



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Corso di perfezionamento

**Organizzazione e gestione delle Case della Comunità
nell'ambito del riordino della sanità territoriale**

Project work

*Promozione della salute nella famiglia e comunità:
progettare e realizzare strategie di continuità territorio-
ospedale in ambito perinatale*

Dr.ssa Luciarosa Olivadoti
Dr.ssa Elena Tropiano
Dr. Gianluca Peschi
Dr. Enrico Frisone

Direttore scientifico
Prof. Renato Balduzzi

Anno accademico 2021-2022

Indice

Abstract	1
Analisi del contesto	2
SWOT ANALYSIS	13
Finalità generale	17
Obiettivi specifici	18
Destinatari e attori coinvolti	19
Descrizione dell'intervento/modello, azione e tempi di realizzazione	20
<i>Planning</i>	21
Metodi, risorse, strumenti	26
Costi	26
Risultati attesi e valutazione	29
Riferimenti bibliografici/documentali	30

Abstract

La pandemia Covid 19 ha messo in evidenza che nell'area del materno infantile si riscontra una scarsa presenza di servizi territoriali, così come di un punto di riferimento competente che sostenga le responsabilità familiari e genitoriali in un dialogo con le scuole, i servizi per i minori, le politiche di conciliazione, i Consulteri ed i Pediatri, nello spirito di un'evoluzione del progetto Family Care.

La finalità di questo project work è quella di strutturare un servizio unitario, una rete di continuità territorio-ospedale in grado di sviluppare sul territorio una medicina di prossimità, finalizzata a soddisfare i fabbisogni perinatali di primo livello, riservando ai presidi ospedalieri il trattamento della fase acuta e dell'offerta sanitaria specialistica.

Come descritto nel DM 71 *“Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”*, nel progetto viene individuato un modello organizzativo che stabilisce che l'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza”.

Il modello organizzativo da implementare, nell'ambito delle attività consultoriali presenti all'interno delle Case della Comunità Hub & Spoke, è un modello “a gestione ostetrica” caratterizzato da autonomia decisionale.

In questo nuovo modello organizzativo rivestono particolare valore le funzioni di case e clinical management dell'ostetrica nella gestione del percorso nascita fisiologico, per promuovere la centralità del ruolo e della salute della donna nei sistemi familiari e sociali, con l'obiettivo di accrescere l'empowerment, l'engagement e la consapevolezza per il benessere di tutti gli individui, migliorando quindi il welfare di comunità.

Il metodo scelto per la strutturazione del progetto è quello delle “4 P” proposto da Henry Mintzberg: Perspective, Position, Plan, Pattern.

Il project work prevede quattro livelli di intervento: culturale, organizzativo, informativo/comunicativo e formativo ed un planning che può essere realizzato nell'arco di un anno e mezzo/due anni al massimo. Viene identificata una ipotesi di stima dei costi da sostenere ed un sistema di monitoraggio e di valutazione attraverso l'individuazione di indicatori di outcome e di output.

Lo stile di leadership ritenuto più efficace è quello basato sul participating: con una definizione del lavoro iniziale con i collaboratori, fornendo molto supporto se richiesto.

Analisi del contesto

L'Assistenza Territoriale o Assistenza Primaria (*Primary Care* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) rappresenta la prima porta d'accesso al sistema sanitario ed è tradizionalmente intesa come il primo livello di contatto tra quest'ultimo e il cittadino. Essa costituisce l'approccio più inclusivo, equo, conveniente ed efficiente per migliorare la salute fisica e mentale degli individui, così come il benessere della società.

È generalmente riconosciuto che per "Cure Primarie", si intende uno strumento strategico atto ad assicurare una più efficace ed efficiente presa in carico complessiva dei bisogni di salute e di assistenza della popolazione (Curto A., Garattini L, 2014).

La Direzione Generale della Commissione Salute Europea (DG SANCO), nel 2014, definisce l'Assistenza Primaria come:

"L'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da équipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone" (Ministero della Salute; Agenas, 2022).

Il SSN persegue, pertanto, questa visione attraverso la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali.

In Lombardia con la riforma del 2015 (LR 23 | 2015), viene strutturato un sistema a tre livelli:

- centrale regionale;
- istituzioni amministrative (8 ATS: agenzie di tutela della salute);
- istituzioni operative (27 ASST: aziende socio sanitarie territoriali).

Al settore aziendale "Rete Territoriale" delle ASST avrebbero dovuto afferire, secondo il successivo DGR | 2019: i presidi ospedalieri territoriali (POT) e i presidi socio sanitari territoriali (PreSST). I POT sarebbero dovuti consistere in strutture multi servizio deputate all'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici e di prestazioni ambulatoriali e domiciliari; mentre i PreSST avrebbero dovuto avere lo scopo di integrare le attività e le prestazioni di carattere sanitario, sociosanitario e sociale, così come di concorrere alla presa in carico della persona fragile, erogando prestazioni ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità; i PreSST avrebbero potuto attivare degenze intermedie, subacute, post acute e riabilitative, a bassa intensità prestazionale e in funzione delle particolarità territoriali, secondo la

programmazione dell'ATS territorialmente competente; avrebbero poi dovuto promuovere percorsi di sanità d'iniziativa, di prevenzione e di educazione sanitaria.

La pandemia da Covid 19, che ha fatto la sua comparsa in Italia nel mese di febbraio 2020, ha impedito lo sviluppo dei PreSST e POT, lasciando il territorio frammentato in molteplici strutture, figure e istituzioni.

La pandemia da Covid 19 si è poi rivelata essere un indiscutibile indicatore di inefficienza e frammentazione dell'assistenza territoriale ed un'espressione di inadeguatezza di un sistema sanitario estremamente centralizzato sulle aziende ospedaliere.

Nell'area del materno infantile si riscontra una scarsa presenza di servizi territoriali, così come di un punto di riferimento competente che sostenga le responsabilità familiari e genitoriali in un dialogo con le scuole, i servizi per i minori, le politiche di conciliazione, i Consultori ed i Pediatri, nello spirito di un'evoluzione del progetto Family Care.

Questa situazione ha sicuramente contribuito allo sviluppo, nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (definitivamente approvato Il 13 luglio 2021), di linee esecutive mirate all'implementazione della cosiddetta medicina di prossimità.

Le risorse stanziare nel Piano sono pari a 191,5 miliardi di euro, ripartite in sei missioni: la missione 6 interessa la salute, a cui sono stati assegnati 15,63 miliardi ed è a sua volta finalizzata a sviluppare due componenti:

1. reti di prossimità, per l'assistenza sanitaria territoriale: 7 miliardi di stanziamenti. Questa componente 1 della missione 6 salute prevede degli interventi che intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari, entro la metà del 2026.
2. innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale, ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero

Regione Lombardia con la Legge Regionale 22 adottata il 14.12.2021, che modifica il testo unico delle leggi sanitarie della Lombardia (LR 33 del 30.12.2009), recepisce le indicazioni ministeriali di dicembre 2021 e le opportunità del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Con il PNRR il concetto di rete si sostanzia in un'assistenza al cittadino capillarmente diffusa sul territorio, con eventuale successivo collegamento con i presidi ospedalieri.

In ambito materno infantile, va evidenziato che, sin dal 2015, la riforma sanitaria lombarda ha promosso lo sviluppo sociosanitario integrato e le normative nazionali e regionali, hanno sostenuto soprattutto in campo ostetrico, l'integrazione territorio-ospedale (se ne trova un fondamento anche nella linea di indirizzo 3 della conferenza unificata stato-regioni 2010).

Lo stesso PNRR (componente 1, missione 6) ne conferma ed incentiva tale sviluppo e la componente 2 della stessa missione 6 del PNRR promuove l'Innovazione e la digitalizzazione del servizio sanitario nazionale, applicabile, ad esempio al rinnovo di alcuni sistemi informativi aziendali, per la conservazione dei referti e delle immagini e per l'ammodernamento del parco tecnologico ospedaliero (esempio ecografi, isteroscopi).

Tra giugno e ottobre 2018, Regione Lombardia ha emanato alcuni importanti provvedimenti che riorganizzano la Rete di servizi per l'assistenza materno-infantile con risvolti importanti non solo sull'integrazione sociosanitaria e sulla continuità assistenziale tra ospedale e territorio, ma soprattutto nel ripensare funzioni e organizzazione dei servizi consultoriali quali snodi ed attori strategici nel percorso nascita.

In particolare, la Deliberazione 268 del giugno 2018 *"Rete regionale per l'assistenza materno-neonatale: indirizzi per l'appropriatezza e sicurezza del percorso nascita fisiologico a gestione ostetrica"*, ha approvato il documento tecnico *"Linee di indirizzo del percorso nascita fisiologico"* ed ha autorizzato l'autonomia professionale delle ostetriche per l'esercizio della loro professione.

Il Decreto 14243 dell'ottobre 2018 ha approvato il documento *"Agenda del Percorso Nascita"* che declina le modalità operative di programmazione e attuazione di quanto dichiarato nelle Linee di indirizzo.

Finalità della Rete regionale per l'assistenza materno neonatale è garantire "la promozione della salute e la prevenzione, la presa in carico della donna in epoca pre-concezionale fino al periodo postnatale attraverso nodi (=servizi) orientati, in particolare, ad un modello di comunicazione e di sostegno alla genitorialità, teso a rendere la donna consapevole nelle scelte di salute.

Il Percorso definisce il modello organizzativo e assistenziale-ostetrico più idoneo per la presa in carico, l'accompagnamento e il sostegno alla donna e al futuro nucleo familiare nel contesto del suo ambiente di vita o nella struttura appropriata".

La Deliberazione 268 sottolinea, anche, la necessità di "modulare l'accompagnamento alla gravidanza, al parto e al puerperio nel rispetto della fisiologia".

Vanno promossi, *in primis*, percorsi differenziati (fisiologico *versus* a rischio) garantendo sostegno alla genitorialità attraverso visite domiciliari, interventi precoci in situazioni di disagio sociale e di

vulnerabilità e, più in generale, finalizzati al contrasto delle disuguaglianze di salute attraverso il “programma Home Visiting” (WHO 2015).

In particolare, il periodo dopo il parto è una fase speciale della vita della donna e del bambino che coinvolge aspetti personali e sociali, oltre che sanitari (NICE, 2013-2014-2016).

È caratterizzato da forti emozioni, cambiamenti fisici importanti, mutamenti nelle relazioni interpersonali e coincide con l’acquisizione di un nuovo ruolo, di una nuova identità, specialmente per le mamme alla prima esperienza.

Tutto questo richiede buone capacità di adattamento specialmente oggi che le famiglie allargate e il sostegno da parte della comunità di appartenenza sono elementi sempre meno diffusi e più difficilmente accessibili per la donna”.

La Deliberazione 268/2018 ed il Decreto 14243/2018 rappresentano, quindi, una novità importante nel panorama degli interventi di presa in carico della donna nel percorso nascita: stabiliscono che sia l’ostetrica a prendere in carico la donna sana (quindi, con un basso rischio) per tutto il percorso nascita. Ovviamente, l’ostetrica si avvarrà della consulenza del ginecologo o di altri specialisti qualora dovesse insorgere un problema o si presenti un rischio.

Inoltre, Regione Lombardia è la prima regione ad avere previsto visite esenti ticket, fino a un massimo di tre, nel dopo parto.

Questo è un passaggio molto importante: si passa dall’occuparsi della mamma solo come di colei che allatta il bambino, all’interessamento verso il suo recupero psico-fisico, sociale, emotivo.

La nuova impostazione di Regione consiste, dunque, nel considerare gli incontri mamma/ostetrica, non esclusivamente alla luce della loro valenza clinica, bensì all’interno di una più piena concezione del valore del significato della gravidanza, inteso quale fenomeno fisiologico della vita di una donna in buona salute.

L’ostetrica si fa, quindi, carico della situazione complessiva della donna: lo stile di vita, le relazioni familiari, le novità che la gravidanza introduce nella sua vita quotidiana. In tale più ampia valutazione consiste, quindi, il cosiddetto “bilancio di salute ostetrico”.

L’ostetrica deve, quindi, prestare attenzione al benessere della donna, non solo dal punto di vista della gravidanza ma, più in generale, in relazione all’adattamento di quest’ultima sul lavoro o nella famiglia, individuando gli stili di vita che possono favorire la salute o essere forieri di difficoltà sia per la neomamma, che per l’intero nucleo familiare.

Si tratta di uno spostamento importante dell’attenzione dalla sola crescita del bambino ad una più complessa “presa in carico” della mamma e della famiglia.

La dimensione sanitaria diventa, pertanto, “una parte”, tra le altre, alla quale prestare attenzione: da ciò ne deriva il ruolo centrale che assume l’ostetrica, rispetto al medico, nel percorso di accompagnamento alla fisiologia della gravidanza, cosa che per altro già avviene in gran parte dell’Europa.

Il fondamento di questo nuovo approccio consiste nella convinzione che la “salute” riguardi anche lo stile di vita, le relazioni familiari ed il benessere emotivo.

La gravidanza cessa, quindi, di essere un vissuto esclusivamente clinico/medico per divenire un fenomeno fisiologico inserito all’interno di un più ampio contesto di benessere.

In assenza di patologia, quindi, l’interlocutore dev’essere un professionista che non esprima esclusivamente una competenza sanitaria specifica. Ragion per cui, fra l’altro, le visite con l’ostetrica non sono chiamate “visite ostetriche” (per quanto anche quella componente sia naturalmente presente), bensì “visite di bilancio di salute ostetrico”, proprio perché finalizzate a fare un “bilancio” di tutto ciò che non presenta criticità e di ciò che, invece, chiede di essere monitorato con maggiore attenzione.

Per una donna, avere un interlocutore con cui poter parlare ed avere il tempo per farlo è importante, per comprendere il cambiamento in atto e potercisi adattare facendo leva sulle risorse di cui già dispone.

Nell’Agenda, a disposizione della donna durante il bilancio di salute ostetrico, vi è anche uno spazio di libera compilazione, dove la neo o futura mamma può scrivere ciò che ritiene sia in termini di questioni rivolte agli specialisti, sia in termini di racconti, percezioni, vissuti, perché è la sua gravidanza ed è, quindi, corretto che lo possa documentare all’interno dell’Agenda.

Il fatto che l’Agenda resti in mano alla donna ha un grande significato, in quanto sottolinea, rilanciandola, una funzione importante dei consultori - che sono chiamati a lavorare in un’ottica di *empowerment*: è importante accompagnare la donna a capire, riconoscere e sviluppare le proprie competenze, perché in una gravidanza normale la donna, anche solo biologicamente, sa come affrontare la situazione e deve solo essere accompagnata per divenire più consapevole delle proprie potenzialità.

È importante, dunque, accompagnare la donna ad avere più fiducia nelle proprie competenze nel mettere alla luce e, successivamente, nel crescere il bambino.

Le nuove indicazioni sul Percorso nascita sostengono, quindi, in modo importante l’integrazione socio sanitaria.

Per esempio, insistere perché anche in ospedale l'ostetrica sia la referente per le gravidanze fisiologiche segna un cambiamento importante rispetto a una gestione della gravidanza, un tempo fatta negli ambulatori della cosiddetta gravidanza "fisiologica" che erano gestiti come sportelli medici e non prevedevano in nessun modo una presa in carico della persona e della famiglia.

Tra settembre e novembre 2019, Regione Lombardia ha emanato altri importanti atti normativi che completano la riorganizzazione della Rete di servizi per l'assistenza materno-infantile.

Nello specifico:

- Decreto N° 13039 del 16/09/2019 "Rete regionale per l'assistenza materno-neonatale: approvazione delle linee di indirizzo operativo per la definizione ed organizzazione della presa in carico da parte dell'Ostetrica/o nel percorso nascita fisiologico intraospedaliero";
- Deliberazione N° 2395 dell'11/11/2019 "Rete regionale per l'assistenza materno-neonatale: 1) Requisiti e strutture sede dei centri di medicina materno fetale (MMF) ad elevata complessità assistenziale. 2) Requisiti e strutture sede dei centri di terapia intensiva neonatale (TIN)";
- Deliberazione N° 2396 dell'11/11/2019 "Rete regionale per l'assistenza materno-neonatale: determinazione in merito al sistema di trasporto materno assistito (STAM) e al sistema di trasporto in emergenza del neonato (STEN) e del lattante".

Infine, nel settembre 2021 Regione Lombardia ha definito la rete regionale per l'assistenza materno-neonatale e pediatrica-adolescenziale attraverso la Deliberazione n° XI / 5249 del 20/09/2021 "*Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2021 in merito alla rete regionale per l'assistenza materno-neonatale e pediatrica-adolescenziale*".

Nello specifico Regione Lombardia, per rinforzare l'offerta sanitaria e sociosanitaria alla donna nel percorso nascita, intende:

- potenziare gli interventi e le risorse dell'ostetrica in tutti i setting e livelli di cura (sanitario, educativo, sociale) in raccordo con le strutture della prevenzione territorio-ospedale. Tali azioni sono finalizzate a garantire le attività "non procrastinabili dell'area oncologica" quale lo screening del tumore della cervice uterina, le attività nei "Primi 1000 giorni di vita" in rete con il neonatologo, il pediatra, il ginecologo e le altre figure professionali ove necessarie, la presa in carico della donna in tutto il ciclo di vita fino al climaterio, in particolare nel Percorso Nascita in condizione di fisiologia, attivando la rete in condizioni di fragilità/vulnerabilità, e a promuovere la salute secondo l'approccio di genere modulato sulla singola donna e sulla collettività;

- potenziare le prestazioni dell'ostetrica erogate in presenza (ambulatorio, consultorio familiare), a domicilio, in strutture di isolamento o altro, anche mediante strumenti di telemedicina;
- garantire visite al domicilio alle donne dopo il parto (supporto universale) a cura dell'ostetrica, individuare le situazioni di vulnerabilità della donna/famiglia con strumenti validati e attivare (supporto dedicato) e coinvolgere i professionisti di riferimento in rete, secondo il programma di Home Visiting;
- implementare l'utilizzo dell'Agenda Percorso Nascita informatizzata attraverso il censimento e la profilazione delle ostetriche dipendenti delle strutture pubbliche afferenti alle ASST e avviare il rilascio dell'Agenda, previa sperimentazione. Attivare la dematerializzazione degli accertamenti di laboratorio e strumentali delimitati per il controllo della gravidanza fisiologica organizzati in pacchetti specifici per età gestazionale, a cura dell'ostetrica dotate di carta operatore SISS e della firma remota, attribuendo loro la specializzazione "Z" e un codice regionale univoco con un formato di 6 cifre, ma con 9 iniziale. Il fine di definire un codice regionale univoco all'ostetrica è di rendere trasparente e tracciabile il governo dell'intero processo e di dare completa operatività al percorso nascita.
- promuovere, rispetto ad altri profili, la presenza dell'ostetrica nei settori di specifica competenza.

Regione Lombardia ha ulteriormente rafforzato questi concetti con la Deliberazione n° XI / 5389 del 18/10/2021, *"Approvazione della proposta di piano regionale di prevenzione 2021-2025, ai sensi delle intese stato-regioni del 6 agosto 2020 e del 5 maggio 2021 (proposta di delibera consiliare)"*.

Nella bozza del Decreto Ministeriale, soprannominato dagli addetti ai lavori come "DM 71", "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale" trasmessa il 25 febbraio 2022 dal Ministero della Salute alle Regioni, e che dovrà essere approvata in Conferenza Stato-Regioni, vengono dettagliati i "Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie". Viene individuato un modello organizzativo che stabilisce che l'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.

Il Consultorio Familiare è la struttura aziendale a libero accesso e gratuita, deputata alla prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna, al minore, alla famiglia in senso ampio, in linea con le evoluzioni sociali correnti e al contesto comunitario di riferimento dei predetti.

Standard: - Almeno 1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.

Consultorio Familiare (CF), nell'ambito dell'assistenza territoriale ad accesso diretto, garantisce le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. Gli ambiti di attività dei CF sono quelli previsti nei Livelli Essenziali di Assistenza. Il CF nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale garantisce tutte le prestazioni descritte nell'articolo 24 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 12 gennaio 2017, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie ed appropriate.

L'attività consultoriale è caratterizzata da un approccio multidisciplinare e olistico ("Planetary Health"), nonché da una attenzione alla complessità dello stato di salute della popolazione anche attraverso la qualità dell'accoglienza, dell'ascolto e della comunicazione e la loro capacità di realizzare programmi di promozione della salute e assistenza volti anche alla presa di consapevolezza delle persone e delle comunità.

Il principio ispiratore del lavoro del CF è quello dell'integrazione, che avviene a tutti i livelli, e si configura come un presupposto fondamentale per il raggiungimento dei suoi obiettivi.

Tale principio è evidente sia all'interno del CF che nel modo in cui questo si rapporta al contesto in cui opera. Il CF svolge, infatti, la propria attività in integrazione con tutti i professionisti afferenti ai servizi ospedalieri e territoriali, soprattutto con quelli dedicati alla presa in carico della persona, quelli rientranti nell'area dell'assistenza primaria e quelli dedicati alla tutela della salute mentale (es. pediatri di libera scelta, psicologi delle cure primarie, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dipartimenti di salute mentale e dipendenze, specialisti ambulatoriali, servizi di riabilitazione).

Inoltre, l'attività del CF richiede un approccio intersettoriale in quanto, oltre a quelli di carattere sociale, vi sono innumerevoli altri attori che possono contribuire alla produzione di benessere dell'individuo e delle comunità (es. settore scolastico, culturale, sportivo), al contenimento del disagio familiare e sociale (es. settore della giustizia, del lavoro).

Le figure professionali che possono operare nel CF sono pertanto: l'ostetrica, il medico ginecologo, lo psicologo, l'assistente sociale, l'infermiere, l'assistente sanitario e altro personale sanitario, quale ad esempio l'educatore professionale con funzioni sociosanitarie, il personale amministrativo, ed altre figure come il mediatore linguistico culturale, il mediatore familiare, il terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva (tnpee), il tecnico della riabilitazione psichiatrica (terp), l'assistente sanitario, l'avvocato.

Le attività del CF devono essere definite e coordinate, sia sul piano del funzionamento interno del CF, sia sul piano dell'integrazione in rete, con gli altri servizi sanitari (territoriali e ospedalieri) e con gli altri attori della Rete Materno Infantile.

Tutte le sedi dei CF dovranno essere dotate di locali e spazi adeguati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate.

Analizziamo ora lo stato dell'arte del percorso nascita prima dell'inizio della pandemia.

Nel 2019, ultimo anno prima dell'arrivo del covid, il totale dei nati segna, per il 10° anno consecutivo, ancora un record negativo: un trend in caduta libera, il valore più basso mai registrato in oltre 150 anni di unità nazionale. In un solo anno, dati ISTAT dal 2018 al 2019, si registra una diminuzione di oltre 19 mila nati (- 4,5%). Questa drastica riduzione dei nati non è solamente frutto del fatto che in Italia non si fanno più figli, ma si tratta di un fenomeno di lungo periodo dovuto, in gran parte, alla progressiva riduzione della base demografica di riferimento. Sono sempre meno, le donne in età feconda (convenzionalmente individuate nelle donne di età compresa tra i 15 e i 49 anni). Le nascite in Italia hanno registrato un'ulteriore flessione, meno sedicimila nel 2020 (-3,8% rispetto all'anno precedente) e sicuramente la pandemia da covid ha dato un ulteriore aggravamento a questo trend con effetti duri che vedremo non solo nel breve ma, anche, nel lungo termine (Blangiardo G.C., 2020).

Il covid irrompe, quindi, in un momento particolare per Regione Lombardia che, già dal 2018, ha profondamente riorganizzato i punti nascita secondo un concetto di rete per l'assistenza materno neonatale in termini di Hub & Spoke, istituendo 11 centri di medicina materno fetale collegati alle Terapie Intensive Neonatali. Quando esplode la pandemia, dunque, Regione Lombardia ha già operato un chiarimento organizzativo dei punti nascita: si sa, dunque, perfettamente chi fa e cosa si fa.

Con l'arrivo del covid, Regione Lombardia, pertanto, individua subito i centri di Medicina Materno Fetale (MMF) che diventano anche centri di riferimento covid per le donne in gravidanza, parto, puerperio e per i neonati (DECRETO N. 6279 del 27/05/2020 "*Ulteriori disposizioni integrative in*

attuazione della DGR n. XI/3115 del 7/05/2020 per l'organizzazione della rete ospedaliera in ordine all'emergenza epidemiologica da covid – 19").

Va sottolineato, anche, il ruolo chiave svolto dai Consultori Familiari durante la pandemia.

L'indagine, pubblicata nel 2020 sul bollettino epidemiologico nazionale italiano, *"Il Consultorio familiare per la tutela e promozione della salute dei singoli e delle comunità: una riflessione ai tempi del Coronavirus"*, mette in luce come anche durante il lock down i CF non abbiamo mai chiuso i battenti.

Si evidenzia come tra i servizi sanitari territoriali, che possono rappresentare una risorsa per fronteggiare l'emergenza COVID-19, ci sono senz'altro anche i Consultori familiari (CF). Questa indagine nazionale, coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e finanziata dal Ministero della Salute, mette in evidenza un'ampia variabilità interregionale nella disponibilità di sedi e di personale. Fra le attività dei CF rivestono importanza strategica l'assistenza al percorso nascita, i programmi di screening del tumore della cervice uterina e le azioni rivolte agli adolescenti.

Nonostante la necessità di limitare l'offerta ai servizi indifferibili durante il lockdown, in tante realtà sono state esemplari nella capacità di riorganizzare prontamente le attività nel nuovo contesto, garantendo sia le prestazioni individuali che quelle rivolte a gruppi di utenti anche tramite modalità innovative. L'articolo presenta una selezione di esperienze relative alle attività strategiche dei CF realizzate da marzo a giugno 2020 in 8 aziende sanitarie di diverse Regioni italiane.

L'indagine conclude che la lettura combinata di alcuni dei risultati dello studio dell'Istituto Superiore Sanità e delle esperienze realizzate al tempo del COVID-19 offre una misura della capacità dei CF di rispondere ai bisogni del territorio e di adattarsi al cambiamento.

Le realtà che hanno reagito più tempestivamente all'emergenza sono quelle che disponevano di risorse di personale adeguate, percorsi assistenziali integrati, reti territorio-ospedale consolidate, rafforzate dalla disponibilità di reti informatiche.

Si tratta di servizi improntati propri di un modello di salute innovativo, meritevole di essere valorizzato e sostenuto.

Le soluzioni organizzative innovative messe in atto durante l'emergenza potranno, dunque, affiancare le modalità abituali di offerta attiva dei CF anche in tempi di normalità.

È importante sottolineare che il periodo perinatale è solitamente circoscritto tra l'inizio della gravidanza e i 18 mesi di vita del/la bambino/a. Tuttavia, da un punto di vista socio-psicologico, si può sostenere che cominci già dal momento in cui si progetta di avere un figlio (e una famiglia) e che prosegua fino ai due anni di vita del/la bambino/a.

Si tratta di un periodo altamente complesso, in cui si intrecciano fattori biologici, emotivi, sociali e culturali. Le molteplici dimensioni coinvolte lo rendono un periodo carico di sfide e di rischi inerenti la salute fisica ed emotiva delle donne, degli uomini, delle famiglie e delle nuove generazioni. Per questo motivo le politiche di welfare vi investono una particolare attenzione. Secondo l'OMS, la salute di mamma e bambino rappresenta uno degli obiettivi sanitari a livello mondiale.

La nascita di un bambino non è, dunque, una questione esclusivamente femminile, bensì rappresenta un evento altamente significativo, che riguarda anche i partner e tutti gli altri soggetti che vi gravitano attorno: i nonni, gli zii, gli amici, la società e la comunità largamente intesa. È d'altronde vero che le donne assumono un ruolo centrale nella generatività e sperimentano in prima persona importanti cambiamenti quando diventano madri, a partire dal dato biologico fondante: la gestazione. L'esperienza della maternità rappresenta una fase della vita della donna che la espone a una peculiare vulnerabilità ed è esperienza comune, durante la gravidanza e in puerperio, provare variazioni dell'umore e cambiamenti emotivi: benché si tratti solitamente di modificazioni transitorie che tendono a risolversi spontaneamente, può verificarsi un ampio divario tra le aspettative o le risorse disponibili e la realtà della maternità, che fa emergere (e rischia di consolidare) difficoltà psicologiche o disturbi mentali (Milgrom et al., 2006, Sipsma et al., 2016; Kim-Cohen et al., 2005). Durante il periodo perinatale, il benessere e la salute mentale della madre, del partner e del bambino sono strettamente correlati (Yeaton-Massey & Herrero, 2019). Il disagio psicologico dei genitori può avere ripercussioni negative sullo sviluppo cognitivo, emotivo e sociale dei bambini e delle bambine (Milgrom et al., 2006; Stefana & Lavelli, 2017; KimCohen et al., 2005). Diventa, quindi, fondamentale strutturare reti integrate di assistenza a livello aziendale (territorio-ospedale) a supporto sia della continuità assistenziale in ambito perinatale, che dell'accessibilità dei percorsi socioassistenziali.

Utilizziamo ora la SWOT Analysis quale strumento utile per analizzare gli scenari alternativi di sviluppo o cambiamenti, ovvero per una pianificazione strategica in ambito perinatale. È utile per evidenziare i principali fattori, interni ed esterni al contesto di analisi, in grado di influenzare il successo del programma/piano di miglioramento nel management perinatale.

SWOT ANALYSIS

OGGETTO DI ANALISI: Il percorso Nascita del Punto Nascita dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lecco.

SCOPO: Migliorare la qualità del servizio (efficienza/appropriatezza) mediante l’implementazione di un nuovo modello organizzativo a gestione ostetrica caratterizzato da autonomia decisionale.

MODELLO DI CONFRONTO: Altri modelli già attivati in altre realtà nazionali ed internazionali, indicati in letteratura.

STRENGTHS:

- Presidi Ospedalieri e Consultori familiari dal 2015 sono coordinati, controllati, finanziati e valutati dalla stessa Direzione Generale; questo permette di coinvolgere le medesime figure direzionali, senza antagonismi di vertice e le stesse figure operative nella realizzazione del progetto;
- La presenza dal 2015 della figura del Direttore Sociosanitario che ha permesso di legittimare ed incentivare azioni mirate allo sviluppo anche trasversale (territorio-ospedale) di una assistenza integrata con le politiche sociali;
- La Direzione Strategica, il Direttore del Dipartimento Materno-Infantile (DMI), il Direttore della Direzione delle Professioni Sanitarie, i Direttori delle Unità Operative Complesse (UOC) di Ostetricia e Ginecologia, la Responsabile dell’Unità Operativa Semplice Dipartimentale Consultori, la Responsabile d’Area Dipartimentale del DMI, la Responsabile delle Attività Consultoriali, le Coordinatrici delle UOC di Ostetricia e Ginecologia dei Presidi Ospedalieri condividono già in partenza l’obiettivo di creazione di reti integrate di assistenza e la percepiscono come una necessità clinico-assistenziale;
- La Normativa Regionale che già dal 2018 ha profondamente riorganizzato i punti nascita in un concetto di RETE per l’assistenza materno neonatale secondo il concetto di Hub & Spoke, con risvolti importanti non solo sull’integrazione sociosanitaria e sulla continuità assistenziale tra ospedale e territorio, ma soprattutto nel ripensare funzioni e organizzazione dei servizi consultoriali quali snodi ed attori strategici nel percorso nascita;
- La Deliberazione N° XI/0626 del 01/03/2022 “Linee guida regionali per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici (POAS) delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), delle Fondazioni Istituti di Ricovero e Cura a

Carattere Scientifico (IRCCS) di Diritto Pubblico della Regione Lombardia e dell'Agenda Regionale Emergenza e Urgenza (AREU)" - (richiesta di parere alla commissione consiliare)" che nel Capitolo II – Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie (DAPSS) stabilisce che l'autonomia organizzativa e professionale dei professionisti afferenti alla DAPSS è un presupposto fondamentale per integrazione multidisciplinare/multiprofessionale;

- Il Team di Ostetriche competenti e motivate;
- La Disponibilità di strumenti già strutturati, quali ad esempio l'Agenda del Percorso Nascita.

WEAKNESSES:

- La resistenza al cambiamento organizzativo per vari motivi, tra cui diverse culture organizzative tra ospedale e territorio, sorpresa e paura dell'ignoto, clima di sfiducia, paura del fallimento, perdita di status o della sicurezza lavorativa, pressioni da parte dei colleghi, abbandono di tradizioni culturali o relazioni di gruppo, conflitti di personalità, mancanza di tatto o tempistica sbagliata, sistemi di ricompensa che non motivano efficacemente;
- La resistenza all'innovazione per vari motivi fra i quali la macchinosità della burocrazia italiana (per cui l'Azienda rimane talvolta ed involontariamente ingabbiata in una struttura di normative, leggi, decreti, articoli a volte poco chiari e pratici), l'organizzazione a silos (insufficiente accesso alle informazioni) e la frammentazione dei processi, nonché la difficoltà di portare a termine il progetto per il sopraggiungere di altri progetti o problematiche più urgenti da affrontare;
- A fronte di un'ottima descrizione dei dati di attività, di costi e di ricavi, manca una "profilazione dell'utenza" e un'analisi di fabbisogni, per meglio delineare la "perspective" strategica necessaria per lo sviluppo;
- L'infrastruttura fisica e IT inflessibile: nella quotidianità spesso non funzionano i programmi informatici necessari e a volte non sono collegati; il sistema di prenotazione (CUP) aziendale è difficoltoso sia per l'utente, che per il professionista sanitario;
- Gli spazi e i setting: disponibilità ridotta, non confacente;
- Il sito aziendale e la cartellonistica scarsamente sviluppati: l'utente non riesce a ricercare i servizi di necessità e non comprende il contesto dove questi vengono erogati (non sa, ad esempio, che Presidi e Consultori appartengono alla stessa "famiglia" - ASST);

- I problemi relativi alla forza lavoro: scarsità di organico (normativa DGR n. 6/38133 del 6 agosto 1998) che non permette di garantire un'assistenza appropriata;
- La scarsità di strumentazioni disponibili (esempio ecografi).

OPPORTUNITIES:

- Dal 2015 la riforma sanitaria lombarda promuove lo sviluppo sociosanitario integrato;
- Le normative nazionali e regionali promuovono, soprattutto in campo ostetrico, l'integrazione territorio-ospedale, con la linea di indirizzo 3 della conferenza unificata stato-regioni 2010. Lo stesso PNRR (componente 1, missione 6) ne conferma ed incentiva lo sviluppo;
- La componente 2 della stessa missione 6 del PNRR promuove l'innovazione e la digitalizzazione del servizio sanitario nazionale, applicabile, ad esempio, nel rinnovo di alcuni sistemi informativi aziendali, per la conservazione dei referti e delle immagini, per la digitalizzazione dell'Agenda del Percorso Nascita e per l'ammodernamento del parco tecnologico (ecografi, ecc.);
- Le delibere regionali XI/268 del 2018 e XI / 5249 del 2021, nonché il decreto 14243/2018 autorizzano le ostetriche per l'esercizio della loro professione in autonomia;
- La popolazione, durante l'esperienza vissuta durante la pandemia COVID 19, ha sofferto della mancanza di un'assistenza territoriale integrata ed ha manifestato la necessità dello sviluppo di una medicina di prossimità;
- Le evidenze scientifiche sostengono il modello assistenziale di case e clinical management dell'ostetrica nella gestione del percorso nascita fisiologico e di tutela-promozione della salute della donna evidenziando il miglioramento di molti outcomes (Sandall et al. Cochrane review, 2016), tra cui:
 - ✓ riduzione dei ricoveri ospedalieri antinatali;
 - ✓ riduzione degli accessi in pronto soccorso;
 - ✓ minore uso di analgesia farmacologica in travaglio;
 - ✓ riduzione della medicalizzazione dell'assistenza (induzione farmacologica del travaglio, uso dell'ossitocina, episiotomia, ecc.);
 - ✓ riduzione della lunghezza del travaglio;
 - ✓ minori parti operativi;
 - ✓ minori tagli cesarei;

- ✓ maggiori numeri di punteggio di apgar a 5 minuti superiore a 7,2;
 - ✓ donne che percepiscono il controllo del loro travaglio;
 - ✓ il travaglio è migliore dell'atteso;
 - ✓ esperienza complessiva più positiva per le donne;
 - ✓ riduzione del rapporto costi-efficacia.
- La richiesta da parte delle donne di un caring continuo per tutto il percorso nascita;
 - Essere un modello di eccellenza per la formazione professionale degli studenti del Corso di Laurea in Ostetricia;
 - La disponibilità di linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO) redatte dal Ministero della Salute;
 - La buona reputazione della struttura da parte del contesto sociale;
 - First mover advantage: primo centro della zona ad attivare il nuovo modello organizzativo.

THREATS:

- La drastica riduzione della natalità a livello italiano;
- Le insufficienti politiche di welfare sanitario negli ultimi decenni;
- L'inadeguato riconoscimento del valore sociale della maternità, della salute della donna e della famiglia;
- La vastità territoriale tale da rendere particolarmente difficoltosa la realizzazione di una rete di servizi per l'assistenza materno-infantile che abbracci fabbisogni diversificati, adottabili per lunghi periodi ed applicabili a popolazioni e ad ambienti mutabili;
- L'eterogeneità geografiche, socio-culturali e economiche molto differenti all'interno del territorio dell'ASST; queste differenziazioni rendono più difficili azioni universali, applicabili a diversi contesti ed omogenee;
- L'ASST comprende diversi comuni e, quindi, può essere difficile conciliare politiche differenti;
- La mancanza di chiarezza sugli investimenti economici offerti dall'Unione Europea per la realizzazione del PNRR;
- Il numero di professionisti sanitari ridotto a causa di imprevisti di salute e malattie della popolazione e dell'organico sanitario o per richieste ordinari di congedi (maternità, matrimoni, ecc.) che possono determinare la mancanza di garanzie di "sopravvivenza" delle strutture sanitarie;

- La mancanza di indicazioni da parte del Ministero della Salute in merito alla modalità di prescrizione degli esami da parte dell'ostetrica.

Finalità generale

Un po' di anni fa, Richard Fuller, inventore, architetto, designer, filosofo, scrittore, professore universitario e conduttore televisivo statunitense, considerato uno degli innovatori più importanti del XX secolo, spinto dalla filosofia dell'Efemeralizzazione, cioè del "di più per meno", pronunciò una frase che è diventata celebre, "Non cambierai mai le cose combattendo la realtà esistente. Per cambiare qualcosa, costruisci un modello nuovo che renda la realtà obsoleta."

Nella gestione del cambiamento, anche di quello organizzativo, la vera sfida è rappresentata dal costruire un modello nuovo capace di soppiantare quello esistente.

La finalità generale di questo project work è quella di strutturare un servizio unitario, una rete di continuità territorio-ospedale in grado di sviluppare sul territorio una medicina di prossimità, finalizzata a soddisfare i fabbisogni perinatali di primo livello, riservando ai presidi ospedalieri il trattamento della fase acuta e dell'offerta sanitaria specialistica.

Lo scopo è quello di realizzare una rete di continuità in ambito perinatale, espressione di una integrazione territorio-ospedale, con i seguenti obiettivi specifici:

- potenziamento della medicina di prossimità con la rivalorizzazione dei consultori familiari, che devono diventare il primo punto di erogazione dei servizi in prossimità delle "case" dei cittadini, attraverso la promozione di un'assistenza basata sull'offerta attiva, l'empowerment e l'engagement del cittadino e la genitorialità consapevole e responsiva.

In tal modo si vuole passare da una logica prestazionale a quella di una presa in carico della persona per ridurre, tra l'altro:

- ✓ il numero degli accessi inappropriati al pronto soccorso;
- ✓ la percentuale dei parti cesarei e dei parti distocici;
- ✓ la percentuale dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza.
- rivalorizzazione dei presidi ospedalieri attraverso l'applicazione del modello Hub & Spoke, in grado di fornire prestazioni caratterizzate da appropriatezza e sicurezza per la diade madre-neonato, ai diversi livelli di assistenza. Sono previsti due livelli di assistenza:
 - ✓ 1° livello: assistenza a donne gravide e neonati in ambito di fisiologia/basso rischio ostetrico o di piccola/media patologia;

- ✓ 2° livello: oltre all'assistenza a donne gravide e neonati in ambito di fisiologia/basso rischio ostetrico o di piccola/media patologia, assiste donne e neonati in caso di patologia grave materno fetale/alto rischio ostetrico e neonatale.

In tal modo si vuole aumentare il numero delle gravidanze seguite, i parti e, infine, recuperare quella quota di italiane residenti nel territorio di competenza che “fuggono” dai presidi e vanno a partorire in altre sedi ospedaliere.

- implementare un nuovo modello organizzativo “a gestione ostetrica” caratterizzato da autonomia decisionale da implementare nell'ambito delle attività consultoriali presenti all'interno delle case della comunità Hub & Spoke, così come raccomandato dal regolamento, “Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” (DM 71) e nei presidi ospedalieri.

In questo nuovo modello organizzativo rivestono particolare valore le funzioni di case e clinical management dell'ostetrica nella gestione del percorso nascita fisiologico, per promuovere la centralità del ruolo e della salute della donna nei sistemi familiari e sociali, con l'obiettivo di accrescere l'empowerment, l'engagement e la consapevolezza per il benessere di tutti gli individui, migliorando quindi il welfare di comunità.

Obiettivi specifici

- ✓ Profilare la “popolazione di riferimento” del progetto, anche con geo-localizzazione della residenza per individuare eventuali difficoltà di accesso ai servizi sia programmati che in urgenza, al fine di poter adattare l'organizzazione dell'offerta;
- ✓ Definire la tipologia di “prodotto” da realizzare:
 - il **territorio** deve offrire “salute”, ossia progetti e percorsi assistenziali finalizzati alla prevenzione (screening, vaccinazioni, ecc.), sviluppo di programmi di promozione della salute riproduttiva e pre-concezionale e di prevenzione nei primi 1000 giorni (abbracciando l'arco temporale compreso dall'infanzia/adolescenza alla menopausa, passando attraverso il percorso nascita in tutte le sue fasi - preconcezionale, gravidanza, parto, puerperio, con sostegno all'allattamento), al fine di garantire le migliori condizioni di “partenza” ai nuovi nati; attivazione di percorsi di promozione della salute e sani stili di vita familiari per genitori di bambini 0-36 mesi; sviluppo di programmi per accrescere le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici in età infantile; promozione della immunizzazione attiva; comunicazione del rischio per la

popolazione generale e specifici sottogruppi; offrire un'attenzione particolare al contesto socio-sanitario, psicologico, anche nel rispetto della legge 194;

- i **presidi ospedalieri** devono fornire l'approfondimento clinico-diagnostico e la "cura", cioè la risoluzione dei casi complessi afferenti, dal territorio, mediante percorsi facilitati;
- ✓ Definire il "mercato" del progetto: tutela della salute, intesa come prevenzione, promozione, cura e riabilitazione, garantendo i livelli essenziali di assistenza e consolidando l'integrazione tra ospedale e territorio, intesa come diritto di ogni cittadino, indipendentemente dallo stato sociale, dall'etnia o dallo stato economico. Si punterà al recupero dei residenti offrendo una risposta al bisogno di salute specifico;
- Costruire/sviluppare la rete attraverso la costruzione/implementazione e condivisione di "processi organizzativi" in un'ottica multiprofessionale e multidisciplinare integrata, la creazione del "centro servizi" all'interno dei consultori familiari (composto da personale sanitario e amministrativo), l'elaborazione condivisa/implementazione degli strumenti di trasmissione delle informazioni, l'attivazione delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT).

Destinatari e attori coinvolti

I **destinatari** primari di questo progetto sono rappresentati dalle donne, dai neonati, dai minori, dalla famiglia e dalla comunità in senso ampio.

Per questo, la rete di continuità in ambito perinatale, espressione di una integrazione territorio-ospedale, che si vuole realizzare attraverso questo progetto, è rivolta proprio alla promozione integrata della qualità assistenziale per i cittadini, in termini di efficacia, efficienza, sicurezza, appropriatezza, nell'ambito di una sostenibilità economica, e all'integrazione e ottimizzazione, tramite la messa in rete dei servizi resi a livello territoriale ed ospedaliero. Per realizzare ciò, appare sempre più utile partire dai bisogni dei cittadini che possono essere riassunti in quattro aspetti:

- **Vicinanza e prossimità:** una sanità vicino a dove abito (che va anche a casa nei casi più complessi), che sa ascoltare e comprendere i problemi delle persone e ricollocarli e che è parte integrante della mia comunità;
- **Semplificazione:** quello che devo fare è chiaro e comprensibile, riesco a fare tutto senza dover [...], una sanità dove si spostano i dati e non le persone;
- **Accessibilità:** un posto dove trovo sempre qualcuno che sta a sentire i miei problemi di salute (e magari non solo quelli) e che ha orari compatibili con quelli della mia vita sociale e lavorativa;

- **Riconoscibilità:** conosco i servizi che mi vengono offerti, a che cosa servono e come mi sono utili a risolvere i miei problemi.

Gli **attori coinvolti** in questo progetto saranno tutti i professionisti/operatori sanitari e non sanitari afferenti ai servizi ospedalieri e territoriali, nonché i comuni, le province, le forze dell'ordine, le società scientifiche, le associazioni di categoria, le associazioni degli utenti e del terzo settore coinvolti a vario titolo nel percorso nascita.

Descrizione dell'intervento/modello, azione e tempi di realizzazione

Il seguente project work prevede quattro livelli di intervento:

- **Culturale:** accrescimento negli attori coinvolti della necessità di cambiamento con conseguente creazione di una coscienza collettiva disciplinata, formulazione di una strategia concreta di cambiamento, con condivisione delle premesse strategiche; l'ospedale è un nodo strategico della rete assistenziale che parte dal territorio e ritorna al territorio. Gli operatori sanitari e non devono incrementare la capacità di operare all'interno di "processi organizzativi" e non solo per ambiti specialistici, in un'ottica multiprofessionale e multidisciplinare integrata;
- **Organizzativo:** creazione di una coalizione di governo (cabina di regia) costituita da persone con una posizione di potere, competenza, credibilità e leadership; ricerca delle risorse (umane ed economiche) con conseguente analisi dei costi e dei finanziamenti, nell'ambito della sostenibilità); creazione del "centro servizi" all'interno dei consultori familiari, importante strumento per la presa in carico e di garanzia per la dimissione protetta;
- **Informativo/Comunicativo:** Elaborazione condivisa/implementazione degli strumenti di trasmissione delle informazioni; incontri periodici per conoscere, condividere le criticità e individuare delle possibili soluzioni; attivazione delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) per potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale, in modo particolare della tecnoassistenza (televisita, teleconsulto, teleconsulenza, teleassistenza, ecc.);
- **Formativo:** rafforzare le competenze del personale sanitario (ostetriche, ginecologi, educatori, psicologi, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, ecc.), dei diversi Attori e Stakeholder relativamente a strumenti utili a favorire la promozione della salute nei Primi 1000 giorni di vita e fino a tre anni; integrazione dei programmi di Formazione manageriale dei Direttori di Azienda Sanitaria (DIAS) e Direttori di Struttura Complessa (DSC), Formazione policy maker, ecc., per la valorizzazione del ruolo e della funzione preventiva delle politiche di

intervento 0-3 anni; programmi di Formazione per accompagnare/supportare il personale sanitario e non sanitario nel cambiamento organizzativo.

Planning

Sviluppiamo ora il piano con la descrizione delle attività, cioè delle azioni necessarie per trasformare i mezzi nei risultati. I mezzi sono costituiti dalle risorse umane, fisiche, finanziarie, partendo dai principi di sicurezza, qualità ed appropriatezza.

Giugno/Agosto 2022:

- Analisi situazionale del territorio e dei presidi ospedalieri, individuazione dei punti di debolezza e delle minacce, definizione della mission e vision, identificazione degli obiettivi ed elaborazione della swott analysis.

Settembre 2022:

- Condivisione con la Direzione Strategica (Direzione Generale, Sociosanitaria, Sanitaria e Amministrativa) e la Direzione delle Professioni Sanitarie;
- Incontro con il Direttore del Dipartimento Materno Infantile, i Direttori delle Unità Operative Complesse (UOC) di Ostetricia e Ginecologia, la Responsabile dell'Unità Operativa Semplice Dipartimentale Consultori, la Responsabile d'Area Dipartimentale del DMI, la Responsabile delle Attività Consultoriali, le Coordinatrici delle UOC di Ostetricia e Ginecologia dei Presidi Ospedalieri per la condivisione della nuova vision;
- Incontro extra-aziendale su scala territoriale e regionale di sensibilizzazione tra Direttori Sociosanitari e i politici territoriali, cioè i sindaci o i loro delegati (assessori per le politiche sociosanitarie) e un rappresentante regionale;
- Riunione con tutti i componenti identificati nella cabina di regia per riportare l'analisi situazionale, ribadire la mission, condividere gli obiettivi, delinare la vision e descrivere il piano strategico.

Ottobre 2022:

- Incontro con il Responsabile del "Controllo di Gestione": analisi del volume di attività, attuale e in confronto con il 2019, e della tipologia delle prestazioni svolte dai presidi ospedalieri e dai consultori. Ipotesi di redistribuzione dei flussi di attività secondo i criteri stabiliti.
- Determinazione dei carichi di lavoro e individuazione di un idoneo organico sanitario (medici, ostetriche, infermiere, amministrativi, ecc.), con valutazione del fabbisogno organico;

- Incontro con il Direttore della “Gestione Risorse Umane” per valutare la tipologia di contratti proponibili alle diverse figure professionali.

Un’ipotesi percorribile potrebbe essere quella di avere un unico organico afferente alla struttura ospedaliera, con redistribuzione dello stesso sul territorio, in modo temporaneo (job rotation) o definitivo, qualora insorgano problematiche di salute o di età, che limitano lo svolgimento di alcune attività “stressogene” o notturne o carichi di lavoro improponibili a certe età (ad esempio dopo i 60 anni). Tale azione permetterebbe di aumentare il numero dell’organico, con una rotazione sul territorio per una visione di insieme e per un collegamento più efficiente ed efficace. Questa rotazione è altamente strategica, perché permetterebbe di avere personale altamente qualificato su tutta la rete, su tutti gli ambiti clinici ma, anche, organizzativi e diventerebbe l’elemento di promozione principale della rete desiderata, l’espressione reale dell’unità, che si va a differenziare solo strutturalmente e geograficamente. La rete dovrà prevedere una condivisione del concetto dinamico di rischio ostetrico, che permetta al territorio di inviare il paziente e di raccogliarlo quando la situazione critica si è conclusa. La rotazione dell’organico permetterebbe una conduzione assistenziale davvero unica: il paziente, ad esempio la donna in gravidanza, potrebbe ritrovare l’ostetrica che l’ha seguita in gravidanza anche in sala parto dove nascerà il suo bambino; la stessa ostetrica potrà sostenerla anche sul territorio per l’allattamento e un domani la seguirà per gli screening ginecologici o le vaccinazioni o la consulterà sulla contraccezione, chiudendo il cerchio clinico;

- Eseguire un’analisi dei fabbisogni strumentali (ad esempio ecografo portatile per il territorio, mentre a livello ospedaliero ecografo ad alte prestazioni, isteroscopi, colposcopi, laparoscopi, ecc. Tra i fabbisogni strumentali, si inserisce anche l’utilizzo di strumenti informatizzati di comunicazione tra ospedale e consultorio: PC, stampanti e programmi condivisi. Questa fase spiega la necessità di passare alle 2 fasi successive:
 - ✓ incontro con l’Ingegneria Clinica e l’Economato, per iniziare il percorso della selezione degli strumenti e il loro acquisto;
 - ✓ incontro con il Direttore dei Sistemi Informativi, per poter utilizzare, ad esempio, gli stessi format di refertazione.

Novembre 2022/Dicembre 2023:

- Promuovere nella rete il Percorso Nascita, che inizia con l’apertura di servizi territoriali proprio dedicati alla gravidanza fisiologica, BRO (a basso rischio ostetrico), in completa autonomia da parte dell’ostetrica, secondo la delibera XI\268 del 2018, che a sua volta si ispira alla Linea Guida

20, elaborata dal sistema nazionale linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità. L'attivazione di questo servizio BRO presuppone l'organizzazione di una riunione con tutte le ostetriche del presidio, del territorio e con la Responsabile d'Area Dipartimentale del DMI, la Responsabile delle Attività Consultoriali, le Coordinatrici delle UOC di Ostetricia e Ginecologia dei Presidi Ospedalieri. La delibera XI\268, sulla BRO, include un piano operativo, snodato su 3 punti:

- ✓ Codifica e tariffazione delle visite ostetriche;
 - ✓ Impostazione di una agenda del percorso nascita;
 - ✓ Richieste di prestazioni di laboratorio e strumentali da parte dell'ostetrica ed emissione di certificazioni sulla gravidanza. Per realizzare ciò, è necessario prevedere un tavolo di lavoro con la Regione che permetta di rendere operativo questo ultimo aspetto, altrimenti, non potendo l'ostetrica prescrivere su ricetta SSN gli esami previsti dall'Agenda, deve inviare la paziente al medico di base, che spesso si rifiuta, in modo illecito, di passare alla prescrizione, oppure l'alternativa è utilizzare le credenziali e la carta SISS di un ginecologo della struttura, ma anche in questo caso si cade nell'illecito. Sembra che, in Lombardia, Aria abbia ricevuto da tempo il compito di realizzare per via elettronica l'agenda del percorso nascita e probabilmente la conclusione di questo lavoro porterebbe a fornire l'opportunità anche alle ostetriche di prescrivere gli esami di laboratorio, possibilità già presente in molte regioni italiane. Tale premessa spiega la necessità di perseguire anche questa fase incontrando individualmente il Direttore Sociosanitario e suo successivo lavoro di interlocuzione con la Regione Lombardia o Aria;
- Aprire alcuni servizi ambulatoriali di I livello, esempio BRO, o di II livello nel presidio ospedaliero (esempio menopausa, endometriosi, uro-ginecologia, ecc.). Per questo è necessaria la formazione di alcuni professionisti e, quindi, la progettazione, organizzazione e realizzazione di corsi di formazione;
 - Sviluppare/Revisionare e Condividere linee guida, procedure, protocolli, istruzioni operative su tutta la rete. Per lo sviluppo di questa fase è necessario:
 - ✓ stabilire delle priorità di tematiche cliniche-assistenziali attraverso una lista di argomenti condivisa;
 - ✓ assegnare "l'up to date" e le relazioni alle diverse figure sanitarie non solo dell'ospedale, ma anche del territorio, per un coinvolgimento generale e per non far passare l'idea che solo i professionisti ospedalieri abbiano qualcosa da insegnare agli altri;

- ✓ organizzare sia in presenza che in remoto degli incontri per permettere a tutti una maggior partecipazione; necessaria, pertanto, la scelta della piattaforma di rete e suo allestimento;
- ✓ Creazione del “centro servizi” all’interno dei consultori familiari. Rete significa anche apertura di veloci e diretti canali di prenotazione, per cui risulta indispensabile anche l’apertura di prenotazioni solo su “agende interne” dei servizi di II livello da parte delle strutture territoriali. Cioè il paziente inizialmente visitato nel consultorio verrebbe indirizzato al presidio ospedaliero solo nel caso necessitasse di approfondimenti diagnostici o cure (esempio ricovero o intervento chirurgico);
- ✓ Individuare e implementare, con il coinvolgimento dei diversi Stakeholder, azioni di accountability in tema di allattamento al seno;
- ✓ Definire il modello concettuale, organizzativo e operativo con il coinvolgimento dei diversi Stakeholder dell’Home visiting per promuovere la salute di mamma e bambino che si trovano in condizioni di vulnerabilità;
- ✓ Rafforzare le competenze del personale sanitario (ostetriche, ginecologi, educatori, psicologi, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, ecc.), dei diversi Attori e Stakeholder relativamente a strumenti utili a favorire la promozione della salute nei Primi 1000 giorni di vita e fino a tre anni, attraverso la formazione in tema di:
 - ✓ Primi 1000 giorni;
 - ✓ Visite domiciliari;
 - ✓ Allattamento al seno;
 - ✓ Salute in gravidanza e in puerperio;
 - ✓ Ruolo del CF nelle strategie regionali di prevenzione promozione della salute;
 - ✓ Vaccinazioni raccomandate in età fertile, in gravidanza e in puerperio;
 - ✓ Visite domiciliari - Home visiting;
 - ✓ Strategie di engagement dell’utenza.
- Integrare i programmi di Formazione manageriale dei Direttori di Azienda Sanitaria (DIAS) e Direttori di Struttura Complessa (DSC), Formazione policy maker, ecc., per la valorizzazione del ruolo e della funzione preventiva delle politiche di intervento 0-3 anni in tema di:
 - ✓ Ruolo del CF nelle strategie regionali di prevenzione e promozione della salute;
 - ✓ Vaccinazioni raccomandate in età fertile, in gravidanza e in puerperio, nell’età evolutiva;
 - ✓ Visite domiciliari - Home visiting a cura dell’ostetrica del CF.

- Definire strategia e strumenti di una campagna di comunicazione (multilingue e multicanale) rivolta alla popolazione generale e in particolare alle donne in gravidanza in merito a:
 - ✓ offerta assistenziale in gravidanza e in puerperio (in particolare sull'assistenza ostetrica e sulle visite domiciliari a cura dell'ostetrica del CF) e ai relativi vantaggi di salute per mamma e bambino;
 - ✓ vantaggi di salute per mamma e bambino effettuando le vaccinazioni in età fertile, gravidanza- puerperio e nella prima infanzia;
 - ✓ Nati per leggere.
- Definire strumenti di comunicazione (multilingue) sui vantaggi dei vaccini in età fertile, gravidanza-puerperio e nella prima infanzia;
- Promuovere la salute mediante l'offerta di incontri di accompagnamento alla nascita indirizzati anche alle fasce svantaggiate in un'ottica di Health Equity Audit (HEA);
- Rafforzare le funzioni di promozione e tutela della salute di mamma e bambino sia in termini di supporto universale (visite domiciliari entro le prime 8 settimane dal parto), sia di supporto dedicato con un'attenzione specifica a situazioni di fragilità attraverso la messa a sistema degli esiti del programma Pensare Positivo (rivolto alle donne con disagio emotivo perinatale post partum) e con la strutturazione dell'offerta di Home visiting (rivolta a mamme-bambini vulnerabili);
- Definire strumenti di monitoraggio della prevalenza dell'allattamento al seno fino al sesto mese (180 giorni di vita coerente al modello raccomandato da WHO UNICEF);
- Definire ed implementare interventi per contrastare il fenomeno della violenza sulle donne e sui minori;
- Definire e mettere a sistema strumenti di monitoraggio del percorso diagnostico-terapeutico e di sorveglianza dello screening audiologico - oculistico, nonché di comunicazione tra gli operatori dei differenti livelli operativi;
- Definire ed implementare strumenti informativi per la raccolta di informazioni utili a monitorare l'adozione di stili di vita sani in età infantile;
- Implementare il programma Nati per leggere con l'attivazione del sistema informativo per il monitoraggio;
- Aumentare nei punti nascita e nei CF la capacità di offerta delle vaccinazioni nelle donne in gravidanza (vaccinazione anti DTP e antinfluenzale) ed in età fertile (vaccinazione anti MPRV);
- Sviluppare azioni volte a contrastare il fenomeno della non adesione ai vaccini in età infantile;

- Implementare il numero di Baby Pit Stop (BPS) non solo nei CF e nei presidi ospedalieri ma, anche, nelle biblioteche, musei, uffici pubblici, negozi, ecc.;
- Sviluppare/realizzare programmi di Formazione per accompagnare/supportare il personale sanitario e non sanitario nel cambiamento organizzativo;
- Sviluppare/realizzare attività di televisita, teleconsulto, teleconsulenza e teleassistenza;
- Sviluppare e realizzare campagne e strumenti di pubblicizzazione e comunicazione della rete all'utente sui siti delle aziende, sui cartelloni posti davanti agli ambulatori e agli ospedali, ecc., attraverso il coinvolgimento della Direzione Strategica e dell'Ufficio Stampa;
- Realizzare, laddove necessario, una manutenzione edilizia e tecnica più accurata con il rinnovo di alcuni arredamenti: non è infrequente osservare vetrate crepate, muri scalcinati o poltroncine tagliate. È importante non suscitare nell'utente la sensazione di abbandono "strutturale".

Ovviamente la tempistica di implementazione di questo progetto (cronoprogramma) può dipendere molto, dagli elementi valutati nella swot analysis.

In ogni caso, mantenendo una posizione ottimistica, riteniamo che queste fasi di implementazione del progetto possano essere realizzate nell'arco di un anno e mezzo/due anni al massimo.

Metodi, risorse, strumenti

Il metodo scelto per la strutturazione progetto è quello delle "4 P" proposto da Henry Mintzberg: Perspective, Position, Plan, Pattern.

Lo stile di leadership che riteniamo più efficace per questo progetto è quello basato sul participating: con una definizione del lavoro iniziale con i collaboratori, fornendo molto supporto se richiesto.

Come precedentemente descritto, le risorse individuate per questo progetto sono umane, fisiche e finanziarie e gli strumenti sono di tipo strategico, organizzativo, informativo/comunicativo e formativo.

Costi

- Costo per l'acquisizione di mezzi, materiali e attrezzature:
 - ✓ **Sistema di refertazione integrato:** è necessaria una soluzione informatica che punti all'ottimizzazione ed all'omogeneizzazione dei flussi di refertazione degli esami ecografici, elaborazione dei dati, gestione delle immagini, archiviazione dei dati clinici testuali ed iconografici (costo indicativo 15.000 euro per postazione). Questo sistema di refertazione

potrebbe anche essere integrato con il sistema informativo ospedaliero (costo indicativo 100.000 euro per tre anni);

- ✓ **Sistema integrato per la presa in carico del paziente:** è necessaria una soluzione informatica che punti alla condivisione dell'agenda del percorso nascita fra CF e ospedale;
- ✓ **Creazione del centro servizi all'interno dei CF:** creazione di "agende interne" informatiche;
- ✓ **Costi formazione degli operatori;**
- ✓ **Costi di formazione manageriale;**
- ✓ **Costi campagne e strumenti di pubblicizzazione e di comunicazione della rete agli utenti;**
- ✓ **Costi di manutenzione edilizia e tecnica con il rinnovo di alcuni arredamenti.** Nello specifico:
 - Corsi di accompagnamento alla nascita ed alla menopausa: computer, stampanti, proiettori, cuscini, cusciniotti, materassini, bacino ostetrico, bambolotto, modello di placenta, cartellonistica, armadi;
 - Baby Pit Stop e promozione allattamento: bilancia e metro per neonata, poltrona per allattamento, fasciatoio riscaldato, separè, armadi;
 - Tisaneria per incontro con le famiglie: divani, poltrone, frigor, bollitore e diffusore essenze;
 - Home visiting: Tablet, cellulari, borsa ostetrica, rilevatore BCF, rilevatore elettronico pressione arteriosa, saturimetro, glucometro, termometro, bilirubinometro portatile per neonato;
- ✓ **Ecografi di bassa fascia (costo 14.000 euro più IVA euro);**
- ✓ **Isteroscopi, colposcopi, laparoscopi, ecc.**
- Costo del lavoro (baseline dei costi): Per personale medico, ostetrico, infermieristico, amministrativo, ecc.

Di seguito si riporta un'ipotesi di stima dei costi.

**IPOTESI di ALLESTIMENTO in AZIENDA di AMBULATORIO con 2 POSTAZIONI/STUDI per le PATOLOGIE
in AMBITO PERINATALE all'INTERNO di una CASA di COMUNITA' - STIMA COSTI**

	Ipotesi N. postazioni e/o licenze	stima costo	note
Software di refertazione integrato (aziendale) e archiviazione dati	1	100.000	riportato il costo indicato nella richiesta (contratto triennale)
Eventuali licenze aggiuntive	2	30.000	riportato il costo indicato nella richiesta (da vedere se servono licenze aggiuntive non comprese nel SW gestionale)
Sistema per presa in carico paziente	1 o più licenze	0	utilizzo applicativi per prenotazione già presenti in azienda (Cup)
Costruzione "agende interne"	n.	0	
Costo formazione operatori	=	=	di norma la formazione riguardante l'utilizzo dei Sw è "compresa" nel contratto di acquisto. Per eventuali corsi di formazione professionali si può prevedere un budget annuale di 1.500 euro.
Costi campagne e strumenti di pubblicizzazione e di comunicazione della rete agli utenti	=	0-25.000	se si utilizza il Sito e/o i normali canali di comunicazione aziendali il costo è zero (0), se si vuole effettuare una campagna pubblicitaria (cartellonistica, libretti illustrativi, incontri ...) allora è necessario prevedere un costo (25.000)
Costi manutenzione edilizia e tecnica (compreso arredi), esempio:			
tablet	2	1.974	Si tratta del prezzo medio di acquisto (AcquistoPA). Di norma queste attrezzature si noleggiano.
stampanti	2	800	
postazioni lavoro	2	508	scrivanie, poltrone ufficio ...
altro arredamento	n.	750	divano, poltrone, bollitore, frigo ...
ecografi	1	14.000	riportato il costo indicato nella richiesta
cellulari	2	0	esiste già un contratto aziendale
isteroscopi, colposcopi, laparoscopi ...	1	=	un Isteroscopio si può trovare anche a meno di 500 euro, per un Colposcopio i prezzi possono anche superare i 3.000 euro
altra attrezzatura	n.	350	fasciatoio, saturimetro, bilancia ecc
manutenzione			più che un costo di manutenzione (difficile da stimare) ci saranno eventuali costi di allestimento locali (edilizia) ed in seguito di pulizia, sanificazione, utenze ...
Costo operatori			
Medico	1	90.689	lordo annuale stimato
Psicologo	1	76.000	lordo annuale stimato
Ostetrica	2	85.800	lordo annuale stimato
Amministrativo	1	35.450	lordo annuale stimato
<i>NB. Prezzi Iva esclusa</i>			

Risultati attesi e valutazione

Nella realizzazione di un progetto, il suo monitoraggio è una fase indispensabile perché permette di individuare eventuali “distorsioni” e, quindi, di trovare soluzioni fattibili per non comprometterne la sua realizzazione. Inoltre, un sistema di monitoraggio ad hoc contribuisce a facilitare il processo di gestione, legittima e rafforza la credibilità dello stesso, motiva i partecipanti, è in grado di trasferire e riprodurre i benefici ottenuti.

Nel nostro project work abbiamo individuato una valutazione intermedia a marzo 2023 e valutazione finale a gennaio 2024. Per la valutazione abbiamo individuato alcuni indicatori di outcome e di output ricavati degli obiettivi stabiliti.

Di seguito riportiamo gli obiettivi e gli indicatori di output:

1. Potenziare la medicina di prossimità con la rivalorizzazione dei consultori, che devono diventare il primo punto di erogazione dei servizi in prossimità delle “case” dei cittadini, attraverso la promozione di un’assistenza basata sull’offerta attiva, l’empowerment e l’engagement del cittadino e la genitorialità consapevole e responsiva.
2. Rivalorizzare i presidi ospedalieri attraverso l’applicazione del modello Hub & Spoke, in grado di fornire prestazioni caratterizzate da appropriatezza e sicurezza per la diade madre-neonato, ai diversi livelli di assistenza.
3. Implementare un nuovo modello organizzativo “a gestione ostetrica” caratterizzato da autonomia decisionale da implementare nell’ambito delle attività consultoriali presenti all’interno delle case della comunità Hub & Spoke.

Questi gli indicatori individuati per ogni obiettivo riportato:

1. obiettivo n°1: Potenziare la medicina di prossimità con la rivalorizzazione dei consultori:
 - a. indicatore di outcome: aumento delle percentuali di attività svolte nel 2021 (risultato atteso > 20%);
 - b. indicatore di outcome: riduzione dei tempi di attesa dei bilanci di salute ostetrici svolti nel 2021 (risultato atteso inferiore a 15 giorni);
 - c. indicatore output: aumento della percentuale delle donne italiane\donne straniere seguite nel 2021 (risultato atteso > 10%).
2. obiettivo n°2: Rivalorizzare i presidi ospedalieri attraverso l’applicazione del modello Hub & Spoke:

- a. indicatore di outcome: aumento dei volumi delle attività ambulatoriali globali, percentuale di visite ambulatoriali svolte rispetto al 2021 (risultato atteso > 10%);
- b. b. Indicatore di outcome: aumento del numero di prestazioni di II livello eseguite/numero di prestazioni totali sia in ambito ginecologico che ostetrico rispetto al 2021 (risultato atteso > 10%);
- c. indicatore di outcome: aumento dei numeri di parti delle donne italiane residenti nel territorio rispetto al 2021 (risultato atteso > 5%);
- d. indicatore di outcome: aumento degli interventi chirurgici ginecologici, ritornando alle attività precovid, quindi del 2019.

3. obiettivo n° 3: Implementare un nuovo modello organizzativo “a gestione ostetrica”:

- a. indicatore di outcome: aumento della percentuale di pazienti inviate dal territorio al presidio ospedaliero rispetto al 2021 (risultato atteso > 5%);
- b. indicatore di outcome: aumento della percentuale di pazienti che devono eseguire prestazioni di I livello inviate dal Presidio ospedaliero al territorio rispetto al 2021 (risultato atteso > 5%);
- c. indicatore di outcome: aumento della percentuale di parti fisiologici nel Presidio ospedaliero di donne seguite sul territorio rispetto al 2021 (risultato atteso > 3%);
- d. indicatore di outcome: Numero donne seguite con agenda percorso nascita/Numero totale donne in carico all’ostetrica del CF (risultato atteso 100%),
- e. indicatore di outcome: Numero home visiting “Pensare Positivo/Numero puerpere inviate dall’ambulatorio di Psicopatologia Perinatale (risultato atteso 100%).

Riferimenti bibliografici/documentali

Curto A., Garattini L, “La riforma delle cure primarie nel Servizio Sanitario Nazionale, fra teoria e pratica”, Quaderni di farmacoconomia, N° 24, 2014.

Ministero della Salute, Agenas, “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”, 2022, in <https://www.saluteinternazionale.info/wp-content/uploads/2022/02/DM-71-Modelli-e-standard-per-lo-sviluppo-dellAssistenza-Territoriale-del-SSN.pdf>

Legge regionale 11 agosto 2015 - n. 23 Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità), in [file:///fas2/roamingfolders\\$/l.olivadoti/Downloads/LR_23_2015.pdf](file:///fas2/roamingfolders$/l.olivadoti/Downloads/LR_23_2015.pdf)

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, 2021, in <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>

Legge Regionale 14 dicembre 2021, n. 22 “Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”, in <http://normelombardia.consiglio.regione.lombardia.it/normelombardia/accessibile/main.aspx?view=showdoc&iddoc=lr002021121400022>

Accordo Stato-Regioni del 16/12/2010, “Linee di indirizzo per il percorso nascita”, in <https://oporp.it/custom/oporp/writable/news/ACCORDO-STATO-REGIONI1.pdf>

Deliberazione 268 di giugno 2018 “Rete regionale per l’assistenza materno-neonatale: indirizzi per l’appropriatezza e sicurezza del percorso nascita fisiologico a gestione ostetrica”, in https://www.ostetrichebrescia.it/downloads/NORMATIVA/13441_DGR%20n.%20268%20del%208.06.2018%20-%20Percorso%20Nascita%20Fisiologico.2018%20-%20Percorso%20Nascita%20Fisiologico.pdf

D.d.g. 5 ottobre 2018 - n. 14243, “Linee di indirizzo del percorso nascita fisiologico: definizione delle relative modalità operative di programmazione e attuazione, ai sensi della d.g.r. 268 del 28 giugno 2018 allegato1”, in https://www.ats-brianza.it/images/udoss/normaspecifica/CONSULTORIFAMILIARI/10_Decreto_14243.pdf

WHO, “Thinking Health – A manual for psychosocial management of perinatal depression”, 2015, in <https://apps.who.int/iris/handle/10665/152936>

World Health Organization, “Pregnancy, Childbirth, Postpartum and newborn care: A guide for essential practice”, 2015

National Institute for Health and Clinical Excellence NICE “Antenatal Care”, 2014, in up-to-date 2017

National Institute for Health and Clinical Excellence NICE “Postnatal care. Quality standard”, 2013, in www.nice.org.uk/guidance/qs37

National Institute for Health and Clinical Excellence NICE, “Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance”, 2014, 2017, in www.nice.org.uk/guidance/cg192

National Institute for Health and Clinical Excellence NICE, “Antenatal and postnatal mental health. Quality Standard”, 2016, in www.nice.org.uk/guidance/qs115

National Collaboration Centre for Mental Health (NCC-MH) “Antenatal and postnatal mental health”, 2014, London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists

Decreto N° 13039 del 16/09/2019 “Rete regionale per l’assistenza materno-neonatale: approvazione delle linee di indirizzo operativo per la definizione ed organizzazione della presa in carico da parte dell’Ostetrica/o nel percorso nascita fisiologico intraospedaliero”, in <https://app.ostetriche-bgcrlomimb.it/docs/Decreto%20Percorso%20Nascita%20Fisiologico%20INTRAOSPEDALIERO.pdf>

<https://app.ostetriche-bgcrlomimb.it/docs/Decreto%20Percorso%20Nascita%20Fisiologico%20INTRAOSPEDALIERO.pdf>

Deliberazione N° 2395 dell’11/11/2019 “Rete regionale per l’assistenza materno-neonatale: 1) Requisiti e strutture sede dei centri di medicina materno fetale (MMF) ad elevata complessità assistenziale. 2) Requisiti e strutture sede dei centri di terapia intensiva neonatale (TIN)”

Deliberazione N° 2396 dell’11/11/2019 “Rete regionale per l’assistenza materno-neonatale: determinazione in merito al sistema di trasporto materno assistito (STAM) e al sistema di trasporto in emergenza del neonato (STEN) e del lattante”

Deliberazione n° XI / 5249 del 20/09/2021 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l’anno 2021 in merito alla rete regionale per l’assistenza materno-neonatale e pediatrica-adolescenziale”, in [file:///fas2/roamingfolders\\$/I.olivadoti/Downloads/2021_G1_191.pdf](file:///fas2/roamingfolders$/I.olivadoti/Downloads/2021_G1_191.pdf)

Deliberazione n° XI / 5389 del 18/10/2021, “Approvazione della proposta di piano regionale di prevenzione 2021-2025, ai sensi delle intese stato-regioni del 6 agosto 2020 e del 5 maggio 2021 (proposta di delibera consiliare)”, in https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/DELIBERE_PRP_2020-2025/Lombardia/DGR_5389_del_18_ottobre.pdf

Blangiardo G. C., “Scenari sugli effetti demografici di Covid-19: il fronte della natalità”, 2020, in https://www.istat.it/it/files/2020/04/Scenari_effetti_del_covid-19-su-natalita.pdf

Istituto Superiore di Sanità, “Il Consultorio familiare per la tutela e promozione della salute dei singoli e delle comunità: una riflessione ai tempi del Coronavirus”, 2020, in <https://epiprev.it/interventi/il-consultorio-familiare-per-la-tutela-e-promozione-della-salute-dei-singoli-e-delle-comunita-una-riflessione-ai-tempi-del-coronavirus>

DECRETO N. 6279 del 27/05/2020 “Ulteriori disposizioni integrative in attuazione della DGR n. XI/3115 del 7/05/2020 per l’organizzazione della rete ospedaliera in ordine all’emergenza epidemiologica da covid – 19”, in <https://app.ostetriche-bgcrloimb.it/notizie/c/0/i/46883767/articolo-1203>

Milgrom J, Danaher BG, Gemmill AW, et al., “Internet Cognitive Behavioral Therapy for Women with Postnatal Depression: A Randomized Controlled Trial of MumMoodBooster”, 2016, J Med Internet Res;18(3)

Sipsma HL, Callands T, Desrosiers A, et al., “Exploring trajectories and predictors of depressive symptoms among young couples during their transition to parenthood”, 2016, Matern Child Health J;20:2372-81

Kim-Cohen J, Moffitt TE, Taylor A, et al., “Maternal depression and children’s antisocial behavior: nature and nurture effects”, 2005, Arch Gen Psychiatry;62:173-81

Yeaton-Massey A, Herrero T., “Recognizing maternal mental health disorders”, 2019, Curr Opin Obstet Gynecol; 31:116- 9

Stefana A, Lavelli, “Parental engagement and early interactions with preterm infants during the stay in the neonatal intensive care unit: protocol of a mixed-method and longitudinal study”, 2017, BMJ Open;7(2): e013824. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013824

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. and Devane, D. “Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women”, 2016, Cochrane Database of Systematic Review