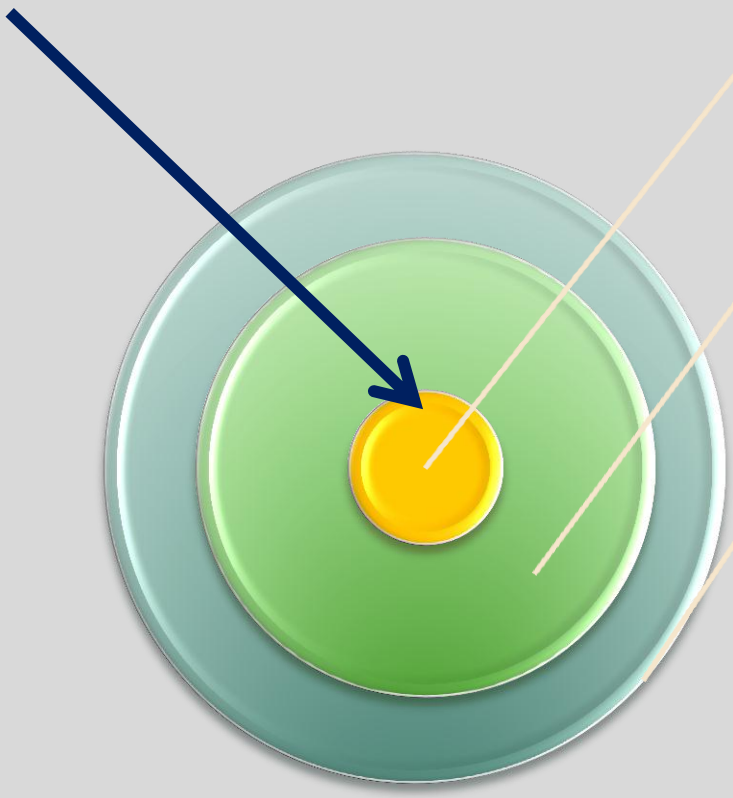
“La Salute Riproduttiva: Depressione in Gravidanza e nel PostPartum e Nascita Pretermine”

La Certificazione dei Punti Nascita

r.zanini

Organizzazione Punti Nascita: Strumento per le Donne ed i Bambini

"..Non c'è vento favorevole per chi non sa dove andare"



La Situazione

- **Nel nostro Paese la Medicina sta vivendo un momento di particolare criticità**: da un lato ha raggiunto capacità assistenziali mai sfiorate in precedenza e, dall'altro, si trova al centro dell'attenzione sia per i **costi** in continua crescita sia per alcuni **aspetti qualitativi** non sempre in linea e coerenti con le ingenti risorse richieste, continuamente ritenute inferiori dalle elevate aspettative degli Utenti

- **In tutti i Paesi industrializzati è presente questo ambiguo scenario**: una medicina che offre prestazioni inimmaginabili sino ad alcuni anni fa, che, al contempo, è in grave sofferenza di **credibilità** presso le **Istituzioni** e gli **Utenti**, proprio perché da un lato ha generato attese frequentemente più elevate delle reali possibilità e, dall'altro, perchè ha indotto procedure molto complesse, costose e facilmente causa di errore

La Depressione e la proposta professionale

In every complex problem
there is a simple, easy to understand, incorrect answer.

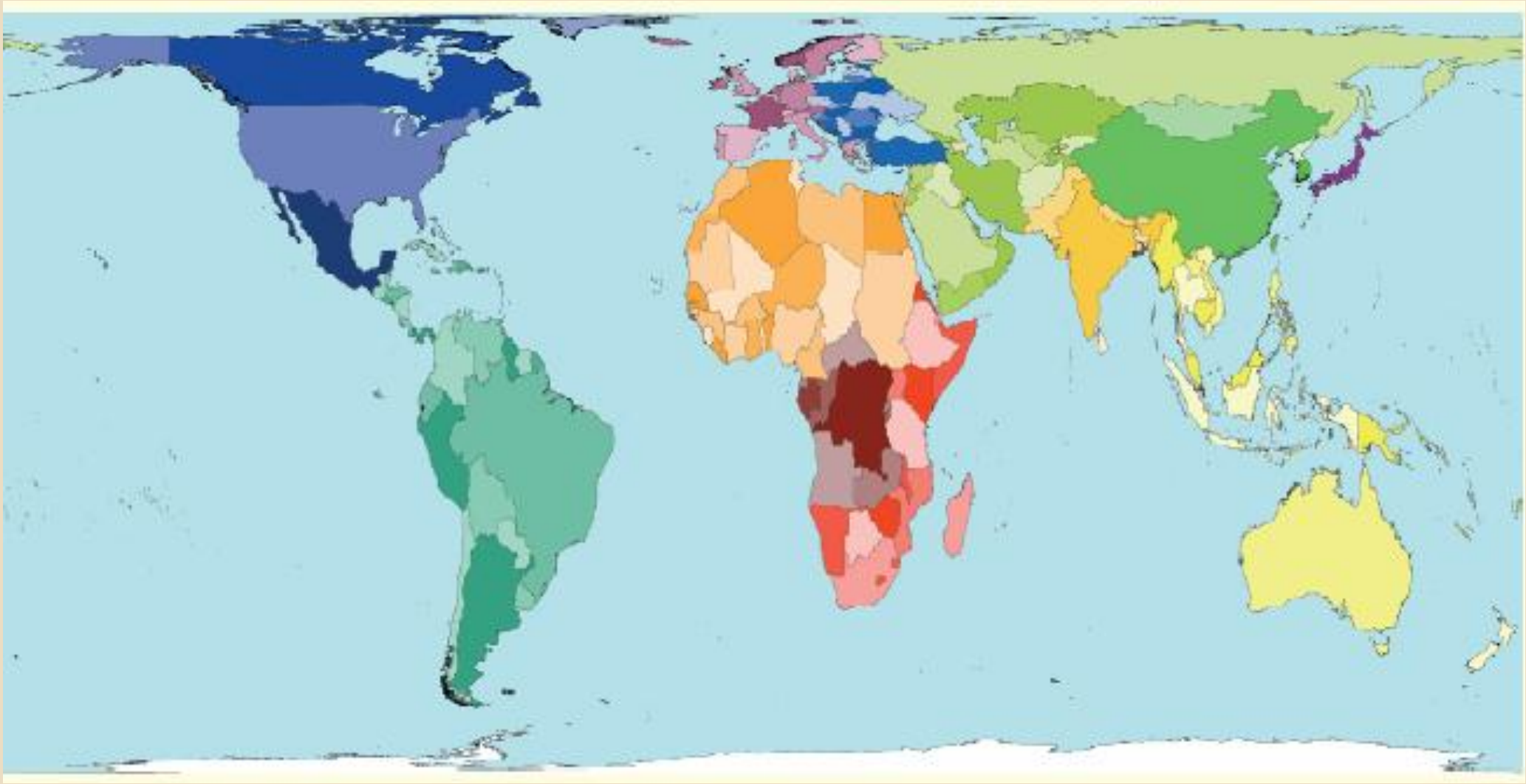
Albert Szent- Gyorgi

Qualità

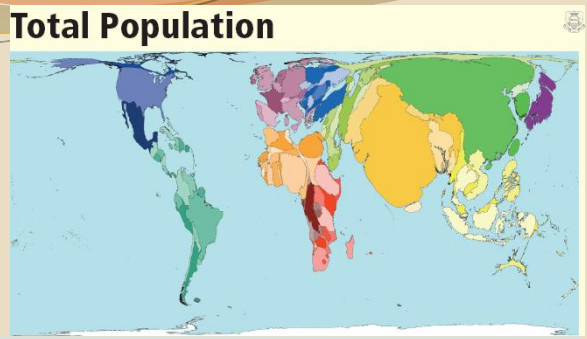
- *Sicurezza,*
- *Efficacia,*
- *Efficienza,*
- *Equità,*
- *Centralità dei pazienti e delle loro famiglie,*
- *Tempestività di intervento*

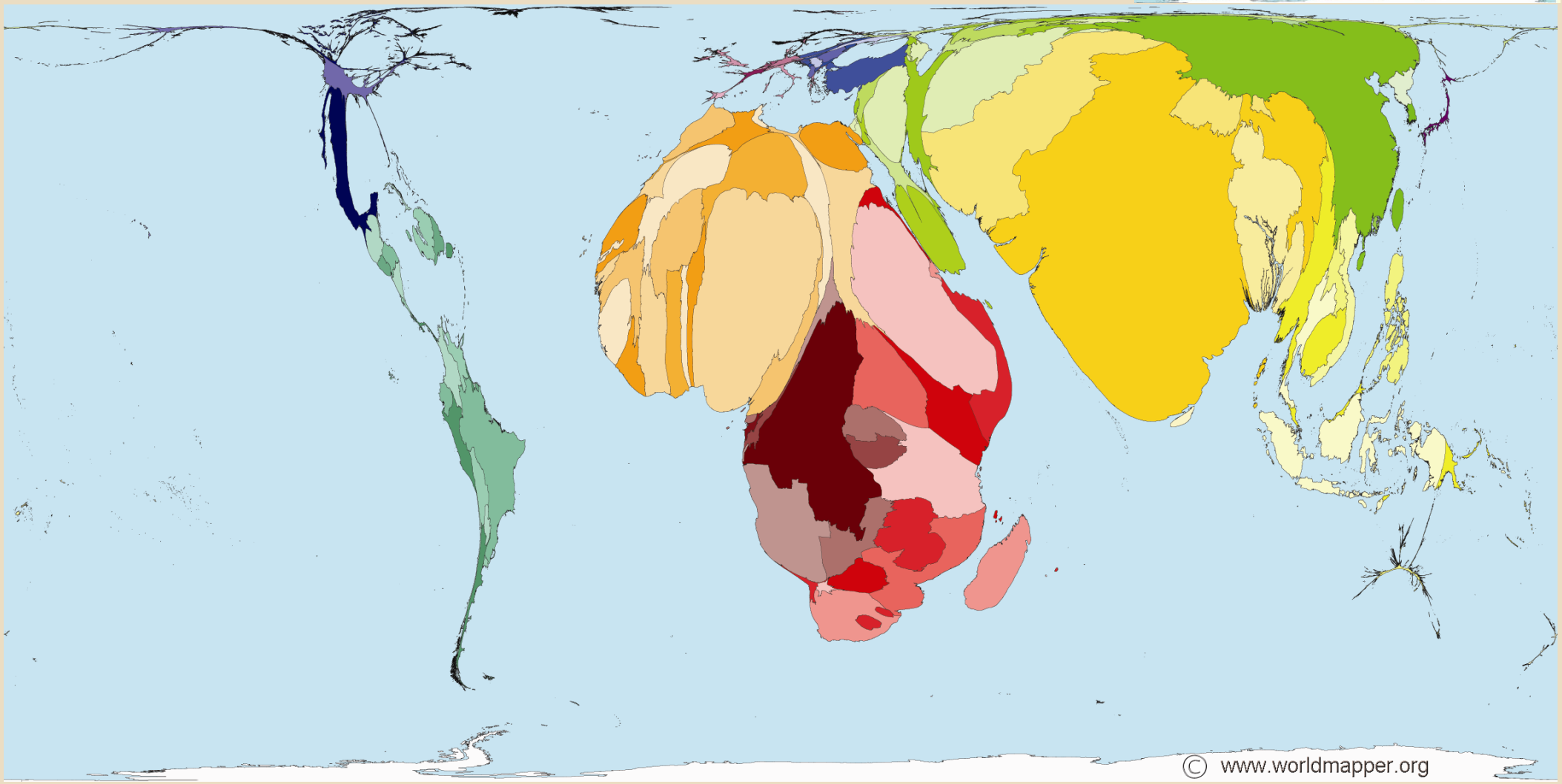
National Accademy of Science →Institute of Medicine

Il mondo come al solito



Mortalità Infantile





Maternal deaths

Maternal mortality ratio, number of maternal deaths per 100,000 live births

I Problemi

TABLE 7 Number of Live Births and IMRs for 2004, 2005, and 2006 for Countries of >2 500 000 With IMRs Less Than the United States in 2006

Country	No. of Births in 2006	IMR		
		2006	2005	2004
Hong Kong	85 626	1.8*	2.3	2.7
Japan	1 092 674	2.6	2.8	2.8
Sweden	105 913	2.8	2.4	3.1
Finland	58 840	2.8	3.0	3.3
Norway	58 545	3.2	3.1	3.2
Czech Republic	105 831	3.3	3.4	3.7
Portugal	105 449	3.3	3.5	3.8
France	796 896	3.6	3.6	3.9
Austria	77 914	3.6	4.2	4.5
Greece	112 042	3.7	3.8	4.1
Italy	560 010	3.8	3.8	3.9
Spain	481 102	3.8	3.8	4.0
Germany	672 724	3.8	3.9	4.1
Korea	451 514	3.8	4.2	4.6
Denmark	64 984	3.8	4.4	4.4
Israel	148 170	4.0	4.4	4.6
Belgium	121 382	4.0	3.7	3.8
Switzerland	73 371	4.4	4.2	4.2
Netherlands	185 057	4.4	4.9	4.4
Australia	265 423	4.7	5.0	4.6
United Kingdom	748 563	5.0	5.1	5.0
New Zealand	59 193	5.1	5.1	5.6
Croatia	41 446	5.2	5.7	6.1
Cuba	111 323	5.3	6.2	5.8
Canada	350 181	—	5.4	5.3
Hungary	99 871	5.7	6.2	6.6
Poland	374 244	6.0	6.4	6.8
Malaysia	465 112	6.2	6.6	6.5
United States	4 265 555	6.7	6.9	6.8

NNI neonati Peso Molto Basso alla Nascita (VLBW)

Italian Neonatal Network

CENTRI INN

Piemonte
Torino - Università Ospedale S. Anna
Torino Ospedale S. Anna
Torino Ospedale Maria Vittoria
Cuneo – Ospedale S. Croce e Carle
Novara – Ospedale Maggiore della Carità
Moncalieri (TO) – Ospedale Santa Croce
Alessandria – Ospedale Cesare Arrigo

Lombardia
Lecco – Ospedale Manzoni
Como – Ospedale S. Anna
Como – Ospedale Valduce
Varese – Ospedale di Varese
Bergamo – Ospedali Riuniti di Bergamo
Brescia – Spedali Civili di Brescia
Monza – Ospedale S. Gerardo
Rho – Ospedale di Rho
Milano – Policlinico Mangiagalli
Milano – Ospedale M. Melloni
Milano – Ospedale V. Buzzi
Milano – Ospedale Niguarda
Milano – Ospedale S. Raffaele
Mantova – Ospedale C. Poma
Pavia – Policlinico S. Matteo
Lodi – Ospedale di Lodi
Cremona – Istituti Ospitalieri di Cremona

Veneto
Camposampiero (PD) - Ospedale P. Cosma
Padova - Dip. Pediatria Università di Padova
Treviso – Ospedale Ca' Foncello
Verona – Policlinico G.B. Rossi
Verona – Ospedale Civile Maggiore
Vicenza – Ospedale S. Bortolo
Thiene (VI) – Ospedale Boldrini

Friuli
Udine – Azienda Osp. – Universitaria di Udine
Trieste – Ospedale Burlo Garofolo

Trentino
Trento - Ospedale S. Chiara
Bolzano – Ospedale di Bolzano

Liguria
Genova – Ospedale Gaslini

Emilia Romagna
Ferrara – Ospedale di Ferrara
Modena – Policlinico di Modena
Rimini – Ospedale degli Infermi
Bologna – Ospedale S. Orsola
Bologna – Ospedale Maggiore
Parma – Ospedale Universitario
Cesena – Ospedale M. Bufalini
Reggio Emilia – Ospedale di Reggio Emilia

Toscana
Firenze – Ospedale Universitario Careggi
Firenze – Ospedale A. Meyer
Pisa – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Pisa
Siena – Ospedale Le Scotte
Lido di Camaiore (LU) – Ospedale Versilia

Marche
Ancona – Ospedali Riuniti di Ancona - Presidio Salesi

Umbria
Perugia – Ospedale S. Maria della Misericordia
Terni – Ospedale Santa Maria

Abruzzo
Pescara - Ospedale Civile dello Spirito Santo
Chieti – Ospedali Riuniti SS Annunziata

Molise
Campobasso – Ospedale Cardarelli

Lazio
Roma – Policlinico Umberto I
Roma – Ospedale S. Giovanni Calibita FBF Isola Tiberina
Roma – Ospedale S. Pietro FBF
Roma – Ospedale Bambino Gesù
Roma – Policlinico Gemelli
Roma – Policlinico Casilino

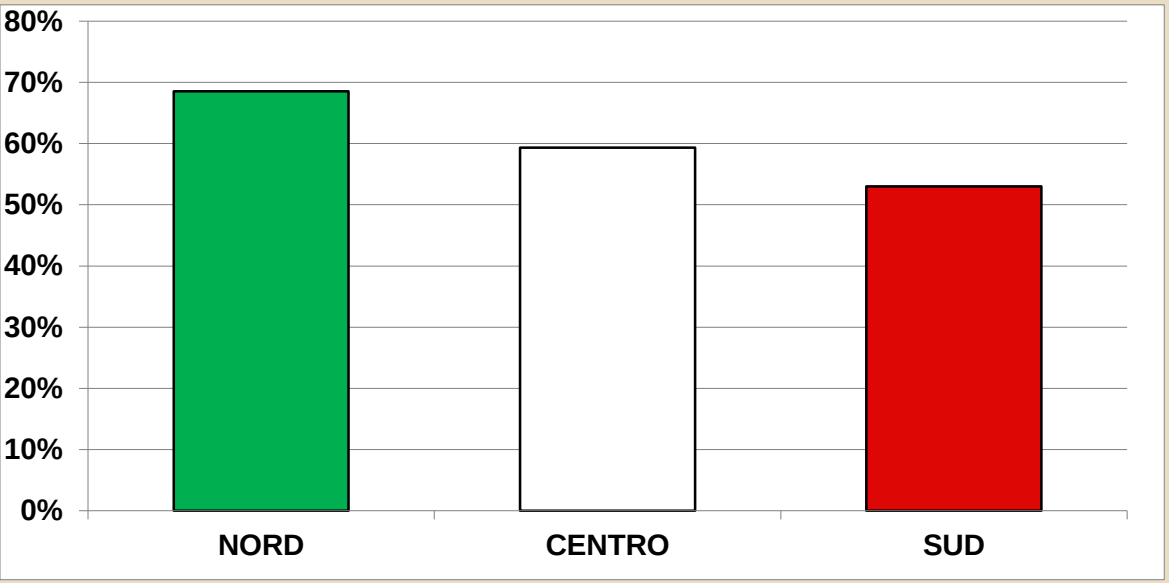
Campania
Napoli – Ospedale Villa Betania
Napoli – Ospedale Federico II
Napoli – Ospedale Buon Consiglio FBF
Napoli – Ospedale Monaldi
Napoli – Ospedale SS Annunziata
Napoli – Ospedale A. Cardarelli
Benevento – Ospedale G. Rummo
Benevento – Ospedale FBF
Caserta – Ospedale S. Sebastiano e S. Anna
Nocera Inferiore (SA) – Ospedale Umberto I

Puglia
Brindisi – Ospedale Perrino
Foggia – Ospedali Riuniti di Foggia
S. Giovanni Rotondo (FG) – Casa Sollievo della Sofferenza
Lecce – Ospedale Vito Fazzi
Tricase (LE) – Ospedale Cardinale G. Panico
Acquaviva delle Fonti (BA) – Ente Ecclesiastico F. Miulli
Bari – Ospedale Università Policlinico
Bari – Ospedale Di Venere

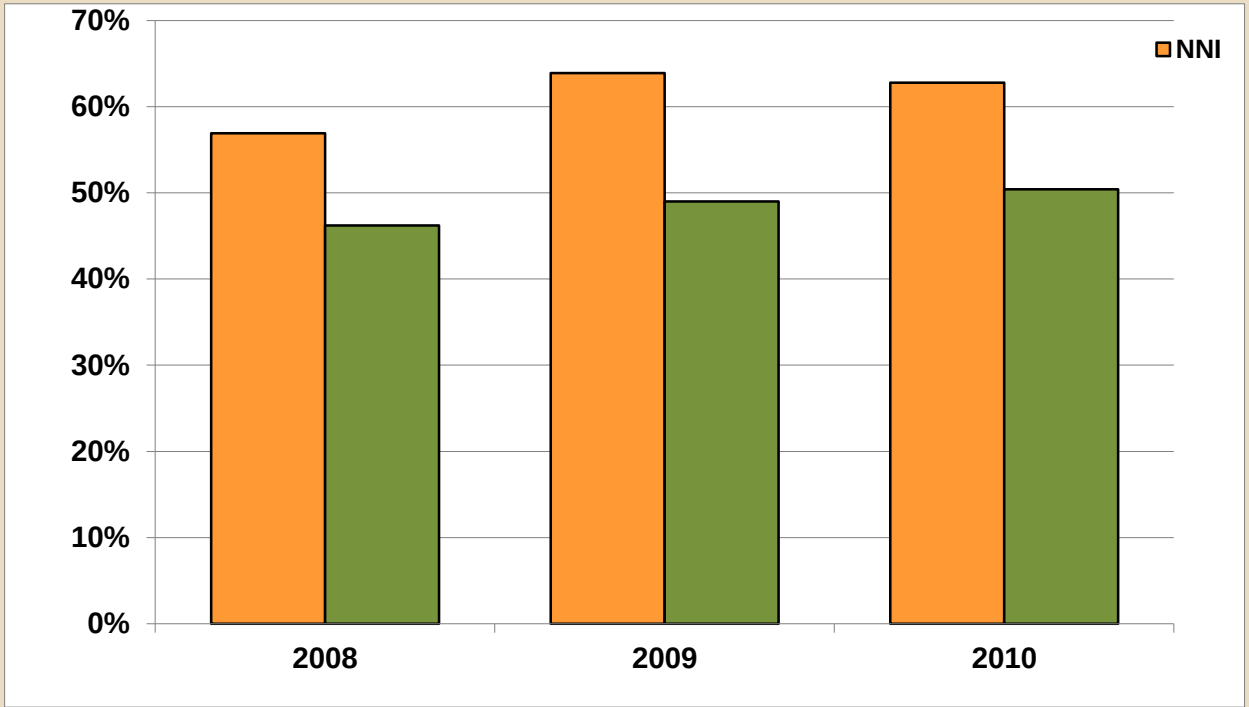
Calabria
Cosenza – Ospedale Annunziata
Reggio Calabria – Azienda Ospedaliera Bianchi Melacrino Morelli

Sicilia
Palermo – Ospedale V. Cervello
Palermo – Ospedale Buccheri La Ferla
Palermo – Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico P. Giaccone
Siracusa – Ospedale Umberto I
Messina – Ospedale G. Martino
Patti (ME) – Ospedale Barone Romeo
Catania – Ospedale Vittorio Emanuele
Catania – Ospedale Santo Bambino
Catania – Ospedale Garibaldi

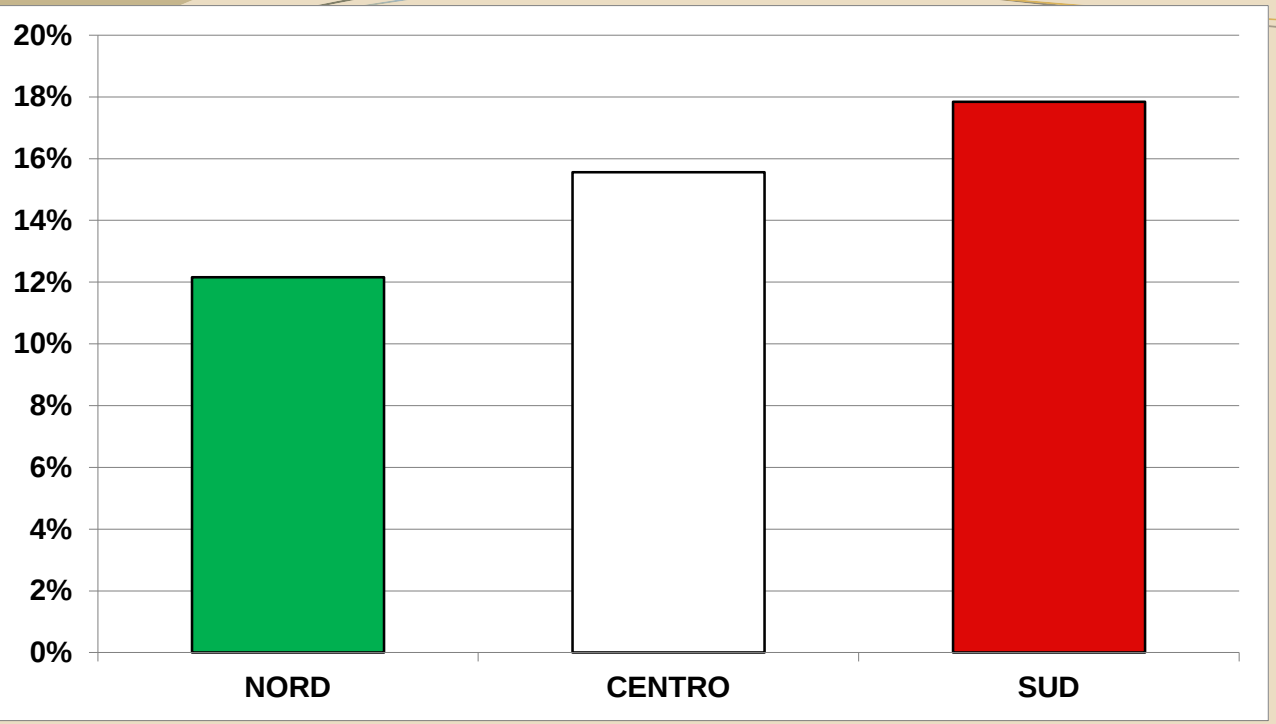
NNI 2010: Allattamento latte Materno alla dimissione



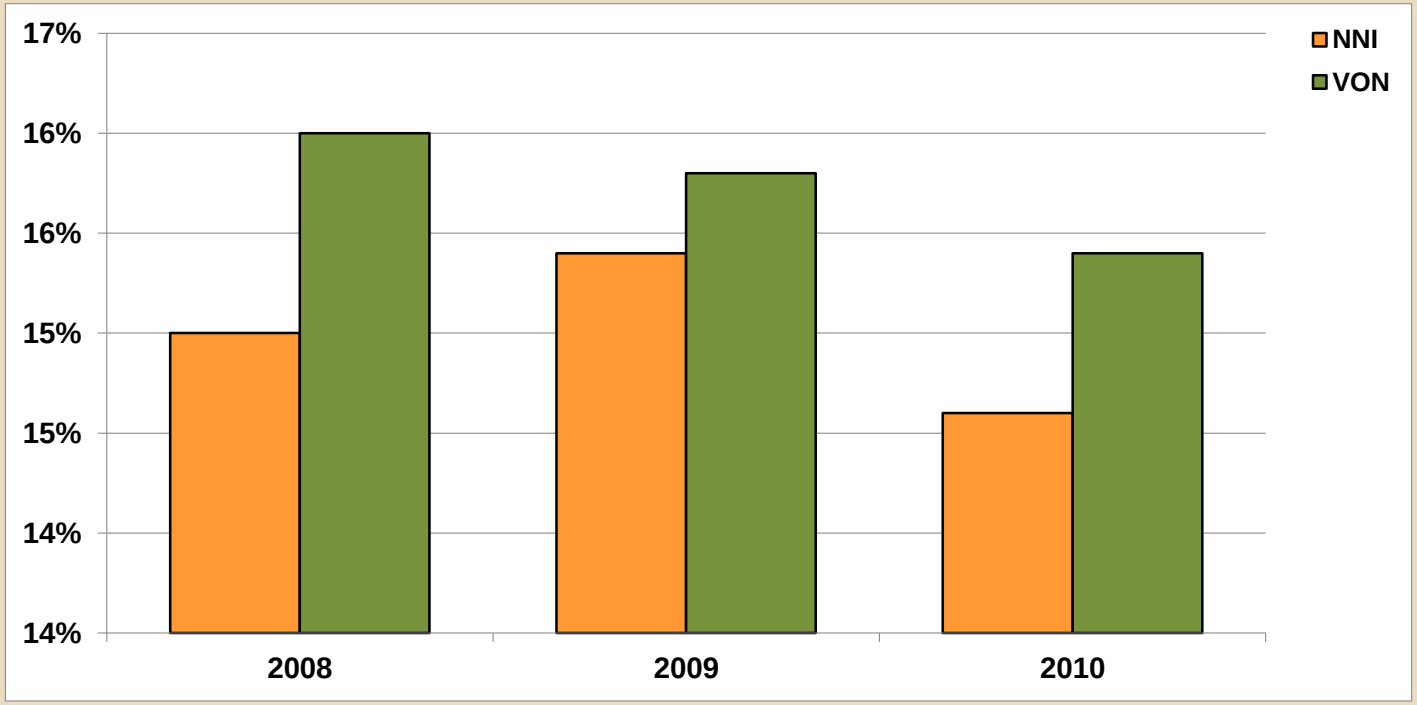
Allattamento latte Materno alla dimissione: NNI/VTO nel tempo



NNI 2010 mortalità Vlbw



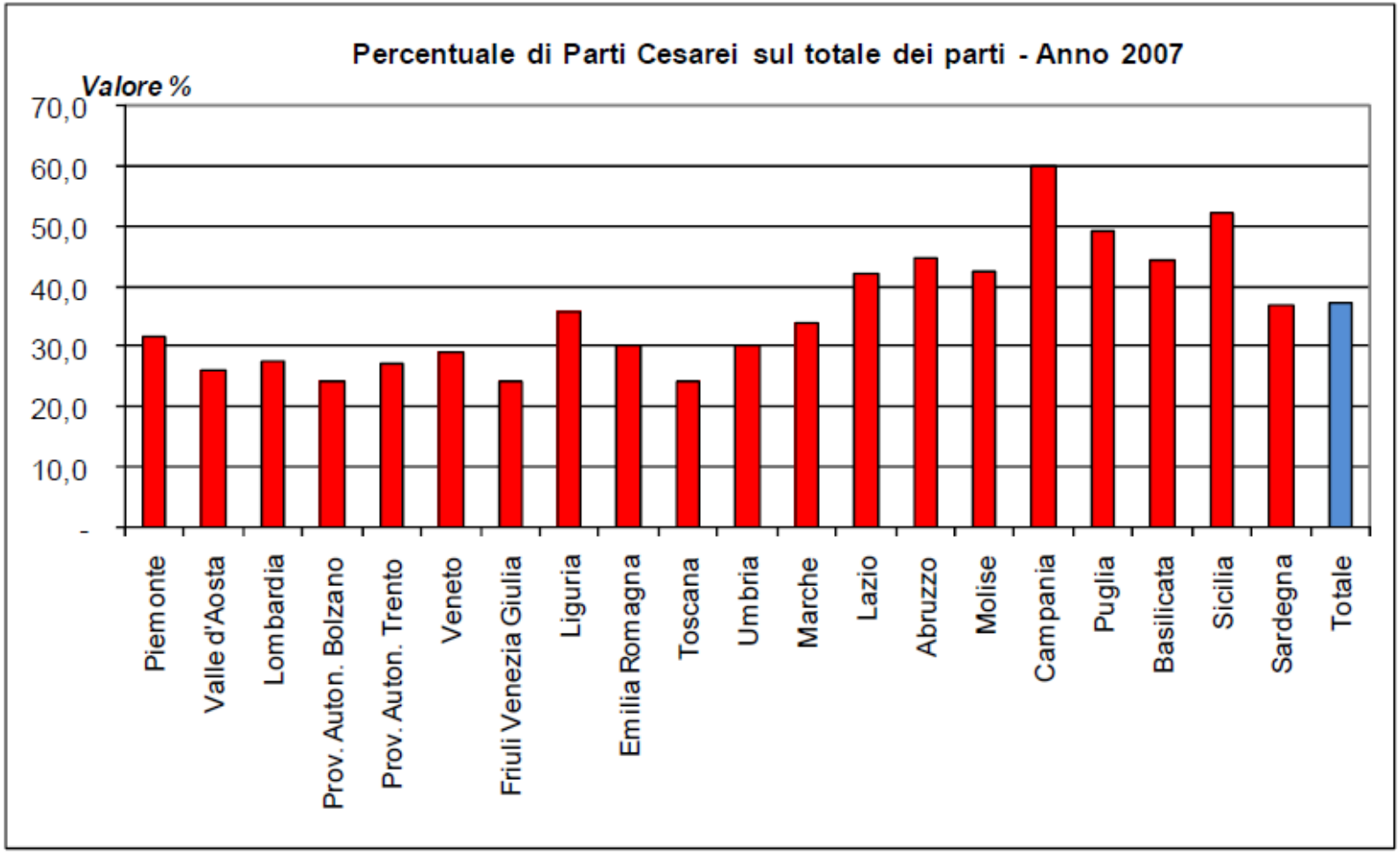
NNI/VTO Mortalità vlbw nel tempo



Certificato di assistenza al parto (CeDAP)

Analisi dell'evento nascita - Anno 2007

Grafico 18 - Distribuzione regionale della percentuale dei parti cesarei sul totale dei parti

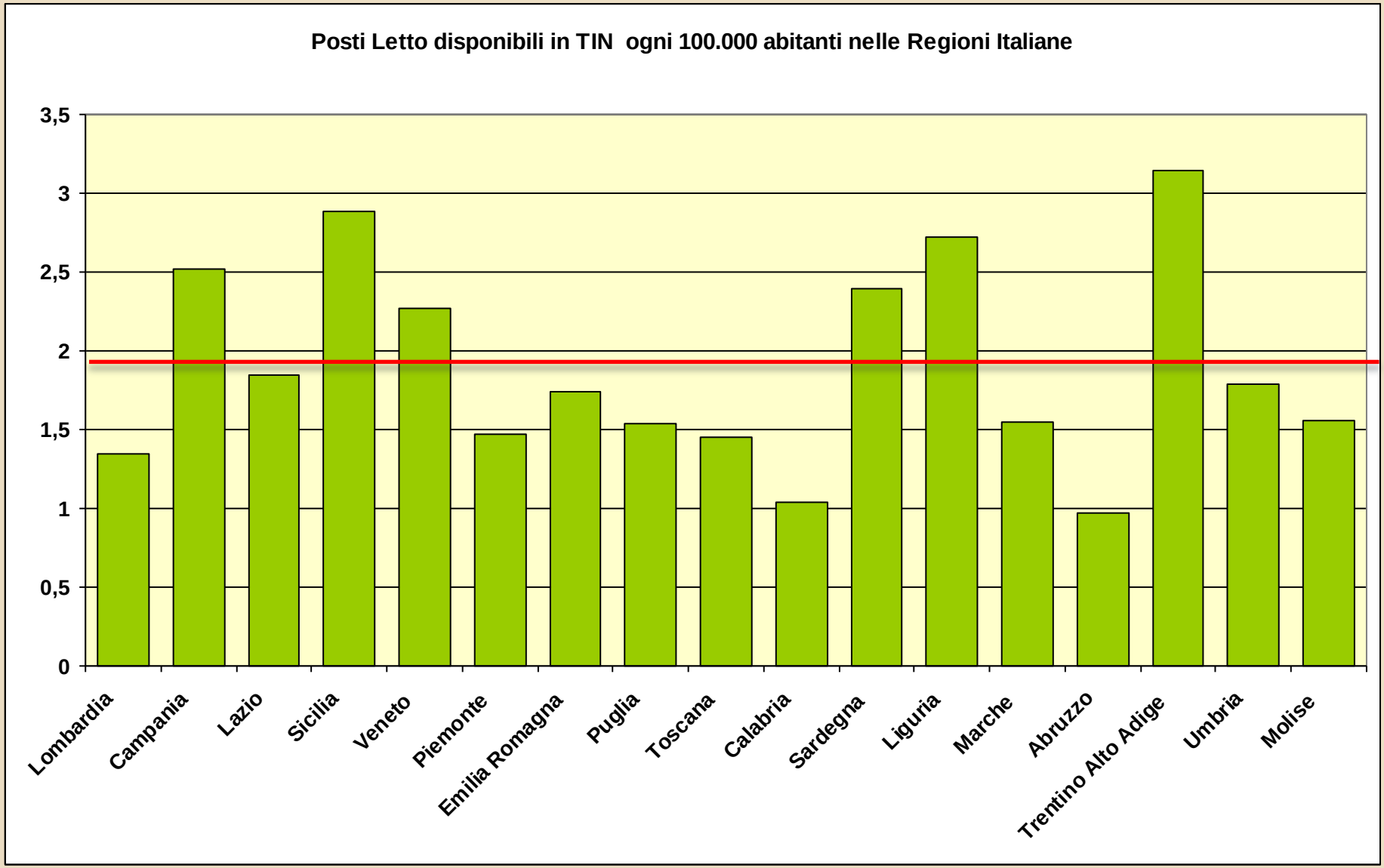


Tab. 1

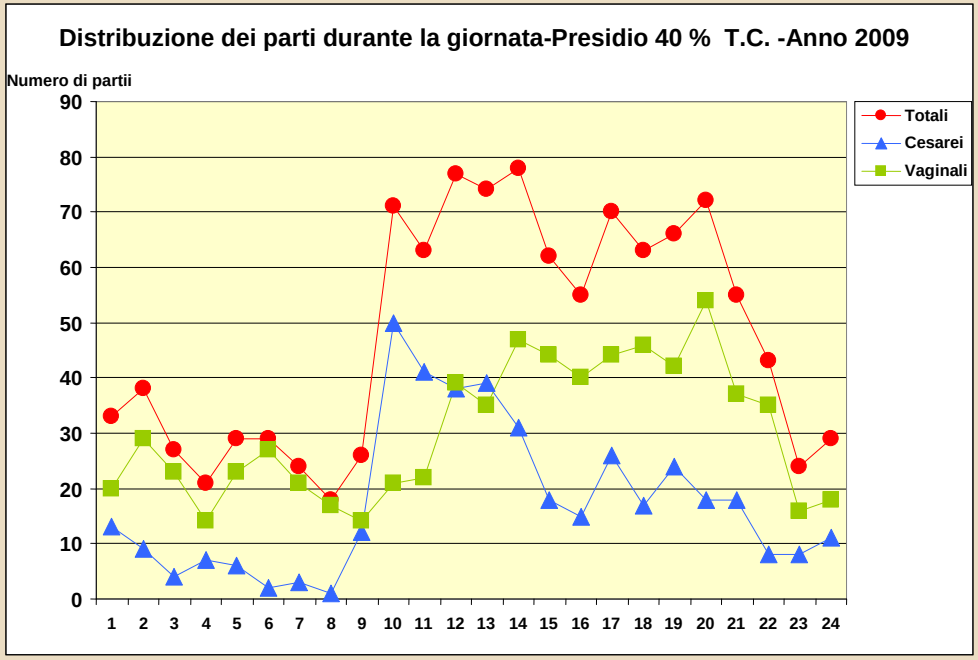
Distribuzione regionale dei punti nascita secondo la numerosità di parti effettuati e la tipologia di rapporto con il SSN - Anno 2008

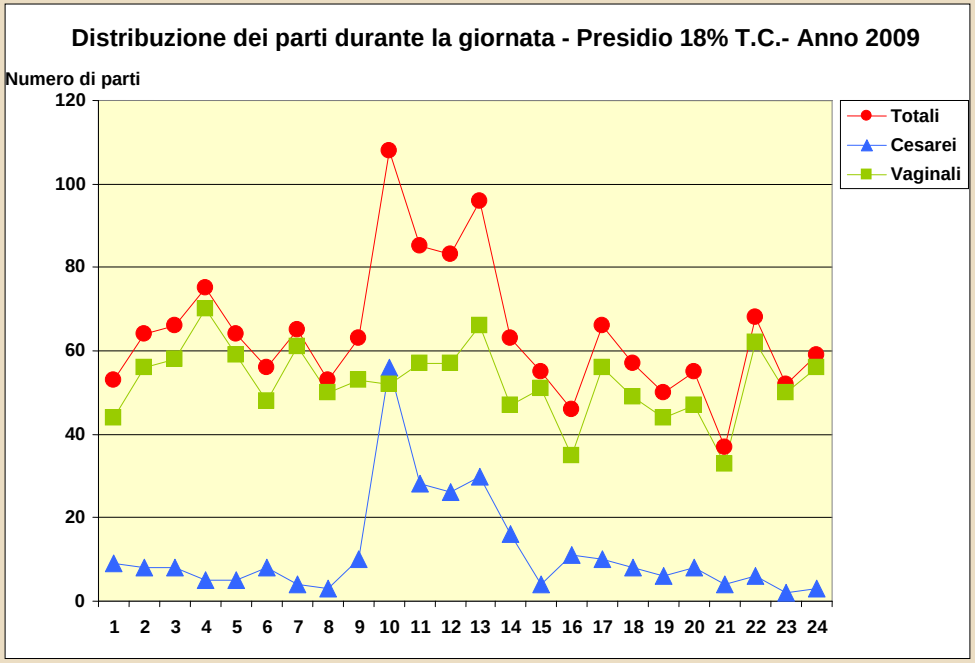
Regione	Classe di parti												Totale complessivo	
	0-499		500-799		800-999		1000-1199		1200-2499		2500+			
	Totale	*di cui Priv. Accr.*	Totale	*di cui Priv. Accr.*	Totale	*di cui Priv. Accr.*	Totale	*di cui Priv. Accr.*	Totale	*di cui Priv. Accr.*	Totale	*di cui Priv. Accr.*	Totale	*di cui Priv. Accr.*
Piemonte			3		2		7		10		2		24	0
Valle d'Aosta									1				1	0
Lombardia	8	2	20	3	8	1	8	1	24	1	7		75	8
Prov. Auton. Bolzano	3		2				1		1				7	0
Prov. Auton. Trento	4				2				1				7	0
Veneto			2		3		5		11		5		26	0
Friuli Venezia Giulia	1		4		2	1	2		2				11	1
Liguria	4		6				2		3				15	0
Emilia Romagna	3	2	2		1		3		7		7		23	2
Toscana	6	1	4		4				12		2		28	1
Umbria	3		3				1		3				10	0
Marche	4	2	5		6		1		2				18	2
Lazio	10	2	14	4	5		2		11	3	4		46	9
Abruzzo	4		6	1	1		2		2				15	1
Molise	3		1		1								5	0
Campania	22	7	18	12	11	5	5	3	15	6	1		72	33
Puglia	12	7	11	1	4	1	5		9	1	1		42	10
Basilicata	4		1						2				7	0
Calabria	15	6	7	2	2	1	2		3				29	9
Sicilia	38	8	18	5	6	2	4	1	8		1		75	16
Sardegna	14	2	4	2	1				4				23	4
Italia	158	39	131	30	59	11	50	5	131	11	30	0	559	96

Fonte: Ministero della Salute - Sistema Informativo Sanitario - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

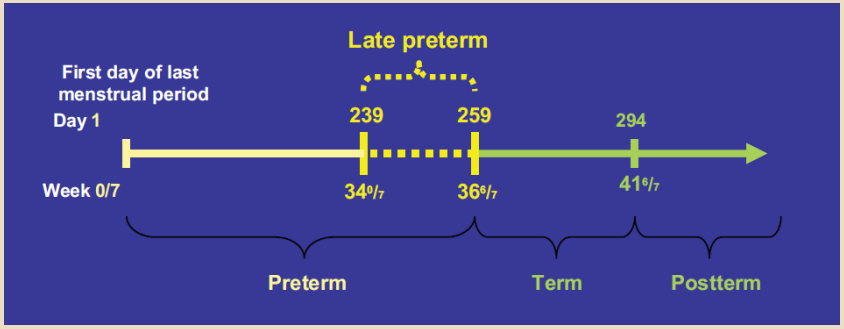

Posti Letto disponibili in TIN ogni 100.000 abitanti nelle Regioni Italiane
3,5
3
2,5
2
1,5
1
0,5
0
Lombardia
Campania
Lazio
Sicilia
Veneto
Piemonte
Emilia Romagna
Puglia
Toscana
Calabria
Sardegna
Liguria
Marche
Abruzzo
Trentino Alto Adige
Umbria
Molise

Le diverse organizzazioni, i diversi rischi





In base all' età gestazionale…



LATE PRETERM
Raju, 2006*

Term

23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41

Very preterm

Early term

* Late preterm vs near term

"Maturation is a continuous process,
and any classification is bound to be arbitrary…"

OBSTETRICS

Nonspontaneous late preterm birth: etiology and outcomes

Cynthia Gyamfi-Bannerman, MD; Karin M. Fuchs, MD; Omar M. Young, MD; Matthew K. Hoffman, MD

OBJECTIVE: We sought to determine the proportion of evidence-based (EB), vs non-EB (NEB) iatrogenic late preterm birth, and to compare corresponding rates of neonatal intensive care unit (NICU) admission.

STUDY DESIGN: We performed a retrospective cohort study. Cases were categorized as EB or NEB. NICU admission was compared between groups in both univariate and multivariate analysis.

RESULTS: Of 2693 late preterm deliveries, 32.3% (872/2693) were iatrogenic; 56.7% were delivered for NEB indications. Women with NEB deliveries were older (30.0 vs 28.6 years, $P = .001$), and more likely to be pregnant with twins (18.8% vs 7.9%, $P < .001$), have private insurance (80.3% vs 59.0%, $P < .001$), or have a second complicating factor (27.5% vs 10.1%, $P < .001$). A total of 56% of EB deliveries resulted in NICU admissions. After controlling for confounders, early gestational age (34 vs 36 weeks: odds ratio, 19.34; 95% confidence interval, 4.28–87.5) and mode of delivery (cesarean: odds ratio, 1.88; 95% confidence interval, 1.15–3.05) were most strongly associated with NICU admission.

CONCLUSION: Over half of nonspontaneous late preterm births were NEB. EB guidelines are needed.

Key words: iatrogenic prematurity, late preterm birth

Cite this article as: Gyamfi-Bannerman C, Fuchs KM, Young OM, et al. Nonspontaneous late preterm birth: etiology and outcomes. Am J Obstet Gynecol 2011;205:456.e1-6.

Nati per età gestazionale – Regione Lombardia 2010
Fonte: CEDAP

Provincia	Settimane di amenorrea								Totale
	22-33		34-36		37-42		Altro		
	N.	(%)	N.	(%)	N.	(%)	N.	(%)	N
VARESE	134	1.5	412	4.6	8415	93.8	10	0.1	8971
COMO	104	2.2	210	4.4	4454	93.3	6	0.1	4774
LECCO	74	2.5	173	5.7	2735	90.9	28	0.9	3010
SONDRIO	10	0.7	84	5.7	1378	93.0	9	0.6	1481
MILANO	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	31309
BERGAMO	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	11146
BRESCIA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	14580
PAVIA	83	2.0	211	5.0	3948	92.9	7	0.2	4249
CREMONA	54	1.8	120	4.0	2821	93.0	38	1.3	3033
MANTOVA	70	2.1	155	4.7	3096	93.2	0	0	3321
LODI	26	1.3	47	2.3	1814	88.9	154	7.5	2041
MONZA-BRIANZA	148	1.8	357	4.2	7835	93.2	68	0.8	8408
Missing	0	0	2	3.5	55	96.5	0	0	57
Totale	1565	1.6	4745	4.9	89642	93.0	428	0.4	96380

75.2% dei pretermine sono «late preterm»

Is friday the busiest for late preterm delivery?
Mola S, Graeber JE, Polak MJ, Yossuck P.
WV Med J 2010

Su 1471 nascite di late preterm,

frequenza massima

il venerdì, minima la domenica

Qualità: Diverse Responsabilità

- **Requisiti di sistema**
- **Requisiti strutturali**

- Requisiti organizzativi
- Requisiti di qualità

Ministero della Salute

PIANO SANITARIO NAZIONALE
2011-2013

Sono auspicabili, al fine della certificazione di qualità, programmi di certificazione dei punti nascita anche attraverso la collaborazione con le Società Scientifiche mediche del settore, le Federazioni Nazionali dei Collegi delle Ostetriche e degli Infermieri coinvolte nel percorso nascita e nell'evento parto tramite la predisposizione e l'utilizzo di manuali di valutazione ad hoc.

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

2 livelli assistenziali.
Parti > 1000

Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo".

Rep. Atti n. 137 / CU del 16 dicembre 2010

G.I.N.S.

SIMM (società italiana medici manager)
SIN (società italiana di neonatologia)
SIGO (società italiana di ginecologia e ostetricia)
SIP (società italiana di pediatria)
SIMP (società italiana di medicina perinatale)
AGITE (associazione ginecologi territoriali)
CIAO (club italiano anestesisti ostetrici)
Osservatorio nazionale della salute nelle Regioni italiane
IPASVI (federazione nazionale collegio infermieri)
FNCO (federazione nazionale collegio ostetriche)
O.N.D.A. (osservatorio nazionale salute della donna)
Vivereonlus (associazione di coordinamento nazionale associazioni per la neonatologia)
Cittadinanzattiva
AGENAS + Joint Commission International

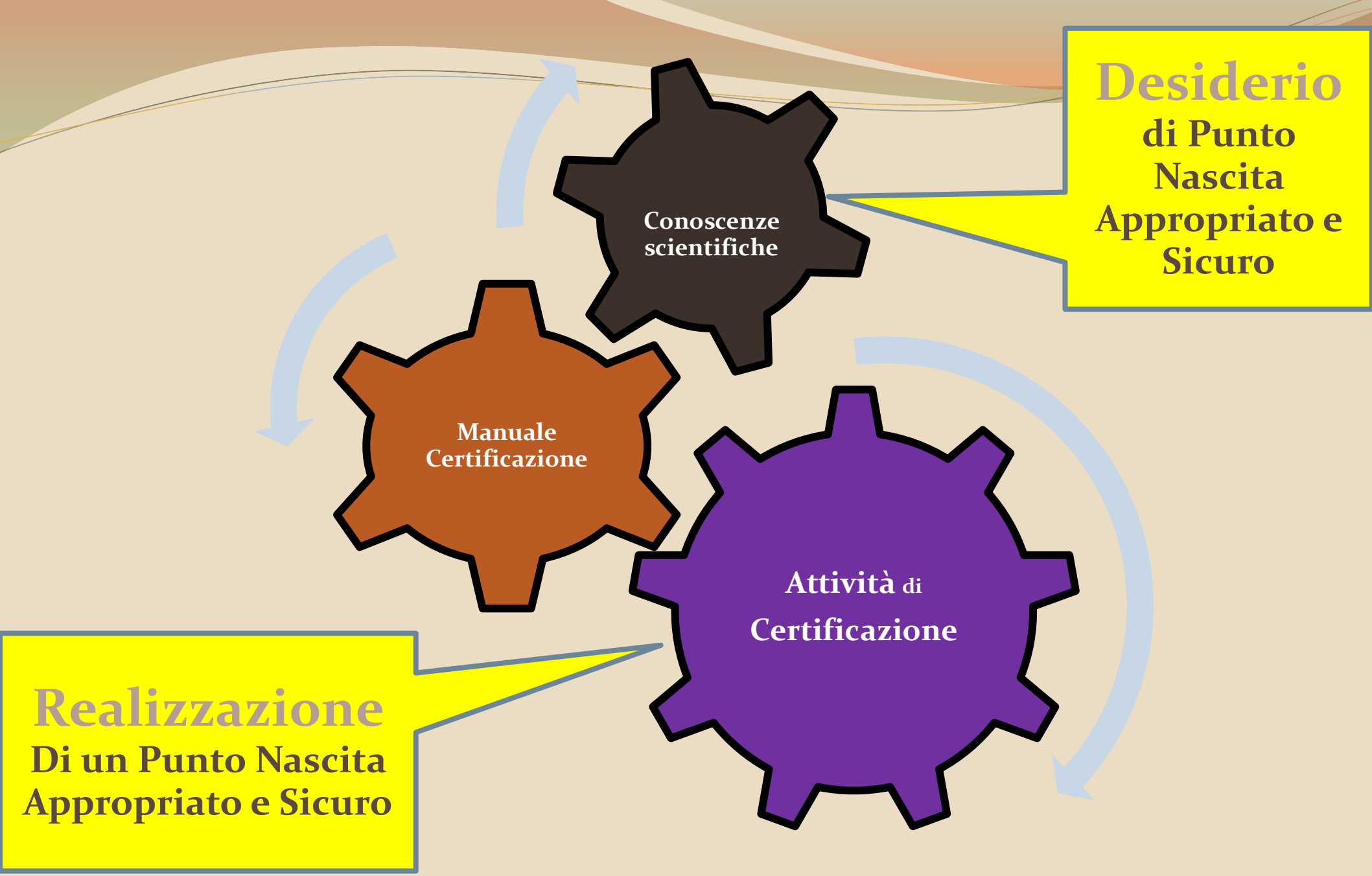
Il Progetto

- **Le Aree**
- gravidanza fisiologica;
- gravidanza a rischio;
- neonato fisiologico;
- neonato patologico
- in Ospedali pubblici e privati.

- **Gli Strumenti**
- Joint Commission International (Standard ed elementi misurabili)
- Cultura scientifica specifica
- Altri manuali certificazione

✓Individuazione di un gruppo di **standard** condiviso dai professionisti;
✓Predisposizione di un **manuale** con la esplicitazione degli standard e degli elementi misurabili e delle modalità di valutazione;
✓**Diffusione** degli standard e formazione sugli stessi;
✓Verifica della compliance tra standard e comportamenti attraverso una **autovalutazione** sistematica;
✓**Verifica** con visita on site della compliance tra standard e comportamento riscontrato

società italiana smm medici manager



La Meccanica

??
?

Principio generale

- **Il livello dell'assistenza di un P.N. deve essere concordato tra Ostetrici e Pediatri/Neonatologi**

?

Standard JCI

- (AOP 1.3) **Valutazione medica ed infermieristica/ostetrica**
- (SQE 6.4) **Possibilità partecipazione studi avanzati, corsi formazione, ricerche → acquisire nuove capacità**

Sì !
NO!

Elementi Misurabili JCI

- (AOP 1.2) **La valutazione iniziale individua l'assistenza più adatta ad ogni singola situazione → cartella**
- (AOP 1.3) **La valutazione iniziale individua i bisogni infermieristici e ostetrici ed l profilo di cura → cartela**
- (SQE 6.4) **Il personale è stato specificatamente addestrato alla valutazione ed all'uso delle tecniche specifiche → fascicolo personale**

società italiana smm medici manager

Il Flusso della Certificazione

Elementi controllabili da Certificatori e da Utenti
Possibile importante ruolo x Società Scientifiche/Ordini Professionali

Certificazione che l'U.O. XYZ ottempera a criteri coerenti con il Manuale

Processo di certificazione:

utilizzo del Manuale .

Richiesta Volontaria certificazione

Ospedali, singoli Punti Nascita

Visitatori /Valutatori Professionisti del settore adeguatamente preparati

Un bel Lavoro di Squadra

SIMM (società italiana medici manager) **SIN** (società italiana di neonatologia)
SIGO (società italiana di ginecologia e ostetricia) **SIP** (società italiana di pediatria)
SIMP (società italiana di medicina perinatale) **AGITE** (associazione ginecologi territoriali)
CIAO (club italiano anestesisti ostetrici) **Osservatorio** nazionale della salute nelle Regioni italiane
IPASVI (federazione nazionale collegio infermieri) **FNCO** (federazione nazionale collegio ostetriche)
O.N.D.A. (osservatorio nazionale salute della donna)
Vivereonlus (associazione di coordinamento nazionale associazioni per la neonatologia)
Cittadinanzattiva **AGENAS + Joint Commission International**

- 23 febbraio 2011: 1° incontro G.I.N.S.
- 23 febbraio 2012: 10° incontro del gruppo di lavoro → bozza (oltre 1350 ore/uomo) → esperti JCI → 28 e 29 marzo rilettura finale → 4 pilote test → giugno/luglio 2012 manuale definitivo.
- PROFESSIONISTI + UTENTI + AGENAS

Fine e grazie