

Accordo di collaborazione scientifica ISS-APSS

Sostenibilità 2.0 per il Servizio Sanitario Nazionale Verso una nuova partnership tra Cittadini, Istituzioni e Professionisti

*Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) e Istituto Superiore di Sanità (ISS) per l'ideazione e
la sperimentazione di nuovi modelli di governance del Servizio Sanitario
ai fini del mantenimento della sostenibilità*

Valutazione dell'implementazione del modello Percorso Nascita nella Provincia Autonoma di Trento

La presente documentazione è stata redatta a cura di (ordine alfabetico):

Benetollo Pier Paolo

Direttore Generale Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento

Biondi Alessia

Centro Nazionale Health Technology Assessment, Istituto Superiore di Sanità

Bordon Paolo

Già Direttore Generale Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento

Campisi Federica

Centro Nazionale Health Technology Assessment, Istituto Superiore di Sanità

Chistè Katia

*Servizio Programmazione e Controllo di Gestione, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della
Provincia Autonoma di Trento*

Corona Lara Maria

Centro Nazionale Health Technology Assessment, Istituto Superiore di Sanità

Dalle Fratte Chiara Francesca

*Servizio Programmazione e Controllo di Gestione, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della
Provincia Autonoma di Trento*

Di Brino Eugenio

Centro Nazionale Health Technology Assessment, Istituto Superiore di Sanità

Gabardi Eugenio

Dipartimento di Governance, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento

Mandolini Donatella

Centro Nazionale Health Technology Assessment, Istituto Superiore di Sanità

Marchetti Marco

Direttore Centro Nazionale Health Technology Assessment, Istituto Superiore di Sanità

Masè Caterina

Area Cure Primarie, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento

Mazzola Francesca

Area Cure Primarie, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento

Medici Alessia

Centro Nazionale Health Technology Assessment, Istituto Superiore di Sanità

Montemagno Mirko

Centro Nazionale Health Technology Assessment, Istituto Superiore di Sanità

Monterosso Michelina

Servizio Governance Clinica, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento

Pertile Riccardo

Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento

Piffer Silvano

Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento

Pollini Silvia

Servizio Governance Clinica, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento

Roazzi Paolo

Centro Nazionale Health Technology Assessment, Istituto Superiore di Sanità

Romeo Silvia

Centro Nazionale Health Technology Assessment, Istituto Superiore di Sanità

Ruggeri Matteo

Centro Nazionale Health Technology Assessment, Istituto Superiore di Sanità

Sacco Adriano

Centro Nazionale Health Technology Assessment, Istituto Superiore di Sanità

Sforzin Simona

Area Cure Primarie, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento

Tateo Saverio

Unità Operativa Ostetricia Ginecologia, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento

Urbina Irene

Centro Nazionale Health Technology Assessment, Istituto Superiore di Sanità

Accordo di collaborazione scientifica ISS-APSS

Progetto “Valutazione dell’implementazione del modello Percorso Nascita per la gestione della gravidanza a basso rischio nella Provincia Autonoma di Trento”

Descrizione del modello Percorso Nascita deliberato presso l’Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento per la gestione della gravidanza a basso rischio

- Deliverable D1 -

Indice

INTRODUZIONE.....	3
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI PREVISTE DAL PERCORSO NASCITA.....	4
Presa in carico.....	4
Gravidanza	4
Parto	4
Puerperio	5
ASPETTI ORGANIZZATIVI.....	7
Copertura.....	7
<i>Setting</i> assistenziali.....	7
Standard Operativi Minimi Punto Nascita.....	8

INTRODUZIONE

Il percorso nascita è l'insieme delle cure fornite alla donna e al suo figlio dall'inizio della gravidanza al puerperio. Comprende l'assistenza pre e post-natale, ascolto e formazione, *screening* attraverso una gamma di servizi e professionisti che collaborano in rete per garantire il benessere della mamma, del neonato e della famiglia nel suo insieme. Il percorso consiste nella presa in carico e nella continuità assistenziale erogata da più operatori sanitari alla donna in gravidanza, allo scopo di standardizzare le attività, ottimizzare le risorse e le tempistiche e di ridurre la variabilità delle cure per una maggiore qualità dell'assistenza reale e percepita dal paziente. L'assistenza avviene tramite un team di ostetriche che collabora con gli altri professionisti (MMG, PLS ecc.), garantendo un'ostetrica di riferimento che si configura come il pianificatore e l'organizzatore dell'intero percorso. Vengono pianificati una serie di incontri durante la gravidanza dove si erogano una serie di servizi (*counseling* genitoriale, visite ginecologiche, colloqui) fino ad arrivare al momento del parto (gestito dal team di ostetriche). Successivamente durante il puerperio viene assicurata l'assistenza sempre dallo stesso team di ostetriche che pianifica le visite di controllo e attiva gli specialisti necessari in caso di bisogno. Il percorso è interamente sotto la gestione e la responsabilità del team di ostetriche che coinvolgono, in base ai bisogni, le altre professionalità delegando, in base al rischio della gravidanza e delle complicanze, la responsabilità.

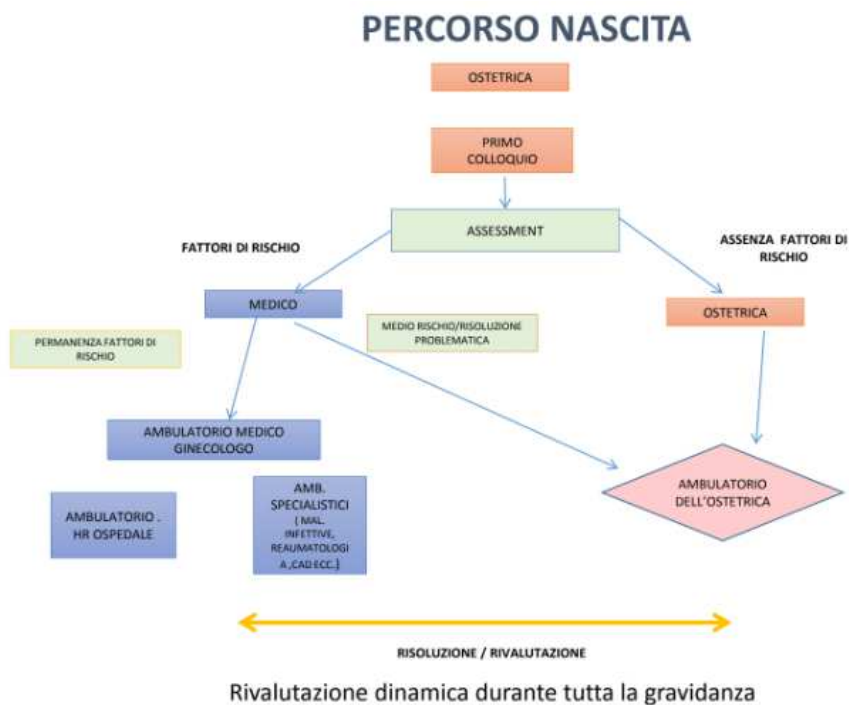
A livello normativo, il percorso nascita prende spunto dalle "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" del 2010 e alle Linee Guida 2011 dell'Istituto Superiore di Sanità per quanto riguarda la gravidanza fisiologica.

Il percorso, inoltre, si sviluppa seguendo le esperienze internazionali e le evidenze scientifiche riscontrate soprattutto nei Paesi nord-europei e ai modelli assistenziali del "*midwife-led continuity of care*", nonché scaturisce dal progetto NATHCARE, progetto che ha coinvolto per l'Italia la regione Lombardia e la Provincia Autonoma di Trento e paesi europei coinvolti dalla problematicità territoriali delle Alpi e delle valli dove vi è una forte dispersione territoriale (Francia, Austria, Svizzera e Slovenia).

Per *midwife-led continuity of care* si intende l'assistenza alla donna in gravidanza erogata dall'ostetrica, la quale guida ed è il referente responsabile per il processo nonché pianifica, organizza ed eroga l'assistenza dall'inizio della gravidanza fino al periodo del puerperio, collaborando comunque con tutte le altre figure professionali che dovrebbero intervenire nel percorso di nascita (MMG, Medico ginecologo, Pediatra di libera scelta ecc.). Questo livello di assistenza (caseload) può distinguersi in un modello one-to-one o in un modello di *team midwifery care*: nel primo caso il gruppo di assistite viene seguito da una singola ostetrica che si interfaccia singolarmente con ogni donna; nel secondo caso, la gestione delle assistite avviene in collaborazione con altre ostetriche organizzate in dei team, presidiati da un'ostetrica di riferimento. La Provincia Autonoma di Trento ha ideato questo Percorso Nascita per rispondere alle esigenze delle sue assistite e ha organizzato il percorso secondo tre fasi: gravidanza, parto e puerperio.

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI PREVISTE DAL PERCORSO NASCITA

Struttura del Percorso Nascita



Presa in carico

La donna che scopre di essere incinta, contatta il Centro Unico di Prenotazione (CUP) territoriale che indirizza al team di ostetriche/ci. Queste pianificano il primo colloquio entro 7 giorni dalla chiamata. In questo colloquio iniziale vi è una prima valutazione del rischio in base al quale la donna viene assegnata nel percorso “gravidenza fisiologica” o al “percorso a rischio”. Secondo il modello di midwife-led continuity of care, se la donna in gravidanza risulta essere a basso rischio (fisiologica) verrà seguita interamente dal team di ostetriche designato e dall'ostetrica di riferimento della donna stessa.

Gravidanza

A seguito del primo colloquio alla donna in gravidanza viene pianificata la prima visita dedicata con l'ostetrica e il ginecologo e un ciclo di almeno altre 5 visite con l'ostetrica dedicata. Tra i servizi offerti vi sono: tre ecografie con il ginecologo, come indicato dalle linee guida (la prima tra l'11a-14a settimana in corrispondenza con la prima visita, la seconda tra la 19a-21a, la terza tra la 30a-32a settimana) ed eventuali altri accertamenti di diagnosi prenatale; l'offerta attiva per la partecipazione collettiva al corso di accompagnamento alla nascita per i futuri genitori e il counseling; l'invio al ginecologo e agli altri professionisti in caso di deviazione dal percorso a causa di aumento del rischio.

Parto

Entrando nella 37a settimana l'ostetrica di riferimento assume una reperibilità costante h24, soprattutto nei territori dove non è presente un punto nascita, ed è il professionista che assicura la continuità assistenziale tra i Punti nascita e il servizio di trasporto in ambulanza. Dalla 37a settimana, la gestante può contattare telefonicamente l'ostetrica, la quale mediante l'utilizzo di una scheda di triage apposita, valuta se è necessario visitare la donna in ambulatorio, recarsi a casa per una valutazione domiciliare, inviare direttamente la paziente al punto nascita prescelto in modo autonomo o attivare direttamente il 118 secondo

quanto previsto dal protocollo 118 per il parto extra-ospedaliero. Se l'ostetrica attiva direttamente il 118 si identifica e può fornire direttamente indicazioni cliniche senza rispondere al questionario prestabilito per le chiamate al 118. [7]

Le ostetriche del punto nascita prescelto assicurano una presa in carico *one-to-one* con l'assistita dal momento dell'ingresso in sala parto. Si gestisce il parto in maniera più naturale possibile e si prosegue con una dimissione precoce se appropriata. L'avvenuto parto viene comunicato dal Punto Nascita all'ostetrica di riferimento della donna, che raccoglie le informazioni sulle condizioni di salute del neonato e della madre. L'ostetrica, insieme al team ospedaliero, pianifica la dimissione, per favorire il tempestivo ritorno sul territorio della donna e del neonato sano e assicura una visita a domicilio in seconda giornata.

Puerperio

Durante il puerperio l'ostetrica valuta periodicamente le condizioni cliniche della donna (visita a domicilio post-parto, 3 visite di controllo, esami ulteriori) assicurando l'eventuale attivazione di consulenze e controlli specialistici; favorisce il sostegno all'allattamento materno prolungato e la gestione di altre problematiche correlate al parto (es. disfunzioni del pavimento pelvico). Viene poi promosso il raccordo con i successivi interventi consultoriali per l'assistenza alle mamme e i neonati e di accompagnamento alla funzione genitoriale, nonché l'eventuale raccordo con la rete sociosanitaria del territorio.

ASPETTI ORGANIZZATIVI

Copertura

Il percorso Nascita è stato offerto inizialmente alle donne residenti nell'ambito territoriale delle valli Giudicarie e Rendena (Distretto Centro-Sud) per poi essere progressivamente esteso agli altri territori della Provincia alla fine del 2017.

Setting assistenziali

Le visite ambulatoriali in gravidanza e puerperio avranno luogo presso il Consultorio familiare (ambulatorio ostetrico) oppure presso l'Ospedale di Tione mentre il parto avverrà presso il Punto Nascita scelto dai genitori.

I punti nascita trentini

	2014	2013	2012	2011
Trento	2.306	2.173	1.828	1.792
Rovereto	952	1.010	887	937
Cles	433	475	483	479
Arco	383	481	498	473
Cavalese	256	261	259	274
Tione	137	177	200	219
San Camillo - Trento			579	684

Situazione dei punti nascita trentini

	Trento	Rovereto	Cles	Arco	Cavalese	Tione
Ostetrica H24	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ginecologo H24	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Anestesista H24	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Neonatologo e terapia intensiva neonatale H24	✓					
Pediatra H24		✓				
Servizi di pediatria			✓	✓*	✓	✓*
Sala operatoria H24	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Partoanalgesia			✓			
Parto in acqua	✓	**	✓	✓	✓	✓

presente
 non presente
 reperibile o parzialmente presente

Arco, Tione, Cavalese e Borgo Valsugana, che sono punti nascita periferici, sono stati chiusi in quanto, come si può notare dalle tabelle non rispettano i volumi di parto richiesti nonché non fornivano le stesse prestazioni degli altri Punti nascita. Si può notare la presenza dei servizi fondamentali per gli standard minimi operativi nei punti nascita rimasti di Trento, Rovereto e Cles.

Per quanto riguarda il fabbisogno di personale ostetrico, questo si attesta intorno alle 2 unità ogni 10.000 abitanti in caso di gravidanza fisiologica e per l'espletamento organizzativo del "percorso nascita": tale dato risulta validato dalla precedente sperimentazione del progetto NATHCARE presso le valli.

Standard Operativi Minimi Punto Nascita¹

- Parti/anno: 500 - 1000;
- Risorse umane adeguate, sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale, tenendo anche conto del volume di attività ginecologica;
- Garantire assistenza con personale ostetrico e ginecologico h24, assicurando inoltre supporto di pronta disponibilità integrativa notturna e festiva di personale ostetrico-ginecologico;
- Garantire un numero adeguato di ostetriche per turno. Si raccomanda fino a 1000 parti/anno almeno 2 ostetriche per turno;
- Garantire, con spazi dedicati, l'accettazione ostetrica h24;
- Disponibilità di assistenza anestesiológica h24 all'interno della struttura ospedaliera;
- Garantire assistenza pediatrica/neonatologica h24;
- Si raccomandano come adeguati per l'assistenza/degenza ostetrica a 15/20 posti letto ogni 1000 parti/anno;
- Devono essere presenti due sale travaglio-parto. Le sale travaglio-parto (riferimento LG ISPEL) devono essere 3 se il numero dei parti > 1000/anno e 4 oltre i 2000 parti/anno;
- Una sala operatoria deve sempre essere pronta e disponibile h24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio-parto (riferimento LG ISPEL);
- Area dedicata alla gestione del travaglio-parto fisiologico/naturale; devono essere presenti ambulatori per le gravidanze a termine e per le gravidanze a rischio in accordo con normativa regionale;
- Garantire terapia sub-intensiva alla gravida ed alla puerpera; garantire l'integrazione funzionale con il Servizio di Trasporto Assistito Materno del territorio di competenza (integrandosi con il servizio urgenza/emergenza territoriale);
- Garantire esami di laboratorio ed indagini di diagnostica per immagini e la disponibilità di emotrasfusioni h24.

¹ Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento concernente «Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo», 16 dicembre 2010. *Standard per la riorganizzazione delle U.O. di ostetricia e delle unità operative di pediatria/neonatologia e terapia intensiva neonatale (TIN). Standard Operativi. Allegato 1B.*

RIFERIMENTI:

1. Percorso Nascita in Trentino. Ostetrica dedicata. Percorso per donne in gravidanza e neo-mamme. APSS, Provincia autonoma di Trento.
2. Il percorso nascita nell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento: presa in carico dell'ostetrica. Caterina Masè (Ostetrica), APSS Trento. Convegno Card Triveneto, 7 ottobre 2016
3. Gravidanza fisiologica, aggiornamento 2011, Linea Guida 20. Sistema nazionale per le linee guida. Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, CeVEAS. Settembre 2011.
4. Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano. 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. 2010
5. Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Provincia autonoma di Trento. Verbale di deliberazione del Direttore Generale. Approvazione delle linee di indirizzo per il percorso nascita in APSS e istituzione del Comitato aziendale per il percorso nascita. 2015
6. Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Provincia autonoma di Trento. Verbale di deliberazione del Direttore Generale. Approvazione delle linee di indirizzo per il percorso nascita in APSS e istituzione del Comitato aziendale per il percorso nascita. ALLEGATO. 2015
7. Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Provincia autonoma di Trento. Linee Guida per l'assistenza ostetrica nel percorso nascita e protocollo Operativo. Area materno Infantile. Dicembre 2015, revisione aprile 2017.
8. Provincia autonoma di Trento, Assessorato alla Salute e Solidarietà sociale. Gennaio 2015. Percorso Nascita: Elementi. Gennaio 2015.

Accordo di collaborazione scientifica ISS-APSS

Revisione della Letteratura

Progetto “Valutazione dell’implementazione del modello Percorso Nascita per la gestione della gravidanza nella Provincia Autonoma di Trento”

- Deliverable A2.D2 -

Settembre 2018

Indice

Indice	2
Abbreviazioni	3
Introduzione	4
Background	4
Obiettivi	4
Obiettivo Generale	4
Obiettivi Specifici	5
Metodi	5
Scoping	5
Criteri di inclusione	5
Strategia di ricerca	7
Database	8
Selezione degli studi	8
Valutazione del rischio di <i>bias</i> degli studi inclusi	8
Valutazione della qualità delle evidenze utilizzando l'approccio GRADE	8
Estrazione dei dati	8
Risultati	9
Conclusione	15
Riferimenti	16
Strategie di Ricerca e Database interrogati	17

Abbreviazioni

APSS = Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento

CNHTA = Centro Nazionale per l'Health Technology Assessment

HTA = Health Technology Assessment

ISS = Istituto Superiore di Sanità

LG = Linee Guida

MMG = Medico di Medicina Generale

PAT = Provincia Autonoma di Trento

PDTA = Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali

PLS = Pediatra di Libera Scelta

UO = Unità Operativa

UU.OO. = Unità Operative

SSN = Servizio Sanitario Nazionale

Introduzione

L'Istituto Superiore di Sanità, attraverso il supporto del Centro Nazionale per l'Health Technology Assessment (CNHTA) ha avviato una collaborazione scientifica con l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento finalizzata allo sviluppo di un nuovo modello di governance del Servizio Sanitario Nazionale attraverso la diffusione e l'utilizzo integrato degli strumenti di Health Technology Assessment (HTA), delle Linee Guide (LG) e dei PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali).

Nell'ambito di tale accordo di collaborazione è stato definito il progetto "Sostenibilità 2.0 per il SSN – Verso una partnership tra Cittadini, Istituzioni e Professionisti" che ISS ed APSS hanno condiviso si sviluppi nella valutazione di impatto, secondo le logiche dell'HTA, di due percorsi clinici innovativi introdotti in APSS: "Valutazione dell'implementazione del modello Percorso Nascita per la gestione della gravidanza a basso rischio nella Provincia Autonoma di Trento" oggetto di tale documento; e "Valutazione di impatto del modello organizzativo del Fast Track per interventi di protesi di anca e ginocchio".

Il presente documento riporta i risultati emersi dalla revisione delle evidenze scientifiche sul modello assistenziale "midwife-led continuity of care" associato al Percorso Nascita per la gestione della gravidanza a basso rischio (Attività A2.D2). Le evidenze emerse dalla revisione della letteratura scientifica e i dati real world verranno confrontati con il PDTA "Percorso Nascita" adottato in APSS.

Background

Per rispondere ai bisogni della popolazione senza precludere un'elevata qualità dei servizi socio-sanitari e nel tentativo di migliorare l'assistenza alle donne in gravidanza rendendo più efficiente la presa in carico e la continuità assistenziale di un territorio a forte dispersione geografica di persone e servizi, la PAT ha adottato ulteriori iniziative di miglioramento in questo ambito assistenziale tenendo conto dei requisiti e standard definiti a livello nazionale e internazionale, servendosi della collaborazione e del coinvolgimento di diverse professionalità.

In accordo con le "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 parto cesareo" determinate in Accordo Stato-Regioni, PP.AA. del 16 dicembre 2010 e, in linea con quanto sperimentato nel progetto NATHCARE (Networking Alpine Health for Continuity of Care), che prevede la valorizzazione delle esperienze dei territori coinvolti su cui testare i modelli di continuità assistenziale e i servizi NATHCARE. L'APSS ha aderito a tale progetto riqualificando il percorso nascita e valorizzando la figura dell'ostetrica quale soggetto principale deputato all'assistenza della gravidanza fisiologica a basso rischio e alla promozione della salute nel percorso nascita, compreso il periodo del puerperio e dell'allattamento.

Obiettivi

Obiettivo Generale

Individuare, descrivere, sintetizzare e valutare la qualità delle differenti evidenze scientifiche disponibili al momento della revisione, riguardanti il modello di continuità assistenziale e presa in carico definito come "Midwife-led continuity of care", quale modello organizzativo e di gestione del percorso della donna in gravidanza fisiologica a basso rischio da parte della figura dell'ostetrica.

Obiettivi Specifici

- Individuare le differenze nell'organizzazione tra il modello Percorso Nascita per la gestione della gravidanza a basso rischio adottato dall'APSS e le evidenze descritte dalla letteratura.
- Definire una serie di outcome primari e secondari da sottoporre al gruppo di lavoro per le opportune verifiche (disponibilità dei dati, possibilità di monitoraggio periodico, coerenza con i valori soglia derivanti dalla letteratura ed i dati prodotti in PAT...)

Metodi

Scoping

Sono state raccolte tutte le informazioni disponibili per definire l'organizzazione del "Percorso Nascita della gravidanza a basso rischio" nella PAT secondo l'approccio *Midwife-led continuity of care*: sono stati raccolti i documenti aziendali, è stato analizzato il diagramma di flusso del percorso e sono state evidenziate le caratteristiche principali (**Deliverable D1**).

Per costruire la domanda di ricerca utile alla revisione sistematica delle evidenze scientifiche, sono state condotte delle ricerche non sistematiche della letteratura. Questo ha permesso l'estrapolazione di parole chiave riguardanti l'intero percorso della paziente. Da questa prima fase è emerso che la strategia più efficace e completa, dal punto di vista metodologico e per completezza delle informazioni cercate, fosse quella di concentrarsi sull'intero modello di assistenza e presa in carico considerandolo nella sua interezza (pre-partum; intra-partum; post-partum).

Attraverso l'analisi non sistematica della letteratura, è stata individuata una revisione sistematica Cochrane [1] pubblicata nel 2016 dal titolo "*Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review)*" [Sandall et al., 2016] aggiornata al 25 gennaio 2016. Pertanto il gruppo di lavoro dedicato ha ritenuto opportuno effettuare una revisione sistematica della letteratura primaria che coprisse il periodo 25 gennaio 2016 – 19 luglio 2018 per cui non erano state rilevate revisioni secondarie e con lo scopo di indagare sulla possibilità di rilevare risultati in aggiornamento rispetto alla Revisione Cochrane di Sandall et al., 2016 [1].

Criteri di inclusione

Il gruppo di lavoro ha definito che i criteri di inclusione per condurre la revisione sistematica della letteratura primaria sul periodo 25 gennaio 2016 – 19 luglio 2018 fossero gli stessi utilizzati da Sandall et al. 2016 (revisione sistematica Cochrane) di seguito riportato:

- **Pazienti:** Donne in stato di gravidanza.
- **Modello di presa in carico delle pazienti [Intervento]:** i modelli di assistenza sono classificati, sulla base del professionista responsabile del paziente nei periodi *antepartum* e *intrapartum*, in:

- **Continuità assistenziale guidata dall'ostetrica (*midwife-led continuity of care*):**

Nei modelli di continuità assistenziale guidata dall'ostetrica, questa è la professionista che assiste principalmente la donna, anche se una o più consultazioni con il personale medico fanno spesso parte della pratica di routine.

- **Modello assistenziale condiviso (*shared care*) o altro:**

Altri modelli di assistenza comprendono:

- a) Modelli nei quali il medico specialista in ostetricia e ginecologia è il professionista che ha in carico la responsabilità della paziente, e le altre figure professionali (ostetriche e/o gli infermieri) forniscono assistenza *intrapartum* e assistenza *postpartum* in ospedale;
- b) Assistenza condivisa (shared care), in cui il professionista principale cambia in ogni fase (gravidanza, travaglio e parto, e puerperio) e in ogni *setting* assistenziale (ospedale, centro nascita, o territorio);
- c) Modelli nei quali la maggior parte delle cure è fornita da medici o specialisti in ostetricia e ginecologia.

- **Outcome:**

- **Primari:**

- ***Parto e postparto immediato***

- 1. Analgesia regionale (epidurale/spinale)
- 2. Parto cesareo
 - a. % Cesareo in elezione
 - b. % Cesareo d'urgenza
- 3. Nascite vaginali strumentali (forcipe/ventosa)
- 4. Parto vaginale spontaneo (come definito dagli autori del trial)
- 5. Perineo intatto (lacerazione perineale III/IV grado)
- 6. Episiotomia

- ***Neonatali***

- 1. Nascita prematura (meno di 37 settimane)
- 2. Perdite fetali prima e dopo 24 settimane
- 3. Morte neonatale
- 4. Punteggio a cinque minuti di Apgar ≤ 7
- 5. Peso alla nascita
- 6. Acidosi del sangue del cordone (pH)

- **Secondari:**

- 1. Ospedalizzazione prenatale
 - i. Ospedalizzazione pre-termine
 - ii. Ospedalizzazione (dopo 37 settimana)
- 2. Ammissione in reparto speciale/unità di terapia intensiva neonatale
- 3. Emorragia *ante partum*
- 4. Emorragia *post partum*
- 5. Induzione del travaglio
- 6. Induzione con ossitocina
- 7. Accelerazione del travaglio con ossitocina
- 8. Amniotomia (Amnioressi)
- 9. Nessuna analgesia/anestesia *intrapartum*
- 10. Analgesia con oppiacei
- 11. Presenza alla nascita di un'ostetrica conosciuta
- 12. Durata media del travaglio (ore)
- 13. Durata del periodo espulsivo

14. Inizio dell'allattamento
15. Allattamento a tre mesi
16. Durata della degenza postnatale della madre (giorni)
17. Durata media della degenza ospedaliera neonatale (giorni)
18. Basso peso alla nascita (≤ 2500 g)
19. Alto peso alla nascita (≥ 4000 g)
20. Convulsioni neonatali
21. Perdita fetale a meno di 24 settimane e morte neonatale
22. Perdita fetale a 24 settimane o successive
23. Senso del controllo durante il travaglio e il parto
24. Numero medio di visite prenatali
25. Numero medio di ecografie prenatali
26. Morte materna
27. Depressione *postpartum*
28. Dolore perineale prolungato
29. Dolore durante i rapporti sessuali
30. Incontinenza urinaria
31. Incontinenza fecale
32. Mal di schiena prolungato
33. Allattamento al seno in caso di dimissione ospedaliera (non pre-specificato)
34. Soddisfazione materna (non pre-specificata)
35. Costo (non pre-specificato)

Strategia di ricerca

Di seguito sono elencate le parole chiave utilizzate per condurre l'analisi:

1. exp Pregnancy/
2. exp Prenatal Care/
3. exp Intrapartum Care/
4. exp Obstetric Care/
5. exp Postnatal Care/
6. exp Midwifery/
7. exp Midwifery Service/
8. exp Obstetric Service/
9. exp Home Childbirth/
10. exp Alternative Birth Centers/
11. or/1-10
12. exp Continuity of Patient Care/
13. exp Nursing Care Delivery Systems/
14. (midwif\$ adj2 team\$).tw.
15. (midwif\$ adj model\$).tw.
16. (multidisciplinary adj team\$).tw.
17. (share\$ adj care).tw.
18. (midwif\$ adj led).tw.
19. (midwif\$ adj manag\$).tw.
20. (medical\$ adj led).tw.
21. (medical adj manag\$).tw.

22. or/12-21
23. exp Clinical Trials/
24. 11 and 22 and 23

Database

La ricerca elettronica è stata eseguita in data 16-07-2018 nei seguenti database:

- Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)
- CINAHL
- Web of Science
- WHO Reproductive Health Library (WHO-RHL)
- System for Information on Grey Literature In Europe (SIGLE)

Limiti

- Lingua: Tutte.
- Data di pubblicazione: 26 gennaio 2016-16 luglio 2018.
- Tipi di pubblicazione: trial clinici randomizzati o quasi-randomizzati.
- Disponibilità: testo completo.

Altre fonti

È stata eseguita una ricerca manuale nella sezione contenente la bibliografia in ogni studio selezionato.

Selezione degli studi

Due collaboratori del CNHTA si sono occupati della ricerca degli articoli rilevanti all'interno dei database, e della selezione degli studi potenzialmente utili. I disaccordi sono stati risolti mediante discussione o coinvolgendo un terzo collaboratore. I risultati della ricerca di letteratura sono riassunti nella **Figura 1** che rappresenta il processo di selezione degli articoli utili alla definizione delle evidenze scientifiche più significative esistenti.

Valutazione del rischio di bias degli studi inclusi

Due collaboratori del CNHTA si sono occupati della valutazione del rischio di *bias* di ogni studio utilizzando i criteri delineati dal *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* [Higgins JPT, Green S, 2011]. I disaccordi sono stati risolti mediante discussione o coinvolgendo un terzo collaboratore.

Valutazione della qualità delle evidenze utilizzando l'approccio GRADE

Sulla base della stessa metodologia utilizzata all'interno della revisione Cochrane [1] è stato utilizzato l'approccio GRADE per valutare la qualità dell'insieme delle evidenze relative ai seguenti out come:

1. Nascita prematura (meno di 37 settimane);
2. Perdita fetale prima e dopo 24 settimane e morte neonatale;
3. Parto vaginale spontaneo (come definito dagli autori del trial);
4. Parto cesareo;
5. Parto vaginale strumentale (forcipe / ventosa);
6. Perineo intatto;
7. Analgesia regionale (epidurale/spinale).

Estrazione dei dati

Tutte le evidenze scientifiche sono state estratte e sintetizzate in una tabella che riporta le caratteristiche essenziali di ogni studio, una sintesi dei risultati e il livello di qualità dello studio.

Risultati

Dalla ricerca di letteratura svolta sono stati identificati 296 record provenienti dai 5 database interrogati (Figura 1). Di questi, 32 record sono risultati essere dei duplicati e quindi sono stati scartati, confermando un pool di 264 articoli. Dopo l'analisi per titolo sono risultati idonei 27 abstract (titoli scartati 237). Dall'analisi per abstract invece, sono stati scartati 16 articoli, facendone risultare idonei 11, i quali sono stati valutati nella loro interezza. Gli articoli rimanenti e ritenuti ottimi per questo scopo e secondo i criteri di inclusione/esclusione sono solamente 2. Nella tabella seguente vengono riassunte le caratteristiche degli studi inclusi nell'aggiornamento della Review Cochrane 2016.

Studio1: Forster DA. et al. 2016

<i>Metodi</i>	Design di Studio: RCT (COSMOS) Durata dello studio: 2007-2010
<i>Pazienti</i>	Setting: Royal Women's Hospital (RWH), Melbourne, Australia. Criteri di Inclusione: Donne incinte con gravidanza singola, con basso rischio ostetrico e con meno di 24 settimane di gestazione Criteri di Esclusione: donna incinta con parto cesareo in elezione, programmato considerata a rischio medico-ostetrico incrementale in accordo con determinate condizioni cliniche. Pazienti Randomizzati: 1156 caseload midwife-led, 1158 standard care
<i>Intervento</i>	Intervento: caseload midwifery (assistenza interamente fornita da infermiera ostetrica, con eccezioni o consultazioni del medico o altri professionisti) Controllo: standard maternity care che comprende varie opzioni: assistenza in midwife-led con diversi livelli di continuità; assistenza fornita da tirocinante ostetrico; assistenza shared-led con medico di medicina di base (community-based)
<i>Outcomes</i>	Effetto sul livello di soddisfazione delle donne incinte (outcome secondario dello studio 2012)
<i>Note</i>	Per quanto riguarda il rischio di bias vedere Cochrane Review (Sandall et al., 2016)

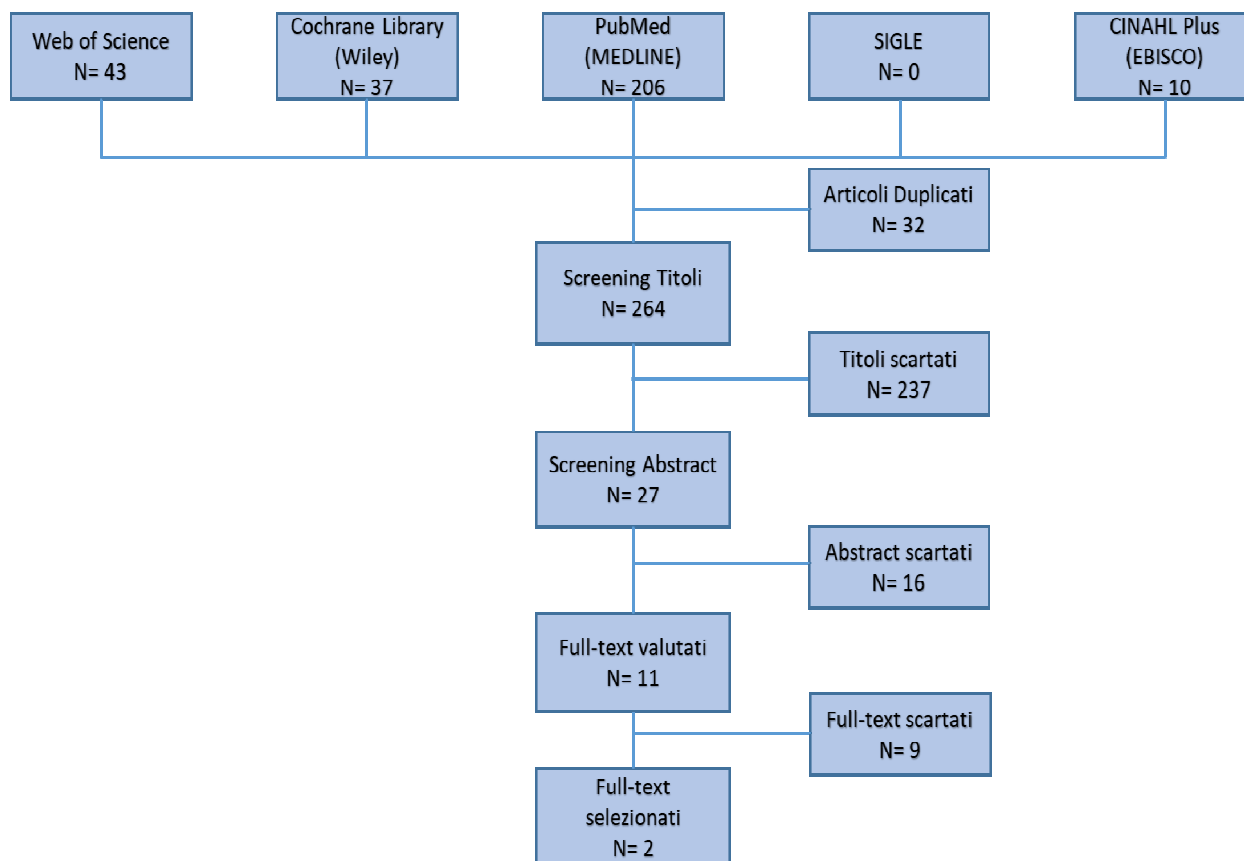
Studio 2: McLachlan HL. et al. 2016

<i>Metodi</i>	Design di Studio: RCT (COSMOS) Durata dello studio: 2007-2010
<i>Pazienti</i>	Setting: Royal Women's Hospital (RWH), Melbourne, Australia. Criteri di Inclusione: Donne incinte con gravidanza singola, con basso rischio ostetrico e con meno di 24 settimane di gestazione Criteri di Esclusione: donna incinta con parto cesareo in elezione, programmato considerata a rischio medico-ostetrico incrementale in accordo con determinate condizioni cliniche. Pazienti Randomizzati: 1156 caseload midwife-led, 1158 standard care
<i>Intervento</i>	Intervento: caseload midwifery (assistenza interamente fornita da infermiera ostetrica, con eccezioni o consultazioni del medico o altri professionisti) Controllo: standard maternity care che comprende varie opzioni: assistenza in midwife-led con i diversi livelli di continuità; assistenza fornita da tirocinante ostetrico; assistenza shared-led con medico di medicina di base (community-based)
<i>Outcomes</i>	Esperienza della nascita da parte della donna
<i>Note</i>	Per quanto riguarda il rischio di bias vedere Cochrane Review (Sandall et al., 2016)

La tabella seguente riassume le motivazioni per cui sono stati scartati gli articoli che erano risultati idonei dopo la lettura degli interi abstract (11 articoli).

Studio	Motivazione di esclusione
<i>Floris L., et al. 2017</i>	Non si tratta di uno studio randomizzato né quasi randomizzato
<i>Allen BA., et al. 2017</i>	Questo studio tratta e analizza i risultati/outcomes in maniera qualitativa
<i>Bernitz S., et al. 2016</i>	Questo studio si focalizza solo su una fase del percorso (fase intra-parto); non si valuta la presa in carico e la continuità assistenziale dell'ostetrica
<i>Gidaszewski B. 2017</i>	E' disponibile solamente l'Abstract dello studio
<i>Lack BM., et al. 2016</i>	Non si tratta di uno studio randomizzato né quasi randomizzato
<i>McParlin C., et al. 2016</i>	Questo studio non analizza l'intero percorso di assistenza alla donna in gravidanza; analizza la gestione dell'idratazione per le donne con iperemesi
<i>Robling M., et al. 2016</i>	Questo studio non analizza l'intero percorso di assistenza; l'intervento è focalizzato su un approccio di educazione psicologica e su cambiamenti comportamentali positivi
<i>Semrau K.E.A., et al. 2017</i>	Questo studio non tratta della gestione del percorso di assistenza; l'intervento si focalizza sul coaching per personale all'utilizzo di checklist WHO
<i>Witteveen A.B., et al. 2016</i>	Non c'è un comparatore; tutte le donne ricevono Midwife-led

Figura 1. PRISMA flow-chart, ricerca di letteratura primaria.



Gli articoli risultanti dalla **Figura 1** sono stati analizzati criticamente al fine di comprendere se e come le nuove ricerche scientifiche condotte negli ultimi anni hanno influito sulla review sistematica precedentemente identificata [1]. Rispetto alla revisione Cochrane [1], che affronta in maniera più complessa e articolata gli outcome di efficacia, sicurezza e organizzazione riguardanti il modello midwife-led continuity of care, gli articoli risultanti [3; 4] si soffermano maggiormente su aspetti riguardanti il grado di soddisfazione e l'esperienza della madre riguardo il parto e l'intero percorso.

McLachlan et al., 2016, in particolare, evidenzia come le donne in gravidanza inserite nel programma di midwife-led continuity of care risultano avere una maggiore esperienza positiva della nascita rispetto alle donne inserite nel gruppo di controllo. Per ottenere ciò, sono stati considerati aspetti differenti legati all'esperienza del parto e sono stati misurati attraverso una scala di valori: **esperienza del parto in generale; Intensità del dolore; esperienza del dolore** in relazione alle aspettative; **esperienza del dolore** in generale; **ansia durante il travaglio; resistenza fisica** in relazione alle aspettative; **libertà di espressione** durante il travaglio; **capacità di controllo** durante il travaglio; **controllo delle emozioni** in relazione alle aspettative; **sensazione di orgoglio; supporto** ostetrico; supporto medico; supporto del partner. La degenza media delle donne assistite in caseload midwifery è stata minore rispetto a quelle in assistenza "standard" (55,4 ore vs. 60,3 ore; $p < 0,001$). In media, lo stesso gruppo di donne ha ricevuto 2,1 (0,97 SD) visite domiciliari post-natali rispetto alle 1,5 (0,82 SD) visite del gruppo in *standard care* ($p < 0,001$). I risultati mostrano come le donne nel gruppo trattato con caseload midwifery ha ritenuto l'esperienza del parto migliore rispetto alle donne nel gruppo di controllo, e rispettivamente ha segnato in maniera positiva i seguenti aspetti:

- Esperienza generale (OR= 1,50; IC= 95%; [1.22-1.84]);
- Controllo durante il travaglio (OR= 1,48; IC=95%; [1.19-1.83]);
- Resistenza fisica (OR= 1,33; IC=95%; [1.11-1.64]);
- Resistenza emozionale (OR= 1,33; IC=95%; [1.10-1.61]);
- Sensazione di orgoglio (OR= 1,65; IC=95%; [1.31-2.10]);
- Sentirsi libero di esprimere se stessi (OR= 1,82; IC=95%; [1.43-2.28]);
- Esperienza di dolore (OR=1,39; IC=95%; [1.10-1.75]);
- Ansia durante il travaglio (OR=0,78; IC=95%; [0.64-0.98]).

Per quanto riguarda invece l'analisi per sottogruppi in McLachlan et al., 2016 sono stati riscontrati i seguenti risultati:

Pluripare vs primipare

Sono state messe a confronto le pluripare (che hanno già avuto altre esperienze di parto) appartenenti ai due gruppi, e si è evidenziata una migliore aspettativa del dolore (31.1% vs. 23%), una maggiore e positiva esperienza del dolore generale (34.9% vs. 25.6%) e un livello di ansia minore (23.2% vs. 31.1%) per pluripare quelle afferenti al gruppo "caseload midwife-led". Per quanto riguarda il sottogruppo delle primipare, invece, si evidenzia un maggior senso del controllo durante il travaglio (31.9% vs. 22.9%) per le donne inserite nel percorso di midwife-led continuity of care.

Sottogruppo 2: Modalità del parto:

Guardando solo le donne che hanno avuto un parto cesareo, lo studio evidenzia che c'è un legame tra il modello di cura e l'outcome "l'esperienza generale del parto" a favore delle donne che erano inserite nel braccio "caseload midwifery" (51,9 contro 38,3%; $P = 0,007$),

Anche nel caso delle donne che hanno avuto un parto vaginale spontaneo è stata rilevata una migliore “esperienza generale del parto” nelle donne inserite nel braccio “*caseload midwifery*” (81,4 versus 75,1%, P = 0,01).

Sottogruppo 3: Analgesia epidurale

Per quanto riguarda il sottogruppo delle donne che hanno fatto ricorso all’analgesia epidurale per il travaglio, a seconda dell’assistenza ricevuta (se in “*caseload midwifery*” o *standard of care*), non vi è stata alcuna differenza significativamente statistica tra i due gruppi nell’esperienza del parto in generale (limite del 46,4% rispetto allo standard 49,2%, P = 0,53).

Lo studio condotto da Forster et al., nel 2016, rileva un più alto livello di soddisfazione espresso dalle donne assistite in caseload midwifery rispetto alle donne inserite nel gruppo con assistenza standard of care. La continuità dell’assistenza in caseload midwifery influenza positivamente l’esperienza del parto, portando ad un incremento della **soddisfazione della donna** lungo l’intero processo di nascita: ante-, intra-, e post-parto. Durante il periodo della gravidanza le donne assistite in caseload midwifery hanno espresso un grado di soddisfazione tre volte più alto rispetto alle donne assistite tradizionalmente (OR 3.35; IC=95%; 2.79-4.03; p < 0.001); questo viene spiegato dal ruolo determinante di supporto psicologico ed emotivo svolto dall’ostetrica. Lo studio dimostra, inoltre, come l’88,3% delle donne con assistenza caseload midwifery ha avuto la possibilità di incontrare nel periodo prenatale, una delle ostetriche che si sarebbe occupata del travaglio e del parto. Questo ha permesso di sviluppare nella partoriente una maggiore consapevolezza ed un diretto coinvolgimento rispetto alle fasi che caratterizzano il parto. Nella fase post-parto, il numero di visite a domicilio dell’ostetrica risulta essere mediamente più alto per le donne che hanno aderito al percorso “caseload midwifery”. Questo incide sulla valutazione positiva e il più alto grado di soddisfazione che si riscontra in questo gruppo di donne (OR 3.19; IC=95%; 2.64-3.85; p < 0.001). In particolare, andando ad analizzare gli aspetti del percorso “caseload midwifery” che hanno influenzato la maggiore soddisfazione complessiva delle donne registrata, si evidenzia principalmente la presa in carico della paziente lungo tutto il percorso dal pre-partum fino al post-partum (caseload care OR 0.49; IC=95 %; 0.32-0.74; standard care OR 0.34; IC=95%; 0.24-0.49).

Infine, l’analisi della revisione sistematica di letteratura svolta da Sandall et al.,2016 [1] che include 15 studi che hanno coinvolto 17.674 donne ha evidenziato i seguenti risultati. In prima fase è stata valutata la qualità delle evidenze sperimentali per tutti gli **outcome primari** utilizzando la metodologia GRADE:

- Analgesia regionale (epidurale/spinale),
- Parto cesareo,
- Nascita vaginale strumentale (forcipe/ventosa),
- Parto vaginale spontaneo,
- Perineo intatto,
- Parto prematuro (meno di 37 settimane)
- Perdita fetale prima e dopo 24 settimane con eventuale morte neonatale.

Per quanto riguarda gli **outcome primari**, le donne che sono state assistite con il modello di cura Midwife-led continuity of care hanno presentato minori probabilità di avere:

- Analgesia regionale (RR medio 0,85; IC=95%; 0,78-0,92; partecipanti = 17,674; studi = 14; qualità alta),
- Parto vaginale strumentale (RR medio 0,90; IC=95%; da 0,83 a 0,97; partecipanti = 17,501; studi = 13; qualità alta),
- Parto pretermine inferiore a 37 settimane (RR medio 0,76; IC=95%; 0,64-0,91; partecipanti = 13,238; studi = 8; qualità alta);
- Perdita fetale prima e dopo 24 settimane più morte neonatale (RR medio 0,84; IC=95%; 0,71-0,99; partecipanti = 17.561; studi = 13; qualità alta).

Inoltre, le stesse donne risultano sperimentare una probabilità maggiore di parto spontaneo vaginale (RR medio 1,05; IC=95%; 1,03-1,07; partecipanti = 16.687; studi = 12; alta qualità).

Non ci sono state differenze statisticamente significative tra i due gruppi in termini di parto cesareo (RR medio 0,92; IC=95%; 0,84-1,00; partecipanti= 17674; studi= 14; alta qualità) o perineo intatto (RR medio 1,04; IC=95%; 0,95-1,13; partecipanti= 13186; studi= 10; alta qualità).

Per gli **outcome secondari**, le donne che sono state assistite con il modello di cura Midwife-led continuity of care hanno sperimentato una probabilità più bassa di avere:

- Un'amniotomia (RR medio 0,80; IC=95%; 0,66-0,98; partecipanti = 3253, studi = 4),
- Un'episiotomia (RR medio 0,84; IC=95%; 0,77-0,92; partecipanti = 17,674; studi = 14)
- Perdita fetale inferiore a 24 settimane e morte neonatale (RR medio 0,81; IC=95%; 0,67-0,98; partecipanti = 15.645; studi = 11)

Il campione di donne randomizzato che ha ricevuto il trattamento del modello assistenziale di midwife-led continuity of care ha riscontrato una probabilità maggiore di:

- Non ricevere un'anestesia/analgesia durante il parto (RR 1.21; IC=95%; 1.06-1.37; partecipanti= 10499; studi= 7);
- Durata media del travaglio più lunga (MD 0.50; IC=95%; 0.27-0.74; partecipanti= 3328; studi= 3);
- Essere assistite da un'infermiera già conosciuta (RR 7.04; IC=95%; 4.48-11.08; partecipanti= 6917; studi= 7).

Non sono state riscontrate differenze statisticamente significative tra i due gruppi di donne per quanto riguarda gli outcome seguenti:

- Ospedalizzazione antenatale;
- Emorragia ante-parto;
- Travaglio indotto;
- Aumento/induzione ossitocina durante il travaglio;
- Analgesia per oppioidi;
- Lacerazione del perineo richiedente la sutura;
- Emorragia post-parto;
- Allattamento;
- Degenza media postnatale;
- Peso del neonato basso;
- Apgar score a 5 minuti < 7;
- Convulsioni del neonato;

- Accesso a unità intensiva neonatale;
- Durata della degenza del neonato;
- Morte del neonato dopo 24 settimane.

Per quanto riguarda la soddisfazione della madre e la loro esperienza durante il percorso di nascita, i risultati sono stati descritti in maniera narrativa a causa della mancanza di omogeneità nelle tecniche di misurazione. La maggior parte degli studi inclusi riporta un più alto tasso di soddisfazione delle partorienti nei modelli di cura di continuità guidati dall'ostetrica (Midwife-led continuity of care). Per quanto riguarda la problematica dei costi sembra esserci una tendenza verso un effetto di risparmio, in particolar modo durante il momento dell'assistenza intra-parto quando viene utilizzato il modello midwife-led continuity of care rispetto agli altri modelli di assistenza.

Conclusione

Secondo la revisione sistematica precedentemente prodotta dalla Cochrane [1] la continuità assistenziale delle ostetriche comporta importanti benefici e non mostra esiti avversi. Tuttavia, a causa del fatto che in alcuni trial sulle donne a rischio misto, siano state escluse le donne con malattia materna e abuso di sostanze, è necessario avere cautela nell'applicazione dei risultati di questa revisione nel reale, specialmente per quanto riguarda gli episodi di assistenza delle donne con notevoli complicanze mediche o ostetriche. I decisori e gli operatori sanitari dovrebbero essere consapevoli che i benefici sono possibili quando le ostetriche forniscono assistenza intrapartum in ambito ospedaliero e dove le ostetriche forniscono continuità assistenziale lungo la gravidanza e il parto. Non tutte le aree del mondo dispongono di sistemi sanitari in cui le ostetriche sono in grado di fornire modelli di continuità assistenziali centrati sull'assistenza ostetrica e tra i potenziali ostacoli dell'attuazione di questo modello di continuità assistenziale è compreso il finanziamento del sistema sanitario. I risultati della revisione sono favorevoli e possono ispirare i decisori sanitari che desiderano raggiungere miglioramenti clinicamente importanti nella presa in carico della maternità, in particolare la normalizzazione, l'umanizzazione del parto e la prevenzione del parto prematuro. Pertanto i decisori dovrebbero prendere in considerazione modelli di continuità assistenziali in cui l'ostetrica svolge un ruolo importante e centrale e considerare forme di finanziamento a beneficio del servizio stesso.

Rispetto ai risultati della revisione Cochrane [1], dalla revisione sistematica della letteratura primaria non sono emersi aspetti ulteriori utili a comprendere meglio l'efficacia, la sicurezza e l'organizzazione del modello di assistenza midwifery-led continuity of care.

Sulla base dei risultati della revisione sistematica della letteratura primaria che comprende i due studi di Forster D.A. [3] e McLachlan H.L., [4] l'attenzione è stata focalizzata sugli outcome che non sono stati presi in considerazione per nulla, o solamente in parte, dalla revisione Cochrane [1], ossia:

- a) "Livello di soddisfazione delle donne in gravidanza"
- b) "Esperienza affrontata durante il travaglio".

Secondo alcuni fattori che sono stati descritti nei risultati, il modello assistenziale del *caseload midwife-led continuity of care* è un modello che racchiude al suo interno molteplici e importanti aspetti, fattori e servizi che possono influenzare o meno l'esperienza della donna e il grado di soddisfazione della stessa. È possibile identificare l'esperienza del controllo (gestione del dolore durante il travaglio) come il predittore dell'esperienza positiva del parto, che a sua volta è fortemente correlata alla continuità assistenziale fornita dalle ostetriche nel modello di caseload midwife-led [4].

Riferimenti

1. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Sep 15;(9):CD004667.
2. Higgins JPT, Green S (ors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0* [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011.
3. Forster DA, McLachlan HL, Davey MA, Biro MA, Farrell T, Gold L, Flood M, Shafiei T, Waldenström U. Continuity of care by a primary midwife (caseloadmidwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Feb 3;16:28.
4. McLachlan HL, Forster DA, Davey MA, Farrell T, Flood M, Shafiei T, Waldenström U. The effect of primary midwife-led care on women's experience of childbirth: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG*. 2016 Feb;123(3):465-74.

Strategie di Ricerca e Database interrogati

System for Information on Grey Literature In Europe (SIGLE) =

0 risultati

Cochrane Library

Search Name: Percorso Nascita (Aggiornamento Cochrane) 16-07-2018

Date Run: 16/07/18 10:08:11.989

Description:

ID	Search	Hits
#1	MeSH descriptor: [Pregnancy] explode all trees	6.115
#2	MeSH descriptor: [Prenatal Care] explode all trees	1.427
#3	intrapartum care	575
#4	MeSH descriptor: [Perinatal Care] explode all trees	584
#5	obstetric care	2.779
#6	MeSH descriptor: [Postnatal Care] explode all trees	419
#7	MeSH descriptor: [Midwifery] explode all trees	347
#8	midwifery service	380
#9	obstetric service	801
#10	MeSH descriptor: [Home Childbirth] explode all trees	38
#11	MeSH descriptor: [Birthing Centers] explode all trees	24
#12	#1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11	10.115
#13	MeSH descriptor: [Continuity of Patient Care] explode all trees	20.836
#14	Nursing Care Delivery Systems	655
#15	MeSH descriptor: [Practice Patterns, Nurses'] explode all trees	135
#16	midwi* near/2 team*	37
#17	midwi* next model*	22
#18	multidisciplinary next team*	1.223
#19	share* next care	310
#20	midwi* next led	100
#21	midwi* next manag*	39
#22	medical next led	3
#23	medical next manag*	1.928
#24	#13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20 or #21 or #22 or #23	24.850
#25	#12 and #24	480
#26	#25 Publication Year from 2016 to 2018	37

Nota: #26 Publication Year from 2016 to 2018, in Trials

CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) PLUS

Search ID#	Search Terms	Results
S26	S12 AND S23	10
S25	S12 AND S23	82
S24	S12 AND S23	2.874
S23	S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22	45.177

S22	medical W0 manag*	4.302
S21	medical W0 led	13
S20	midwi* W0 manag*	187
S19	midwi* W0 led	543
S18	share* W0 care	676
S17	multidisciplinary W0 team*	6.543
S16	midwi* W0 model*	148
S15	midwi* N2 team*	189
S14	(MH "Nursing Care Delivery Systems+")	18.701
S13	(MH "Continuity of patient care+")	15.922
S12	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11	191.866
S11	(MH "Alternative birth centers+")	1.165
S10	(MH "home childbirth+")	3.066
S9	(MH "Obstetric service+")	1.186
S8	(MH "Midwifery service+")	1.547
S7	(MH "Midwifery+")	18.647
S6	(MH "Postnatal care+")	4.246
S5	(MH "Obstetric care+")	40.395
S4	(MH "Perinatal care+")	3.193
S3	(MH "Intrapartum care+")	6.350
S2	(MH "Prenatal care+")	13.390
S1	(MH "Pregnancy+")	171.413

Nota:

S25 **Limiters** - Publication Type: Clinical Trial, Randomized Controlled Trial

S26 **Limiters** - Published Date: 2016.01.01-2018.12.31; Publication Type: Clinical Trial, Randomized Controlled Trial

Web of Science

Search ID#	Search Terms	Results
#26	#25 AND #24 DocType=All document types; Language=All languages;	43
#25	TOPIC: (clinical trial) DocType=All document types; Language=All languages;	600.760
#24	#21 AND #10 Refined by: PUBLICATION YEARS: (2018 OR 2017 OR 2016) AND DOCUMENT TYPES: (ARTICLE) DocType=All document types; Language=All languages;	705
#23	#21 AND #10 Refined by: PUBLICATION YEARS: (2018 OR 2017 OR 2016) DocType=All document types; Language=All languages;	876
#22	#21 AND #10 DocType=All document types; Language=All languages;	3715
#21	TS=(Continuity-of-patient-care OR discharge-planning OR aftercare OR patient-discharge OR patient-handoff OR patient-transfer OR transitional-care) OR TS=((Nursing-care NEAR delivery-system\$) OR case-management OR differentiated-nursing-practice OR functional-nursing OR modular-nursing OR primary-nursing OR progressive-patient-care OR team-nursing OR total-patient-care-nursing OR (nurs* NEAR practice-patterns) OR nurse-led-clinic\$) OR TS=(Midwi* NEAR/2 team\$) OR TS=(Midwi* NEAR/0 model\$) OR TS=(Multidisciplinary NEAR/0 team\$) OR TS=(Share\$ NEAR/0 care) OR TS=(Midwi* NEAR/0 led) OR TS=(Midwi* NEAR/0 manag*) OR TS=(Medical NEAR/0 manag*) DocType=All document types; Language=All languages;	54.086
#20	TS=(Medical NEAR/0 manag*) DocType=All document types; Language=All languages;	14.374
#19	TS=(Medical NEAR/0 led) DocType=All document types; Language=All languages;	400
#18	TS=(Midwi* NEAR/0 manag*) DocType=All document types; Language=All languages;	144
#17	TS=(Midwi* NEAR/0 led) DocType=All document types; Language=All languages;	409
#16	TS=(Share\$ NEAR/0 care) DocType=All document types; Language=All languages;	1.458
#15	TS=(Multidisciplinary NEAR/0 team\$) DocType=All document types; Language=All languages;	12131
#14	TS=(Midwi* NEAR/0 model\$) DocType=All document types; Language=All languages;	111
#13	TS=(Midwi* NEAR/2 team\$) DocType=All document types; Language=All languages;	110
#12	TS=((Nursing-care NEAR delivery-system\$) OR case-management OR differentiated-nursing-practice OR functional-nursing OR modular-nursing OR primary-nursing OR progressive-patient-care OR team-nursing OR total-patient-care-nursing OR (nurs* NEAR practice-patterns) OR nurse-led-clinic\$) DocType=All document types; Language=All languages;	10.879
#11	TS=(Continuity-of-patient-care OR discharge-planning OR aftercare OR patient-discharge OR patient-handoff OR patient-transfer OR transitional-care) DocType=All document types; Language=All languages;	14.952

Search ID#	Search Terms	Results
#10	TS=(Pregnancy OR childbirth OR labor OR maternal-fetal OR birth OR cesarean OR cervix-dilatation OR uterine-contraction OR gravidity OR parity OR parturition OR placentation OR prenatal OR cervical-ripening OR (corpus-luteum NEAR maintenance) OR stillbirth OR superfetation) OR TS=(Prenatal-care OR antenatal-care) OR TS=(Intrapartum-care OR amnioinfusion OR (umbilical-cord NEAR clamping)) OR TS=(Perinatal-care OR postnatal-care) OR TS=(Obstetric-care OR birthing OR (obstetric NEAR delivery) OR (breech NEAR delivery) OR (breech NEAR birth) OR fetal-version) OR TS=(Postnatal-care OR lactation OR postpartum-care OR postpartum-program) OR TS=(Midwi* OR birth-attendant\$) OR TS=(Obstetric NEAR service) OR TS=(Birthing-center\$ OR birthing-centre\$ OR birth-center\$ OR birth-centre\$) DocType=All document types; Language=All languages;	893.065
#9	TS=(Birthing-center\$ OR birthing-centre\$ OR birth-center\$ OR birth-centre\$) DocType=All document types; Language=All languages;	629
#8	TS=(Obstetric NEAR service) DocType=All document types; Language=All languages;	1.171
#7	TS=(Midwi* OR birth-attendant\$) DocType=All document types; Language=All languages;	15.957
#6	TS=(Postnatal-care OR lactation OR postpartum-care OR postpartum-program) DocType=All document types; Language=All languages;	44.851
#5	TS=(Obstetric-care OR birthing OR (obstetric NEAR delivery) OR (breech NEAR delivery) OR (breech NEAR birth) OR (breech NEAR fetal-version) OR fetal-version) DocType=All document types; Language=All languages;	302.148
#4	TS=(Perinatal-care OR postnatal-care) DocType=All document types; Language=All languages;	2.887
#3	TS=(Intrapartum-care OR amnioinfusion OR (umbilical-cord NEAR clamping)) DocType=All document types; Language=All languages;	1.476
#2	TS=(Prenatal-care OR antenatal-care) DocType=All document types; Language=All languages;	13.621
#1	TS=(Pregnancy OR childbirth OR labor OR maternal-fetal OR birth OR cesarean OR cervix-dilatation OR uterine-contraction OR gravidity OR parity OR parturition OR placentation OR prenatal OR cervical-ripening OR (corpus-luteum NEAR maintenance) OR stillbirth OR superfetation) DocType=All document types; Language=All languages;	858.957

PubMed (MEDLINE)

Search ID#	Search Terms	Results
#30	"Search (((((((((((pregnancy[MeSH Terms]) OR prenatal care[MeSH Terms]) OR intrapartum care) OR perinatal care[MeSH Terms]) OR obstetric care) OR postnatal care[MeSH Terms]) OR midwifery[MeSH Terms]) OR midwifery service) OR obstetric service) OR home childbirth[MeSH Terms]) OR birthing centers[MeSH Terms])) AND (((((((((((continuity of patient care[MeSH Terms]) OR Nursing Care Delivery Systems) OR practice patterns, nurse's[MeSH Terms]) OR midwi* team*) OR ""midwi* model*"" OR ""multidisciplinary team*"" OR ""share* care"" OR ""midwi* led"" OR ""midwi* manag*"" OR ""medical led"" OR ""medical manag*"" Filters: Clinical Trial	206
#29	"Search (((((((((((pregnancy[MeSH Terms]) OR prenatal care[MeSH Terms]) OR intrapartum care) OR perinatal care[MeSH Terms]) OR obstetric care) OR postnatal care[MeSH Terms]) OR midwifery[MeSH Terms]) OR midwifery service) OR obstetric service) OR home childbirth[MeSH Terms]) OR birthing centers[MeSH Terms])) AND (((((((((((continuity of patient care[MeSH Terms]) OR Nursing Care Delivery Systems) OR practice patterns, nurse's[MeSH Terms]) OR midwi* team*) OR ""midwi* model*"" OR ""multidisciplinary team*"" OR ""share* care"" OR ""midwi* led"" OR ""midwi* manag*"" OR ""medical led"" OR ""medical manag*"" Filters: Clinical Trial"	1.049
#28	"Search (((((((((((pregnancy[MeSH Terms]) OR prenatal care[MeSH Terms]) OR intrapartum care) OR perinatal care[MeSH Terms]) OR obstetric care) OR postnatal care[MeSH Terms]) OR midwifery[MeSH Terms]) OR midwifery service) OR obstetric service) OR home childbirth[MeSH Terms]) OR birthing centers[MeSH Terms])) AND (((((((((((continuity of patient care[MeSH Terms]) OR Nursing Care Delivery Systems) OR practice patterns, nurse's[MeSH Terms]) OR midwi* team*) OR ""midwi* model*"" OR ""multidisciplinary team*"" OR ""share* care"" OR ""midwi* led"" OR ""midwi* manag*"" OR ""medical led"" OR ""medical manag*"""	21.702
#27	"Search (((((((((((continuity of patient care[MeSH Terms]) OR Nursing Care Delivery Systems) OR practice patterns, nurse's[MeSH Terms]) OR midwi* team*) OR ""midwi* model*"" OR ""multidisciplinary team*"" OR ""share* care"" OR ""midwi* led"" OR ""midwi* manag*"" OR ""medical led"" OR ""medical manag*"""	461.632
#26	"Search ""medical manag*"""	430.939
#25	"Search ""medical led"""	12
#24	"Search ""midwi* manag*"""	9.278
#23	"Search ""midwi* led"""	1.655
#22	"Search ""share* care"""	49
#21	"Search ""multidisciplinary team*"""	11.925
#20	"Search ""midwi* model*"""	3.658
#19	"Search share* care"	33.184
#18	"Search multidisciplinary team*"	14.209
#17	"Search midwi* model*"	3.658
#16	"Search midwi* team*"	3.030
#15	"Search practice patterns, nurse's[MeSH Terms]"	2.149
#14	"Search Nursing Care Delivery Systems"	2.976
#13	"Search continuity of patient care[MeSH Terms]"	217.240
#12	"Search (((((((((((pregnancy[MeSH Terms]) OR prenatal care[MeSH Terms]) OR intrapartum care) OR perinatal care[MeSH Terms]) OR obstetric care) OR postnatal care[MeSH Terms]) OR midwifery[MeSH Terms]) OR midwifery service) OR obstetric service) OR home childbirth[MeSH Terms]) OR birthing centers[MeSH Terms]"	855.885
#11	"Search birthing centers[MeSH Terms]"	713
#10	"Search home childbirth[MeSH Terms]"	2.541
#9	"Search obstetric service"	4.089
#8	"Search midwifery service"	4.276
#7	"Search midwifery[MeSH Terms]"	17.951
#6	"Search postnatal care[MeSH Terms]"	5.011
#5	"Search obstetric care"	25.962
#4	"Search perinatal care[MeSH Terms]"	8.812
#3	"Search intrapartum care"	2.891
#2	"Search prenatal care[MeSH Terms]"	24.426
#1	"Search pregnancy[MeSH Terms]"	837.255

Accordo di collaborazione scientifica ISS-APSS

Progetto “Valutazione dell’implementazione del modello Percorso Nascita per la gestione della gravidanza a basso rischio nella Provincia Autonoma di Trento”

Analisi di confronto tra il modello di percorso nascita per la gestione della gravidanza a basso rischio adottato presso l'APSS ed i risultati dell'analisi della letteratura scientifica.

- Deliverable D3 -

Giugno 2020

Sommario

Abbreviazioni.....	5
Introduzione	7
Obiettivo generale.....	8
Obiettivo specifico.....	8
Come raggiungere l’obiettivo specifico.....	8
Materiali	9
1) Rappresentazione grafica e schematica del percorso nascita per la gestione della gravidanza a basso rischio deliberato presso l'APSS di Trento.....	9
2) Consultazione delle Linee Guida esistenti nazionali e internazionali sulla gestione delle donne con gravidanza fisiologica.....	9
3) Rappresentazione grafica e schematica dei <i>clinical pathway</i> derivanti dalle linee guida nazionali e internazionali.....	10
4) Individuazione degli indicatori di processo e degli outcome di esito.....	10
Metodi	12
Risultati.....	14
Antepartum Care	14
Intrapartum Care.....	19
Puerperio	19
Conclusioni	23
Riferimenti:.....	25
Allegati.....	27
Allegato 1. Percorso Nascita per la gestione della gravidanza a basso rischio deliberato presso l'APSS della Provincia Autonoma di Trento. (Elaborazione: ISS, 2018).....	27
Allegato 2. Percorso della donna in gravidanza a basso rischio, (Fonte NICE, 2017). (Elaborazione ISS, 2018).....	28
Allegato 3. Outcome Cochrane riscontrati (Sandall et al., 2016) e condivisi con GdL.	29
Allegato 4. Raccomandazioni utilizzate, Fase prenatale, esclusive del percorso “Antenatal care for uncomplicated pregnancies”	30
Allegato 5. Raccomandazioni utilizzate, Fase prenatale, non esclusive del percorso “Antenatal care for uncomplicated pregnancies” (Fonte NICE) – Escluso	32
Allegato 6. Raccomandazioni utilizzate, Fase puerperio, esclusive del percorso “Postnatal care”	33
Allegato 7. Raccomandazioni utilizzate, Fase puerperio, non esclusive del percorso “Postnatal care”	35
Allegato 8 Risultati A3. D3. Estratto della Fase prenatale, foglio “Confronto_Check” V Percorso Nascita.	36
Allegato 9 Estratto della Fase prenatale, Indicatori non riscontrati nel Percorso Nascita dell’APSS, verificati con il gruppo di lavoro dell’APSS.....	56

Allegato 10 Risultati A3. D3. Estratto della Fase puerperio, foglio “Confronto_Check” V Percorso Nascita 72

Allegato 11 Estratto della Fase puerperio, Indicatori non riscontrati nel Percorso Nascita dell’APSS, verificati con il gruppo di lavoro dell’APSS..... 85

Abbreviazioni

APSS = Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari

BFHC = BABY FRIENDLY HOSPITAL AND COMMUNITY

CNHTA = Centro Nazionale per l'Health Technology Assessment

GdL = Gruppo di Lavoro

HTA = Health Technology Assessment

IMC = Indice di Massa Corporea

ISS = Istituto Superiore di Sanità

LG = Linee Guida

MMG = Medico di Medicina generale

NICE = National Institute for Health and Care Excellence

PAT = Provincia Autonoma di Trento

PN = Percorso Nascita

QS = Quality Standards

RCT = Randomised Clinical Trial

SIDS = Sudden Infant Death Syndrome

SIO = Sistema Informativo Ospedaliero

SIT = sistema informativo territoriale

TEV = Tromboembolie venose

UK = United Kingdom

Introduzione

Il confronto tra il modello Percorso Nascita per la gestione della gravidanza a basso rischio deliberato presso l'APSS di Trento e i risultati dell'analisi della letteratura scientifica si pone l'obiettivo di verificare la congruenza del percorso realmente sviluppato e implementato all'interno della PAT con i dati "evidence based" provenienti dalla letteratura scientifica. I dati "evidence based" costituiscono l'ideale a cui tendere dal punto di vista della miglior pratica clinica in favore dell'assistenza della donna con gravidanza fisiologica. Sono da intendersi "evidence based" tutti i dati provenienti dalla letteratura primaria e secondaria nonché tutti quelli provenienti dalle linee guida e dai percorsi assistenziali per il trattamento di una determinata condizione di salute. Per questo motivo, poiché il primo elemento del confronto è rappresentato da un percorso, si è ritenuta necessaria, in aggiunta alla consultazione dei dati provenienti dalla revisione sistematica della letteratura scientifica, la consultazione di tutte le linee guida nazionali e internazionali esistenti ad oggi¹ sull'assistenza della donna con gravidanza fisiologica, incluse le "Linee Guida sulla Gravidanza Fisiologica" del Ministero della Salute e Sistema Nazionale Linee Guida, Istituto Superiore di Sanità, 2011 che hanno ispirato il PN di Trento.

Le Linee Guida sono "raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, allo scopo di assistere medici e pazienti nel decidere le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche" (Evidence. GIMBE, 2008). Le Linee Guida formulano raccomandazioni basate sulle prove scientifiche, infatti sono anche definite come "evidence based", rispetto a una vasta gamma di argomenti quali: prevenzione e gestione di condizioni specifiche alla pianificazione di servizi e interventi più ampi per migliorare la salute delle comunità. I percorsi di cura costituiscono nel concreto, l'implementazione delle raccomandazioni enunciate all'interno delle Linee Guida.

La consultazione delle Linee Guida pertanto ha permesso di inquadrare il percorso "ideale" di assistenza sulla base di quanto contenuto nelle raccomandazioni.

Per predisporre le basi del confronto è stato necessario prendere in considerazione il primo elemento del confronto: il PN implementato presso l'APSS della PAT. Ciò ha permesso di avere una visuale delle attività caratterizzanti l'intero percorso di cura.

In secondo luogo, la consultazione delle linee guida nazionali e internazionali esistenti sulla gestione della donna con gravidanza fisiologica ha consentito di individuare nelle Linee Guida del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) il "benchmark" per l'assistenza delle donne con gravidanza fisiologica. Sulla base delle raccomandazioni provenienti dal NICE è stato disegnato il percorso ideale di assistenza alla donna con gravidanza fisiologica. La possibilità di avere un percorso reale (APSS) e uno ideale secondo le raccomandazioni del NICE ha consentito di avere due oggetti della stessa natura "percorso reale" e "percorso ideale" e quindi confrontabili tra loro. Sulla base del percorso ideale è stato possibile individuare gli indicatori di processo che costituiscono l'elemento oggettivo utile per il confronto tra i due percorsi.

Gli indicatori di processo misurano l'appropriatezza del processo assistenziale in relazione a standard di riferimento: linee guida, percorsi assistenziali. (Evidence. GIMBE, 2009)

Considerato che non forniscono informazioni sui risultati dell'assistenza (esiti), gli indicatori di processo vengono definiti *proxy* (sostitutivi), perché potenzialmente in grado di prevedere un miglioramento degli

¹ 30/06/2020 (last-update)

esiti assistenziali. Tale predittività, definita robustezza, è strettamente correlata alla forza della raccomandazione clinica su cui viene costruito l'indicatore. In altre parole, tanto più robuste sono le evidenze che documentano l'efficacia di un intervento sanitario, più forte sarà la raccomandazione clinica e più robusto il corrispondente indicatore di processo. La robustezza di un indicatore di processo diminuisce parallelamente alla forza della raccomandazione clinica: le raccomandazioni forti (A, B) generano indicatori molto robusti; quelle deboli (C, D) indicatori poco robusti che, in genere, non è opportuno monitorare, tranne se strettamente correlati ad ottimizzazione delle risorse e/o ad aspetti organizzativi. (Evidence. GIMBE,2009). Sulla base di questa ratio, il confronto si è concentrato prendendo in considerazione le raccomandazioni forti (A e B) dalle quali è stato possibile, attraverso la consultazione delle linee guida NICE, ottenere un indicatore di processo. Per gli indicatori di processo, sono stati raccolti i rispettivi outcome di processo. Questi ultimi sono potenzialmente utili al fine di individuare una relazione con gli outcome della revisione sistematica della letteratura primaria e secondaria. (Sandall J. et al., 2016; Forster D.A. et al. 2016; McLachlan H.L. et al. 2016).

Il risultato del lavoro è rappresentato dal conteggio di quante attività del PN sono in linea rispetto al totale dei dati "evidence based" disponibili. L'aderenza del PN è rappresentata e sintetizzata in percentuale per le macro-fasi che caratterizzano il percorso: "*antepartum care*" e "*puerperio*". Per quanto concerne la macro-fase "*intrapartum care*", il confronto con le linee guida si è ritenuto non significativo ai fini dell'attività, in quanto tale fase non risulta rappresentativa del percorso proposto dall'APSS, poiché la presa in carico della donna nei diversi punti nascita non si differenzia in relazione alla tipologia di presa in carico della fase preparto.

Obiettivo generale

Analisi di confronto tra il modello Percorso Nascita per la gestione della gravidanza a basso rischio deliberato presso l'APSS di Trento e i risultati dell'analisi della letteratura scientifica.

Obiettivo specifico

L'obiettivo specifico è verificare la congruenza e la solidità scientifica del Percorso Nascita deliberato presso l'APSS della Provincia Autonoma di Trento (primo elemento del confronto) utilizzando come secondo elemento per il confronto i dati "evidence based" provenienti dalle linee guida e dalla letteratura primaria e secondaria.

Come raggiungere l'obiettivo specifico

- 1) Rappresentazione grafica e schematica del percorso nascita per la gestione della gravidanza a basso rischio deliberato presso l'APSS della Provincia Autonoma di Trento;
- 2) Consultazione delle Linee Guida esistenti nazionali e internazionali sulla gestione delle donne con gravidanza fisiologica;
- 3) Rappresentazione grafica e schematica dei *clinical pathway* derivanti dalle linee guida nazionali e internazionali;
- 4) Individuazione degli *indicatori* di processo e degli *outcome* associati;
- 5) Confronto tra Percorso Nascita adottato in APSS e dati "*evidence based*".

Materiali

- 1) [Rappresentazione grafica e schematica del percorso nascita per la gestione della gravidanza a basso rischio deliberato presso l'APSS di Trento.](#)

Il primo elemento per il confronto è costituito dalla rappresentazione grafica e schematica del percorso nascita per la gestione della gravidanza a basso rischio deliberato presso l'APSS della Provincia Autonoma di Trento. Il modello è stato elaborato all'interno dell'attività A1. D1. "Descrizione del modello Percorso Nascita deliberato presso l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento per la gestione della gravidanza a basso rischio".

La descrizione grafica dettagliata del Percorso Nascita deliberato presso l'APSS si riporta in **Allegato 1**.

- 2) [Consultazione delle Linee Guida esistenti nazionali e internazionali sulla gestione delle donne con gravidanza fisiologica.](#)

Il confronto tra percorso nascita e risultati provenienti dalla letteratura primaria e secondaria ha richiesto l'attuazione di un passaggio che permettesse di omogeneizzare gli elementi da confrontare. Il Percorso Nascita è per sua natura un "percorso", in altre parole il "percorso nascita" costituisce il primo oggetto del confronto. Il confronto è possibile soltanto se anche il secondo elemento del confronto ha una natura di "percorso". I dati provenienti dalla letteratura primaria e secondaria, che costituiscono il secondo elemento della comparazione, hanno una diversa natura, sono "outcome", non possono essere presi primariamente come secondo elemento di confronto. Per questo è stato necessario trasformare quanto espresso dai dati della letteratura scientifica in "percorso". Tale relazione è possibile consultando le Linee Guida, perché espressione delle prove scientifiche frutto della sintesi dei risultati di letteratura scientifica.

Per estrarre i dati "*evidence based*" necessari per confrontare i risultati emersi dall'analisi delle evidenze scientifiche con il PDTA adottato presso l'APSS della PAT, sono state prese in considerazione le Linee Guida internazionali e nazionali esistenti sulla gestione delle donne con gravidanza fisiologica nello specifico:

Linee guida internazionali:

- a. Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2008.
- b. Clinical Guideline Antenatal care for uncomplicated pregnancies. NICE, 2017.

Linee guida nazionali:

- c. Linee Guida Gravidanza Fisiologica. Ministero della Salute e Sistema Nazionale Linee Guida, Istituto Superiore di Sanità, 2011.

Per la fase *postnatal care* sono state individuate le Linee Guida internazionali seguenti:

- d. Postnatal care. Routine postnatal care of women and their babies. The National Collaborating Centre for Primary Care. NICE, 2015.

Sono stati presi in considerazione gli Standard di Qualità (*Quality Standard*) del National Institute for Health and Care Excellence (NICE), che si basano sulle linee guida citate al punto “d”, in particolare:

- Postnatal care. *Interactive flowchart. Quality Standard*. NICE, 2017.²

I Quality Standard stabiliscono le aree prioritarie per il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria e sociale. Coprono aree dove c'è una variazione nelle cure. Ogni standard offre: a) una serie di dichiarazioni per aiutare a migliorare la qualità (*Quality statement*), b) informazioni su come misurare i progressi. Gli standard di qualità sono sviluppati in modo indipendente, in collaborazione con professionisti dell'assistenza sanitaria e sociale, professionisti e utenti dei servizi. Si basano sulle linee guida del NICE e su altre fonti accreditate dal NICE. (NICE, 2018).

3) Rappresentazione grafica e schematica dei *clinical pathway* derivanti dalle linee guida nazionali e internazionali.

Le linee guida nazionali ed internazionali nonché i documenti sui *Quality Standard* per la fase *postnatal care* indicati nel precedente paragrafo 2 sono stati analizzati e messi a confronto. Sulla base di quanto emerso, ai fini della comparazione con il Percorso Nascita adottato presso l'APSS, gli *healthcare pathways* del NICE sono stati individuati come “benchmark”, sia per la loro completezza che per il loro recente aggiornamento (2017).

Gli *healthcare pathways NICE* sono percorsi “*evidence based*” e sono la rappresentazione grafica delle raccomandazioni delle linee guida NICE. Sulla base degli *healthcare pathways* relativi alle fasi *Antepartum care* e *Postnatal care* del NICE, il CNHTA ha elaborato un percorso del paziente (**Allegato 2**) che descrive tutte le fasi evidenziate nel percorso nascita (antepartum e puerperio). Questo per poter confrontare i due percorsi in tema di gravidanza fisiologica e senza complicanze delle donne, seguite ed assistite, secondo i modelli organizzativo-assistenziale *midwife-led continuity of care*.

4) Individuazione degli indicatori di processo e degli outcome di esito.

La consultazione delle linee guida nazionali e internazionali e dei documenti sui *Quality Standard* ha permesso di individuare negli indicatori provenienti dalle linee guida e dai rispettivi *healthcare pathways* NICE gli indicatori di processo che consentono un confronto oggettivo tra le evidenze presenti in letteratura (ovvero esperienze internazionali riconosciute e utilizzate come *best practice*) ed il percorso adottato nella Provincia Autonoma di Trento.

Per individuare gli indicatori di processo si è partiti dalle raccomandazioni provenienti dalle linee guida del NICE (vedi punto 2), e di queste si sono prese in considerazione solo quelle caratterizzate da una forza dell'evidenza di grado molto alto (grado A o B):

- Grado A: informazioni basate direttamente su evidenze di livello I (studi che riportano una metanalisi di alta qualità, revisioni sistematiche di letteratura di RCT, o studi RCT con un basso rischio di *bias*);
- Grado B: informazioni basate direttamente su evidenze di livello II (revisioni sistematiche di letteratura di alta qualità di studi caso-controllo o studi di coorte, studi caso controllo di alta qualità o studi di coorte con un basso rischio di confondimento) o raccomandazioni estrapolate da livello I.

² <https://pathways.nice.org.uk/pathways/postnatal-care#content=view-info-category%3Aview-quality-standards-menu>

Laddove si siano individuate raccomandazioni non corredate dell'indicazione di un livello di forza (A oppure B) associato, si sono presi in considerazione i *Quality Standard NICE*, per tre principali motivazioni:

- a. esprimono la miglior pratica clinica disponibile (*clinical best practice*);
- b. servono ad integrare le informazioni provenienti dalle Linee Guida;
- c. contengono informazioni molto più complete e standardizzate rispetto alle singole raccomandazioni cliniche.

In sintesi, per la fase *Antenatal care* è stato possibile individuare un pool (o gruppo) di indicatori di processo attraverso la consultazione delle raccomandazioni di forza A e B provenienti dalle linee guida nazionali e internazionali mentre per la fase *puerperio*, è stato possibile individuare un pool (o gruppo) di indicatori di processo sulla base dei *Quality Standard* del *NICE*. Gli indicatori e gli outcome sono stati raccolti in forma tabellare (**Allegato 3**).

Considerato che non forniscono informazioni sui risultati dell'assistenza (esiti), gli indicatori di processo vengono definiti proxy (sostitutivi), perché potenzialmente in grado di prevedere un miglioramento degli esiti assistenziali. (Evidence, GIMBE 2009).

Gli outcome clinici di interesse comune tra ISS e APSS sono stati condivisi e formalizzati dal gruppo di lavoro. Si tratta di outcome di salute che costituiscono solamente gli indicatori di esito che si è deciso di ottenere. Ecco perché all'elenco generato dalle raccomandazioni e dai *Quality Standard* provenienti dalle fonti *NICE* sono stati associati gli outcome primari clinici emersi dalla revisione di letteratura scientifica (Sandall et al., 2016) aggiornata dal CNHTA e condivisi con il GdL APSS di Trento, al fine di poter collegare e allineare gli indicatori di processo a quelli clinici in maniera logico-funzionale.

Gli outcome Cochrane condivisi esprimono i risultati di esito o di salute che si vogliono raggiungere con l'implementazione del Percorso Nascita deliberato a Trento ma non sono in grado di misurare ed esprimere un'indicazione di best practice e di appropriatezza clinica a cui tendere. Sono stati inseriti nell'analisi al puro scopo di rintracciare una possibile correlazione con gli indicatori di processo, che rappresentano una proxy (approssimazione) degli esiti di salute.

Metodi

È stato sviluppato il file denominato “A3. D3. Percorso del paziente APSS_Confronto con evidence based” i cui contenuti sono schematizzati nella seguente tabella:

Tabella 1 A3.D3. Foglio di lavoro. Percorso del paziente APSS_Confronto con evidence based. Elaborazione ISS, 2018.

FOGLIO DI LAVORO		OGGETTO	DESCRIZIONE DEL CONTENUTO
A	Percorso_Nascita.xls	Il Percorso Nascita deliberato dalla APSS di Trento	Descrive il percorso nascita in tutte le sue attività così come è stato deliberato in APSS. (Primo elemento del confronto)
B	Flowchart_NICE.xls	Il Percorso clinico delle donne con gravidanza fisiologica adattato dal NICE.	Descrive il percorso raccomandato dal NICE in Inghilterra, sulla base delle LG e degli “ <i>healthcare pathways</i> ” del NICE. (Secondo elemento del confronto)
C	Confronto_Check.xls	Confronto tra PN e dati “evidence based”	Permette all’utente di cogliere la differenza tra PN deliberato in APSS e percorso descritto dalle migliori evidenze scientifiche internazionali, ovvero permette il raggiungimento dello scopo dell’attività A3. D3 e cioè il confronto tra la letteratura scientifica e il PN deliberato a Trento , così come definito negli “Obiettivi”.
D	Outcome Cochrane.xls	Outcome Cochrane	Elenca gli outcome e gli indicatori di esito associati, ovvero gli outcome della revisione sistematica di letteratura condivisi con Trento.

Di seguito viene discusso in dettaglio il foglio di lavoro C “Confronto_Check.xls” perché di particolare interesse. Per evidenziare le attività messe a confronto si è strutturata una tabella che consente un più facile raffronto tra le attività prese in esame nei due percorsi (Foglio A e Foglio B). È stata strutturata una tabella per permettere un confronto approfondito tra le evidenze scientifiche e le attività espletate da APSS nel Percorso Nascita. La griglia di lavoro presenta le seguenti colonne:

- A. *Attività*: descrive l’attività prevista nel Percorso Nascita deliberato dalla APSS di Trento;
- B. *Statement/Raccomandazioni*: indica la raccomandazione di tipo “*evidence based*”;
- C. *Indicatori di processo NICE*: sono gli indicatori di processo individuati nelle fonti “*evidence based*” consultate:
 - **Indicatore di Processo** = come viene nominato l’indicatore;
 - **Numeratore/Denominatore**= esplosione dell’indicatore in formula calcolabile;
- D. *Domande di verifica o Note riguardanti le attività*: sono la richiesta di conferma dell’effettuazione di una certa attività o raccomandazione;
- E. *Check PN Trento*: indica se vi è una concordanza tra la raccomandazione di tipo “*evidence based*” e il Percorso Nascita deliberato a Trento;
- F. *Outcome associato NICE*: indica l’outcome possibilmente ottenibile attraverso la misurazione degli indicatori di processo.

La colonna denominata “**Outcome associato NICE**” contiene gli indicatori di processo emersi dall’analisi delle evidenze scientifiche provenienti dal NICE, ovvero dall’analisi dei *Quality Standard* e dei rispettivi *Quality Statement*. Questi outcome sono espressione della qualità dell’assistenza e la misurazione serve a captare l’appropriatezza delle attività del percorso nel rispondere a un determinato bisogno di salute e nel miglioramento delle condizioni di salute degli interventi e dei processi assistenziali. Sono stati inseriti allo

scopo di evidenziare il potenziale collegamento che vi è tra gli indicatori di processo e quelli di esito nel particolare caso del *midwife-led continuity of care*. Tuttavia, per il **confronto**, oggetto dell'obiettivo, sono stati utilizzati gli **indicatori di processo**, in quanto hanno migliore efficacia nel consentire il confronto e l'analisi dei processi e modelli di assistenza ed erano disponibili sulla piattaforma del NICE. Il foglio di lavoro **D "Outcome Cochrane"** invece è utile nel visualizzare quali sono gli outcome Cochrane emersi dalla revisione di letteratura scientifica e condivisi con il GdL dell'APSS di Trento.

La tabella contiene:

- G. *Outcome Cochrane*: contiene gli outcome provenienti dalla revisione sistematica e che sono stati condivisi con il GdL dell'APSS;
- H. *Indicatore*: contiene la misura o lo strumento con il quale si può rappresentare l'outcome;
- I. *Check PN*: sono gli outcome che andrebbero osservati e misurati lungo il PN e rilevabili dall'APSS;
- J. *Aspettativa*: indica il valore che dovrebbe assumere auspicabilmente l'indicatore, dove "0" sta ad indicare "aspettativa che, a seguito dell'introduzione del percorso, l'esito sia in riduzione" ed "1" "aspettativa che, a seguito dell'introduzione del percorso, l'esito sia in aumento".

Tabella 2. Sintesi degli outcome della revisione Sandall J. et al., 2016 associati all'introduzione del modello "Midwife-led continuity models of care".

"(G) Outcome Cochrane	(H) Indicatore	(I) Check PN	(J) Aspettativa
Analgesia regionale (epidurale/spinale)	(N. parti con analgesia regionale/N. parti in elezione) x100	Si	0
Parto cesareo in elezione	(N. parti cesarei in elezione/N. parti in elezione con nessun pregresso cesareo) x100	Si	0
Parto cesareo in urgenza	(N. parti cesarei in urgenza/N. parti in urgenza con nessun pregresso cesareo) x100	Si	0
Nascite vaginali strumentali (forcipe/ventosa)	N. di nascite strumentali	Si	0
Parto vaginale spontaneo (come definito dagli autori del trial)	N. di nascite spontanee	Si	1
Perineo intatto (lacerazione perineale III/IV grado)	(N. Donne senza lacerazioni III/IV grado/N. Donne partorienti) x100	Si	1
Nascita prematura (meno di 37 settimane)	(N. Nascite prima di 37 settimane/ N. Tot. Nascite) x100	Si	0
Perdite fetali prima e dopo 24 settimane e morte neonatale	(N. perdite fetali prima e dopo 24 settimane/N. donne in gravidanza anno 2017) x100	Si	0
Episiotomia	(N. Episiotomia/Tot. Numero partorienti) x100	Si	0
Morte neonatale	(Numero Tot. Di perdite neonatali/N. di parti fisiologici anno 2017) x100	Si	0
Peso alla nascita	(N. bambini nati con peso compreso tra 2.500g e 4.000g/N. tot. Di bambini nati) x100	Si	1

Risultati

La raccolta e la ricognizione dei dati per il confronto con il Percorso Nascita implementato presso l'APSS della PAT, ha permesso di rilevare in che grado il percorso è aderente ai dati "evidence based".

Si precisa che per quanto riguarda la fase "intrapartum", non si è sviluppata l'analisi di confronto in quanto il PN si caratterizza per la gestione delle donne con gravidanza fisiologica a livello territoriale nelle fasi "preparto" e "puerperio", mentre la gestione della donna nei diversi punti nascita non si differenzia in relazione alla tipologia di presa in carico della fase pre-parto.

Una volta calcolata la percentuale di aderenza delle due fasi di assistenza che caratterizzano il Percorso Nascita rispetto alle linee guida del NICE, si è ritenuto necessario aggiornare la flow chart del percorso suddetto, integrandola con le attività che vengono effettuate ma che nella prima schematizzazione del percorso non erano state esplicitate.

Di seguito si spiega quanto osservato per le due macro-fasi che caratterizzano il Percorso Nascita.

Antepartum Care

Andando ad analizzare il percorso della donna in gravidanza fisiologica, sono state estrapolate dalle "Clinical Guideline Antenatal care for uncomplicated pregnancies" del NICE del 2017, 5 fasi, composte, alcune di esse, da sotto attività, che costituiscono parte integrante e necessaria per il compimento della fase a cui fanno riferimento. Da esse, in maniera coerente allo svolgimento di ciascuna, sono associati 12 *Quality Statement NICE* e da questi è stato possibile estrapolare sia un indicatore di processo, sia un *outcome* di salute. Dei 12 *Quality Standard*, 1 è stato escluso perché facente riferimento a programmi di screening Nazionali dell'UK, mentre per il *Quality Standard* numero 7 "Risk assesement Pre-eclampsia", il NICE rimanda l'esplicitazione della raccomandazione al percorso "Ipertensione in gravidanza".

I *Quality Standard* effettivi, facenti riferimento esclusivamente al percorso NICE "Antenatal care for uncomplicated pregnancies" sono 10. **(Allegato 4)**

Andando ad analizzare ancor più nello specifico il percorso NICE "Antenatal care for uncomplicated pregnancies", si è ritenuto necessario aggiungere ai *Quality Standard* di riferimento esclusivo del Percorso studiato, altri 5 *Quality Standard* che per loro natura sono attinenti ad altri percorsi, ma che risultano fondamentali per il percorso analizzato **(Allegato 5)**. Nello specifico sono:

1. Alimentazione sana in gravidanza (*Quality Standard* relativo al percorso NICE "nutrizione: miglioramento dell'alimentazione materna e infantile") – **Ad esso però non viene associata alcuna raccomandazione, di conseguenza non è stato utilizzato come termine di confronto per analizzare il Percorso Nascita, proposto dall'APSS di Trento.**
2. Valutazione prenatale del rischio di pre-eclampsia (*Quality Standard* relativo al percorso NICE "Ipertensione in gravidanza").
3. Scelta del luogo del parto (*Quality Standard* relativo al percorso NICE "assistenza durante il parto").
4. Coinvolgimento della donna nelle decisioni riguardo il travaglio (*Quality Standard* relativo al percorso NICE "Offerta dell'induzione al travaglio").
5. Riduzione del dolore (*Quality Standard* relativo al percorso NICE "Offerta dell'induzione al travaglio").

Lungo l'intero percorso, quindi, sono state estrapolate un totale di 29 raccomandazioni, poiché alcune di esse si ripetono in più fasi del percorso NICE "Antenatal care for uncomplicated pregnancies".

Le 5 fasi a cui si fa riferimento sono:

1. Principi di assistenza: ad essa sono associati tali Quality Standard a cui sono correlate le raccomandazioni NICE:
 - i. Servizi - Accesso alle cure preparto;
 - ii. Servizi - Continuità assistenziale;
 - iii. Valutazione del rischio - indice di massa corporea;
 - iv. Valutazione del rischio - diabete gestazionale;
 - v. Valutazione del rischio - rischio intermedio di tromboembolie venose;
 - vi. Valutazione del rischio - alto rischio di tromboembolie venose.

2. Informazioni e supporto: ad essa sono associati tali Quality Standard a cui sono correlate le raccomandazioni NICE:
 - i. Servizi - accesso alle cure antenatali;
 - ii. Alimentazione sana in gravidanza (Quality Standard relativo al percorso NICE "nutrizione: miglioramento dell'alimentazione materna e infantile"). **Ad esso però non viene associata alcuna raccomandazione, di conseguenza non è stato utilizzato come termine di confronto per analizzare il Percorso Nascita, proposto dall'APSS di Trento;**
 - iii. Scelta del luogo del parto (Quality Standard relativo al percorso NICE "assistenza durante il parto").

3. Appuntamenti per le visite e rendicontazione: ad essa sono associati tali Quality Standard a cui sono correlate le raccomandazioni NICE:
 - i. Servizi - accesso alle cure preparto;
 - ii. Rendicontazione.

Per l'espletamento di questa fase, il NICE ha declinato diverse attività, come segue:

- 3 a. Esami clinici: ad essa è associato tale Quality Standard a cui è correlata la raccomandazione NICE:
 - i. Valutazione del rischio - Indice di massa corporea.

- 3 b. Gestione dei sintomi comuni (nessun Quality Standard associato).

- 3 c. Pianificazione del luogo di nascita (nessun Quality Standard associato).

- 3 d. Screening (nessun Quality Standard associato):
 - 3 d.1 Screening - Emoglobinopatie: ad essa sono associati tali Quality Standard a cui è associata una raccomandazione:
 - i. Servizi - accesso alle cure preparto.

3 d.2 Screening – Pre-eclampsia: ad essa è associato tale Quality Standard a cui è correlata la raccomandazione NICE:

- i. Valutazione prenatale del rischio di pre-eclampsia (quality standard relativo al percorso NICE "Ipertensione in gravidanza").

3 e. Considerazioni sullo stile di vita (nessun Quality Standard associato):

3 e.1 Appuntamenti per le visite e rendicontazione - Considerazioni sullo stile di vita – Fumo - Identificazione e rinvio a servizi per smettere di fumare: ad essa è associato tale Quality Standard a cui è correlata la raccomandazione NICE:

- i. Valutazione del rischio - Smettere di fumare.

3 f. Appuntamenti per le visite e rendicontazione_ Monitoraggio della crescita e del benessere del feto ad essa è associato tale Quality Standard a cui è correlata la raccomandazione NICE:

- i. Benessere del feto - Versione cefalica esterna.

3 g. Appuntamenti per le visite e rendicontazione - Scheda per gli appuntamenti (nessun Quality Standard associato).

4. Posizione podalica al termine della gravidanza: ad essa è associato tale Quality Standard a cui è correlata la raccomandazione NICE:

- i. Benessere del feto - Versione cefalica esterna.

5. Gravidanza dopo la 41sima settimana: ad essa è associato tale Quality Standard a cui è correlata la raccomandazione NICE:

- i. Benessere del feto - Spazzamento della membrana per la gravidanza prolungata.

5 a. Gravidanza dopo la 41sima settimana - Induzione al travaglio: ad essa sono associati tali Quality Standard a cui sono correlate le raccomandazioni NICE:

- i. Inclusione della donna nelle decisioni riguardo il travaglio.
- ii. Supporto e sicurezza per le donne che stanno ricevendo l'induzione del travaglio in regime ambulatoriale.
- iii. Riduzione del dolore.

5 a.1 Induzione al travaglio - Informazioni e supporto: ad essa è associato tale Quality Standard a cui è correlata la raccomandazione NICE:

- i. Coinvolgimento della donna nelle decisioni riguardo il travaglio.

5 a.2 Induzione al travaglio - Fattori da considerare: ad essa sono associati tali Quality Standard a cui sono correlate le raccomandazioni NICE:

- i. Inclusione della donna nelle decisioni riguardo il travaglio.
- ii. Supporto e sicurezza per le donne che stanno ricevendo l'induzione del travaglio in regime ambulatoriale. *In Italia non si pratica induzione del travaglio con rinvio a domicilio. L'utilizzo di prostaglandine è riservato all'ambiente ospedaliero. Non applicabile.*
- iii. Riduzione del dolore.

5 a.3 Gravidanza dopo la 41sima settimana - Induzione al travaglio - Esecuzione dell'induzione al travaglio: ad essa sono associati tali Quality Standard a cui sono correlate le raccomandazioni NICE:

- i. Inclusione della donna nelle decisioni riguardo il travaglio.
- ii. Supporto e sicurezza per le donne che stanno ricevendo l'induzione del travaglio in regime ambulatoriale. *In Italia non si pratica induzione del travaglio con rinvio a domicilio. L'utilizzo di prostaglandine è riservato all'ambiente ospedaliero. Non applicabile.*
- iii. Riduzione del dolore.

5 a.3.1 Gravidanza dopo la 41sima settimana - Induzione al travaglio - Esecuzione dell'induzione al travaglio - Setting assistenziale e tempistiche: ad essa è associato tale Quality Standard a cui è associata una raccomandazione:

- i. Supporto e sicurezza per le donne che stanno ricevendo l'induzione del travaglio in regime ambulatoriale. *In Italia non si pratica induzione del travaglio con rinvio a domicilio. L'utilizzo di prostaglandine è riservato all'ambiente ospedaliero. Non applicabile.*

5 a.3.2 Gravidanza dopo la 41sima settimana - Induzione al travaglio - Esecuzione dell'induzione al travaglio - Riduzione del dolore: ad essa è associato tale Quality Standard a cui è correlata la raccomandazione NICE:

- i. Riduzione del dolore.

Sono stati confrontati tra loro i seguenti punti A) e B):

- A) Attività incluse nell'assistenza prenatale del Percorso Nascita per la gestione della gravidanza a basso rischio deliberato presso l'APSS di Trento (Documento A1. D1. "Descrizione del modello di percorso nascita deliberato da APSS Trento").
- B) I dati "evidence based" (NICE) relativi alla fase *Antepartum care* e delle Linee Guida del Ministero della Salute 2011 sulla gravidanza fisiologica.

Dal confronto (**Allegato 8**) è stato osservato che il **96,55%** delle raccomandazioni "evidence based" (ossia 28 raccomandazioni "evidence based" su 29) sono incluse e caratterizzano anche la fase parto nel Percorso Nascita per la gestione della gravidanza a basso rischio deliberato presso l'APSS di Trento.

La fase del Percorso Nascita deliberato in provincia di Trento riguardante l'assistenza prenatale, è quindi per lo più sovrapponibile ai dati "evidence based" e di conseguenza appropriata per l'assistenza delle donne con gravidanza fisiologica.

L'attività del percorso "Antenatal care for uncomplicated pregnancies" del NICE che non è risultata in linea con il Percorso Nascita deliberato in provincia di Trento è:

- **Benessere del feto - spazzamento della membrana per la gravidanza prolungata**, ovvero, in occasione dell'appuntamento prenatale è offerto:

A) Alle donne nullipare un esame vaginale per lo spazzamento della membrana tra la 40esima e la 41esima settimana.

B) Alle donne pluripare un esame vaginale per lo spazzamento della membrana all'appuntamento della 41esima settimana.

Specchio 1 Attività non riscontrata nel PN. Fase pre-partum.

Attività del PN: Benessere del feto - spazzamento della membrana per la gravidanza prolungata.

Quality Statement/Raccomandazione: in occasione dell'appuntamento prenatale è offerto:

A) Alle donne nullipare un esame vaginale per lo spazzamento della membrana tra la 40esima e la 41esima settimana.

B) Alle donne pluripare un esame vaginale per lo spazzamento della membrana all'appuntamento della 41esima settimana.

Outcome associato NICE: a) Tassi di induzione del travaglio per le donne in gravidanza prolungata.

b) Modalità di consegna per donne in gravidanza prolungata, tra cui:

1. nascita vaginale spontanea
2. nascita vaginale strumentale
3. taglio cesareo elettivo o di emergenza.

c) Tassi di nati morti oltre le 40 settimane di gestazione (dove non vi è alcuna causa medica di base).

Per quanto concerne questa attività è stato chiesto al gruppo di lavoro dell'APSS di Trento, maggiori delucidazioni in merito alla mancanza di coerenza con esse, hanno risposto quanto segue:

- *Lo scollamento delle membrane è una pratica in uso in UK ma molto discussa in altri ambienti scientifici. Le linee guida ministeriali sconsigliano l'adozione di tale pratica di routine. Nel caso di gravidanza protratta viene discussa con la donna eventuale possibilità.*

La risposta sopracitata ha chiarito in modo esaustivo lo scostamento tra i due percorsi. **(Allegato 9).**

Viene segnalata poi l'attività *Supporto e sicurezza per le donne che stanno ricevendo l'induzione del travaglio in regime ambulatoriale*, ovvero le donne ricevono la propria induzione del travaglio in regime ambulatoriale solo se in loco ci sono procedure di sicurezza e supporto, incluse attività di audit.

Tale attività viene indicata dal NICE in quattro fasi diverse:

a. Gravidanza dopo la 41esima settimana - Induzione al travaglio

b. Gravidanza dopo la 41esima settimana - Induzione al travaglio- Fattori da considerare

c. Gravidanza dopo la 41sima settimana - Induzione al travaglio - Esecuzione dell'induzione al travaglio

e Gravidanza dopo la 41sima settimana - Induzione al travaglio - Esecuzione dell'induzione al travaglio - Setting assistenziale e tempistiche.

Per quanto concerne questa attività, nonostante la sua analisi in prima istanza, il GdL ha ritenuto di escluderla nel confronto con il PN proposto dall'APSS di Trento, **poiché in Italia non si pratica induzione del travaglio con rinvio a domicilio e l'utilizzo di prostaglandine è riservato all'ambiente ospedaliero.**

Intrapartum Care

Per quanto attiene alla fase intrapartum, non è stato effettuato il confronto rispetto le linee guida del NICE, in quanto la gestione della donna nei diversi punti nascita non si differenzia in relazione alla tipologia di presa in carico della fase pre-parto.

Puerperio

Per la fase di assistenza post-parto, sono stati estrapolati dalla *"Postnatal care. Interactive flowchart. Quality Standard"*, NICE del 2017, un totale di 8 fasi composte, alcune di esse, da sotto attività, che costituiscono parte integrante e necessaria per il compimento della fase a cui fanno riferimento. Da esse, in maniera coerente allo svolgimento di ciascuna, sono associati 11 Quality Statement NICE (**Allegato 6**) e da questi è stato possibile estrapolare sia un indicatore di processo, sia un outcome di salute. Ad essi sono stati poi aggiunti, seguendo la logica del NICE, altri 2 Quality Standard (**Allegato 7**) che fanno riferimento ad altri percorsi ma che fanno parte anche del percorso *"Postnatal care"*, ovvero:

1. Informazioni per i genitori o per coloro che si prendono cura del neonato (Quality standard relativo al percorso NICE "Ittero nei neonati sotto i 28 giorni").
2. Contraccezione dopo la nascita di un bambino (Quality Standard relativo al percorso NICE "Contraccezione").

Lungo l'intero percorso, quindi, sono state estrapolate un totale di 21 raccomandazioni, poiché alcune di esse si ripetono in più fasi del percorso NICE, mentre ad altre fasi non sono state associate raccomandazioni, ma solo indicazioni su come si esplicita la fase in questione.

Le 8 fasi a cui si fa riferimento sono:

1. Segni e sintomi di condizioni potenzialmente letali: ad essa è associato tale Quality Standard a cui è correlata la raccomandazione NICE:
 - i. Salute della madre- condizioni letali.
2. Formazione, competenze e protocolli sulla comunicazione: ad essa è associato tale Quality Standard a cui è correlata la raccomandazione NICE:
 - i. Continuità dell'assistenza.

3. Principi di cura: ad essa è associato tale Quality Standard a cui è correlata la raccomandazione NICE:

- i. Continuità dell'assistenza.

4. Genitorialità e attaccamento emotivo: ad essa sono associati tali Quality Standard a cui sono correlate le raccomandazioni NICE:

- i. Benessere emotivo e attaccamento al bambino.
- ii. Attaccamento genitori-bambino.

5. Immunizzazione (nessun Quality Standard associato).

6. Allattamento al seno ed allattamento artificiale (nessun Quality Standard associato):

6 a. Allattamento al seno e allattamento artificiale - Procedure e programmi per l'allattamento al seno:

- i. Allattamento al seno.

6 b. Allattamento al seno e allattamento artificiale - Allattamento artificiale: ad essa è associato tale Quality Standard a cui è correlata la raccomandazione NICE:

- i. Allattamento artificiale.

6 c. Allattamento al seno e allattamento artificiale - Gestione e valutazione dei progressi riguardanti l'allattamento al seno: ad essa è associato tale Quality Standard a cui è correlata la raccomandazione NICE:

- i. Continuità dell'assistenza.

7. Salute e benessere del bambino (nessun Quality Standard associato):

7 a. Salute e benessere del bambino - Informazioni e supporto: ad essa sono associati tali Quality Standard a cui sono correlate le raccomandazioni NICE:

- i. Salute del bambino - condizioni potenzialmente letali.
- ii. Salute del bambino - sonno più sicuro del bambino.

7 b. Salute e benessere del bambino - Sonno insieme al bambino e sindrome della morte improvvisa dell'infante (SIDS): ad essa è associato tale Quality Standard a cui è correlata la raccomandazione NICE:

- i. Salute del bambino - sonno più sicuro del bambino.

7 c. Salute e benessere del bambino - Controlli e valutazione: ad essa sono associati tali Quality Standard a cui sono correlate le raccomandazioni NICE:

- i. Continuità dell'assistenza.
- ii. Salute del bambino- Esame obiettivo.

7 d. Salute e benessere del bambino - Stipsi e diarrea: ad essa è associato tale Quality Standard a cui è correlata la raccomandazione NICE:

- i. Salute del bambino - condizioni potenzialmente letali.

7 e. Salute e benessere del bambino – Ittero: ad essa sono associati tali Quality Standard a cui sono correlate le raccomandazioni NICE:

- i. Salute del bambino - condizioni potenzialmente letali.
- ii. Informazioni per i genitori o per coloro che si prendono cura del neonato (Quality Standard relativo al percorso NICE "Ittero nei neonati sotto i 28 giorni").

8. Salute della madre (nessun Quality Standard associato):

8 a. Salute e benessere della madre - Informazioni e supporto: ad essa sono associati tali Quality Standard a cui sono correlate le raccomandazioni NICE:

- i. Salute della madre- condizioni letali.
- ii. Contraccezione dopo la nascita di un bambino (Quality Standard relativo al percorso NICE "Contraccezione").

8 b. Salute e benessere della madre - Salute mentale: ad essa sono associati tali Quality Standard a cui sono correlate le raccomandazioni NICE:

- i. Benessere emotivo della madre e attaccamento emotivo al bambino.
- ii. Salute della madre e benessere mentale.

8 c. Salute e benessere della madre - Benessere fisico - Gestione del peso: ad essa è associato tale Quality Standard a cui è correlata la raccomandazione NICE:

- i. Salute della madre - gestione del peso.

Per la fase “*Puerperio*” sono stati quindi confrontati tra loro i seguenti punti A) e B):

- A) Attività incluse nell’assistenza post-parto del Percorso Nascita per la gestione della gravidanza a basso rischio deliberato presso l'APSS di Trento (Documento A1. D1. “Descrizione del modello di percorso nascita deliberato da APSS Trento”).
- B) I dati “*evidence based*” (NICE) relativi alla fase *puerperio* e delle Linee Guida del Ministero della Salute 2011 sulla gravidanza fisiologica.

Dal confronto (**Allegato 10**) è stato osservato che **il 95,40%** delle raccomandazioni “*evidence based*” (ossia 20 raccomandazioni “*evidence based*” su 21) sono incluse e caratterizzano anche la fase del puerperio del Percorso Nascita per la gestione della gravidanza a basso rischio deliberato presso l'APSS di Trento.

La fase del Percorso Nascita deliberato in provincia di Trento riguardante l’assistenza postnatale, è quindi per lo più sovrapponibile ai dati “*evidence based*” e di conseguenza appropriata per l’assistenza delle donne con gravidanza fisiologica.

L'unica attività del percorso "Postnatal care" del NICE che non è risultata coerente con quelle del Percorso Nascita deliberato in provincia di Trento è:

1. **Salute e benessere della madre - Benessere fisico - Gestione del peso**, ovvero alle donne con un indice di massa corporea (IMC) maggiore o uguale a 30 Kg/m², durante la visita post-natale a 6-8 settimane dal parto, devono essere offerti consigli su una dieta salutare e sull'attività fisica. Tale attività viene poi misurata attraverso tali indicatori:

- A) Proporzione di donne che hanno registrato il loro indice di massa corporea al check postnatale a 6-8 settimane;
- B) Proporzione delle donne che al check di 6-8 settimane postnatali hanno un indice di massa corporea di 30 kg/m² o superiore a cui viene offerta consulenza su dieta salutare e attività fisica;
- C) Proporzione delle donne che al check di 6-8 settimane postnatali hanno un indice di massa corporea di 30 kg/m² o superiore che hanno accettato la consulenza sulla dieta e attività fisica.

Per quanto concerne questa attività, è stato chiesto al gruppo di lavoro dell'APSS di Trento, di fornire maggiori delucidazioni in merito alla mancanza di coerenza con esse, hanno risposto quanto segue:

- *Nella visita a 6/8 settimane vengono fornite informazioni alla donna seppure in assenza di specifico materiale informativo e tracciabilità dell'informazione.*

Le risposte sopracitate hanno chiarito in modo esaustivo lo scostamento tra i due percorsi. **(Allegato 11)**.

Specchio 2 Attività non riscontrata nel PN. Fase puerperio.

Attività del PN: Principi dell'assistenza puerperio.

Quality Statement/Raccomandazione: Alle donne con un indice di massa corporea (IMC) maggiore o uguale a 30 Kg/m², durante la visita post-natale a 6-8 settimane dal parto, devono essere offerti consigli su una dieta salutare e sull'attività fisica.

Outcome associato NICE: Consapevolezza della donna riguardo la capacità di prendere decisioni informate su dieta salutare, attività fisica e gestione del peso suo e della sua famiglia.

Conclusioni

Lo svolgimento dell'attività A3.D3. *“Analisi di confronto tra modello percorso nascita per la gestione della gravidanza a basso rischio deliberato presso l'APSS di Trento e i risultati dell'analisi della letteratura scientifica”* si presta ad essere funzionale anche per valutazioni successive in quanto permette di individuare le modalità di rilevazione degli outcome e pertanto può costituire una base *evidence based* a supporto della costruzione di indicatori di monitoraggio del percorso.

Gli indicatori di processo sviluppati e confrontati con le attività del PN deliberato a Trento costituiscono delle *proxy*. Gli indicatori di processo misurano l'appropriatezza e l'aderenza dei modelli e dei processi assistenziali all'evidence based e costituiscono il *benchmark* a cui tendere, ovvero la *best practice* clinica.

La percentuale di aderenza osservata nelle due macro-fasi oggetto di analisi è stata condivisa con l'APSS di Trento, al fine di accertarsi che alcune attività raccomandate, ma non descritte nei documenti condivisi, siano realmente svolte o meno.

La robustezza scientifica del percorso nascita deliberato in APSS è aderente oltre il 95% delle raccomandazioni per tutte e due le macro-fasi del percorso raccomandato.

Calcolando precisamente la percentuale di aderenza, il Percorso Nascita deliberato in provincia di Trento è in media aderente alle raccomandazioni *“evidence based”* per il **95,98%**:

- Assistenza prenatale (**96,55%**);
- Assistenza post-parto (**95,40%**).

Il confronto ha permesso di osservare come per la fase prenatale, la Provincia di Trento ha implementato le attività del percorso NICE nella sua totalità ad esclusione di **una sola attività raccomandata**, ovvero:

- A. **Benessere del feto - spazzamento della membrana per la gravidanza prolungata**, che viene offerto in occasione dell'appuntamento prenatale:
- a. alle donne nullipare un esame vaginale per lo spazzamento della membrana tra la 40esima e la 41esima settimana;
 - b. alle donne pluripare un esame vaginale per lo spazzamento della membrana all'appuntamento della 41esima settimana.

Per quanto riguarda questa raccomandazione del NICE, l'APSS di Trento spiega che *“lo scollamento delle membrane è una pratica in uso in UK ma molto discussa in altri ambienti scientifici. Le linee guida ministeriali sconsigliano l'adozione di tale pratica di routine. Nel caso di gravidanza protratta viene discusso con la donna eventuale possibilità”*. Tale discrepanza non è colmabile con azioni di miglioramento da parte dell'APSS di Trento.

Per quanto riguarda la fase puerperio del PN deliberato a Trento ci sono margini di miglioramento relativamente alla sistematizzazione dell'attività raccomandata di seguito esplicitata:

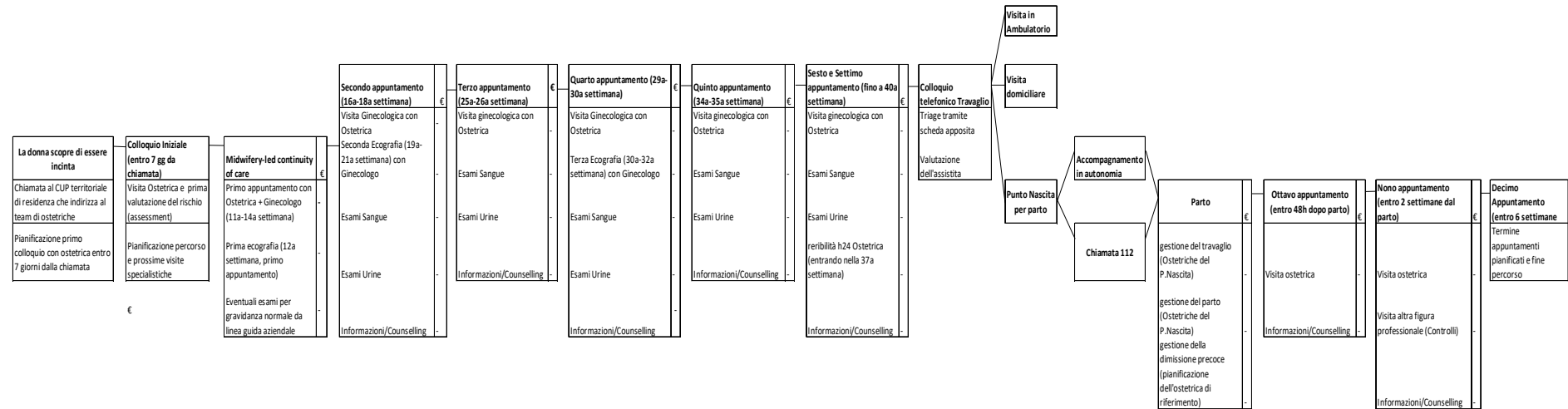
1. **La misurazione dell'Indice di massa corporea (IMC) a 6-8 settimane dalla nascita e consulenza su dieta e attività fisica, potrebbero influenzare:**
 - o la **consapevolezza** e la **soddisfazione** della donna riguardo la capacità di prendere decisioni informate su dieta, attività fisica e gestione del peso.

Riferimenti

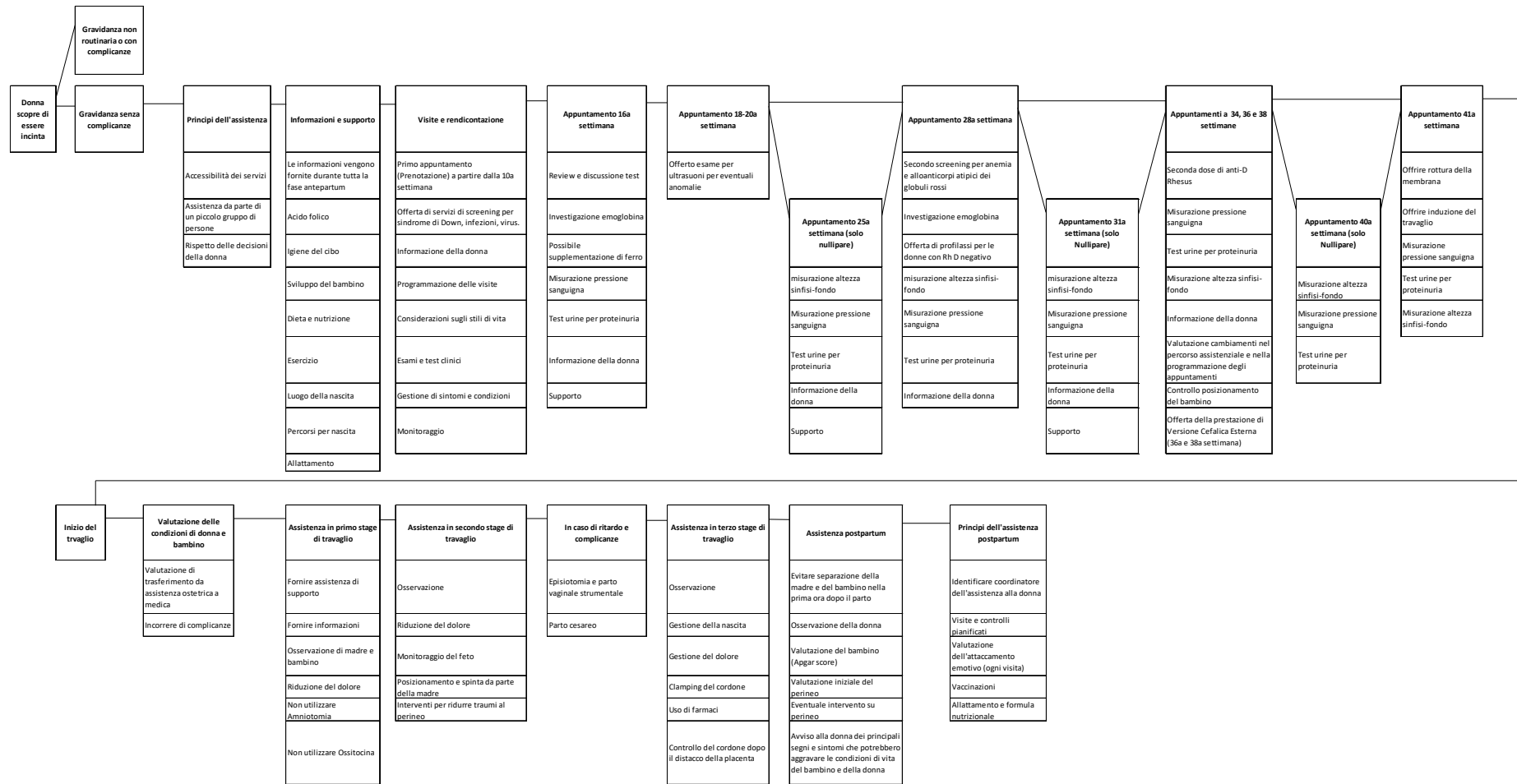
1. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Sep 15;(9):CD004667.
2. Higgins JPT, Green S (ors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011.
3. Centro Nazionale HTA, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari. Verbale Percorso Nascita, Riunione Trento 17-09-2018.
4. Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2008.
5. Clinical Guideline Antenatal care for uncomplicated pregnancies. NICE, 2017
6. Linee Guida Gravidanza Fisiologica. Ministero della Salute e Sistema Nazionale Linee Guida, Istituto Superiore di Sanità, 2011.
7. Antenatal care for uncomplicated pregnancies. Interactive flowchart. Quality Standard. NICE, 2018. <https://pathways.nice.org.uk/pathways/antenatal-care-for-uncomplicated-pregnancies#content=view-info-category%3Aview-quality-standards-menu>
8. Intrapartum care. Interactive flowchart. Quality Standard. NICE, 2017. <https://pathways.nice.org.uk/pathways/intrapartum-care#content=view-info-category%3Aview-quality-standards-menu>
9. Postnatal care. Interactive flowchart. Quality Standard. NICE, 2017. <https://pathways.nice.org.uk/pathways/postnatal-care#content=view-info-category%3Aview-quality-standards-menu>
10. Cartabellotta A., 2009. Struttura, processo, esito. Quali indicatori misurano la qualità dell'assistenza sanitaria? GIMBE, Evidence. 5 maggio 2009 (<https://www.evidence.it/articolodettaglio/596/it/102/struttura-processo-esito-quali-indicatori-misurano-la-qualit%C3/articolo>).
11. Forster DA, McLachlan HL, Davey MA, Biro MA, Farrell T, Gold L, Flood M, Shafiei T, Waldenström U. Continuity of care by a primary midwife (caseloadmidwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016 Feb 3;16:28.
12. McLachlan HL, Forster DA, Davey MA, Farrell T, Flood M, Shafiei T, Waldenström U. The effect of primary midwife-led care on women's experience of childbirth: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG.* 2016 Feb;123(3):465-74.
13. Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical Guideline 190. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. NICE, 2017.
14. Postnatal care. Routine postnatal care of women and their babies. The National Collaborating Centre for Primary Care. NICE, 2015.

Allegati

Allegato 1. Percorso Nascita per la gestione della gravidanza a basso rischio deliberato presso l'APSS della Provincia Autonoma di Trento. (Elaborazione: ISS, 2018)



Allegato 2. Percorso della donna in gravidanza a basso rischio, (Fonte NICE, 2017). (Elaborazione ISS, 2018)



Allegato 3. Outcome Cochrane riscontrati (Sandall et al., 2016) e condivisi con GdL.

Cochrane outcome primari
<i>Parto e postparto immediato</i>
Analgesia regionale (epidurale/spinale)
Parto cesareo in elezione
Parto cesareo in urgenza
Nascite vaginali strumentali (forcipe / ventosa)
Parto vaginale spontaneo (come definito dagli autori del trial)
Perineo intatto (lacerazione perineale III/IV grado)
<i>Neonatali</i>
Nascita prematura (meno di 37 settimane)
Perdite fetali prima e dopo 24 settimane e morte neonatale
Outcome primari rimanenti di interesse APSS
<i>Parto e postparto immediato</i>
Episiotomia
<i>Neonatali</i>
Morte neonatale
Peso alla nascita

Allegato 4. Raccomandazioni utilizzate, Fase prenatale, esclusive del percorso “Antenatal care for uncomplicated pregnancy”

Statement/Raccomandazione		Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore
1	Le donne ricevono supporto per accedere alle cure prenatali, dalla decima settimana preparto al giorno del parto.	Proporzione di donne in gravidanza che saltano un appuntamento prenatale programmato che vengono seguite entro tempi definiti localmente.	Numeratore: Numero di donne che sono seguite secondo tempistiche localmente definite. Denominatore: Numero di donne in gravidanza che saltano una visita prenatale programmata.
2	Le donne in gravidanza sono assistite durante la gravidanza da un'ostetrica assegnata.	Proporzione di donne in gravidanza che vengono seguite durante la gravidanza da un'ostetrica assegnata.	Numeratore: Numero di donne nel denominatore con un'ostetrica assegnata; Denominatore: Numero di donne in gravidanza che accedono alle cure prenatali.
3	Alle donne prese in carico dal Percorso Nascita viene fornito il libretto di gravidanza dove vengono registrati i referti delle visite e degli esami prenatali.	Proporzione di donne prenatali prese in carico dal PN a cui viene fornito il libretto di gravidanza e nel quale vengono registrati referti di visite ed esami prenatali.	Numeratore: Numero di donne il cui libretto di gravidanza viene compilato con ogni visita ed esame diagnostico eseguito nel corso della fase prenatale.; Denominatore: Numero di donne in gravidanza che accedono al PN.
4	Alle donne in gravidanza con un indice di massa corporea di almeno 30 kg/m ² al momento della prenotazione viene offerta una consulenza personalizzata per promuovere un'alimentazione sana e attività fisica da parte di una persona adeguatamente formata a tal proposito.	a) Proporzione di donne in gravidanza che accedono alle cure prenatali il cui indice di massa corporea viene calcolato e registrato al momento della prenotazione. b) Proporzione di donne in gravidanza con un indice di massa corporea di almeno 30 kg/m ² al momento della prenotazione, cui viene offerta una consulenza personalizzata da una persona adeguatamente formata, riguardo un'alimentazione sana e attività fisica.	A) Numeratore: Numero di donne nel denominatore il cui indice di massa corporea è registrato al momento della prenotazione; Denominatore: numero di donne in gravidanza che accedono alle cure prenatali. B) Numeratore: Numero di donne a cui viene offerta consulenza personalizzata da una persona adeguatamente formata, riguardo un'alimentazione sana e attività fisica; Denominatore: Numero di donne in gravidanza con un indice di massa corporea di almeno 30 kg/m ² al momento della prenotazione.
5	Alle donne in gravidanza che fumano viene offerto un servizio evidence based per smettere di fumare, al momento della prenotazione dell'appuntamento.	a) Proporzione di donne in gravidanza che accedono alle cure prenatali, a cui, al momento della visita prenotata, viene offerto un servizio evidence based per smettere di fumare. b) Proporzione di donne in gravidanza che fumano, a cui viene offerto un rinvio ad un servizio evidence based per smettere di fumare. c) Proporzione di donne in gravidanza che fumano e che si rifanno ad un servizio evidence based per smettere di fumare. d) Proporzione di donne in gravidanza che fumano, che decidono di non frequentare un servizio evidence based per smettere di fumare e che riceve un follow-up.	a) Numeratore: il numero di donne nel denominatore il cui stato di fumo è registrato al momento della prenotazione. Denominatore: il numero di donne in gravidanza che accedono alle cure prenatali. B) Numeratore: il numero di donne nel denominatore a cui viene offerto un rinvio a un servizio per smettere di fumare basato su prove. Denominatore: il numero di donne in gravidanza che accedono alle cure prenatali che fumano. c) Numeratore: il numero di donne nel denominatore che fanno riferimento a un servizio per smettere di fumare basato su prove. Denominatore: il numero di donne in gravidanza che accedono alle cure prenatali che fumano. d) Numeratore: il numero di donne nel denominatore che decidono di non frequentare un servizio di smettere di fumare basato su prove che ricevono un follow-up. Denominatore: il numero di donne in gravidanza che fumano e decidono di non frequentare un servizio evidence based per smettere di fumare.
6	Alle donne in gravidanza a rischio intermedio di tromboembolia venosa (TEV) al momento della prenotazione, viene fornita una consulenza specialistica sulle loro cure.	a) Proporzione di donne in gravidanza identificate come a rischio di diabete gestazionale al momento della prenotazione, a cui viene offerto il test per il diabete gestazionale. b) Proporzione di donne in gravidanza identificate come a rischio di diabete gestazionale al momento della prenotazione che ricevono test per il diabete gestazionale.	a) Numeratore: Numero di donne a cui viene offerto un test per il diabete gestazionale; Denominatore: Numero di donne in gravidanza riconosciute come a rischio di diabete gestazionale al momento della prenotazione. B) Numeratore: il numero di donne nel denominatore che ricevono test per il diabete gestazionale; Denominatore: Numero di donne in gravidanza riconosciute come a rischio di diabete gestazionale al momento della prenotazione.

	Statement/Raccomandazione	Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore
7	Alle donne in gravidanza a rischio intermedio di tromboembolia venosa al momento della prenotazione, viene fornita una consulenza specialistica sulle loro cure.	<p>a) Percentuale di donne in gravidanza che accedono alle cure prenatali che hanno il rischio di TEV registrato al momento della prenotazione.</p> <p>b) Proporzioni di donne in gravidanza a rischio intermedio di TEV al momento della prenotazione, che hanno ricevuto consulenza specialistica sulle loro cure.</p>	<p>a) Numeratore: Numero di donne nel denominatore che hanno il rischio di TEV valutato e registrato al momento della prenotazione; Denominatore: Numero di donne in gravidanza che accedono alle cure prenatali.</p> <p>B) Numeratore: Numero di donne che hanno ricevuto consigli specialistici forniti in merito alle loro cure; Denominatore: Numero di donne in gravidanza a rischio intermedio di TEV al momento della prenotazione.</p>
8	Alle donne in gravidanza ad alto rischio di tromboembolia venosa al momento della prenotazione, sono sottoposte a un servizio specializzato.	<p>a) Percentuale di donne in gravidanza che accedono alle cure prenatali che sono in rischio di TEV registrato al momento della prenotazione.</p> <p>b) Proporzioni di donne in gravidanza ad alto rischio di TEV al momento della prenotazione che vengono inviate a un servizio specializzato.</p>	<p>a) Numeratore: Numero di donne nel denominatore che hanno il rischio di TEV valutato e registrato al momento della prenotazione; Denominatore: Numero di donne in gravidanza che accedono alle cure prenatali.</p> <p>B) Numeratore: Numero di donne in gravidanza che accedono ad un servizio specializzato; Denominatore: Numero di donne in gravidanza ad alto rischio di TEV al momento della prenotazione.</p>
9	A tutte le donne con gravidanza singola podalica senza complicanze alla 36esima settimana, deve essere offerta una versione cefalica esterna.	<p>a) Proporzioni di donne in gravidanza con sospetta presentazione podalica a 36 settimane o più tardi (fino all'inizio del travaglio) a cui viene sottoposta la valutazione ecografica di conferma. Numeratore: il numero di donne nel denominatore indicate per la valutazione ecografica di conferma. Denominatore: il numero di donne in gravidanza con sospetta presentazione podalica a 36 settimane o più tardi (fino all'inizio del travaglio).</p> <p>b) Proporzioni di donne in gravidanza con una presentazione di culatta singleton non complicata confermata a 36 settimane o più tardi (fino all'inizio del travaglio) a cui viene offerta la versione cefalica esterna. Numeratore: il numero di donne nel denominatore offerto versione cefalica esterna. Denominatore: il numero di donne in gravidanza con una presentazione della culatta singleton non complicata confermata a 36 settimane o più (fino all'inizio del travaglio).</p>	<p>a) Numeratore: Numero di donne segnalate per la valutazione ecografica di conferma; Denominatore: Numero di donne in gravidanza con sospetta posizione podalica del feto a 36 settimane parto o più (fino all'inizio del travaglio).</p> <p>B) Numeratore: Numero di donne in gravidanza a cui viene offerto versione cefalica esterna; Denominatore: Numero di donne in gravidanza singola non complicata con posizione podalica del feto confermata a 36 settimane parto o più (fino all'inizio del travaglio).</p>
10	<p>In occasione dell'appuntamento prenatale è offerto:</p> <p>A) Alle donne nullipare un esame vaginale per lo spazzamento della membrana tra la 40esima e la 41esima settimana.</p> <p>B) Alle donne pluripare un esame vaginale per lo spazzamento della membrana all'appuntamento della 41esima settimana.</p>	<p>a) Proporzioni di donne nullipare alle quali durante la visita programmata in 40a settimana viene offerto un esame vaginale per lo spazzamento della membrana.</p> <p>b) Proporzioni di donne nullipare alle quali durante la visita programmata in 41a settimana viene offerto un esame vaginale per lo spazzamento della membrana.</p> <p>c) Proporzioni di donne pluripare alle quali durante la visita programmata in 41a settimana viene offerto un esame vaginale per lo spazzamento della membrana.</p>	<p>a) Numeratore: Numero di donne alle quali viene offerto un esame vaginale per lo spazzamento della membrana; Denominatore: Numero delle donne nullipare alla 40a settimana;</p> <p>b) Numeratore: Numero di donne alle quali viene offerto un esame vaginale per lo spazzamento della membrana; Denominatore: Numero delle donne nullipare alla 41a settimana;</p> <p>c) Numeratore: Numero di donne alle quali viene offerto un esame vaginale per lo spazzamento della membrana; Denominatore: Numero delle donne pluripare alla 41a settimana.</p>

Allegato 5. Raccomandazioni utilizzate, Fase prenatale, non esclusive del percorso "Antenatal care for uncomplicated pregnancy" (Fonte NICE)

	Statement/Raccomandazione	Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore
1	Alle donne con basso rischio di complicanze durante il travaglio vengono date la possibilità di scelta di tutti i contesti in cui è possibile partorire e le informazioni sugli esiti del parto in base al contesto.	a) Proporzione di donne a basso rischio di complicazioni con una discussione documentata, in occasione dell'appuntamento prenatale programmato, della loro scelta del luogo preferito in cui partorire. b) Proporzione di donne a basso rischio di complicanze con una discussione documentata in occasione dell'appuntamento prenatale programmato, sugli esiti di nascita del parto in base al contesto.	a) Numeratore: numero di donne con una discussione documentata all'appuntamento prenatale programmato, riguardo la scelta del luogo preferito dove partorire; Denominatore: numero di donne a basso rischio di complicanze che partecipano a un appuntamento prenatale programmato. b) Numeratore: numero di donne con una discussione documentata al loro appuntamento programmato prenatale, riguardante gli esiti di nascita locali; Denominatore: numero di donne a basso rischio di complicanze che partecipano a un appuntamento programmato prenatale.
2	Alle donne in gravidanza con un rischio più alto di pre-eclampsia, al momento della prenotazione viene proposta una prescrizione di 75-150 mg di aspirina, da assumere quotidianamente dalla 12sima settimana prima del parto fino al giorno della nascita.	a) Proporzione di donne in gravidanza che presentano fattori di rischio per la pre-eclampsia identificati e registrati al momento dell'appuntamento prenotato. b) Proporzione di donne in gravidanza a maggiore rischio di pre-eclampsia identificato al momento della prenotazione, a cui viene offerta una prescrizione di 75-150 mg di aspirina (se non controindicato) da assumere quotidianamente dalle 12 settimane preparto fino alla nascita del bambino.	a) Numeratore: Numero di donne in gravidanza i cui fattori di rischio per la pre-eclampsia sono identificati e registrati; Denominatore: Numero di donne in gravidanza che si presentano all'appuntamento prenotato. B) Numeratore: Numero di donne a cui è offerta una prescrizione di 75-150 mg di aspirina da assumere quotidianamente dalle 12 settimane preparto fino alla nascita del bambino; Denominatore: Numero di donne in gravidanza a maggior rischio di pre-eclampsia identificato al momento dell'appuntamento prenotato, che possono assumere l'aspirina, non essendo controindicato.
3	Se si presenta la necessità di dover sottoporre la donna all'induzione al travaglio si devono fornire tutte le informazioni su benefici e rischi per la donna e per il nascituro, nonché sulle possibili alternative alla induzione.	Proporzione di donne a cui viene proposta l'induzione del travaglio che ricevono informazioni personalizzate riguardanti i benefici e rischi per loro e i loro bambini e le alternative all'induzione.	Numeratore: numero di donne a cui viene proposta l'induzione al travaglio, a cui sono state date informazioni sui benefici e rischi per loro stesse i loro bambini e le alternative all'induzione; Denominatore: numero di donne a cui viene offerta l'induzione del travaglio.
4	Le donne che hanno subito l'induzione del travaglio hanno accesso ad azioni di "sollevio dal dolore" che sono appropriate al loro livello di dolore e al tipo di sollevio dal dolore che le stesse hanno richiesto.	ASSENZA DI UN INDICATORE VERO E PROPRIO TRA LE PATHWAYS NICE	ASSENZA DI UN INDICATORE VERO E PROPRIO TRA LE PATHWAYS NICE

Allegato 6. Raccomandazioni utilizzate, Fase puerperio, esclusive del percorso "Postnatal care"

	Statement/Raccomandazione	Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore
1	Il piano di assistenza postnatale della donna e del bambino viene rivisto e documentato ad ogni contatto postnatale.	La percentuale di donne e dei loro bambini che hanno un piano di assistenza postnatale personalizzato e documentato, che viene riesaminato ad ogni contatto post-natale.	Numeratore: Numero di contatti in cui il piano di assistenza post-natale personalizzato della donna e del bambino viene rivisto e documentato. Denominatore: Numero di contatti postnatali.
2	Entro 24 ore dal parto, le donne sono informate, sui segni e sui sintomi di condizioni che possono mettere a rischio la loro vita e richiedere loro di accedere al trattamento di emergenza.	La percentuale di donne che viene informata, entro 24 ore dal parto, sui sintomi e segni di condizioni che possono minacciare la loro vita e richiedere un accesso ad un trattamento di emergenza.	Numeratore: Il numero di donne, nel denominatore, che sono informate, entro le prime 24 ore dopo il parto sui sintomi e segni di condizioni che potrebbero mettere in pericolo la loro vita e richiedere un accesso a un trattamento di emergenza. Denominatore: Numero di donne che hanno partorito.
3	Le madri e/o chi accudisce il neonato devono essere informati, entro 24 ore dalla nascita, dei segni e sintomi di condizioni potenzialmente letali per il bambino che richiedono trattamenti d'emergenza.	Numero di madri e/o di chi accudisce il neonato che sono stati avvisati, entro 24 ore dalla nascita, dei segni e sintomi di condizioni potenzialmente letali per il bambino che richiedono trattamenti d'emergenza sul totale dei casi trattati.	Numeratore: Numero di donne o di coloro che si prendono cura dei bambini che vengono informati, entro 24 ore dalla nascita, dei sintomi e dei segni di condizioni potenzialmente letali nel bambino che richiedono un trattamento di emergenza; Denominatore: Numero di madri o di coloro che prendono in carico il bambino.
4	Le donne, i partner e/o chi accudisce il neonato devono essere informati sull'importanza della co-presenza durante le fasi di sonno del neonato per ridurre la probabilità di casi di sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS).	a) Proporzioni di donne, dei partner e/o di chi accudisce il neonato, a cui sono state fornite informazioni riguardo l'associazione tra co-presenza nel sonno e riduzione casi di SIDS, nelle prime 24 ore dalla nascita; b) Proporzioni di donne, dei partner e/o di chi accudisce il neonato, a cui sono state fornite informazioni riguardo l'associazione tra co-presenza nel sonno e riduzione casi di SIDS, ad ogni contatto dopo la nascita. c) Proporzioni di donne, loro partner o persone che prendono in carico il neonato a cui vengono fornite informazioni sull'associazione tra co-presenza nel sonno e SIDS nel corso di una visita postnatale programmata 10-14 giorni dopo la nascita (tale pratica è di competenza dell'ostetrica e successivamente dagli ispettori sanitari adibiti a seguire la donna una volta che lei e il bambino vengono dimessi dal team di ostetriche). d) Proporzioni di donne, loro partner o persone che prendono in carico il neonato che ricevono informazioni sull'associazione tra co-presenza nel sonno e SIDS durante il controllo postnatale programmato a 6-8 settimane dal parto.	a) Numeratore: numero di donne, dei loro partner o delle persone che si prendono cura dei neonati che ricevono informazioni riguardo l'associazione tra co-presenza nel sonno e riduzione casi di SIDS, nelle prime 24 ore dalla nascita; Denominatore: numero di neonati. b) Numeratore: Numero di contatti postnatali in cui alle donne, ai loro partner o alle persone che si prendono cura dei neonati, riguardo l'associazione tra co-presenza nel sonno e riduzione casi di SIDS; Denominatore: Numero di contatti postnatali. c) Numeratore: il numero di donne, i loro partner o le principali persone che si prendono cura dei neonati che ricevono informazioni sull'associazione tra co-presenza nel sonno e SIDS a una visita postnatale programmata 10-14 giorni dopo la nascita; Denominatore: numero di neonati. d) Numeratore: numero di donne, dei loro partner o delle principali persone che si prendono cura dei neonati che ricevono informazioni sull'associazione tra co-presenza nel sonno e SIDS al controllo postnatale programmato a 6-8 settimane dal parto; Denominatore: numero di neonati.
5	Le donne ricevono sostegno per l'allattamento al seno da un servizio che utilizza un programma valutato e strutturato.	a) Proporzioni delle donne che ricevono supporto nell'allattamento al seno tramite un programma strutturato; b) Proporzioni delle donne che desiderano continuare l'allattamento al seno ma si fermano prima del termine da loro deciso.	a) Numeratore - Numero di donne che ricevono supporto per l'allattamento al seno attraverso un servizio che utilizza un programma strutturato; Denominatore - Numero di donne che allattano. b) Numeratore - Numero di donne che desiderano continuare l'allattamento al seno ma si fermano prima del termine da loro deciso; Denominatore - Numero di donne che allattano.
6	Le donne e/o chi accudisce il neonato devono essere informati riguardo l'allattamento artificiale e la composizione dei preparati per lattanti.	Numero di donne e/o chi accudisce il neonato che sono stati informati riguardo l'allattamento artificiale e la composizione dei preparati per lattanti sul totale di partorienti.	Numeratore: Numero di donne e/o chi accudisce il neonato che sono stati informati riguardo l'allattamento artificiale e la composizione dei preparati per lattanti; Denominatore: Numero totale delle partorienti.

	Statement/Raccomandazione	Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore
7	I neonati devono essere sottoposti a esame obiettivo nelle prime 6-8 settimane.	Proporzione di neonati che sono stati sottoposti a esame obiettivo nelle prime 6-8 settimane.	Numeratore: Numero di neonati che sono stati sottoposti a esame obiettivo a esame obiettivo nelle prime 6-8 settimane; Denominatore: Numero di neonati alla 10a settimana.
8	Alle donne con un indice di massa corporea (IMC) maggiore o uguale a 30 Kg/m2, durante la visita post-natale a 6-8 settimane dal parto, devono essere offerti consigli su una dieta salutare e sull'attività fisica.	Alle donne con un indice di massa corporea (IMC) maggiore o uguale a 30 Kg/m2, durante la visita post-natale a 6-8 settimane dal parto, devono essere offerti consigli su una dieta salutare e sull'attività fisica.	a) Proporzione di donne che hanno registrato il loro indice di massa corporea al check postnatale a 6-8 settimane; b) Proporzione delle donne che al check di 6-8 settimane postnatali hanno un indice di massa corporea di 30 kg/m2 o superiore a cui viene offerta consulenza su dieta salutare e attività fisica; c) Proporzione delle donne che al check di 6-8 settimane postnatali hanno un indice di massa corporea di 30 kg/m2 o superiore che hanno accettato la consulenza sulla dieta e attività fisica.
9	Effettuare una valutazione del benessere emotivo delle madri, compreso il legame affettivo col bambino, ad ogni visita postnatale.	a) Numero di donne per cui, il benessere emotivo, compreso il legame affettivo al proprio bambino, è valutato durante ciascuna visita post-natale sul totale delle visite effettuate; b) Numero di donne per cui, il benessere emotivo, compreso il legame affettivo al proprio bambino, è valutato durante la visita a 5-7 giorni dopo il parto sul totale delle visite effettuate a 5-7 giorni dal parto; c) Numero di donne per cui, il benessere emotivo, compreso il legame affettivo e al proprio bambino, è valutato durante la visita a 10-14 giorni dopo il parto sul totale delle visite effettuate a 10-14 giorni dal parto; d) Numero di donne per cui, il benessere emotivo, compreso il legame affettivo al proprio bambino, è valutato durante la visita a 6-8 settimane dopo il parto sul totale delle visite effettuate a 6-8 settimane dal parto; e) Numero di donne per cui, il benessere emotivo, compreso il legame affettivo al proprio bambino, è valutato durante la visita a 16 settimane dopo il parto sul totale delle visite effettuate a 16 settimane dal parto.	A) Numeratore: Numero di contatti post-natali in cui viene valutato il benessere emotivo della madre, compreso il legame affettivo al bambino. Denominatore: Numero di contatti di assistenza post-natale. B) Numeratore: Numero di donne il cui benessere emotivo, compreso il legame affettivo al proprio bambino, viene valutato in occasione di un contatto postnatale fissato 5-7 giorni dopo il parto. Denominatore: Numero di donne che ricevono un contatto post-natale 5-7 giorni dopo il parto. C) Numeratore: Numero di donne il cui benessere emotivo, compreso il legame affettivo al proprio bambino, viene valutato in occasione di un contatto post-natale fissato 10-14 giorni dopo il parto. Denominatore: Numero di donne che ricevono un contatto postnatale 10-14 giorni dopo il parto. D) Numeratore: Numero di donne il cui benessere emotivo, compreso il legame affettivo al proprio bambino, viene valutato in occasione di un contatto post-natale fissato 6-8 settimane dopo la nascita. Denominatore: il numero di donne che ricevono un contatto postnatale 6-8 settimane dopo il parto. E) Numeratore: Numero di donne il cui benessere emotivo, compreso il legame affettivo al proprio bambino, viene valutato in occasione di un contatto post-natale fissato 16 settimane dopo la nascita. Denominatore: il numero di donne che ricevono un contatto postnatale 16 settimane dopo la nascita.
10	Per le donne con sintomi riconducibili a possibili problemi psicologici non ancora risolti dopo 10-14 giorni dalla nascita del bambino (baby blues) si raccomanda consulenza di psicologica/psichiatrica.	Numero di donne con sintomi riconducibili a possibili problemi psicologici (baby blues) non risolti dopo 10-14 giorni dal parto per cui è stata richiesta consulenza psicologica/psichiatrica sul totale di donne con sintomi riconducibili a possibili problemi psicologici non risolti dopo 10-14 giorni dal parto.	Numeratore: Numero di donne con sintomi riconducibili a possibili problemi psicologici non ancora risolti dopo 10-14 giorni dalla nascita del bambino (baby blues); Denominatore: Numero di donne che sono state valutate per problemi mentali ed è stata richiesta consulenza psicologica/psichiatrica.
11	Nei casi in cui si riscontrano problemi di attaccamento (fisico e/o affettivo) da parte dei genitori verso il neonato, si devono attivare servizi personalizzati per migliorare la relazione genitore-bambino.	Numero di genitori e/o di chi ne fa le veci che hanno mostrato problemi di attaccamento (fisico e/o affettivo) con il neonato che hanno ricevuto un'assistenza per migliorare il rapporto relazionale genitore-figlio sul totale di genitori e/o di chi ne fa le veci con problemi di attaccamento (fisico e/o affettivo) al neonato.	Numeratore: Numero di genitori o tutori con problemi di attaccamento (fisico e/o affettivo) al bambino che ricevono un'assistenza per migliorare la loro relazione con il loro bambino. Denominatore: Numero di genitori o tutori con problemi di attaccamento al loro bambino.

Allegato 7. Raccomandazioni utilizzate, Fase puerperio, non esclusive del percorso "Postnatal care"

	Statement/Raccomandazione	Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore
1	I genitori o le persone che si prendono cura dei neonati hanno un confronto con gli operatori sanitari e ricevono informazioni scritte sull'ittero neonatale entro 24 ore dalla nascita, compreso cosa cercare e chi contattare in caso di necessità.	Proporzione di neonati i cui genitori o tutori hanno un confronto con gli operatori sanitari e ricevono informazioni scritte sull'ittero neonatale entro 24 ore dalla nascita, compresi cosa cercare e chi contattare in caso di necessità.	Numeratore: Numero di bambini i cui genitori o tutori hanno un confronto con gli operatori sanitari e ricevono informazioni scritte sull'ittero neonatale entro 24 ore dalla nascita, compresi cosa cercare e chi contattare in caso di necessità; Denominatore: numero di neonati.
2	L'ostetrica, entro 7 giorni dal parto, fornisce alla donna tutte le informazioni relative ai metodi contraccettivi disponibili offrendole la possibilità di scegliere il più adatto alle proprie esigenze.	a) Proporzione di donne che partoriscono e ricevono informazioni su tutti i metodi contraccettivi dalla loro ostetrica entro 7 giorni dal parto. b) Proporzione di donne che partoriscono a cui viene data la possibilità di scelta scegliere quale metodo contraccettivo adottare, da parte della loro ostetrica entro 7 giorni dal parto.	a) Numeratore: il numero di donne che partoriscono a cui vengono fornite informazioni su tutti i metodi contraccettivi disponibili dall'ostetrica entro 7 giorni dal parto. Denominatore: il numero di donne che partoriscono. b) Numeratore: il numero di donne che partoriscono a cui viene offerta una scelta tra i metodi contraccettivi disponibili dall'ostetrica entro 7 giorni dalla dal parto. Denominatore: il numero di donne che partoriscono.

Allegato 8 Risultati A3. D3. Estratto della Fase prenatale, foglio "Confronto_Check" V Percorso Nascita.

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazione	(C.1) Aggiornamento Statement/Raccomandazione al (gg/mm/aaaa)	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE
						Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore			
Antepartum										
1	Attività trasversali principi di assistenza	Principi di assistenza	1. Servizi - Accesso alle cure preparto	Le donne ricevono supporto per accedere alle cure prenatali, dalla decima settimana pre parto al giorno del parto.		Proporzione di donne in gravidanza che saltano un appuntamento prenatale programmato che vengono seguite entro tempi definiti localmente.	Numeratore: Numero di donne che sono seguite secondo tempistiche localmente definite. Denominatore: Numero di donne in gravidanza che saltano una visita prenatale programmata.	Attività riportata	Si	a) Accesso, per la donna in gravidanza, ≤ 10 settimane; b) Accesso, per la donna in gravidanza, ≤ 13 settimane; c) Accesso, per la donna in gravidanza, ≤ 20 settimane; d) gestazione mediana alla prenotazione e) Donne in gravidanza che accedono all'assistenza prenatale che hanno frequentato almeno il numero raccomandato di appuntamenti prenatali.
			2. Servizi - Continuità assistenziale	Le donne in gravidanza sono assistite da un'ostetrica assegnata durante la gravidanza.		Proporzione di donne in gravidanza che vengono seguite da un'ostetrica assegnata	Numeratore: Numero di donne in gravidanza con un'ostetrica assegnata; Denominatore: Numero di donne in gravidanza che	Attività riportata	Si	Grado di soddisfazione delle donne in gravidanza per la continuità delle loro

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazione	(C.1) Aggiornamento Statement/Raccomandazione al (gg/mm/aaaa)	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE
						Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore			
						durante la gravidanza.	accedono alle cure prenatali.			cure prenatali.
			4. Valutazione del rischio - Indice di massa corporea	Alle donne in gravidanza con un indice di massa corporea di almeno 30 kg / m2 al momento della prenotazione viene offerta una consulenza personalizzata per promuovere una sana alimentazione e attività fisica da parte di una persona adeguatamente formata a tal proposito.		a) Proporzione di donne in gravidanza che accedono alle cure prenatali il cui indice di massa corporea viene calcolato e registrato al momento della prenotazione. b) Proporzione di donne in gravidanza con un indice di massa corporea di almeno 30 kg/m2 al momento della prenotazione, cui viene offerta una consulenza personalizzata da una persona adeguatamente formata, riguardo un'alimentazione sana e attività fisica.	a) Numeratore: Numero di donne in gravidanza il cui indice di massa corporea è registrato al momento della prenotazione; Denominatore: numero di donne in gravidanza che accedono alle cure prenatali. B) Numeratore: Numero di donne a cui viene offerta consulenza personalizzata da una persona adeguatamente formata, riguardo un'alimentazione sana e attività fisica; Denominatore: Numero di donne in gravidanza con un indice di massa corporea di almeno 30 kg/m2 al momento della prenotazione.	Attività non riportata inizialmente ma che viene svolta, e quindi aggiunta nella flow chart del percorso Nascita	Si	Le donne con un indice di massa corporea di 30 kg / m2 o più sono seguite per prendere decisioni su un'alimentazione sana e attività fisica durante la gravidanza.
			6. Valutazione del rischio - diabete gestazionale	Alle donne in gravidanza, qualora venissero identificate come a rischio di diabete gestazionale, vengono offerti test per il diabete gestazionale.		a) Proporzione di donne in gravidanza identificate come a rischio di diabete gestazionale al	a) Numeratore: Numero di donne a cui viene offerto un test per il diabete gestazionale; Denominatore: Numero di donne in	Attività non riportata inizialmente ma che viene svolta, e	Si	Identificazioni e precoe di donne con diabete gestazionale.

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazione	(C.1) Aggiornamento Statement/Raccomandazione al (gg/mm/aaaa)	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE
						Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore			
						momento della prenotazione, a cui viene offerto il test per il diabete gestazionale. b) Proporzione di donne in gravidanza identificate come a rischio di diabete gestazionale al momento della prenotazione che ricevono test per il diabete gestazionale.	gravanza riconosciute come a rischio di diabete gestazionale al momento della prenotazione. B) Numeratore: il numero di donne nel denominatore che ricevono test per il diabete gestazionale; Denominatore: Numero di donne in gravidanza riconosciute come a rischio di diabete gestazionale al momento della prenotazione.	quindi aggiunta nella flow chart del percorso Nascita		
			8. Valutazione del rischio - rischio intermedio di tromboemboli e venose	Alle donne in gravidanza a rischio intermedio di tromboembolia venosa al momento della prenotazione, viene fornita una consulenza specialistica sulle loro cure.		a) Percentuale di donne in gravidanza che accedono alle cure prenatali che hanno il rischio di TEV registrato al momento della prenotazione. b) Proporzione di donne in gravidanza a rischio intermedio di TEV al momento della prenotazione, che hanno ricevuto consulenza specialistica sulle loro cure.	a) Numeratore: Numero di donne nel denominatore che hanno il rischio di TEV valutato e registrato al momento della prenotazione; Denominatore: Numero di donne in gravidanza che accedono alle cure prenatali. B) Numeratore: Numero di donne che hanno ricevuto consigli specialistici forniti in merito alle loro cure; Denominatore: Numero di donne in gravidanza a rischio intermedio di TEV al momento della prenotazione.	Attività non riportata inizialmente ma che viene svolta, e quindi aggiunta nella flow chart del percorso Nascita	Si	Incidenza di TEV nelle donne in gravidanza.

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazione	(C.1) Aggiornamento Statement/Raccomandazione al (gg/mm/aaaa)	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE
						Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore			
			9. Valutazione del rischio - alto rischio di tromboemboli e venose	Alle donne in gravidanza ad alto rischio di tromboembolia venosa al momento della prenotazione, sono sottoposte a un servizio specializzato.		a) Percentuale di donne in gravidanza che accedono alle cure prenatali che sono in rischio di TEV registrato al momento della prenotazione. b) Proporzione di donne in gravidanza ad alto rischio di TEV al momento della prenotazione che vengono inviate a un servizio specializzato.	a) Numeratore: Numero di donne in gravidanza che accedono alle cure prenatali che hanno il rischio di TEV valutato e registrato al momento della prenotazione; Denominatore: Numero di donne in gravidanza che accedono alle cure prenatali. B) Numeratore: Numero di donne in gravidanza che accedono ad un servizio specializzato; Denominatore: Numero di donne in gravidanza ad alto rischio di TEV al momento della prenotazione.	Attività non riportata inizialmente ma che viene svolta, e quindi aggiunta nella flow chart del percorso Nascita	Si	Incidenza di TEV nelle donne in gravidanza.
2	Attività trasversali_informazioni e supporto	Informazione e supporto	1. Servizi - accesso alle cure antenatali	Le donne ricevono supporto per accedere alle cure prenatali, dalla decima settimana pre parto al giorno del parto.		Proporzione di donne in gravidanza che saltano un appuntamento prenatale programmato che vengono seguite entro tempi definiti localmente.	Numeratore: Numero di donne che sono seguite secondo tempistiche localmente definite. Denominatore: Numero di donne in gravidanza che saltano una visita prenatale programmata.	Attività riportata	Si	a) Accesso, per la donna in gravidanza, ≤ 10 settimane; b) Accesso, per la donna in gravidanza, ≤ 13 settimane; c) Accesso, per la donna in gravidanza, ≤ 20 settimane; d) gestazione mediana alla prenotazione

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazione	(C.1) Aggiornamento Statement/Raccomandazione al (gg/mm/aaaa)	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE
						Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore			
										e) Donne in gravidanza che accedono all'assistenza prenatale che hanno frequentato almeno il numero raccomandato di appuntamenti prenatali.
			(QUALITY STANDARD RELATIVO AL PERCORSO NICE "ASSISTENZA DUARANTE IL PARTO") 1. Scelta del luogo del parto	Alle donne con basso rischio di complicanze vengono fornite tutte le informazioni relative ai contesti in cui è possibile partorire e le relative informazioni sui possibili esiti del parto in base alla scelta.		a) Proporzione di donne a basso rischio di complicanze a cui sono state fornite, durante una visita prenatale programmata, tutte le informazioni relative ai contesti in cui è possibile partorire. b) Proporzione di donne a basso rischio di complicanze a cui sono stati illustrati gli esiti del parto in relazione al contesto, durante una visita prenatale programmata.	a) Numeratore: numero di donne a cui sono state fornite, durante una visita prenatale programmata, tutte le informazioni relative ai contesti in cui è possibile partorire.; Denominatore: numero di donne a basso rischio di complicanze con una visita prenatale programmata. b) Numeratore: numero di donne a cui sono stati illustrati gli esiti del parto in relazione al contesto, durante una visita prenatale programmata: Denominatore: numero di donne a basso rischio di complicanze con una visita prenatale programmata.	Attività non riportata inizialmente ma che viene svolta, e quindi aggiunta nella flow chart del percorso Nascita	Si	Livello di esperienza e tasso di soddisfazione della madre riguardo la scelta del luogo di nascita.

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazione	(C.1) Aggiornamento Statement/Raccomandazione al (gg/mm/aaaa)	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE
						Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore			
3	Attività trasversali_visite e rendicontazione	Appuntamenti per le visite e rendicontazione	1. Servizi - accesso alle cure preparto	Le donne ricevono supporto per accedere alle cure prenatali, dalla decima settimana pre parto al giorno del parto.		Proporzione di donne in gravidanza che saltano un appuntamento prenatale programmato che vengono seguite entro tempi definiti localmente.	Numeratore: Numero di donne che sono seguite secondo tempistiche localmente definite. Denominatore: Numero di donne in gravidanza che saltano una visita prenatale programmata.	Attività riportata	Si	a) Accesso, per la donna in gravidanza, ≤ 10 settimane; b) Accesso, per la donna in gravidanza, ≤ 13 settimane; c) Accesso, per la donna in gravidanza, ≤ 20 settimane; d) gestazione mediana alla prenotazione e) Donne in gravidanza che accedono all'assistenza prenatale che hanno frequentato almeno il numero raccomandato di appuntamenti prenatali.
			3. Rendicontazione	Alle donne prese in carico dal Percorso Nascita viene fornito il libretto di gravidanza dove vengono registrati i referti delle visite e degli esami prenatali.		Proporzione di donne prenatali prese in carico dal PN a cui viene fornito il libretto di gravidanza e nel quale vengono registrati referti di visite	Numeratore: Numero di donne il cui libretto di gravidanza viene compilato con ogni visita ed esame diagnostico eseguito nel corso della fase prenatale.; Denominatore: Numero di donne in gravidanza che accedono al PN.	Attività riportata	Si	-

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazione	(C.1) Aggiornamento Statement/Raccomandazione al (gg/mm/aaaa)	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE
						Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore			
							ed esami prenatali,			
3a	Attività trasversali_visite e rendicontazione_esami clinici	Appuntamenti per le visite e rendicontazione_ Esami clinici	4. Valutazione del rischio - Indice di massa corporea	Alle donne in gravidanza con un indice di massa corporea di almeno 30 kg/m2, al momento della prenotazione viene offerta una consulenza personalizzata per promuovere una sana alimentazione e attività fisica da parte di una persona adeguatamente formata a tal proposito.		a) Proporzione di donne in gravidanza che accedono alle cure prenatali il cui indice di massa corporea viene calcolato e registrato al momento della prenotazione. b) Proporzione di donne in gravidanza con un indice di massa corporea di almeno 30 kg/m2 al momento della prenotazione, cui viene offerta una consulenza personalizzata da una persona adeguatamente formata, riguardo un'alimentazione sana e attività fisica.	a) Numeratore: Numero di donne in gravidanza che accedono alle cure prenatali il cui indice di massa corporea è registrato al momento della prenotazione; Denominatore: numero di donne in gravidanza che accedono alle cure prenatali. B) Numeratore: Numero di donne a cui viene offerta una consulenza personalizzata da una persona adeguatamente formata, riguardo un'alimentazione sana e attività fisica; Denominatore: Numero di donne in gravidanza con un indice di massa corporea di almeno 30 kg/m2 al momento della prenotazione.	Attività non riportata inizialmente ma che viene svolta, e quindi aggiunta nella flow chart del percorso Nascita	Si	Le donne con un indice di massa corporea di 30 kg/m2 o più sono seguite per prendere decisioni su un'alimentazione sana e attività fisica durante la gravidanza.

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazione	(C.1) Aggiornamento Statement/Raccomandazione al (gg/mm/aaaa)	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE
						Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore			
3b	Attività trasversali_visite e rendicontazione_esami clinici	Appuntamenti per le visite e rendicontazione_Gestione dei sintomi comuni	-	-		-	-	Attività non riportata inizialmente ma che viene svolta, e quindi aggiunta nella flow chart del percorso Nascita	Si	-
3c	Attività trasversali_visite e rendicontazione_esami clinici	Appuntamenti per le visite e rendicontazione_Pianificazione del luogo di nascita	-	-		-	-	Attività non riportata inizialmente ma che viene svolta, e quindi aggiunta nella flow chart del percorso Nascita	Si	-
3d.1	Attività trasversali_visite e rendicontazione_esami clinici	Appuntamenti per le visite e rendicontazione_screening_emoglo binopatie	1. Servizi - accesso alle cure preparto	Le donne ricevono supporto per accedere alle cure prenatali, dalla decima settimana pre parto al giorno del parto.		Proporzione di donne in gravidanza che saltano un appuntamento prenatale programmato che vengono seguite entro tempi definiti localmente.	Numeratore - Numero di donne che sono seguite secondo tempistiche localmente definite. Denominatore - Numero di donne in gravidanza che saltano una visita prenatale programmata.	Attività non riportata inizialmente ma che viene svolta, e quindi aggiunta nella flow chart del percorso Nascita	Si	a) Accesso, per la donna in gravidanza, ≤ 10 settimane; b) Accesso, per la donna in gravidanza, ≤ 13 settimane; c) Accesso, per la donna in gravidanza, ≤ 20 settimane; d) gestazione mediana alla

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazione	(C.1) Aggiornamento Statement/Raccomandazione al (gg/mm/aaaa)	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE
						Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore			
										prenotazione) Donne in gravidanza che accedono all'assistenza prenatale che hanno frequentato almeno il numero raccomandato di appuntamenti prenatali.
3d.2	Attività trasversali_visite e rendicontazione_esami clinici	Appuntamenti per le visite e rendicontazione_screening_pre-eclampsia	(QUALITY STANDARD RELATIVO AL PERCORSO NICE "Ipertensione in gravidanza") 2. Valutazione prenatale del rischio di pre-eclampsia	Alle donne in gravidanza con un rischio più alto di pre-eclampsia, al momento della prenotazione viene proposta una prescrizione di 75-150 mg di aspirina, da assumere quotidianamente dalla 12sima settimana prima del parto fino al giorno della nascita.		a) Proporzione di donne in gravidanza che presentano fattori di rischio per la pre-eclampsia identificate e registrate al momento dell'appuntamento prenotato. b) Proporzione di donne in gravidanza a maggiore rischio di pre-eclampsia identificate al momento della prenotazione, a cui viene offerta una prescrizione di 75-150 mg di aspirina (se non controindicato	a) Numeratore - Numero di donne in gravidanza i cui fattori di rischio per la pre-eclampsia sono identificati e registrati; Denominatore - Numero di donne in gravidanza che si presentano all'appuntamento prenotato. B) Numeratore - Numero di donne a cui è offerta una prescrizione di 75-150 mg di aspirina da assumere quotidianamente dalle 12 settimane preparto fino alla nascita del bambino; Denominatore - Numero di donne in gravidanza a maggior rischio di pre-eclampsia identificato al momento dell'appuntamento	Attività non riportata inizialmente ma che viene svolta, e quindi aggiunta nella flow chart del percorso Nascita	Si	Incidenza della pre-eclampsia nelle donne ad aumentato rischio di sviluppare pre-eclampsia.

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazione	(C.1) Aggiornamento Statement/Raccomandazione al (gg/mm/aaaa)	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE
						Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore			
) da assumere quotidianamente dalle 12 settimane preparto fino alla nascita del bambino.	prenotato, che possono assumere l'aspirina, non essendo controindicato.		
3e	Attività trasversali_visite e rendicontazione_esami clinici_considerazioni sullo stile di vita	Appuntamenti per le visite e rendicontazione_Considerazioni sullo stile di vita	-	-	-	-	-	Attività non riportata inizialmente ma che viene svolta, e quindi aggiunta nella flow chart del percorso Nascita	Si	
3e.1	Attività trasversali_visite e rendicontazione_esami clinici_considerazioni sullo stile di vita_fumo_identificazioni e rinvio a servizi per smettere di fumare	Appuntamenti per le visite e rendicontazione - Considerazioni sullo stile di vita_Fumo_Identificazione e rinvio a servizi per smettere di fumare	5. Valutazione del rischio_Smettere di fumare	Alle donne in gravidanza che fumano viene offerto un servizio evidence based per smettere di fumare, al momento della prenotazione dell'appuntamento.		a) Proporzione di donne in gravidanza che accede alle cure prenatali, a cui, al momento della visita prenotata, viene offerto un servizio evidence based per smettere di fumare. b) Proporzione di donne in	a) Numeratore: il numero di donne in gravidanza che accedono alle cure prenatali il cui stato di fumatrice è registrato al momento della prenotazione. Denominatore: il numero di donne in gravidanza che accedono alle cure prenatali. B) Numeratore: il numero di donne nel denominatore a cui viene offerto un rinvio	Attività non riportata inizialmente ma che viene svolta, e quindi aggiunta nella flow chart del percorso Nascita	Si	a) Tasso delle donne che hanno smesso di fumare b) Tasso di donne che fumano in gravidanza

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazione	(C.1) Aggiornamento Statement/Raccomandazione al (gg/mm/aaaa)	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE
						Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore			
						<p>gravidanza che fuma, a cui viene offerto un rinvio ad un servizio evidence based per smettere di fumare.</p> <p>c) Proporzione di donne in gravidanza che fuma e che si rivolge ad un servizio evidence based per smettere di fumare.</p> <p>d) Proporzione di donne in gravidanza fumatrici che decide di non rivolgersi ad un servizio evidence based per smettere di fumare e che riceve un follow-up.</p>	<p>a un servizio evidence based per smettere di fumare.</p> <p>Denominatore: il numero di donne in gravidanza che accedono alle cure prenatali che fumano.</p> <p>c) Numeratore: numero di donne nel denominatore che fanno si rivolgono a un servizio evidence based per smettere di fumare.</p> <p>Denominatore: il numero di donne in gravidanza che accedono alle cure prenatali che fumano.</p> <p>d) Numeratore: numero di donne nel denominatore che decide di non rivolgersi un servizio evidence based per smettere di fumare che riceve un follow-up.</p> <p>Denominatore: numero di donne in gravidanza che fuma e decide di non rivolgersi un servizio evidence based per smettere di fumare.</p>			

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazione	(C.1) Aggiornamento Statement/Raccomandazione al (gg/mm/aaaa)	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE
						Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore			
3f	Attività trasversali_visite e rendicontazione_monitoraggio della crescita del feto	Appuntamenti per le visite e rendicontazione_Monitoraggio della crescita e del benessere del feto	11. Benessere del feto_Versione cefalica esterna	A tutte le donne con gravidanza singola podalica senza complicanze, alla 36esima settimana, deve essere offerta una versione cefalica esterna.		a) Proporzione di donne in gravidanza con sospetta presentazione podalica a 36 settimane o più tardi (fino all'inizio del travaglio) che viene sottoposta a valutazione ecografica di conferma. Numeratore: numero di donne nel denominatore indicato per la valutazione ecografica di conferma. Denominatore: numero di donne in gravidanza con sospetta presentazione podalica a 36 settimane o più tardi (fino all'inizio del travaglio). b) Proporzione di donne in gravidanza con una presentazione di culatta singleton non complicata confermata a	a) Numeratore - Numero di donne segnalato per la valutazione ecografica di conferma; Denominatore - Numero di donne in gravidanza con sospetta posizione podalica del feto a 36 settimane parto o più (fino all'inizio del travaglio). B) Numeratore - Numero di donne in gravidanza a cui viene offerta versione cefalica esterna; Denominatore - Numero di donne in gravidanza singola non complicata con posizione podalica del feto confermata a 36 settimane parto o più (fino all'inizio del travaglio).	Attività non riportata inizialmente ma che viene svolta, e quindi aggiunta nella flow chart del percorso Nascita	Si	a) Tassi di esecuzioni di versione cefalica esterna. b) Modalità di esecuzione comprendenti: - tassi di parto vaginale, di emergenza e di taglio cesareo elettivo dopo una versione cefalica esterna riuscita; - tassi di parto vaginale, di emergenza e di taglio cesareo elettivo dopo una versione cefalica esterna non riuscita; - tassi di parto vaginale e taglio cesareo di emergenza dopo diagnosi di posizione podalica del feto nel travaglio.

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazione	(C.1) Aggiornamento Statement/Raccomandazione al (gg/mm/aaaa)	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE
						Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore			
						36 settimane o più tardi (fino all'inizio del travaglio) a cui viene offerta la versione cefalica esterna. Numeratore: numero di donne nel denominatore a cui viene offerta una versione cefalica esterna. Denominatore: numero di donne in gravidanza con una presentazione della culatta singleton non complicata confermata a 36 settimane o più (fino all'inizio del travaglio).				
3g	Attività trasversali_visite e rendicontazione_scheda di appuntamenti	Appuntamenti per le visite e rendicontazione_Scheda per gli appuntamenti	-	-		-	-	Attività non riportata inizialmente ma che viene svolta, e quindi aggiunta nella flow chart del percorso	Si	

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazione	(C.1) Aggiornamento Statement/Raccomandazione al (gg/mm/aaaa)	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE
						Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore			
								Nascita		
4	Offerta della prestazione di Versione Cefalica Esterna (36a e 38a settimana)	Posizione podalica al termine della gravidanza	11. Benessere del feto_Versione cefalica esterna	A tutte le donne con gravidanza podalica senza complicanze alla 36a settimana deve essere offerta una versione cefalica esterna. Le eccezioni riguardano le donne in travaglio e le donne con una cicatrice uterina o anomalie, compromissione del feto, lo spazzamento della membrana, sanguinamento vaginale.		a) Proporzione di donne in gravidanza con sospetta posizione podalica del feto a 36 settimane preparto o più (fino all'inizio del travaglio), che viene sottoposta a una valutazione ecografica di conferma. b) Proporzione di donne in gravidanza non complessa singola, con posizione podalica confermata a 36 settimane preparto o più (fino all'inizio del travaglio), a cui viene offerta la versione cefalica esterna.	a) Numeratore - Numero di donne segnalato per la valutazione ecografica di conferma; Denominatore - Numero di donne in gravidanza con sospetta posizione podalica del feto a 36 settimane preparto o più (fino all'inizio del travaglio). B) Numeratore - Numero di donne in gravidanza a cui viene offerta versione cefalica esterna; Denominatore - Numero di donne in gravidanza singola non complicata con posizione podalica del feto confermata a 36 settimane preparto o più (fino all'inizio del travaglio).	Attività non riportata inizialmente ma che viene svolta, e quindi aggiunta nella flow chart del percorso Nascita	Si	a) Tassi di esecuzioni di versione cefalica esterna. b) Modalità di esecuzione comprendenti: - tassi di parto vaginale, di emergenza e di taglio cesareo elettivo dopo una versione cefalica esterna riuscita; - tassi di parto vaginale, di emergenza e di taglio cesareo elettivo dopo una versione cefalica esterna non riuscita; - tassi di parto vaginale e taglio cesareo di

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazione	(C.1) Aggiornamento Statement/Raccomandazione al (gg/mm/aaaa)	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE
						Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore			
										emergenza dopo diagnosi di posizione podalica del feto nel travaglio.
5	Gravidanza oltre la 41esima settimana_ offrire spazzamento della membrana	Gravidanza dopo la 41esima settimana	12. Benessere del feto_ spazzamento della membrana per la gravidanza prolungata	In occasione dell'appuntamento prenatale è offerto: A) Alle donne nullipare un esame vaginale per lo spazzamento della membrana tra la 40esima e la 41esima settimana. B) Alle donne pluripare un esame vaginale per lo spazzamento della membrana all'appuntamento della 41esima settimana.		a) Proporzione di donne nullipare alle quali durante la visita programmata alla 40a settimana viene offerto un esame vaginale per lo spazzamento della membrana. b) Proporzione di donne nullipare alle quali durante la visita programmata alla 41a settimana viene offerto un esame vaginale per lo spazzamento della membrana. c) Proporzione di donne pluripare alle quali durante la visita	a) Numeratore - Numero di donne a cui viene offerto un esame vaginale per lo spazzamento della membrana; Denominatore - Numero delle donne nullipare alla 40a settimana; b) Numeratore - Numero di donne a cui viene offerto un esame vaginale per lo spazzamento della membrana; Denominatore - Numero delle donne nullipare alla 41a settimana; c) Numeratore - Numero di donne a cui viene offerto un esame vaginale per lo spazzamento della membrana; Denominatore - Numero delle donne pluripare alla 41a settimana.	Attività non riportata e non svolta	No	a) Tassi di induzione del travaglio per le donne in gravidanza prolungata. b) Modalità di esecuzione per donne in gravidanza prolungata, di: - nascita vaginale spontanea; - nascita vaginale strumentale; - taglio cesareo elettivo o di emergenza. c) Tassi di nati morti oltre le 40 settimane di gestazione (dove non vi è alcuna causa medica di base).

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazione	(C.1) Aggiornamento Statement/Raccomandazione al (gg/mm/aaaa)	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE
						Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore			
							programmata alla 41a settimana viene offerto un esame vaginale per lo spazzamento della membrana.			
5a	Gravidanza dopo la 41esima settimana_Offrire induzione al travaglio	Gravidanza dopo la 41esima settimana_Induzione al travaglio	1. Coinvolgimento della donna nelle decisioni riguardo il travaglio	Se si presenta la necessità di dover sottoporre la donna all'induzione al travaglio si devono fornire tutte le informazioni sui benefici e rischi per la donna e per il nascituro, nonché sulle possibili alternative alla induzione.		Proporzione di donne a cui viene offerta l'induzione del travaglio che ricevono informazioni personalizzate riguardanti i benefici e rischi per loro e i loro bambini e le possibili alternative all'induzione.	Numeratore: numero di donne a cui viene proposta l'induzione al travaglio, a cui sono state date informazioni sui benefici e rischi per loro stesse i loro bambini e le alternative all'induzione; Denominatore - numero di donne a cui viene offerta l'induzione del travaglio.	Attività non riportata inizialmente ma che viene svolta, e quindi aggiunta nella flow chart del percorso Nascita	Si	Le donne a cui viene offerta l'induzione del travaglio ritengono di aver ricevuto informazioni sufficienti per fare una scelta consapevole riguardo l'induzione del travaglio.
			3. Riduzione del dolore	Le donne che hanno subito l'induzione del travaglio hanno accesso ad azioni di "sollevio dal dolore" che sono appropriate al loro livello di dolore e al tipo di sollevio dal dolore che le stesse hanno richiesto.		ASSENZA DI UN INDICATORE VERO E PROPRIO TRA LE PATHWAYS NICE	ASSENZA DI UN INDICATORE VERO E PROPRIO TRA LE PATHWAYS NICE	Attività non riportata inizialmente ma che viene svolta, e quindi aggiunta nella flow chart del percorso Nascita	Si	Le donne che si sono sottoposte all'induzione del travaglio sono soddisfatte della riduzione del dolore conseguente questa procedura, riconoscendo l'adeguatezza rispetto il

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazione	(C.1) Aggiornamento Statement/Raccomandazione al (gg/mm/aaaa)	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE
						Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore			
										loro livello di dolore e in relazione al tipo di sollievo dal dolore che le stesse hanno richiesto.
5a.1	Gravidanza dopo la 41esima settimana_Offrire induzione al travaglio	Gravidanza dopo la 41esima settimana_Induzione al travaglio_Informazioni e supporto	1. Coinvolgimento della donna nelle decisioni riguardo il travaglio	Se si presenta la necessità di dover sottoporre la donna all'induzione al travaglio si devono fornire tutte le informazioni su benefici e rischi per la donna e per il nascituro, nonché sulle possibili alternative alla induzione.		Proporzione di donne a cui viene offerta l'induzione del travaglio che riceve informazioni personalizzate riguardanti i benefici e rischi per loro e i loro bambini e le alternative all'induzione.	Numeratore: numero di donne a cui viene proposta l'induzione al travaglio, a cui sono state date informazioni sui benefici e rischi per loro stesse i loro bambini e le alternative all'induzione; Denominatore - numero di donne a cui viene offerta l'induzione del travaglio.	Attività non riportata inizialmente ma che viene svolta, e quindi aggiunta nella flow chart del percorso Nascita	Si	Le donne a cui viene offerta l'induzione del travaglio ritengono di aver ricevuto informazioni sufficienti per fare una scelta consapevole riguardo l'induzione del travaglio.
5a.2	Gravidanza dopo la 41esima settimana_Fattori da considerare per induzione al travaglio	Gravidanza dopo la 41esima settimana_Induzione al travaglio_Fattori da considerare	1. Inclusione della donna nelle decisioni riguardo il travaglio	Se si presenta la necessità di dover sottoporre la donna all'induzione al travaglio si devono fornire tutte le informazioni su benefici e rischi per la donna e per il nascituro, nonché sulle possibili alternative alla induzione.		Proporzione di donne a cui viene offerta l'induzione del travaglio che riceve informazioni personalizzate riguardanti i benefici e rischi per loro e i loro bambini e le alternative all'induzione.	Numeratore: numero di donne a cui viene proposta l'induzione al travaglio, a cui sono state date informazioni sui benefici e rischi per loro stesse i loro bambini e le alternative all'induzione; Denominatore - numero di donne a cui viene offerta l'induzione del travaglio.	Attività non riportata inizialmente ma che viene svolta, e quindi aggiunta nella flow chart del percorso Nascita	Si	Le donne a cui viene offerta l'induzione del travaglio ritengono di aver ricevuto informazioni sufficienti per fare una scelta consapevole riguardo l'induzione del travaglio.

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazione	(C.1) Aggiornamento Statement/Raccomandazione al (gg/mm/aaaa)	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE
						Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore			
			3. Riduzione del dolore	Le donne che hanno subito l'induzione del travaglio hanno accesso ad azioni di "sollevio dal dolore" che sono appropriate al loro livello di dolore e al tipo di sollevio dal dolore che le stesse hanno richiesto.		ASSENZA DI UN INDICATORE VERO E PROPRIO TRA LE PATHWAYS NICE	ASSENZA DI UN INDICATORE VERO E PROPRIO TRA LE PATHWAYS NICE	Attività non riportata inizialmente ma che viene svolta, e quindi aggiunta nella flow chart del percorso Nascita	Si	Le donne che si sono sottoposte all'induzione del travaglio sono soddisfatte della riduzione del dolore conseguente questa procedura, riconoscendo l'adeguatezza rispetto il loro livello di dolore e in relazione al tipo di sollevio dal dolore che le stesse hanno richiesto.
5a.3	Gravidanza dopo la 41esima settimana_Esecuzione per l'induzione al travaglio	Gravidanza dopo la 41esima settimana_Induzione al travaglio_Esecuzione dell'induzione al travaglio	1. Inclusione della donna nelle decisioni riguardo il travaglio	Se si presenta la necessità di dover sottoporre la donna all'induzione al travaglio si devono fornire tutte le informazioni su benefici e rischi per la donna e per il nascituro, nonché sulle possibili alternative alla induzione.		Proporzione di donne a cui viene offerta l'induzione del travaglio che riceve informazioni personalizzate riguardanti i benefici e rischi per loro e i loro bambini e le alternative all'induzione.	Numeratore - numero di donne a cui viene proposta l'induzione al travaglio, a cui sono state date informazioni sui benefici e rischi per loro stesse, i loro bambini e le alternative all'induzione; Denominatore - numero di donne a cui viene offerta l'induzione del travaglio.	Attività non riportata inizialmente ma che viene svolta, e quindi aggiunta nella flow chart del percorso Nascita	Si	Le donne a cui viene offerta l'induzione del travaglio ritengono di aver ricevuto informazioni sufficienti per fare una scelta consapevole riguardo l'induzione del travaglio.

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazione	(C.1) Aggiornamento Statement/Raccomandazione al (gg/mm/aaaa)	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE
						Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore			
			3. Riduzione del dolore	Le donne che hanno subito l'induzione del travaglio hanno accesso ad azioni di "sollevio dal dolore" che sono appropriate al loro livello di dolore e al tipo di sollevio dal dolore che le stesse hanno richiesto.		ASSENZA DI UN INDICATORE VERO E PROPRIO TRA LE PATHWAYS NICE	ASSENZA DI UN INDICATORE VERO E PROPRIO TRA LE PATHWAYS NICE	Attività non riportata inizialmente ma che viene svolta, e quindi aggiunta nella flow chart del percorso Nascita	Si	Le donne che si sono sottoposte all'induzione del travaglio sono soddisfatte della riduzione del dolore conseguente questa procedura, riconoscendo l'adeguatezza rispetto il loro livello di dolore e in relazione al tipo di sollevio dal dolore che le stesse hanno richiesto.
5a.3.1		Gravidanza dopo la 41esima settimana_Induzione al travaglio_Esecuzione dell'induzione al travaglio_Riduzione del dolore	3. Riduzione del dolore	Le donne che hanno subito l'induzione del travaglio hanno accesso ad azioni di "sollevio dal dolore" che sono appropriate al loro livello di dolore e al tipo di sollevio dal dolore che le stesse hanno richiesto.		ASSENZA DI UN INDICATORE VERO E PROPRIO TRA LE PATHWAYS NICE	ASSENZA DI UN INDICATORE VERO E PROPRIO TRA LE PATHWAYS NICE	Attività non riportata inizialmente ma che viene svolta, e quindi aggiunta nella flow chart del percorso Nascita	Si	Le donne che si sono sottoposte all'induzione del travaglio sono soddisfatte della riduzione del dolore conseguente questa procedura, riconoscendo l'adeguatezza rispetto il loro livello di

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazione	(C.1) Aggiornamento Statement/Raccomandazione al (gg/mm/aaaa)	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE
						Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore			
										dolore e in relazione al tipo di sollievo dal dolore che le stesse hanno richiesto.
PERCENTUALE DI ADERENZA DEL PERCOSO NASCITA IMPLEMENTATO DALL'APSS DI TRENTO, RISPETTO LE RACCOMANDAZIONI NICE ("Fase Antepartum")									96,55 %	

Allegato 9 Estratto della Fase prenatale, Indicatori non riscontrati nel Percorso Nascita dell'APSS, verificati con il gruppo di lavoro dell'APSS

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(A) Attività NICE	(B) Statement/Raccomandazione	(C) Indicatore di processo NICE	Domande di verifica	Status PN APSS	Azioni di miglioramento	Risposta di Trento Documentazione necessaria (Nome file e Link)
Antepatum								
	ATTIVITA' TRASVERSALI_PRINCIPI DI ASSISTENZA_Valutazione del rischio_ a. Indice di massa corporea	Principi di assistenza	Alle donne in gravidanza con un indice di massa corporea di almeno 30 kg/m ² al momento della prenotazione viene offerta una consulenza personalizzata per promuovere una sana alimentazione e attività fisica da parte di una persona adeguatamente formata a tal proposito.	a) Proporzione di donne in gravidanza che accedono alle cure prenatali il cui indice di massa corporea viene calcolato e registrato al momento della prenotazione. b) Proporzione di donne in gravidanza con un indice di massa corporea di almeno 30 kg/m ² al momento della prenotazione, a cui viene offerta una consulenza personalizzata da parte di una persona adeguatamente formata, riguardo una sana alimentazione e attività fisica.	<i>Viene calcolato e registrato l'indice di massa corporea al momento della prenotazione? Per le donne in gravidanza con indice di massa corporea di almeno 30 kg/m², al momento della prenotazione, viene offerta una consulenza personalizzata da parte di una persona adeguatamente formata, riguardo un'alimentazione sana e attività fisica?</i>	Attività Non riportata	Nel caso in cui l'"attività NON riportata" consiste in un'attività che viene svolta ma non è descritta nei documenti: a) indicare cosa viene effettuato; b) indicare il documento interno in APSS nel quale si fa menzione; c) indicare se si tratta di attività di routine non descritta in nessun documento. Nel caso in cui l'"attività NON riportata" non viene semplicemente svolta, si procederà ad eventuali azioni migliorative del Percorso Nascita per una migliore compliance con l'"evidence	A tutte le donne che accedono al primo colloquio viene calcolato il BMI il cui valore viene inserito sulla guida alla maternità e nel referto in SIO (sistema informativo ospedaliero)

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(A) Attività NICE	(B) Statement/Raccomandazione	(C) Indicatore di processo NICE	Domande di verifica	Status PN APSS	Azioni di miglioramento	Risposta di Trento Documentazione necessaria (Nome)
							based".	
2	ATTIVITA' TRASVERSALI_PRINCIPI DI ASSISTENZA_Valutazione del rischio_ b. Diabete gestazionale	Principi di assistenza	Alle donne in gravidanza, qualora venissero identificate come a rischio di diabete gestazionale, vengono offerti test per il diabete gestazionale.	a) Proporzione di donne in gravidanza identificate come a rischio di diabete gestazionale al momento della prenotazione, a cui viene offerto il test per il diabete gestazionale. b) Proporzione di donne in gravidanza identificate come a rischio di diabete gestazionale al momento della prenotazione che ricevono test per il diabete gestazionale.	<i>Viene offerto al momento della prenotazione, alle donne in gravidanza con rischio di diabete gestazionale, il test per il diabete gestazionale?</i>	Attività Non riportata	Nel caso in cui l'"attività NON riportata" consiste in un'attività che viene svolta ma non è descritta nei documenti: a) indicare cosa viene effettuato; b) indicare il documento interno in APSS nel quale si fa menzione; c) indicare se si tratta di attività di routine non descritta in nessun documento. Nel caso in cui l'"attività NON riportata" non viene semplicemente svolta, si procederà ad eventuali azioni migliorative del Percorso Nascita per una migliore compliance con l'"evidence based".	A tutte le donne all'inizio della gravidanza viene proposta esecuzione della glicemia, se valore alterato o presenza di fattori di rischio anamnestici secondo quanto previsto nelle"linee guida e protocollo operativo del percorso nascita" viene proposta esecuzione OGTT.

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(A) Attività NICE	(B) Statement/Raccomandazione	(C) Indicatore di processo NICE	Domande di verifica	Status PN APSS	Azioni di miglioramento	Risposta di Trento Documentazione necessaria (Nome)
3	ATTIVITA' TRASVERSALI_PRINCIPI DI ASSISTENZA_Valutazione del rischio_ c. Rischio INTERMEDIO e ALTO di tromboembolie venose	Principi di assistenza	Le donne in gravidanza con rischio INTERMEDIO o ALTO di tromboembolia venosa (TEV), al momento della prenotazione, vengono inviate a consulenza specialistica.	a) Percentuale di donne in gravidanza che accedono alle cure prenatali che sono a rischio di TEV registrato al momento della prenotazione. b) Proporzioni di donne in gravidanza a intermedio/alto rischio di TEV al momento della prenotazione che vengono inviate a consulenza specialistica.	<i>Vengono segnalate ed eventualmente indirizzate ad un servizio specialistico, tutte le donne con rischio intermedio /alto di TEV?</i>	Attività Non riportata	<p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" consiste in un'attività che viene svolta ma non è descritta nei documenti: a) indicare cosa viene effettuato; b) indicare il documento interno in APSS nel quale si fa menzione; c) indicare se si tratta di attività di routine non descritta in nessun documento.</p> <p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" non viene semplicemente svolta, si procederà ad eventuali azioni migliorative del Percorso Nascita per una migliore compliance con l'"evidence based".</p>	Nella guida alla maternità è prevista la rilevazione dei fattori di rischio per TEV, in caso di positività le donne vengono inviate agli specifici ambulatori dell'alto rischio per la definizione della terapia e il monitoraggio in gravidanza.

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(A) Attività NICE	(B) Statement/Raccomandazione	(C) Indicatore di processo NICE	Domande di verifica	Status PN APSS	Azioni di miglioramento	Risposta di Trento Documentazione necessaria (Nome)
4	ATTIVITA' TRASVERSALI_INFORMAZIONE E SUPPORTO_Scelta del luogo del parto	Informazione e supporto	(QUALITY STANDARD RELATIVO AL PERCORSO NICE "ASSISTENZA DURANTE IL PARTO"). Alle donne con basso rischio di complicanze vengono fornite tutte le informazioni relative ai contesti in cui è possibile partorire e le relative informazioni sui possibili esiti del parto in base alla scelta.	a) Proporzioni di donne a basso rischio di complicazioni a cui sono state fornite, durante una visita prenatale programmata e refertata, tutte le informazioni relative ai contesti in cui è possibile partorire. b) Proporzioni di donne a basso rischio di complicanze a cui sono stati illustrati gli esiti del parto in relazione al contesto, durante una visita prenatale programmata.	<i>Alle donne con basso rischio di complicazioni, durante una visita prenatale programmata, vengono fornite tutte le informazioni relative ai contesti in cui è possibile partorire e le relative informazioni sui possibili esiti del parto in base alla scelta viene data loro la?</i>	Attività Non riportata	Nel caso in cui l'"attività NON riportata" consiste in un'attività che viene svolta ma non è descritta nei documenti: a) indicare cosa viene effettuato; b) indicare il documento interno in APSS nel quale si fa menzione; c) indicare se si tratta di attività di routine non descritta in nessun documento. Nel caso in cui l'"attività NON riportata" non viene semplicemente svolta, si procederà ad eventuali azioni migliorative del Percorso Nascita per una migliore compliance con l'"evidence based".	Tutte le donne sono informate sulla necessità di afferire ad un punto nascita di secondo livello nel caso la gravidanza presenti dei fattori di rischio. Sono presenti i documenti forniti anche al ministero sulle caratteristiche dei diversi punti nascita e sulla casistica che può essere accolta in funzione degli standard ministeriali. E' organizzato un sistema di STAM che garantisce il trasferimento in sicurezza delle donne qualora si presentino ad un centro di primo livello e presentino fattori di rischio.

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(A) Attività NICE	(B) Statement/Raccomandazione	(C) Indicatore di processo NICE	Domande di verifica	Status PN APSS	Azioni di miglioramento	Risposta di Trento Documentazione necessaria (Nome)
5	ATTIVITA' TRASVERSALI_VISITE E RENDICONTAZIONE_Esami clinici	Appuntamenti per le visite e rendicontazione_Esami clinici	Alle donne in gravidanza con un indice di massa corporea di almeno 30 kg/m ² al momento della prenotazione viene offerta una consulenza personalizzata per promuovere una sana alimentazione e attività fisica da parte di una persona adeguatamente formata a tal proposito.	a) Proporzione di donne in gravidanza che accedono alle cure prenatali il cui indice di massa corporea viene calcolato e registrato al momento della prenotazione. b) Proporzione di donne in gravidanza con un indice di massa corporea di almeno 30 kg/m ² al momento della prenotazione, cui viene offerta una consulenza personalizzata da parte di una persona adeguatamente formata, riguardo una sana alimentazione e attività fisica.	<i>Viene calcolato e registrato l'indice di massa corporea al momento della prenotazione? Per le donne in gravidanza con indice di massa corporea di almeno 30 kg/m², al momento della prenotazione, viene offerta una consulenza personalizzata da parte di una persona adeguatamente formata, riguardo un'alimentazione sana e attività fisica?</i>	Attività Non riportata	<p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" consiste in un'attività che viene svolta ma non è descritta nei documenti: a) indicare cosa viene effettuato; b) indicare il documento interno in APSS nel quale si fa menzione; c) indicare se si tratta di attività di routine non descritta in nessun documento.</p> <p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" non viene semplicemente svolta, si procederà ad eventuali azioni migliorative del Percorso Nascita per una migliore compliance con l'"evidence based".</p>	Tutte le ostetriche sono formate per le informazioni di base su attività fisica in gravidanza e alimentazione consigliata, secondo quanto previsto nel documento del ministero della salute denominato "Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione".

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(A) Attività NICE	(B) Statement/Raccomandazione	(C) Indicatore di processo NICE	Domande di verifica	Status PN APSS	Azioni di miglioramento	Risposta di Trento Documentazione necessaria (Nome)
6	ATTIVITA' TRASVERSALI_VISITE E RENDICONTAZIONE_Gestione dei sintomi comuni	Appuntamenti per le visite e rendicontazione_Gestione dei sintomi comuni	-	-	<i>Il NICE affronta tale attività in modo generale, quindi è necessario sapere solamente se si porta avanti questa attività, senza specificare modalità.</i>	Attività Non riportata	<p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" consiste in un'attività che viene svolta ma non è descritta nei documenti: a) indicare cosa viene effettuato; b) indicare il documento interno in APSS nel quale si fa menzione; c) indicare se si tratta di attività di routine non descritta in nessun documento.</p> <p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" non viene semplicemente svolta, si procederà ad eventuali azioni migliorative del Percorso Nascita per una migliore compliance con l'"evidence based".</p>	<p>Nei vari documenti forniti il focus è proprio legato alla continuità della presa in carico come possibilità di personalizzazione delle informazioni da fornire alla donna in base alla specifica condizione clinica. Alla donna ad ogni appuntamento viene già fissato il controllo successivo. La tracciabilità di tale processo avviene con l'utilizzo del sistema CUP in cui vengono inseriti puntualmente tutti gli appuntamenti.</p>

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(A) Attività NICE	(B) Statement/Raccomandazione	(C) Indicatore di processo NICE	Domande di verifica	Status PN APSS	Azioni di miglioramento	Risposta di Trento Documentazione necessaria (Nome)
7	ATTIVITA' TRASVERSALI_VISITE E RENDICONTAZIONE_Screening a. emoglobinopatie	Appuntamenti per le visite e rendicontazione_screening_emoglobinopatie	Le donne ricevono supporto per accedere alle cure prenatali, dalla decima settimana pre parto al giorno del parto.	Proporzione di donne in gravidanza che saltano un appuntamento prenatale programmato che vengono seguite entro tempi definiti localmente.	<i>Le donne ricevono supporto per accedere alle cure pre natali, dalla decima settimana pre parto al giorno del parto?</i>	Attività Non riportata	<p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" consiste in un'attività che viene svolta ma non è descritta nei documenti: a) indicare cosa viene effettuato; b) indicare il documento interno in APSS nel quale si fa menzione; c) indicare se si tratta di attività di routine non descritta in nessun documento.</p> <p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" non viene semplicemente svolta, si procederà ad eventuali azioni migliorative del Percorso Nascita per una migliore compliance con l'"evidence based".</p>	La ricerca di emoglobine patologiche è proposta di routine nei colloqui preconcezionali, se la donna si presenta al primo colloquio in gravidanza viene proposta l'indagine ed eventualmente l'invio alla consulenza genetica. L'esecuzione della ricerca emoglobine patologiche è riportata nelle prescrizioni previste dalle "linee guida percorso nascita e protocollo operativo".

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(A) Attività NICE	(B) Statement/Raccomandazione	(C) Indicatore di processo NICE	Domande di verifica	Status PN APSS	Azioni di miglioramento	Risposta di Trento Documentazione necessaria (Nome
8	ATTIVITA' TRASVERSALI_VISITE E RENDICONTAZIONE_Screening b. preeclampsia	Appuntamenti per le visite e rendicontazione_screening_pre-eclampsia (Hypertension in pregnancy quality standard)	(QUALITY STANDARD RELATIVO AL PERCORSO NICE "Ipertensione in gravidanza"). Alle donne in gravidanza con un rischio più alto di pre-eclampsia, al momento della prenotazione viene proposta una prescrizione di 75-150 mg di aspirina, da assumere quotidianamente dalla 12sima settimana prima del parto fino al giorno della nascita.	a) Proporzione di donne in gravidanza che presenta fattori di rischio per la pre-eclampsia identificati e registrati al momento dell'appuntamento prenotato. b) Proporzione di donne in gravidanza a maggiore rischio di pre-eclampsia identificato al momento della prenotazione, a cui viene offerta una prescrizione di 75-150 mg di aspirina (se non controindicato) da assumere quotidianamente dalle 12 settimane preparto fino alla nascita del bambino.	<i>Alle donne con un rischio più elevato di pre-eclampsia, al momento della prenotazione viene proposta una prescrizione di 75-150 mg di aspirina, da assumere quotidianamente dalla 12sima settimana prima del parto fino al giorno della nascita?</i>	Attività Non riportata	Nel caso in cui l'"attività NON riportata " consiste in un'attività che viene svolta ma non è descritta nei documenti: a) indicare cosa viene effettuato; b) indicare il documento interno in APSS nel quale si fa menzione; c) indicare se si tratta di attività di routine non descritta in nessun documento. Nel caso in cui l'"attività NON riportata " non viene semplicemente svolta, si procederà ad eventuali azioni migliorative del Percorso Nascita per una migliore compliance con l'"evidence based".	La raccolta dell'anamnesi secondo quanto riportato nella guida alla maternità permette l'individuazione delle donne con fattori di rischio che vengono inviate all'ambulatorio specifico dell'alto rischio in cui viene fatta la prescrizione della terapia e il monitoraggio.

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(A) Attività NICE	(B) Statement/Raccomandazione	(C) Indicatore di processo NICE	Domande di verifica	Status PN APSS	Azioni di miglioramento	Risposta di Trento Documentazione necessaria (Nome
9	ATTIVITA' TRASVERSALI_VISITE E RENDICONTAZIONE_Considerazioni sullo stile di vita/fumo (identificazione e rinvio a servizi per smettere di fumare)	Appuntamenti per le visite e rendicontazione - Considerazioni sullo stile di vita_Fumo_ Identificazione e rinvio a servizi per smettere di fumare	Alle donne in gravidanza che fumano viene offerto un servizio evidence based per smettere di fumare, al momento della prenotazione dell'appuntamento.	a) Proporzione di donne in gravidanza che accede alle cure prenatali, a cui, al momento della visita prenotata, viene offerto un servizio evidence based per smettere di fumare. b) Proporzione di donne in gravidanza che fumano, a cui viene offerto un rinvio ad un servizio evidence based per smettere di fumare. c) Proporzione di donne in gravidanza fumatrici che si rivolgono ad un servizio evidence based per smettere di fumare. d) Proporzione di donne in gravidanza fumatrici, che decide di non rivolgersi ad un servizio evidence based per smettere di fumare e che riceve un follow-up.	<i>Alle donne in gravidanza che fumano viene offerto un servizio evidence based per smettere di fumare, al momento della prenotazione dell'appuntamento?</i>	Attività Non riportata	<p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" consiste in un'attività che viene svolta ma non è descritta nei documenti: a) indicare cosa viene effettuato; b) indicare il documento interno in APSS nel quale si fa menzione; c) indicare se si tratta di attività di routine non descritta in nessun documento.</p> <p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" non viene semplicemente svolta, si procederà ad eventuali azioni migliorative del Percorso Nascita per una migliore compliance con l'"evidence based".</p>	Al momento del colloquio preconcezionale viene offerto l'accesso ai gruppi di sostegno promossi in apss. All'inizio della gravidanza si raccoglie anamnesi anche su stili di vita e sostanze voluttuarie informando la donna sui danni che il fumo, l'alcol e altre dipendenze possono generare nel feto e si propone l'invio ai gruppi di sostegno presenti sul territorio. Non viene raccolto il numero di donne che frequentano i gruppi. Viene registrato in anamnesi e cedap l'eventuale uso di dette sostanze.

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(A) Attività NICE	(B) Statement/Raccomandazione	(C) Indicatore di processo NICE	Domande di verifica	Status PN APSS	Azioni di miglioramento	Risposta di Trento Documentazione necessaria (Nome)
10	ATTIVITA' TRASVERSALI_VISITE E RENDICONTAZIONE_Monitoraggio della crescita e del benessere del feto	Appuntamenti per le visite e rendicontazione_Monitoraggio della crescita e del benessere del feto	A tutte le donne con gravidanza singola podalica senza complicanze, alla 36sima settimana, deve essere offerta una versione cefalica esterna.	a) Proporzione di donne in gravidanza con sospetta presentazione podalica a 36 settimane o più tardi (fino all'inizio del travaglio) che viene sottoposta a valutazione ecografica di conferma. b) Proporzione di donne in gravidanza con una presentazione di culatta singleton non complicata confermata a 36 settimane o più tardi (fino all'inizio del travaglio) a cui viene offerta la versione cefalica esterna.	<i>A tutte le donne con gravidanza singola podalica senza complicanze alla 36sima settimana, viene offerta una versione cefalica esterna?</i>	Attività Non riportata	<p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" consiste in un'attività che viene svolta ma non è descritta nei documenti: a) indicare cosa viene effettuato; b) indicare il documento interno in APSS nel quale si fa menzione; c) indicare se si tratta di attività di routine non descritta in nessun documento.</p> <p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" non viene semplicemente svolta, si procederà ad eventuali azioni migliorative del Percorso Nascita per una migliore compliance con l'"evidence based".</p>	A tutte le donne con il feto in presentazione podalica è offerto il rivolgimento per manovre esterne. Si discute di tale possibilità già nel corso della gravidanza consigliando abitudini posturali che favorisco la giusta posizione del feto. L'informativa è contenuta negli allegati alla guida alla maternità.

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(A) Attività NICE	(B) Statement/Raccomandazione	(C) Indicatore di processo NICE	Domande di verifica	Status PN APSS	Azioni di miglioramento	Risposta di Trento Documentazione necessaria (Nome)
11	ATTIVITA' TRASVERSALI_VISITE E RENDICONTAZIONE_Compilazione scheda appuntamenti	Appuntamenti per le visite e rendicontazione_Scheda per gli appuntamenti	-	-	<i>Il NICE affronta tale attività in modo generale, quindi è necessario sapere solamente se si porta avanti questa attività, senza specificare modalità.</i>	Attività Non riportata	<p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" consiste in un'attività che viene svolta ma non è descritta nei documenti: a) indicare cosa viene effettuato; b) indicare il documento interno in APSS nel quale si fa menzione; c) indicare se si tratta di attività di routine non descritta in nessun documento.</p> <p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" non viene semplicemente svolta, si procederà ad eventuali azioni migliorative del Percorso Nascita per una migliore compliance con l'"evidence based".</p>	Gli appuntamenti sono tutti registrati sulla guida alla maternità e con referto SIO.

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(A) Attività NICE	(B) Statement/Raccomandazione	(C) Indicatore di processo NICE	Domande di verifica	Status PN APSS	Azioni di miglioramento	Risposta di Trento Documentazione necessaria (Nome)
12	Sesto e settimo appuntamento (fino a 40esima settimana)_Offerta della prestazione di Versione Cefalica Esterna (36a e 38a settimana)	Posizione podalica al termine della gravidanza	A tutte le donne con gravidanza podalica senza complicanze alla 36a settimana deve essere offerta una versione cefalica esterna. Le eccezioni riguardano le donne in travaglio e le donne con una cicatrice uterina o anomalie, compromissione del feto, lo spazzamento della membrana, sanguinamento vaginale.	a) Proporzione di donne in gravidanza con sospetta posizione podalica del feto a 36 settimane preparto o più (fino all'inizio del travaglio), che viene sottoposta ad una valutazione ecografica di conferma. b) Proporzione di donne in gravidanza non complessa singola, con posizione podalica confermata a 36 settimane preparto o più (fino all'inizio del travaglio), a cui viene offerta la versione cefalica esterna.	<i>Se vi è sospetta posizione podalica del feto a 36settimane preparto o più (fino all'inizio del travaglio), la donna viene sottoposta a una valutazione ecografica di conferma?</i> <i>A tutte le donne con gravidanza singola podalica senza complicanze alla 36esima settimana, viene offerta una versione cefalica esterna?</i>	Attività Non riportata	<p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" consiste in un'attività che viene svolta ma non è descritta nei documenti: a) indicare cosa viene effettuato; b) indicare il documento interno in APSS nel quale si fa menzione; c) indicare se si tratta di attività di routine non descritta in nessun documento.</p> <p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" non viene semplicemente svolta, si procederà ad eventuali azioni migliorative del Percorso Nascita per una migliore compliance con l'"evidence based".</p>	vedi sopra

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(A) Attività NICE	(B) Statement/Raccomandazione	(C) Indicatore di processo NICE	Domande di verifica	Status PN APSS	Azioni di miglioramento	Risposta di Trento Documentazione necessaria (Nome)
13	Gravidanza oltre la 41esima settimana (appuntamento 41a settimana)_Offrire spazzamento della membrana	Gravidanza dopo la 41esima settimana	In occasione dell'appuntamento pre-natale è offerto: A) Alle donne nullipare un esame vaginale per lo spazzamento della membrana tra la 40esima e la 41esima settimana. B) Alle donne pluripare un esame vaginale per lo spazzamento della membrana all'appuntamento della 41esima settimana.	a) Proporzione di donne nullipare a cui durante la visita programmata in 40a settimana viene offerto un esame vaginale per lo spazzamento della membrana. b) Proporzione di donne nullipare a cui durante la visita programmata in 41a settimana viene offerto un esame vaginale per lo spazzamento della membrana. c) Proporzione di donne pluripare a cui durante la visita programmata in 41a settimana viene offerto un esame vaginale per lo spazzamento della membrana.	<i>Alle donne nullipare durante la visita programmata durante la 40esima settimana o 41esima settimana, viene offerto un esame vaginale per lo spazzamento della membrana?</i> <i>Alle donne pluripare durante la visita programmata durante la 41esima settimana, viene offerto un esame vaginale per lo spazzamento della membrana?</i>	Attività Non riportata	Nel caso in cui l'"attività NON riportata " consiste in un'attività che viene svolta ma non è descritta nei documenti: a) indicare cosa viene effettuato; b) indicare il documento interno in APSS nel quale si fa menzione; c) indicare se si tratta di attività di routine non descritta in nessun documento. Nel caso in cui l'"attività NON riportata " non viene semplicemente svolta, si procederà ad eventuali azioni migliorative del Percorso Nascita per una migliore compliance con l'"evidence based".	Lo scollamento delle membrane è una pratica in uso in UK ma molto discussa in altri ambienti scientifici. Le linee guida ministeriali sconsigliano l'adozione di tale pratica di routine. Nel caso di gravidanza protratta viene discussa con la donna eventuale possibilità.

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(A) Attività NICE	(B) Statement/Raccomandazione	(C) Indicatore di processo NICE	Domande di verifica	Status PN APSS	Azioni di miglioramento	Risposta di Trento Documentazione necessaria (Nome)
14	Gravidanza oltre la 41esima settimana (appuntamento 41a settimana)_Offrire induzione del travaglio: A. Coinvolgimento delle donne nelle decisioni riguardanti l'induzione del travaglio	Gravidanza dopo la 41esima settimana_Induzione al travaglio_ Informazioni e supporto	Se si presenta la necessità di dover sottoporre la donna all'induzione al travaglio si devono fornire tutte le informazioni su benefici e rischi per la donna e per il nascituro, nonché sulle possibili alternative alla induzione.	Proporzione di donne a cui viene offerta l'induzione del travaglio che ricevono informazioni personalizzate riguardanti benefici e rischi per loro e i loro bambini e le possibili alternative all'induzione.	<i>Dopo la 41esima settimana di gravidanza alle donne viene offerta la possibilità di induzione del travaglio, con informazioni riguardanti benefici e rischi per loro stesse e i loro bambini? Vengono offerte alternative all'induzione al parto?</i>	Attività Non riportata	<p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" consiste in un'attività che viene svolta ma non è descritta nei documenti: a) indicare cosa viene effettuato; b) indicare il documento interno in APSS nel quale si fa menzione; c) indicare se si tratta di attività di routine non descritta in nessun documento.</p> <p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" non viene semplicemente svolta, si procederà ad eventuali azioni migliorative del Percorso Nascita per una migliore compliance con l'"evidence based".</p>	Questa parte riguarda attività ospedaliera. In ogni punto nascita le pratiche di induzione prevedono la raccolta del consenso informato. Negli allegati alla guida alla maternità c'è l'informativa per induzione che può essere discussa con la propria ostetrica dedicata. Anche ai corsi di accompagnamento alla nascita vengono offerte le informazioni necessarie. A tutte le donne è proposto in modo gratuito la partecipazione agli IAN.

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(A) Attività NICE	(B) Statement/Raccomandazione	(C) Indicatore di processo NICE	Domande di verifica	Status PN APSS	Azioni di miglioramento	Risposta di Trento Documentazione necessaria (Nome)
15	<p>Gravidanza oltre la 41esima settimana (appuntamento 41a settimana)_Offrire induzione del travaglio:</p> <p>B. Supporto e sicurezza per le donne che stanno ricevendo l'induzione del travaglio in regime ambulatoriale</p>	Gravidanza dopo la 41esima settimana_Induzione al travaglio_Fattori da considerare	Alle donne viene eseguita l'induzione al travaglio in regime ambulatoriale solo se in loco ci sono procedure di sicurezza e supporto, incluse attività di audit.	<p>a) Proporzione di donne a cui viene indotto il travaglio in regime ambulatoriale che vengono monitorate prima di tornare a casa;</p> <p>b) Proporzione di donne a cui viene indotto il travaglio in regime ambulatoriale, a cui vengono fornite istruzioni su chi contattare in caso di contrazioni regolari o di dubbi.</p>	<p><i>Dopo la 41esima settimana di gravidanza, le donne a cui viene indotto il travaglio in regime ambulatoriale, vengono monitorate prima di tornare a casa?</i></p> <p><i>Dopo la 41esima settimana di gravidanza, alle donne a cui viene indotto il travaglio in regime ambulatoriale, vengono fornite informazioni su chi contattare in caso di contrazioni regolari o di dubbi?</i></p>	Attività Non riportata	<p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" consiste in un'attività che viene svolta ma non è descritta nei documenti:</p> <p>a) indicare cosa viene effettuato;</p> <p>b) indicare il documento interno in APSS nel quale si fa menzione;</p> <p>c) indicare se si tratta di attività di routine non descritta in nessun documento.</p> <p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" non viene semplicemente svolta, si procederà ad eventuali azioni migliorative del Percorso Nascita per una migliore compliance con l'"evidence based".</p>	In Italia non si pratica induzione del travaglio con rinvio a domicilio. L'utilizzo di prostaglandine è riservato all'ambiente ospedaliero.

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(A) Attività NICE	(B) Statement/Raccomandazione	(C) Indicatore di processo NICE	Domande di verifica	Status PN APSS	Azioni di miglioramento	Risposta di Trento Documentazione necessaria (Nome)
Puer	Gravidanza oltre la 41esima settimana (appuntamento 41a settimana)_ Offrire induzione del travaglio: C. Offerta di azioni di "sollevio dal dolore" post induzione al parto.	Gravidanza dopo la 41esima settimana_Induzione al travaglio_Esecuzione dell'induzione al travaglio	Le donne che hanno subito l'induzione del travaglio hanno accesso ad azioni di "sollevio dal dolore" che sono appropriate al loro livello di dolore e al tipo di sollevio dal dolore che le stesse hanno richiesto.	ASSENZA DI UN INDICATORE VERO E PROPRIO TRA LE PATHWAYS NICE	<i>Le donne che hanno subito l'induzione del travaglio hanno accesso ad azioni di "sollevio dal dolore" personalizzate?</i>	Attività Non riportata	<p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" consiste in un'attività che viene svolta ma non è descritta nei documenti: a) indicare cosa viene effettuato; b) indicare il documento interno in APSS nel quale si fa menzione; c) indicare se si tratta di attività di routine non descritta in nessun documento.</p> <p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" non viene semplicemente svolta, si procederà ad eventuali azioni migliorative del Percorso Nascita per una migliore compliance con l'"evidence based".</p>	Le modalità di assistenza al travaglio e parto prevedono, in linea con le indicazioni BFHC, l'utilizzo di metodi non farmacologici quali libere posizioni in travaglio e parto, contenimento delle manovre di accelerazione alle sole indicazioni mediche specifiche e l'uso di partoanalgesia farmacologica su specifica richiesta della donna. A tutte le donne è offerto l'accesso gratuito a una visita anestesiológica a partire dalla 34 settimana per eventuale partoanalgesia con offerta di informazioni complete e raccolta di consenso.

Allegato 10 Risultati A3. D3. Estratto della Fase puerperio, foglio "Confronto_Check" V Percorso Nascita

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazioni	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE
					Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore			
Puerperio									
1	Entro 24h dal parto_segni e sintomi di condizioni potenzialmente letali	Segni e sintomi di condizioni potenzialmente letali	2. Salute della madre-condizioni letali	Entro 24 ore dal parto, le donne sono informate, sui segni e sui sintomi di condizioni che possono mettere a rischio la loro vita e richiedere loro di accedere al trattamento di emergenza.	La percentuale di donne che viene informata, entro 24 ore dalla nascita, sui sintomi e segni di condizioni che possono minacciare la sua vita e che richiedono di accedere al trattamento di emergenza.	Numeratore: Il numero di donne, nel denominatore, che sono informate, entro le prime 24 ore dopo il parto sui sintomi e segni di condizioni che potrebbero mettere in pericolo la loro vita e richiedere un accesso a un trattamento di emergenza. Denominatore: Numero di donne che hanno partorito.		Si	Incidenza di morbilità e mortalità materna potenzialmente evitabili.
2	Visita ostetrica_Aggiornamento del piano assistenziale postnatale ad ogni visita post-partum	Formazione, competenze e protocolli sulla comunicazione	1. Continuità dell'assistenza	Il piano di assistenza postnatale della donna e del bambino viene rivisto e documentato ad ogni contatto postnatale.	La percentuale di donne e dei loro bambini che hanno un piano di assistenza postnatale personalizzato e documentato, che viene riesaminato ad ogni contatto post-natale.	Numeratore: Numero di contatti in cui il piano di assistenza post-natale personalizzato della donna e del bambino viene rivisto e documentato. Denominatore: Numero di contatti postnatali.		Si	Soddisfazione della donna per la continuità dell'assistenza e per i contenuti dell'assistenza post-natale.
3	Visita ostetrica_Aggiornamento del piano assistenziale postnatale ad ogni visita post-partum	Principi di cura	1. Continuità dell'assistenza	Il piano di assistenza postnatale della donna e del bambino viene rivisto e documentato ad ogni contatto postnatale.	La percentuale di donne e dei loro bambini che hanno un piano di assistenza postnatale personalizzato e documentato, che viene riesaminato ad ogni contatto post-natale.	Numeratore: Numero di contatti in cui il piano di assistenza post-natale personalizzato della donna e del bambino viene rivisto e documentato. Denominatore: Numero di contatti postnatali.		Si	Soddisfazione della donna per la continuità dell'assistenza e per i contenuti dell'assistenza post-natale.

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazioni	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE
					Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore			
4	Valutazione del benessere emotivo della madre e attaccamento affettivo al bambino	Genitorialità e attaccamento affettivo	9. Benessere emotivo e attaccamento al bambino	Effettuare una valutazione del benessere emotivo delle madri, compreso il legame affettivo col bambino, ad ogni visita postnatale	<p>a) Numero di donne per cui, il benessere emotivo, compreso il legame affettivo al proprio bambino, è valutato durante ciascuna visita post-natale sul totale delle visite effettuate;</p> <p>b) Numero di donne per cui, il benessere emotivo, compreso il legame affettivo al proprio bambino, è valutato durante la visita a 5-7 giorni dopo il parto sul totale delle visite effettuate a 5-7 giorni dal parto;</p> <p>c) Numero di donne per cui, il benessere emotivo, compreso il legame affettivo e al proprio bambino, è valutato durante la visita a 10-14 giorni dopo il parto sul totale delle visite effettuate a 10-14 giorni dal parto;</p> <p>d) Numero di donne per cui, il benessere emotivo, compreso il legame affettivo al proprio bambino, è valutato durante la visita a 6-8 settimane dopo il parto sul totale delle visite effettuate a 6-8 settimane dal parto;</p> <p>e) Numero di donne per cui, il benessere</p>	<p>A) Numeratore: Numero di contatti post-natali, in cui viene valutato il benessere emotivo della madre, compreso il legame affettivo al bambino. Denominatore: Numero di contatti di assistenza post-natale.</p> <p>B) Numeratore: Numero di donne il cui benessere emotivo, compreso il legame affettivo al proprio bambino, viene valutato in occasione di un contatto postnatale fissato 5-7 giorni dopo il parto. Denominatore: Numero di donne che ricevono un contatto post-natale 5-7 giorni dopo il parto.</p> <p>C) Numeratore: Numero di donne il cui benessere emotivo, compreso il legame affettivo al proprio bambino, viene valutato in occasione di un contatto post-natale fissato 10-14 giorni dopo il parto. Denominatore: Numero di donne che ricevono un contatto postnatale 10-14 giorni dopo il parto.</p> <p>D) Numeratore: Numero di donne il cui benessere emotivo, compreso il legame affettivo al proprio bambino, viene valutato in occasione di un contatto post-natale fissato 6-8 settimane dopo la nascita. Denominatore: il numero di donne che ricevono un contatto postnatale 6-8</p>		Si	<p>A) Incidenza di problemi di benessere emotivo delle madri nella fase post-natale.</p> <p>B) Incidenza di problemi di attaccamento affettivo madre-bambino.</p>

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazioni	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE
					Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore			
					emotivo, compreso il legame affettivo al proprio bambino, è valutato durante la visita a 16 settimane dopo il parto sul totale delle visite effettuate a 16 settimane dal parto.	settimane dopo il parto. E) Numeratore: Numero di donne il cui benessere emotivo, compreso il legame affettivo al proprio bambino, viene valutato in occasione di un contatto post-natale fissato 16 settimane dopo la nascita. Denominatore: il numero di donne che ricevono un contatto postnatale 16 settimane dopo la nascita.			
			11. Attaccamento genitori-bambino	I genitori o i tutori che hanno problemi di attaccamento (fisico e/o affettivo) al bambino ricevono servizi progettati per migliorare la loro relazione con il loro bambino.	Percentuale di genitori o tutori con problemi di attaccamento (fisico e/o affettivo) al bambino che ricevono servizi progettati per migliorare la loro relazione con il loro bambino.	Numeratore: Numero di genitori o tutori con problemi di attaccamento (fisico e/o affettivo) al bambino che ricevono servizi progettati per migliorare la loro relazione con il loro bambino. Denominatore: Numero di genitori o tutori con problemi di attaccamento al loro bambino.		Si	Benessere emotivo, comportamentale e sociale nei bambini in sviluppo.
5		Immunizzazione	-	-	-	-	-	-	-
6	Consulenza su allattamento al seno	Allattamento al seno ed allattamento artificiale	-	-	-	-	-	-	-

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazioni	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE
					Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore			
6a	Consulenza su allattamento al seno	Allattamento al seno e allattamento artificiale_Procedure e programmi per l'allattamento al seno	5. Allattamento		a) Proporzione delle donne che ricevono supporto nell'allattamento al seno tramite un programma strutturato; b) Proporzione delle donne che desiderano continuare l'allattamento al seno ma si fermano prima del termine da loro deciso.	a) Numeratore: Numero di donne che ricevono supporto per l'allattamento al seno attraverso un servizio che utilizza un programma strutturato; Denominatore: Numero di donne che allattano. b) Numeratore: Numero di donne che desiderano continuare l'allattamento al seno ma si fermano prima del termine da loro deciso; Denominatore: Numero di donne che allattano.	-	Si	a) tasso di allattamento al seno; b) tasso di allattamento esclusivo o parziale a 5-7 giorni dalla dimissione, a 10-15 giorni, a 6-8 settimane e 16 settimane dalla nascita; c) Soddisfazione della donna riguardo il supporto all'allattamento.
6b	Informazioni riguardo allattamento artificiale e composizione dei preparati per lattanti	Allattamento al seno e allattamento artificiale_Allattamento artificiale	6. Allattamento artificiale	Le informazioni sull'allattamento artificiale sono discusse con le madri o con le persone che si prendono cura dei bambini nutriti con latte artificiale.	Proporzione delle donne o di chi si prende cura del neonato che sono stati informati riguardo l'allattamento artificiale e la composizione dei preparati per lattanti.	Numeratore: Numero di donne e/o chi accudisce il neonato che sono stati informati riguardo l'allattamento artificiale e la composizione dei preparati per lattanti; Denominatore: Numero totale delle partorienti.	Le donne vengono informate riguardo l'allattamento artificiale e la composizione dei preparati per lattanti?	Si	a)Tasso di ospedalizzazione per condizioni legate alla composizione della formula alimentare; b)Conoscenza da parte della madre e/o di chi si prende cura del bambino sulla sterilizzazione degli oggetti e la sicura preparazione nutrizione del latte artificiale; c)Soddisfazione della donne e/o di chi si prende cura del bambino riguardo il supporto nell'allattamento

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazioni	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE
					Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore			
6c	Consulenza su allattamento al seno	Allattamento al seno e allattamento artificiale_Gestione e valutazione dei progressi riguardanti l'allattamento al seno	1. Continuità dell'assistenza	Il piano di assistenza postnatale specifico per la donna e il bambino viene rivisto e aggiornato ad ogni contatto postnatale.	Proporzione di donne e dei loro bambini che hanno un piano di assistenza postnatale personalizzato e documentato, che viene aggiornato ad ogni contatto postnatale.	Numeratore: Numero di contatti in cui viene aggiornato e documentato il piano di assistenza postnatale specifico per la donna ed il bambino; Denominatore: Numero di contatti postnatali.		Si	Soddisfazione delle donne per la continuità assistenziale e per ciò che concerne il loro specifico programma assistenziale
7	Salute e benessere del bambino	Salute e benessere del bambino	-	-	-	-	-	-	-
7a	Salute del bambino	Salute e benessere del bambino_ Informazioni e supporto	3. Salute del bambino - condizioni potenzialmente letali	Le donne o le persone che si prendono cura dei bambini vengono avvisate, entro 24 ore dalla nascita, dei sintomi e dei segni di condizioni potenzialmente letali nel bambino, che richiedono un trattamento di emergenza.	Proporzione di donne o di persone che si prendono cura del bambino che vengono informati, entro 24 ore dalla nascita, dei sintomi e dei segni di condizioni potenzialmente letali nel bambino, che richiedono un trattamento di emergenza.	Numeratore: Numero di donne o di coloro che si prendono cura dei bambini che vengono informati, entro 24 ore dalla nascita, dei sintomi e dei segni di condizioni potenzialmente letali nel bambino che richiedono un trattamento di emergenza; Denominatore: Numero di madri o di coloro che prendono in carico il bambino.		Si	a) Incidenza di morbilità e mortalità infantili potenzialmente evitabili. b) Le donne o chi prende in carico il bambino, si sente informato dei sintomi e dei segni di condizioni potenzialmente letali nel bambino.

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazioni	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE
					Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore			
			4. Salute del bambino - sonno più sicuro del bambino	Le donne, i partner e/o chi accudisce il neonato devono essere informati sull'importanza della co-presenza durante le fasi di sonno del neonato per ridurre la probabilità di casi di sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS).	<p>a) Proporzione di donne, dei partner e/o di chi accudisce il neonato, a cui sono state fornite informazioni riguardo l'associazione tra co-presenza nel sonno e riduzione casi di SIDS, nelle prime 24 ore dalla nascita.</p> <p>b) Proporzione di donne, dei partner e/o di chi accudisce il neonato, a cui sono state fornite informazioni riguardo l'associazione tra co-presenza nel sonno e riduzione casi di SIDS, ad ogni contatto dopo la nascita.</p> <p>c) Proporzione di donne, loro partner o persone che prendono in carico il neonato a cui vengono fornite informazioni sull'associazione tra co-presenza nel sonno e SIDS nel corso di una visita postnatale programmata 10-14 giorni dopo la nascita.</p> <p>d) Proporzione di donne, loro partner o persone che prendono in carico il neonato che ricevono informazioni sull'associazione tra co-presenza nel sonno e SIDS durante il</p>	<p>a) Numeratore: numero di donne, dei loro partner o delle persone che si prendono cura dei neonati che ricevono informazioni riguardo l'associazione tra co-presenza nel sonno e riduzione casi di SIDS, nelle prime 24 ore dalla nascita.</p> <p>b) Numeratore: Numero di contatti postnatali in cui alle donne, ai loro partner o alle persone che si prendono cura dei neonati, riguardo l'associazione tra co-presenza nel sonno e riduzione casi di SIDS; Denominatore: Numero di contatti postnatali.</p> <p>c) Numeratore: il numero di donne, i loro partner o le principali persone che si prendono cura dei neonati che ricevono informazioni sull'associazione tra co-presenza nel sonno e SIDS a una visita postnatale programmata 10-14 giorni dopo la nascita; Denominatore: numero di neonati.</p> <p>d) Numeratore: numero di donne, dei loro partner o delle principali persone che si prendono cura dei neonati che ricevono informazioni sull'associazione tra co-presenza nel sonno e SIDS al controllo postnatale programmato a 6-8 settimane dal parto;</p>		Si	<p>a) Incidenza della Sindrome della morte improvvisa del bambino (SIDS).</p> <p>b) Le donne, i loro partner e badanti chi accudisce il neonato sono a conoscenza dell'associazione tra co-presenza nel sonno e SIDS.</p>

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazioni	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE	
					Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore				
						controllo postnatale programmato a 6-8 settimane dal parto.	Denominatore: numero di neonati.			
7b	Salute e benessere del bambino	Salute e benessere del bambino_Sonno insieme al bambino e sindrome della morte improvvisa dell'infante (SIDS)	4. Salute del bambino - sonno più sicuro del bambino	Le donne, i partner e/o chi accudisce il neonato devono essere informati sull'importanza della co-presenza durante le fasi di sonno del neonato per ridurre la probabilità di casi di sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS).	a) Proporzione di donne, dei partner e/o di chi accudisce il neonato, a cui sono state fornite informazioni riguardo l'associazione tra co-presenza nel sonno e riduzione casi di SIDS, nelle prime 24 ore dalla nascita. b) Proporzione di donne, dei partner e/o di chi accudisce il neonato, a cui sono state fornite informazioni riguardo l'associazione tra co-presenza nel sonno e riduzione casi di SIDS, ad ogni contatto dopo la nascita. c) Proporzione di donne, loro partner o persone che prendono in carico il neonato a cui vengono fornite informazioni sull'associazione tra	a) Numeratore :numero di donne, dei loro partner o delle persone che si prendono cura dei neonati che ricevono informazioni riguardo l'associazione tra co-presenza nel sonno e riduzione casi di SIDS, nelle prime 24 ore dalla nascita; Denominatore: numero di neonati. b) Numeratore: Numero di contatti postnatali in cui alle donne, ai loro partner o alle persone che si prendono cura dei neonati, riguardo l'associazione tra co-presenza nel sonno e riduzione casi di SIDS; Denominatore: Numero di contatti postnatali. c) Numeratore: il numero di donne, i loro partner o le principali persone che si prendono cura dei neonati che ricevono informazioni sull'associazione tra co-presenza nel sonno e SIDS a una visita postnatale programmata 10-14 giorni		Si	Incidenza della Sindrome della morte improvvisa dell'infante (SIDS). b) Le donne, i loro partner e badanti chi accudisce il neonato sono a conoscenza dell'associazione tra tra co-presenza nel sonno e SIDS.	

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazioni	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE
					Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore			
					tra co-presenza nel sonno e SIDS nel corso di una visita postnatale programmata 10-14 giorni dopo la nascita (tale pratica è di competenza dell'ostetrica e successivamente dagli ispettori sanitari adibiti a seguire la donna una volta che lei e il bambino vengono dimessi dal team di ostetriche). d) Proporzione di donne, loro partner o persone che prendono in carico il neonato che ricevono informazioni sull'associazione tra co-presenza nel sonno e SIDS durante il controllo postnatale programmato a 6-8 settimane dal parto.	dopo la nascita; Denominatore: numero di neonati. d) Numeratore: numero di donne, dei loro partner o delle principali persone che si prendono cura dei neonati che ricevono informazioni sull'associazione tra co-presenza nel sonno e SIDS al controllo postnatale programmato a 6-8 settimane dal parto; Denominatore: numero di neonati.			
7c	Salute e benessere del bambino	Salute e benessere del bambino_Controlli e valutazione	1. Continuità dell'assistenza	Il piano di assistenza postnatale specifico per la donna e il bambino viene rivisto e aggiornato ad ogni contatto postnatale.	Proporzione di donne e dei loro bambini che hanno un piano di assistenza postnatale personalizzato e documentato, che viene aggiornato ad ogni contatto postnatale.	Numeratore: Numero di contatti in cui viene aggiornato e documentato il piano di assistenza postnatale specifico per la donna ed il bambino; Denominatore: Numero di contatti postnatali.		Si	Soddisfazione delle donne per la continuità assistenziale e per ciò che concerne il loro specifico programma assistenziale
			7. Salute del bambino- Esame obiettivo	I neonati devono essere sottoposti a esame obiettivo nelle prime 6-8 settimane.	Proporzione di neonati che sono stati sottoposti a 6-8 settimane a esame obiettivo.	Numeratore: Numero di neonati che sono stati sottoposti a esame obiettivo nelle prime 6-8 settimane; Denominatore: Numero di neonati alla 10a settimana.	-	Si	a) Incidenza di anomalie fisiche nei neonati; b) Outcome di salute associati a interventi

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazioni	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE
					Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore			
									tempestivi per i neonati con anomalie fisiche.
7d	Salute e benessere del bambino	Salute e benessere del bambino_Stipsi e diarrea	3. Salute del bambino - condizioni potenzialmente letali	Le donne o le persone che si prendono cura dei bambini vengono avvisate, entro 24 ore dalla nascita, dei sintomi e dei segni di condizioni potenzialmente letali nel bambino, che richiedono un trattamento di emergenza.	Proporzione di donne o di persone che si prendono cura del bambino che vengono informati, entro 24 ore dalla nascita, dei sintomi e dei segni di condizioni potenzialmente letali nel bambino, che richiedono un trattamento di emergenza.	Numeratore: Numero di donne o di coloro che si prendono cura dei bambini che vengono informati, entro 24 ore dalla nascita, dei sintomi e dei segni di condizioni potenzialmente letali nel bambino che richiedono un trattamento di emergenza; Denominatore: Numero di madri o di coloro che prendono in carico il bambino.		Si	a) Incidenza di morbilità e mortalità infantili potenzialmente evitabili. b) Le donne o chi prende a carico il bambino, si sente informato dei sintomi e dei segni di condizioni potenzialmente letali nel bambino.
7e	Salute e benessere del bambino	Salute e benessere del bambino_Ittero	3. Salute del bambino - condizioni potenzialmente letali	Le donne o le persone che si prendono cura dei bambini vengono avvisate, entro 24 ore dalla nascita, dei sintomi e dei segni di condizioni potenzialmente letali nel bambino, che richiedono un trattamento di emergenza.	Proporzione di donne o di persone che si prendono cura del bambino che vengono informati, entro 24 ore dalla nascita, dei sintomi e dei segni di condizioni potenzialmente letali nel bambino, che richiedono un trattamento di emergenza.	Numeratore: Numero di donne o di coloro che si prendono cura dei bambini che vengono informati, entro 24 ore dalla nascita, dei sintomi e dei segni di condizioni potenzialmente letali nel bambino che richiedono un trattamento di emergenza; Denominatore:- Numero di madri o di coloro che prendono in carico il bambino.		Si	a) Incidenza di morbilità e mortalità infantili potenzialmente evitabili. b) Le donne o chi prende a carico il bambino, si sente informato dei sintomi e dei segni di condizioni potenzialmente letali nel bambino.
			(QUALITY STANDARD RELATIVO AL PERCORSO NICE "Ittero nei neonati sotto i 28 giorni")	I genitori o le persone che si prendono cura dei neonati hanno un confronto con gli operatori sanitari e ricevono informazioni scritte sull'ittero neonatale entro 24 ore dalla nascita, compreso	Proporzione di neonati i cui genitori o tutori hanno un confronto con gli operatori sanitari e ricevono informazioni scritte sull'ittero	Numeratore: Numero di bambini i cui genitori o tutori hanno un confronto con gli operatori sanitari e ricevono informazioni scritte sull'ittero neonatale entro 24 ore dalla nascita,		Si	-

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazioni	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE
					Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore			
			1. Informazioni per i genitori o per coloro che si prendono cura del neonato.	cosa cercare e chi contattare in caso di necessità.	neonatale entro 24 ore dalla nascita, compresi cosa cercare e chi contattare in caso di necessità.	compresi cosa cercare e chi contattare in caso di necessità; Denominatore: Numero di neonati.			
8	Salute della madre	Salute della madre	-		-	-	-	-	-
8a	Salute della madre	Salute e benessere della madre_ Informazioni e supporto	2. Salute della madre- condizioni letali	Entro 24 ore dal parto, le donne sono informate, sui segni e sui sintomi di condizioni che possono mettere a rischio la loro vita e richiedere loro di accedere al trattamento di emergenza.	La percentuale di donne che viene informata, entro 24 ore dalla nascita, sui sintomi e segni di condizioni che possono minacciare la sua vita e che richiedono di accedere al trattamento di emergenza.	Numeratore: il numero di donne, nel denominatore, che sono informate, entro le prime 24 ore dopo il parto sui sintomi e segni di condizioni che potrebbero mettere in pericolo la loro vita e richiedere un accesso a un trattamento di emergenza. Denominatore: Numero di donne che hanno partorito.		Si	Incidenza di morbidità e mortalità materna potenzialmente evitabili.
			(QUALITY STANDARD RELATIVO AL PERCORSO NICE "Contraccezione") 4. Contraccezione dopo la nascita di un bambino	L'ostetrica, entro 7 giorni dal parto, fornisce alla donna tutte le informazioni relative ai metodi contraccettivi disponibili offrendole la possibilità di scegliere il più adatto alle proprie esigenze.	a) Proporzione di donne che partoriscono e ricevono informazioni su tutti i metodi contraccettivi dalla loro ostetrica entro 7 giorni dal parto. b) Proporzione di donne che partoriscono a cui viene data la possibilità di scelta scegliere quale metodo contraccettivo adottare, da parte della loro ostetrica	a) Numeratore: il numero di donne che partoriscono a cui vengono fornite informazioni su tutti i metodi contraccettivi disponibili dall'ostetrica entro 7 giorni dal parto. Denominatore: il numero di donne che partoriscono. b) Numeratore: il numero di donne che partoriscono a cui viene offerta una scelta tra i metodi contraccettivi disponibili dall'ostetrica entro 7 giorni dalla dal parto. Denominatore: il numero di donne che partoriscono.		Si	a) Soddisfazione dei consigli sui metodi contraccettivi dopo il parto. b) Tassi di accettazione dei metodi di contraccezione tra le donne che hanno partorito. c) Donne che hanno un breve intervallo di interpregnanza.

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazioni	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE
					Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore			
						entro 7 giorni dal parto.			
8b	Valutazione psicologica e psichiatrica della madre e indirizzo a servizio adeguato_Valutazione del benessere emotivo della madre e attaccamento al bambino	Salute e benessere della madre_Salute mentale	9. Benessere emotivo della madre e il legame affettivo al bambino.	Effettuare una valutazione del benessere emotivo delle madri, compreso il legame affettivo col bambino, ad ogni visita postnatale	a) Numero di donne per cui, il benessere emotivo, compreso il legame affettivo al proprio bambino, è valutato durante ciascuna visita post-natale sul totale delle visite effettuate; b) Numero di donne per cui, il benessere emotivo, compreso il legame affettivo al proprio bambino, è valutato durante la visita a 5-7 giorni dopo il parto sul totale delle visite effettuate a 5-7 giorni dal parto; c) Numero di donne per cui, il benessere emotivo, compreso il legame affettivo e al proprio bambino, è valutato durante la visita a 10-14 giorni dopo il parto sul totale delle visite	A) Numeratore: Numero di contatti post-natali in cui viene valutato il benessere emotivo della madre, compreso il legame affettivo al bambino. Denominatore: Numero di contatti di assistenza post-natale. B) Numeratore: Numero di donne il cui benessere emotivo, compreso il legame affettivo al proprio bambino, viene valutato in occasione di un contatto postnatale fissato 5-7 giorni dopo il parto. Denominatore: Numero di donne che ricevono un contatto post-natale 5-7 giorni dopo il parto. C) Numeratore: Numero di donne il cui benessere emotivo, compreso il legame affettivo al proprio bambino, viene valutato in occasione di un contatto post-natale fissato 10-14 giorni dopo il parto.		Si	A) Incidenza di problemi di benessere emotivo post-natale. B) Incidenza di problemi di legame affettivo madre-bambino.

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazioni	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE
					Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore			
					effettuate a 10-14 giorni dal parto; d) Numero di donne per cui, il benessere emotivo, compreso il legame affettivo al proprio bambino, è valutato durante la visita a 6-8 settimane dopo il parto sul totale delle visite effettuate a 6-8 settimane dal parto; e) Numero di donne per cui, il benessere emotivo, compreso il legame affettivo al proprio bambino, è valutato durante la visita a 16 settimane dopo il parto sul totale delle visite effettuate a 16 settimane dal parto.	Denominatore: Numero di donne che ricevono un contatto postnatale 10-14 giorni dopo il parto. D) Numeratore: Numero di donne il cui benessere emotivo, compreso il legame affettivo al proprio bambino, viene valutato in occasione di un contatto post-natale fissato 6-8 settimane dopo la nascita. Denominatore: il numero di donne che ricevono un contatto postnatale 6-8 settimane dopo il parto. E) Numeratore: Numero di donne il cui benessere emotivo, compreso il legame affettivo al proprio bambino, viene valutato in occasione di un contatto post-natale fissato 16 settimane dopo la nascita. Denominatore: il numero di donne che ricevono un contatto postnatale 16 settimane dopo la nascita.			
			10. Salute della madre e benessere emotivo	Per le donne con sintomi riconducibili a possibili problemi psicologici non ancora risolti dopo 10-14 giorni dalla nascita del bambino (baby blues) si raccomanda consulenza di psicologica/psichiatrica.	Numero di donne con sintomi riconducibili a possibili problemi psicologici (baby blues) non risolti dopo 10-14 giorni dal parto per cui è stata richiesta consulenza psicologica/psichiatrica a sul totale di donne con sintomi riconducibili a possibili problemi psicologici non risolti dopo 10-14 giorni dal parto.	Numeratore: Numero di donne con sintomi riconducibili a possibili problemi psicologici non ancora risolti dopo 10-14 giorni dalla nascita del bambino (baby blues); Denominatore: Numero di donne che sono state valutate per problemi mentali ed è stata richiesta consulenza psicologica/psichiatrica.	Viene chiesta consulenza psicologica/psichiatrica per le donne con sintomi riconducibili a possibili problemi psicologici (baby blues) non risolti dopo 10-14 giorni dal parto?	Si	Incidenza di problemi di benessere emotivo post natale.

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(B) Attività del Percorso NICE	(C) Quality standard NICE	(D) Statement/Raccomandazioni	(D) Indicatore di processo NICE		(E) Note sulle attività	(F) Check PN Trento	(G) Outcome associato NICE
					Indicatore di Processo	Numeratore/Denominatore			
8c	Salute della madre	Salute e benessere della madre_Benessere fisico_Gestione del peso	8. Salute della madre - gestione del peso	Alle donne con un indice di massa corporea (IMC) maggiore o uguale a 30 Kg/m2, durante la visita post-natale a 6-8 settimane dal parto, devono essere offerti consigli su una dieta salutare e sull'attività fisica.	a) Proporzione di donne che hanno registrato il loro indice di massa corporea al check postnatale a 6-8 settimane; b) Proporzione delle donne che al check di 6-8 settimane postnatali hanno un indice di massa corporea di 30 kg/m2 o superiore a cui viene offerta consulenza su dieta salutare e attività fisica; c) Proporzione delle donne che al check di 6-8 settimane postnatali hanno un indice di massa corporea di 30 kg/m2 o superiore che hanno accettato la consulenza sulla dieta e attività fisica.	a) Numeratore: Numero di donne che hanno misurato il loro IMC alla visita postnatale a 6-8 settimane dal parto; Denominatore: Numero totale delle donne che hanno partorito. b) Numeratore: Numero di donne a cui viene offerta una consulenza su dieta salutare e attività fisica; Denominatore: Numero di donne totali con IMC maggiore o uguale a 30 kg/m2 ; c) Numeratore: Numero di donne che hanno accettato la consulenza sulla dieta e attività fisica; Denominatore: Numero totale di donne con IMC maggiore o uguale a 30 kg/m2.	Durante la visita a 6-8 settimane dal parto viene suggerita una dieta e dell'attività fisica alle donne con IMC maggiore o uguale a 30 Kg/m2?	No	Consapevolezza della donna riguardo la capacità di prendere decisioni informate su dieta salutare, attività fisica e gestione del peso per loro e loro famiglia.
PERCENTUALE DI ADERENZA DEL PERCORSO NASCITA IMPLEMENTATO DALL'APSS DI TRENTO, RISPETTO LE RACCOMANDAZIONI NICE ("Fase Puerperio")								95,40 %	

Allegato 11 Estratto della Fase puerperio, Indicatori non riscontrati nel Percorso Nascita dell'APSS, verificati con il gruppo di lavoro dell'APSS

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(A) Attività NICE	(B) Statement/Raccomandazione	(C) Indicatore di processo NICE	Domande di verifica	Status PN APSS	Azioni di miglioramento	Documentazione necessaria (Nome file e Link)
Puerperio								
1	Entro 24h dal parto_segni e sintomi di condizioni potenzialmente letali	Segni e sintomi di condizioni potenzialmente letali	Entro 24 ore dal parto, le donne sono informate, sui segni e sui sintomi di condizioni che possono mettere a rischio la loro vita e richiedere loro di accedere al trattamento di emergenza.	La percentuale di donne che viene informata, entro 24 ore dalla nascita, sui sintomi e segni di condizioni che possono minacciare la sua vita e che richiedono di accedere al trattamento di emergenza.	<i>Entro le 24h al parto, le madri vengono informate sui sintomi e i segni di condizioni che possono minacciare la loro vita e che richiedono di ricorrere al regime di emergenza?</i>	Attività Non riportata	<p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" consiste in un'attività che viene svolta ma non è descritta nei documenti:</p> <p>a) indicare cosa viene effettuato;</p> <p>b) indicare il documento interno in APSS nel quale si fa menzione;</p> <p>c) indicare se si tratta di attività di routine non descritta in nessun documento.</p> <p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" non viene semplicemente svolta, si procederà ad eventuali azioni migliorative del Percorso Nascita per una migliore compliance con l'"evidence based".</p>	Al momento del trasferimento in reparto dalla sala parto l'ostetrica che prende in carico la donna la informa circa i segni e sintomi. Al momento della dimissione viene altresì fornito materiale informativo. Questi file non sono stati forniti perché rientrano nei protocolli dei punti nascita. Se necessario si possono inviare i file di ogni singolo punto nascita. Ogni volta che la donna viene dimessa dall'ospedale è inviata comunicazione al consultorio di riferimento a cui può rivolgersi per qualsiasi problema o dubbio e è assicurata la chiamata dall'ostetrica dedicata per pianificare una visita di controllo.

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(A) Attività NICE	(B) Statement/Raccomandazione	(C) Indicatore di processo NICE	Domande di verifica	Status PN APSS	Azioni di miglioramento	Documentazione necessaria (Nome file e link)
2	Visita ostetrica_Aggiornamento del piano assistenziale postnatale ad ogni visita post-partum	Formazione, competenze e protocolli sulla comunicazione	Il piano di assistenza postnatale della donna e del bambino viene rivisto e documentato ad ogni contatto postnatale.	La percentuale di donne e dei loro bambini che hanno un piano di assistenza personalizzato e documentato, che viene riesaminato ad ogni contatto post-natale.	<i>Le donne e i loro bambini che hanno un piano di assistenza postnatale, che viene rivisto e documentato ad ogni contatto postnatale? (vale per l'ottavo, il nono e il decimo appuntamento)</i>	Attività Non riportata	<p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" consiste in un'attività che viene svolta ma non è descritta nei documenti:</p> <p>a) indicare cosa viene effettuato;</p> <p>b) indicare il documento interno in APSS nel quale si fa menzione;</p> <p>c) indicare se si tratta di attività di routine non descritta in nessun documento.</p> <p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" non viene semplicemente svolta, si procederà ad eventuali azioni migliorative del Percorso Nascita per una migliore compliance con l'"evidence based".</p>	A tutte le donne dimesse viene assicurato un contatto telefonico per pianificare una visita domiciliare o ambulatoriale. Le visite vengono registrate in SIO (sistema informativo ospedaliero) e in SIT (sistema informativo territoriale). La personalizzazione degli interventi è fatta dall'ostetrica dedicata in funzione della specifica situazione.
3	Visita ostetrica_Aggiornamento del piano assistenziale postnatale ad ogni visita post-partum	Principi di cura	Il piano di assistenza postnatale della donna e del bambino viene rivisto e documentato ad ogni contatto postnatale.	La percentuale di donne e dei loro bambini che hanno un piano di assistenza personalizzato e documentato, che viene riesaminato ad ogni contatto post-natale.	<i>Le donne e i loro bambini che hanno un piano di assistenza postnatale, che viene rivisto e documentato ad ogni contatto postnatale? (vale per l'ottavo, il nono e il decimo appuntamento)</i>	Attività Non riportata	<p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" consiste in un'attività che viene svolta ma non è descritta nei documenti:</p> <p>a) indicare cosa viene effettuato;</p> <p>b) indicare il documento interno in APSS nel quale si fa menzione;</p> <p>c) indicare se si tratta di attività di routine non descritta in nessun documento.</p> <p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" non viene semplicemente svolta, si procederà ad eventuali azioni migliorative del Percorso Nascita per una migliore compliance con l'"evidence based".</p>	

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(A) Attività NICE	(B) Statement/Raccomandazione	(C) Indicatore di processo NICE	Domande di verifica	Status PN APSS	Azioni di miglioramento	Documentazione necessaria (Nome file e link)
4	Ottavo appuntamento (entro 48h dal parto)_Consulenza su allattamento al seno	Allattamento al seno e allattamento artificiale_Procedure e programmi per l'allattamento al seno	Le donne ricevono sostegno per l'allattamento al seno da un servizio che utilizza un programma valutato e strutturato.	a) Proporzione delle donne che ricevono supporto nell'allattamento al seno tramite un programma strutturato; b) Proporzione delle donne che desiderano continuare l'allattamento al seno ma si fermano prima del termine da loro deciso.	<i>Le donne ricevono supporto nell'allattamento al seno, attraverso un programma strutturato?</i>	Attività Non riportata	<p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" consiste in un'attività che viene svolta ma non è descritta nei documenti: a) indicare cosa viene effettuato; b) indicare il documento interno in APSS nel quale si fa menzione; c) indicare se si tratta di attività di routine non descritta in nessun documento.</p> <p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" non viene semplicemente svolta, si procederà ad eventuali azioni migliorative del Percorso Nascita per una migliore compliance con l'"evidence based".</p>	Siamo accreditati BFHC e c'è tutta la documentazione utilizzata per questo, avviene una puntuale pianificazione. La continuità della figura di riferimento dalla gravidanza al puerperio permette un maggiore successo di allattamenti offrendo una personalizzazione delle informazioni.
5	Ottavo appuntamento (entro 48h dal parto)_Consulenza su allattamento al seno	Allattamento al seno e allattamento artificiale_Gestione e valutazione dei progressi riguardanti l'allattamento al seno	Il piano di cura postnatale specifico per la donna e il bambino viene rivisto e aggiornato ad ogni contatto postnatale.	Proporzione di donne e dei loro bambini che hanno un piano di assistenza postnatale personalizzato e documentato, che viene aggiornato ad ogni contatto postnatale.	<i>Il piano di assistenza postnatale specifico per la donna e il bambino viene rivisto e aggiornato ad ogni contatto postnatale?</i>	Attività Non riportata	<p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" consiste in un'attività che viene svolta ma non è descritta nei documenti: a) indicare cosa viene effettuato; b) indicare il documento interno in APSS nel quale si fa menzione; c) indicare se si tratta di attività di routine non descritta in nessun documento.</p> <p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" non viene semplicemente svolta, si procederà ad eventuali azioni migliorative del Percorso Nascita per una migliore compliance con l'"evidence based".</p>	Disponibile materiale relativo a BFH

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(A) Attività NICE	(B) Statement/Raccomandazione	(C) Indicatore di processo NICE	Domande di verifica	Status PN APSS	Azioni di miglioramento	Documentazione necessaria (Nome file e link)
6	Ottavo appuntamento (entro 48h dal parto)_Salute del bambino: A. informazione e supporto	Salute e benessere del bambino_Informazioni e supporto	Le donne o le persone che si prendono cura dei bambini vengono avvisate, entro 24 ore dalla nascita, dei sintomi e dei segni di condizioni potenzialmente letali nel bambino, che richiedono un trattamento di emergenza.	Proporzione di donne o di persone che si prendono cura del bambino che vengono informati, entro 24 ore dalla nascita, dei sintomi e dei segni di condizioni potenzialmente letali nel bambino, che richiedono un trattamento di emergenza.	<i>Le donne o le persone che si prendono cura dei bambini vengono avvisate, entro 24 ore dalla nascita, dei sintomi e dei segni di condizioni potenzialmente letali nel bambino, che richiedono un trattamento di emergenza?</i>	Attività Non riportata	<p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" consiste in un'attività che viene svolta ma non è descritta nei documenti:</p> <p>a) indicare cosa viene effettuato;</p> <p>b) indicare il documento interno in APSS nel quale si fa menzione;</p> <p>c) indicare se si tratta di attività di routine non descritta in nessun documento.</p> <p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" non viene semplicemente svolta, si procederà ad eventuali azioni migliorative del Percorso Nascita per una migliore compliance con l'"evidence based".</p>	Al momento della prima visita neonatale e dell'avvio del rooming la mamma viene informata su segni e sintomi di condizioni potenzialmente letali per il bambino che richiedono trattamenti d'emergenza. Viene altresì fornito materiale informativo. Tale materiale rientra nei protocolli dei singoli punti nascita se richiesto può essere trasmesso SUL SITO APSS SONO REPERIBILI NEI DOCUMENTI BFH E BFHC
7	Ottavo appuntamento (entro 48h dal parto)_Salute del bambino: B. co sleeping e SIDS (avvalorato che lo fanno)	Salute e benessere del bambino_Sonno insieme al bambino e sindrome della morte improvvisa dell'infante (SIDS)	Le donne, i partner e/o chi accudisce il neonato devono essere informati sull'importanza della co-presenza durante le fasi di sonno del neonato per ridurre la probabilità di casi di sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS).	a) Proporzione di donne, dei partner e/o di chi accudisce il neonato, a cui sono state fornite informazioni riguardo l'associazione tra co-presenza nel sonno e riduzione casi di SIDS, nelle prime 24 ore dalla nascita; b) Proporzione di donne, dei partner e/o di chi accudisce il neonato, a cui sono state fornite informazioni riguardo l'associazione tra co-presenza nel sonno e riduzione casi di SIDS, ad ogni contatto dopo la nascita c) Proporzione di donne, loro partner o persone che prendono	<i>Le donne, il loro partner o le persone che prendono in carico il neonato ricevono, ad ogni contatto postnatale, informazioni sull'associazione tra co-sleeping e sindrome della morte improvvisa infantile (SIDS)?</i>	Attività Non riportata	<p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" consiste in un'attività che viene svolta ma non è descritta nei documenti:</p> <p>a) indicare cosa viene effettuato;</p> <p>b) indicare il documento interno in APSS nel quale si fa menzione;</p> <p>c) indicare se si tratta di attività di routine non descritta in nessun documento.</p> <p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" non viene semplicemente svolta, si procederà ad eventuali azioni migliorative del Percorso Nascita per una migliore compliance con l'"evidence based".</p>	I genitori sono informati sul rischio SIDS e sulle modalità di prevenzione sia durante la gravidanza che durante la degenza in ospedale . Viene fornito materiale informativo. Tale materiale rientra nei protocolli dei singoli punti nascita se richiesto può essere trasmesso SUL SITO APSS SONO REPERIBILI NEI DOCUMENTI BFH E BFHC

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(A) Attività NICE	(B) Statement/Raccomandazione	(C) Indicatore di processo NICE	Domande di verifica	Status PN APSS	Azioni di miglioramento	Documentazione necessaria (Nome file e link)
				in carico il neonato a cui vengono fornite informazioni sull'associazione tra co-presenza nel sonno e SIDS nel corso di una visita postnatale programmata 10-14 giorni dopo la nascita d) Proporzioni di donne, loro partner o persone che prendono in carico il neonato che ricevono informazioni sull'associazione tra co-presenza nel sonno e SIDS durante il controllo postnatale programmato a 6-8 settimane dal parto.				
8	Ottavo appuntamento (entro 48h dal parto)_Salute del bambino: C. valutazione e check	Salute e benessere del bambino_Controlli e valutazione	I neonati devono essere sottoposti a esame obiettivo nelle prime 6-8 settimane.	Proporzioni di neonati che sono stati sottoposti a 6-8 settimane a esame obiettivo.	<i>I neonati vengono sottoposti a esame obiettivo nelle prime 6-8 settimane?</i>	Attività Non riportata	<p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" consiste in un'attività che viene svolta ma non è descritta nei documenti:</p> <p>a) indicare cosa viene effettuato; b) indicare il documento interno in APSS nel quale si fa menzione; c) indicare se si tratta di attività di routine non descritta in nessun documento.</p> <p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" non viene semplicemente svolta, si procederà ad eventuali azioni migliorative del Percorso Nascita per una migliore compliance con l'"evidence based".</p>	Favorita la visita precoce dal pediatra di libera scelta ad una settimana dalla dimissione.

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(A) Attività NICE	(B) Statement/Raccomandazione	(C) Indicatore di processo NICE	Domande di verifica	Status PN APSS	Azioni di miglioramento	Documentazione necessaria (Nome file e link)
9	Ottavo appuntamento (entro 48h dal parto)_Salute del bambino: D. Stipsi e diarrea	Salute e benessere del bambino_Stipsi e diarrea	Le donne o le persone che si prendono cura dei bambini vengono avvisate, entro 24 ore dalla nascita, dei sintomi e dei segni di condizioni potenzialmente letali nel bambino, che richiedono un trattamento di emergenza.	Proporzione di donne o di persone che si prendono cura del bambino che vengono informati, entro 24 ore dalla nascita, dei sintomi e dei segni di condizioni potenzialmente letali nel bambino, che richiedono un trattamento di emergenza.	<i>Le donne o le persone che si prendono cura dei bambini vengono avvisate, entro 24 ore dalla nascita, dei sintomi e dei segni di condizioni potenzialmente letali nel bambino, che richiedono un trattamento di emergenza?</i>	Attività Non riportata	<p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" consiste in un'attività che viene svolta ma non è descritta nei documenti:</p> <p>a) indicare cosa viene effettuato;</p> <p>b) indicare il documento interno in APSS nel quale si fa menzione;</p> <p>c) indicare se si tratta di attività di routine non descritta in nessun documento.</p> <p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" non viene semplicemente svolta, si procederà ad eventuali azioni migliorative del Percorso Nascita per una migliore compliance con l'"evidence based".</p>	Al momento della prima visita neonatale e dell'avvio del rooming la mamma viene informata su segni e sintomi di condizioni potenzialmente letali per il bambino che richiedono trattamenti d'emergenza. Viene altresì fornito materiale informativo. Tale materiale rientra nei protocolli dei singoli punti nascita se richiesto può essere trasmesso. SUL SITO APSS SONO REPERIBILI NEI DOCUMENTI BFH E BFHC
10	Ottavo appuntamento (entro 48h dal parto)_Salute del bambino: E. Ittero	Salute e benessere del bambino_Ittero	(QUALITY STANDARD RELATIVO AL PERCORSO NICE "Ittero nei neonati sotto i 28 giorni"). I genitori o le persone che si prendono cura dei neonati hanno un confronto con gli operatori sanitari e ricevono informazioni scritte sull'ittero neonatale entro 24 ore dalla nascita, compresi cosa cercare e chi contattare in caso di necessità.	Proporzione di neonati i cui genitori o tutori hanno un confronto con gli operatori sanitari e ricevono informazioni scritte sull'ittero neonatale entro 24 ore dalla nascita, compresi cosa cercare e chi contattare in caso di necessità.	<i>I genitori o le persone che si prendono cura dei neonati hanno un confronto con gli operatori sanitari e ricevono informazioni scritte sull'ittero neonatale entro 24 ore dalla nascita, compreso cosa cercare e chi contattare in caso di necessità?</i>	Attività Non riportata	<p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" consiste in un'attività che viene svolta ma non è descritta nei documenti:</p> <p>a) indicare cosa viene effettuato;</p> <p>b) indicare il documento interno in APSS nel quale si fa menzione;</p> <p>c) indicare se si tratta di attività di routine non descritta in nessun documento.</p> <p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" non viene semplicemente svolta, si procederà ad eventuali azioni migliorative del Percorso Nascita per una migliore compliance con l'"evidence based".</p>	vedi sopra

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(A) Attività NICE	(B) Statement/Raccomandazione	(C) Indicatore di processo NICE	Domande di verifica	Status PN APSS	Azioni di miglioramento	Documentazione necessaria (Nome file e link)
11	Ottavo appuntamento (entro 48h dal parto)_Salute del madre_ Informazioni e supporto	Salute e benessere della madre_ Informazioni e supporto	Entro 24 ore dal parto, le donne sono informate, sui segni e sui sintomi di condizioni che possono mettere a rischio la loro vita e richiedere loro di accedere al trattamento di emergenza.	La percentuale di donne che viene informata, entro 24 ore dalla nascita, sui sintomi e segni di condizioni che possono minacciare la sua vita e che richiedono di accedere al trattamento di emergenza.	<i>Le donne vengono informate, entro 24 ore dal parto, sui segni e sui sintomi di condizioni che possono mettere a rischio la loro vita e richiedere loro di accedere al trattamento di emergenza?</i>	Attività Non riportata	<p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" consiste in un'attività che viene svolta ma non è descritta nei documenti:</p> <p>a) indicare cosa viene effettuato;</p> <p>b) indicare il documento interno in APSS nel quale si fa menzione;</p> <p>c) indicare se si tratta di attività di routine non descritta in nessun documento.</p> <p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" non viene semplicemente svolta, si procederà ad eventuali azioni migliorative del Percorso Nascita per una migliore compliance con l'"evidence based".</p>	Al momento del trasferimento in reparto dalla sala parto l'ostetrica che prende in carico la donna la informa circa i segni e sintomi. al momento della dimissione viene altresì fornito materiale informativo. Tale materiale rientra nei protocolli dei singoli punti nascita se richiesto può essere trasmesso.
			(QUALITY STANDARD RELATIVO AL PERCORSO NICE "Contraccezione"). L'ostetrica, entro 7 giorni dal parto, fornisce alla donna tutte le informazioni relative ai metodi contraccettivi disponibili offrendole la possibilità di scegliere il più adatto alle proprie esigenze.	a) Proporzioni di donne che partoriscono e ricevono informazioni su tutti i metodi contraccettivi dalla loro ostetrica entro 7 giorni dal parto. b) Proporzioni di donne che partoriscono a cui viene data la possibilità di scelta scegliere quale metodo contraccettivo adottare, da parte della loro ostetrica entro 7 giorni dal parto.	<i>L'ostetrica, entro 7 giorni dal parto, fornisce alla donna tutte le informazioni relative ai metodi contraccettivi disponibili offrendole la possibilità di scegliere il più adatto alle proprie esigenze?</i>	Attività Non riportata	<p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" consiste in un'attività che viene svolta ma non è descritta nei documenti:</p> <p>a) indicare cosa viene effettuato;</p> <p>b) indicare il documento interno in APSS nel quale si fa menzione;</p> <p>c) indicare se si tratta di attività di routine non descritta in nessun documento.</p> <p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" non viene semplicemente svolta, si procederà ad eventuali azioni migliorative del Percorso Nascita per una migliore compliance con l'"evidence based".</p>	In occasione della visita del puerperio e della visita a 6 settimane avviene la prescrizione contraccettiva; in condizioni specifiche o su richiesta della donna avviene prima.

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(A) Attività NICE	(B) Statement/Raccomandazione	(C) Indicatore di processo NICE	Domande di verifica	Status PN APSS	Azioni di miglioramento	Documentazione necessaria (Nome file e link)
12	Nono appuntamento (entro 2 settimane dal parto)_Valutazione psicologica e psichiatrica della madre e indirizzo a servizio adeguato	Salute e benessere della madre_Salute mentale	Per le donne con sintomi riconducibili a possibili problemi psicologici non ancora risolti dopo 10-14 giorni dalla nascita del bambino (baby blues) si raccomanda consulenza di psicologica/psichiatrica.	Numero di donne con sintomi riconducibili a possibili problemi psicologici (baby blues) non risolti dopo 10-14 giorni dal parto per cui è stata richiesta consulenza psicologica/psichiatrica sul totale di donne con sintomi riconducibili a possibili problemi psicologici non risolti dopo 10-14 giorni dal parto.	<i>Le donne con sintomi riconducibili a possibili problemi psicologici non risolti dopo 10-14 giorni dalla nascita (baby blues) vengono valutate tramite consulenza psicologica/psichiatrica?</i>	Attività Non riportata	<p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" consiste in un'attività che viene svolta ma non è descritta nei documenti:</p> <p>a) indicare cosa viene effettuato;</p> <p>b) indicare il documento interno in APSS nel quale si fa menzione;</p> <p>c) indicare se si tratta di attività di routine non descritta in nessun documento.</p> <p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" non viene semplicemente svolta, si procederà ad eventuali azioni migliorative del Percorso Nascita per una migliore compliance con l'"evidence based".</p>	Per le donne con sintomi riconducibili a possibili problemi psicologici non ancora risolti dopo 10-14 giorni dalla nascita del bambino (baby blues) si raccomanda consulenza psicologica/psichiatrica. I percorsi di invio a consulenza psicologica/psichiatrica sono ben definiti. La psicologa è parte dell'equipe di consultorio. Anche il MMG rappresenta un interlocutore della rete di supporto. La garanzia della visita domiciliare da parte dell'ostetrica è anche finalizzata a rilevare eventuali disagi famigliari.
13	Decimo appuntamento (entro 6 settimane dal parto)_Valutazione del benessere emotivo della madre e attaccamento al bambino	Salute e benessere della madre_Salute mentale	Effettuare una valutazione del benessere emotivo delle madri, compreso il legame affettivo col bambino, ad ogni visita postnatale	a) Numero di donne per cui, il benessere emotivo, compreso il legame affettivo al proprio bambino, è valutato durante ciascuna visita post-natale sul totale delle visite effettuate; b) Numero di donne per cui, il benessere emotivo, compreso il legame affettivo al proprio bambino, è valutato durante la visita a 5-7 giorni dopo il parto sul totale delle visite effettuate a 5-7 giorni dal parto; c) Numero di donne	<i>Ad ogni contatto postnatale, è valutato il benessere emotivo delle madri, compresi il legame affettivo col bambino?</i>	Attività Non riportata	<p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" consiste in un'attività che viene svolta ma non è descritta nei documenti:</p> <p>a) indicare cosa viene effettuato;</p> <p>b) indicare il documento interno in APSS nel quale si fa menzione;</p> <p>c) indicare se si tratta di attività di routine non descritta in nessun documento.</p> <p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" non viene semplicemente svolta, si procederà ad eventuali azioni migliorative del Percorso Nascita per una migliore compliance con l'"evidence based".</p>	Effettuare una valutazione del benessere emotivo delle madri, compreso il legame affettivo col bambino, ad ogni visita postnatale. A tutte è assicurata una visita post natale domiciliare e una a 6/8 settimane proprio con questo scopo. La continuità della figura di riferimento assicura un riconoscimento precoce, inviando le donne a consulenza psicologica. Ci sono inoltre sia i gruppi post parto delle mamme, in

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(A) Attività NICE	(B) Statement/Raccomandazione	(C) Indicatore di processo NICE	Domande di verifica	Status PN APSS	Azioni di miglioramento	Documentazione necessaria (Nome file e link)
				<p>per cui, il benessere emotivo, compreso il legame affettivo e al proprio bambino, è valutato durante la visita a 10-14 giorni dopo il parto sul totale delle visite effettuate a 10-14 giorni dal parto;</p> <p>d) Numero di donne per cui, il benessere emotivo, compreso il legame affettivo al proprio bambino, è valutato durante la visita a 6-8 settimane dopo il parto sul totale delle visite effettuate a 6-8 settimane dal parto;</p> <p>e) Numero di donne per cui, il benessere emotivo, compreso il legame affettivo al proprio bambino, è valutato durante la visita a 16 settimane dopo il parto sul totale delle visite effettuate a 16 settimane dal parto.</p>				aggiunta alle visite individuali e l'accesso agli spazi aperti allattamento in consultorio. Già in gravidanza si offrono informazioni sui servizi disponibili.

ID	(A) Attività del Percorso Nascita nella APSS	(A) Attività NICE	(B) Statement/Raccomandazione	(C) Indicatore di processo NICE	Domande di verifica	Status PN APSS	Azioni di miglioramento	Documentazione necessaria (Nome file e link)
14	Decimo appuntamento (entro 6 settimane dal parto)_Valutazione attaccamento genitore-bambino	Genitorialità e attaccamento affettivo	Nei casi in cui si riscontrano problemi di attaccamento (fisico e/o affettivo) da parte dei genitori o di chi si occupa del bambino verso il neonato, si devono attivare servizi personalizzati per migliorare la relazione genitore-bambino.	Numero di genitori e/o di chi ne fa le veci che hanno mostrato problemi di attaccamento (fisico e/o affettivo) con il neonato che hanno ricevuto un'assistenza per migliorare il rapporto relazionale genitore-figlio sul totale di genitori e/o di chi ne fa le veci con problemi di attaccamento (fisico e/o affettivo) al neonato.	<i>I genitori o chi si prende cura del neonato che hanno mostrato problemi di attaccamento (fisico/affettivo) al bambino ricevono un'assistenza per migliorare il rapporto relazionale genitore-figlio?</i>	Attività Non riportata	<p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" consiste in un'attività che viene svolta ma non è descritta nei documenti:</p> <p>a) indicare cosa viene effettuato;</p> <p>b) indicare il documento interno in APSS nel quale si fa menzione;</p> <p>c) indicare se si tratta di attività di routine non descritta in nessun documento.</p> <p>Nel caso in cui l'"attività NON riportata" non viene semplicemente svolta, si procederà ad eventuali azioni migliorative del Percorso Nascita per una migliore compliance con l'"evidence based".</p>	<p>Nei casi in cui si riscontrano problemi di attaccamento (fisico e/o affettivo) da parte dei genitori verso il neonato vengono attivati percorsi personalizzati per migliorare la relazione genitore-bambino nell'ambito delle attività del consultorio e con raccordo anche con i servizi educativi territoriali. Esiste uno specifico protocollo per la presa in carico delle situazioni di fragilità psico sociale per favorire l'invio e l'integrazione tra servizi.</p> <p>Progetto "Scommettiamo sui giovani": pianificazione di una presa in carico personalizzata tra sanitari ed educatori a sostegno della genitorialità per i primi due anni di vita dei bambini.</p>

Accordo di collaborazione scientifica ISS-APSS

Progetto “Valutazione dell’implementazione del modello Percorso Nascita per la gestione della gravidanza a basso rischio nella Provincia Autonoma di Trento”

Verifica dell’aderenza tra il PDTA Percorso Nascita adottato presso l'APSS ed i dati real world.

- Deliverable D4 -

Sommario

Abbreviazioni.....	4
Executive summary.....	5
Progetto “Valutazione dell’implementazione del modello Percorso Nascita nella Provincia Autonoma di Trento”.....	5
Premessa	5
Obiettivo generale.....	5
Attività	5
Verifica dell’aderenza tra il PDTA Percorso Nascita adottato presso l'APSS ed i dati real world.	6
Obiettivo generale.....	6
Obiettivo documento	6
Metodi	6
Metodologia di analisi adottata	6
Individuazione degli indicatori.....	7
Periodo di tempo considerato.....	7
Fonte dei dati.....	7
Risultati.....	9
Fase Ante-partum	9
Fase Intra-partum.....	10
Fase Puerperio.....	10
Conclusioni	12

Abbreviazioni

APSS	Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
CEDAP	Certificato di Assistenza al Parto
CNHTA	Centro Nazionale per l'Health Technology Assessment
CUP	Centro Unico Prenotazione
HTA	Health Technology Assessment
ISS	Istituto Superiore di Sanità
LP	Libera professione
MMG	Medici di Medicina Generale
NATHCARE	Networking Alpine Health for Continuity of Care
PA	Provincia Autonoma
PAT	Provincia Autonoma di Trento
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PLS	Pediatra di libera scelta
PN	Percorso Nascita
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
UU.OO.	Unità operative

Executive summary

Progetto “Valutazione dell’implementazione del modello Percorso Nascita nella Provincia Autonoma di Trento”

Premessa

Il Percorso Nascita è l’insieme delle cure fornite alla donna ed al neonato dall’inizio della gravidanza al puerperio. L’APSS ha ideato il Percorso Nascita per rispondere alle esigenze delle sue assistite ed ha organizzato il percorso secondo tre fasi: gravidanza, parto e puerperio. Infatti, il percorso comprende l’assistenza pre e post-natale, ascolto e formazione, screening attraverso una gamma di servizi e professionisti che collaborano in rete per garantire il benessere della mamma, del neonato e della famiglia nel suo insieme. L’assistenza della gravidanza avviene tramite un team di ostetriche che collabora con gli altri professionisti (Medici di Medicina Generale - MMG, Pediatri di libera scelta - PLS, ecc.), garantendo un’ostetrica di riferimento che si configura come il pianificatore e l’organizzatore dell’intero percorso.

Obiettivo generale

Obiettivo generale del progetto è valutare l’impatto dell’implementazione del modello Percorso Nascita nella PAT, analizzando le diverse dimensioni dell’HTA (tra cui sicurezza, efficacia clinica, costi, aspetti organizzativi, sociali).

Obiettivo documento

Il confronto tra il PDTA Percorso Nascita adottato presso l’APSS di Trento e i dati real world raccolti si pone l’obiettivo di verificare l’aderenza della pratica clinica al percorso teorico.

Attività

Il gruppo di lavoro APSS, avvalendosi del Servizio di Epidemiologia Clinica e Valutativa, ha condotto una valutazione di aderenza dei dati reali al Percorso Nascita utilizzando gli indicatori costruiti sulla base delle indicazioni contenute nel PDTA, scegliendo come periodo di riferimento l’anno 2018 e il I semestre 2019.

Dall’analisi dei dati emerge che il Percorso Nascita ha un impatto positivo su:

- presa in carico tempestiva a seguito della richiesta di accesso al percorso;
- prestazioni appropriate in termini di modalità organizzative di erogazione;
- presa in carico della donna e del bambino attraverso le visite post-natali.

Verifica dell'aderenza tra il PDTA Percorso Nascita adottato presso l'APSS ed i dati real world.

Per rispondere ai bisogni della popolazione senza precludere un'elevata qualità dei servizi socio-sanitari e nel tentativo di migliorare la presa in carico e la continuità assistenziale di un territorio a forte dispersione geografica di persone e servizi, la PAT ha adottato iniziative di miglioramento in ambito di tutela della gravidanza e dell'evento nascita tenendo conto dei requisiti e standard definiti a livello nazionale e internazionale.

In accordo con le "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 parto cesareo" determinate in Accordo Stato-Regioni, PA di Trento e Bolzano del 16 Dicembre 2010 e, in linea con quanto sperimentato nel progetto NATHCARE (Networking Alpine Health for Continuity of Care), l'APSS ha riqualificato il percorso nascita. L'APSS ha, infatti, posto l'accento sul percorso assistenziale per la donna dalla fase preconcezionale al puerperio individuando la figura dell'ostetrica dedicata come "care manager" del percorso collaborando con tutte le altre figure professionali che dovrebbero intervenire nel percorso di nascita (MMG, Medico ginecologo, Pediatra di libera scelta ecc.) in funzione del grado di rischio rilevato al primo colloquio o nelle visite successive.

Obiettivo generale

Obiettivo generale del progetto è valutare l'impatto dell'implementazione del modello Percorso Nascita nella PAT, analizzando le diverse dimensioni dell'HTA (tra cui sicurezza, efficacia clinica, costi, aspetti organizzativi, sociali).

Obiettivo documento

L'obiettivo specifico è verificare l'aderenza della pratica clinica al PDTA ideale adottato presso l'APSS della PAT.

Metodi

Metodologia di analisi adottata

Al fine di sviluppare l'analisi per verificare l'aderenza tra il PDTA Percorso Nascita adottato in APSS e la pratica clinica, il gruppo di lavoro ha stabilito di procedere individuando un set di indicatori da utilizzare quale strumento utile per monitorare l'attuazione dei contenuti del PDTA Percorso Nascita. Il gruppo di lavoro, pertanto, ha costruito il set di indicatori partendo dall'analisi del PDTA aziendale e sulla base delle indicazioni in esso contenute ha definito gli aspetti rilevanti per il confronto. Gli indicatori, successivamente elencati, su cui il gruppo di lavoro ha deciso di focalizzare la propria attenzione sono indicatori di processo per cui è oggettivamente verificabile, tramite parametri ben definiti, l'aderenza della pratica clinica alle indicazioni contenute nel PDTA.

Le fasi del percorso per cui si è deciso di sviluppare l'analisi sono la fase pre-parto e la fase del puerperio. Infatti, nella fase intra-parto la presa in carico della donna nei diversi punti nascita non si differenzia in relazione alla tipologia di presa in carico della fase pre-parto.

Gli indicatori così presi in considerazione costituiscono l'elemento oggettivo utile per verificare l'aderenza tra il PDTA ideale Percorso Nascita adottato presso l'APSS di Trento e i dati real world.

Individuazione degli indicatori

Per la verifica dell'aderenza tra il PDTA teorico e il Percorso Nascita implementato nella PAT sono stati identificati i seguenti indicatori:

Fase Pre-parto:

- Tempo intercorso tra la chiamata al CUP per il primo colloquio e la presa in carico della donna. Fase-Ante-partum;
- Percentuale di donne prese in carico dal Percorso Nascita che hanno ricevuto tra 5-8 visite prenatali;
- Percentuale di donne prese in carico prima della 12 settimana di gravidanza che hanno ricevuto tra 5-8 visite prenatali;
- Percentuale di donne aderenti al percorso nascita che ha ricevuto complessivamente tra le 2 e le 3 ecografie.

Fase Puerperio:

- Percentuale di donne che hanno ricevute visite post-natali sul totale delle donne seguite nel Percorso Nascita che hanno partorito;
- Percentuale di donne basso/medio rischio visitate almeno una volta in puerperio dalla stessa ostetrica che le ha seguite nel periodo ante-partum;
- Percentuale di donne che hanno abbandonato il Percorso Nascita.

Periodo di tempo considerato

Il calcolo degli indicatori per la verifica dell'aderenza è stato fatto per l'anno 2018 ed il I semestre 2019.

Fonte dei dati

Per l'indicatore "Tempo intercorso tra la chiamata al CUP e la presa in carico della donna" i dati sono rilevati dal sistema informativo aziendale Qlik-CUP selezionando:

- periodo riferito al contatto con il CUP tra il 01/01/2018 e il 31/12/2018 e tra il 01/01/2019 e il 30/06/2019;
- prestazione erogata "Primo colloquio percorso nascita" (cod. 89.26.8);
- regime di erogazione della prestazione: SSN;
- le prestazioni per cui è stato accettato il "primo posto libero".

La selezione non rileva eventuali primi colloqui non registrati a CUP poiché erogati come accesso diretto.

Per gli indicatori:

- "Percentuale di donne prese in carico dal Percorso Nascita che hanno ricevuto tra 5-8 visite prenatali";
- "Percentuale di donne aderenti al percorso nascita che ha ricevuto complessivamente tra le 2 e le 3 ecografie";

i dati, sono stati estratti dal flusso informativo del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP). La rilevazione – istituita dal Decreto del Ministro della sanità 16 luglio 2001, n.349 Regolamento recante "Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli

eventi di nascita, alla natimortalità ed ai nati affetti da malformazioni” – costituisce a livello nazionale la più ricca fonte di informazioni sanitarie, epidemiologiche e socio-demografiche relative all’evento nascita, rappresentando uno strumento essenziale per la programmazione sanitaria nazionale e regionale.

Per gli indicatori:

- “Percentuale di donne prese in carico prima della 12 settimana di gravidanza che hanno ricevuto tra 5-8 visite prenatali database “Percorso Nascita;
- “Percentuale di donne che hanno ricevuto visite post-natali sul totale delle donne seguite nel Percorso Nascita che hanno partorito”

La fonte dei dati è il database “Percorso Nascita – Rilevazione chiusura percorso” e sono considerate tutte le donne a basso/medio rischio e l’alto rischio territoriale nel periodo 2018 e I semestre 2019.

Per l’indicatore “Percentuale di donne basso/medio rischio visitate almeno una volta in puerperio dalla stessa ostetrica che le ha seguite nel periodo ante-partum” la fonte dati è il database “Percorso Nascita – Rilevazione chiusura percorso” e sono considerate tutte le donne a basso/medio rischio e l’alto rischio territoriale nel periodo 2018 e I semestre 2019. È stato valutato se la donna ha ricevuto almeno una visita dalla propria ostetrica di riferimento sul totale delle visite ricevute in puerperio.

Per l’indicatore “Percentuale di donne che hanno abbandonato il Percorso Nascita” la fonte dei dati è il database “Percorso Nascita – Rilevazione chiusura percorso” e sono state considerate tutte le schede compilate nel periodo 2018 e I semestre 2019. Il numero complessivo risulta diverso dal totale che hanno effettuato il primo colloquio poiché sono escluse le donne che hanno avuto una gravidanza esitata in aborto nel I trimestre o per le quali non risultava compilata la scheda.

Risultati

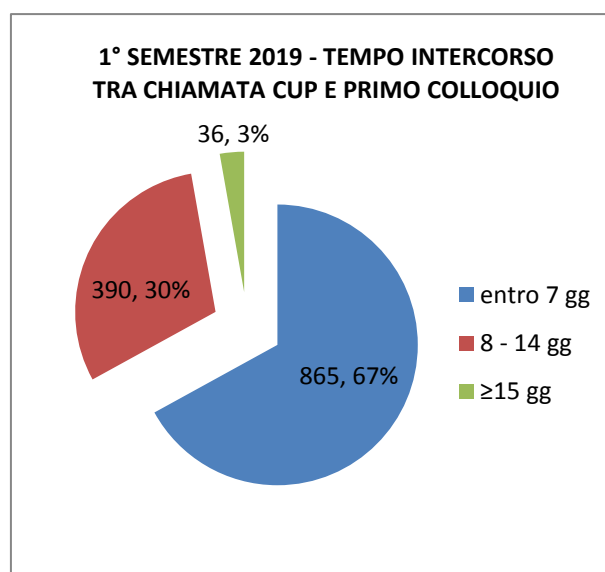
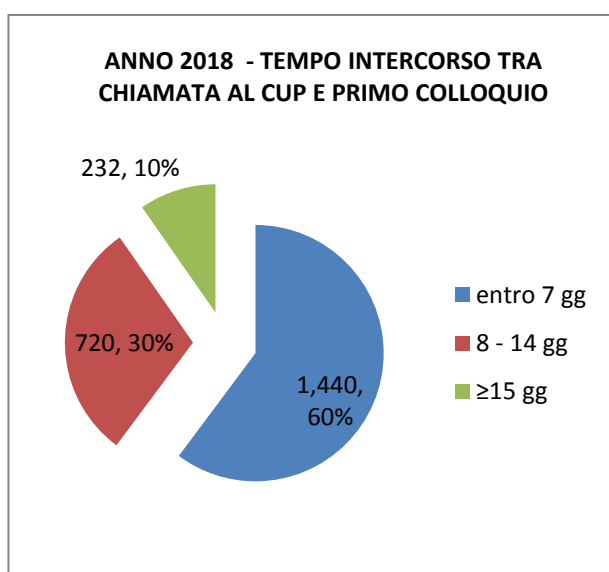
La raccolta e la ricognizione dei dati per il confronto tra i dati real world ed il Percorso Nascita adottato presso l'APSS della PAT, ha permesso di rilevare in che grado la pratica clinica è aderente al PDTA teorico. Di seguito si riporta l'analisi sviluppata distinta per le Fasi Ante-Partum e Puerperio del percorso.

Fase Ante-partum

Per la fase "Ante-partum" sono stati analizzati i seguenti indicatori relativi all'anno 2018 e 1° semestre 2019 al fine di valutare l'aderenza della pratica clinica al PDTA ideale.

Tempo intercorso tra la chiamata al CUP per il primo colloquio e la presa in carico della donna. Fase-Ante-partum

Descrizione indicatore	N. donne		% sul totale	
	2018	1° semestre 2019	2018	1° semestre 2019
Tempo intercorso tra la chiamata al CUP per il primo colloquio e la presa in carico della donna:				
Entro 7 giorni	1.440	865	60%	67%
Tra 8 e 14 giorni	720	390	30%	30%
Oltre i 14 giorni	232	36	10%	3%
Totale di donne prese in carico	2.392	1.291	100%	100%



Percentuale di donne prese in carico dal Percorso Nascita che hanno ricevuto tra 5-8 visite prenatali. Fase-Ante-partum.

Descrizione indicatore	2018	1° semestre 2019
Percentuale di donne prese in carico dal Percorso Nascita che hanno ricevuto tra 5-8 visite prenatali	85,2%	86,4%

Percentuale di donne prese in carico prima della 12 settimana di gravidanza che hanno ricevuto tra 5-8 visite prenatali. Fase-Ante-partum.

Descrizione indicatore	2018	1° semestre 2019
Percentuale di donne prese in carico prima della 12 settimana di gravidanza che hanno ricevuto tra 5-8 visite prenatali	88%	96%

Percentuale di donne aderenti al Percorso Nascita che ha ricevuto complessivamente tra le 2 e le 3 ecografie. Fase-Ante-partum.

Descrizione indicatore	2018	1° semestre 2019
Percentuale di donne aderenti al Percorso Nascita che ha ricevuto complessivamente tra le 2 e le 3 ecografie	52,4%	55,5%

Fase Intra-partum.

Per la fase intra-parto non sono stati definiti indicatori in quanto la presa in carico della donna nei diversi punti nascita non si differenzia in relazione alla tipologia di presa in carico della fase pre-parto.

Fase Puerperio

Per la valutazione dell'aderenza tra la pratica clinica e il PDTA teorico per la fase "Puerperio" sono stati analizzati i seguenti indicatori relativi all'anno 2018 e al 1° semestre 2019.

Percentuale di donne che hanno ricevute visite post-natali sul totale delle donne seguite nel Percorso Nascita che hanno partorito. Fase Puerperio.

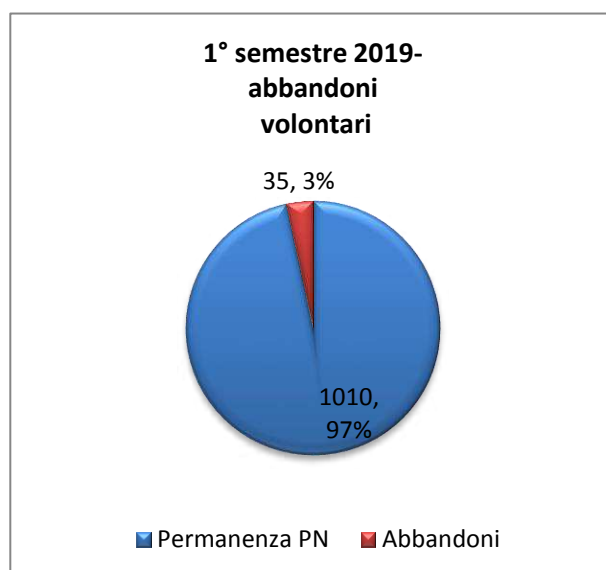
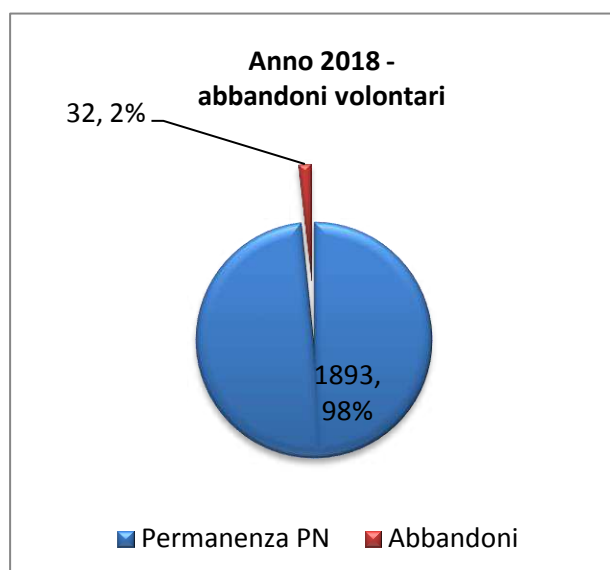
Descrizione indicatore	2018	1° semestre 2019
Percentuale di donne che hanno ricevute visite post-natali sul totale delle donne seguite nel Percorso Nascita che hanno partorito.	87%	91%

Percentuale di donne basso/medio rischio visitate almeno una volta in puerperio dalla stessa ostetrica che le ha seguite nel periodo ante-partum. Fase Puerperio.

Descrizione indicatore	2018	1° semestre 2019
Percentuale di donne basso/medio rischio visitate almeno una volta in puerperio dalla stessa ostetrica che le ha seguite nel periodo ante-partum	77,95%	78,13%

Percentuale di donne che hanno abbandonato il Percorso Nascita. Fase Puerperio

Descrizione indicatore	2018	1° semestre 2019
Percentuale di donne che hanno abbandonato il Percorso Nascita	2%	3%



Conclusioni

L'analisi è stata condotta facendo riferimento alle gravidanze con basso/medio rischio (escluse le donne classificate ad alto rischio) prese in carico nel periodo 2018 e nel 1° semestre 2019. Gli indicatori esaminati sono stati definiti sulla base dei contenuti del PDTA di APSS e sono stati distinti per fasi: pre-parto e puerperio; la fase intra-parto non è stata considerata in quanto la presa in carico della donna nei diversi punti nascita non si differenzia in relazione alla tipologia di presa in carico della fase pre-parto.

Gli indicatori analizzati evidenziano una buona risposta del percorso nascita alle richieste di accesso con una percentuale delle donne prese in carico entro 7 giorni dalla chiamata a CUP che aumenta nel 1° semestre 2019 (67%) se confrontata con l'anno 2018 (60%). La successiva presa in carico delle donne a basso e medio rischio seguite nel periodo ante-partum con il numero di visite previste da percorso mostra un trend crescente, facendo un focus sulle donne prese in carico prima della 12 settimana si rileva che nel 1° semestre 2019 il 96% ha ricevuto tra le 5 e le 8 visite prenatali. Per quanto riguarda il numero di ecografie ricevute dalle donne a basso/medio rischio aderenti al percorso nascita, si rileva un trend in incremento dal 2018 al 1° semestre 2019 di quelle che ricevono il numero di ecografie raccomandate dai livelli di assistenza.

Il percorso impatta positivamente anche nel periodo post-partum con una presa in carico complessiva della donna e del neonato attraverso le visite post-natali. In particolare la percentuale di donne seguite dal percorso nascita che hanno ricevuto le visite post-natali aumenta dal 87% del 2018 al 91% del 1° semestre 2019. In particolare, le donne che ricevono almeno una visita durante il puerperio da parte della stessa ostetrica che le ha seguite nella fase pre-partum sono circa il 78% stabile nei due periodi considerati.

Il grado di soddisfazione delle donne relativamente alla modalità di presa in carico garantita dal Percorso Nascita si evince anche dalla esigua percentuale di abbandoni volontari dal percorso.

Accordo di collaborazione scientifica ISS – APSS

Progetto “Valutazione dell’implementazione del modello Percorso Nascita nella Provincia Autonoma di Trento”

Confronto tra gli outcome rilevati prima della introduzione del Percorso Nascita con quelli registrati dalle donne che aderiscono al Percorso Nascita

- Deliverable 5.1 -

Dicembre 2019

Sommario

Elenco abbreviazioni.....	4
Executive summary	5
Progetto “Valutazione dell’implementazione del modello Percorso Nascita nella Provincia Autonoma di Trento”	5
Premessa	5
Obiettivo generale.....	5
D.5.1 Confronto tra gli outcome rilevati prima della introduzione del Percorso Nascita con quelli registrati dalle donne che aderiscono al Percorso Nascita	7
Obiettivo generale.....	7
Obiettivo documento	7
Metodi	7
Metodo di confronto per l’analisi.....	7
Caratteristiche della Popolazione:	8
Periodo di riferimento:.....	8
Fonte dati:	8
Analisi statistiche adottate.....	8
Analisi del grado di soddisfazione delle donne che sono state assistite nel Percorso Nascita	9
Risultati.....	11
Analisi dei dati di attività: confronto tra la casistica di nati/parti a basso e medio rischio del 2015 (No Percorso Nascita), con quella del 2017 e del 2018 (donne che hanno aderito al Percorso Nascita).....	11
Modalità del parto.....	11
Parti cesarei sul totale di donne con precedente cesareo	12
Nati pretermine (età gestazionale <37 settimane)	12
Nati con peso <2500 g e Nati con peso >4500 g	13
Numero di visite ostetriche prenatali.....	13
Numero di ecografie in gravidanza	14
Allattamento materno alla dimissione.....	14
Analisi del grado di soddisfazione delle donne che sono state assistite nel Percorso Nascita.....	15
Conclusioni e considerazioni	17
Allegato 1.....	19

Elenco abbreviazioni

APSS	Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
CEDAP	Certificato di assistenza al parto
CUP	Centro Unico Prenotazioni
HTA	Health Technology Assessment
ISS	Istituto Superiore di Sanità
LG	Linee guida
LP	Libera professione
MMG	Medici di Medicina Generale
NATHCARE	Networking Alpine Health for Continuity of Care
PAT	Provincia Autonoma di Trento
PLS	Pediatra di libera scelta
PN	Percorso Nascita
PP.AA.	Province Autonome
TC	Taglio cesareo
UU.OO.	Unità operative

Executive summary

Progetto “Valutazione dell’implementazione del modello Percorso Nascita nella Provincia Autonoma di Trento”

Premessa

Per rispondere ai bisogni della popolazione senza precludere un’elevata qualità dei servizi socio-sanitari e nel tentativo di migliorare l’assistenza alle donne in gravidanza rendendo più efficiente la presa in carico e la continuità assistenziale di un territorio a forte dispersione geografica di persone e servizi, la Provincia Autonoma di Trento (PAT) ha: adottato ulteriori iniziative di miglioramento in questo ambito assistenziale tenendo conto dei requisiti e standard definiti a livello nazionale e internazionale; avviato una serie di miglioramenti e attività volte al consolidamento delle iniziative di integrazione di questi servizi, servendosi della collaborazione e del coinvolgimento dei Medici di medicina generale-MMG, Pediatri di libera scelta-PLS e delle diverse UU.OO. di Neonatologia e Pediatria.

In accordo con le "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 parto cesareo" determinate in Accordo Stato-Regioni, PP.AA. di Trento e Bolzano del 16 Dicembre 2010 e, in linea con quanto sperimentato nel progetto NATHCARE (Networking Alpine Health for Continuity of Care), l’APSS ha riquilibrato il percorso nascita. L’APSS ha, infatti, posto l’accento sul percorso assistenziale per la donna dalla fase pre-concezionale al puerperio individuando la figura dell’ostetrica dedicata come “care manager” del percorso collaborando con tutte le altre figure professionali che dovrebbero intervenire nel percorso di nascita (MMG, Medico ginecologo, Pediatra di libera scelta ecc.) in funzione del grado di rischio rilevato al primo colloquio o nelle visite successive.

Obiettivo generale

Obiettivo generale del progetto è valutare l’impatto dell’implementazione del modello Percorso Nascita nella PAT, analizzando le diverse dimensioni dell’HTA (tra cui sicurezza, efficacia clinica, costi, aspetti organizzativi, sociali).

Obiettivo documento

Condurre un’analisi retrospettiva di confronto tra gli outcome registrati dalle donne prese in carico dal modello organizzativo antecedente l’introduzione del “Percorso Nascita” con i risultati registrati dalle donne che aderiscono al modello “Percorso Nascita”.

Attività

Il gruppo di lavoro APSS, avvalendosi del Servizio di Epidemiologia Clinica e Valutativa, ha condotto un’analisi di confronto utilizzando gli outcome selezionati attraverso la revisione della letteratura scientifica (Cochrane), calcolati per il 2015, anno in cui non era ancora stato introdotto il Percorso Nascita, e per il biennio 2017-2018, anni per cui è stata selezionata la casistica di donne residenti in Provincia di Trento con gravidanza a basso/medio rischio che abbiano partorito in uno dei punti nascita presenti sul territorio provinciale e/o a Feltre¹ e che abbiano aderito al Percorso Nascita.

¹ Convenzione tra APSS e presidio ospedaliero di Feltre - ULSS 1 Dolomiti.

Dall'analisi dei dati emerge che rispetto al modello di cura precedente, a seguito dell'introduzione del Percorso Nascita:

- Si sono ridotti:
 - a) Il numero di donne che esegue un numero uguale o inferiore a 4 visite prenatali;
 - b) Il numero di ecografie eseguite (che si attesa tra le 2 e le 3);
- I tagli cesarei confermano un trend in riduzione, anche nel caso di precedente cesareo;
- I neonati con alto o basso peso alla nascita registrano un trend in diminuzione;
- Il livello di soddisfazione da parte delle donne prese in carico nel percorso è molto alto (98,2% delle donne intervistate valuta complessivamente la presa in carico con il percorso nascita ottima/buona).

D.5.1 Confronto tra gli outcome rilevati prima della introduzione del Percorso Nascita con quelli registrati dalle donne che aderiscono al Percorso Nascita

Il percorso nascita è l'insieme delle cure fornite alla donna e a suo figlio dall'inizio della gravidanza al puerperio. Comprende l'assistenza pre e post-natale, ascolto e formazione, screening attraverso una gamma di servizi e professionisti che collaborano in rete per garantire il benessere della mamma, del neonato e della famiglia nel suo insieme. Il percorso consiste nella presa in carico e nella continuità assistenziale erogata da più operatori sanitari alla donna in gravidanza, allo scopo di standardizzare le attività, ottimizzare le risorse e le tempistiche e di ridurre la variabilità delle cure per una maggiore qualità dell'assistenza reale e percepita dalla paziente. L'assistenza avviene tramite un team di ostetriche che collabora con gli altri professionisti (MMG, PLS, ecc.), garantendo un'ostetrica di riferimento che si configura come il pianificatore e l'organizzatore dell'intero percorso. Vengono programmati durante la gravidanza degli incontri dove si erogano una serie di servizi (counseling genitoriale, visite ginecologiche, colloqui) fino ad arrivare al momento del parto (gestito dal team di ostetriche). Successivamente, durante il puerperio, viene assicurata l'assistenza sempre dallo stesso team di ostetriche che pianifica le visite di controllo e attiva gli specialisti necessari in caso di bisogno.

Obiettivo generale

Obiettivo generale del progetto è valutare l'impatto dell'implementazione del modello Percorso Nascita nella PAT, analizzando le diverse dimensioni dell'HTA (tra cui sicurezza, efficacia clinica, costi, aspetti organizzativi, sociali).

Obiettivo documento

Condurre un'analisi retrospettiva di confronto tra gli outcome registrati dalle donne prese in carico dal modello organizzativo antecedente l'introduzione del "Percorso Nascita" (anno 2015) con i risultati registrati dalle donne che aderiscono al modello "Percorso Nascita" (anni 2017-2018).

Metodi

Metodo di confronto per l'analisi

Il confronto tra il Percorso Nascita e il Percorso di assistenza precedente è stato svolto prendendo come parametri gli outcome selezionati dalla revisione sistematica della letteratura e disponibili nel documento del Deliverable A2.D2 "Revisione della Letteratura" del Progetto in oggetto. Tali outcome sono stati sottoposti al Gruppo di Lavoro,² che ha selezionato quali tra tutti fossero ritenuti interessanti per il confronto tra i due percorsi in APSS.

² Definizione degli outcome di interesse raccogliendo il parere di esperti clinici durante l'incontro del GdL del 17-09-2018.

Caratteristiche della Popolazione:

Il campione della popolazione oggetto del confronto è composto da tutte le donne residenti in Provincia autonoma di Trento con gravidanza a basso/medio rischio (escluse le donne classificate ad alto rischio) che abbiano partorito in uno dei punti nascita presenti sul territorio provinciale e/o a Feltre.³

Periodo di riferimento:

Gli anni dei parti di riferimento per lo studio sono stati il 2015, anno in cui non era ancora stato introdotto il Percorso Nascita, il 2017 ed il 2018, anni per cui è stata selezionata la casistica di donne che ha aderito al Percorso Nascita.

Fonte dati:

I dati real world relativi a:

- Modalità del parto (spontaneo, taglio cesareo elettivo, taglio cesareo in travaglio, strumentale);
- Parti cesarei sul totale di donne con precedente cesareo;
- Nati pretermine (età gestazionale <37 settimane);
- Nati con peso <2500 g;
- Nati con peso >4500 g;
- Numero di visite ostetriche prenatali;
- Numero di ecografie in gravidanza;
- Allattamento materno alla dimissione;
- Assessment della donna assegnato al primo colloquio;

sono stati ottenuti consultando il flusso informativo del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP). La rilevazione – istituita dal Decreto del Ministro della sanità 16 luglio 2001, n.349 Regolamento recante “Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla natimortalità ed ai nati affetti da malformazioni” – costituisce a livello nazionale la più ricca fonte di informazioni sanitarie, epidemiologiche e socio-demografiche relative all’evento nascita, rappresentando uno strumento essenziale per la programmazione sanitaria nazionale e regionale.

Analisi statistiche adottate

Per il raffronto tra le diverse annate (2017 vs. 2015 e 2018 vs. 2015) sono state confrontate le proporzioni delle casistiche annuali secondo le modalità delle seguenti variabili prese in esame:

- Modalità del parto (spontaneo, taglio cesareo elettivo, taglio cesareo in travaglio, strumentale);
- Parti cesarei sul totale di donne con precedente cesareo;
- Nati pretermine (età gestazionale <37 settimane);
- Nati con peso <2500 g;
- Nati con peso >4500 g;
- Numero di visite ostetriche prenatali;
- Numero di ecografie in gravidanza;

³ Convenzione tra APSS e presidio ospedaliero di Feltre - ULSS 1 Dolomiti.

- Allattamento materno alla dimissione.

La significatività delle differenze è stata analizzata con il test del Chi quadrato, considerando significativo un p -value $\leq 0,05$.

Analisi del grado di soddisfazione delle donne che sono state assistite nel Percorso Nascita

Lo strumento

Ci si è avvalsi di due questionari on-line sulla valutazione, qualità e soddisfazione delle cure prenatali, il primo sperimentale, utilizzato nella fase pilota, il secondo definitivo durante la fase di validazione. Il primo strumento si componeva di 40 item, di cui i primi 36 strutturati con una scala Likert composta da 5 modalità (1=totalmente in disaccordo, 2=in disaccordo, 3=né in disaccordo né in accordo, 4=in accordo, 5=totalmente in accordo); gli item 7, 8, 9 e 29 erano da considerarsi reverse-item ed in fase di elaborazione dati, il punteggio è stato ricalcolato secondo la scala Likert sopra citata. La totalità dei quesiti ha indagato 6 aree d'interesse (sezioni del questionario): 1) Condivisione delle informazioni; 2) Approccio da parte dei professionisti sanitari; 3) Disponibilità da parte del servizio e del personale sanitario; 4) Supporto e rispetto; 5) Preparazione alla gravidanza e al momento parto; 6) Organizzazione del sistema. Gli ultimi 4 item riguardano il giudizio complessivo della presa in carico, dell'esperienza con il Percorso Nascita, la modalità con cui la donna era venuta a conoscenza del progetto "Percorso Nascita" e se la donna consiglierebbe o meno ad un'amica di aderire al progetto sulla base della sua pregressa esperienza. Per 13 dei primi 36 item la risposta era richiesta differenziando per operatore sanitario: medico ginecologo, medico ecografista ed ostetrica.

Il questionario definitivo si compone di 38 item. La stratificazione per operatore sanitario è stata mantenuta per soli 2 item.

Partecipanti

Le partecipanti allo studio sono state le neo-mamme, seguite in gravidanza da uno dei professionisti sanitari del Percorso Nascita in provincia di Trento, che hanno compilato il questionario di valutazione, qualità e soddisfazione delle cure prenatali nel periodo 14 dicembre 2017 – 8 febbraio 2018 (*fase pilota*, $n=360$) e quelle che hanno compilato il questionario di valutazione, qualità e soddisfazione delle cure prenatali nel periodo 14 febbraio 2018 – 2 agosto 2019 (*fase di validazione*, $n=797$).

Analisi statistiche

Le analisi statistiche sono state condotte con il programma statistico SAS System 9.1.3. (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA). Gli item sono stati misurati attraverso una scala con 5 categorie e le distribuzioni evidenziano uno spiccato andamento di non normalità. Tutti i valori evidenziano un'asimmetria per ciascun item. È stato applicato il test di normalità (W) di Shapiro e Wilk che ha confermato che tutte le variabili (item) hanno una distribuzione significativamente diversa dalla normale. Considerando i singoli item quali variabili ordinali, sono state calcolate media e deviazione standard. Considerando i singoli item quali variabili categoriali ne è stata calcolata la distribuzione di frequenze assolute e percentuali. Per gli item per cui era prevista una stratificazione per professionista sanitario coinvolto nella gravidanza della donna (medico ginecologo, medico ecografista e ostetrica), sono state analizzate le differenze nelle distribuzioni percentuali attraverso il test del Chi quadrato con correzione di Yates (significatività con p -value $\leq 0,05$).

Per ciascuna delle 6 sezioni del questionario è stato calcolato l' α di Cronbach, sia nella fase pilota che nella fase di validazione del questionario: in questa fase d'analisi si sono tenuti i soli record per cui erano presenti tutte le risposte relative ad ogni sezione. Inoltre, è stata calcolata la correlazione multipla tra ciascun item e tutti gli altri, con i dati ottenuti dalla fase pilota, per individuare eventuali correlazioni significative tra coppie di variabili, in modo da eliminare item ridondanti. In questa analisi è stato utilizzato il criterio per cui una correlazione è considerata significativa quando il coefficiente di correlazione fosse maggiore di 0.30 (Nunnally & Bernstein, 1994). È stata infine condotta un'analisi fattoriale utilizzando il metodo dei minimi residui sulla matrice di correlazione in modo da determinare il modello che meglio descrive i dati; si è ritenuto opportuno apportare una rotazione Varimax. Per la scelta del numero dei fattori è stato scelto il criterio degli autovalori maggiori o uguali ad 1.

Risultati

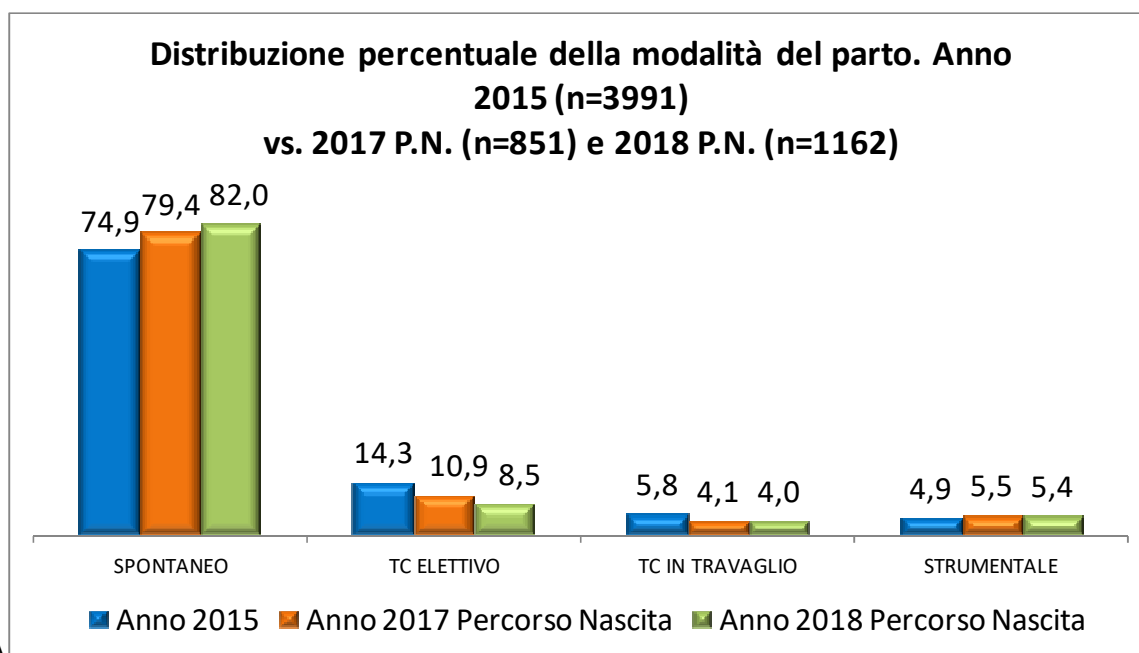
Analisi dei dati di attività: confronto tra la casistica di nati/parti a basso e medio rischio del 2015 (No Percorso Nascita), con quella del 2017 e del 2018 (donne che hanno aderito al Percorso Nascita).⁴

Modalità del parto

In prima istanza, si è analizzata la distribuzione percentuale della modalità del parto (spontaneo, taglio cesareo elettivo, taglio cesareo in travaglio e parto strumentale) mettendo a confronto i 3.991 parti registrati nel 2015 prima dell'introduzione del Percorso Nascita con gli 851 parti registrati nel 2017 ed i 1.162 parti registrati nel 2018, effettuati dalle donne che hanno aderito al Percorso Nascita.

Dai dati analizzati emerge:

- Un incremento percentuale dei parti spontanei nelle donne che hanno aderito al Percorso Nascita;
- Una riduzione dei tagli cesarei (TC) sia elettivi che in fase di travaglio nelle donne provenienti dal Percorso Nascita;
- Un lieve incremento dei parti strumentali nel caso di Percorso Nascita.



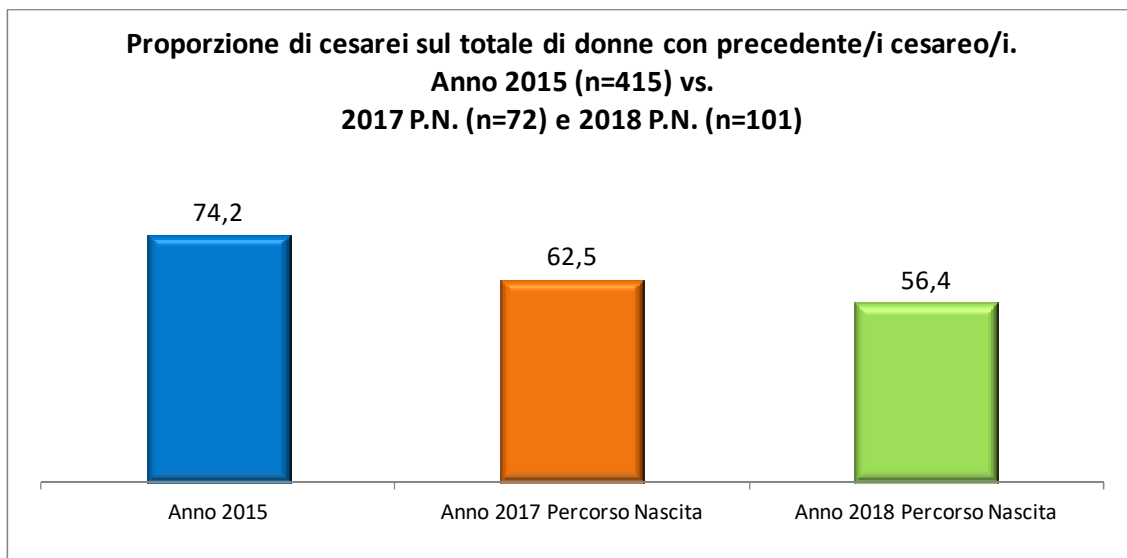
Confronto 2015 vs. 2017: *p*-value del test Chi quadrato = 0,008

Confronto 2015 vs. 2018: *p*-value del test Chi quadrato < 0,0001

⁴ Analisi condotta dal Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa dell'APSS.

Parti cesarei sul totale di donne con precedente cesareo

Facendo un focus sui tagli cesarei, è stata esaminata la proporzione di numero di cesarei eseguiti sul totale di donne con almeno un precedente taglio cesareo (Anno 2015 = 308/415 vs Anno 2017 = 45/72 e Anno 2018 = 57/101); si evince un trend in riduzione dal 2015 (74,2%) al 2018 (56,4%) (Percorso Nascita).

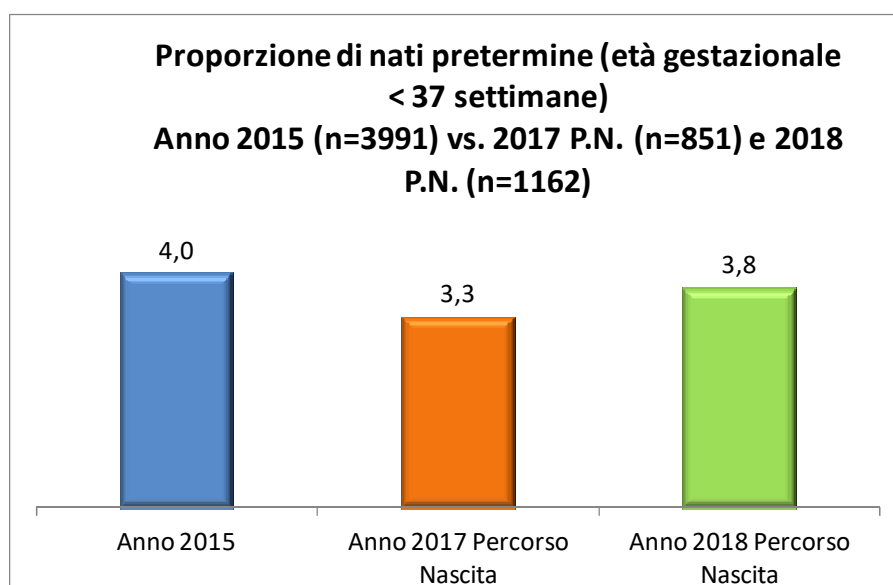


Confronto 2015 vs. 2017: *p-value del test Chi quadrato* = 0,040

Confronto 2015 vs. 2018: *p-value del test Chi quadrato* <0,001

Nati pretermine (età gestazionale <37 settimane)

Si rileva una riduzione non statisticamente significativa della proporzione di nati pre-termine, ovvero neonati con età gestazionale < 37 settimane, nelle donne che hanno aderito al percorso nascita (anni 2017-2018) rispetto al 2015.

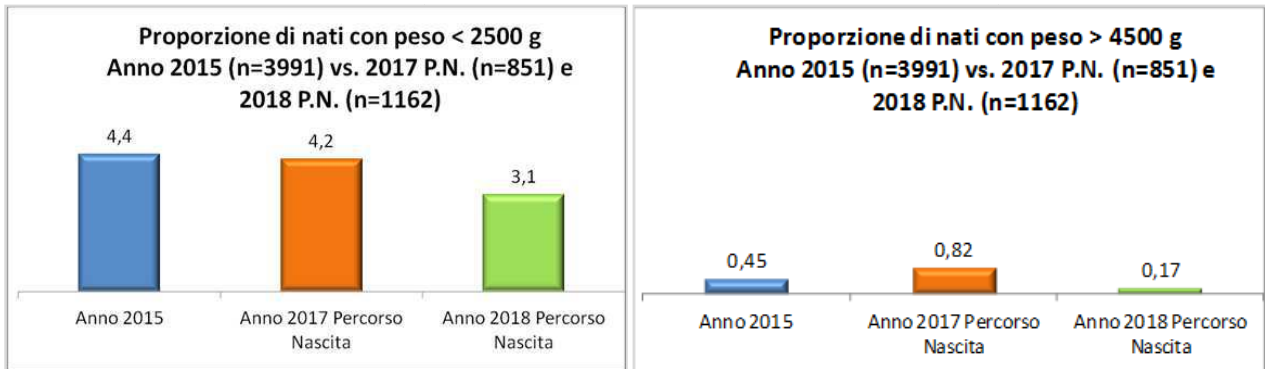


Confronto 2015 vs. 2017: *p-value del test Chi quadrato* = 0,309

Confronto 2015 vs. 2018: *p-value del test Chi quadrato* = 0,704

Nati con peso <2500 g e Nati con peso >4500 g

Relativamente il peso alla nascita del neonato, confrontando l'anno 2015 rispettivamente con il 2017 ed il 2018, emerge che la proporzione di neonati con peso inferiore a 2.500 g è in riduzione: il confronto è statisticamente significativo solo confrontando l'outcome tra l'anno 2015 e l'anno 2018. La percentuale di neonati con peso maggiore a 4.500 g non presenta differenze significative tra i nati da madri che hanno aderito al percorso nascita (2017 e 2018) e quelli partoriti nel 2015.



Confronto 2015 vs. 2017: *p-value* del test Chi quadrato = 0,841

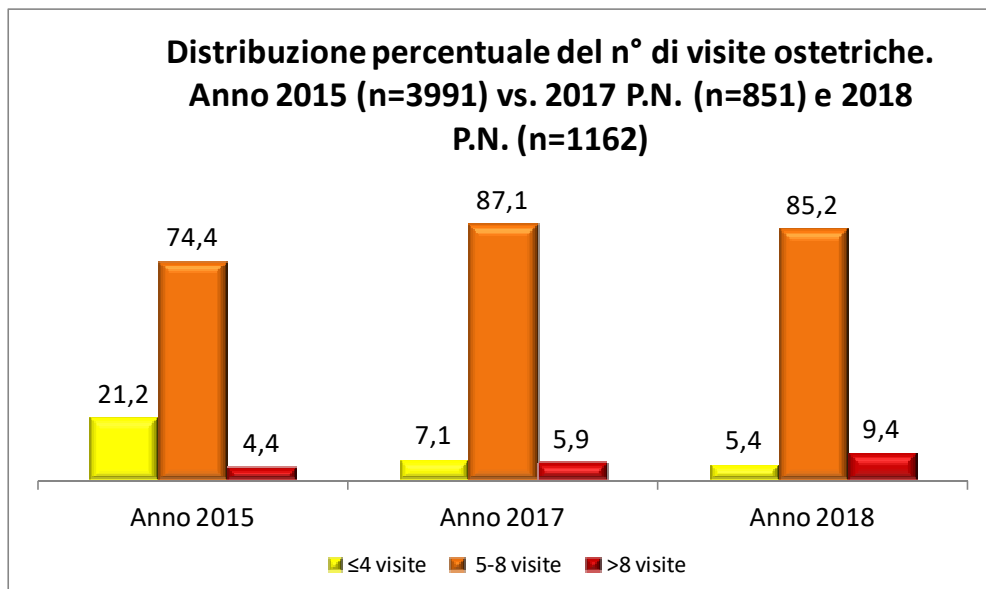
p-value del test Chi quadrato = 0,170

Confronto 2015 vs. 2018: *p-value* del test Chi quadrato \leq 0,05

p-value del test Chi quadrato = 0,178

Numero di visite ostetriche prenatali

L'analisi della distribuzione delle visite ostetriche prenatali evidenzia una riduzione significativa del numero di donne che hanno avuto un numero minore o uguale a 4 visite nel periodo della gravidanza.

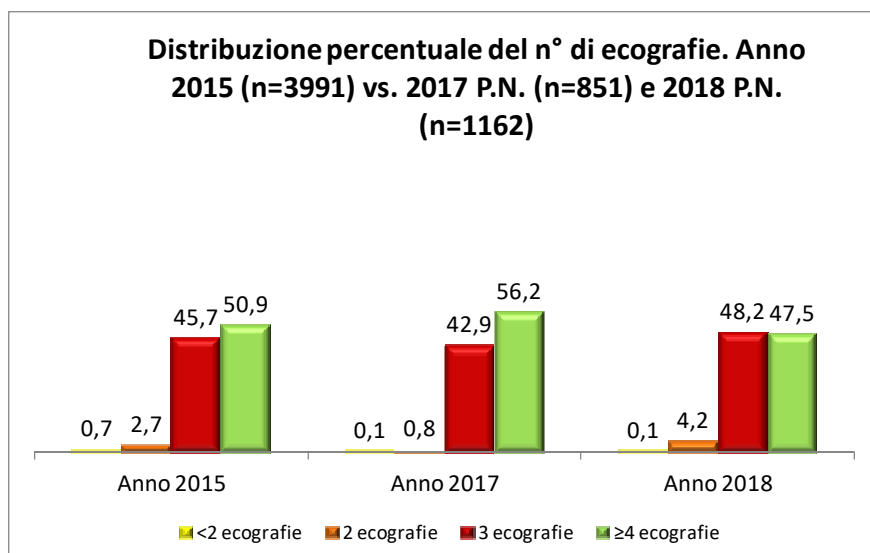


Confronto 2015 vs. 2017: *p-value* del test Chi quadrato < 0,0001

Confronto 2015 vs. 2018: *p-value* del test Chi quadrato < 0,0001

Numero di ecografie in gravidanza

La distribuzione percentuale del numero di ecografie in gravidanza evidenzia, nel confronto tra la casistica del 2015 e quella del 2018, un aumento significativo del numero di donne che eseguono 2 e 3 ecografie.

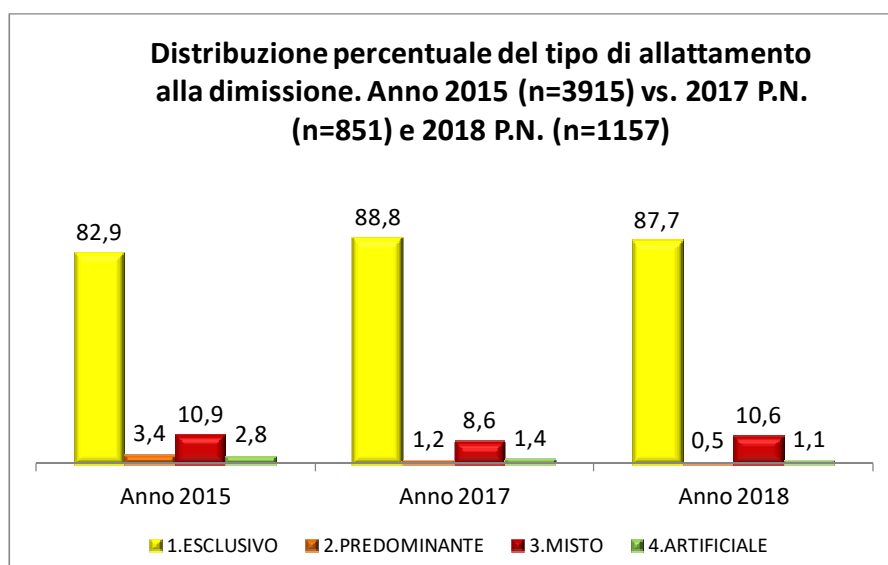


Confronto 2015 vs. 2017: *p*-value del test Chi quadrato < 0,001

Confronto 2015 vs. 2018: *p*-value del test Chi quadrato < 0,001

Allattamento materno alla dimissione.

Relativamente l'allattamento materno alla dimissione, si osserva un aumento fortemente significativo della quota di donne che allattano al seno in modo esclusivo: dall'82,9% relativo alla casistica del 2015, si è passati a valori tendenti al 90% per gli anni 2017 e 2018, con un dimezzamento della proporzione di donne che non allattano.



Confronto 2015 vs. 2017: *p*-value del test Chi quadrato < 0,0001

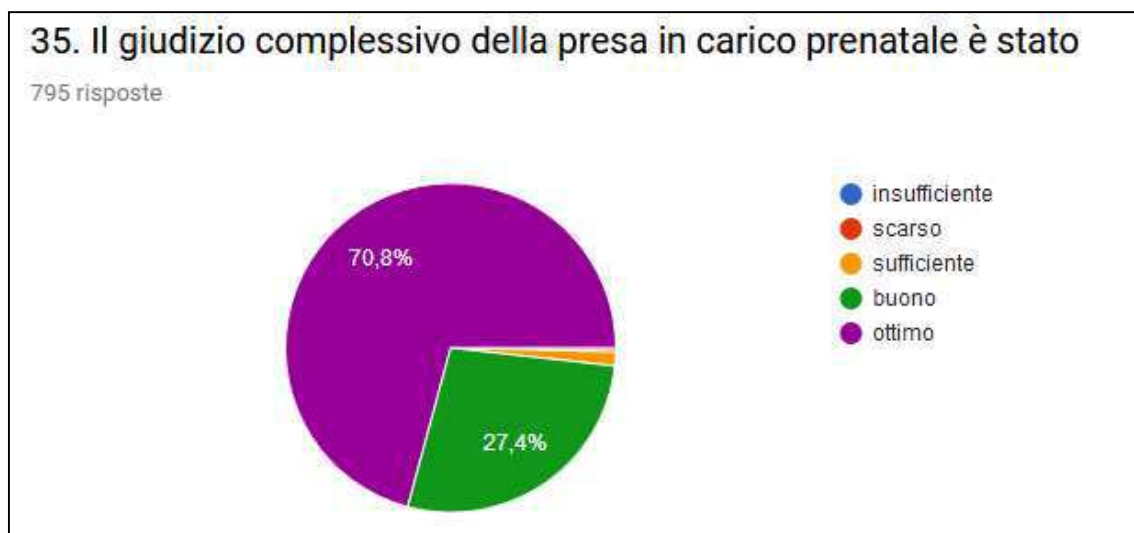
Confronto 2015 vs. 2018: *p*-value del test Chi quadrato < 0,0001

Analisi del grado di soddisfazione delle donne che sono state assistite nel Percorso Nascita

Per verificare il grado di soddisfazione delle donne che hanno aderito al Percorso Nascita della PAT, l'APSS ha strutturato un questionario di gradimento, anonimo, che viene somministrato alle neo-mamme alla fine del ricovero. I risultati raccolti fino al 2 agosto 2019 sono relativi a 797 questionari pari alle donne rispondenti. Si allegano al presente documento i risultati elaborati dal Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa dell'APSS per ciascuna variabile (Allegato 1)⁵.

Di seguito si riportano i tre quesiti che sintetizzano il grado di soddisfazione delle donne relativamente al Percorso Nascita a livello globale:

Giudizio complessivo sull'esperienza della gravidanza assistita con il Percorso Nascita

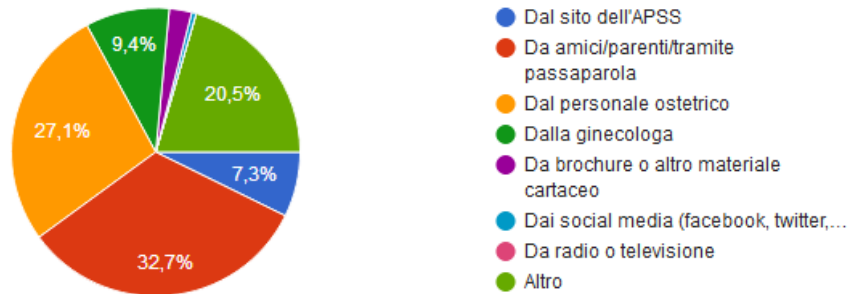


⁵ Analisi condotta dal Servizio di Epidemiologia Clinica e Valutativa dell'APSS, aggiornato al 02 agosto 2019.

Modalità tramite cui la donna è venuta a conoscenza del Percorso Nascita

37. Come sei venuta a conoscenza del Progetto "Percorso Nascita"?

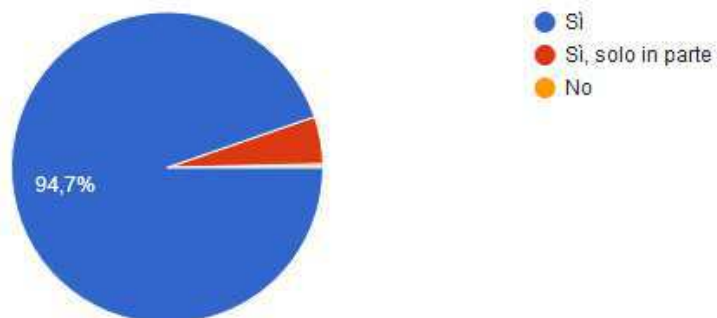
796 risposte



In base all'esperienza personale consiglierebbe il Percorso Nascita?

38. In base alla tua esperienza, consiglieresti ad un'amica di aderire al Progetto "Percorso Nascita"?

794 risposte



Conclusioni e considerazioni

L'analisi è stata condotta mettendo a confronto i dati relativi all'anno 2015, anno in cui non era ancora stato introdotto il Percorso Nascita, con quelli relativi alle donne che hanno aderito al Percorso Nascita nel biennio 2017-2018. L'analisi mostra che l'introduzione del Percorso Nascita ha portato ad un appropriato ricorso alle prestazioni previste per il corretto monitoraggio della gravidanza; infatti, si evidenzia una riduzione della percentuale di donne che hanno ricevuto un numero uguale o inferiore a 4 visite prenatali, mentre è aumentata la percentuale di donne che eseguono 2 o 3 ecografie. Gli indicatori relativi alla modalità di parto confermano, come atteso, il trend in riduzione del numero di cesarei come avviene per tutte le donne prese in carico dai punti nascita trentini. Questo trend in decremento viene confermato anche per le donne che presentano un pregresso taglio cesareo. I dati mostrano una esigua percentuale di prematuri nati nel biennio 2017-2018 anche se il dato non è statisticamente significativo se correlato con l'anno 2015, periodo antecedente il percorso nascita, che si affianca ad una riduzione di nati con basso o alto peso alla nascita dovuto al programma di visite prenatali.

Alla dimissione dopo il parto, le donne scelgono l'allattamento esclusivo al seno con valori prossimi al 90%.

Inoltre, è elevato il grado di soddisfazione delle donne che hanno aderito al percorso nascita come rilevato attraverso specifico questionario di soddisfazione somministrato a 797 neo-mamme.

La valutazione complessiva degli indicatori analizzati mostra un trend complessivamente positivo in linea con i risultati attesi da un approccio multidisciplinare. In un'ottica di miglioramento continuo della qualità saranno oggetto di audit interno le criticità che dovessero emergere dal monitoraggio continuo di tutte le fasi del percorso.

Allegato 1

Risultati al questionario di gradimento sul Percorso Nascita della APSS (797 donne rispondenti).

1
totalmente
in disaccordo

2
in disaccordo

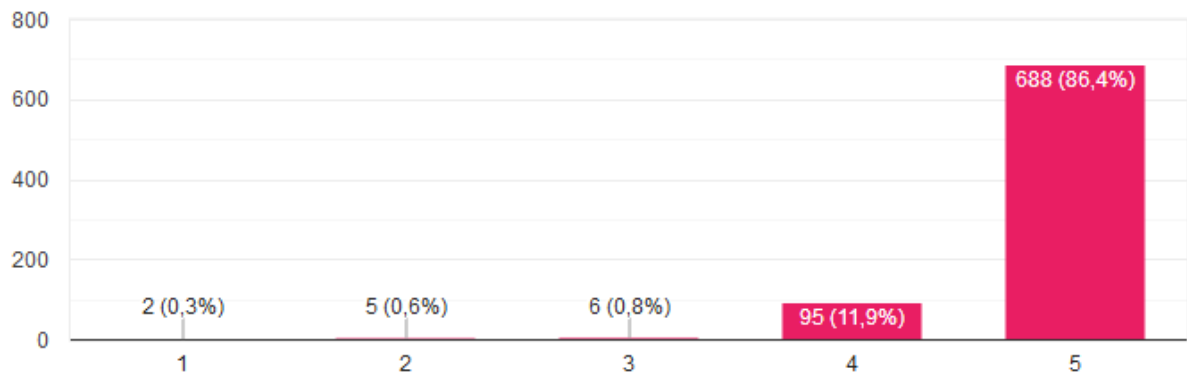
3
né in disaccordo
né in accordo

4
in accordo

5
totalmente
in accordo

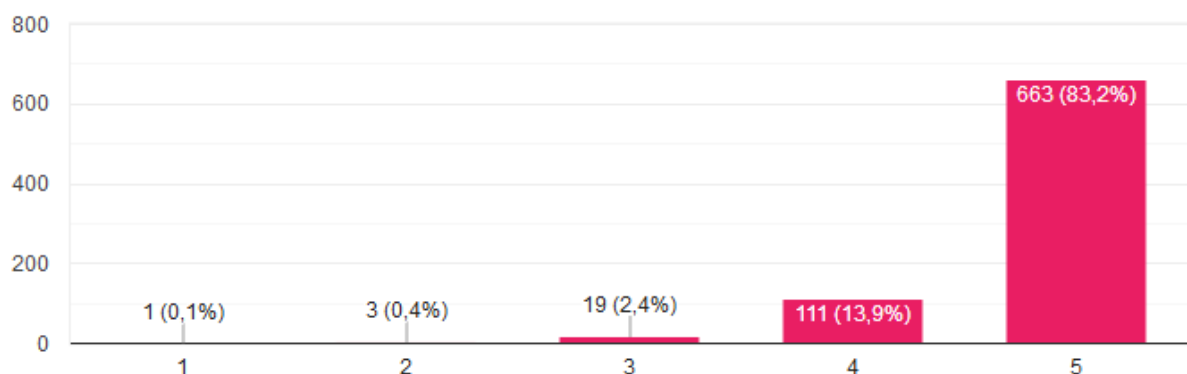
1. Mi sono state date adeguate informazioni circa esami e visite prenatali da svolgere in gravidanza

796 risposte



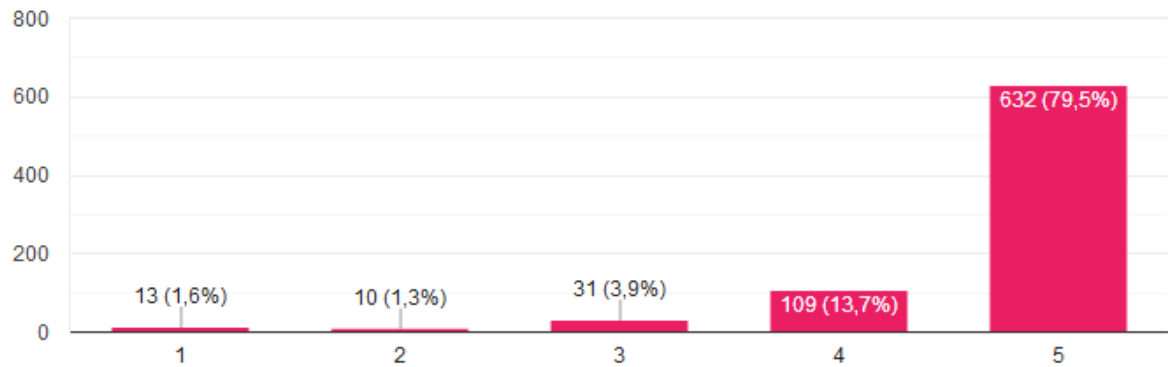
2. Ho ricevuto sufficienti informazioni sull'andamento della mia gravidanza

797 risposte



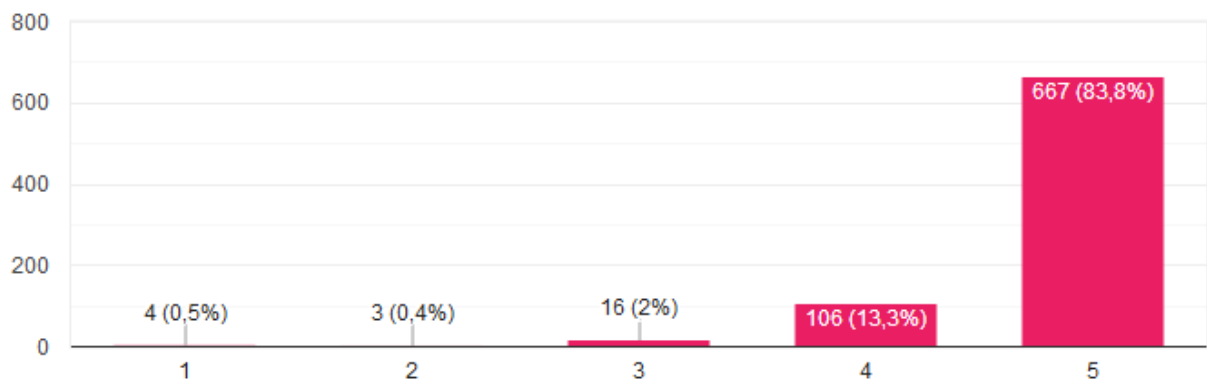
3. Mi sembra che siano stati indagati adeguatamente eventuali problemi legati alla mia gravidanza

795 risposte



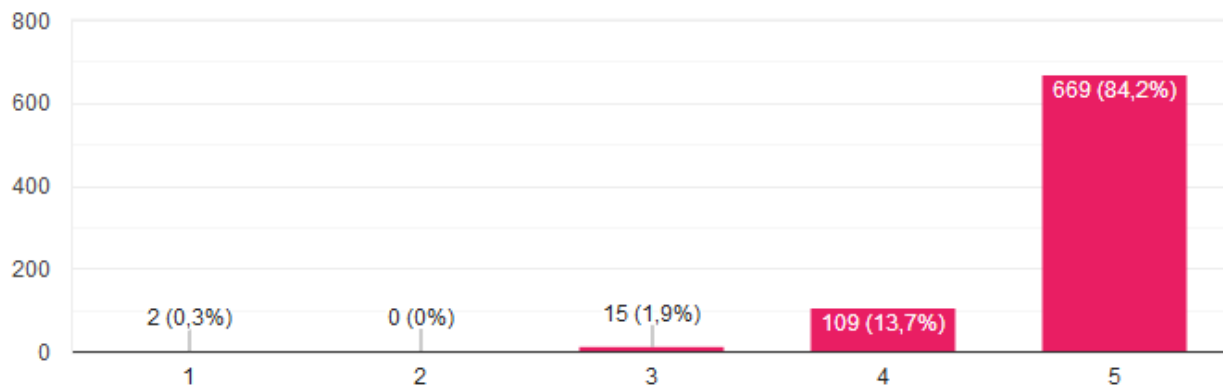
4. I risultati degli esami e delle analisi svolti mi sono stati illustrati in maniera comprensibile

796 risposte

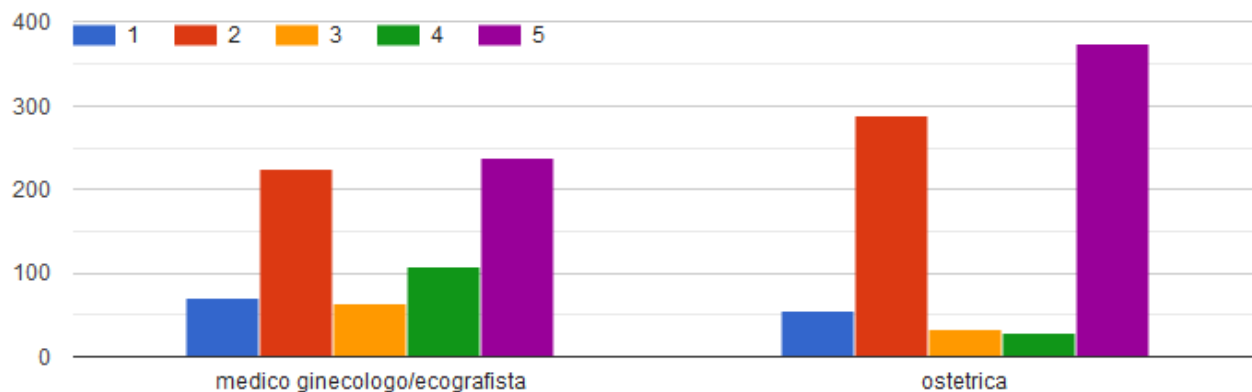


5. Ho compreso appieno il perché mi sono stati prescritti esami laboratoristici ed esami strumentali della gravidanza

795 risposte

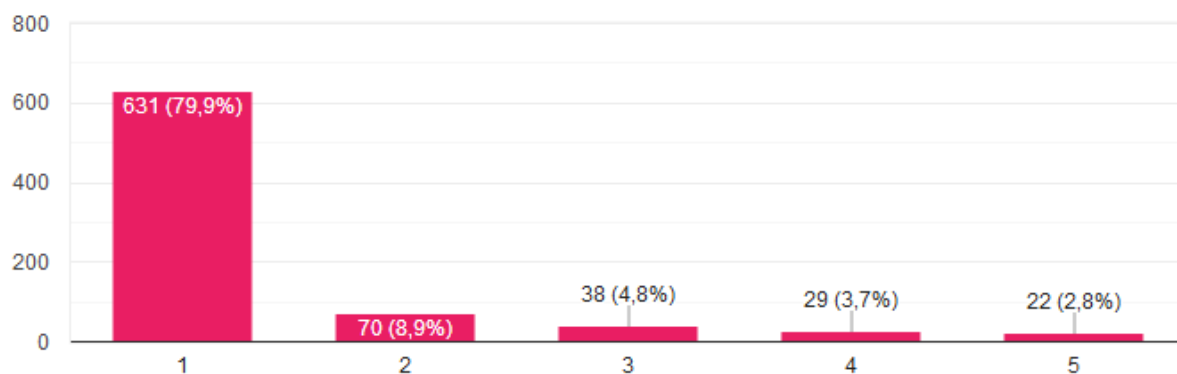


6. I professionisti coinvolti nella mia gravidanza hanno risposto chiaramente alle mie domande



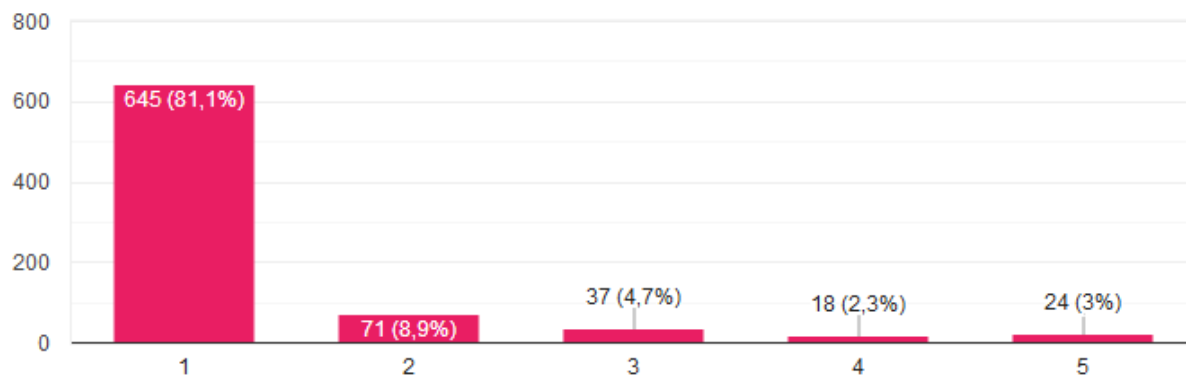
7. I professionisti coinvolti nella mia gravidanza hanno dimostrato un atteggiamento brusco

790 risposte



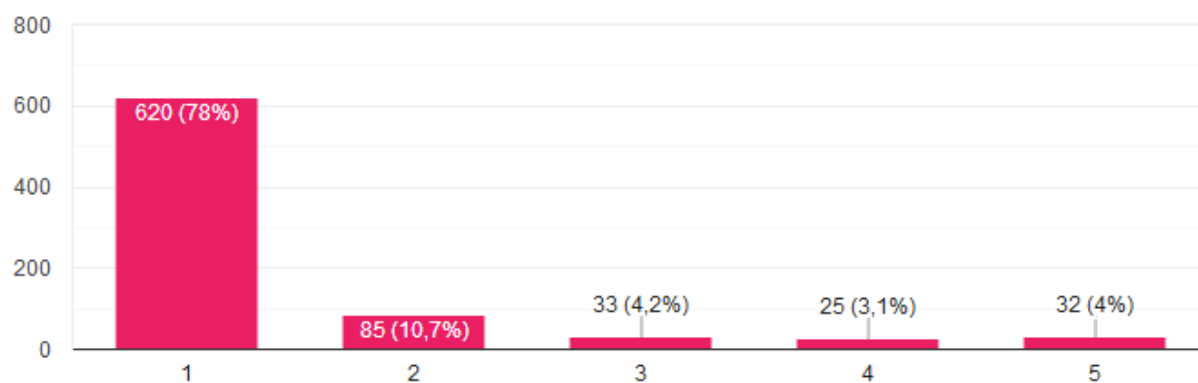
8. I professionisti coinvolti nella mia gravidanza mi hanno messo fretta durante le visite

795 risposte



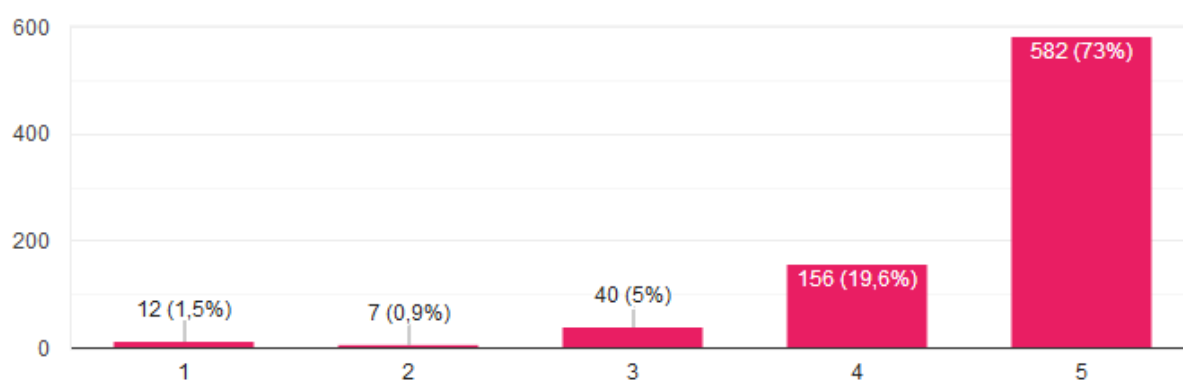
9. Ho avuto paura/imbarazzo nel fare domande ai professionisti coinvolti nella mia gravidanza

795 risposte



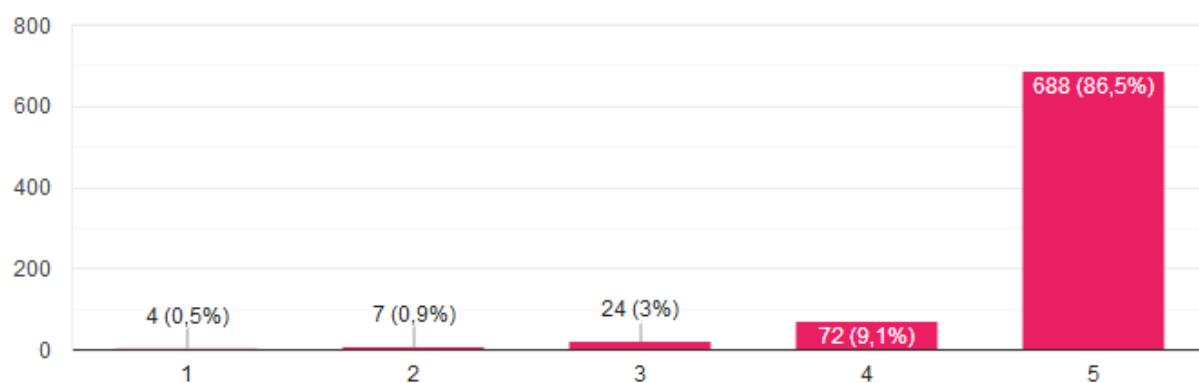
10. La durata delle visite con i professionisti coinvolti nella mia gravidanza mi è sembrata sufficiente

797 risposte



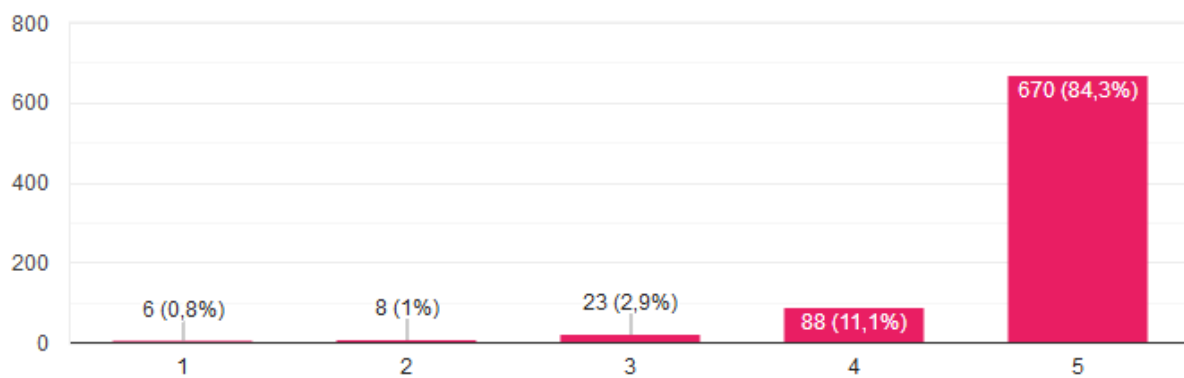
11. Sapevo come contattare la mia ostetrica/medico

795 risposte



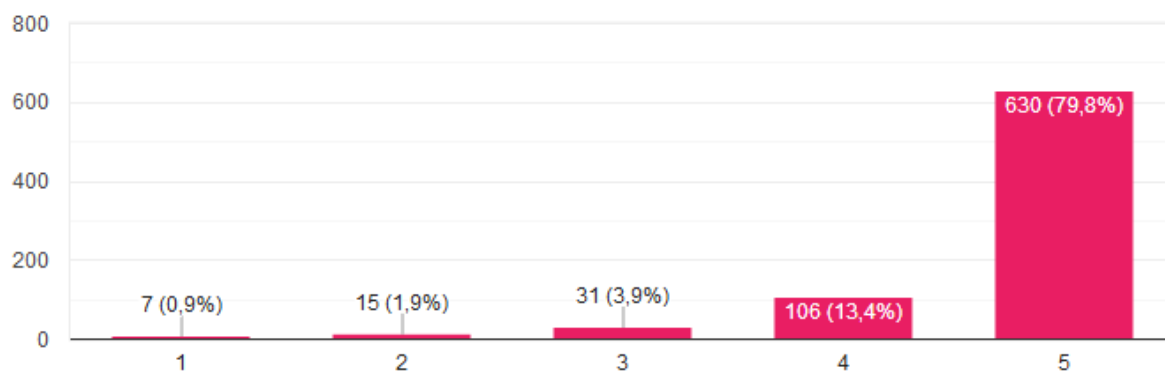
12. Qualcuno ha risposto sempre alle mie chiamate/e-mail

795 risposte



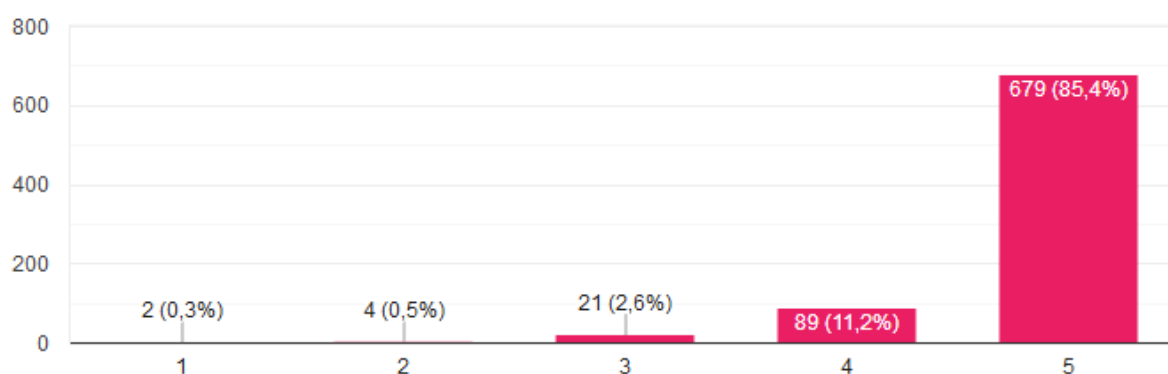
13. Ho sempre potuto rintracciare di persona qualcuno presso l'ambulatorio in caso di bisogno

789 risposte



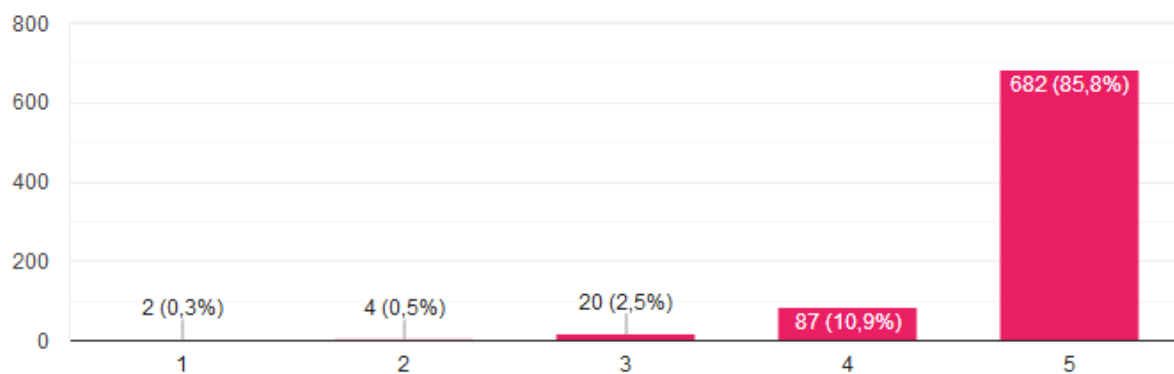
14. I professionisti coinvolti nella mia gravidanza hanno avuto rispetto delle mie conoscenze e delle mie esperienze

795 risposte

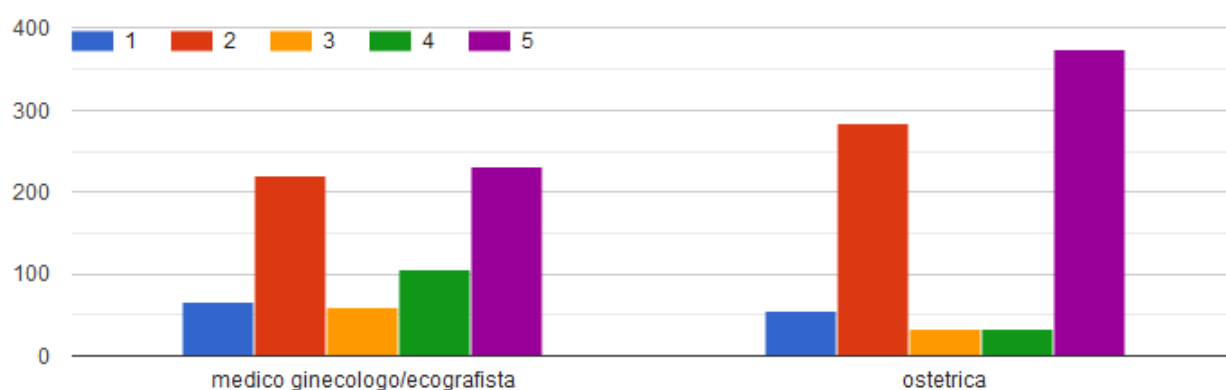


15. I professionisti coinvolti nella mia gravidanza hanno avuto rispetto delle mie decisioni

795 risposte

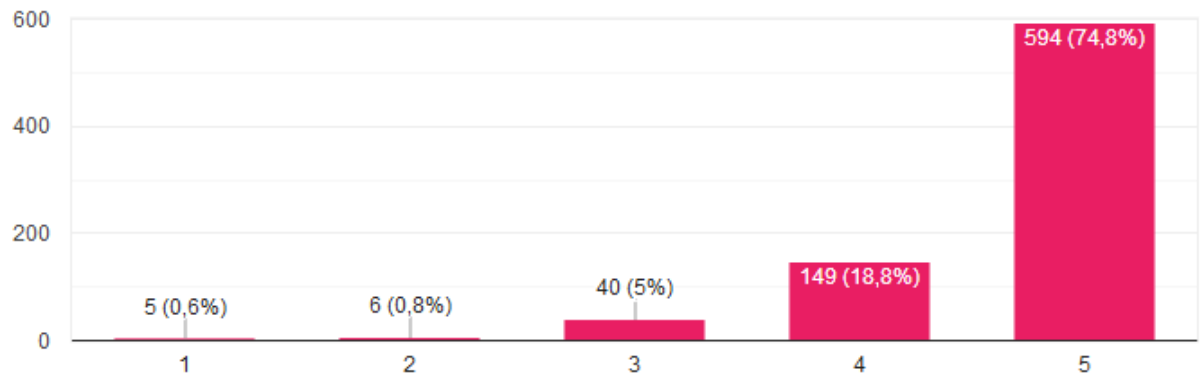


16. I professionisti coinvolti nella mia gravidanza hanno preso in considerazione le mie preoccupazioni



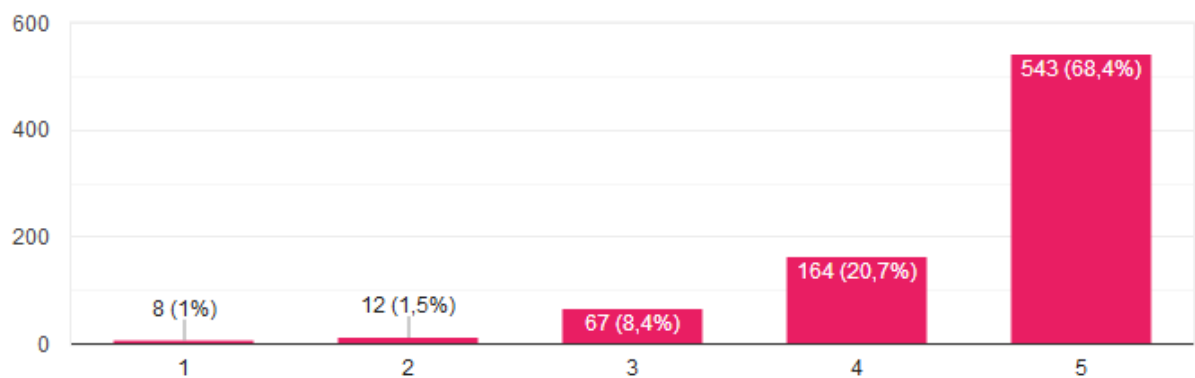
17. I professionisti coinvolti nella mia gravidanza hanno dedicato del tempo per parlare delle mie aspettative nei confronti del travaglio e del parto preparandomi in modo adeguato

794 risposte



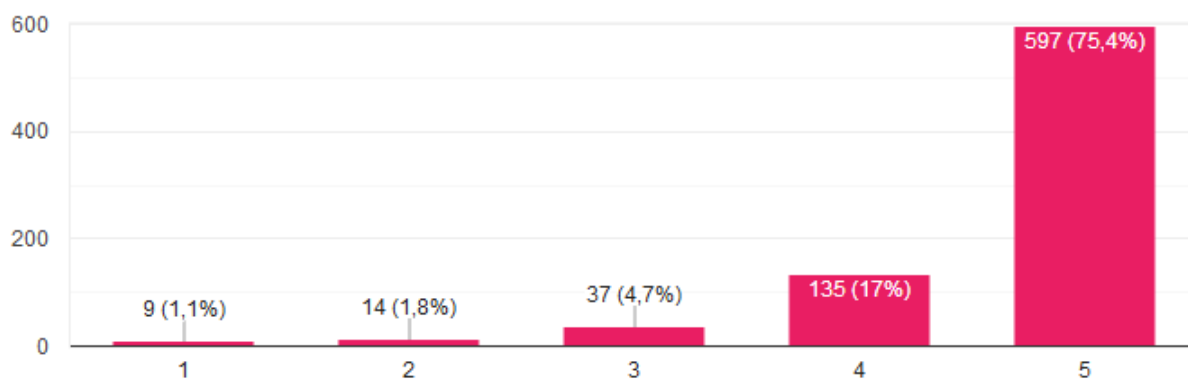
18. I professionisti coinvolti nella mia gravidanza hanno dedicato del tempo per chiedere quali fossero le cose importanti per me

794 risposte



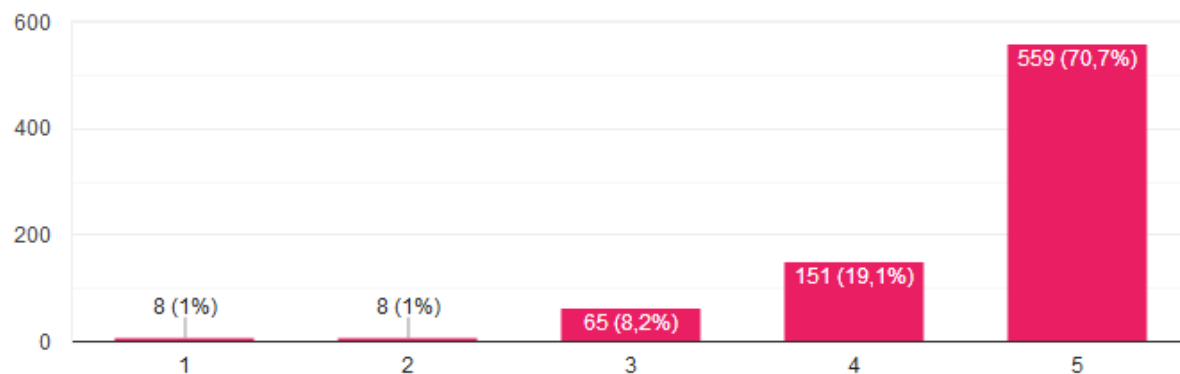
19. Ho ricevuto sufficienti informazioni circa l'allattamento

792 risposte



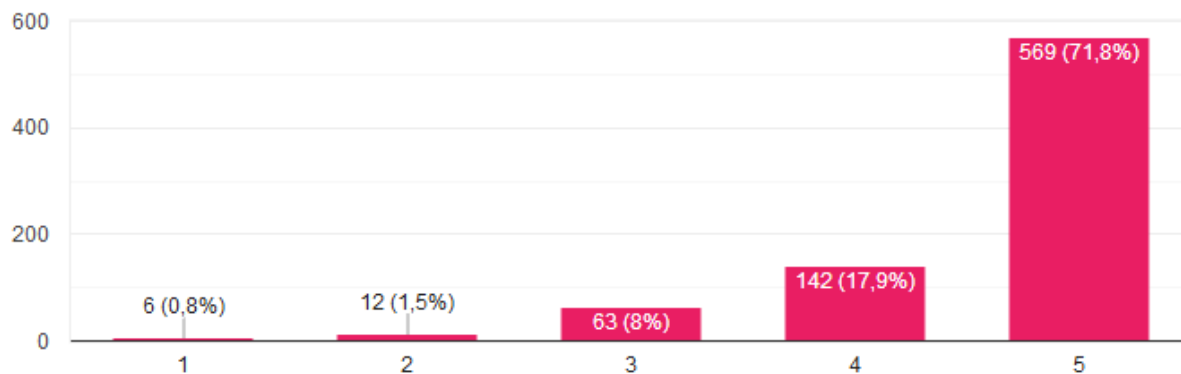
20. Ho ricevuto adeguate informazioni circa la sicurezza dello svolgimento di attività fisica moderata in gravidanza

791 risposte



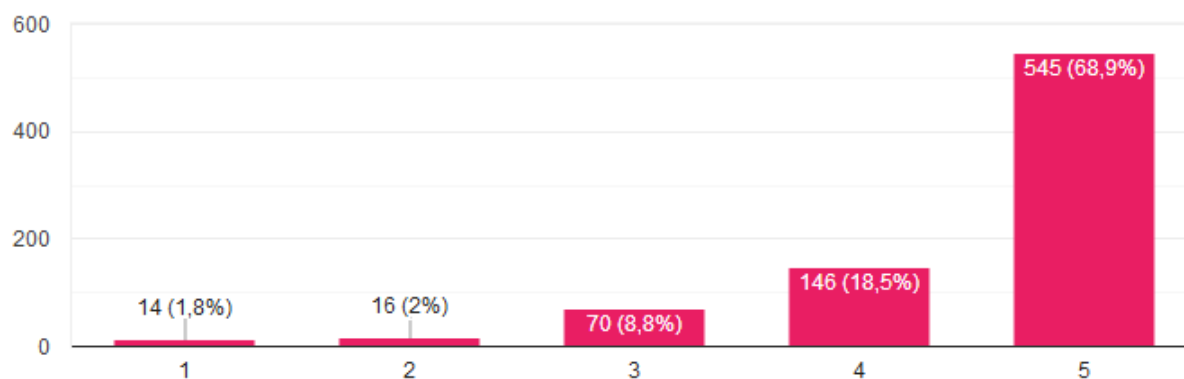
21. Ho ricevuto adeguate informazioni circa la dieta da seguire in gravidanza

792 risposte



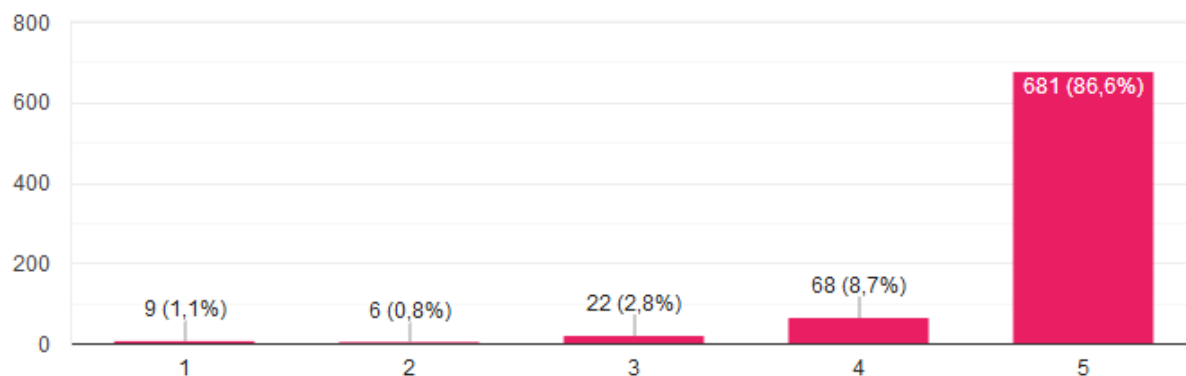
22. Sono stata indirizzata a servizi/iniziative del territorio utili per me

791 risposte



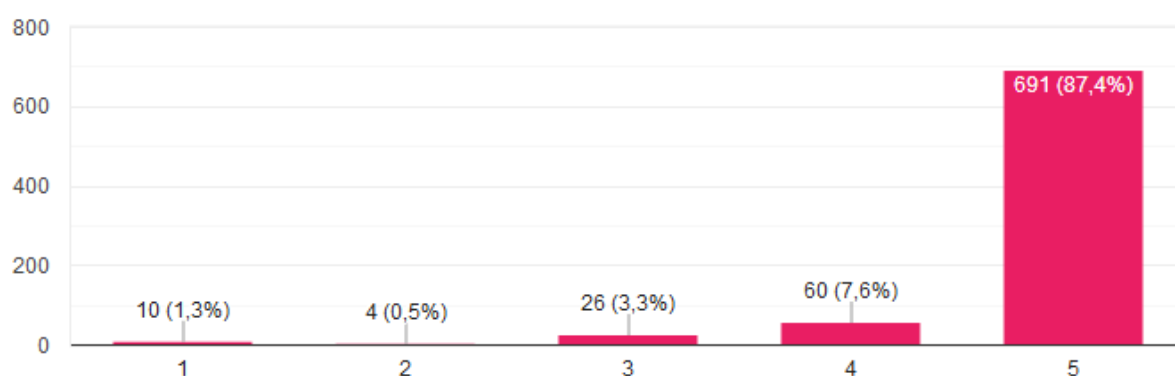
23. Ho ricevuto adeguate informazioni circa l'assunzione di alcol in gravidanza

786 risposte



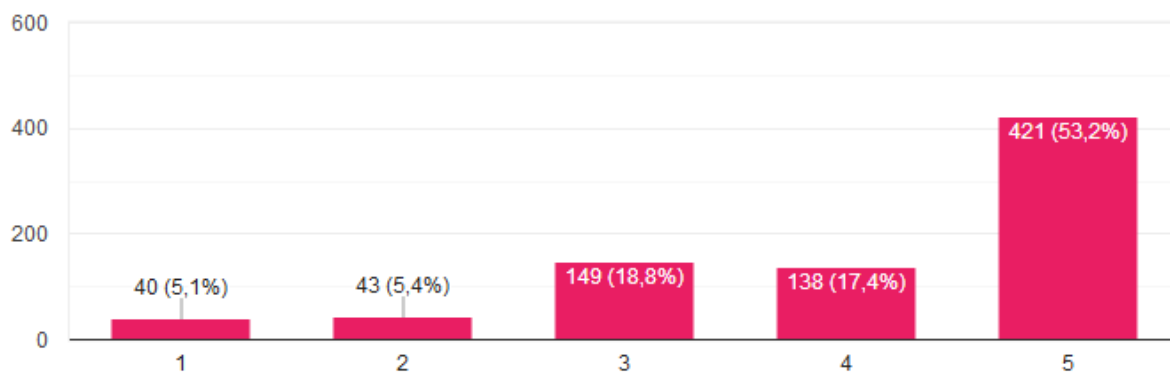
24. Ho ricevuto adeguate informazioni circa l'abitudine al fumo in gravidanza

791 risposte



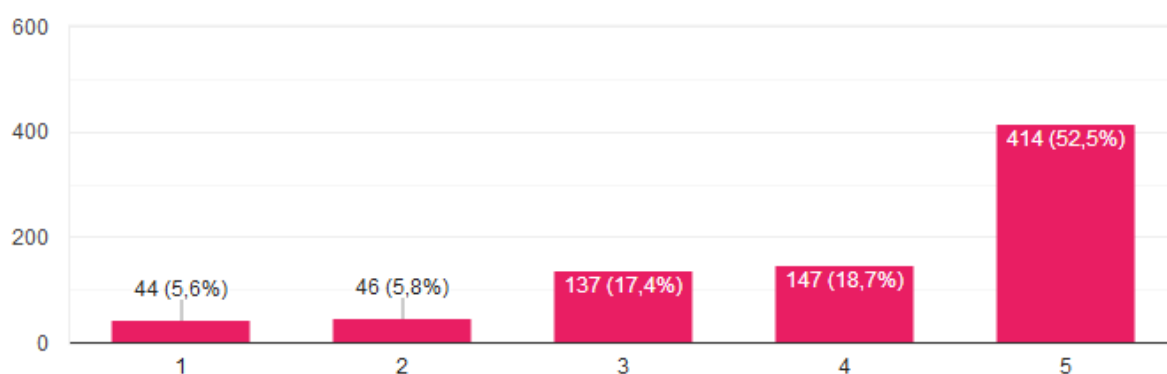
25. Ho ricevuto adeguate informazioni circa la depressione in gravidanza

791 risposte



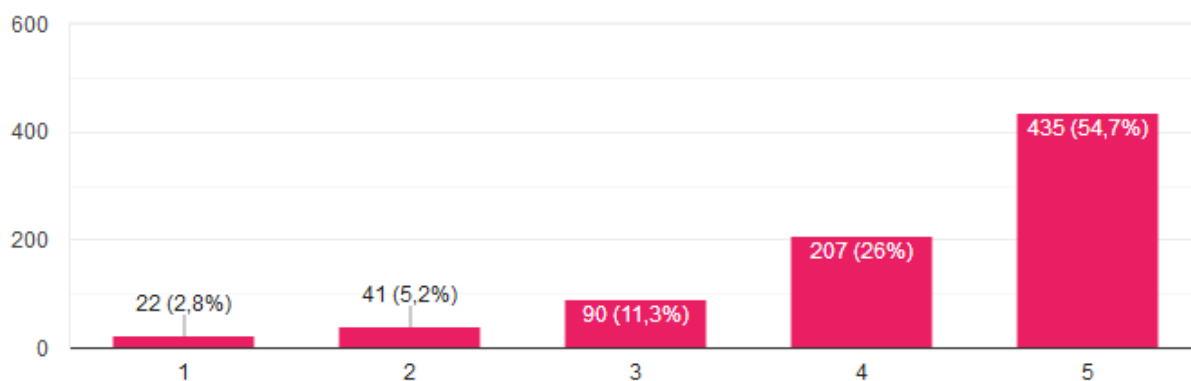
26. Ho ricevuto adeguate informazioni circa la depressione post-partum

788 risposte



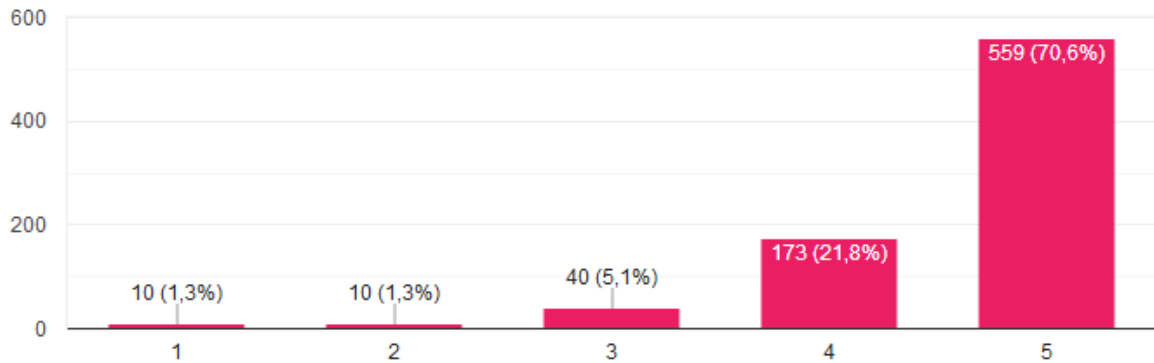
27. Il tempo di attesa prima del mio turno di visita con i professionisti coinvolti nella mia gravidanza è stato adeguato

795 risposte



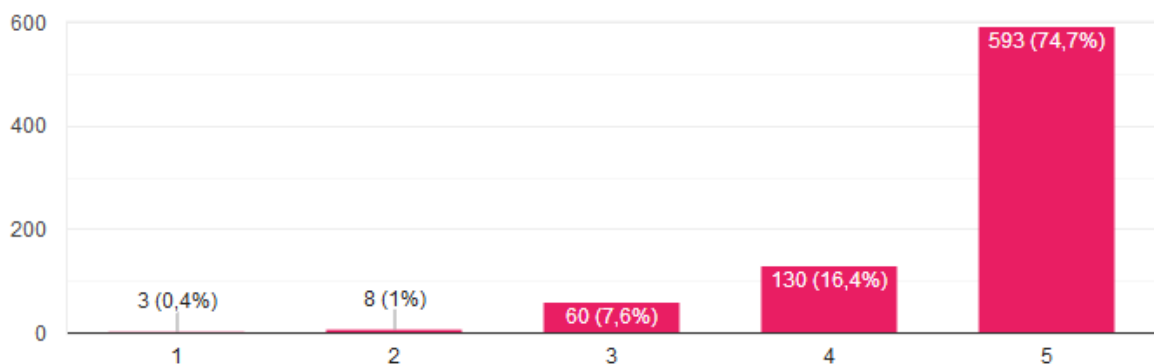
28. Il tempo complessivamente speso negli ambulatori è stato soddisfacente

792 risposte



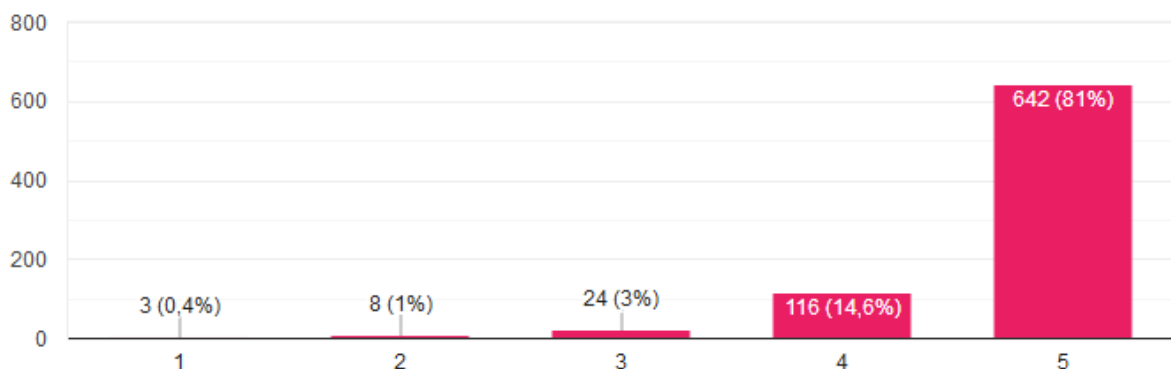
29. La struttura dell'ambulatorio di visita mi è sembrata adeguata

794 risposte



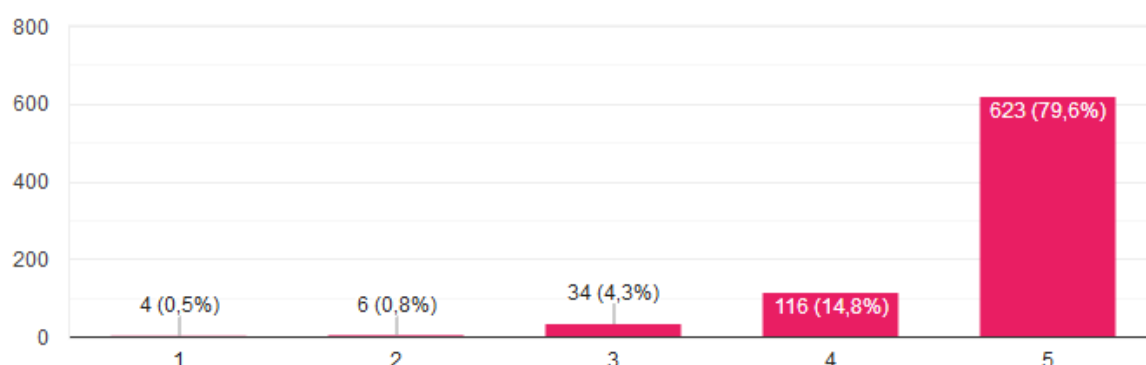
30. E' stato possibile programmare le visite prenatali in base alle mie esigenze

793 risposte



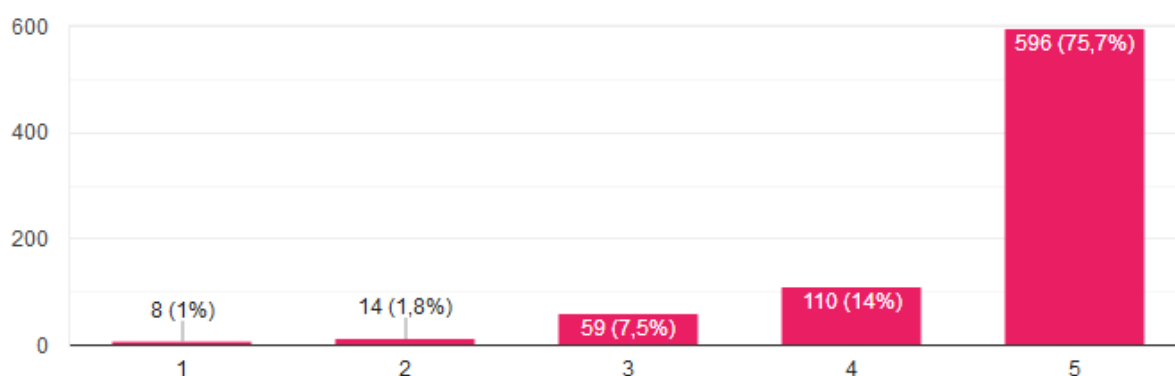
31. La riprogrammazione di una visita prenatale è stata facile

783 risposte



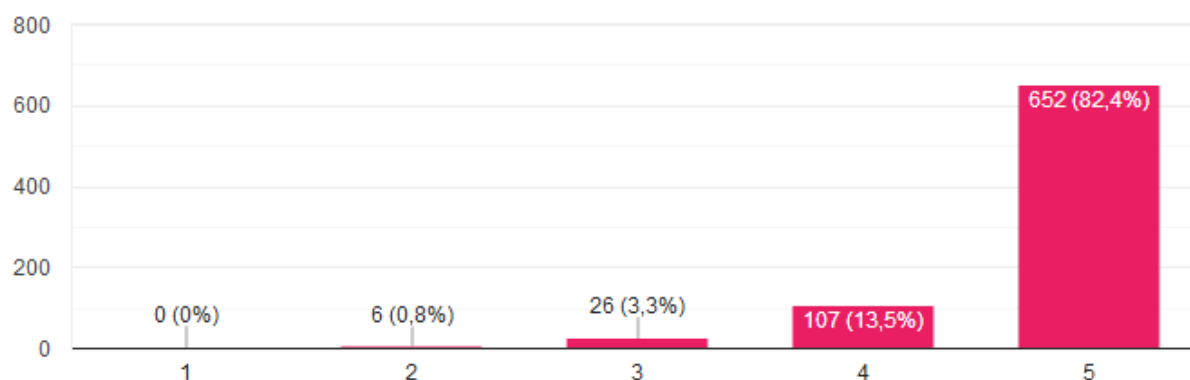
32. La programmazione della visita prenatale prima delle 12 settimane è stata facile

787 risposte



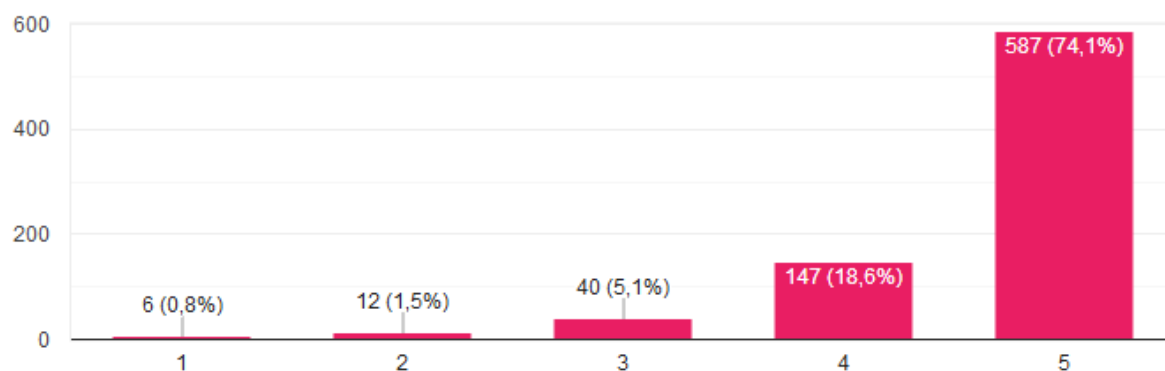
33. Gli esami prescritti sono risultati completi rispetto a quelli previsti dal Servizio Sanitario Nazionale

791 risposte



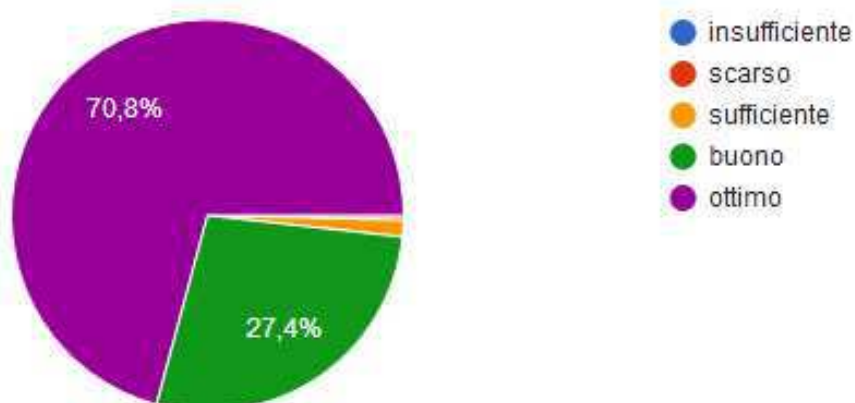
34. Il numero delle visite prenatali svolte entro la 28 settimana mi è sembrato sufficiente

792 risposte



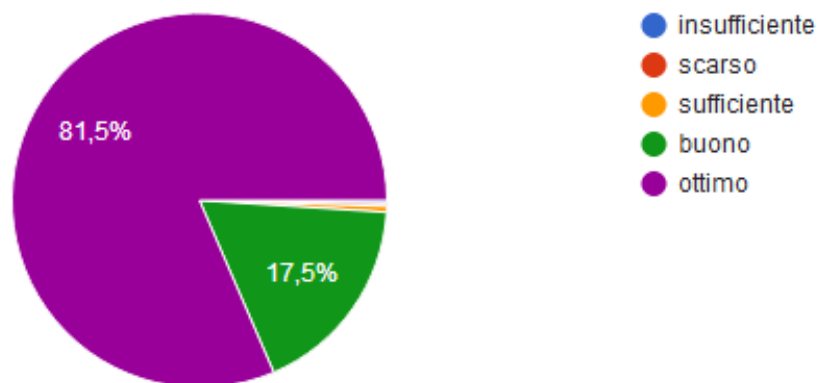
35. Il giudizio complessivo della presa in carico prenatale è stato

795 risposte



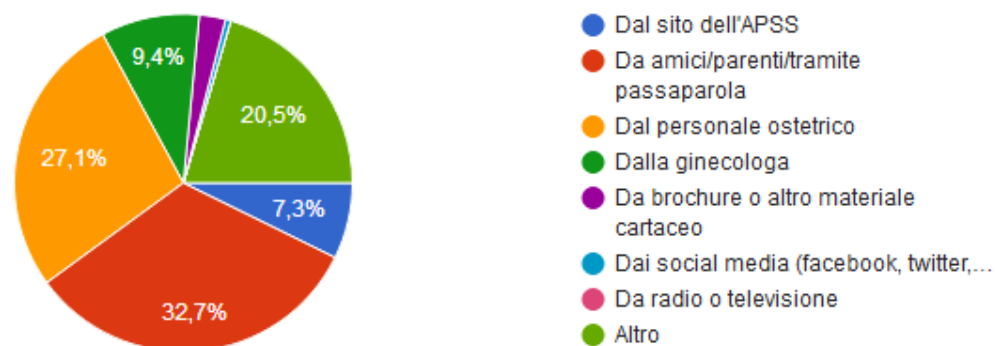
36. Il giudizio complessivo della sua esperienza con il PERCORSO NASCITA è stato

794 risposte



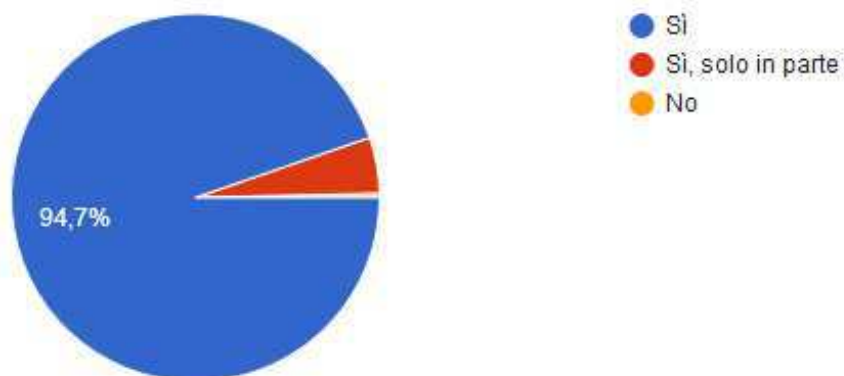
37. Come sei venuta a conoscenza del Progetto "Percorso Nascita"?

796 risposte



38. In base alla tua esperienza, consiglieresti ad un'amica di aderire al Progetto "Percorso Nascita"?

794 risposte



Accordo di collaborazione scientifica ISS-APSS

Progetto “Valutazione dell’implementazione del modello Percorso Nascita per la gestione della gravidanza a basso rischio nella Provincia Autonoma di Trento”

Analisi Economica

- Deliverable A5.D5.2 -

Settembre 2020

1	Introduzione	5
2	Obiettivi	5
3	Metodi	5
3.1	Disegno dello studio	5
3.2	Fonte dei Dati	6
3.3	Il metodo dell'Activity Based Costing (ABC)	6
3.3.1	Individuazione e definizione delle fasi e delle attività;	6
3.3.2	Individuazione delle risorse impiegate per ciascuna attività;	6
3.3.3	Identificazione e misurazione dei costi delle risorse.....	6
3.3.4	Valorizzazione delle attività.....	7
3.4	Strumenti di lavoro.....	7
4	Risultati.....	8
4.1	Individuazione e definizione delle fasi e delle attività.	8
4.2	Fase Parto	8
4.2.1	Attività e risorse.....	8
4.2.2	Misurazione dei costi delle risorse.	8
4.2.3	Valorizzazione delle attività.....	9
4.3	Fase Puerperio	12
4.3.1	Attività e risorse.....	12
4.3.1	Misurazione dei costi delle risorse.	12
4.3.1	Valorizzazione delle attività.....	12
5	Sintesi comparativa dei costi dei modelli pre-Percorso Nascita e Percorso Nascita.	14
6	Conclusioni e discussione	15
	Impatto del modello Percorso Nascita sui carichi di lavoro	15
7	Riferimenti bibliografici	16

1 Introduzione

L'Health Technology Assessment (HTA) è una metodologia che mira a valutare le implicazioni cliniche, economiche, sociali, organizzative, etiche, provocate in modo diretto e indiretto, nel breve e nel lungo periodo, dello sviluppo, diffusione e utilizzo delle tecnologie sanitarie esistenti e di quelle di nuova introduzione. L'esito di questo processo è la produzione e la diffusione di informazioni di tipo multidisciplinare e *evidence-based* che supportino i decisori operanti all'interno del Sistema Sanitario Nazionale nei diversi livelli decisionali.

Nell'approccio valutativo basato sull'HTA, il concetto di tecnologia è molto ampio, tanto che, come definito nella Carta di Trento sulla Valutazione delle Tecnologie Sanitarie, anche un *percorso diagnostico terapeutico assistenziale* è da intendersi come tecnologia sanitaria.

Il modello Percorso Nascita è stato introdotto in APSS nel 2015 e vede la gestione della gravidanza a basso rischio con un impiego di risorse più efficiente rispetto al precedente modello di cura.

Secondo questa prospettiva, l'APSS in collaborazione con l'ISS, ha ritenuto opportuno avvalersi dell'utilizzo della metodologia HTA per poter valutare, oltre alle implicazioni cliniche e organizzative, le implicazioni economiche che l'introduzione del modello Percorso Nascita per le donne in gravidanza a basso rischio determinerebbe rispetto al modello di assistenza precedente che sarà indicato come modello pre-Percorso Nascita. La valutazione economica si definisce come l'analisi comparativa in termini di costi e conseguenze tra due o più alternative tecnologiche in corso di utilizzo.

Per la valutazione economica del modello Percorso Nascita confrontato con il pre-Percorso Nascita l'ISS si è avvalso della metodologia dell'*Activity Based Costing* (ABC).

L' *Activity-Based Costing* (ABC) consente di calcolare il costo pieno di un prodotto/servizio attraverso la misurazione del costo di ciascuna singola attività/risorsa a esso collegata [2].

2 Obiettivi

Obiettivo dell'Attività A6. D6.2 è valutare l'impatto economico dell'introduzione nel territorio della PAT del modello Percorso Nascita per le donne in gravidanza a basso rischio in confronto con il modello pre-Percorso Nascita.

3 Metodi

3.1 Disegno dello studio

L'Analisi economica è stata svolta secondo la logica dell'*Activity Based Costing* (ABC) e sviluppa il confronto tra i seguenti due modelli di cura:

- A. **Modello Percorso Nascita** per le donne in gravidanza a basso rischio. Questo modello è stato introdotto in APSS nel 2015 e si caratterizza di un insieme di attività fornite alla donna e a suo figlio dall'inizio della gravidanza al puerperio. Comprende l'assistenza pre e post-natale, ascolto e formazione, screening attraverso una gamma di servizi e professionisti che collaborano in rete per garantire il benessere della mamma, del neonato e della famiglia nel suo insieme. Il percorso consiste nella presa in carico e nella continuità assistenziale erogata da più operatori sanitari alla donna in gravidanza, allo scopo di standardizzare le attività, ottimizzare le risorse e le tempistiche e di ridurre la variabilità delle cure per una maggiore qualità dell'assistenza reale e percepita dal paziente. (Deliverable D1 – “Descrizione del modello Percorso Nascita deliberato presso l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento per la gestione della gravidanza a basso rischio”).
- B. **Modello pre-Percorso Nascita** per le donne in gravidanza a basso rischio. Questo modello era attivo in APSS precedentemente al 2015 (modello descritto nel documento “Descrizione del modello di presa in carico delle donne in gravidanza prima dell'introduzione del Percorso Nascita” – gennaio 2020).

L'analisi è stata sviluppata in condivisione tra il Centro Nazionale per l'Health Technology Assessment (CNHTA) dell'Istituto Superiore di Sanità e il gruppo di lavoro della APSS di Trento.

3.2 Fonte dei Dati

Per la realizzazione della valutazione economica sono stati utilizzati i *real world data* forniti dal servizio Programmazione e Controllo di Gestione dell'APSS.

Laddove è stata riscontrata l'impossibilità di reperire *real world data* funzionali alla valutazione, sono stati utilizzati i dati provenienti dalla letteratura scientifica o da ulteriori fonti, quali i Sistemi informativi presenti a livello dell'APSS.

I dati di costo per la valorizzazione del modello pre-Percorso Nascita e Percorso Nascita sono standardizzati al 2018.

3.3 Il metodo dell'Activity Based Costing (ABC)

L'analisi economica ha applicato le metodologie proprie dell'ABC. Tale metodologia permette di calcolare il costo pieno del processo attraverso la misurazione del costo di ciascuna attività/risorsa a esso collegata.

Per entrambi i modelli Percorso Nascita e pre-Percorso Nascita sono stati realizzati i seguenti step:

1. Individuazione e definizione delle fasi e delle attività;
2. Individuazione delle risorse impiegate per ciascuna attività;
3. Identificazione e misurazione dei costi delle risorse;
4. Valorizzazione delle attività.

3.3.1 Individuazione e definizione delle fasi e delle attività;

Per entrambi i modelli Percorso Nascita e pre-Percorso Nascita sono state individuate le Fasi legate all'erogazione di interventi per le donne in gravidanza a basso rischio durante il parto e il puerperio. La fase intra-partum non è stata oggetto di attenzione in quanto la presa in carico della donna nei diversi punti nascita non si differenzia in relazione alla tipologia di presa in carico della fase pre-parto.

Una volta individuate le Fasi di entrambi i modelli assistenziali sono state definite per ciascuna di esse le attività che la caratterizzano.

3.3.2 Individuazione delle risorse impiegate per ciascuna attività;

Le risorse impiegate in ciascuna attività sono state individuate e ricondotte alle seguenti categorie:

- **Personale.** Comprende tutti i professionisti che attivamente intervengono nel processo di erogazione delle prestazioni, distinguendone i ruoli, le tempistiche e l'utilizzo delle risorse a loro imputabile in ciascuna attività di ogni fase.
- **Esami strumentali e di laboratorio.** Comprende tutti gli esami strumentali e di laboratorio previsti durante le fasi individuate.

Tali categorie costituiscono le categorie di costo che sommate determinano il costo pieno dell'attività analizzata.

3.3.3 Identificazione e misurazione dei costi delle risorse.

Una volta identificate le Risorse per entrambi i modelli Percorso Nascita e pre-Percorso Nascita sono stati considerati e inclusi i seguenti costi per la valorizzazione delle risorse impiegate nelle attività:

- **Costi diretti.** Corrispondono al valore delle risorse impiegate nel settore sanitario per donne in gravidanza a basso rischio e comprendono i costi di prevenzione, di diagnosi, di trattamento, accertamenti di laboratorio e controllo microbiologico, ecc. a carico del servizio sanitario.
- **Costi comuni:** ossia i costi che, essendo identici tra le alternative, non influiscono sulla scelta tra i due modelli.

Le risorse del **Personale** sono state valorizzate sulla base del costo medio orario standard per categoria professionale sulla base dei contratti collettivi provinciali (CCPL).

Sono stati esclusi dall'analisi ABC i seguenti costi:

- **Costi diretti non sanitari:** ossia le spese sostenute a seguito del trattamento direttamente dal paziente;
- **Costi indiretti:** ossia i mancati guadagni derivanti dalla gravidanza. Comprendono sia quelli a carico del paziente (per morbilità e/o inabilità) sia quelli a carico dei familiari (per attività assistenziale non retribuita);
- **Costi intangibili:** corrispondono ai costi psicologici della gravidanza (dolore, sofferenza, inabilità, ecc.). In generale gli studi rinunciano alla valutazione dei costi intangibili e concentrano l'attenzione principalmente sui costi diretti a carico del sistema sanitario.

3.3.4 Valorizzazione delle attività.

Una volta individuati e misurati i costi per ciascuna risorsa impiegata in ogni attività si è proceduto con la determinazione del valore pieno delle stesse in tutte le fasi di entrambi i modelli di assistenza oggetto del confronto.

I costi relativi al Personale sono stati ponderati per il numero di unità di personale coinvolte, la percentuale di impiego e il tempo dedicato da ciascuna unità.

La percentuale di utilizzo delle risorse, fornita dal gruppo di lavoro aziendale, evidenzia come, a seguito dell'introduzione del Percorso Nascita alcune risorse subiscano: una riduzione, una eliminazione totale oppure un aumento del loro impiego rispetto al percorso pre-Percorso Nascita.

3.4 Strumenti di lavoro

L'analisi ABC è stata fatta da ricercatori del CNHTA che hanno sviluppato un modello su un foglio di calcolo di Microsoft Excel.

Il modello è stato costruito partendo dalle seguenti assunzioni:

- a) i dati di costo per la valorizzazione del modello pre-Percorso Nascita e Percorso Nascita sono standardizzato al 2018;
- b) la popolazione del modello riguarda i residenti nella Provincia autonoma di Trento;
- c) il modello può essere ponderato su qualsiasi volume di popolazione;
- d) il modello prevede l'analisi di 2 Fasi territoriali (pre-parto; puerperio);
- e) le tariffe orarie del personale sono state imputate sulla base del costo medio orario per qualifica professionale della APSS ;
- f) tutte le prestazioni strumentali e di laboratorio sono state valorizzate utilizzando la tariffa presente nel tariffario provinciale;
- g) i costi generali sono stati stimati in un importo pari al 10% del costo del personale impiegato nella visita coerentemente con la metodologia utilizzata dall'Azienda per la determinazione dei costi generali nelle analisi dei costi delle prestazioni funzionali alla definizione delle tariffe;
- h) la valorizzazione delle visite e consulenze erogate nel percorso è stata imputata sulla base del costo medio orario per qualifica professionale presente durante l'esecuzione della prestazione associato al tempo medio impiegato;
- i) il tempo di esecuzione delle visite erogate dalle ostetriche nel Percorso Nascita è comprensivo di una quota di attività dedicata al counselling individuale, alla pianificazione/prenotazione delle diverse visite, alla risposta a mail/telefonate.

4 Risultati

4.1 Individuazione e definizione delle fasi e delle attività.

Sia per il modello Percorso Nascita che per il modello pre-Percorso Nascita sono state distinte le seguenti due fasi legate all'erogazione delle attività caratterizzanti l'intero percorso:

- Fase Preparto
- Fase Puerperio

I risultati (valori monetari) sono rappresentati per ciascun modello di cura considerando come volume indicativo un paziente (caso base).

4.2 Fase Preparto

4.2.1 Attività e risorse

4.2.1.1 Pre-Percorso Nascita

La Fase Preparto nel modello assistenziale pre-Percorso Nascita prevedeva una visita medica (ginecologica) e una visita ostetrica nelle settimane di gravidanza 0-13, 14-18, 19-23, 24-27, 28-32, 33-37 e 38-40. Venivano, inoltre, eseguiti esami di laboratorio e esami strumentali, quali ecografia ostetrica nelle settimane di gravidanza 0-13, 19-23, 28-32, 33-37 e 41. Le visite si svolgevano in regime ambulatoriale.

4.2.1.2 Percorso Nascita

Il modello Percorso Nascita sostituisce le 7 visite mediche (ginecologiche) e ostetriche del modello pre-Percorso Nascita, effettuate nelle settimane di gravidanza 0-13, 14-18, 19-23, 24-27, 28-32, 33-37 e 38-40, con 7 visite di controllo ostetrico. Rispetto al pre-Percorso nascita, è previsto, inoltre, un primo colloquio con l'ostetrica e la valutazione del rischio entro i 7 giorni dal contatto con il CUP e una visita ostetrica di controllo per la certificazione nel periodo 28-32 settimane di gravidanza. Il nuovo Percorso esclude, rispetto al precedente, un'ecografia ostetrica alla 41a settimana. Tutte le attività del Percorso sono svolte in regime ambulatoriale.

In sintesi, il differenziale tra i due modelli è costituito, principalmente, dall'introduzione di visite di controllo ostetrico al posto delle due visite specialistiche (ginecologica e ostetrica) del modello pre-Percorso Nascita

4.2.2 Misurazione dei costi delle risorse.

4.2.2.1 Pre-Percorso Nascita

La visita ginecologica (costo orario di 72,52 €) e la visita ostetrica (26,34 € l'ora), ciascuna della durata di 30 minuti in media, si svolgevano in regime ambulatoriale con costi generali pari a 4,94 € l'ora a paziente.

4.2.2.2 Percorso Nascita

L'introduzione del modello Percorso Nascita ha previsto la sostituzione delle 7 visite (ginecologiche e ostetriche) con 7 visite di controllo ostetrico della durata media di 60 minuti a paziente (costo orario è di 26,34 €). Le visite sono svolte in regime ambulatoriale con costi generali pari a 2,63 € l'ora a paziente.

Nel nuovo Percorso è stato, inoltre, aggiunto un primo colloquio con l'ostetrica e valutazione del rischio entro i 7 giorni dal contatto con il CUP (26,34 € l'ora) della durata di 75 minuti e una visita ostetrica di

controllo per la certificazione nel periodo 28-32 settimane di gravidanza, (26,34 € l'ora) della durata di 60 minuti. I costi generali sono pari rispettivamente a 3,29 € e 2,63 €. Il Percorso Nascita ha eliminato, rispetto al Percorso tradizionale, l'ecografia ostetrica della 41° settimana di gravidanza che aveva un costo di 34,10 €.

4.2.3 Valorizzazione delle attività.

Per ciascuna attività della Fase Preparto, il costo orario delle risorse del Personale è stato ponderato per le unità coinvolte, per la durata della visita e per la percentuale di utilizzo. La percentuale di utilizzo, nel caso della stima del costo del Personale, è da intendersi come "presenza/assenza" di quella figura all'interno della Fase.

Di seguito è esposta la valorizzazione delle attività secondo la logica ABC previste nella Fase Preparto rispettivamente nei modelli pre-Percorso Nascita [Tabella 1](#) e Percorso Nascita [Tabella 2](#).

Tabella 1 Modello pre-Percorso Nascita. Activity Based Costing- Fase Preparato. (Elaborazione: Centro Nazionale per l'Health Technology Assessment, Istituto Superiore di Sanità, 2020).

FASE PREPARATO	Costi Attività PRE PERCORSO NASCITA							
	PERSONALE (VISTE SPECIALISTICHE)	Professionista	Unità professionista	Costo orario	Durata (in ore)	% di utilizzo	Totale	
I TRIMESTRE	Primo colloquio, valutazione rischio	Ostetrica	1	€ 26,34	1,25	0%	€ -	
	Controllo ostetrico	Ostetrica	1	€ 26,34	1	0%	€ -	
	Visita ginecologica	Medico	1	€ 72,52	0,50	100%	€ 36,26	
	Visita ostetrica	Ostetrica/Infermiera	1	€ 26,34	0,50	100%	€ 13,17	
	Counselling	Medico	1	€ 72,52	0,17	100%	€ 12,09	
	Consulenza genetica in caso di positività		1	€ 20,65	1,00	10%	€ 2,07	
	Totale Costo Personale	Costi generali						€ 4,94
		ESAMI STRUMENTALI E DI LABORATORIO		Unità/dosaggio	Costo per unità/dosaggio	% di utilizzo		Totale
	Ecografia ostetrica		1	€ 34,10	100%		€ 34,10	
	Ecografia ostetrica misurazione traslucenza nucale		1	€ 58,81	100%		€ 58,81	
	Emocromo Hb GR GB HCT PLT IND. DERIV. F.L.		1	€ 4,10	100%		€ 4,10	
	Hb EMOGLOBINA FETALE (Dosaggio)		1	€ 4,00	70%		€ 2,80	
	Hb EMOGLOBINE ANOMALE (hbs, Hbd, Hbh...)		1	€ 14,35	70%		€ 10,05	
	Gruppo sanguigno ABO E Rh (D)		1	€ 8,50	100%		€ 8,50	
	ANTICORPI ANTIERITROCITI (Test di Coombs indiretto)		1	€ 10,25	100%		€ 10,25	
	GLUCOSIO		1	€ 1,60	100%		€ 1,60	
	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI (IgG, IgM)		1	€ 8,50	100%		€ 8,50	
	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A)		1	€ 11,00	100%		€ 11,00	
	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (E.I.A)		1	€ 6,60	100%		€ 6,60	
	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA (HIV 1-2) ANTICORPI		1	€ 9,65	100%		€ 9,65	
	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPIO		1	€ 2,30	100%		€ 2,30	
	ESAME CULTURALE DELL'URINA CON ANTILOGRAMMA		1	€ 12,25	30%		€ 3,68	
	BATTERI ANTILOGRAMMA DA COLTURA		1	€ 12,20	30%		€ 3,66	
	VIRUS EPATITE C (HCV) ANTICORPI		1	€ 9,65	100%		€ 9,65	
	SCREENING ANOMALIE NEONATALI SU SIERO MATERNO (BI TEST)		1	€ 30,00	100%		€ 30,00	
	ES. CITOLOGICO SU PREPARAZIONE AUTOMATICA IN STRATO SOTTILE (PAP TEST)		1	€ 17,05	30%		€ 5,12	
	TIREOTROPINA - REFLEX (TSH - REFLEX)		1	€ 14,10	100%		€ 14,10	
	Ferro		1	€ 1,70	100%		€ 1,70	
	Ferritina		1	€ 10,00	100%		€ 10,00	
	Transferrina		1	€ 5,15	100%		€ 5,15	
	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A)		1	€ 8,50	100%		€ 8,50	
	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A)		1	€ 9,65	100%		€ 9,65	
	Totale Costo Esami							€ 889,26
II TRIMESTRE	PERSONALE (VISTE SPECIALISTICHE)	Professionista	Unità professionista	Costo orario	Durata (in ore)	% di utilizzo	Totale	
	Controllo ostetrico 14-18 sett	Ostetrica	1	€ 26,34	1	0%	€ -	
	Visita medica 14-18 sett	Medico	1	€ 72,52	0,50	100%	€ 36,26	
	Visita ostetrica 14-18 sett	Ostetrica/Infermiera	1	€ 26,34	0,50	100%	€ 13,17	
	Controllo ostetrico 19-23 sett	Ostetrica	1	€ 26,34	1	0%	€ -	
	Visita medica 19-23 sett	Medico	1	€ 72,52	0,50	100%	€ 36,26	
	Visita ostetrica 19-23 sett	Ostetrica/Infermiera	1	€ 26,34	0,50	100%	€ 13,17	
	Controllo ostetrico 24-27 sett	Ostetrica	1	€ 26,34	1	0%	€ -	
	Visita medica 24-27 sett	Medico	1	€ 72,52	0,50	100%	€ 36,26	
	Visita ostetrica 24-27 sett	Ostetrica/Infermiera	1	€ 26,34	0,50	100%	€ 13,17	
	Totale Costo Personale	Costi generali						€ 14,83
		ESAMI STRUMENTALI E DI LABORATORIO		Unità/dosaggio	Costo per unità/dosaggio	% di utilizzo		Totale
	ECOGRAFIA OSTETRICA (MORFOLOGICA) 19-23 sett		1	€ 34,10	100%		€ 34,10	
	GLUCOSIO (Curva da carico 3 determinazioni) (OGTT 75gr) (se glicemia basale 100)		2	€ 2,45	30%		€ 1,47	
	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI (IgG, IgM) 14-18 sett		1	€ 8,50	30%		€ 2,55	
	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A) 14-18 sett		1	€ 11,00	70%		€ 7,70	
	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A) 14-18 sett		1	€ 8,50	100%		€ 8,50	
	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A) 14-18 sett		1	€ 9,65	100%		€ 9,65	
	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A) 19-23 sett		1	€ 11,00	70%		€ 7,70	
	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI (IgG, IgM) 19-23 sett		1	€ 8,50	30%		€ 2,55	
	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A) 24-27 sett		1	€ 11,00	70%		€ 7,70	
	GLUCOSIO 24-27 sett		1	€ 1,60	100%		€ 1,60	
	GLUCOSIO (Curva da carico 3 determinazioni) (OGTT 75gr) 24-27 sett		1	€ 2,45	70%		€ 1,72	
	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPIO 24-27 sett		1	€ 2,30	100%		€ 2,30	
	ESAME CULTURALE DELL'URINA CON ANTILOGRAMMA 24-27 sett		1	€ 12,25	10%		€ 1,23	
	Totale Costo Esami							€ 85,76
	III TRIMESTRE	PERSONALE (VISTE SPECIALISTICHE)	Professionista	Unità professionista	Costo orario	Durata (in ore)	% di utilizzo	Totale
		Visita ostetrica (per certificato) 28-32 sett	Medico	1	€ 72,52	0,25	0%	€ -
		Controllo ostetrico 28-32 sett	Ostetrica	1	€ 26,34	1	0%	€ -
		Visita medica 28-32 sett	Medico	1	€ 72,52	0,50	100%	€ 36,26
		Visita ostetrica 28-32 sett	Ostetrica/Infermiera	1	€ 26,34	0,50	100%	€ 13,17
		Controllo ostetrico 33-37 sett	Ostetrica	1	€ 26,34	1	0%	€ -
		Visita medica 33-37 sett	Medico	1	€ 72,52	0,50	100%	€ 36,26
Visita ostetrica 33-37 sett		Ostetrica/Infermiera	1	€ 26,34	0,50	100%	€ 13,17	
Controllo ostetrico 38-40 sett		Ostetrica	1	€ 26,34	1	0%	€ -	
Visita medica 38-40 sett		Medico	1	€ 72,52	0,50	100%	€ 36,26	
Visita ostetrica 38-40 sett		Ostetrica/Infermiera	1	€ 26,34	0,50	100%	€ 13,17	
Visita medica 41 sett		Medico	1	€ 72,52	0,50	30%	€ 10,88	
Visita ostetrica 41 sett		Ostetrica/Infermiera	1	€ 26,34	0,50	30%	€ 3,95	
Totale Costo Personale		Costi generali						€ 16,31
		ESAMI STRUMENTALI E DI LABORATORIO		Unità/dosaggio	Costo per unità/dosaggio	% di utilizzo		Totale
ECOGRAFIA OSTETRICA 28-32 sett			1	€ 34,10	100%		€ 34,10	
Emocromo Hb GR GB HCT PLT IND. DERIV. F.L. 28-32 sett			1	€ 4,10	100%		€ 4,10	
ANTICORPI ANTIERITROCITI (Test di Coombs indiretto) 28-32 sett			1	€ 10,25	100%		€ 10,25	
TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A) 28-32 sett			1	€ 11,00	70%		€ 7,70	
ECOGRAFIA OSTETRICA 33-37 sett			1	€ 34,10	100%		€ 34,10	
Emocromo Hb GR GB HCT PLT IND. DERIV. F.L. 33-37 sett			1	€ 4,10	100%		€ 4,10	
TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A) 33-37 sett			1	€ 11,00	70%		€ 7,70	
VIRUS EPATITE B (HBV) ANTIGENE HBsAg 33-37 sett			1	€ 6,10	100%		€ 6,10	
TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (E.I.A) 33-37 sett			1	€ 6,60	100%		€ 6,60	
VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA (HIV 1-2) ANTICORPI 33-37 sett			1	€ 9,65	100%		€ 9,65	
URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPIO 33-37 sett			1	€ 2,30	100%		€ 2,30	
ESAME CULTURALE DELL'URINA CON ANTILOGRAMMA 33-37 sett			1	€ 12,25	15%		€ 1,84	
STREPTOCOCCUS AGALACTIAE NEL TAMPONE (ESAME CULTURALE) 33-37 sett			1	€ 3,70	100%		€ 3,70	
ECOGRAFIA OSTETRICA 41 sett			1	€ 34,10	30%		€ 10,23	
CARDIOTOCOGRAFIA Cardiotocografia esterna in gravidanza, NST o OCT 41 sett			1	€ 18,10	30%		€ 5,43	
TRAINING PRENATALE Training psico-fisico per il parto naturale Intero ciclo			1	€ 128,55	80%		€ 102,84	
Totale Costo Esami								€ 238,25
Totale Costo Fase PREPARATO								€ 1.020,05

Tabella 2 Modello Percorso Nascita. Activity Based Costing- Fase Preparo. (Elaborazione: Centro Nazionale per l'Health Technology Assessment, Istituto Superiore di Sanità, 2020).

FASE PREPARO		Costi Attività PERCORSO NASCITA						
PERSONALE (VISTE SPECIALISTICHE)	Professionista	Unità professionista	Costo orario	Durata (in ore)	% di utilizzo	Totale		
	Primo colloquio, valutazione rischio	Ostetrica	1	€ 26,34	1,25	100%	€ 32,93	
Controllo ostetrico	Ostetrica	1	€ 26,34	1	100%	€ 26,34		
Visita ginecologica	Medico	1	€ 72,52	0,50	0%	€ -		
Visita ostetrica	Ostetrica/Infermiera	1	€ 26,34	0,50	0%	€ -		
Counseling	Medico	1	€ 72,52	0,17	100%	€ 12,09		
Consulenza genetica in caso di positività		1	€ 20,05	1,00	10%	€ 2,07		
Costi generali							€ 5,93	
Totale Costo Personale							€ 79,36	
ESAMI STRUMENTALI E DI LABORATORIO		Unità/dosaggio	Costo per unità/dosaggio	% di utilizzo	Totale			
ECOGRAFIA OSTETRICA		1	€ 34,10	50%	€ 17,05			
Ecografia ostetrica misurazioni traslucenza nucale		1	€ 58,81	100%	€ 58,81			
Emoprofilo Hb G R GB HCT PLT IND. DERIV. F.L.		1	€ 4,10	100%	€ 4,10			
Hb EMOGLOBINA FETALE (dosaggio)		1	€ 4,00	70%	€ 2,80			
Hb EMOGLOBINE ANOMALE (Hbs, Hbd, HbH...)		1	€ 14,39	70%	€ 10,09			
Gruppo sanguigno ABO e Rh (D)		1	€ 8,50	100%	€ 8,50			
ANTICORPI ANTIERITROCITI (Test di Coombs Indiretto)		1	€ 10,25	100%	€ 10,25			
GLUCOSIO		1	€ 1,60	100%	€ 1,60			
VIRUS ROSOLIA ANTICORPI (IgG, IgM)		1	€ 8,50	100%	€ 8,50			
TOKOPLASMA ANTICORPI (E.I.A)		1	€ 11,00	100%	€ 11,00			
TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (E.I.A)		1	€ 6,60	100%	€ 6,60			
VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA (HIV 1-2) ANTICORPI		1	€ 9,65	100%	€ 9,65			
URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPIO		1	€ 2,30	100%	€ 2,30			
ESAME CULTURALE DELL'URINA CON ANTILOGRAMMA		1	€ 12,25	30%	€ 3,68			
BATTERI ANTILOGRAMMA DA COLTURA		1	€ 12,20	30%	€ 3,66			
VIRUS EPATITE C (HCV) ANTICORPI		1	€ 9,65	100%	€ 9,65			
SCREENING ANOMALIE NEONATALI SU SIERO MATERNO (NI TEST)		1	€ 30,00	100%	€ 30,00			
HS. FULCOLOGICO SU PREPARAZIONE ROTONITRICA IN STRATO SOTTILE (PAP)		1	€ 17,05	30%	€ 5,12			
TIREOTROPINA - REFLEX (TSH - REFLEX)		1	€ 14,10	100%	€ 14,10			
Ferro		1	€ 1,70	100%	€ 1,70			
Ferritina		1	€ 10,00	100%	€ 10,00			
Transferrina		1	€ 5,15	100%	€ 5,15			
VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A)		1	€ 8,50	30%	€ 2,55			
VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A)		1	€ 9,65	30%	€ 2,90			
Totale Costo Esami							€ 219,70	
PERSONALE (VISTE SPECIALISTICHE)		Professionista	Unità professionista	Costo orario	Durata (in ore)	% di utilizzo	Totale	
Controllo ostetrico 14-18 sett	Ostetrica	1	€ 26,34	1	100%	€ 26,34		
Visita medica 14-18 sett	Medico	1	€ 72,52	0,50	0%	€ -		
Visita ostetrica 14-18 sett	Ostetrica/Infermiera	1	€ 26,34	0,50	0%	€ -		
Controllo ostetrico 19-23 sett	Ostetrica	1	€ 26,34	1	100%	€ 26,34		
Visita medica 19-23 sett	Medico	1	€ 72,52	0,50	0%	€ -		
Visita ostetrica 19-23 sett	Ostetrica/Infermiera	1	€ 26,34	0,50	0%	€ -		
Controllo ostetrico 24-27 sett	Ostetrica	1	€ 26,34	1	100%	€ 26,34		
Visita medica 24-27 sett	Medico	1	€ 72,52	0,50	0%	€ -		
Visita ostetrica 24-27 sett	Ostetrica/Infermiera	1	€ 26,34	0,50	0%	€ -		
Costi generali							€ 7,50	
Totale Costo Personale							€ 85,30	
ESAMI STRUMENTALI E DI LABORATORIO		Unità/dosaggio	Costo per unità/dosaggio	% di utilizzo	Totale			
ECOGRAFIA OSTETRICA (MORFOLOGICA) 19-23 sett		1	€ 34,10	100%	€ 34,10			
GLUCOSIO (Curva da carico 3 determinazioni) (OGTT 75gr) (se glicemia a base 3)		2	€ 2,45	30%	€ 1,47			
VIRUS ROSOLIA ANTICORPI (IgG, IgM) 14-18 sett		1	€ 8,50	30%	€ 2,55			
TOKOPLASMA ANTICORPI (E.I.A) 14-18 sett		1	€ 11,00	70%	€ 7,70			
VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A) 14-18 sett		1	€ 8,50	30%	€ 2,55			
VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A) 14-18 sett		1	€ 9,65	30%	€ 2,90			
TOKOPLASMA ANTICORPI (E.I.A) 19-23 sett		1	€ 11,00	70%	€ 7,70			
VIRUS ROSOLIA ANTICORPI (IgG, IgM) 19-23 sett		1	€ 8,50	30%	€ 2,55			
TOKOPLASMA ANTICORPI (E.I.A) 24-27 sett		1	€ 11,00	70%	€ 7,70			
GLUCOSIO 24-27 sett		1	€ 1,60	50%	€ 0,80			
GLUCOSIO (Curva da carico 3 determinazioni) (OGTT 75gr) 24-27 sett		1	€ 2,45	50%	€ 1,23			
URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPIO 24-27 sett		1	€ 2,30	100%	€ 2,30			
ESAME CULTURALE DELL'URINA CON ANTILOGRAMMA 24-27 sett		1	€ 12,25	30%	€ 3,68			
Totale Costo Esami							€ 74,77	
PERSONALE (VISTE SPECIALISTICHE)		Professionista	Unità professionista	Costo orario	Durata (in ore)	% di utilizzo	Totale	
Visita ostetrica (per ostetrico) 28-32 sett	Medico	1	€ 72,52	0,25	70%	€ 12,69		
Controllo ostetrico 28-32 sett	Ostetrica	1	€ 26,34	1	100%	€ 26,34		
Visita medica 28-32 sett	Medico	1	€ 72,52	0,50	0%	€ -		
Visita ostetrica 28-32 sett	Ostetrica/Infermiera	1	€ 26,34	0,50	0%	€ -		
Controllo ostetrico 33-37 sett	Ostetrica	1	€ 26,34	1	100%	€ 26,34		
Visita medica 33-37 sett	Medico	1	€ 72,52	0,50	0%	€ -		
Visita ostetrica 33-37 sett	Ostetrica/Infermiera	1	€ 26,34	0,50	0%	€ -		
Controllo ostetrico 38-40 sett	Ostetrica	1	€ 26,34	1	100%	€ 26,34		
Visita medica 38-40 sett	Medico	1	€ 72,52	0,50	0%	€ -		
Visita ostetrica 38-40 sett	Ostetrica/Infermiera	1	€ 26,34	0,50	0%	€ -		
Visita medica 41 sett	Medico	1	€ 72,52	0,50	30%	€ 10,88		
Visita ostetrica 41 sett	Ostetrica/Infermiera	1	€ 26,34	0,50	30%	€ 3,95		
Costi generali							€ 10,00	
Totale Costo Personale							€ 117,18	
ESAMI STRUMENTALI E DI LABORATORIO		Unità/dosaggio	Costo per unità/dosaggio	% di utilizzo	Totale			
ECOGRAFIA OSTETRICA 28-32 sett		1	€ 34,10	30%	€ 10,23			
Emoprofilo Hb G R GB HCT PLT IND. DERIV. F.L. 28-32 sett		1	€ 4,10	100%	€ 4,10			
ANTICORPI ANTIERITROCITI (Test di Coombs Indiretto) 28-32 sett		1	€ 10,25	100%	€ 10,25			
TOKOPLASMA ANTICORPI (E.I.A) 28-32 sett		1	€ 11,00	70%	€ 7,70			
ECOGRAFIA OSTETRICA 33-37 sett		1	€ 34,10	50%	€ 17,05			
Emoprofilo Hb G R GB HCT PLT IND. DERIV. F.L. 33-37 sett		1	€ 4,10	100%	€ 4,10			
TOKOPLASMA ANTICORPI (E.I.A) 33-37 sett		1	€ 11,00	70%	€ 7,70			
VIRUS EPATITE B (HBV) ANTIGENE HBSAg 33-37 sett		1	€ 6,10	100%	€ 6,10			
TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (E.I.A) 33-37 sett		1	€ 6,60	100%	€ 6,60			
VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA (HIV 1-2) ANTICORPI 33-37 sett		1	€ 9,65	100%	€ 9,65			
URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPIO 33-37 sett		1	€ 2,30	100%	€ 2,30			
ESAME CULTURALE DELL'URINA CON ANTILOGRAMMA 33-37 sett		1	€ 12,25	15%	€ 1,84			
STREPTOCOCCUS AGALACTIAE NEL TAMPONE (ESAME CULTURALE) 33-37 sett		1	€ 3,70	100%	€ 3,70			
ECOGRAFIA OSTETRICA 41 sett		1	€ 34,10	0%	€ -			
CARDIOTOCOGRAFIA Cardiotocografia esterna in gravidanza, NST o OCT 41 sett		1	€ 18,10	30%	€ 5,43			
TRAINING PRENATALE Training psico-fisico per il parto naturale intero ciclo		1	€ 128,55	80%	€ 102,84			
Totale Costo Esami							€ 359,58	

Sotto il profilo delle risorse del Personale, il modello Percorso Nascita implica un costo complessivo a paziente di 283,46 €, mentre per il modello pre-Percorso Nascita il costo complessivo è pari a 411,07 €. Riguardo gli esami strumentali e di laboratorio, il costo del modello Percorso Nascita è di 514,05 €, rispetto al modello precedente pari a 608,95 €. Il modello Percorso Nascita prevede un'ecografia ostetrica in meno e, per alcuni esami, percentuali di utilizzo inferiori rispetto al modello precedente coerentemente alle indicazioni del DPCM 12 gennaio 2017 - Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza.

In generale si osserva che, il costo pieno delle attività nella Fase Parto, è pari a 1.020,03 € a paziente nel modello pre-Percorso Nascita e di 797,51 € a paziente nel modello Percorso Nascita. Per la Fase Parto il Percorso Nascita comporta un risparmio di 222,52 € a paziente rispetto al percorso tradizionale.

4.3 Fase Puerperio

4.3.1 Attività e risorse

4.3.1.1 Pre-Percorso Nascita

Per tutte le donne il modello pre-Percorso Nascita prevedeva una visita ginecologica e una visita ostetrica per un tempo medio stimato di 30 minuti ciascuna. Per il 50% delle pazienti era inoltre previsto un controllo ostetrico della durata media di 75 minuti.

4.3.1.2 Percorso Nascita

Il modello Percorso Nascita, per la fase Puerperio, programma solo due visite di controllo ostetrico di 75 minuti ciascuna per tutte le donne. Come anche nel modello tradizionale, il 5% delle pazienti svolgono un esame citologico cervico vaginale.

4.3.1 Misurazione dei costi delle risorse.

4.3.1.1 Pre-Percorso Nascita

Le visite ostetriche avevano un costo orario di 26,34 €, la visita ginecologica di 72,52 € e l'esame citologico cervico vaginale di 11,15 €.

4.3.1.2 Percorso Nascita

Nel modello Percorso Nascita le voci dei costi sono gli stessi riportati per il modello tradizionale ad eccezione della visita ginecologica, non è prevista nel nuovo modello.

4.3.1 Valorizzazione delle attività.

Per ciascuna attività della Fase Puerperio, il costo orario delle risorse del Personale è stato ponderato per le unità coinvolte, per la durata della visita e per la percentuale di utilizzo. La percentuale di utilizzo, nel caso della stima del costo del Personale, è da intendersi come "presenza/assenza" di quella figura all'interno della Fase.

Di seguito nelle *Table 3* e *4* sono esposti i modelli di Activity Based Costing per le attività che caratterizzano la Fase Puerperio rispettivamente per i due modelli di cura confrontati.

Tabella 33 Modello pre-Percorso Nascita. Activity Based Costing - Fase Puerperio. (Elaborazione: Centro Nazionale per l'Health Technology Assessment, Istituto Superiore di Sanità, 2020).

FASE PUERPERIO - Costi Attività PRE_PERCORSO NASCITA						
PERSONALE (VISTE SPECIALISTICHE)	Professionista	Unità professionista	Costo orario	Durata (in ore)	% di utilizzo	Totale
Controllo ostetrico (entro 2 sett. dal parto)	Ostetrica	1	€ 26,34	1,25	50%	€ 16,46
Controllo ostetrico (entro 6/8 sett. dal parto)	Ostetrica	1	€ 26,34	1,25	0%	€ -
Visita ginecologica	Medico	1	€ 72,52	1,00	100%	€ 72,52
Visita ostetrica	Ostetrica/Infermiera	1	€ 26,34	1,00	100%	€ 26,34
Costi generali						€ 11,53
Totale Costo Personale						€ 126,85
ESAMI DI LABORATORIO	Unità/dosaggio		Costo per unità/dosaggio		% di utilizzo	Totale
Es. citologico cervico vaginale (PAP test)	1		€ 11,15		5%	€ 0,56
Totale Costo Esami						€ 0,56
Totale Costo Fase PUERPERIO						€ 127,41

Tabella 4 Modello Percorso Nascita. Activity Based Costing - Fase Puerperio. (Elaborazione: Centro Nazionale per l'Health Technology Assessment, Istituto Superiore di Sanità, 2020).

FASE PUERPERIO - Costi Attività PERCORSO NASCITA						
PERSONALE (VISTE SPECIALISTICHE)	Professionista	Unità professionista	Costo orario	Durata (in ore)	% di utilizzo	Totale
Controllo ostetrico (entro 2 sett. dal parto)	Ostetrica	1	€ 26,34	1,25	100%	€ 32,93
Controllo ostetrico (entro 6/8 sett. dal parto)	Ostetrica	1	€ 26,34	1,25	100%	€ 32,93
Visita ginecologica	Medico	1	€ 72,52	1,00	0%	€ -
Visita ostetrica	Ostetrica/Infermiera	1	€ 26,34	1,00	0%	€ -
Costi generali						€ 6,59
Totale Costo Personale						€ 72,44
ESAMI DI LABORATORIO	Unità/dosaggio		Costo per unità/dosaggio		% di utilizzo	Totale
Es. citologico cervico vaginale (PAP test)	1		€ 11,15		5%	€ 0,56
Totale Costo Esami						€ 0,56
Totale Costo Fase PUERPERIO						€ 72,99

Sotto il profilo delle risorse del Personale, il modello Percorso Nascita implica un costo complessivo a paziente di 72,99 €, mentre per il modello pre-Percorso Nascita il costo complessivo è pari a 126,85 €. Riguardo gli esami strumentali e di laboratorio, i due percorsi costano in egual misura 0,56 €.

Il costo complessivo della fase Puerperio è stimato pertanto in 127,41 euro/paziente nel modello tradizionale e 72,99 euro/paziente nel modello Percorso Nascita, con una differenza di 54,42 €.

Considerando complessivamente le due fasi Preparto e Puerperio, con il modello Percorso Nascita si ha un risparmio totale sui costi pari a 276,94 a paziente rispetto al modello tradizionale.

Nella [Tabella 5](#) che segue è riportata la sintesi della fase Preparto e Puerperio nei modelli pre-Percorso Nascita e Percorso Nascita.

Tabella 5 ABC. Sintesi.

FAZI	Percorso Nascita	Pre-Percorso Nascita	Delta
TOTALE FASE PRE-PARTUM	€ 797,51	€ 1.020,03	-€ 222,52
TOTALE FASE PUERPERIO	€ 72,99	€ 127,41	-€ 54,42
TOTALE PERCORSO	€ 870,50	€ 1.147,44	-€ 276,94

5 Sintesi comparativa dei costi dei modelli pre-Percorso Nascita e Percorso Nascita.

Nella *Tabella 6* sono esposti i costi pieni distinti per i due modelli di cura confrontati. I valori sono calcolati su un volume di un paziente trattato.

Entrambe le tabelle permettono di osservare in modalità comparativa i costi pieni dettagliati per:

Fase, categoria di costo, modello di cura e differenziale di costo tra i due modelli (costi Percorso Nascita (-) costi pre-Percorso Nascita).

5.1.1.1 Percorso Nascita e pre-Percorso Nascita

Si osserva che i costi totali nel modello Percorso Nascita subiscono una riduzione rispetto al modello pre-Percorso Nascita passando da 1.147,44 € a 870,50 € comportando un risparmio differenziale di costo pari a 276,94 € a paziente.

Le voci che maggiormente incidono sulla riduzione dei costi nel modello Percorso Nascita rispetto al modello pre-Percorso Nascita sono:

Per la Fase Preparato:

Costi del Personale con un differenziale di 127,62 € risparmiati a paziente rispetto al pre-Percorso Nascita, dovuto principalmente alla diminuzione del numero di visite mediche (ginecologiche).

Costi di esami strumentali e di laboratorio con un differenziale di costo di 94,90 € euro risparmiati a paziente rispetto al pre-Percorso Nascita, dovuto ad una percentuale di utilizzo inferiore di alcuni esami strumentali e di laboratorio (ecografia ostetrica, citomegalovirus, glucosio) coerentemente alle indicazioni del DPCM 12 gennaio 2017 - Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza.

Per la Fase Puerperio:

I costi del Personale coinvolto nel modello Percorso Nascita subiscono una riduzione rispetto al modello pre-Percorso Nascita da 126,85 € a 72,44 €, con un differenziale di costo pari a 54,42 € a paziente.

I costi relativi agli esami strumentali e di laboratorio non subiscono invece variazioni.

Tabella 6 ABC. Sintesi dei costi per intervento di protesi al ginocchio. Confronto tra i due modelli di cura. (Elaborazione: Centro Nazionale per l'Health Technology Assessment, Istituto Superiore di Sanità, 2020)

Fasi	Categoria di costo	Costi Attività Pre-Percorso Nascita	Costi Attività Percorso Nascita	Differenziale di costo
Fase Pre-Parto	Costi personale	€ 68,52	€ 79,34	10,82 €
	Costi esami	€ 269,46	€ 239,70	- 29,76 €
	Totale Costi	€ 337,98	€ 319,04	- 18,94 €
	Costi personale	€ 163,12	€ 86,92	- 76,20 €
	Costi esami	€ 88,76	€ 74,77	- 14,00 €
	Totale Costi	€ 251,88	€ 161,69	- 90,19 €
	Costi personale	€ 179,43	€ 117,19	- 62,24 €
	Costi esami	€ 250,74	€ 199,59	- 51,15 €
	Totale Costi	€ 430,17	€ 316,78	- 113,39 €
Totale	Costi personale	€ 411,07	€ 283,46	- 127,62 €
	Costi esami	€ 608,95	€ 514,05	- 94,90 €
	Totale Costi	€ 1.020,03	€ 797,51	- 222,52 €
Fase Puerperio	Costi personale	€ 126,85	€ 72,44	- 54,42 €
	Costi esami	€ 0,56	€ 0,56	- €
	Totale Costi	€ 127,41	€ 72,99	- 54,42 €
TOTALE PERCORSO		1.147,44 €	870,50 €	- 276,94 €

6 Conclusioni e discussione

Impatto del modello Percorso Nascita sui carichi di lavoro

Tra i punti di forza del modello Percorso Nascita rientra sicuramente quello dell'ottimizzazione dei tempi di attività del percorso di cura rispetto al modello tradizionale. Tale ottimizzazione incide sui carichi di lavoro dei professionisti coinvolti che possono quindi re-impiegare il tempo recuperato in altre attività. In particolare si osserva il recupero di 3,45 ore/paziente di attività medica specialistica (costo orario 72,52 €) a fronte di circa 5 ore/paziente in più di attività ostetrica/infermieristica (costo orario 26,34).

L'ottimizzazione dei tempi delle attività del Percorso Nascita è un effetto positivo dovuto a un maggiore coinvolgimento della figura dell'ostetrica sia nella fase Parto che nel Puerperio.

7 Riferimenti bibliografici

- [1] Mauskopf JA, Sullivan SD, Annemans L, Caro J, Mullins CD, Nuijten M, Orlewska E, Watkins J, Trueman P. Principles of good practice for budget impact analysis: report of the ISPOR Task Force on good research practices--budget impact analysis. *Value Health*. 2007 Sep-Oct;10(5):336-47.
- [2] Turney PB. Activity-based costing. In: Drury C (ed). *Management Accounting Handbook*. 4th edition. London: Butterworth-Heinemann, 1992.
- [3] Rossitto C, Gueli Alletti S, Romano F, Fiore A, Coretti S, Oradei M, Ruggeri M, Cicchetti A, Marchetti M, Fanfani F, Scambia G. Use of robot-specific resources and operating room times: the case of Telelap Alf-X robotic hysterectomy. *Int J Med Robot*. 2016 Dec;12(4):613-619.

Accordo di collaborazione scientifica ISS-APSS

Progetto “Valutazione dell’implementazione del modello Percorso Nascita per la gestione della gravidanza a basso rischio nella Provincia Autonoma di Trento”

Descrizione del modello di presa in carico delle donne in gravidanza prima dell’introduzione del Percorso Nascita.

- Deliverable A5.D5 -

Sommario

Elenco abbreviazioni.....	4
Descrizione sintetica del Percorso Nascita in trentino prima della realizzazione del Percorso Nascita: ostetrica dedicata nel 2015.	5

Elenco abbreviazioni

Abbreviazione	Definizione
APSS	Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
CUP	Centro Unico Prenotazione
ISS	Istituto Superiore di Sanità
PAT	Provincia Autonoma di Trento
PN	Percorso Nascita
POMI	Progetto Obiettivo Materno Infantile
STAM	Servizio di trasporto assistito materno
STEN	Servizio di trasporto assistito neonatale d'urgenza
TIN	Terapia Intensiva Neonatale
UU.OO.	Unità operative

Descrizione sintetica del Percorso Nascita in trentino prima della realizzazione del “Percorso Nascita: ostetrica dedicata” nel 2015.

Nel dicembre 2010 la Conferenza Unificata Stato-Regioni ribadisce l'importanza di garantire la sicurezza e l'appropriatezza del Percorso Nascita in tutto il territorio nazionale e, riprendendo quanto ampiamente già espresso nel precedente Progetto Obiettivo Materno Infantile del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000» (P.O.M.I.), si impegna “a sviluppare un Programma nazionale per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”, ciò per migliorare l'efficacia e quindi l'efficienza dei Punti nascita e per cogliere appieno le opportunità fornite da una medicina in continua evoluzione, senza tuttavia ridurre i servizi ai cittadini.

L'Accordo, sottoscritto da tutte le Regioni, ha ridisegnato e rimodulato su due Livelli le unità Operative (UO) di ostetricia e neonatologia/TIN sulla base dei volumi di attività e indicato gli standard cui i Punti Nascita devono attenersi per garantire efficienza, efficacia, qualità e sicurezza di tutto il percorso nascita. In particolare l'Accordo Stato Regioni prevede: la razionalizzazione del numero dei Punti nascita, la creazione/messa a regime del servizio di trasporto assistito materno (STAM) e neonatale d'urgenza (STEN), lo sviluppo di una pianificazione per il percorso nascita con la definizione delle modalità assistenziali in gravidanza e in puerperio, l'integrazione territorio ospedale con l'adeguamento delle reti consultoriali, lo sviluppo di linee guida sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo. Ciò perché è necessario che ad ogni parto venga garantito un livello essenziale ed appropriato di assistenza ostetrica e pediatrica-neonatologica.

Per quanto riguarda la realtà nella Provincia di Trento, dal 2011 ad oggi, si sono succeduti atti migliorativi di percorsi assistenziali inquadrati nel complessivo Percorso nascita

Presso ogni Unità Operativa erano presenti ambulatori per la gravidanza, l'ecografia ostetrica e per la gravidanza a termine. A livello territoriale esistevano ambulatori di ecografia ostetrica e ambulatori per la gravidanza a conduzione dello specialista ostetrico ginecologo. In alcuni luoghi, quali i consultori di Tione, Pergine, Cavalese era presente un ambulatorio per la gravidanza tenuto dall'Ostetrica. In puerperio esisteva, alla dimissione, la presa in carico da parte del Consultorio. Le visite in gravidanza erano prenotate tramite il Centro di Prenotazione Unica (CUP) e non era garantita la continuità assistenziale da parte dell'operatore sanitario .

Nell'ambito dei Punti Nascita solo presso l'Ospedale di Trento l'ambulatorio della gravidanza a termine era gestito, per il basso rischio, in autonomia dall'Ostetrica. A Trento era in essere un protocollo di assistenza, in collaborazione tra Ospedale S. Chiara e il Consultorio, con presenza di ambulatori per la gravidanza a basso rischio in Ospedale e ambulatori per il puerperio in Consultorio con una continuità di presa in carico tra ospedale e territorio al momento della dimissione dopo il parto.

Per quanto riguarda il Percorso Nascita ad alto rischio questo era presente a Trento nella forma organizzativa attuale, negli altri Ospedali esistevano ambulatori dedicati.