



**ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA
DELLA PROVINCIA DI TRENTO**

Via Milano 80 – 38121 Trento

Orario di segreteria: martedì – mercoledì – giovedì 9.00-12.00, mercoledì 15.00 -18.00

Trento, 17 giugno 2019

**MEMORIA AUDIZIONE IV Commissione Permanente del Consiglio della
Provincia Autonoma di Trento del 17 giugno 2019 ore 11.00 sul tema “Personale
Ostetrico e operatori socio-sanitari (OSS): problematiche lavorative e prospettive
future”**

1. DOTAZIONI ORGANICHE.

Si ritiene fondamentale per il mantenimento degli standard di eccellenza attualmente riconosciuti al nostro territorio in materia di salute materno infantile, che vengano garantite e completate le dotazioni organiche concordate per la realizzazione del progetto “Percorso nascita- ostetrica dedicata” prevedendo dotazioni aggiuntive per la realizzazione delle attività consultori ali tradizionali. In particolare si ritiene che il coinvolgimento delle ostetriche nella realizzazione della Medici di genere possa rappresentare analogamente a quanto realizzato per il percorso nascita, una occasione di revisione complessiva del modello di prevenzione e promozione della salute in Trentino.

Alla luce della recente revisione dei criteri di gestione dell’attività di Pronto soccorso e dei criteri di triage di cui alla richiesta di accordo tra Ministero della salute e Conferenza Stato Regioni trasmessa in data 28 maggio si auspica un maggiore coinvolgimento della figura dell’ostetrica anche nei servizi di pronto soccorso e 118 secondo quanto previsto dallo specifico documento allegato alle citate linee di indirizzo con adeguamento del personale ostetrico che dovrà essere dedicato a tale attività .

Si ritiene utile valutare attraverso l’istituzione di uno specifico tavolo di lavoro in cui si richiede il coinvolgimento dello scrivente Ordine la possibilità di attivare una presenza ostetrica in seno al servizio di 118, potenziando e strutturando ulteriormente il servizio dell’ostetrica in elisoccorso e valutando la fattibilità di prevedere tale figura anche per soccorsi in ambulanza.

L’integrazione ospedale territorio che il percorso nascita favorisce attraverso l’ostetrica dedicata può trovare ulteriore sviluppo nell’esperienza di ostetrica di comunità che analogamente a quanto attualmente avviene per il percorso nascita può trovare favorire.

Si ritiene utile una revisione degli istituti contrattuali così da permettere una maggiore flessibilità gestione dell’orario in funzione delle attività assicurate al cittadino, che in campo ostetrico, se si rispetta la fisiologia della nascita, sono poco programmabili e prevedibili. L’ostetrica di comunità può rappresentare l’evoluzione dell’attuale progetto “percorso nascita – ostetrica dedicata”. Si sottolinea l’importanza della tempestività dell’assegnazione delle risorse e come sia necessario prevedere modalità di fidelizzazione del personale poiché il grande turn over attualmente in atto rende maggiormente difficile il mantenimento degli alti standard qualitativi assistenziali raggiunti.



ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA DELLA PROVINCIA DI TRENTO

Via Milano 80 – 38121 Trento

Orario di segreteria: martedì – mercoledì – giovedì 9.00-12.00, mercoledì 15.00 -18.00

Una precisa programmazione e valutazione dell'assegnazione del personale ostetrico alle UO deve considerare la necessità di trattenere sul nostro territorio personale con elevate competenze.

Si ritiene importante promuovere anche all'interno delle nostre realtà ospedaliere l'applicazione del modello monoprofessionale di cui all'allegato n. 1 per poter rinforzare anche il numero di professionisti disponibili da far girare nei diversi setting assistenziali e prevedendo in tal modo la possibilità di assecondare anche sviluppi di carriera per il personale coinvolto.

Si chiede attivazione della Provincia Autonoma di Trento in seno alla conferenza Stato regioni per il superamento delle problematiche ancora in essere rispetto al recepimento della normativa europea che riconosce all'ostetrica la possibilità di certificare lo stato di gravidanza ma che attualmente non può trovare piena applicazione poiché la normativa non è stata recepita da Inps che pertanto non prevede la possibilità di registrazione al portale telematico da parte delle ostetriche, così come per la prescrizione di esami da parte delle ostetriche.

Si auspica inoltre, in conformità alle linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione per l'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio (BRO) prodotto dal Comitato Percorso Nascita Nazionale e trasmesso in data 31.10.2017 a tutti gli Assessorati alla Sanità delle Regioni e Province Autonome, la realizzazione di centri nascita free-standing nella nostra provincia con responsabili ostetriche dedicate e, analogamente a quanto previsto in altri Stati europei, la sollecitazione a riconsiderare la possibilità di realizzazione di Centri nascita "along side" o Case Maternità pubbliche che potrebbero rispondere in modo appropriato all'esigenza di territorialità del nostro contesto provinciale.

2. CHIAREZZA DI RUOLI E FUNZIONI (in accordo con quanto espresso da OPI)

Si ritiene che le figure professionali dell'ostetrica, infermiere e operatore socio - sanitario abbiano come senso profondo sotteso al loro operato la cura del paziente.

L'OPO, sebbene riconosca distinzioni intrinseche tra le figure di OSTETRICA e OSS, sottolinea la necessità di collaborare nel rispetto delle professionalità acquisite evitando che orientamenti economici di risparmio di spesa o corporativi portino alla creazione di nuovi profili o all'ampliamento di competenze con percorsi integrativi dell'OSS rispetto ad ostetriche e, non per una posizione corporativa, ma per i seguenti motivi: - la complessità dei bisogni richiede professionisti competenti e di elevato livello formativo; - molti esiti assistenziali sono strettamente correlati alle competenze e alle cure ostetriche.

3) RICONOSCIMENTO E VALORIZZAZIONE DELLE COMPETENZE E DELL'EXPERTISE DELLE OSTETRICHE E ATTIVAZIONE DI PERCORSI DI CARRIERA (in accordo con quanto espresso da OPI)

Considerando che si prevede un incremento esponenziale di richieste sul servizio sanitario e, è fondamentale sostenere la forza lavoro anche delle ostetriche, affinché sia in grado di rispondere efficacemente ai nuovi bisogni di salute. È pertanto necessario investire nello sviluppo professionale continuo affinché vi sia un costante ampliamento delle competenze e profilo in risposta a nuovi o mutevoli bisogni socio-sanitari della popolazione. Questo necessita di essere collegato a percorsi di carriera che permettano di transitare all'interno di un percorso che vada da ostetrica neolaureato a una pratica avanzata nei diversi settori. Attualmente l'ostetrica, dopo anni di



**ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA
DELLA PROVINCIA DI TRENTO**

Via Milano 80 – 38121 Trento

Orario di segreteria: martedì – mercoledì – giovedì 9.00-12.00, mercoledì 15.00 -18.00

lavoro, rimane sempre allo stesso livello di carriera con possibilità di sviluppo limitate, con una prospettiva di carriera anacronistica ed esclusivamente orientata al management e ridotto investimento alle competenze clinicospécialistiche e formative. Si ritiene pertanto necessario: - garantire il riconoscimento e valorizzazione di carriera ed economica delle competenze e dell'expertise delle ostetriche nelle aree clinico - assistenziale, organizzativa, formativa e di ricerca in tutti i contesti di lavoro: territorio, ospedale con particolare attenzione alla gestione della rotazione del personale tra punti nascita periferici e centrali;

- riconoscere e valorizzare anche dal punto di vista economico le ostetriche di alcuni contesti ad alto carico di lavoro e/o assistenziale ad oggi poco considerati quali ad esempio i consultori e i servizi di emergenza;

- aumentare il riconoscimento giuridico ed economico delle funzioni di coordinamento per le maggiori responsabilità e funzioni attribuite e agite da questo ruolo;

- attivare percorsi di carriera per riconoscere i livelli di complessità, responsabilità e autonomia e per evitare le attuali compensazioni o responsabilità superiori;

- integrare gli attuali modelli organizzativi con posizioni dirigenziali professionali e gestionali nelle aree clinico-assistenziale, organizzativa, formativa e di ricerca valorizzando anche chi ha acquisito le proprie competenze attraverso esperienze all'estero o comunque percorsi lavorativi particolarmente rilevanti per lo sviluppo delle attività professionali specifiche

**4. PROMOZIONE DI PERCORSO DI ALTA FORMAZIONE IN COLLABORAZIONE
CON FNOPO E AGENAS**

La specificità e ricchezza esperienziale del nostro territorio in campo ostetrico e l'assenza di un polo universitario specifico per la formazione delle ostetriche esige o l'attivazione di un corso di laurea in ostetricia come sede staccata di altra università, così come avviene per infermieri e nella provincia autonoma di Bolzano, oppure l'attivazione di percorsi di alta formazioni in collaborazione con FNOPO e AGENAS che possano offrire lo sviluppo di competenze al personale attualmente in servizio in Trentino.

La Presidente

Caterina Masè

Modello monoprofessionale delle UU.OO. di Ostetricia, ginecologia e neonatologia a conduzione ostetrica

Il Modello monoprofessionale, ovvero, il modello secondo il quale in una U.O. di Ostetricia, ginecologia e neonatologia opera solo personale ostetrico con il supporto dell'operatore socio-sanitario adeguatamente preparato per tali attività (legge 8 gennaio 2012 n. 1 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 12 novembre 2001, n. 402, recante disposizioni urgenti in materia di personale sanitario" pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 8 del 10 gennaio 2002.).

La legge all'articolo 1 comma 8 consente all'operatore socio-sanitario *di collaborare con l'infermiere o con l'ostetrica e di svolgere alcune attività assistenziali in base all'organizzazione dell'unità funzionale di appartenenza e conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione.*

La formazione complementare del personale di supporto è regolamentata dall'ASR 16.1.2013 "Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano per la disciplina della formazione complementare in assistenza sanitaria della figura professionale dell'Operatore socio-sanitario di cui all'articolo 1, comma 8, del decreto-legge 12 novembre 2001, n. 402, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 gennaio 2001, n.1." L'accordo prevede che l'Operatore socio sanitaria sia in grado di:

1. *coadiuvare il personale ostetrico-infermieristico nell'attività di assistenza sanitaria*
2. *effettuare il supporto gestionale, organizzativo e formativo*
3. *effettuare l'assistenza domestica e alberghiera verso persone con diversi livelli di non autosufficienza psicofisica*
4. *fornire assistenza socio sanitaria di base a persone con diversi livelli di non autosufficienza psico-fisica*
5. *garantire le condizioni di igiene e sicurezza degli ambienti domestici e di cura*

L'Accordo siglato il 16-12-2010, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane «*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*» rappresenta la base normativa del modello organizzativo monoprofessionale a conduzione ostetrica, che sta alla base di una opportuna riorganizzazione del Dipartimento materno infantile già delineata dal Progetto Obiettivo Materno Infantile (DM 24 aprile 2000).

L'Accordo, sottoscritto da tutte le Regioni, oltre ad avere ridisegnato e rimodulato su due Livelli le UU.OO. di ostetricia e neonatologia /TIN sulla base dei volumi di attività, ha indicato gli standard cui i Punti Nascita (PN) devono adeguarsi per garantire efficienza, efficacia, qualità e sicurezza di tutto il percorso nascita con personale sanitario dedicato (ostetrica/o e personale di supporto con formazione complementare)

Il processo di riorganizzazione della rete dei PN ha subito una accelerazione anche grazie al DM 70/2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”. Riorganizzazione delle rete dei punti nascita che prevede l’implementazione di opportune strategie organizzative per garantire livelli di qualità e sicurezza del percorso nascita sempre più elevati, anche al fine di migliorare la percezione e la soddisfazione delle donne. In tal senso, il ruolo dell’Ostetrica appare centrale.

Il Comitato Percorso Nascita nazionale (CPNn) istituito in seno al Ministero della salute e che coadiuva e supporta le regioni nella costruzione della nuova rete dei PN ha ritenuto opportuno promuovere linee di indirizzo di tipo organizzativo per l’offerta di modelli assistenziali che vedono centrale la figura dell’ostetrica/o.

Il modello organizzativo monoprofessionale a conduzione ostetrica non deve essere considerato sostitutivo di quelli in essere, bensì in grado di affiancarsi ad essi, anche a livello sperimentale, con l’obiettivo di promuovere soluzioni organizzative che rispondano non solo a criteri di qualità e sicurezza ma garantiscano una maggiore continuità nell’assistenza in gravidanza, parto e puerperio, offrendo alla donna, debitamente informata, la possibilità di scelta del setting assistenziale, ferma restando la valutazione clinica delle condizioni e dello specifico rischio.

Il modello organizzativo monoprofessionale a conduzione ostetrica, ampiamente rappresentato nelle regioni del nord Italia ha visto di recente applicazione anche in regione Basilicata presso l’Azienda Ospedaliera San Carlo dove nell’arco di 6 mesi con l’assunzione di circa 40 ostetriche nelle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia opera solo personale ostetrico con il supporto dell’operatore socio-sanitario. Il modello, in epoche recentissime ha avuto applicazione presso l’azienda s. annunciata di Taranto

Si riporta di seguito la normativa vigente in materia

1) **D.M. n. 740 del 14 settembre 1994** recante “Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’ostetrica/o”, che definisce l’ostetrica/o come “ ... *l’operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell’iscrizione all’albo professionale, assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio*”.

2) **D.M. 10 settembre 1998** recante i protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità” che aggiorna i protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità.

3) **Direttiva 2005/36/CE** 7 Settembre 2005 relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali

4) **Il Decreto Legislativo n. 206 del 6 novembre 2007**, che autorizza le ostetriche ad “accertare la gravidanza e in seguito sorvegliare la gravidanza diagnosticata come normale da un soggetto abilitato alla professione medica, effettuare gli esami necessari al controllo dell’evoluzione della gravidanza normale; prescrivere gli esami necessari per la diagnosi quanto più precoce di gravidanze a rischio”

5) **L’ Accordo “Stato-Regioni” 16.10.2010** L’Accordo 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.

6) Lo schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 approvato dal Consiglio dei Ministri nella seduta del 21 gennaio 2011 che tra l'altro prevede “[...]il doppio percorso gravidanza a basso rischio-gravidanza a rischio, la prescrivibilità delle analisi per la gravidanza a basso rischio da parte dell'ostetrica[...]”.

7) Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)”prodotto dal Comitato Percorso Nascita Nazionale (CPNn) e trasmesso in data 31/10/2017 dalla DGPROGS del Ministero della Salute a tutti gli Assessori alla sanità delle Regioni e P.A.,

P3C

Dott. CAPINI
28/05/19



Ministero della Salute

UFFICIO DI GABINETTO

Ministero della Salute

GAB

0005303-P-28/05/2019

I.8 d 1/4

AP



335389510

Presidenza del Consiglio dei Ministri

DAR 0008403 A-4.37.2.10
del 28/05/2019



23631837

Al Cons. Adriana Piccolo
Direttore dell'Ufficio di coordinamento
della Segreteria della Conferenza
permanente per i rapporti tra lo Stato, le
regioni e le Province autonome di Trento e
Bolzano
statoregioni@mailbox.governo.it

e p.c.

Al dott. Andrea Urbani
Direttore della programmazione sanitaria

**OGGETTO: Proposta di Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province
Autonome di Trento e di Bolzano sui documenti ~~“Linee di indirizzo
nazionali sul Triage Intraospedaliero”, “Linee di indirizzo nazionali
sull’Osservazione Breve Intensiva” e “Linee di indirizzo nazionali per lo
sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso”~~**

Si trasmette in allegato il provvedimento in oggetto, per inserimento all'ordine del
giorno della prima seduta utile della Conferenza Stato-Regioni.

Il vice Capo di Gabinetto

dott. Achille Iachino

AI/vs

Schema di Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sui Documenti “Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero”, “Linee di indirizzo nazionali sull’Osservazione Breve Intensiva” e “Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso”.

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica del 27 marzo 1992 recante “Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza”;

VISTA l’Intesa, sancita tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano in Conferenza Stato Regioni di approvazione delle “*Linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992*”, che fornisce indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell’emergenza (G.U. del 17 maggio 1996, n. 114);

VISTO l’Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome sul documento di linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: “*Triage intraospedaliero (valutazione gravità all’ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell’emergenza - urgenza sanitaria*” che fornisce indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell’emergenza-urgenza (G.U. Serie Generale n. 285 del 07 dicembre 2001);

VISTO l’Accordo sancito tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 22 maggio 2003 concernente: “*Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante sul sistema di emergenza-urgenza*”;

VISTO il Decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 17 dicembre 2008 recante “*Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell’ambito dell’assistenza sanitaria in emergenza-urgenza*” che istituisce il Sistema EMUR, finalizzato alla raccolta delle informazioni relative alle prestazioni erogate nell’ambito dell’assistenza sanitaria di emergenza-urgenza (G.U. del 13 gennaio 2009, n. 9);

VISTA la Raccomandazione del Ministero della salute n. 15 del febbraio 2013 recante “*Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all’interno del Pronto soccorso*”;

VISTO l’Accordo sancito tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 5 agosto 2014 concernente: “*Linee di indirizzo sull’organizzazione dei soccorsi sanitari negli eventi e nelle manifestazioni programmate*”;

VISTO il Decreto del Ministro della salute del 2 aprile 2015, n. 70, recante il “*Regolamento di definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera*” che delinea, in primo luogo, i criteri di riorganizzazione della rete dell’emergenza-urgenza (G. U. del 4 giugno 2015, n. 126);

VISTA l’Intesa sancita tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano in Conferenza Stato Regioni, sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), ai sensi dell’articolo 54 della Legge 27 dicembre 2002, n. 289 (Rep. Atti n. 157/CSR del 7 settembre 2016);

VISTO il D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 recante: "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502." (G.U. 18 marzo 2017 n.65, S.O. n. 15);

TENUTO CONTO che il Triage è un metodo di attribuzione di un codice di priorità di visita all'interno dei servizi di emergenza ospedaliera (P.S. – DEA) che permette di regolamentare gli accessi, al fine di garantire l'utilizzo delle risorse più appropriate alla gestione del singolo caso;

TENUTO CONTO che l'Osservazione Breve Intensiva (OBI) è una modalità di sorveglianza e trattamento del paziente nell'ambito della struttura di emergenza (P.S. – DEA) finalizzata a migliorare l'appropriatezza delle prestazioni;

CONSIDERATO che il sistema Triage viene utilizzato in modo difforme sul territorio nazionale e che le linee guida già emanate necessitano di una revisione e di un aggiornamento anche alla luce delle più recenti esperienze nazionali e internazionali;

CONSIDERATO che nel nostro Paese si sono sviluppate negli ultimi anni, a livello regionale, diverse esperienze di attivazione dell'OBI che non presentano ancora uniformità di definizione delle caratteristiche;

RITENUTO che il sistema Triage e la modalità assistenziale dell'OBI costituiscono metodologie organizzative del lavoro considerate indispensabili per realizzare percorsi di cura appropriati già dal momento dell'accesso alla struttura di emergenza, assicurare l'approfondimento diagnostico e terapeutico in tempi brevi, migliorare la qualità, la sicurezza e l'assistenza delle cure in Pronto Soccorso;

RITENUTO opportuno, quindi, individuare modelli organizzativi uniformi da diffondere a livello nazionale, anche sulla base di quanto già definito nelle scelte programmatiche regionali;

PRESO ATTO dei documenti di proposta che il gruppo di lavoro appositamente costituito presso il Ministero della Salute con decreto del 12 dicembre 2012 ha elaborato sulle tematiche dell'Osservazione Breve Intensiva e del Triage intraospedaliero;

DATO ATTO che, pur registrandosi una generale tendenza al decremento numerico degli accessi in pronto soccorso, a seguito dell'evoluzione della curva demografica ed epidemiologica si assiste ad un progressivo incremento dei pazienti polipatologici che accedono alle cure ospedaliere urgenti e per i quali è cruciale la corretta gestione della fase di de-ospedalizzazione;

CONSIDERATO che il fenomeno del sovraffollamento (*overcrowding*) interferisce con il normale funzionamento del Pronto Soccorso a seguito della sproporzione tra la domanda sanitaria, costituita dal numero di pazienti in attesa e in carico, e le risorse disponibili, fisiche e/o umane e/o strutturali;

CONSIDERATO che il fenomeno del sovraffollamento può generare un incremento del rischio clinico, sia per l'utenza che per gli operatori, e un inadeguato rispetto della garanzia dei LEA e della qualità delle cure;

RITENUTO opportuno fornire ulteriori indicazioni utili per avviare, a livello regionale e locale, azioni di contrasto al fenomeno del Sovraffollamento dei servizi di P.S. ed alle sue conseguenze, per un miglioramento complessivo delle attività di Pronto Soccorso;

RITENUTO pertanto di dover provvedere all'individuazione di linee di indirizzo per lo sviluppo di un piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso che permetta di fronteggiare, secondo procedure strutturate e condivise, il sovraffollamento in Pronto Soccorso, mantenendo la corretta funzionalità dei relativi servizi;

RITENUTO altresì di dover procedere alla revisione dei documenti recanti le linee di indirizzo nazionali su Triage e OBI originariamente elaborati dal citato gruppo di lavoro costituito presso il Ministero della Salute con decreto del 12 dicembre 2012, al fine di armonizzarne i contenuti con il documento relativo allo sviluppo del piano per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso;

PRESO ATTO dei documenti di proposta che il Gruppo di lavoro, appositamente costituito presso il Ministero della Salute con decreto ministeriale del 4 ottobre 2018, ha revisionato le linee di indirizzo in tema di OBI e Triage ed elaborato delle linee di indirizzo in tema di gestione del fenomeno del sovraffollamento in Pronto Soccorso;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e Province Autonome;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sui documenti allegati, parti integranti dell'Accordo stesso, recanti rispettivamente:

1. "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva - OBI";
2. "Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero";
3. "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo di un piano per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso".

SI CONVIENE nei seguenti termini

1. le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano si impegnano a recepire formalmente i contenuti del presente Accordo entro sei mesi dalla data di approvazione dello stesso;
2. la Direzione della programmazione del Ministero della Salute entro tre mesi dalla data di approvazione del presente Accordo s'impegna ad istituire un Tavolo tecnico per l'individuazione di una metodologia per la determinazione dei costi standard dell'assistenza in OBI e delle relative modalità di remunerazione;
3. alle disposizioni del presente Accordo si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie previste a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI
SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO



IL PRONTO SOCCORSO OSTETRICO - Allegato

La gravidanza, il parto e il puerperio sono eventi che possono talvolta complicarsi in modo non prevedibile e con conseguenze gravi per la donna, per il nascituro e per il neonato (POMI, 2000); per loro natura, sono condizioni cliniche a 'rischio evolutivo' che espongono la donna e/o il feto ad un rapido deterioramento delle funzioni vitali.

Tale peculiarità condiziona l'organizzazione del sistema di emergenza-urgenza sanitaria sia ospedaliero che territoriale, tanto che, nell'ambito della rete tempo dipendente per la Neonatologia ed i Punti Nascita, il triage materno-fetale e neonatale richiede una specifica organizzazione nonché specifiche competenze.

Il quadro normativo di riferimento, oltre la normativa già citata nel documento (TRIAGE), è rappresentato da:

- Raccomandazione Ministero della Salute n. 6 marzo 2008:
"Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto";
- Raccomandazione Ministero della Salute n. 15 febbraio 2013:
"Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale Operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso";
- Linee di indirizzo sull'organizzazione del sistema di trasporto materno assistito (STAM) e del sistema in emergenza del neonato (STEN);
- 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 Triage, quale primo momento d'accoglienza della donna in gravidanza che giunge in PS ostetrico, è una funzione effettuata da una ostetrica con specifica formazione volta alla corretta valutazione delle condizioni cliniche della gravida che accede al Pronto Soccorso per situazioni legate alla gravidanza stessa, al parto se imminente, o per eventuali patologie intercorrenti e rappresenta la base per una valida impostazione di un piano di assistenza appropriato e per la precoce individuazione delle potenziali complicanze.

Alla classificazione del codice numerico di priorità per l'accesso alla visita medica devono fare seguito specifici **percorsi assistenziali** differenziati sia per profilo di rischio ostetrico che per eventuali patologie intercorrenti alla gravidanza, orientati al pertinente utilizzo della rete assistenziale e caratterizzati da definite responsabilità cliniche e organizzative.

In particolare la valutazione del profilo di rischio della donna deve essere effettuata sulla base di criteri definiti (fattori clinici, biologici, sociali, psicologici) e condivisi dall'équipe assistenziale (ostetrica, ginecologo, neonatologo, anestesista ed eventuali altri specialisti coinvolti nell'assistenza alla gestante) e accuratamente riportati nella documentazione clinica.



Il triage ostetrico deve essere caratterizzato da un processo di rivalutazione continuo e dinamico, sempre associato a un'adeguata e continuativa sorveglianza ostetrica sia della donna in gravidanza che accede al Pronto Soccorso che delle condizioni del feto.

Anche l'iter del Pronto Soccorso Ostetrico si configura come il percorso successivo all'accoglienza della paziente, comprensivo della visita medica e degli accertamenti diagnostici fino alla definizione dell'esito che può essere costituito da:

- ammissione in Osservazione Breve Intensiva Ostetrico-Ginecologica (O.B.I.O.G.);
- ricovero presso l'unità di degenza della struttura ospedaliera mediante attivazione della relativa procedura con apertura della scheda di ammissione;
- trasferimento presso altra struttura sede di Centro Hub, garantito con l'attivazione del trasporto STAM (servizio di trasporto assistito materno) o con l'attivazione dello STEN (servizio di trasporto in emergenza neonatale) secondo modalità definite dall'organizzazione regionale.

Il percorso assistenziale Ostetrico è costituito da un piano organizzativo-assistenziale che possa coinvolgere anche il territorio, nell'ottica di favorire la continuità e l'integrazione dell'assistenza al percorso nascita e di disporre di una raccolta anamnestica completa atta a garantire ricoveri appropriati per livello di punto nascita.

Il percorso ostetrico si avvale di specifiche griglie di valutazione, di protocolli condivisi e validati e di strumenti specifici.