



Modelli organizzativi della cura materno-infantile a confronto

27 settembre 2019

sala A Centro di Formazione Aziendale ASUITs - Via de Pastrovich 5/A Trieste

Gravidanza a basso rischio e percorso nascita: l'esperienza della Regione Piemonte



Dr.ssa Ostetrica Paola Serafini

Dirigente Area Ostetrico Ginecologica Neonatale P.O S.Anna

Città della Salute e della Scienza di Torino



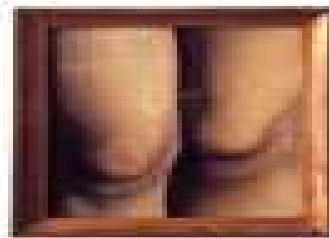
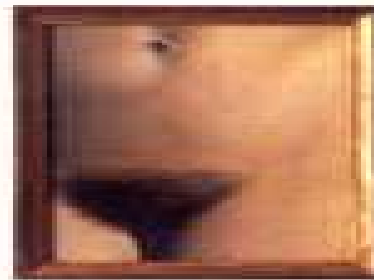
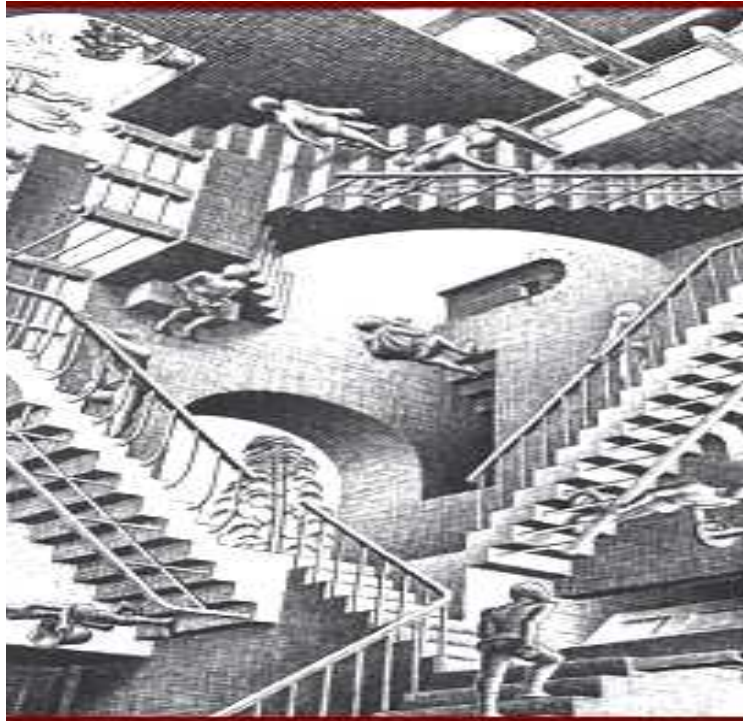
Modello di assistenza alla
gravidanza fisiologica in Piemonte



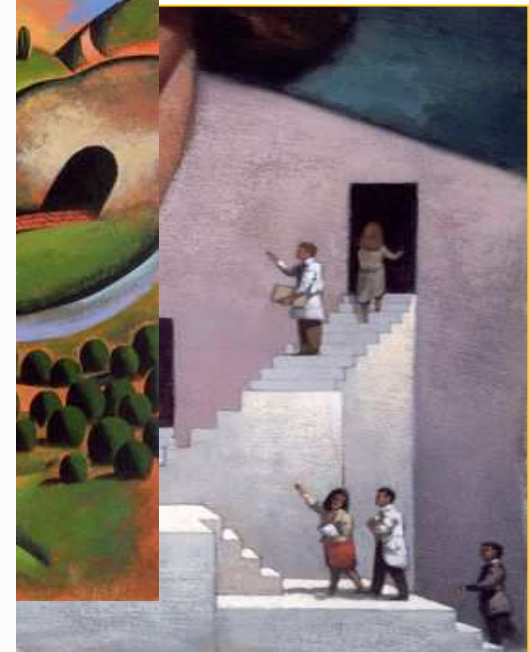
LA NOSTRA STORIA



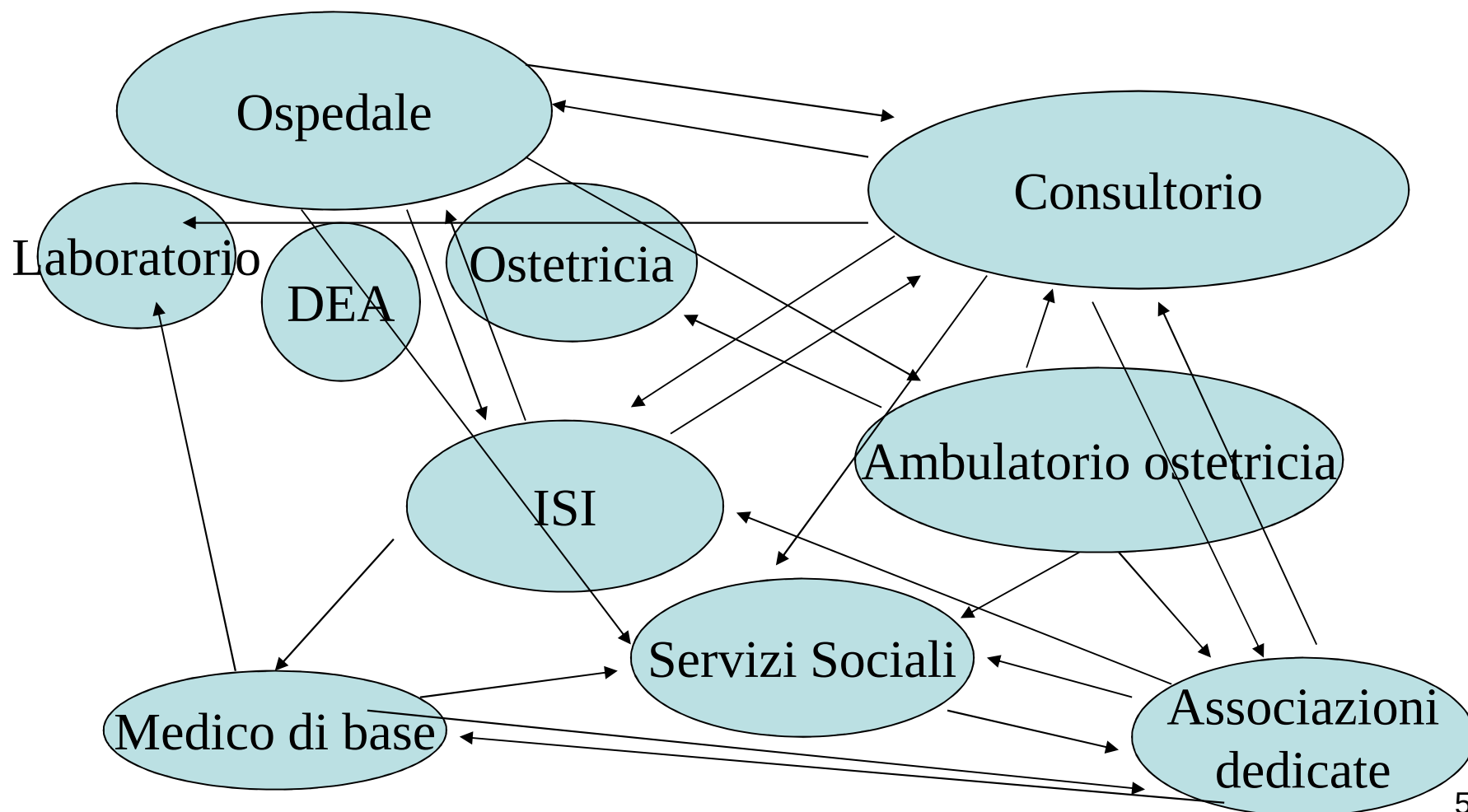
IL P



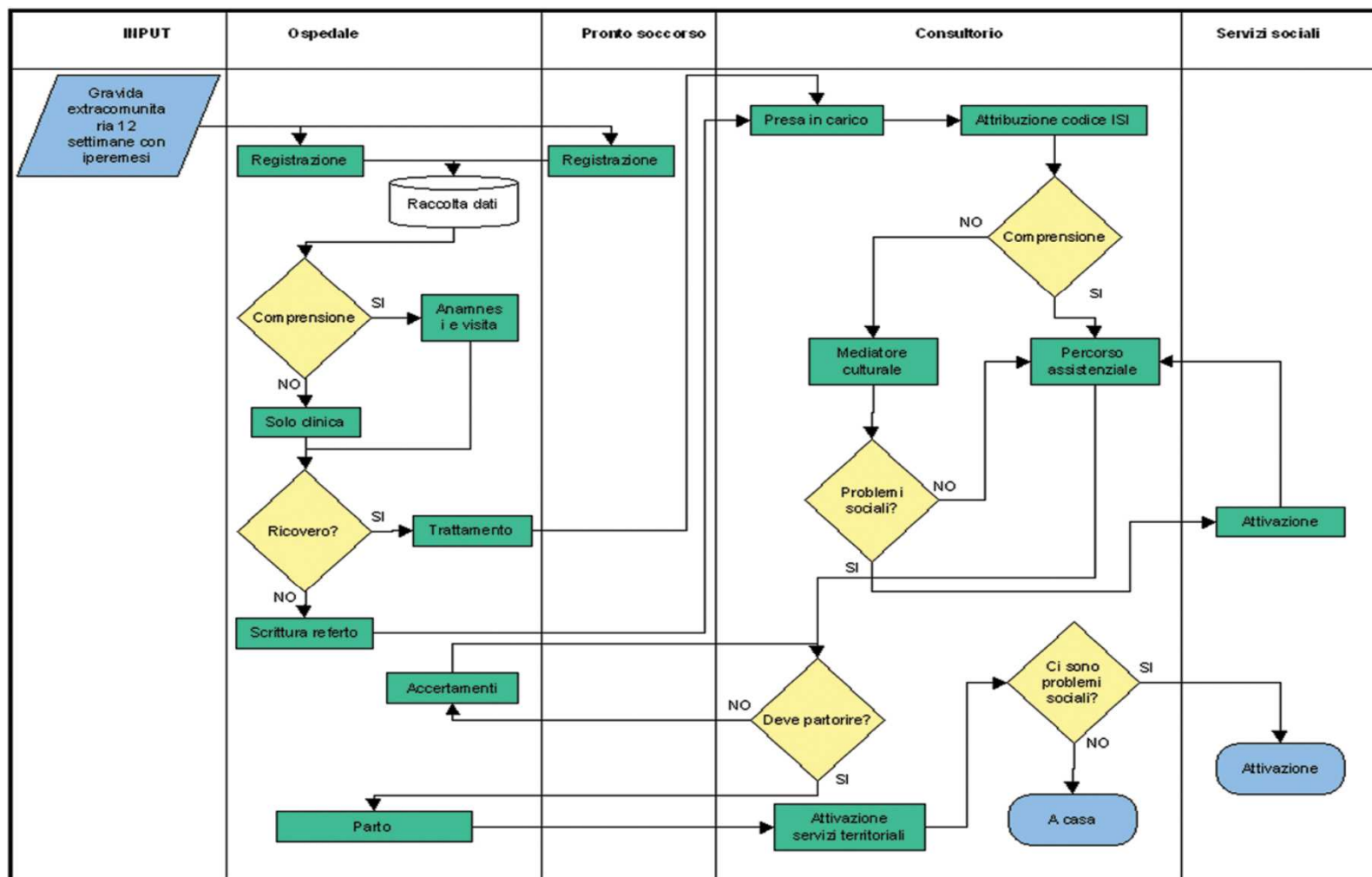
TA



IL PERCORSO NASCITA



FLOW CHART DEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI



La Regione Piemonte si pone nell'ottica dell'assistenza centrata sulle persone assistite



PROFILO ASSISTENZIALE CONDIVISO¹ PER IL MONITORAGGIO DELLA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA

Premessa

Il presente documento si configura come strumento di consultazione, maneggevole e di rapido utilizzo, all'interno del "PERCORSO NASCITA", elaborato dall'Assessorato alla tutela della salute e sanità (DGR n. 34-8769 del 12/05/2008), con l'obiettivo di garantire l'uniformità nell'assistenza alla gravidanza fisiologica sul territorio regionale.

Il documento è stato aggiornato sulla base delle Linee Guida ministeriali sulla "Gravidanza fisiologica" - novembre 2010 - e successivo aggiornamento 2011 e delle raccomandazioni regionali concordate tra il 2009 e il 2012 (Profilassi anti D, prevenzione infezione neonatale da Streptococco gruppo B, Linee di indirizzo per gli incontri di accompagnamento alla nascita anno 2012).



GIUNTA REGIONALE

Verbale n. 221

Adunanza 12 maggio 2008

L'anno duemilaotto il giorno 12 del mese di maggio alle ore 11:15 in Torino presso la Sede della Regione, Piazza Castello n.165, nella apposita sala delle adunanze di Giunta, si è riunita la Giunta Regionale con l'intervento di Mercedes BRESSO Presidente, Paolo PEVERARO Vicepresidente e degli Assessori Eleonora ARTESIO, Andrea BAIKATI, Daniele Gaetano BORIOLI, Giovanni CARACCIOLLO, Sergio CONTI, Nicola DE RUGGIERO, Sergio DEORSOLA, Teresa Angela MIGLIASSO, Giovanna PENTENERO, Bruna SIBILLE, Giacomino TARICCO, Giuliana MANICA, Giovanni OLIVA, con l'assistenza di Roberta BUFANO nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

Sono assenti gli Assessori: MANICA, OLIVA

(Omissis)

D.G.R. n. 34 - 8769

OGGETTO:

Piano socio-sanitario regionale 2007-2010. Area materno infantile: definizione obiettivi ed indicatori del "Percorso Nascita".



Il Percorso Nascita si articola in fasi successive: **profili di assistenza**¹¹

- preconcezionale,
- gravidanza,
- travaglio/parto/nascita,
- puerperio,
- primi giorni di vita del neonato,
- presa in carico pediatrica del bambino,
- presa in carico di servizi territoriali (consultori, MMG) per quanto riguarda la donna.



Le premesse al Percorso Nascita nella sua interezza sono che:

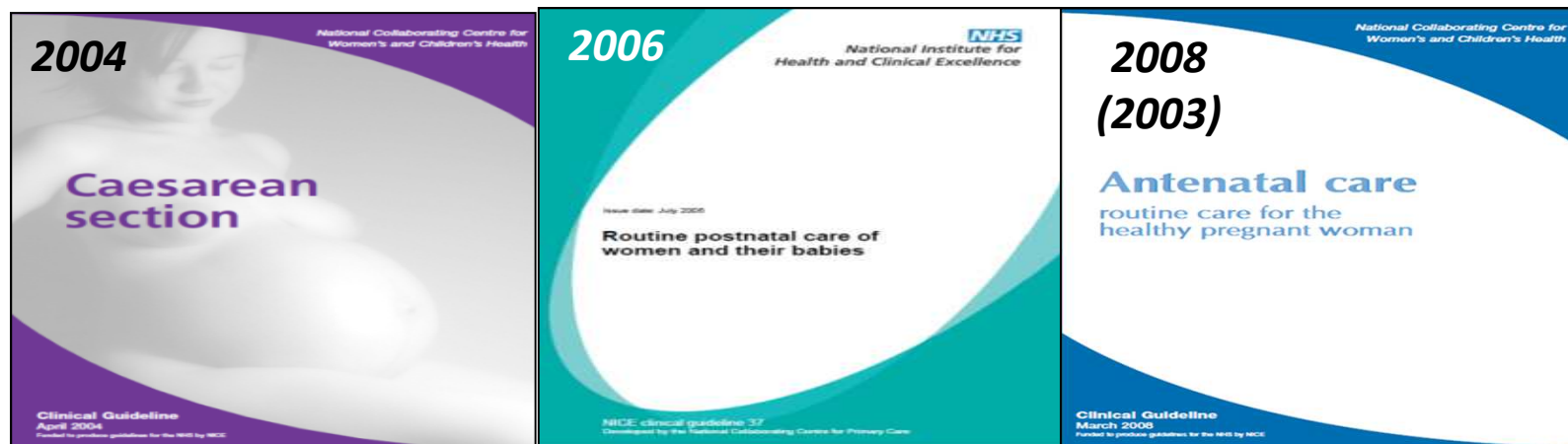
- “la gravidanza è un normale processo fisiologico e come tale ogni intervento offerto dovrebbe avere benefici riconosciuti ed essere accettabile alla donna gravida” (Royal College of Obstetricians and Gynaecologist (RCOG));
- la gravidanza con elementi di rischio o di patologia richiede profili assistenziali specifici che si inseriscono nel Percorso Nascita generale
- in termini di valutazione (appropriatezza, efficacia, equità, economicità, gradimento da parte dell’utenza e degli operatori) e di politiche di implementazione/miglioramento, le varie fasi del percorso non possono essere trattate singolarmente ma nel loro continuum di cui il momento parto/nascita rappresenta la parte terminale non estrapolabile da quanto succede prima e dopo;
- deve essere garantito, lungo tutto il percorso, il massimo della sicurezza e della qualità delle cure con il massimo rispetto della fisiologia degli eventi, secondo il principio definito dall’OMS della “massima sicurezza garantita con il livello più basso di medicalizzazione compatibile con ogni singolo caso”;
- il percorso deve essere strutturato in modo da garantire la continuità assistenziale, attraverso la condivisione all’interno dei servizi e tra i servizi delle linee assistenziali e del loro razionale, e attraverso una organizzazione che favorisca, nei successivi incontri, il contatto della gravida con lo stesso operatore o con minima variazione di operatori lungo il percorso;
- la strutturazione del Percorso deve realizzare l’ “offerta attiva” come modalità operativa di impatto sulla sanità pubblica sia in relazione all’attuazione dell’art. 32 della Costituzione sia come obbligazione professionale. Creare le condizioni per aumentare le capacità dei singoli di “cercare salute” , promuovere la capacità di chiedere aiuto è il presupposto per poter offrire un aiuto reale.

I profili assistenziali che compongono il Percorso Nascita durante la gravidanza, parto, nascita si pongono i seguenti obiettivi generali:

- favorire il benessere delle gravida e del feto;
- identificare i fattori di rischio e le relative azioni di protezione;
- sottolineare la priorità assoluta della distinzione tra decorso a basso rischio (fisiologico) e decorso a rischio di patologia, ad ogni passaggio del percorso;
- rendere note le caratteristiche della rete assistenziale trasversale (territorio-ospedale-territorio) e verticale (livelli assistenziali differenziati).

DGR 38 – 11960 del 4 agosto 2009



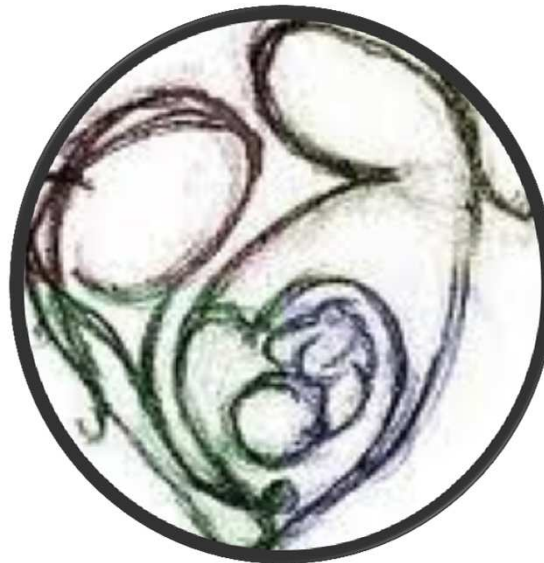


PERCORSO NASCITA

Numerose raccomandazioni basate su prove di efficacia



I PRINCIPI



- la centralità è delle persone assistite, delle donne

- la consapevolezza che la qualità, la sicurezza e la soddisfazione al parto sono fortemente influenzati dalla continuità e qualità delle cure nell'intero Percorso Nascita – tempestivo riconoscimento dei fattori di rischio e delle condizioni di patologia

- il ruolo delle ostetriche deve essere valorizzato nell'intero Percorso Nascita e non solo al momento del parto/nascita sia nelle condizioni di fisiologia che in quelle a rischio o patologiche

- l'appropriatezza e la coerenza dell'assistenza sono elementi irrinunciabili



**Possibilità per l'ostetrica di incidere
sul cambiamento**



IL PERCORSO NASCITA

Esistono convincenti evidenze scientifiche che un'assistenza fornita da 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 vaginale
- Minor ricorso a farmaci analgesici e antidolorifici in travaglio
- Minore incidenza di neonati con indice di apgar inferiore a 7 a 5 min
- 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 materna.....

Evidence Based Guidelines *for* *Midwifery-Led Care in Labour*

Introduction

- **Grande sviluppo dei servizi di assistenza alla nascita attraverso il riconoscimento del ruolo delle ostetriche nella conduzione delle gravidanze e dei parti normali**
- **Midwifery led-care = miglioramento di outcome e cure condivise; maggiore soddisfazione delle donne; riduzione dell'interventismo ostetrico**

In the UK, maternity services have developed significantly through recognising that midwives should take the lead role in the care of normal pregnancy and labour (Department of Health 2004). Such midwifery-led care has been seen to have as good outcomes as shared care, met with greater satisfaction from women and reduced obstetric intervention rates (Devane et al. 2010; Hatem et al. 2008; Symon et al. 2007; Spurgeon et al. 2001; Shields et al. 1998; Turnbull et al. 1996; Campbell et al. 1999; Turnbull et al. 1996; Hundley et al. 1994; Turnbull et al. 1996; McVicar et al. 1993).

CONTROLLI IN GRAVIDANZA

Il primo incontro dovrebbe essere programmato possibilmente entro la 10^a settimana per permettere la programmazione delle indagini di screening prenatale per le patologie cromosomiche.

In ogni caso la presa in carico deve essere garantita a tutte le donne in gravidanza indipendentemente dall'età gestazionale del primo accesso. Più avanzata è la gravidanza al momento del primo accesso più è opportuno valutare se sia necessaria *l'assistenza addizionale*.

In seguito al primo incontro si raccomandano controlli ogni 4-6 settimane fino a 40^a-41^a settimane. Il numero di incontri consigliati è tra 7 e 10.

Non esistono evidenze scientifiche a sostegno di un numero ideale di incontri in gravidanza; mentre una moderata riduzione rispetto ad alcune consuetudini (13-14 vs 5-8 nei diversi studi) non risulta essere associata ad alcun aumento degli esiti negativi.

Va garantita la continuità assistenziale dalla gravidanza al post-parto mediante:

- la condivisione fra tutti gli operatori della stessa filosofia di assistenza;
- l'utilizzo di protocolli comuni durante la gravidanza, travaglio, parto e puerperio;
- il ritorno ai servizi di territorio dopo la dimissione da strutture ospedaliere.

L'ostetrica è la figura professionale più indicata all'applicazione del profilo assistenziale della gravidanza a basso rischio; nei casi precedentemente elencati che potrebbero richiedere *l'assistenza addizionale e/o specializzata* l'ostetrica deve richiedere la consulenza del ginecologo.

Durante il primo colloquio l'ostetrica illustra il profilo assistenziale alla donna/coppia, costruisce il piano individuale di assistenza, con la partecipazione attiva della donna, concordando i tempi ed il numero dei controlli clinici, strumentali e di laboratorio e dando indicazioni precise sulle modalità di contatto del servizio stesso per eventuali dubbi o problemi che possano insorgere tra un controllo e l'altro; illustra inoltre l'organizzazione dei Punti Nascita del territorio finalizzata alla futura scelta del luogo del parto ed i servizi di continuità assistenziale previsti per l'assistenza nel dopo parto.

PAROLE CHIAVE
Ostetrica specialista fisiologia,
ginecologo specialista della
patologia, medico di medicina
generale salute di base delle donna

Interpretazione delle prove

Le prove disponibili (due revisioni sistematiche) supportano il modello assistenziale basato sulla presa in carico da parte dell'ostetrica o di un team che coinvolge professionisti da consultare quando necessario, per raggiungere esiti rilevanti per la salute materna e neonatale, compresa la maggiore soddisfazione della donna per l'assistenza ricevuta.

Raccomandazione

- ▶ Alle donne con gravidanza fisiologica deve essere offerto il modello assistenziale basato sulla presa in carico da parte dell'ostetrica/o. In collaborazione con l'ostetrica/o, il medico di medicina generale, i consultori e le altre strutture territoriali costituiscono la rete di assistenza integrata alla donna in gravidanza. Questo modello prevede, in presenza di complicazioni, il coinvolgimento di medici specializzati in ostetricia e di altri specialisti.

Raccomandazioni per la ricerca

- ▶ È necessario condurre in Italia studi clinici controllati per valutare l'efficacia dell'assistenza alla gravidanza fisiologica fornita da figure professionali diverse.
- ▶ È necessario condurre in Italia studi qualitativi mirati a indagare le preferenze delle donne nei confronti delle figure professionali che le assistono in gravidanza.

Bibliografia

1. Hatem M, Sandall J et al. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev 2008;(4):CD004667.

2. Villar J, Khan-Neelofur D. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2003;(1):CD000934.



L'alta qualità dei Servizi Materno Infantili è influenzata in modo determinante dalla CONTINUITA' E COERENZA dell'assistenza dal periodo preconcezionale al puerperio in un continuum nella quale i providers e le donne siano "partners in care"



L'Agenda è
lo strumento che
 la Regione Piemonte ha
 realizzato affinché per ogni
 donna sia più semplice seguire
 il proprio percorso di gravidanza,
 accedere alle informazioni
 necessarie per la tutela della
 propria salute e scegliere tra i
 vari modelli assistenziali proposti.
 L'Agenda è dedicata a tutte le
 future mamme che desiderano
 vivere con consapevolezza e
 serenità questo importante
 periodo della loro vita.

Per informazioni contattare il:



Numero Verde gratuito della Regione Piemonte

1 ottobre 2009



A.S.L. AL
 Azienda Sanitaria Locale
 di Alessandria, Cuneo e Ivrea



A.S.L. AT
 Azienda Sanitaria Locale
 di Asti



A.S.L. TO5
 Azienda Sanitaria Locale
 di Cuneo, Dogliani, Moncalvo e Alghero



A.S.L. VC
 Azienda Sanitaria Locale
 di Vercelli



A.S.L. VCO
 Azienda Sanitaria Locale
 del Verbano Cusio Ossola



A.S.L. TO4
 Azienda Sanitaria Locale
 di Cuneo, Chivasso e Bra



A.S.L. NO
 Azienda Sanitaria Locale
 di Novara



A.S.L. CN2
 Azienda Sanitaria Locale
 di Aosta e Valle d'Aosta



A.S.L. TO1
 Azienda Sanitaria Locale
 di Torino



federfarma piemonte



Unicef Italia



Aress
 Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari

è nata
 di
 l'agenda
 gravidanza



www.regione.piemonte.it/sanita



Non c'è cura
 senza cuore

Sistema Sanitario Regionale del Piemonte

Mandato dell'Assessore

“ deve essere soprattutto uno strumento per facilitare il percorso alle donne e per renderle consapevoli di quello che avviene in gravidanza, di quello che il sistema sanitario offre loro, di quello che è giusto che loro richiedano”

“per il SSR deve portare ad uniformare il controllo della gravidanza in tutta la Regione Piemonte definendo uno standard minimo di accertamenti in assenza di rischio specifico e di patologie definite; definire modalità operative e strategie assistenziali comuni fra specialista ginecologo, ostetrica e MMG; creare un ricettario per la gravidanza fisiologica quale strumento operativo per favorire l'accesso alle prestazioni, fornire un agile strumento di medicina preventiva”

“ per gli operatori deve essere un aiuto nel loro lavoro di assistenza quotidiano e supporto condiviso alle loro scelte”



agenda di gravidanza

IN CASO DI SMARRIMENTO RESTITUIRE A:

Incollare qui l'etichetta adesiva n. 00

 REGIONE
PIEMONTE
www.regione.piemonte.it/sanite


una sanità in salute fa bene a tutti
Sistema Sanitario Regionale del Piemonte

Lg
LINEA GUIDA

Sistema sanitario
per la linea guida



Gravidanza fisiologica
AGGIORNAMENTO 2011



CeVEAS

LINEA GUIDA 20

Presentazione

La Regione Piemonte ha realizzato questa agenda affinché ogni donna possa seguire e comprendere meglio l'andamento della propria gravidanza e possa viverla con maggiore serenità. L'**Agenda di Gravidanza** accompagna la donna durante tutto il **Percorso Nascita**¹ e fornisce agli operatori sanitari lo strumento per riportarvi i dati clinici.

Per promuovere la salute della donna e del bambino e per fornire loro la migliore assistenza è fondamentale la **collaborazione tra la donna e i servizi socio-sanitari** e, all'interno delle strutture sanitarie, **tra servizio e servizio**.

L'Agenda mette a disposizione della donna informazioni, consigli e schede da compilare con i propri dati. Sarà cura di ogni singolo servizio o del medico aggiungere gli approfondimenti e il **piano assistenziale** specifico per quelle donne che abbiano bisogno di **assistenza aggiuntiva** o specialistica.

Sull'Agenda sono indicati i servizi che le **ASL** di residenza mettono a disposizione delle donne in gravidanza (consultori, medici di medicina generale, ambulatori specialistici, laboratori di analisi, servizi di ecografia, punti nascita) per realizzare un percorso nascita accessibile e rispettoso delle scelte personali di ogni donna. L'accesso ai servizi può essere **diretto**, ossia senza impegnativa mutualistica, per i consultori e i punti nascita oppure **indiretto**, con impegnativa mutualistica, per gli ambulatori specialistici e i laboratori di analisi.

Le prestazioni previste per il Percorso Nascita, suddivise in trimestri, sono quelle indicate nel **Profilo Assistenziale per la Gravidanza Fisiologica**², concordato tra gli operatori consultoriali e ospedalieri della Regione Piemonte.

All'interno dell'Agenda sono state inserite le impegnative mutualistiche prestampate per gli esami di base. Per gli esami aggiuntivi, nei casi di gravidanza a rischio, il medico deve specificare il codice di esenzione M50 per la condizione patologica e la settimana di gravidanza al momento della richiesta.

L'accurata lettura e l'aggiornamento dell'Agenda di Gravidanza sono essenziali per facilitare scelte informate e appropriate da parte della donna/coppia³ e da parte degli operatori sanitari.

La gravidanza è un periodo di scelte e di decisioni personali (e di coppia), è perciò importante poter disporre di informazioni sui potenziali vantaggi o svantaggi delle diverse alternative assistenziali.

Nella consapevolezza che ogni genitore è unico, differente dagli altri, così come ogni bambino/a⁴ è unico/a e differente dagli altri, possono essere infiniti i modi di vivere la gravidanza, il parto e la nascita.

Le informazioni e le **evidenze scientifiche** qui raccolte possono aiutare ad operare le scelte necessarie in questo importante periodo della vita. Una **scelta informata** è quella che si basa su informazioni oggettive, ma anche sui bisogni e sulle sensazioni di ciascuna donna.

Sperando che il documento possa essere utile, si ricorda in ultimo che la lettura dell'Agenda non è, in nessun caso, sostitutiva delle spiegazioni che si possono ricevere nel colloquio diretto con gli operatori sanitari (ostetrica, ginecologo, medico, pediatra).

Cos'è l'Agenda di Gravidanza

L'**Agenda di Gravidanza** è uno strumento di comunicazione tra la donna e i servizi per l'assistenza alla gravidanza e al parto.

- È un **documento** personale sul quale sono riportati i dati della donna e della sua gravidanza.
- È un **raccoglitore** che permette alla donna di avere una documentazione ordinata e completa per ciò che riguarda la sua salute e quella del suo bambino.
- È uno **strumento** utile agli operatori che possono così disporre di tutti i dati raccolti sulla donna e sul nascituro e condividere con altri operatori una conoscenza esauriente della loro storia.
- È un **mezzo informativo** che indica alla donna le tappe del percorso nascita e le fornisce le informazioni necessarie per la prevenzione e per la promozione della sua salute, aiutandola a scegliere tra i vari modelli assistenziali proposti.
- È uno **strumento di collaborazione** tra la donna e gli operatori che seguono la sua gravidanza che permette ad entrambi di condividere le scelte e migliorare l'assistenza durante tutto il percorso.

I **dati** riportati sull'Agenda costituiscono il **patrimonio di informazioni** necessarie per un'assistenza appropriata e personalizzata. Tutti i dati personali che la donna inserirà sull'Agenda o che verranno comunicati dalla donna agli operatori durante gli incontri/colloqui sono tutelati dalla Legge sulla Privacy (Decreto Legislativo 196/2003) e fanno parte della relazione donna/ostetrica-medico.

Le **informazioni** contenute nell'Agenda sono un contributo al **consenso informato** che qualifica ogni atto medico. Per consenso informato si intende la dichiarazione del paziente che a seguito delle informazioni ricevute sulla sua situazione di malattia e sulla possibile terapia, avendo compreso i rischi e i vantaggi, acconsente al trattamento proposto. Attraverso il consenso informato si formalizza la collaborazione tra la donna e gli operatori.

Per continuare il dialogo e la collaborazione tra gli operatori e le famiglie, con la nascita del bambino sarà consegnata ai genitori l'Agenda della Salute del Bambino che consentirà di raccogliere le informazioni utili a costruire un percorso di salute del bambino, nell'ottica della prevenzione e dell'assistenza appropriata.

Come si usa l'Agenda di Gravidanza

Ogni donna avrà cura di leggere, utilizzare e conservare la propria Agenda. L'utilizzo dell'Agenda di Gravidanza può aiutare la donna a seguire il proprio percorso di gravidanza, ad accedere alle informazioni necessarie per la tutela della propria salute e a scegliere tra i vari modelli assistenziali proposti.

Affinché ciò si realizzi l'Agenda di Gravidanza sarà:

- **consultata** dalla donna per avere informazioni sulla gravidanza
- **compilata dalla donna** con i propri dati e con le proprie preferenze rispetto alle scelte suggerite
- **compilata e aggiornata dagli operatori** (pubblici o privati) che la donna avrà scelto per la sua gravidanza
- **integrata** nelle apposite sezioni, utilizzando preferibilmente le cartelline trasparenti presenti al fondo dell'Agenda, con i documenti che la donna raccoglierà durante la gravidanza (referti di consulenze specialistiche, ricoveri ospedalieri, passaggi in Pronto Soccorso, esami di laboratorio, ecc.)
- **arricchita** dal Sistema Sanitario Regionale con messaggi di educazione e promozione della salute e prevenzione, che la donna conserverà nell'Agenda

L'Agenda di Gravidanza contiene le impegnative per le prestazioni previste dal Profilo Assistenziale per la Gravidanza Fisiologica.

Ogni donna avrà cura di inserire le etichette adesive con i codici a barre, che troverà nell'Agenda, sulle rispettive impegnative così come illustrato a pag. 46.

La prima etichetta (la n. 00) andrà posizionata sulla prima pagina dell'Agenda e identificherà, insieme al nome e al cognome della donna, la copia personale ed esclusiva di quella donna.

SERVIZI E STILI DI VITA IN GRAVIDANZA

In questa sezione sono disponibili le informazioni utili per il Percorso Nascita con particolare attenzione allo stile di vita che è consigliato seguire in gravidanza dal quale la salute di mamma e bambino traggono vantaggio. Sono inoltre inserite le informazioni sui servizi per la gravidanza dell'Asl di residenza e l'Attestato di Gravidanza (per gli usi richiesti dalle norme vigenti).

SCELTE PER IL PERCORSO NASCITA

Il Percorso Nascita individuale è l'armonica combinazione tra il programma assistenziale previsto per la gravidanza e le scelte personali della donna. In questa sezione sono presenti le informazioni sui principali aspetti sui quali è importante che la donna esprima le sue aspettative.

SCELTE

BILANCI DI SALUTE

Il Bilancio di Salute è il risultato dell'incontro tra la donna e il professionista che segue la sua gravidanza. Durante tale incontro la donna fornisce tutte le informazioni sulla sua salute e il professionista ne valuta le condizioni fisiche mettendo a disposizione la sua esperienza e le sue competenze per promuovere la salute della mamma e del suo bambino. In questa sezione è contenuto il programma di bilanci previsti per la gravidanza fisiologica insieme con le informazioni sui dati e sui controlli che in ciascun bilancio verranno raccolti e registrati nelle pagine predisposte per questo.



PERCORSO DI GRAVIDANZA: BILANCI DI SALUTE

*Il percorso nascita dal punto di vista clinico è dato dalla successione dei **Bilanci di Salute** materno-fetale effettuati nel corso della gravidanza, travaglio, parto, puerperio.*

*I dati clinici di ciascun Bilancio sono contenuti nella sezione **DIARIO CLINICO: BILANCI DI SALUTE**; il "Sommario degli incontri" elenca i temi propri di ciascun Bilancio di Salute; la sezione **PER SAPERNE DI PIÙ** ne approfondisce i singoli temi.*

*Lo stato di salute della donna influenza l'andamento della gravidanza: una donna sana, non portatrice di malattie croniche, che non assume farmaci o droghe, ha elevata probabilità di avere una gravidanza, un parto e dopo-parto normali, e di partorire un neonato sano. La gravidanza con queste caratteristiche viene definita **"gravidanza fisiologica o senza fattori di rischio"**⁴ (circa 85% delle donne). La donna potrà scegliere se farsi seguire da un'ostetrica oppure da un ginecologo.*

*Per la donna con patologie, in terapia con farmaci o nella quale insorgano malattie o disturbi, è prevista un'**assistenza addizionale**^{*} di un medico-ostetrico che, quando necessario, terrà i contatti con gli altri specialisti. La gravidanza con queste caratteristiche è definita **"gravidanza a rischio o patologica"**. A seconda degli elementi di rischio o patologie presenti, i percorsi da inserire nell'Agenda potranno variare. Tali percorsi possono talvolta richiedere **competenze** altamente specialistiche in malattie materne e/o fetali^{*} disponibili solo in alcune strutture con elevata specializzazione.*

In una gravidanza fisiologica è utile un bilancio di salute ogni 4/6 settimane, per la gravidanza con complicanze potrebbe essere necessario un numero superiore di incontri. In ogni caso è raccomandato che la donna sia seguita in modo continuativo e per tutta la gravidanza, dallo stesso professionista o piccolo gruppo di professionisti^{}.*

Il Bilancio di Salute è soprattutto un momento di comunicazione e di scambio all'interno della relazione di "cura" che si sviluppa lungo tutto il percorso nascita tra la donna e l'operatore.

*La donna fornisce le informazioni sulla sua salute fisica e psicologica. L'ostetrica/ginecologo, dopo aver raccolto l'anamnesi, sulla base delle **evidenze scientifiche** e della propria esperienza professionale, valuta gli elementi clinici, rassicura e chiarisce eventuali dubbi della donna, mettendo a disposizione le proprie competenze per promuovere la salute della mamma e del bambino.*

Potrebbe essere utile che la donna annoti in precedenza le domande da porre o i dubbi da chiarire durante il colloquio con l'ostetrica/ginecologo.

*L'Organizzazione Mondiale della Sanità consiglia che il primo incontro avvenga almeno **entro il terzo mese** di gravidanza per programmare senza difficoltà i controlli clinici opportuni. In particolare un incontro intorno alla 10^a settimana è utile per ricevere informazioni nel caso si vogliano eseguire esami di **screening** e/o diagnosi prenatali (pag. 69 e pag. 110) ed è raccomandato a tutte le donne con malattie in corso e/o che assumono regolarmente farmaci.*

Il primo incontro ha durata maggiore rispetto ai successivi, poiché è necessario raccogliere le informazioni sulla salute della donna, del partner e delle rispettive famiglie (pag. 102)

Queste informazioni servono all'ostetrica/ginecologo per valutare:

- la presenza di eventuali rischi per la donna in gravidanza o per il bambino
- la necessità di assistenza addizionale

*A tale scopo è consigliato portare con sé tutti gli esami già effettuati, in particolare la documentazione riguardante il gruppo sanguigno, malattie avute in passato, precedenti visite ginecologiche, esiti di **pap-test** (in particolare l'ultimo) e tutto ciò che si ritiene sia utile in relazione alla salute di mamma e bambino.*

La determinazione del Gruppo sanguigno, se non è mai stata fatta, viene programmata al primo controllo.

Durante le visite vengono valutati i dati che permettono di verificare il buon andamento della gravidanza attraverso le seguenti **indagini cliniche di base**:

- la palpazione esterna dell'utero per verificarne il tono, a partire da 12 settimane
- la misurazione sinfisi-fondo uterino*, con il centimetro, per misurare lo sviluppo dell'utero e monitorare la crescita del **feto** a partire da 16 settimane (figure sottostanti) (grafico pag. 24)
- l'auscultazione o visualizzazione del battito cardiaco del feto con ultrasuoni a partire da 12 settimane (apparecchio sonicaid o ecografo)
- la misurazione della pressione arteriosa*
- valutazione dell'andamento del peso corporeo

La donna integra la valutazione clinica con le proprie sensazioni, inclusi i movimenti del feto che inizierà a percepire a partire da 16-20 settimane di gravidanza.

MISURAZIONE SINFISI-FONDO UTERINO



Alla **prima visita** verranno inoltre eseguiti:

- l'esplorazione vaginale con eventuale **pap-test** se il precedente risale a più di 3 anni
- il controllo del seno
- la misurazione dell'altezza e del peso per calcolare l'indice di massa corporea (pag. 104) che definisce con maggior accuratezza la costituzione corporea

Nelle visite successive, ma solo su specifiche **indicazioni cliniche**, potrebbero essere necessarie:

- l'esplorazione vaginale in presenza di contrazioni o altri disturbi vaginali
- il controllo ecografico quando l'ostetrica/ginecologo sospetti anomalie dello sviluppo dell'utero (per le ecografie raccomandate pag. 108)

Durante gli incontri vengono valutati i risultati degli esami di laboratorio e ne vengono prescritti di nuovi secondo le necessità cliniche (per gli esami raccomandati vedi la scheda di pag. 21).

Ai bilanci di salute la donna può essere accompagnata da chi desidera (partner o altra persona di fiducia).

Le **evidenze scientifiche** mettono in luce come la registrazione degli eventi delle varie fasi della gravidanza in un unico documento (che la donna porta con sé ad ogni visita e che l'ostetrica/ginecologo aggiorna con scrupolosità), permetta di fornire assistenza e risultati migliori in termini di salute, sia per la madre che per il neonato.*





The goal of adequate perinatal care is to ensure the good health of the mother and the baby by decreasing disease burden and by protecting both mother and baby.

Every act of care, especially in obstetrics, being a physiological event, must have an exact and clear indication



BILANCI DI SALUTE

Il Bilancio di Salute è il risultato dell'incontro tra la donna e il professionista che segue la sua gravidanza. Durante tale incontro la donna fornisce tutte le informazioni sulla sua salute e il professionista ne valuta le condizioni finché nutrendo e discutendo la sua esperienza e le sue competenze per promuovere la salute della mamma e del suo bambino. In questa sezione è contenuto il programma di bilanci previsti per la gravidanza fisiologica insieme con le informazioni sui dati e sui controlli che in ciascun bilancio verranno raccolti e registrati nelle pagine predisposte per questo.

BILANCIO SALUTE

BILANCI DI SALUTE



Tabella esami

ESAMI DI BASE: segnalare (✓) l'esame eseguito in corrispondenza della casella (le caselle bianche corrispondono alle settimane in cui si raccomanda l'esecuzione dell'esame). Non è prevista la trascrizione dei valori degli esiti per evitare errori di trascrizione. Gli esami vanno inseriti negli anelli dell'Agenda, per permetterne la lettura diretta.

Esami eseguiti	in previsione o a inizio gravidanza	Settimane di gravidanza							Segnalazioni per una visibilità immediata di caratteristiche da evidenziare
		< 13	14-18	19-23	24-27	28-32	33-37	38-41	
Gruppo ABO									
Fattore Rh									
Coombs indiretto									
HIV									
Rubeo test									
Toxotest									
Ig anti Treponema									
HBsAg									
Emocromo									
Elettroforesi Hb									
Ferritinemia									
Glicemia									
OGTT (se presenti fattori di rischio tra 24 e 27 sett.)									
Esame urine									
Urocultura									
Citologico vaginale (se > 3 anni)									
Tampone vaginale e rettale per ricerca strepto B (34-36 sett.)									
Esami del padre eseguiti in previsione o a inizio gravidanza					Segnalazioni				
HIV									
Ig anti Treponema									
Emocromo e assetto emoglobinico									

01

ATTACCARE QUI L'ETICHETTA
ADESIVA CHE TERMINA CON 01G

TIMBRO DELLA STRUTTURA STS11
O DEL PROFESSIONISTA CHE SEGUE
LA GRAVIDANZA

ESAMI PER LA GRAVIDANZA FISIOLOGICA (Profilo assistenziale)

COMPIARE	Codice Fiscale (per cittadine straniere codice STP o ENI)													
	Numero Tessera TEAM solo per cittadina comunitaria non italiana													
	Cognome												Nome	
	Data di nascita												Cittadinanza	
	Indirizzo												Tel.	

Codice esenzione **M** _____ aggiungere la settimana di gravidanza in cui viene eseguito l'esame.

Primo trimestre (da 7 a 13 settimane di gravidanza)*

Alcuni esami possono non essere richiesti se eseguiti in tempi relativamente recenti.

Gli esami non richiesti devono essere barrati e controfirmati.

- | | | |
|---|-----------|-------|
| • Determinazione Gruppo sanguigno e fattore Rh
se mai documentato da Centro Trasfusionale | (90.65.3) | _____ |
| • Emocromo | (90.62.2) | _____ |
| • Elettroforesi emoglobina | (90.66.5) | _____ |
| • Test di Coombs indiretto | (90.49.3) | _____ |
| • Glicemia | (90.27.1) | _____ |
| • Esame completo urine | (90.44.3) | _____ |
| • Urocoltura | (90.94.2) | _____ |

Direttore Sanitario Aziendale o Direttore DMI

Data _____

* comunque sempre esenti al primo controllo anche se oltre le 13 settimane di gravidanza usando il codice di esenzione M50

N.B.: rispetto al Gruppo sanguigno attenersi al protocollo che trovate sul retro dell'impegnativa.

SCELTE PER IL PERCORSO NASCITA

Il Percorso Nascita individuale è l'armonica combinazione tra il programma assistenziale previsto per la gravidanza e le scelte personali della donna. In questa sezione sono presenti le informazioni sui principali aspetti sui quali è importante che la donna esprima le sue aspettative.



SCELTE PER IL PARTO

Frequentemente, nel corso della gravidanza, i pensieri della donna, della coppia, si proiettano al momento del parto, a quando la mamma incontrerà il suo bambino. Tali pensieri sono normalmente carichi di aspettative e di timori.

In occasione del Bilancio di Salute a 36-37 settimane di gravidanza, insieme con l'operatore del Punto Nascita scelto per il parto, è utile discutere di quanto ci si aspetta per quell'importante momento. Nella pagina accanto si trova un elenco dei principali elementi di assistenza al travaglio e parto in merito ai quali sono spesso possibili scelte diverse. Esprimere i propri desideri aiuterà gli operatori della nascita ad offrire l'assistenza più personalizzata possibile.

È evidente che tali scelte devono essere comunque considerate con flessibilità da parte della donna poiché, qualora le condizioni clinico-assistenziali uscissero dal decorso fisiologico, potrà essere necessario un tipo di assistenza **addizionale** non sempre compatibile con tutti i tipi di scelte.

Talune richieste particolari, non ancora supportate da prove di efficacia, in assenza di condizioni organizzative o in contrasto con norme e principi vigenti, potrebbero non essere soddisfatte. Si suggerisce di discuterne preventivamente la fattibilità con il Punto Nascita prescelto.



Tra le scelte possibili, non strettamente legate al momento del parto, vi è anche quella di partecipare alla realizzazione di un progetto scientifico europeo (**Progetto Ninfæa**). Il progetto ha lo scopo di migliorare la conoscenza dei fattori responsabili di malattie e di complicanze della gravidanza e di studiare i problemi legati alla nascita e al periodo infantile. **È uno studio epidemiologico che analizza gli effetti dell'ambiente sulla salute della mamma e del suo bambino.** I costi individuali e sociali, associati a una non ottimale salute infantile sono consistenti; per questo le ricerche sulle cause di malattia dell'infanzia sono considerate essenziali per lo sviluppo umano ed economico della società.

Per svolgere questa ricerca è necessaria la collaborazione volontaria di donne in gravidanza disposte a compilare alcuni questionari on line. Partecipando a questo studio si può contribuire con un po' del proprio tempo (quello necessario alla compilazione dei questionari) al progresso delle conoscenze mediche. Queste nuove conoscenze si potranno tradurre in futuro in azioni concrete di prevenzione per migliorare la salute delle mamme e dei bambini.

I sanitari, i politici e gli amministratori hanno bisogno di solide evidenze per sviluppare interventi efficaci per la salute del singolo e per introdurre i cambiamenti che favoriscono la salute collettiva nei loro programmi politici (per la casa, per il lavoro, per l'ambiente, ecc.). Collaborando al progetto si accresceranno le conoscenze per l'intera società.

Per ulteriori approfondimenti:

www.progettoninfæa.it

tel. +39 011 6336970

e-mail: info@progettoninfæa.it



PREFERENZE PER IL PARTO

La donna prenderà in considerazione, insieme all'ostetrica/ginecologo, gli aspetti sotto elencati sui quali è opportuno esprimersi per vivere al meglio l'esperienza del parto. Nel corso del Bilancio di Salute a 36-37 settimane, presso il Punto Nascita prescelto, si potranno ricevere maggiori dettagli su come realizzare le scelte indicate.

Le scelte espresse potranno essere soddisfatte compatibilmente con l'evoluzione fisiologica del travaglio e del parto e con la disponibilità del Punto Nascita prescelto.

LUOGO DEL PARTO

MODALITÀ DEL PARTO

PRESENZA DI PERSONA DI FIDUCIA DURANTE IL TRAVAGLIO

PREFERENZE PER IL TRAVAGLIO

ACCOGLIENZA AL NEONATO. PELLE-PELLE

ALIMENTAZIONE DEL NEONATO

ROOMING IN

DURATA PERMANENZA IN OSPEDALE

DONAZIONE DEL CORDONE

PROGETTO NINFEA



BILANCIO DI SALUTE MATERNO-FETALE PRESSO IL PUNTO NASCITA

A 36-37 settimane il feto ha maturato le competenze per nascere; il Bilancio di Salute materno-fetale va programmato presso il Punto Nascita scelto per il parto o individuato come adatto per la situazione clinica. Nel caso di scelta di parto a domicilio, le linee guida regionali⁸ prevedono la valutazione dell'idoneità al parto a domicilio e l'invio della documentazione al Punto Nascita individuato come riferimento per l'eventuale trasferimento in caso di complicanze.

In questo Bilancio di Salute si esaminano: la storia della gravidanza sulla base di quanto registrato sull'Agenda, lo stato di salute di mamma e bambino, come entrambi si stanno fisiologicamente predisponendo al parto (posizione del bambino, livello del fondo dell'utero, presenza di sporadiche contrazioni - pag. 103), gli eventuali elementi di rischio per il parto stesso, l'esito degli esami eseguiti in gravidanza, compresi quelli raccomandati tra 33 e 37 settimane (che conviene aver già eseguito).

Viene predisposta la cartella clinica ospedaliera che verrà successivamente utilizzata durante il ricovero per la nascita e si compilano alcune parti del Certificato di Assistenza al Parto.

Viene illustrato alla donna il piano di assistenza personalizzata per le successive settimane di gravidanza (pag. 91) concordato tra il Punto Nascita e il servizio/professionista che ha seguito la gravidanza. Si informa inoltre la donna in merito al programma di monitoraggio del benessere fetale a partire da 41 settimane +0 giorni qualora il parto non fosse ancora avvenuto.

In presenza di dubbi sulla salute di mamma e bambino non emersi in precedenza, potrebbero rendersi necessari esami specifici (es. ulteriori esami del sangue, ecografia, registrazione cardiotocografica) ed eventualmente ulteriori incontri più ravvicinati.

Se la situazione richiede la programmazione di un taglio cesareo saranno richiesti esami pre-operatori da eseguire presso l'ospedale (che rientrano comunque nelle prestazioni di assistenza ospedaliera per il parto cesareo).

Questo bilancio di salute è anche il momento per discutere, per chiarire ogni dubbio che la donna possa ancora avere (ad esempio come si accede al reparto di ostetricia, in particolare di notte; se vi è la possibilità di essere accompagnati da altri parenti, ecc.) e per verificare se il Punto Nascita può rispondere ai bisogni e alle scelte della donna (es. situazioni cliniche specifiche, metodi per il contenimento del dolore in travaglio come l'immersione in acqua o l'analgesia peridurale, la donazione del sangue del cordone ombelicale, ecc.).

È utile essere informati sulle regole di reparto (modalità e orari delle visite parenti, permanenza del padre, rooming in, tempi di degenza previsti per il parto e per l'eventuale taglio cesareo, ecc.) per migliorare il confort della propria permanenza in ospedale.

Per le donne che scelgono di partorire a casa il Bilancio di Salute materno-fetale è il momento per rivalutare concretamente la possibilità di soddisfare questo bisogno ed è anche la data d'inizio della reperibilità delle ostetriche per il parto.



⁸ Profilo assistenziale per il parto extracospedaliero (Prot. N. 725/26.2 del 19/05/2004)

Bilancio di Salute materno-fetale a 36-37 settimane di gravidanza

PRESSO IL PUNTO NASCITA _____

Data ____/____/____	Settimane EG ____/____/____	Para ____/____/____
numero feti _____	UM _____	EPP _____



Presentazione decorso

(a cura del professionista che ha seguito la gravidanza)

La gravidanza è stata seguita in:
(indicare il numero di visite per servizio)

Consultorio	
Studio privato	
Ambul. gravidanza a basso rischio	
Ambul. gravidanza a rischio	

CEDAP

Peso	PAO	M Leopold Palpazione	Esplorazione vaginale	Presentazione	BISHOP	LSF	BCF	MAF
							(+)	

p37

Elementi di rischio per il travaglio-parto

NO	SI	specificare
----	----	-------------

Prescrizioni:

Esami aggiuntivi da effettuarsi presso il Punto Nascita

(es. TC programmato per presentazione podalica) allegare copia dell'esito nell'Agenda

es. Analgesia peridurale

Assistenza personalizzata per il periodo 37-41 settimane di gravidanza

Prossimo bilancio a _____ settimane + _____ giorni
presso _____ il giorno _____ ora _____

Firma dell'operatore



LA GRAVIDANZA TRA 37 E 41 SETTIMANE

Anche se il giorno preciso della nascita non è prevedibile, la maggior parte dei bambini nasce intorno a 40 settimane di gravidanza. Questa è una data teorica calcolata a partire dal primo giorno dell'ultima mestruazione (pag. 11). In realtà il momento della nascita può variare anche di 4/5 settimane rispetto alla data teorica calcolata. Infatti si considerano a termine le gravidanze tra le 37 settimane +0 giorni e le 42 settimane +0 giorni.

In quest'ultimo periodo il bambino perfeziona la maturazione di alcune funzioni (es. capacità di respirare), acquisisce peso e si posiziona per il parto. La mamma, a partire da 36 settimane, generalmente respira meglio perché "l'addome si abbassa" e incomincia a percepire contrazioni di preparazione al travaglio.

Le modificazioni che caratterizzano questa fase, per la maggior parte delle gravidanze, portano fisiologicamente all'inizio del travaglio (pag. 103).

Se appaiono segnali come edemi (gonfiore) alle gambe, ai polsi, al viso, perdite di sangue o di liquido amniotico, dolori allo stomaco, disturbi della vista o altra sensazione percepita come disturbante, o se non sono percepiti gli abituali movimenti del feto, è importante andare al più presto presso il Punto Nascita per escludere condizioni di rischio materno e/o fetale.

Il piano assistenziale previsto per questo periodo tiene conto delle caratteristiche e delle necessità individuali (es. primipara o pluripara) e viene realizzato in collaborazione tra il Punto Nascita prescelto e i professionisti che hanno seguito la gravidanza.

In previsione di un taglio cesareo programmato vengono prenotati gli esami pre-operatori e la visita anestesiologica secondo l'organizzazione prevista in ciascun Punto Nascita.

Nelle gravidanze che proseguano oltre le 41 settimane (cioè da 41 settimane +0 giorni) o in quelle in cui si manifestino specifiche indicazioni cliniche, si rende necessario il monitoraggio della gravidanza con l'esecuzione della cardiotocografia (tracciato per la valutazione del benessere fetale) e della valutazione ecografica della quantità del liquido amniotico (AFI). Inoltre può essere proposto lo "scollamento delle membrane" allo scopo di ridurre la necessità di induzione farmacologica del travaglio. Lo scollamento delle membrane avviene durante la visita vaginale e può causare fastidio, dolore, lieve sanguinamento e può essere causa della rottura accidentale delle membrane.

L'induzione vera e propria consiste nel far cominciare il travaglio attraverso l'utilizzo di farmaci (prostaglandine per via vaginale, ossitocina per via endovenosa) oppure senza utilizzo di farmaci, cioè con l'aminioressi (rottura strumentale delle membrane amniotiche).

Generalmente il travaglio viene indotto entro 42 settimane +0 giorni perché il proseguimento della gravidanza risulta essere più frequentemente associato a condizioni di sofferenza e mortalità fetale.

COSA PREPARARE PER L'OSPEDALE IN ATTESA DEL PARTO

1. Agenda di Gravidanza
2. Documenti d'identità
3. Tessera sanitaria; per le donne straniere di paesi appartenenti all'Unione Europea, tessera TEAM; per le donne appartenenti a paesi extracomunitari e senza permesso di soggiorno, codice STP (stranieri temporaneamente presenti) che è rilasciato dai servizi ISI (Informazione Salute Immigrati)
4. Effetti personali per mamma e bambino consigliati dal Punto Nascita prescelto
5. Pieno di carburante nella macchina e voucher per il parcheggio

QUANDO ANDARE IN OSPEDALE PER IL PARTO

- quando le contrazioni sono regolari per intensità, frequenza e durata da almeno un paio di ore
- quando avviene la perdita delle "acque" (di liquido amniotico); specie se il colore del liquido non è chiaro (verde, marrone o giallino) è importante andare subito in ospedale
- quando le perdite di sangue sono maggiori di qualche goccia
- in tutti i casi in cui si abbiano dubbi



Piano d'assistenza personalizzata per la gravidanza tra 37 e 41 settimane

data _____ EG _____

Prossimo Bilancio II _____ ora _____ presso _____

Firma dell'operatore _____

data _____ EG _____

Prossimo Bilancio II _____ ora _____ presso _____

Firma dell'operatore _____

data _____ EG _____

Prossimo Bilancio II _____ ora _____ presso _____

Firma dell'operatore _____

data _____ EG _____

Prossimo Bilancio II _____ ora _____ presso _____

Firma dell'operatore _____

Piano d'assistenza per la gravidanza oltre le 41 settimane +0 giorni presso il Punto Nascita

data _____ EG _____

Prossimo Bilancio II _____ ora _____ presso _____

Firma dell'operatore _____

data _____ EG _____

Prossimo Bilancio II _____ ora _____ presso _____

Firma dell'operatore _____

**LINGUAGGIO
INFORMAZIONI E COUNSELLING**

PAZIENTE

**DONNE GRAVIDE SANE
GRAVIDANZA FISIOLOGICA
GRAVIDANZA A BASSO
RISCHIO**

DONNA

**TERMINE DELLA GRAVIDANZA O EPOCA
PRESUNTA DEL PARTO?**

**PERSONA
ASSISTITA**

**VISITA O BILANCIO DI SALUTE?
CONSENSO O SCELTA E RICHIESTA
INFORMATATA?**

GRAVIDA

CORSI DI PREPARAZIONE AL PARTO O....?

Ci è stato segnalato che dall'Ospedale Sant'Anna giungono ai Medici di Famiglia, curanti di assistite che hanno scelto di effettuare il parto a domicilio, sollecitazioni a richiedere visite ostetriche multiple da effettuarsi da personale paramedico.

A questo proposito poniamo i seguenti quesiti:

- 1) per quale motivo viene richiesto al Medico di Famiglia il rilascio di una impegnativa per visita ostetrica?
- 2) La visita ostetrica effettuata da personale paramedico è inserita nel nomenclatore regionale?
- 3) Chi stabilisce che la gravidanza rientra nei termini di "fisiologicità" per cui può essere seguita da un' ostetrica?

Segnaliamo che tra i compiti previsti dall' ACN per la Medicina Generale c'è la richiesta di consulto specialistico e non per personale paramedico, se non sulla base di un progetto preventivamente concordato.

Segnaliamo inoltre che tali sollecitazioni, non lecite, comportano una inutile perdita di tempo per il paziente e per il Medico per il rilascio di superflue richieste.

Distinti saluti

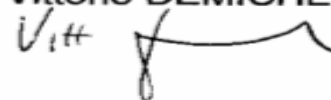
Il Segretario provinciale
FIMMG Torino

- Le prestazioni richieste per i **Profili di gravidanza a rischio o patologica** continueranno ad essere prescritte sulle impegnative del SSN secondo la modalità precedente e con riferimento alla normativa più generale in materia di esenzione ticket (codice di esenzione M 50).

La definizione di gravidanza fisiologica richiede la documentazione del buono stato di salute generale della donna, oltre all'assenza di specifici rischi ostetrici. Per quanto riguarda la salute generale solo il MMG che ha in cura la donna è in grado di valutarla, il concetto è espresso alla donna con le seguenti parole: *“ Il bilancio di salute in gravidanza è un importante momento di comunicazione. Per facilitare lo scambio di informazioni sull'anamnesi personale è necessario fare riferimento alla storia della propria salute anche attraverso un bilancio di salute con il medico curante che può aiutare ad inquadrare le eventuali malattie”*

Coerentemente con quanto dichiarato nell'Agenda relativamente a tutti i servizi coinvolti nel Percorso Nascita: consultori, medici di medicina generale, ambulatori specialistici, laboratori analisi, servizi di ecografia, punti nascita, si raccomanda di utilizzare una delle riunioni dell'équipe per un confronto, in particolare con il responsabile dei consultori, sull'argomento introduzione dell'Agenda di Gravidanza nel proprio territorio. L'Agenda è scaricabile in sola lettura dall'area Sanità del sito regionale per i cittadini, mentre i formulari clinici sono accessibili agli operatori con specifica password.

IL DIRETTORE
- Vittorio DEMICHELI -



L'Agenda di Gravidanza nasce come strumento:

- per fornire le informazioni relative al Percorso Nascita a tutte le donne in gravidanza, a tal fine ne è prevista la traduzione in lingua inglese, francese, spagnolo, arabo e rumeno;
- per raccoglierne i dati clinici da monitorare durante la gravidanza;
- per fornire le impegnative prestampate per gli esami previsti dal Profilo Assistenziale Regionale per la Gravidanza Fisiologica, condiviso tra gli operatori dei Dipartimenti Materno-Infantili (territorio e ospedale) ed inviato a tutte le ASR il 23.5.2008 prot. 18111/DA2005;
- per stimolare scelte consapevoli rispetto alle opzioni assistenziali possibili per gravidanza, parto, puerperio;
- per offrire le informazioni sui diritti legati alla maternità e paternità;
- per permettere agli operatori dei Punti Nascita di accedere facilmente ai dati richiesti dalla compilazione del Cedap (Certificato di Assistenza al Parto);
- per favorire il collegamento tra assistenza territoriale e ospedaliera e viceversa;
- * per promuovere l'uso di formulazioni di consenso informato uniformi su tutto il territorio
- * per permettere la conservazione dei documenti della gravidanza sia essa fisiologica o a rischio.

Considerazioni Personalì

- Focalizzazione sulla fisiologia dell'evento nascita
- Visione olistica dell'assistenza, che in grado di rivolgersi alla gestante nella sua globalità, considerando la situazione sociale, i bisogni fisici ed emozionali e la specifica situazione clinica come importanti fattori in grado di condizionare il benessere della donna e del bambino
- Promozione dell'assistenza caratterizzata dalla centralità della persona assistita, che ne riconosca la partecipazione attiva, fornendo informazioni chiare e accessibili, incoraggiandola a conservare la "cartella della gravidanza" e ad utilizzare gli spunti che essa offre come strumento di riflessione sulla centralità del proprio ruolo
- Flessibilità dell'assistenza, in grado di accogliere e rispettare la varietà dei valori sociali e culturali, le attitudini e lo stile di vita delle donne e delle loro famiglie
- Implementazione di un'assistenza multidisciplinare alla gravidanza, con una chiara comprensione degli specifici ruoli professionali e finalizzata al raggiungimento della migliore qualità assistenziale possibile
- Utilizzo di un'appropriata forma di comunicazione
- EBM

Linee regionali di indirizzo

INCONTRI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA

Premessa

I corsi di accompagnamento alla nascita vanno visti come occasione per realizzare la “coralità” del sostegno alla gravidanza (e successivamente alle cure del bambino) riacquisendo il valore della messa in comune di esperienze, unitamente alla possibilità di confronto tra il progetto di salute della donna/coppia con le evidenze scientifiche relative e con la disponibilità dei servizi del territorio di residenza. L'organizzazione di questo importante momento di promozione di salute della donna, del bambino, del nucleo familiare e di promozione di corretto rapporto famiglia servizi sanitari deve coinvolgere tutti gli operatori del percorso nascita in una riflessione comune sui messaggi irrinunciabili, sull'apertura ai familiari oltre al partner, sulle figure professionali utili alla completezza dei messaggi, sulle modalità di offerta attiva, sugli orari compatibili con la partecipazione dei partner e delle coppie straniere, sulla compartecipazione ai corsi dei servizi coinvolti nel percorso nascita.

Per garantire continuità e coerenza all'interno dei CAN si raccomanda che la conduzione sia affidata ad un'ostetrica o ad un piccolo gruppo di ostetriche che condividano la stessa filosofia assistenziale; altri professionisti possono collaborare con l'ostetrica su temi specifici, favorendo stili di vita sani e fisiologia del percorso nascita.

Le informazioni veicolate attraverso i CAN devono rispondere ai criteri di EBM, di condivisione tra tutti gli operatori dei DMI e con gli altri professionisti potenzialmente coinvolti nel percorso nascita o nella elaborazione di messaggi informativi (MMG, PLS, farmacisti, nutrizionisti, esperti di educazione alla salute, veterinari).

La programmazione dei CAN prevede un'offerta "di base" con riferimento ai contenuti esplicitati nell'Agenda di Gravidanza. L'offerta può essere integrata da eventuali incontri mirati a specifiche tematiche (come i gruppi di supporto per: la cessazione del fumo, i disordini alimentari, la corretta gestione degli animali domestici, etc) anche con diversa metodologia organizzativa.

Nello specifico, lo sviluppo dei singoli contenuti di base dei CAN deve fare riferimento almeno alle seguenti fonti:

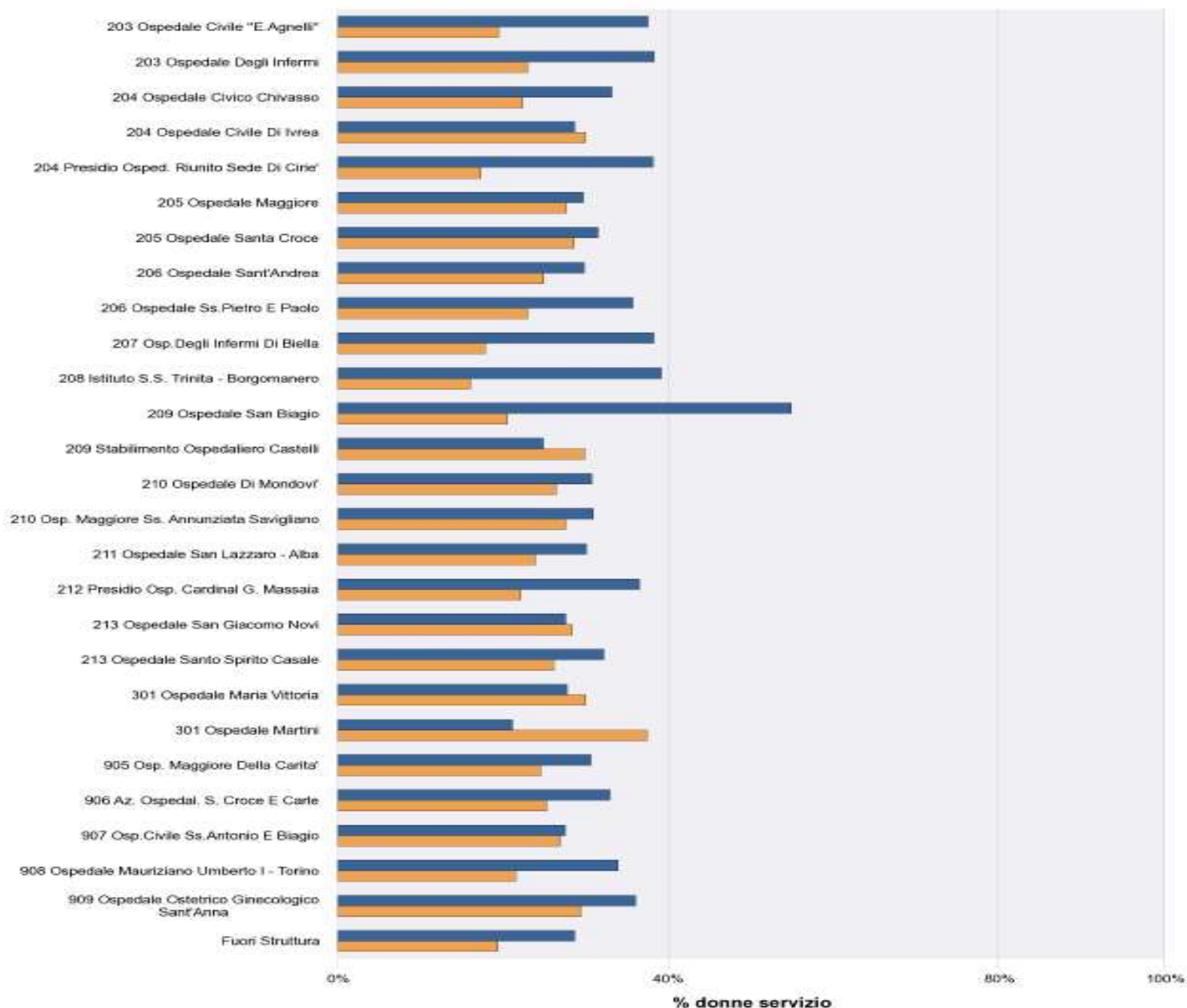
- Agenda di Gravidanza della Regione Piemonte¹
- Agenda di Salute dalla nascita all'adolescenza della Regione Piemonte
- Genitori Più – 7 azioni per la vita del tuo bambino²
- 10 passi OMS-UNICEF per allattare al seno con successo³
- LG gravidanza fisiologica SNLG⁴; Profilo assistenziale per la gravidanza fisiologica a basso rischio della Regione Piemonte⁵
- LG taglio cesareo: una scelta appropriata a consapevole^{SNLG6}
- LG taglio cesareo: una scelta appropriata a consapevole (seconda parte) SNLG⁷
- Intrapartum Care NICE⁸
- Postnatal Care NICE⁹

#VALOREMULTI

Fonte dati CEDAP, aggiornamento del 04/11/2017

#VALOREMULTI

Punto Nascita



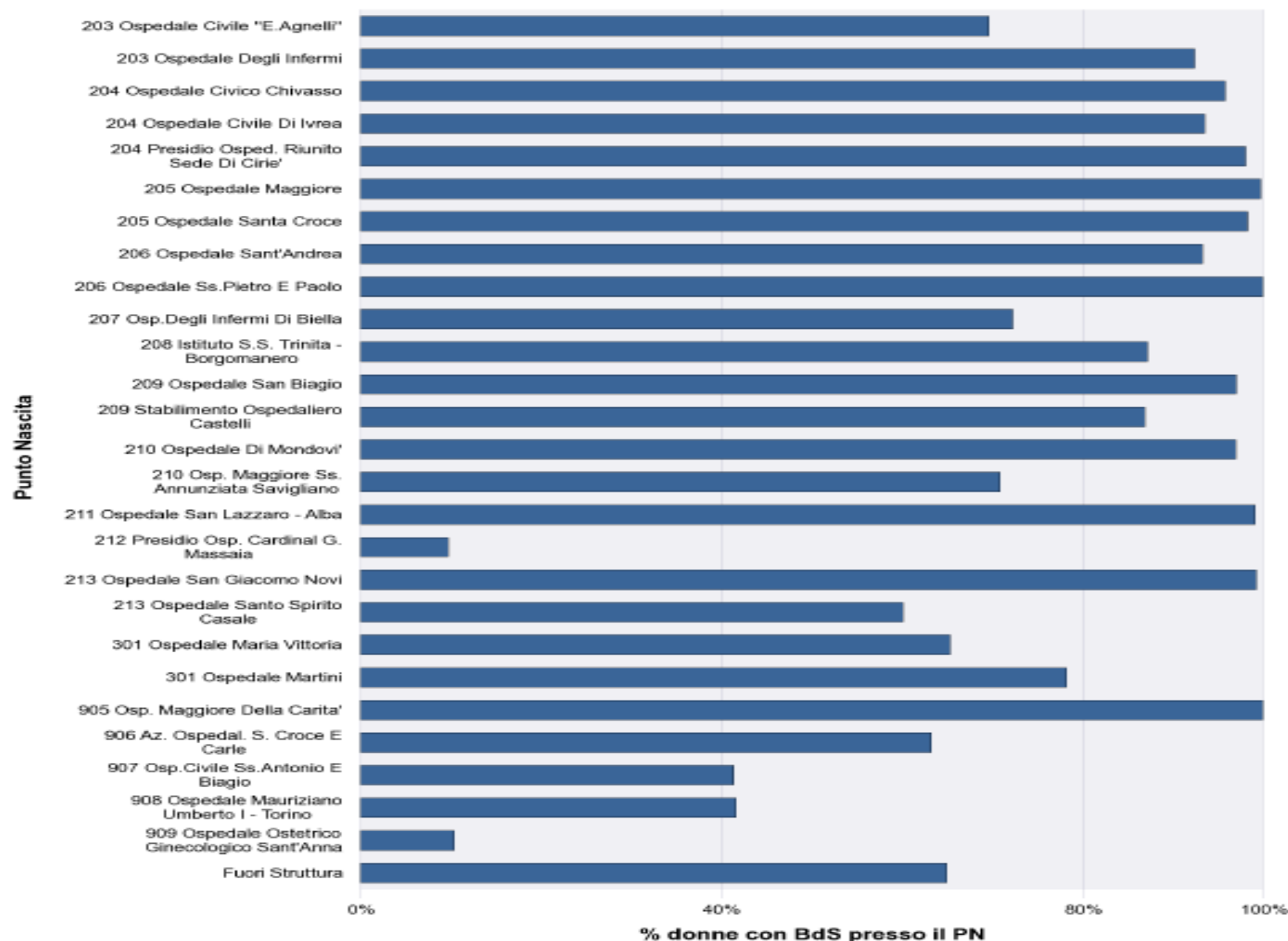
Servizio
monitoraggio
della
gravidanza

■ Privato
■ Pubblico

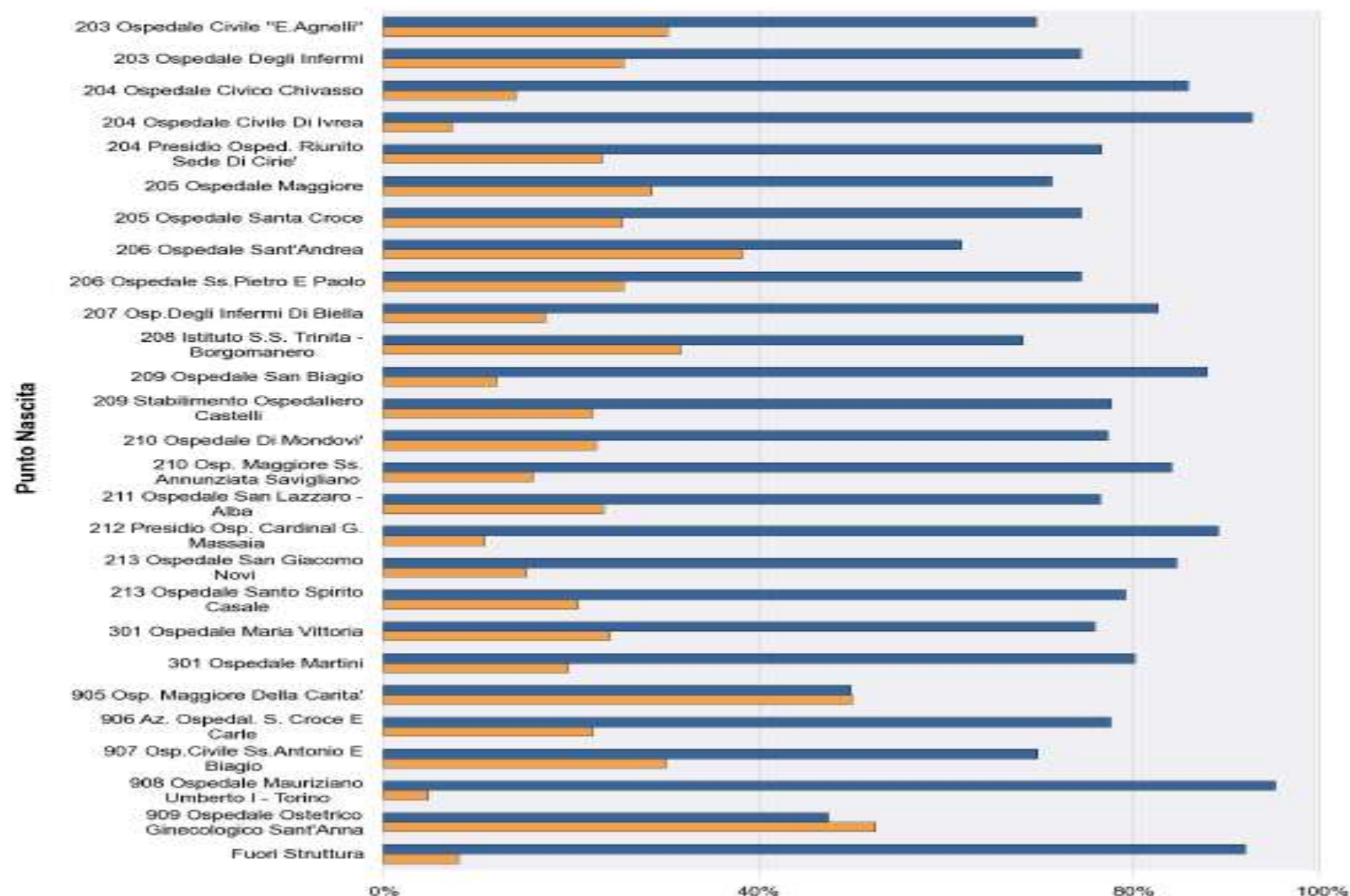
Fonte dati CEDAP, aggiornamento del 04/11/2017

Anno Parto : 2016

Le percentuali riportate nel grafico si riferiscono ai punti nascita in cui sono avvenuti almeno 5 parti nel 2016.



Le percentuali riportate nel grafico si riferiscono ai punti nascita in cui sono avvenuti almeno 5 parti nel 2016.



Sant' Anna, via le divisioni doppione

E arriva un reparto affidato soltanto alle ostetriche

SARA STRIPPOLI

ADDIO, nell'azienda materino-infantile, alle divisioni doppione, universitarie e ospedaliere. E fine, alle Molinette, dei reparti troppo piccoli: quelli con meno di 10 posti letto saranno accorpati insieme con altri più grandi. Mentre la «città della salute» volta pagina sui vecchi schemi organizzativi del passato, il Sant'Anna guarda al futuro con la nascita di un reparto senza mediche avrà, come «primario», un'ostetrica. La rivoluzione contenuta nel piano di «qualificazione dell'assistenza e riequilibrio economico finanziario» che Marinella D'Innocenzo, il commissario straordinario dell'azienda sanitaria Sant'Anna-Regina, incaricata presenterà nei prossimi giorni, prevede la nascita di un sperimentale di dipartimenti misti, università e ospedale. Obiettivo: eliminare le sovrapposizioni e ottimizzare i costi. «Al Sant'Anna», ha spiegato D'Innocenzo, «abbiamo due colposcopie, due isteroscopie, due ecografie che hanno in alcuni casi orari quasi coincidenti: «nesso» soltanto al mattino». «Un solo servizio», ha aggiunto, «consentirà di ampliare l'orario anche al pomeriggio». Nel documento di rilancio aziendale è contenuta anche una curiosa novità che non potrà non rallegrare future mamme fiduciose in un parto naturale. Al Sant'Anna, infatti, nascerà presto un nuovo reparto gestito totalmente da infermiere ostetriche che seguiranno le gravidanze fisiologiche, prive cioè di complicazioni patologiche che comportino necessariamente la presenza di un medico ginecologo al momento del parto. Quindici posti letto previsti. Nessuna contrazione dei posti letto e neppure riduzione del personale, è la promessa del commissario che ha già incontrato i sindacati e annuncia un bersaglio concreto da colpire: nel 2007 una riduzione del 10-15 per cento del disavanzo attuale, che ammonta a 33 milioni di euro, su un fatturato di 170. Certo, l'innovazione dei dipartimenti misti, anche se avviata in modo sperimentale, non rischia di passare sotto silenzio. Per quanto la nuova forzata convivenza non comporti perdita di primati, si rivelerà delicato il momento della scelta quando arriverà il tempo di indicare il nome di chi sarà chiamato a dirigere il dipartimento unico. Un esempio per tutti quello dell'ostetricia e ginecologia del Sant'Anna, due dipartimenti at-

per l'Università e Campogrande per l'ospedale.

Seguendo le indicazioni dell'assessorato alla Sanità, saranno accorpati sotto il «tetto» dei dipartimenti tutti i reparti che hanno un numero di posti letto inferiore a 10. All'ospedale Regina Margherita sono più di dieci i reparti che «scompaiono» senza però comportare la perdita del primario. In totale, sono 12 i dipartimenti attuali nei due ospedali specialistici, 4 al Sant'Anna e 12 al Regina Margherita. «Alcuni dipartimenti», precisa D'Innocenzo, «hanno un numero di posti letto inferio-



MANAGER
Marinella
D'Innocenzo guida
da pochi mesi
il Sant'Anna

«È assurdo avere due ecografie che hanno orari quasi identici e solo al mattino: il servizio sarà esteso»

re a trenta».

Sulla stessa falsariga si sviluppa la bozza del piano di riequilibrio delle Molinette. In corso Bramante il commissario Galziano, per ridurre il deficit (45 milioni di euro circa), e migliorare l'efficienza ha previsto la conversione di due ospedali, il San Giovanni e l'antica sede del San Vito. E ha disegnato una nuova mappa ospedaliera che prevede l'accorpamento di 27 reparti. Di questi, in realtà, quasi tutti sono già organizzati secondo questo nuovo schema. La reumatologia di Molinette, ad esempio, già da tempo convive con la pneu-

mologia di Baldi e la neurologia di Giobbe. I tra primari si dividono il reparto, hanno unica caposala, stessa segretaria, una sala medica per tutti, ma restano «titolari» dei letti che gli sono stati assegnati. Stessa scena si ripete nel piano che ospita la chirurgia vascolare universitaria di Rispoli e quella ospedaliera di Ponzo. Accorpate pure la chirurgia toracica di Oliaro e la chirurgia generale di Robecchi. L'oncologia dermatologica di Macripò e la dermatologia universitaria di Pippione. La day-surgery di Sandrelli e la chirurgia universitaria di Mussa.

LA REPUBBLICA

23 AGO. 2006

PAROLE CHIAVE

- Alta qualità delle cure in gravidanza
- Parto spontaneo
- Coinvolgimento nelle decisioni
- Possibilità di scelta
- Ospedale ambiente alienante per molte donne
- Area per i casi fisiologici a conduzione ostetrica = risultati clinici migliori a parità di condizione clinica

Practice Points

Ensure that pregnant women receive high quality care throughout their pregnancy, have a normal childbirth wherever possible, are involved in decisions about what is best for them and their babies, and have choices about how and where they give birth (DH 2004).

Respect for a woman's wishes and her involvement in decision making is essential to her care in pregnancy and labour (NICE 2007; DH 2004). The birth plan should be discussed in full with the midwife looking after the woman in labour.

Hospital is an alienating environment for most women, in which institutionalised routines and lack of privacy can contribute to feelings of loss of control and disempowerment (Lock and Gibb 2003; Steele 1995). The studies by Green et al. (1990) and Simkin (1992) found that control, or lack of it, was important to the women's experience of labour and their subsequent emotional well-being.

Trials have demonstrated the benefits to women of having a low-risk, midwife-led area as an alternative to the conventional labour ward (Birthplace in England Collaborative Group 2011; Hodnett et al. 2010; Hatem et al. 2008; Byrne et al. 2000; Hodnett 2000; Waldenstrom 1997; Hundley et al. 1994; McVicar et al. 1993).



Maggiore
soddisfazione
donne assistite in
gravidanza dalle
ostetriche

↓ Perdite fetali
prima 24 settimane
E.G.

↓ analgesia
locale in travaglio

↓ Incidenza
ospedalizzazioni
prenatali

↓ Parti operativi

↓ mancato
riconoscimento
delle mal
presentazioni fetali

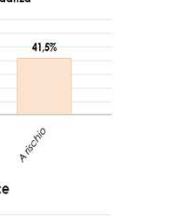
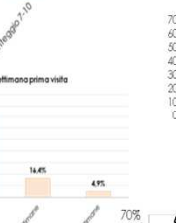
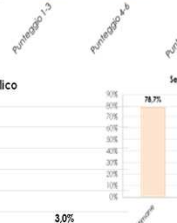
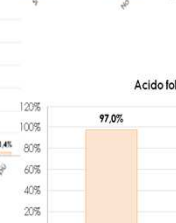
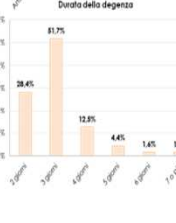
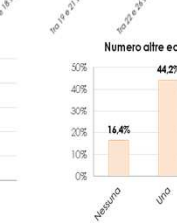
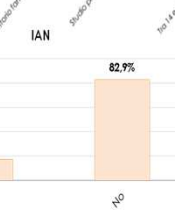
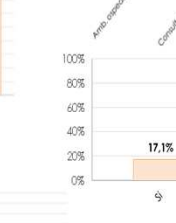
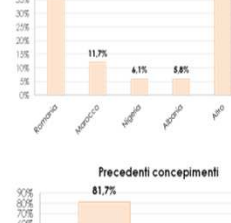
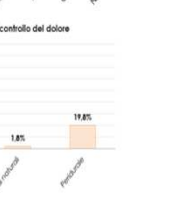
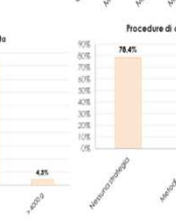
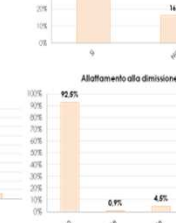
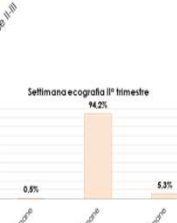
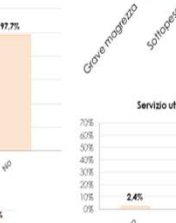
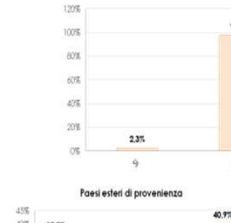
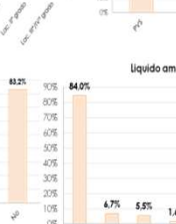
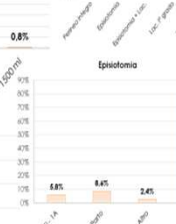
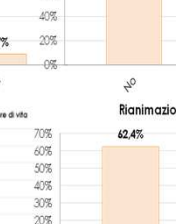
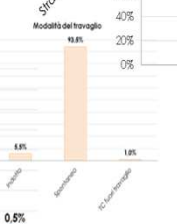
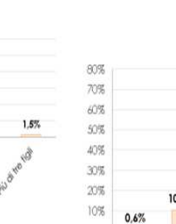
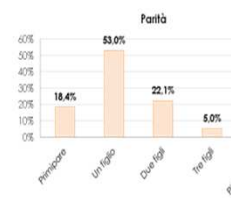
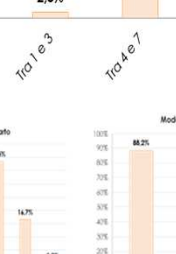
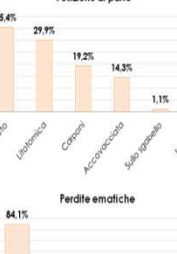
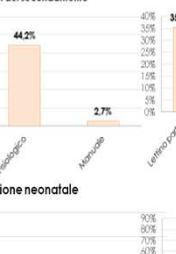
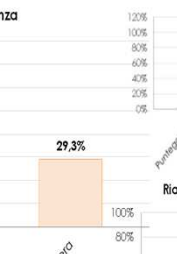
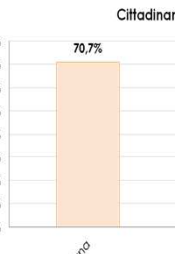
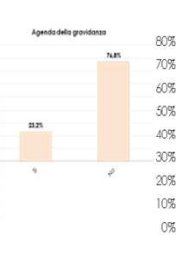
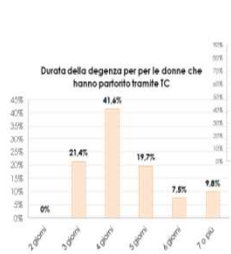
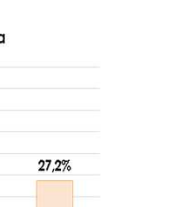
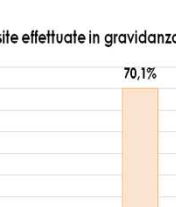
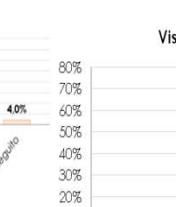
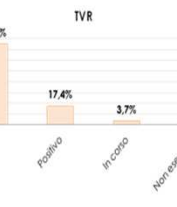
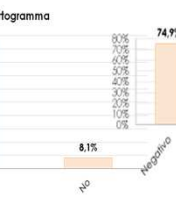
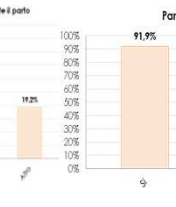
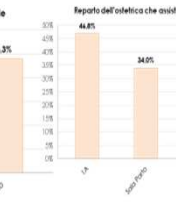
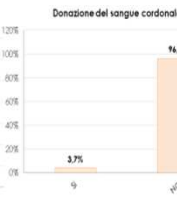
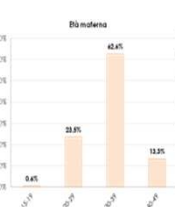
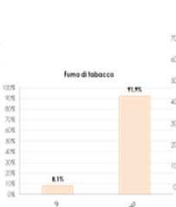
↑ Tasso
allattamento seno



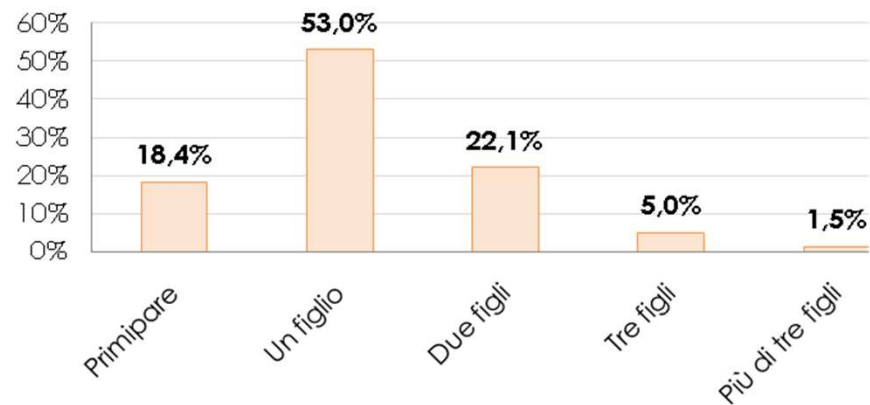
ABSTRACT

Introduzione: Nel 2008, il P.O. Sant'Anna di Torino ha effettuato una riorganizzazione delle Unità Operative per Intensità di Cure che ha previsto, sulla base delle raccomandazioni della letteratura, la diversificazione dei percorsi assistenziali delle donne sane con gravidanza fisiologica da quelle con fattori di rischio materni e/o fetali, a cui è conseguita l'istituzione della struttura a gestione Ostetrica denominata Settore 1A Fisiologia.

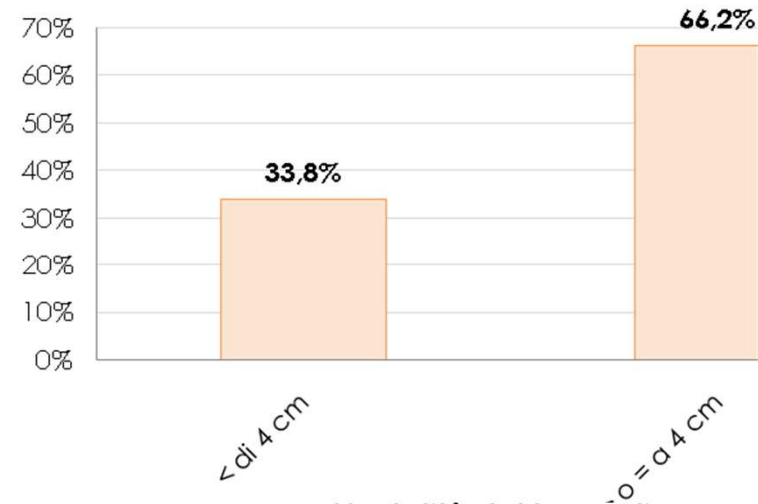
Obiettivo: Descrivere ed analizzare l'assistenza alla diade madre-neonato erogata presso il Settore 1A Fisiologia, evidenziandone potenzialità e limiti alla luce dei risultati clinici ottenuti, dei vissuti delle donne, dell'esperienza dei professionisti e delle evidenze scientifiche disponibili in letteratura. Proporre aggiornamenti ed integrazioni al Protocollo Operativo Assistenziale per il travaglio, parto e postpartum delle donne che afferiscono alla struttura.



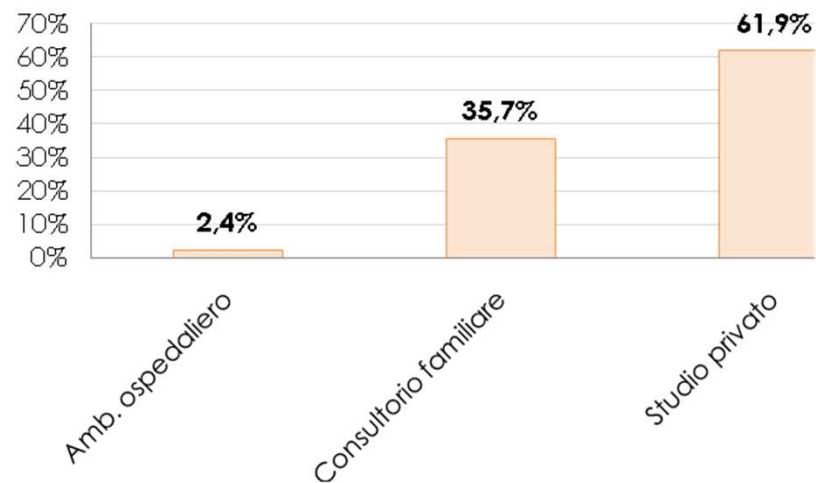
Parità



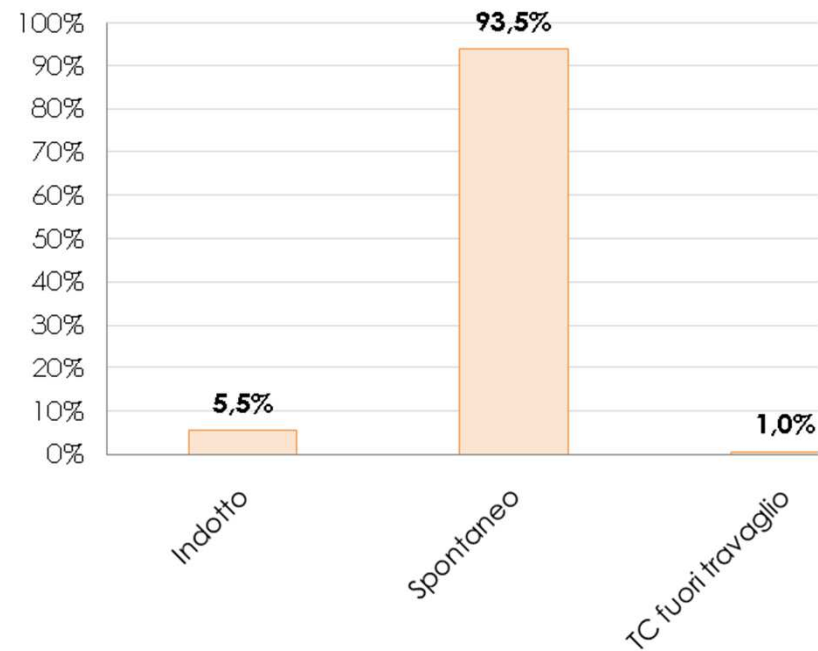
Cm di dilatazione al ricovero



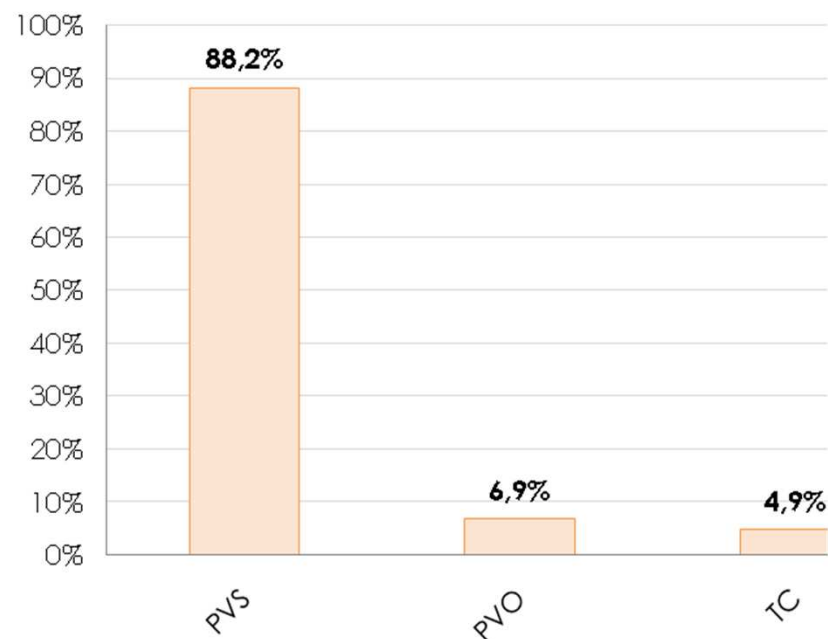
Servizio utilizzato in gravidanza



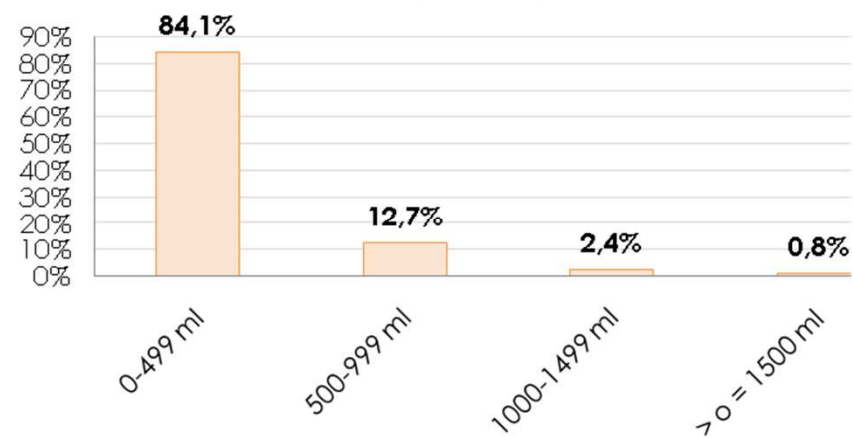
Modalità del travaglio



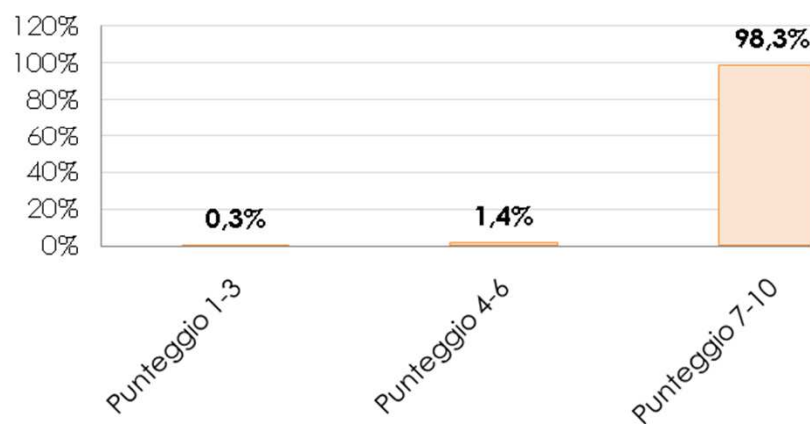
Modalità del parto



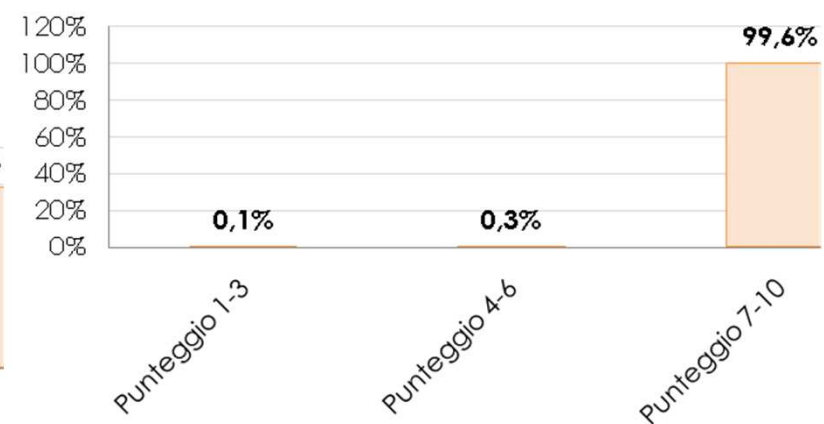
Perdite ematiche



Apgar 1'



Apgar 5'



MATERIALI E METODI

Un'indagine **qualitativa** con il metodo della **content analysis**

dei **vissuti** di **7 donne** che hanno **partorito** presso il Settore 1A
nel periodo di tempo dal 06 giugno al 07 agosto 2017

e dell'**esperienza** di **7 professionisti** dell'area ostetrico-ginecologica e
neonatale del **Sant'Anna** in merito all'assistenza erogata dal Settore 1A

Le informazioni sono state raccolte con
14 interviste
audioregistrate e sbobinate



I BISOGNI E LE ESIGENZE DELLE DONNE AL MOMENTO DELL'ARRIVO IN REPARTO

«Mi sono sentita considerata, ascoltata, aiutata»
Int. 4

«Inizi ad acclimatarti, a capire dove sei e cosa sta succedendo» Int. 7

«Ho pensato [...] che ci fosse davvero un gran bel servizio! [...] L'ho trovato un gesto assolutamente apprezzabile» Int. 7

«Le ostetriche sono una presenza costante, gentili e disponibili nello spiegare le cose e nel dare mille informazioni» Int. 7

«No, non lo sapevo, me ne sono accorta proprio solo qui che era tutto in mano alle ostetriche» Int. 7

«Fa tanto essere accolte in un certo modo»
Int. 5

IL VISSUTO DELLE DONNE RELATIVO A TRAVAGLIO, PARTO E ALLATTAMENTO

«Un dolore fortissimo [...] l'ostetrica che mi ha seguito è stata fantastica, bravissima, concretamente mi ha aiutato l'epidurale, però lei [...] mi ha dato la forza per affrontare tutta l'esperienza» Int. 5

«L'ostetrica ha avuto un modo di fare che attirava la mia attenzione [...] riusciva a mantenere una voce così calma che pensavo "ma come fa?!!!" [...] è stata bravissima, se le possiamo dare un punteggio: 100» Int. 6

«Con l'ostetrica mi sono trovata bene: è stata decisa [...] accogliente, ha cercato di entrare in relazione con me, e poi è sempre stata professionale quindi ha avuto secondo me tutti gli aspetti fondamentali che uno cerca in questa circostanza» Int. 7

«Le ostetriche mi hanno fatto forza e mi sono sentita rassicurata» Int. 2

IL PERCEPITO DELLE DONNE CHE HANNO GIÀ DEI FIGLI IN RAPPORTO ALLE PRECEDENTI DEGENZE

«Questa volta è stata un'esperienza diversa rispetto alla prima, forse proprio perché sono ostetriche! [...] Mi sono trovata meglio dell'altra volta, per la disponibilità, per il fatto di essere ascoltata, capita, di non essere solo lì a partorire “via una avanti l'altra”. Ho visto proprio delle persone che lo fanno con passione» Int. 5

«Per il primo se fossi stata in questo reparto sarebbe stato meglio perché [...] di là era un reparto dove ci sono casi più particolari quindi io ero in camera con tre mamme che dovevano ancora partorire e ognuna aveva un problema diverso. Io non avevo problemi ed ero un po' una pecora nera rispetto a loro, invece qua sono tutte, da quello che vedo, abbastanza senza grossi problemi» Int. 1

LA PROFESSIONALITÀ DELLE OSTETRICHE E LA PERCEZIONE DELLA SICUREZZA

«Sono state sempre **presenti** [...] Mi hanno **aiutato** a partorire, e poi anche dopo, **in tutto!** Anche dal punto di vista emotivo mi hanno dato quello di cui avevo **bisogno**» Int. 4

«**Sei monitorato H24**, c'è sempre qualcuno che entra in stanza, che ti prende la temperatura, i parametri, ti fa la visita interna, ti fa questo, ti fa quello, quindi **“esisti, ci sei”** e sei assolutamente **accolto, dal punto di vista clinico e sotto ogni punto di vista** [...] certo, **dal punto di vista emotivo va anche un po' a seconda di chi ti trovi davanti** [...] però non posso dire di non aver ricevuto sempre una risposta rispetto ai dubbi che avevo [...] quindi **mi sono sentita proprio presa in carico**» Int. 7

IL PARERE DELLE DONNE PER VALUTARE E MIGLIORARE I SERVIZI

OFFERTI

«Quando gli spieghi un po' la situazione, loro cercano sempre di **risolvere** il tuo problema [...] sono rimasta veramente **soddisfatta e appagata**» Int. 2

«Se hai qualsiasi dubbio o perplessità puoi sempre parlare con **persone competenti**» Int. 3

«Si vede che lo fanno con **passione**, quello fa tanto sì sì sì, anche perché **le ostetriche fanno nascere i bambini ed è la cosa più bella del mondo!**» Int. 5

«All'ostetrica che mi ha fatto partorire direi di **continuare così** perché è molto brava e ha tanta **pazienza**, la faranno santa!» Int. 4

«Un suggerimento? No... l'ostetrica che mi ha seguito è stata **fantastica**, non saprei cosa dirle, nel senso che, veramente, **è grazie a lei che è nata mia figlia! Me la ricorderò per tutta la vita**» Int. 5

«Le direi di **non cambiare mai e poi mai**» Int.

6

«Anche se può essere paragonato ad “un porto di **mare**” perché **c'è di tutto**, sai che comunque proprio il “di tutto” fa sì che ci sia un'**esperienza** diversa e che qualsiasi cosa ti succeda, **in un attimo c'è chi sa aiutarti**» Int. 1

«Penso che sia un **ottimo** ospedale, anche per i bambini, qualsiasi cosa succeda penso che sia all'avanguardia, **meglio di qui non c'è** [...] so che **sono il top**» Int. 5

GLI ESITI POSITIVI DELLA DIVERSIFICAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI

«Ha permesso di diversificare l'assistenza sia da un punto di vista ostetrico-ginecologico sia da un punto di vista neonatale [...] questi reparti si vanno a specializzare, a diventare sempre più adeguati per rispondere a dei bisogni che sono diversi fra mamme che hanno una gravidanza fisiologica e mamme che invece hanno dei fattori di rischio o comunque delle problematiche già evidenziate» Int. 5

«Un team molto affiatato [...] secondo me sono molto brave»
Int. 5

L'ANALISI DELLE CRITICITÀ

«Facciamo noi la maggior parte delle
anamnesi, seguiamo il travaglio e il parto
[...] le donne in puerperio le vediamo noi,
sosteniamo l'allattamento al seno e
vediamo anche le mamme in dimissione»

Int. 4

«E' un turnover veramente frenetico,
ma questo è legato al fatto che [...] una donna fisiologica [...] nel momento in cui sta bene ed è stata sostenuta in quelli che sono i primi momenti, è importante che vada a casa presto» Int. 5

PROPOSTE DI CAMBIAMENTO PER L'ATTUALE ORGANIZZAZIONE

«Ci sono dei **miglioramenti** rispetto all'attuale organizzazione che possono essere fatti, anche **rilevanti** [...] quando è stato formato il reparto, ormai molti anni fa, per dichiarare la gravidanza e il travaglio normale ci voleva un medico, oggi non è più così [...] e **alcune barriere devono ancora essere superate**»

Int. 7

«L'intera azienda ospedaliera meriterebbe un **maggiore comfort alberghiero** e un **maggior controllo delle visite** nei reparti di degenza perché camere a quattro letti con 3-4-5 parenti per stanza diventano una situazione insostenibile per i neonati e per le mamme»

Int. 5

«Ci vorrebbero **più ostetriche**, ovviamente»

Int. 1

L'OPINIONE DELLE DONNE SECONDO IL PERCEPITO DEI PROFESSIONISTI

Il **percepito dei professionisti** in merito alla **soddisfazione materna** relativa all'assistenza erogata presso il Settore 1A Fisiologia è che sia «mediamente **molto alta**» Int. 5

Per quanto riguarda l'accettazione dell'**autonomia dell'ostetrica** da parte delle donne, diversi concordano sul fatto che «**la donna si affidi completamente e si fidi dell'ostetrica**» Int. 3

IL PARERE DEI PROFESSIONISTI DEL P.O. SANT'ANNA

«Penso che ad oggi il Settore 1A Fisiologia sia un **dato di fatto**» Int. 6

«I **protocolli**, le **procedure**, ecc. vengono rispettati [...] si cerca di lavorare nella **sicurezza** assoluta» Int. 3

«La struttura, tra l'altro, offre validi **corsi di aggiornamento**» Int. 1

«La **forza** di questo reparto sia **l'unità del gruppo delle ostetriche** che garantisce **continuità** e assistenza con turni di 12 ore [...] insomma sono sempre loro e sono un bel gruppo» Int. 5

«Allora, secondo me, **non devi fare** l'ostetrica **ma devi essere** ostetrica per andare a lavorare in 1A» Int. 2

CONCLUSIONI

Questo studio conferma i dati della letteratura
e evidenzia come le Unità Operative a gestione Ostetrica
siano applicabili anche nel contesto italiano
e garantiscano qualità, sicurezza e soddisfazione
da parte delle donne e dei professionisti









Mondo doula

[Home](#) [Diventa una Doula](#) [Richiedi una Doula](#) [Corsi](#) [Trova una Doula](#) [Chi Siamo](#)

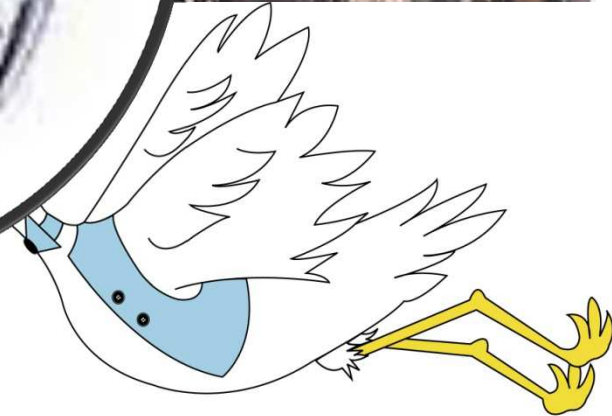




CALL THE MIDWIFE

"Some of the most moving
acting shown on prime time
for many years...a terrific drama"
DAILY TELEGRAPH

"Utterly winning...
A drama to answer all our prayers"
SUNDAY TIMES





Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

Comitato Percorso Nascita nazionale

**LINEE DI INDIRIZZO PER LA DEFINIZIONE E L'ORGANIZZAZIONE
DELL'ASSISTENZA IN AUTONOMIA DA PARTE DELLE OSTETRICHE
ALLE GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO OSTETRICO (BRO)**

IL PERCORSO NASCITA E LA COLLETTIVITÀ

Al termine del percorso assistenziale, nella speranza che tutto si sia svolto nel modo più soddisfacente per mamma e bambino, si vogliono condividere alcune considerazioni sul valore sociale di una assistenza adeguata lungo tutto il Percorso Nascita e lungo il Percorso Crescita del bambino.

Il percorso è interamente gratuito, ma questo non significa che non abbia un costo. Per ogni gravidanza/parto avvenuto in ospedale si genera un costo (comprensivo di valore degli esami, dei corsi di accompagnamento alla nascita, della degenza ospedaliera, dell'assistenza in puerperio) finanziato dal Servizio Sanitario Regionale, ma in ultima analisi esso è sostenuto da tutta la collettività attraverso le tasse che ogni cittadino paga allo Stato/Regione.

*La consapevolezza dell'importanza del **contributo di ognuno alla salute di tutti** e, nello specifico, alla salute della nuova generazione di cittadini rende da una parte orgogliosi del sistema in cui si vive e dall'altra maggiormente responsabili verso un uso appropriato delle risorse messe a disposizione. La salute non è solo un diritto della singola persona ma dell'intera collettività: la salute di ognuno è interesse di tutti.*

*Per l'intera collettività, e non solo per i genitori, le azioni di promozione della salute e di prevenzione per il singolo bambino **a partire proprio dai primi tre anni di vita** sono quelle che danno i migliori risultati in termini di salute e di benessere del bambino/a e del futuro adulto/a.*

*L'altro valore sociale a cui si vuol fare riferimento è quello della **salvaguardia dell'ambiente**, in particolare per le nuove e future generazioni:*

- l'uso delle tecniche diagnostiche sofisticate, limitatamente alle indicazioni appropriate per ciascun esame, così come l'uso dei prodotti per la prima infanzia, senza cedere alle lusinghe delle pubblicità commerciali, permette un risparmio energetico oltre che un risparmio economico per la famiglia;*
- l'allattamento al seno, oltre tutti i vantaggi per il singolo bambino, comporta un risparmio ecologico in termini di meno mucche sfruttate per la produzione di latte "artificiale", quindi meno allevamenti, meno pesticidi, meno diserbanti; minor spreco di imballaggi di carta, plastica, vetro; meno rifiuti solidi; minor consumo di energia per la produzione industriale del latte artificiale;*
- l'uso di pannolini ecologici riduce la quantità di rifiuti da smaltire e riduce l'enorme quantità di acqua necessaria per la fabbricazione dei pannolini usa e getta;*
- lo scambiare con altri genitori quei supporti necessari per il bambino, che si usano solo per tempi limitati (ad es. seggiolino per auto, passeggino, abitini, ecc), consente di ridurre il consumo di energia per la produzione e la distribuzione dei prodotti per la primissima infanzia.*

*La **salute del bambino**, nel senso più ampio del termine salute (fisica, psichica, relazionale, ambientale) dipenderà anche dal mondo in cui lo si farà crescere, per cui val la pena di:*

- non sprecare acqua, energia, cibo*
- proteggere l'ambiente intorno a noi, in casa e fuori*
- promuovere una alimentazione sana che, a partire dallo svezzamento, proponga una ampia varietà di cibi **di stagione** che contribuiscano a stimolare lo sviluppo del gusto del bambino*
- proteggere i bambini dalle malattie prevenibili con le vaccinazioni*
- privilegiare la mobilità a piedi, in bicicletta, con i mezzi pubblici*
- privilegiare i beni prodotti nel rispetto dei diritti umani*
- sostenere il diritto all'educazione, alla salute e ad un ambiente vivibile per i bambini che ne sono esclusi*
- promuovere la conoscenza tra bambini e ragazzi di diverse nazionalità*
- educare a relazioni basate sulla comunicazione e la non violenza.*

GLOBAL
**CLIMATE
STRIKE**
20-27 SEPT



LUCI D'ARTISTA A TORINO



