorio dove quest'ultimo viene sviluppato come perno centrale dell'assistenza al cittadino.

Un sistema che prevede da un lato una sistematica organizzazione dell'assistenza alla gravida e puerpera in setting differenti di cura sulla base della complessità clinica e dall'altro la presenza di personale ostetrico formato che risponda alle chiamate per problemi emergenti permette di efficientare il sistema, ridurre gli accessi impropri in pronto soccorso e ridurre la medicalizzazione della gravidanza.

CONTRIBUTO PERSONALE

Stefano Manodoro

- elaborazione e stesura del progetto;
- studio indicatori di valutazione;
- identificazione delle fasi;
- cronoprogramma

Morena Terracciano

- ideazione e revisione del progetto;
- analisi economica;
- individuazione figure coinvolte.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Legge Regionale 30 dicembre 2009 , n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità". BURL n. 52, 3° suppl. ord. del 31 Dicembre 2009.

Decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale". GU Serie Generale n.144 del 22-06-2022). Entrata in vigore del provvedimento: 07/07/2022

DGR n. XI/268 del 28 giugno 2018 "Rete regionale per l'assistenza materno-neonatale: indirizzi per l'appropriatezza e sicurezza del percorso nascita fisiologico a gestione ostetrica"

BIBLIOGRAFIA

Matenchuk BA, Rosychuk RJ, Rowe BH, Metcalfe A, Chari R, Crawford S, Jelinski S, Serrano-Lomelin J, Ospina MB. Emergency Department Visits During Pregnancy. *Ann Emerg Med*. 2023 Feb;81(2):197-208.

van Zwicht BS, Crone MR, van Lith JM, Rijnders ME. Group based prenatal care in a low-and high risk population in the Netherlands: a study protocol for a stepped wedge cluster randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Nov 15;16(1):354.

SITOGRAFIA

Sito di AREU Lombardia. Disponibile su <<https://www.areu.lombardia.it/web/home/servizionue112>> [Data di accesso: 03/03/2024].

Istituto Superiore di Sanità. EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica Disponibile su <<https://www.epicentro.iss.it/percorso-nascita/donati>> [Data di accesso: 03/03/2024].

Il percorso nascita in Emilia-Romagna. Assessorato politiche per la salute. Regione Emilia Romagna. Disponibile su <<https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/convegni-e-seminari/conferenza-nazionale-cure-primarie/il-percorso-nascita-in-emilia-romagna>>. [Data di accesso: 03/03/2024].

Il DM 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale. La norma, gli approfondimenti, le valutazioni. Welfare ebook n. 7/2022 edizione 2022. Disponibile su <https://welforum.it/wp-content/uploads/2023/01/IL_DM_77_2022_SULLASSISTENZA_SANITARIA_T.pdf>. [Data di accesso: 03/03/2024].

Promozione della salute in Lombardia. Temi: Ciclo di vita. Percorso nascita <https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/portal/site/promozione-salute/dettaglioeditoriale/temi/ciclo-di-vita/percorso-nascita> [Data di accesso: 14/04/2024].

